

**«ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»**

Μετέχοντες σπουδαστές:

Ζαραμπούκα Αλεξάνδρα

Τριχαχάλου Δήμητρα

Τσιόρμπας Γεώργιος

Υπεύθυνος Εκπαιδευτικός:

Δρ. Δρίτσας Ιωάννης

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

Πάτρα 21 Σεπτεμβρίου 2007

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας :

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

«Πως να πιστέψουν οι άπιστοι τι θάματα μπορεί να γεννήσει η πίστη; Ξεχνούν πως η ψυχή του ανθρώπου γίνεται παντοδύναμη, όταν συνεπαρθεί από μια μεγάλη ιδέα. Τρομάζεις όταν, ύστερα από πικρές δοκιμασίες, καταλαβαίνεις πως μέσα μας υπάρχει μια δύναμη που μπορεί να ξεπεράσει τη δύναμη του ανθρώπου, τρομάζεις... γιατί δεν μπορείς πια να βρεις δικαιολογίες για τις ασήμαντες ή άνανδρες πράξεις σου, ρίχνοντας το φταίξιμο στους άλλους. Ξέρεις πως εσύ, όχι η μοίρα, όχι η τύχη, μήτε οι άνθρωποι γύρω σου, εσύ μονάχα έχεις, ό, τι και αν κάμεις, ό, τι και αν γίνεις ακέραη την ευθύνη. Και ντρέπεσαι τότε να γελάς, ντρέπεσαι να περγελάς αν μια φλεγόμενη ψυχή ζητάει το αδύνατο. Καλά πια καταλαβαίνεις πως αυτή 'ναι η αξία του ανθρώπου: να ζητάει και να ξέρει πως ζητάει το αδύνατο· και να 'ναι σίγουρος πως θα το φτάσει, γιατί ξέρει πως αν δε λιποψυχήσει, αν δεν ακούσει τι του κανοναρχάει η λογική, μα κρατάει με τα δόντια την ψυχή του κι εξακολουθεί με πίστη, με πείσμα να κυνηγάει το αδύνατο, τότε γίνεται το θάμα, που ποτέ ο αφτέρουγος κοινός νους δε μπορούσε να το μαντέψει: το αδύνατο γίνεται δυνατό».

Απόσπασμα από το βιβλίο του Ν. Καζαντζάκη

«Ο Καπετάν Μιχάλης»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το θέμα της εξάρτησης από παράνομες κυρίως ψυχοδραστικές ουσίες αποτελεί τα τελευταία χρόνια, ένα πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι σύγχρονες κοινωνίες. Η πολύπλευρη και πολυδιάστατη φύση της τοξικοεξάρτησης, φέρνει σε άμεση επαφή, συνεργασία και αλληλοσυμπλήρωση, επιστημονικούς κλάδους με εντελώς διαφορετικό γνωστικό αντικείμενο.

Δυστυχώς, παρά τις διάφορες προσπάθειες να καταπολεμηθεί το πρόβλημα στην Ελλάδα, ο αριθμός των εξαρτημένων από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες μεγαλώνει διαρκώς. Οι τοξικοεξαρτημένοι είναι άτομα κάθε φύλου, κάθε ηλικίας, από κάθε κοινωνικό χώρο και κάθε μορφωτικού επιπέδου.

Επιπρόσθετα, οι περισσότερες στατιστικές δείχνουν την τάση, ότι η χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών αρχίζει σήμερα σε όλο και μικρότερες ηλικίες. Το γεγονός ότι, ένας στους δέκα νέους έχει δοκιμάσει μέχρι το εικοστό του έτος κάποια παράνομη ουσία, δικαιολογεί ένα προφίλ τοξικοεξάρτησης, που εξελίσσεται πολύ συχνά στην ενήλικη ζωή.

Στην εμφάνιση της τοξικοεξάρτησης, συμβάλλουν πολλοί και σύνθετοι παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Φαίνεται ότι, μια επαρκής εξήγηση δεν είναι εύκολο να βρεθεί αποκλειστικά μέσα στο ιατρικό/ψυχολογικό πλέγμα, γιατί η έρευνα αποφέρει εκατοντάδες επίσημες και ανεπίσημες θεωρίες, οι οποίες συγκρούονται με κάθε τρόπο και παρόλα αυτά, όλες μοιάζουν αδιάψευστες.

Ο συνδυασμός των παραγόντων αυτών ορίζει αναγκαία, την ανάπτυξη θεραπευτικών προγραμμάτων, που θα προσφέρουν βοήθεια στον τοξικοεξαρτημένο.

Βέβαια, το κάθε άτομο έχει τη δική του προσωπική ιστορία, μια ξεχωριστή πορεία στη χρήση και διαφορετικούς λόγους που το οδήγησαν στις παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες. Επομένως, δεν υπάρχει μία και μόνο θεραπευτική μέθοδος η οποία να είναι κατάλληλη για όλους τους χρήστες.

Ακόμη και για το ίδιο το άτομο, η αποτελεσματικότητα της μεθόδου μπορεί να διαφέρει από τη μια χρονική στιγμή στην άλλη, καθώς εξαρτάται από το στάδιο της αλλαγής της εξάρτησης, στο οποίο βρίσκεται. Πολλές φορές ένα θεραπευτικό μοντέλο μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο κατάλληλο για ένα άτομο, τουλάχιστον για την συγκεκριμένη χρονική στιγμή.

Για να καλυφθούν λοιπόν οι ανάγκες των τοξικοεξαρτημένων που ζητούν θεραπεία, χρειάζεται άμεση παροχή πολλαπλών υπηρεσιών και παρεμβάσεων. Τα κύρια μοντέλα θεραπείας που λειτουργούν στην Ελλάδα, στηρίζονται στην ιατροκεντρική και στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση.

Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση με το μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων, είναι η μέθοδος που όρισε ιστορικά τη θεραπεία των τοξικοεξαρτημένων στην χώρα μας. Στα θεραπευτικά προγράμματα αυτής της προσέγγισης («στεγνά» προγράμματα), η θεραπεία ανάγεται σε μια διαδικασία ανασυγκρότησης της προσωπικότητας και δεν χορηγούνται φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες. Δουλεύουν, δηλαδή, με την υπόθεση ότι, ο χρήστης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών χρειάζεται μια δεύτερη ευκαιρία, για να αναπτυχθεί προσωπικά και συναισθηματικά, επαναπροσδιορίζοντας την προσωπική του ταυτότητα, τους στόχους ζωής του και τις σχέσεις του με το προσωπικό και το ευρύτερο περιβάλλον.

Η ιατροκεντρική προσέγγιση, μέσα από τα προγράμματα χορήγησης υποκαταστάτων, δηλαδή μεθαδόνης και βουπρενορφίνης, αντιμετωπίζει τον τοξικοεξαρτημένο ως ασθενή, ο οποίος χρειάζεται να ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή για μεγάλο χρονικό διάστημα ή ακόμη και για όλη του τη ζωή. Τα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης δουλεύουν με την υπόθεση ότι, το εξαρτημένο από οπιοειδή άτομο, όντας σε επαφή με ένα πρόγραμμα υγείας, θα διακόψει ή τουλάχιστον θα μειώσει τη χρήση, θα βελτιώσει την υγεία του και θα αποφύγει τις σχετιζόμενες με την χρήση παραβατικές ενέργειες.

Με αφετηρία το γεγονός ότι, οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, είναι αποτελεσματικότερη από τη μη θεραπεία, στην χώρα μας λειτουργούν και προγράμματα μείωσης της βλάβης, στα οποία παρέχονται υπηρεσίες που επιχειρούν να αποτρέψουν τους τοξικοεξαρτημένους από δραστηριότητες που περικλείουν υψηλούς κινδύνους, όπως κοινή χρήση συριγγών κ.ά. Τα προγράμματα αυτά είναι απαραίτητα και χρήσιμα συστατικά, σαν συμπλήρωμα της αντιμετώπισης του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης.

Εφόσον, δεν υπάρχει θεραπευτικό μοντέλο που να είναι κατάλληλο για όλους τους τοξικοεξαρτημένους, λειτουργούν και εναλλακτικά προγράμματα θεραπείας (π.χ. προγράμματα αυτοβοήθειας) ή και υπηρεσίες συμπληρωματικές αυτής.

Σήμερα, στην χώρα μας λειτουργούν 55 θεραπευτικά προγράμματα. Οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς αποτελούνται από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ.).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των οργανισμών θεραπείας της τοξικοεξάρτησης, κρίνεται από στοιχεία όπως η αποχή από την χρήση ουσιών, η αποχή από την παραβατική συμπεριφορά, η επαγγελματική αποκατάσταση, το επίπεδο των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του θεραπευόμενου ατόμου.

Η έκβαση θετικού αποτελέσματος στη θεραπεία, εξαρτάται κατά κύριο λόγο, από το είδος της θεραπείας, το μέγεθος και τη φύση των προβλημάτων του τοξικοεξαρτημένου, τη διάρκεια της παραμονής του, το βαθμό κινητοποίησης και την ενεργό συμμετοχή του στο πρόγραμμα, την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης, την έγκαιρη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο προβληματισμός σε σχέση με τις πολιτικές και το νομικό πλαίσιο αντιμετώπισης της χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών γίνεται δικαιολογημένα όλο και μεγαλύτερος στην χώρα μας, όπου το πρόβλημα της χρήσης έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας, και μάλιστα ιδιαίτερα απειλητικής.

Ωστόσο, η στάση του κράτους και η πολιτική διαχείριση του προβλήματος, φαίνεται πως επικεντρώνεται στην άσκηση κατασταλτικών μέτρων, παρά σε συντονισμένες ενέργειες για την προώθηση της θεραπείας, που είναι άλλωστε και ο κεντρικός στόχος των περισσότερων Ευρωπαϊκών χωρών.

Βέβαια, η μεταφορά στην Ελλάδα της πολιτικής που εφαρμόζεται σε άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως για παράδειγμα στην Ολλανδία, θα έμοιαζε με προσπάθεια να κάνουμε ένα βρέφος να τρέξει, πριν καλά καλά μπορέσει να σταθεί όρθιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	13

Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Το πρόβλημα	14
1.2 Σκοπός της μελέτης	15
1.3 Ορισμοί όρων	16

Κεφάλαιο 2: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Εισαγωγή	20
2.2 Η κατάσταση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης στην Ευρώπη	20
2.2.1 Η θέση της Ελλάδας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών	22
2.3 Η έκταση της χρήσης στον ελληνικό πληθυσμό	23
2.3.1 Επικράτηση και πρότυπα χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών	23
2.3.2 Εκτίμηση του αριθμού των προβληματικών χρηστών	24
2.4 Τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην χώρα μας	26
2.5 Τα χαρακτηριστικά των τοξικοεξαρτημένων ατόμων που ζητούν θεραπεία	27
2.5.1 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών	29
2.5.2 Ιστορικό θεραπείας	29
2.5.3 Χαρακτηριστικά χρήσης	30
2.5.4 Συμπεριφορά υψηλού κινδύνου	31
2.6 Ανακεφαλαίωση	31

Κεφάλαιο 3: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

3.1 Εισαγωγή	33
3.2 Η ερμηνεία του φαινομένου της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες	34
3.2.1 Ερμηνείες της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες	37
3.3 Θεωρίες αιτιοπαθογένειας και θεραπείας της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες	39
3.3.1 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της ανθρωπιστικής προσέγγισης	41
3.3.2 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της οικογενειακής-συστημικής προσέγγισης	42
3.3.3 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της ψυχαναλυτικής προσέγγισης	44
3.3.4 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της συμπεριφορικής προσέγγισης	46
3.3.5 Η αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης βάσει των κοινωνικών θεωριών	47
3.3.6 Η αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης βάσει της ψυχιατρικής άποψης	49
3.3.7 Η αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης βάσει της βιολογικής προσέγγισης	49
3.4 Τα στάδια της αλλαγής στην τοξικοεξάρτηση	50
3.5 Απεξάρτηση - Η θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης	53
3.6 Αναγκαιότητα πλουραλισμού θεραπευτικών προσεγγίσεων της τοξικοεξάρτησης	54
3.7 Ανακεφαλαίωση	57

Κεφάλαιο 4: «ΣΤΕΓΝΑ» ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

4.1	Εισαγωγή	58
4.2	Η ιδεολογία και η φιλοσοφία των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	58
4.3	Η έννοια των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	60
4.4	Βασικές αρχές των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	61
4.5	Η διάκριση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	62
4.5.1	Ανοιχτά και κλειστά «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα	62
4.5.2	«Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα ενηλίκων και εφήβων	64
4.5.3	«Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για ειδικές ομάδες εξαρτημένων	64
4.6	Χρόνος παρακολούθησης των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	65
4.7	Θεραπευτικές μέθοδοι των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	65
4.8	Τα στάδια της θεραπευτικής πορείας των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	68
4.8.1	Το πρώτο στάδιο της θεραπευτικής πορείας: ο Συμβουλευτικός Σταθμός	69
4.8.1.1	Ο τρόπος λειτουργίας του Συμβουλευτικού Σταθμού	69
4.8.2	Το δεύτερο στάδιο της θεραπευτικής πορείας: η Θεραπευτική Κοινότητα	72
4.8.2.1	Η δημιουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων	75
4.8.2.2	Η θεραπευτική κοινότητα SYNANON	78
4.8.2.3	Η θεραπευτική κοινότητα DAYTOP	81
4.8.2.4	Τα μειονεκτήματα των θεραπευτικών κοινοτήτων SYNANON-DAYTOP	86
4.8.2.5	Οι θεραπευτικές κοινότητες στην Ευρώπη	87
4.8.2.6	Η ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα	88
4.8.2.7	Η λειτουργία των σύγχρονων θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα	89
4.8.3	Το τρίτο στάδιο της θεραπευτικής πορείας: το Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης	97
4.8.3.1	Ο τρόπος λειτουργίας του Κέντρου Κοινωνικής Επανάταξης	99
4.9	Η παρέμβαση των «στεγνών» προγραμμάτων στην οικογένεια του χρήστη	102
4.10	Η θεραπευτική ομάδα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	105

4.10.1 Ο Κώδικας Δεοντολογίας για τη θεραπευτική ομάδα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	105
4.11 Ανακεφαλαίωση	107

Κεφάλαιο 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

5.1 Εισαγωγή	108
5.2 Η έννοια των θεραπευτικών προγραμμάτων με υποκατάστατα	110
5.3 Η φιλοσοφία και οι βασικές αρχές των προγραμμάτων υποκατάστασης	111
5.4 Οι στόχοι και τα μέσα θεραπείας των προγραμμάτων υποκατάστασης	114
5.5 Η ανάπτυξη των προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα	115
5.6 Ειδικότερα ζητήματα για τη λειτουργία των κέντρων και θεραπευτικά εργαλεία	116
5.7 Οι βασικές προϋποθέσεις ένταξης στα προγράμματα υποκατάστασης	126
5.8 Η υπάρχουσα κατάσταση των προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα	127
5.9 Η εκτίμηση του θεραπευτή και οι ενδείξεις θεραπείας	130
5.10 Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που παρέχονται στα προγράμματα υποκατάστασης	132
5.11 Το πλαίσιο χορήγησης υποκαταστάτων ουσιών στους τοξικοεξαρτημένους	134
5.12 Ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα	136
5.13 Ανακεφαλαίωση	137

Κεφάλαιο 6: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

6.1 Εισαγωγή	139
6.2 Προγράμματα μείωσης της βλάβης	140
6.2.1 Φιλοσοφία και βασικοί στόχοι των προγραμμάτων μείωσης της βλάβης	140
6.2.2 Κέντρα Άμεσης Παρέμβασης	143
6.2.3 Εργασία προσέγγισης στον δρόμο (Street-work)	145
6.3 Θεραπευτικά προγράμματα για ειδικές ομάδες εξαρτημένων	147
6.3.1. Τα διαπολιτισμικά θεραπευτικά προγράμματα	148

6.3.2 Θεραπευτικά προγράμματα για εξαρτημένες μητέρες	150
6.4 Θεραπευτικά προγράμματα στο πλαίσιο του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης	151
6.4.1 Θεραπευτικά προγράμματα για κρατούμενους χρήστες ουσιών	153
6.4.2 Προγράμματα για αποφυλακισμένους χρήστες ουσιών	154
6.5 Θεραπευτικά προγράμματα αυτοβοήθειας	154
6.5.1 Οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι	158
6.5.2 Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας	163
6.5.2.1 Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών	164
6.6 Το πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης (DETOX- ΨΝΘ)	168
6.7 Θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης	171
6.8 Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης ψυχολογικής στήριξης	172
6.9 Προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης	174
6.9.1 Εναλλακτικά σχολεία	175
6.9.2 Κέντρα εκπαίδευσης-εργαστήρια κατάρτισης	176
6.10 Ανακεφαλαίωση	181

Κεφάλαιο 7: ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

7.1 Εισαγωγή	182
7.2 Οι κύριοι φορείς θεραπευτικών προγραμμάτων για τοξικοεξαρτημένα άτομα	183
7.2.1 Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)	183
7.2.2 Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)	185
7.2.3 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α) – Μονάδα Απεξάρτησης «18 Άνω»	187
7.2.4 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.)	188
7.2.5 Η Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών-Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ»	190
7.2.6 Το Σωματείο «ΘΗΣΕΑΣ»- Δήμος Καλλιθέας	191
7.2.7 Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών	191
7.2.8 Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.	192

7.3 Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης	192
7.3.1 Τοπική Αυτοδιοίκηση	193
7.3.2 Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί	193
7.3.3 Ιδιωτικές Κλινικές	194
7.3.4 Εκκλησία	194
7.4 Αξιολόγηση της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των ελληνικών θεραπευτικών προγραμμάτων	195
7.4.1 Τα κριτήρια που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων	196
7.4.2 Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων	197
7.4.3 Αξιολόγηση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	198
7.4.3.1 Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α.	198
7.4.3.2 Τα μειονεκτήματα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	200
7.4.4 Αξιολόγηση των προγραμμάτων υποκατάστασης	200
7.4.4.1 Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων Υποκατάστασης	201
7.4.4.2 Τα μειονεκτήματα των θεραπευτικών προγραμμάτων Υποκατάστασης	202
7.5 Ανακεφαλαίωση	202

Κεφάλαιο 8: ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

8.1 Εισαγωγή	204
8.2 Η κατασταλτική πολιτική	205
8.3 Εθνική και Ευρωπαϊκή Στρατηγική	217
8.3.1 Το «δικαίωμα στη θεραπεία»	217
8.3.2 Πρωταρχικές μέριμνες	219
8.3.3 Επιστημονική προσέγγιση	222
8.3.4 Καταγραφή δεδομένων	223
8.3.5 Η καταπολέμηση των «ναρκωτικών»	224
8.4 Οι προτάσεις της Αριστεράς υπό το πρίσμα της Μαρξιστικής προσέγγισης	225

8.4.1 Βασικά ζητήματα που αφορούν στην εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες	226
8.4.2 Η τοξικοεξάρτηση ως κοινωνικό φαινόμενο	229
8.4.3 Χρήση-εξάρτηση	231
8.4.4 Οι νέοι στρέφονται στις ουσίες...	232
8.4.5 «Ναρκοκουλτούρα»-τρόπος ζωής	233
8.4.6 Η διακίνηση των «ναρκωτικών» ως οικονομική επιχείρηση	237
8.4.7 Διαχωρισμών ουσιών σε «σκληρά»-«μαλακά»	238
8.4.8 Νομιμοποίηση-Καταστολή	239
8.5 Ο ρόλος του κράτους απέναντι στα «ναρκωτικά»	240
8.5.1 Διαχείριση της ουσιοεξάρτησης	241
8.5.2 Περιορισμός της βλάβης	242
8.5.3 Υποκατάστατα-Μεθαδόνη	243
8.5.4 Πρόληψη-Θεραπεία-Κοινωνική Επανένταξη	244
8.6 Ανακεφαλαίωση	247
Κεφάλαιο 9: ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	249
• ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	254
• ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	262

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελίδα
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Εθνικό δίκτυο του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας	28
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Τα στάδια της αλλαγής	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Τα στάδια της θεραπευτικής πορείας	68
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Εκτιμήσεις ατόμων υπό θεραπεία υποκατάστασης στην Ευρώπη το 2003	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα των ομάδων αυτοβοήθειας	157
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Θάνατοι οφειλόμενοι σε «ναρκωτικά» 1991-2005	209

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Το πρόβλημα

Το ερώτημα τίθεται συχνά: «Γιατί γίνεται κανείς ναρκομανής;»

«Η απάντηση είναι ότι συνήθως δεν έχει την πρόθεση να γίνει ναρκομανής. Δεν ξυπνάς ένα πρωί και αποφασίζεις να γίνεις ναρκομανής. Χρειάζεται το λιγότερο να χτυπάς ένεση δύο φορές την ημέρα επί τρεις μέρες για να αποκτήσεις κάποια έζη. Και δεν ξέρεις πραγματικά τι σημαίνει αρρώστια της πρέζας μέχρι να αποκτήσεις μερικές φορές έζη. Μου πήρε σχεδόν έξι μήνες για να αποκτήσω την πρώτη μου έζη και μετά τα συμπτώματα στέρησης ήταν ήπια. Νομίζω πως δεν είναι υπερβολικό να πω ότι χρειάζεται περίπου ένας χρόνος και αρκετές εκατοντάδες ενέσεις για να γίνει κάποιος ναρκομανής.

*Θα μπορούσαν φυσικά να γίνουν ερωτήσεις: Για ποιο λόγο πρωτοδοκίμασες τα ναρκωτικά; Γιατί συνέχισες να τα χρησιμοποιείς τόσο καιρό ώστε να γίνεις ναρκομανής; Γίνεσαι ναρκομανής γιατί δεν έχεις ισχυρά κίνητρα για να στραφείς προς οποιαδήποτε άλλη κατεύθυνση. **Η Ηρωίνη κερδίζει ελλείψει αντιπάλου.** Την δοκίμαζα από περιέργεια. Αφέθηκα να παρασυρθώ χτυπώντας ενέσεις όταν μπορούσα να φωνίσω. Στο τέλος κόλλησα. Οι περισσότεροι ναρκομανείς με τους οποίους έχω συζητήσει αναφέρουν παρόμοιες εμπειρίες. Δεν άρχισαν να χρησιμοποιούν ναρκωτικά για κάποια συγκεκριμένη αιτία που μπορούν να θυμηθούν. Αφέθηκαν απλώς να παρασυρθούν και κόλλησαν. Αν δεν έχεις ποτέ εθιστεί, δεν μπορείς να έχεις μια ξεκάθαρη άποψη για το τι σημαίνει να χρειάζεσαι ηρωίνη με τον ιδιαίτερο τρόπο που την χρειάζονται οι ναρκομανείς. Ένα πρωί ξυπνάς άρρωστος και είσαι ναρκομανής.»*

«Γιατί χρειάζεστε τα ναρκωτικά κύριε Λι;», είναι μια ερώτηση που ρωτάνε οι ηλίθιοι ψυχίατροι. Η απάντηση είναι, «Χρειάζομαι την πρέζα για να σηκωθώ απ το κρεβάτι το πρωί, για να ξυριστώ και να φάω πρωινό. Τη χρειάζομαι για να μείνω ζωντανός» (Μπάροουζ, 1981:15, 44).

Υπάρχει ελπίδα να βγει κανείς από τον λαβύρινθο των ψυχοτρόπων ουσιών και να ξανακερδίσει τον χαμένο χρόνο; *«Η ελπίδα μας δόθηκε γι' αυτούς που δεν έχουν ελπίδα»,* έλεγε ο Walter Benjamin.

Αυτή την ελπίδα πασχίζουμε να ζωντανέψουμε, μελετώντας τις συνθήκες και τους όρους για να απαντήσουμε θετικά στο ερώτημα.

Ναι, γίνεται «καλά» ο τοξικοεξαρτημένος, αρκεί να πάρει ο ίδιος την απόφαση για θεραπεία, να δώσει ο ίδιος ενεργητικά τη μάχη της ανεξάρτησης του και να ενταχθεί στο κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα, σε αυτό που του ταιριάζει και καλύπτει τις δικές του ξεχωριστές ανάγκες.

Στο πλαίσιο του παραπάνω προβληματισμού, γεννήθηκε το ερέθισμα για την ενασχόληση με το συγκεκριμένο αντικείμενο.

Για τη θεραπεία και την ανεξάρτηση του τοξικοεξαρτημένου λοιπόν, απαιτείται η λειτουργία πολλών και διαφορετικών τύπων προγραμμάτων ανεξάρτησης, καλά στελεχωμένων με επαγγελματίες έμπειρους και εκπαιδευμένους, που θα λειτουργούν μέσα σε ένα δίκτυο υπηρεσιών με στόχο την θεραπεία και την ομαλή επανένταξη των θεραπευόμενων στο κοινωνικό σύνολο.

Η θεραπευτική προσέγγιση του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης οφείλει πάντα να είναι πολυεστιακή, λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη όλες τις παραμέτρους του προβλήματος. Η μετάβαση του εξαρτημένου από τον κόσμο των ουσιών στον κόσμο των «καθαρών» γίνεται δυνατή με τη διαμεσολάβηση της θεραπείας, ανεξάρτητα από τον τύπο του θεραπευτικού προγράμματος στο οποίο θα ενταχθεί (Μάτσα 2001).

Εφόσον εξασφαλιστούν αυτοί οι όροι, τότε η θεραπεία όχι μόνο είναι δυνατή, αλλά μπορεί να είναι και αποτελεσματική.

1.2 Σκοπός της μελέτης

Πολλές θεραπευτικές προτάσεις έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς, και πολλές θεραπευτικές μέθοδοι έχουν εφαρμοσθεί και συνεχίζουν να υφίστανται, με σκοπό την καλύτερη και πληρέστερη δυνατή απάντηση στη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης.

Αφορμή για την εκπόνηση αυτής της εργασίας, αποτέλεσε η επιθυμία μας για την πραγματοποίηση μιας συνολικής καταγραφής όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων που εφαρμόζονται σήμερα στην χώρα μας.

Μελετώντας την βιβλιογραφία, διαπιστώσαμε ότι οι εκάστοτε μελετητές, είτε καταπιάνονται με το θέμα της τοξικοεξάρτησης πολύ γενικευμένα, μιλώντας ταυτοχρόνως για πρόληψη, θεραπεία και επανένταξη, είτε οι μελέτες τους εξειδικεύονται και παρουσιάζουν διεξοδικά, και πολλές φορές μονόπλευρα την προσέγγιση, για την οποία ή σύμφωνα με την οποία οι ίδιοι εργάζονται.

Σκοπός δηλαδή της συγκεκριμένης μελέτης, είναι να γίνει παρουσίαση της κάθε προσέγγισης και μια επαρκής καταγραφή του συνόλου των θεραπευτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων που βρίσκονται σε λειτουργία σήμερα στην Ελλάδα.

Στόχος μας είναι να γίνει μια συνολική περιγραφή της εφαρμογής των θεραπευτικών μοντέλων στην χώρα μας, και όχι μια αναλυτική καταμέτρηση των θεραπευτικών προγραμμάτων, κάτι που συμβαίνει κάθε χρόνο άλλωστε, στην Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, συμπεριλάβαμε μια σύντομη καταγραφή των θεωρητικών προσεγγίσεων της έννοιας της εξάρτησης, προσπαθώντας οι ίδιοι να κατανοήσουμε το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης.

Επιπρόσθετα, μας ενδιέφερε πολύ να μελετήσουμε τον τρόπο που πλαισιώνονται αυτές οι προσεγγίσεις στην Ελλάδα. Ποιοι είναι δηλαδή οι φορείς που τις εφαρμόζουν, ποιος είναι ο ρόλος του κράτους και κατά πόσο, και με ποιο τρόπο η Εθνική Στρατηγική, συμβάλλει στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης.

1.3 Ορισμοί όρων

Συνηθίζεται στην αρχή κάθε μελέτης, να παρατίθεται ένα κεφάλαιο με τη διευκρίνηση των όρων. Η ανάγκη αυτή στην συγκεκριμένη εργασία, προκύπτει από τη συνεχή χρήση των όρων και από τη σύγχυση που προκαλεί η πολυπαραγοντική φύση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης.

Το συγκεκριμένο θέμα, εκτός από την ιατροβιολογική και ψυχοκοινωνική διάσταση, εμπλέκει και τη νομική, την ανθρωπολογική, την ηθική και θρησκευτική, την οικονομική, την ιστορική, αλλά και την αρχαιολογική οπτική, και γεννά την ανάγκη για συνεργασία των αντίστοιχων επιστημονικών κλάδων και συνεπώς την καθιέρωση μιας κοινής γλώσσας επικοινωνίας, αναφορικά με την ορολογία που αναφέρεται στην τοξικοεξάρτηση (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 1991:293-299, Ζλατάνος 2004).

Στην παρούσα μελέτη, έγινε μια προσπάθεια αποφυγής της χρήσης των όρων «τοξικομανής» και «τοξικομανία», καθώς και της έννοιας «ναρκωτικά». Στη θέση τους χρησιμοποιούνται οι όροι τοξικοεξαρτημένος, τοξικοεξάρτηση, χρήστης και παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες ή ψυχοδραστικές/ψυχοτρόπες ουσίες, που επικρατούν στη διεθνή βιβλιογραφία, ως πλέον εύηχοι, μετριοπαθείς και φαρμακολογικά-επιστημονικά ορθότερες, χωρίς τον κίνδυνο απόδοσης αρνητικής στάσης απέναντι στο πρόβλημα και το άτομο.

Ωστόσο, παρά το γεγονός πως οι όροι χρήση, κατάχρηση και τοξικοεξάρτηση μπορούν να συνυπάρχουν, αλλά δεν είναι ταυτόσημες, στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιούνται για να αποδώσουν την ίδια έννοια, αυτή της εξάρτησης από παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες.

Ψυχοδραστική Ουσία: ονομάζεται κάθε ουσία που, όταν εισέρχεται στον ανθρώπινο οργανισμό, προκαλεί κυρίως, αλλαγή στην εγκεφαλική λειτουργία, το επίπεδο αντίληψης, την κριτική ικανότητα και τη συναισθηματική διάθεση του ατόμου. Η εισαγωγή τους στο ανθρώπινο σώμα, μπορεί να γίνει με κατάποση, καπνίζοντας, ενδοφλεβίως ή με εισπνοή. Ο όρος αυτός και το συνώνυμο του **ψυχοτρόπες ουσίες**, είναι και ο πιο ουδέτερος και περιγραφικός όρος για όλα τα είδη ουσιών, είτε είναι νόμιμα (π.χ. αλκοόλ), είτε παράνομα (Ζλατάνος 2004).

Εξαρτησιογόνες ουσίες: στην κατηγορία αυτή ανήκουν όλες οι ψυχοδραστικές ουσίες που μπορούν να οδηγήσουν σε εξάρτηση, σωματική ή/και ψυχική (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2003).

Παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες: Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι εξής ουσίες: Αμφεταμίνες, Ινδική Κάνναβη (Χασίς), Κοκαΐνη, Κρακ, το όπιο και τα παράγωγα του, Lsd, Μαγικά Μανιτάρια (Magic Mushrooms), Peyote (Πεγιότ), P.C.P. (Φαινσυκλιδίνη), Έκσταση (MDA ή MDMA), Κεταμίνη και εισπνεόμενα ή πτητικά (www.educational-center.gr, 5/8/2007).

Κατάχρηση: είναι η επαναλαμβανόμενη χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας, που μπορεί είτε να είναι συνεχής, είτε να γίνεται κατά διαστήματα, σε βαθμό που να υπερβαίνει το αποδεκτό της χρήσης από την ιατρική ή την κοινωνική πλευρά, προκαλώντας έκπτωση στη ζωή του ατόμου, χωρίς όμως να πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση της εξάρτησης (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2003).

Χρήση: είναι η λήψη διαφόρων ψυχοδραστικών ουσιών, που μπορεί να είναι δοκιμαστική και περιστασιακή, και δεν συνεπάγεται σίγουρα εξελικτική πορεία που οδηγεί τον χρήστη στην κατάχρηση ή στην εξάρτηση (Ζλατάνος 2004).

Ανοχή: είναι η ανάγκη για προοδευτική αύξηση της δόσης της ψυχοδραστικής ουσίας, με σκοπό την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος ή η ελάττωση του αποτελέσματος με χρήση μιας σταθερής δόσης (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 1991:293-299).

Στερητικό σύνδρομο: πρόκειται για το σύνολο των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων και συνεπειών, που εμφανίζονται όταν διακόπτεται απότομα ή μειώνεται σημαντικά, η δοσολογία και η συχνότητα της χρήσης μιας ουσίας, στην οποία το άτομο έχει εθιστεί. Ο χρόνος εμφάνισης των στερητικών συμπτωμάτων εξαρτάται, από την ημιπερίοδο ζωής της ουσίας και τον βαθμό μεταβολισμού της στον οργανισμό του χρήστη. Είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζει ποικιλία συμπτωμάτων, συνήθως αντίθετων με αυτά που προκαλεί η χρήση (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 1991:293-299).

Εξάρτηση από ουσίες: είναι η κατάσταση απόλυτου εθισμού του ατόμου, κατά την οποία κυριαρχείται από την έντονη ανάγκη λήψης της ουσίας (Μάνος, 1997:506-511).

Τοξικοεξάρτηση: η εξάρτηση, σωματική αλλά και ψυχική από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, η διακοπή λήψης των οποίων, συνοδεύεται από την εμφάνιση συμπτωμάτων στερητικού συνδρόμου (Ζλατάνος 2004).

Αποτοξίνωση: είναι η διαδικασία αντιμετώπισης των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου, που εμφανίζεται με τη διακοπή της χρήσης (Μάνος, 1997:506-511).

Απεξάρτηση: είναι μια μακρόχρονη διαδικασία, μέσω της οποίας ένα άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα κατάχρησης ή και εξάρτησης από μια ουσία, καταφέρνει να αποδεσμευτεί από αυτήν και να φτάσει σε ένα καλύτερο επίπεδο ψυχολογικής και σωματικής υγείας, αλλά και κοινωνικής λειτουργικότητας (Πουλόπουλος 2005).

Ουσίες υποκατάστασης: πρόκειται για φαρμακευτικές ουσίες που υποκαθιστούν τη δράση των οπιούχων στον ανθρώπινο οργανισμό, ώστε να περιορίζουν ή να μηδενίζουν την ανάγκη των εξαρτημένων από οπιούχα ατόμων για την χρήση τους (Γαζγαλίδης 2005).

«Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα: είναι τα θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία δεν χορηγούν φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης και στηρίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία (Πουλόπουλος 2005).

Θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης: είναι οι μονάδες, οι οποίες χορηγούν υποκατάστατες ουσίες, σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα, υπό τη μορφή της προοδευτικής αποτοξίνωσης/απεξάρτησης, ή συνηθέστερα, υπό τη μορφή της συντήρησης, δηλαδή της μακροπρόθεσμης χορήγησης επαρκούς ποσότητας της ουσίας υποκατάστασης, με στόχο τον περιορισμό της επικίνδυνης και βλαβερής συμπεριφοράς. Στην Ελλάδα, οι μονάδες υποκατάστασης χορηγούν μεθαδόνη και βουπρενορφίνη (Γαζγαλίδης 2005).

Προγράμματα μείωσης της βλάβης: πρόκειται για υπηρεσίες και προγράμματα που απευθύνονται σε ενεργούς χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίοι δεν εκφράζουν την επιθυμία για θεραπεία, και παρέχουν υπηρεσίες ενημέρωσης, πρόληψης και κινητοποίησης για την φροντίδα της σωματικής και ψυχικής τους υγείας και την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης τους (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Εισαγωγή

Η τοξικοεξάρτηση δεν είναι ένα καινούριο φαινόμενο για την Ελλάδα. Ήδη από την αρχαιότητα έως και τον 19^ο αιώνα, η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, ήταν συνδεδεμένη με την κουλτούρα και τα έθιμα της χώρας. Πάντως μέχρι τότε, είτε γίνονταν για λόγους θρησκευτικούς, είτε για λόγους ιατρικούς, ήταν μια ελεγχόμενη και κοινωνικά αποδεκτή πρακτική.

Όμως, με την πάροδο των χρόνων και την ανάπτυξη της επικοινωνίας και του εμπορίου μεταξύ των ηπείρων, η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, μεταφερόμενη από την μια κουλτούρα στην άλλη, έχασε τον τελετουργικό της χαρακτήρα και άρχισε να εξυπηρετεί άλλες ανάγκες.

Έτσι, μετατράπηκε γρήγορα και ανησυχητικά σε ένα σοβαρό κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο έχει πάρει στις μέρες μας τρομακτικές διαστάσεις, σε διεθνές επίπεδο.

Και καθώς η τοξικοεξάρτηση εξαπλώνεται κατά μήκος του παγκοσμιοποιημένου κόσμου, τα περισσότερα πολιτικά συστήματα προσπαθούν εσπευσμένα να λάβουν μέτρα, για να σταματήσουν την διάδοση της χρήσης στις χώρες τους ή για να την αντιμετωπίσουν θεραπευτικά.

2.2 Η κατάσταση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης στην Ευρώπη

Η χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών στην Ευρώπη είναι φαινόμενο, που αφορά κυρίως τους νέους, και ακόμη πιο συγκεκριμένα, αφορά περισσότερο τους νέους άνδρες.

Ιδιαίτερα ανησυχητικό, όπως προκύπτει από τα διαθέσιμα στοιχεία, σχετικά με τις αιτήσεις για θεραπεία στα προγράμματα της Ευρώπης, είναι το γεγονός της πολλαπλής χρήσης ουσιών, που δυσκολεύει ακόμη περισσότερο την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης (Ε.Κ.Π.Ν.Τ. 2005).

Σε ότι αφορά στις ουσίες, η κάνναβη είναι με διαφορά, η συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία στην Ευρώπη. Φαίνεται πως η διάδοση της, αυξήθηκε σημαντικά στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες κατά την διάρκεια της δεκαετίας του '90.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες στον γενικό πληθυσμό, ποσοστό από 3 έως 31% των ενηλίκων, ηλικίας από 15 έως 64 ετών, έχει κάνει χρήση κάνναβης, τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή του.

Ωστόσο, αν και υπολογίζεται πως 3 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρώπη, κυρίως νέοι άνδρες, κάνουν χρήση κάνναβης ενδεχομένως σε καθημερινή βάση, δεν έχει γίνει γνωστός ο βαθμός στον οποίο αυτή η ομάδα, μπορεί να αντιμετωπίζει προβλήματα εξαιτίας της χρήσης (E.K.Π.N.T., 2005:12).

Σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, τα συνολικά ποσοστά χρήσης κάποιου είδους συνθετικών ψυχοδραστικών ουσιών (διεγερτικές και παραισθησιογόνοι ουσίες), στον γενικό πληθυσμό, είναι συνήθως χαμηλά, αλλά η επικράτηση της χρήσης τους σε ομάδες ατόμων νεαρότερης ηλικίας είναι σημαντικά υψηλότερη. Έτσι, ενώ οι δείκτες των ουσιών αυτών εμφανίζουν σταθεροποιητικές τάσεις, η χρήση του έκστασης, που χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο από νέους, συνεχίζει να αυξάνεται (E.K.Π.N.T., 2005:45).

Ποσοστό 0,5 έως 6% του ενήλικου πληθυσμού δηλώνει ότι, έχει κάνει χρήση κοκαΐνης τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του, με την Ιταλία (4,6%), την Ισπανία (4,9%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (6,8%) να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά, ενώ για την χρήση κοκαΐνης το τελευταίο έτος, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 0,3 και 1% (E.K.Π.N.T., 2005:56).

Αναφορικά με την χρήση ηρωίνης και την ενέσιμη χρήση εν γένει, ο αριθμός των τοξικοεξαρτημένων είναι μικρός, σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό της Ευρώπης, αλλά ο αντίκτυπος της προβληματικής χρήσης είναι αρκετά σημαντικός. Ως προβληματική χρήση, ορίζεται για λειτουργικούς σκοπούς, η ενέσιμη χρήση ή η μακροχρόνια/συστηματική χρήση οπιούχων, κοκαΐνης ή/και αμφεταμινών (E.K.Π.N.T., 2005:63).

Τα ποσοστά επικράτησης της προβληματικής χρήσης διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Μάλιστα, για το διάστημα 1999-2003 φαίνεται, πως κυμαίνονται μεταξύ 4 έως 7 περιπτώσεων ανά 1.000 κατοίκους, ηλικίας από 15 έως 64 ετών, δηλαδή 1,2-2,1 εκατομμύρια προβληματικών χρηστών στην Ευρώπη, εκ των οποίων περίπου 850.000 έως 1,3 εκατομμύρια είναι ενεργοί χρήστες ενέσιμων ψυχοδραστικών ουσιών (Ε.Κ.Π.Ν.Τ., 2005:64).

Στην προσπάθεια για την κάλυψη των αναγκών όλο και περισσότερων τοξικοεξαρτημένων ατόμων, τα θεραπευτικά προγράμματα, όσο και ορισμένες μορφές υπηρεσιών μείωσης της βλάβης, που παρέχονται στην Ευρώπη, έχουν αυξηθεί σημαντικά. Βέβαια, η φύση και ο βαθμός των διαφόρων τύπων θεραπευτικών παρεμβάσεων, ποικίλλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα.

Ένας τομέας υπηρεσιών, που έχει σαφώς επεκταθεί την τελευταία δεκαετία, είναι αυτός της θεραπείας υποκατάστασης για τους χρήστες οπιοειδών ουσιών. Η μεθαδόνη, αντιπροσωπεύει ποσοστό λίγο χαμηλότερο του 80%, ενώ η βουπρενορφίνη αναδεικνύεται σε ολοένα δημοφιλέστερη φαρμακευτική επιλογή και αντιπροσωπεύει περίπου το 20% της θεραπείας υποκατάστασης στην Ευρώπη (Ε.Κ.Π.Ν.Τ. 2005:77-80).

2.2.1 Η θέση της Ελλάδας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών

Η Ελλάδα τοποθετείται μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, με τα χαμηλότερα ποσοστά στην επικράτηση της χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, τόσο στον γενικό, όσο και στον μαθητικό πληθυσμό.

Όπως και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, έτσι και στην χώρα μας, η πιο διαδεδομένη μορφή χρήσης παράνομων ουσιών στον πληθυσμό, αφορά κυρίως στην χρήση κάνναβης.

Ωστόσο, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, η Ελλάδα εμφανίζει χαμηλά ποσοστά επικράτησης για κάθε συχνότητα χρήσης κάνναβης, είτε δηλαδή πρόκειται για πειραματισμό, είτε για τακτική ή βαριά χρήση, όπως συμβαίνει και στη Φιλανδία, στη Μάλτα και στη Σουηδία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006:16-17).

2.3 Η έκταση της χρήσης στον ελληνικό πληθυσμό

Το φαινόμενο της χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, αλλά και εφήβων, παρακολουθείται επιδημιολογικά στην Ελλάδα, ήδη από το 1984.

Επιδημιολογία, ονομάζεται η επιστήμη, που μελετά τη διασπορά και την κατανομή, τη συχνότητα, τις σχέσεις, τις προβλέψεις και τον έλεγχο των παραγόντων που σχετίζονται με θέματα υγείας του πληθυσμού.

Σε ότι αφορά κοινωνικά φαινόμενα, όπως αυτό της τοξικοεξάρτησης, στόχος της είναι να περιγράψει την υπάρχουσα κατάσταση και να εξηγήσει τη φύση του φαινομένου.

Έτσι, ο δείκτης έκτασης της χρήσης στον γενικό πληθυσμό, αφορά τη διεξαγωγή εθνικών ερευνών με κοινά εργαλεία και μεθοδολογία, ώστε να προκύπτουν συγκρίσιμα στοιχεία σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Την συγκεντρωτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων αυτών των ερευνών, έχει αναλάβει στην χώρα μας το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.).

2.3.1 Επικράτηση και πρότυπα χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που διενεργήθηκε το 2004 στον γενικό πληθυσμό της χώρας μας, ποσοστό 8,6% ατόμων ηλικίας από 12 έως 64 ετών, αναφέρουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει μια ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ψυχοδραστική ουσία.

Μάλιστα, το υψηλότερο ποσοστό χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών παρουσιάζεται στους άντρες με 13,3%, έναντι των γυναικών που εμφανίζουν ποσοστό 3,9%, και ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες από 25 έως 35 ετών (12,4%) και από 8 έως 24 ετών (11,9%) (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006:14).

Σε ότι αφορά στον μαθητικό πληθυσμό, έρευνα που διενεργήθηκε το 2003, κατέδειξε πως χρήση κάποιας παράνομης ψυχοδραστικής ουσίας, έστω και για δοκιμή για μια φορά στη ζωή του, δηλώνει πως έχει κάνει ο ένας στους δέκα εφήβους ηλικίας από 13 έως 18 ετών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006:14-15).

Από τη συγκεκριμένη έρευνα προέκυψε επίσης ότι, η χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών αυξάνεται με την ηλικία. Έτσι, το ποσοστό των εφήβων ηλικίας από 17 έως 18 ετών, οι οποίοι έχουν δοκιμάσει παράνομες ουσίες (19,7%), είναι σχεδόν τριπλάσιο από αυτό των εφήβων ηλικίας από 15 έως 16 ετών (7,6%) και εξαπλάσιο από αυτό των εφήβων ηλικίας από 13 έως 14 ετών (3,5%). Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί πως και στους εφήβους που ανέφεραν εμπειρία χρήσης παράνομων ουσιών, ο αριθμός των αγοριών είναι μεγαλύτερος, από αυτόν των κοριτσιών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006:15).

Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο που αναδεικνύεται με κάθε έρευνα, είναι το γεγονός ότι η χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, σε ό,τι αφορά στον γενικό πληθυσμό, είναι αυξημένη στα μεγάλα αστικά κέντρα. Έτσι, στην Αθήνα παρατηρείται ποσοστό 12,4%, στην Θεσσαλονίκη 7,8%, σε άλλες αστικές περιοχές 7,3%, και χαμηλότερα ποσοστά (5,8%), εμφανίζονται στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006:15).

Στο διάστημα από το 1984 έως και το 2004, η χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών στον ελληνικό γενικό πληθυσμό, έδειξε αρχικά μια ανοδική τάση, μεταξύ των ετών 1984 και 1998, και ακολούθως μια τάση μείωσης, μεταξύ των ετών 1998 και 2004. Όλα αυτά τα χρόνια, η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία στον πληθυσμό, είναι η κάνναβη, και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες παράνομες ουσίες (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006:15-16).

2.3.2 Εκτίμηση του αριθμού των προβληματικών χρηστών

Με τον όρο προβληματικός χρήστης ορίζεται το άτομο, που εκτιμάται πως κάποια στιγμή στην πορεία της εξάρτησης του από την ηρωίνη, θα απευθυνθεί σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, ζητώντας βοήθεια για απεξάρτηση.

Ο πιθανός αριθμός των προβληματικών χρηστών, υπολογίζεται με την εφαρμογή της μεθόδου πολλαπλών εγγραφών στα ετήσια δεδομένα του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας, η οποία επιτρέπει την εκτίμηση του μεγέθους του «κρυμμένου πληθυσμού» των χρηστών, που δεν παρουσιάστηκαν σε καμία θεραπευτική υπηρεσία, κατά την διάρκεια του προηγούμενου έτους (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006:33).

Όμως το γεγονός, πως δεν υπάρχει δυνατότητα διασταύρωσης με άλλες πηγές πληροφόρησης εκτός των υπηρεσιών θεραπείας, όπως για παράδειγμα από ιατρικές υπηρεσίες ή την αστυνομία, εξακολουθεί να εμποδίζει την εκτίμηση του αριθμού προβληματικών χρηστών με άλλους τρόπους.

Για το έτος 2005, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών ηλικίας από 15 έως 64 ετών, με κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη, είναι 19.151, με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 17.335-21.209, δηλαδή ελαφρώς μειωμένη σε σχέση με την αντίστοιχη εκτίμηση για το έτος 2004, η οποία ήταν 19.601 (με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 17.115-22.550) (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).



2.4 Τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην χώρα μας

Τα τελευταία χρόνια, διαπιστώνεται συνεχής ανάπτυξη υπηρεσιών με στόχο την κάλυψη των αναγκών, όλο και περισσότερων τοξικοεξαρτημένων ατόμων. Ως αποτέλεσμα, φαίνεται να υπάρχει βελτίωση των παρεχόμενων ευκαιριών για θεραπεία. Στην Ελλάδα λειτουργούν σήμερα συνολικά 55 επίσημα αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006:47).

Όσον αφορά στους παρεχόμενους τύπους θεραπείας, στη χώρα μας διαπιστώνεται ότι, έχει δοθεί βάρος στην ανάπτυξη προγραμμάτων εξωτερικής παραμονής, ενώ ο αριθμός των προγραμμάτων εσωτερικής διαμονής, διατηρείται σχετικά σταθερός τα τελευταία έτη.

Η μεγαλύτερη αύξηση όμως, διαπιστώνεται στον αριθμό θεραπευτικών υπηρεσιών για εφήβους και νεαρούς ενήλικες, όπως και στον αριθμό των δομών υποκατάστασης.

Επίσης, έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη μονάδων προσαρμοσμένων στις ανάγκες χρηστών με ειδικά χαρακτηριστικά, όπως είναι τα άτομα που ανήκουν σε εθνικά διαφοροποιημένες ομάδες, οι γονείς με ανήλικα τέκνα και οι κρατούμενοι ή αποφυλακισμένοι χρήστες.

Σχετικά με την γεωγραφική κάλυψη, τα περισσότερα προγράμματα σήμερα εξακολουθούν να βρίσκονται συγκεντρωμένα στο νομό Αττικής και στο νομό Θεσσαλονίκης, όπου κατοικεί το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού της χώρας, αλλά και η πλειοψηφία των προβληματικών χρηστών.

Έχουν αναπτυχθεί, ωστόσο, δομές και σε άλλες υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες παλαιότερα, είτε δεν προσέφεραν, είτε είχαν περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές, όπως η Θεσσαλία, η Κρήτη, η Στερεά Ελλάδα, η Ανατολική Μακεδονία-Θράκη κ.ά.

Δυστυχώς, μέχρι και σήμερα εξακολουθούν να υπάρχουν υγειονομικές περιφέρειες, όπως η Ήπειρος, τα Ιόνια νησιά, το Βόρειο Αιγαίο κλπ., στις οποίες δεν λειτουργεί σχεδόν κανένα θεραπευτικό πρόγραμμα.

Για το έτος 2005, η δηλωθείσα συνολική δυναμικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων ήταν περίπου 4.326 ατόμων. Από τις προσφερόμενες θέσεις θεραπείας, τον μεγαλύτερο αριθμό διαθέτουν οι μονάδες υποκατάστασης, έναντι των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

2.5 Τα χαρακτηριστικά των τοξικοεξαρτημένων ατόμων που ζητούν θεραπεία

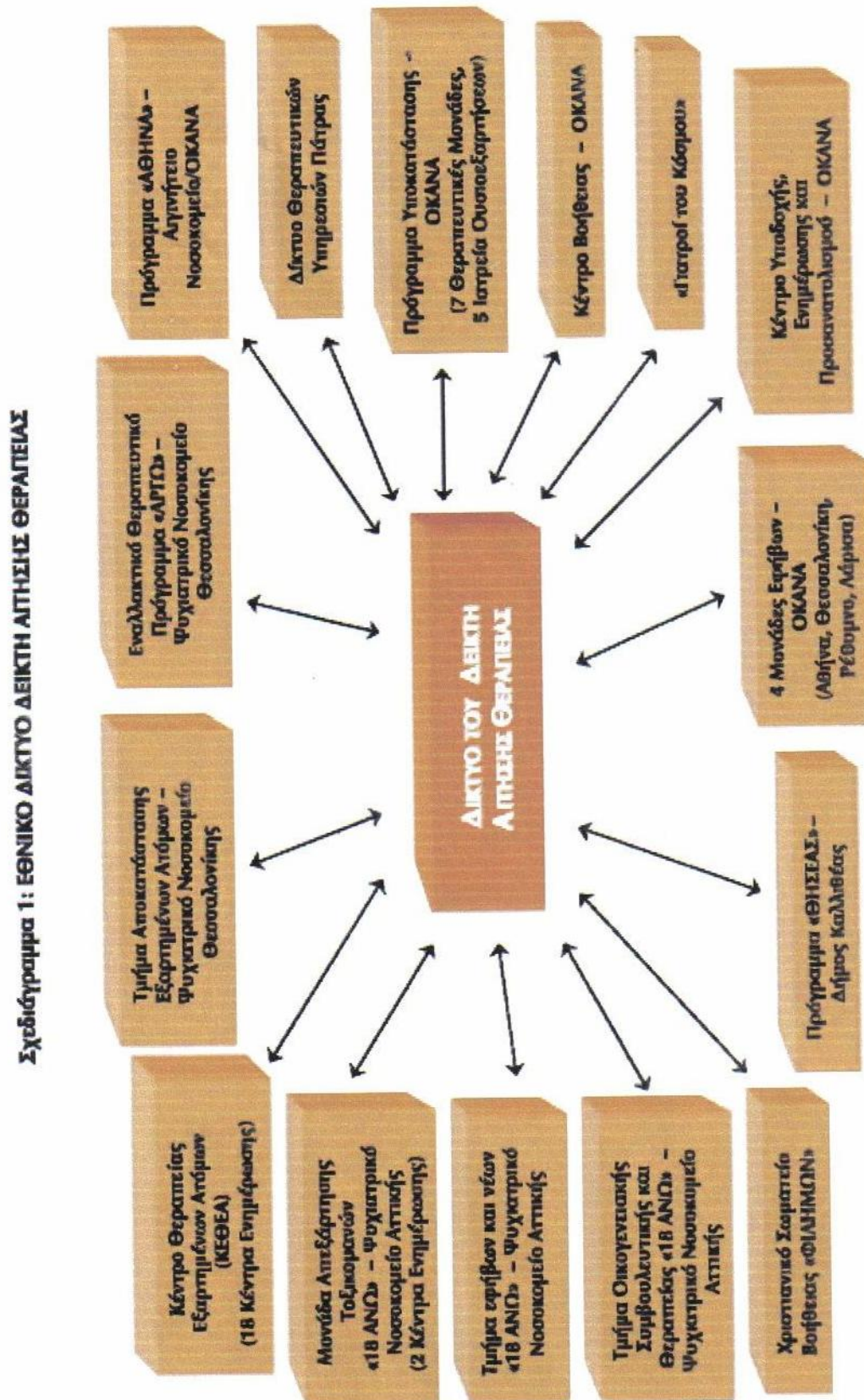
Ο Δείκτης Αίτησης Θεραπείας (Δ.Α.Θ.) εφαρμόζεται από το Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. στην Ελλάδα, από το 1994 με κεντρικό στόχο την καταγραφή των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών, καθώς και των συμπεριφορών χρήσης που εμφανίζουν τα άτομα που ζητούν θεραπεία για την τοξικοεξάρτηση ή και ξεκινούν θεραπεία στα θεραπευτικά προγράμματα.

Η συλλογή των στοιχείων, γίνεται σε συνεργασία με το εθνικό δίκτυο του Δείκτη και στηρίζεται στην εφαρμογή του ευρωπαϊκού πρωτοκόλλου του Δείκτη (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006:34).

Στόχος της καταγραφής των χαρακτηριστικών των ατόμων αυτών είναι η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και το σχεδιασμό νέων εξειδικευμένων παρεμβάσεων με βάση τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007).

Συγκεκριμένα, το 2005 κατεγράφησαν από το Δείκτη 4.248 άτομα, από τα οποία ποσοστό 77,1% απευθύνθηκε σε «στεγνά προγράμματα», ποσοστό 14,1% σε προγράμματα υποκατάστασης και ποσοστό 8,9% σε Κέντρα Άμεσης Πρόσβασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Εθνικό Δίκτυο του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας



2.5.1 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών

Η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών για το 2005 είναι οι άνδρες (84,3%). Οι περισσότεροι είναι νέοι 19-29 ετών (60,8%) ή 30-40 ετών (25,6%), ενώ οι έφηβοι είναι το 4,7%. Η μέση ηλικία είναι τα 28,5 έτη (τυπική απόκλιση 7,6 έτη). Η μέση ηλικία των γυναικών εμφανίζεται σημαντικά χαμηλότερη (26,6%) από αυτή των ανδρών (28,8).

Σχεδόν όλοι είναι Έλληνες, ενώ οι αλλοδαποί με βάση την υπηκοότητα το 3,3%.

Ως προς το ανώτερο ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό επίπεδο, 22% είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 32,6% απόφοιτοι Γυμνασίου, 39,1% απόφοιτοι Λυκείου και μόνο 4,6% έχουν ολοκληρώσει την Τριτοβάθμια Εκπαίδευση. Οι περισσότεροι είναι άνεργοι (59,5%), αρκετοί έχουν σταθερή εργασία (24%) ή περιστασιακή εργασία (9,8%) και ένα 5,3% συνεχίζουν τις σπουδές τους.

Με τους γονείς ζει το υψηλότερο ποσοστό (71,5%), με σύζυγο/ σύντροφο με ή χωρίς παιδιά ζει το 10,7%, ενώ μόνοι τους τελείως ζουν το 10,3%. Σχεδόν όλοι έχουν σταθερή στέγη (93,4%) και το 6,4% δηλώνουν προσωρινή στέγη/ άστεγοι.

Το 15,9% των ερωτώμενων δηλώνουν ότι συγκατοικούν με τουλάχιστον άλλον έναν χρήστη, ενώ από αυτούς το 61,8% δηλώνει ότι ζει με την γονική οικογένεια, δηλαδή τουλάχιστον ένα μέλος της γονικής οικογένειας είναι χρήστης. Επιπλέον, το 14,9% όσων συγκατοικούν με χρήστες δηλώνει ότι ζει με σύζυγο/ σύντροφο χωρίς παιδιά και το 7,5% με σύζυγο/ σύντροφο με παιδιά. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006:35,ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007:33)

2.5.2 Ιστορικό θεραπείας

Περισσότεροι από τους μισούς (52,8%), δηλώνουν ότι δεν έχουν υποβληθεί ποτέ σε θεραπεία στο παρελθόν.

Το 28,9% δηλώνουν ότι παίρνουν μόνοι τους την πρωτοβουλία να ζητήσουν θεραπεία και παρόμοιο είναι το ποσοστό αυτών που ενθαρρύνονται από την οικογένεια (25,8%) και αυτών που παρακινούνται από φίλους (25,2%). Στην κατηγορία «φίλοι», οι ερωτώμενοι πολύ συχνά κατατάσσουν άλλους χρήστες, που παρακολουθούν ή έχουν ολοκληρώσει κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης. Το 14,3% παραπέμπονται από άλλους φορείς υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες

(συμπεριλαμβανομένων και άλλων κέντρων θεραπείας) και μόνο το 1,4% από τις δικαστικές υπηρεσίες και την αστυνομία. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006:35-36,ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007:33)

2.5.3 Χαρακτηριστικά χρήσης

Η συνηθέστερη κύρια ουσία κατάχρησης, είναι η ηρωίνη-οπιούχες ουσίες και ακολουθούν η κάνναβη, η κοκαΐνη και τα χάπια.

Οι περισσότεροι (64,1%), δηλώνουν καθημερινή χρήση της κύριας ουσίας κατάχρησης τον τελευταίο μήνα.

Οι περισσότεροι από τους χρήστες οπιούχων (68,1%) και τους χρήστες χαπιών (66%), κάνουν καθημερινή χρήση της ουσίας τον τελευταίο μήνα.

Όσον αφορά τους χρήστες οπιούχων που δηλώνουν χρήση τον τελευταίο μήνα, η καθημερινή χρήση, η οποία είναι και δείκτης της σοβαρότητας της εξάρτησης, είναι πιο συχνή στις γυναίκες (78,1%), από ότι στους άνδρες (75,8%).

Αντίθετα, στους χρήστες κάνναβης, η καθημερινή χρήση είναι πολύ πιο συχνή μεταξύ των ανδρών (45,6%), από ότι μεταξύ των γυναικών (19,4%).

Η ενέσιμη χρήση της κύριας ουσίας (40,9%), δηλώνεται από ποσοστό ατόμων παρόμοιο με εκείνο που κάνει χρήση της ουσίας από την μύτη (39,2%), ενώ το κάπνισμα/ εισπνοή από το 17,7% των χρηστών.

Σχεδόν οι μισοί χρήστες ηρωίνης-άλλων οπιούχων (46%), κάνουν συνήθως ενέσιμη χρήση της ουσίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους χρήστες κοκαΐνης είναι πολύ μικρότερο (10,1%).

Το 71,8% των χρηστών κάνουν χρήση και άλλων ουσιών, εκτός από την κύρια ουσία κατάχρησης. Κυριότερη δευτερεύουσα ουσία χρήσης είναι η κάνναβη (62,7%), τα χάπια (51%) και η κοκαΐνη (31,4%), ενώ με χαμηλότερα ποσοστά τα άλλα διεγερτικά (13,2%, τα παραισθησιογόνα (7,5%), τα οπιούχα (7,2%) και το αλκοόλ (5,9%).

Η μεγάλη πλειοψηφία των χρηστών 81,2%, άρχισε τη χρήση ναρκωτικών ουσιών με κάνναβη, κατά μέσο όρο στην ηλικία των 16 ετών, το 6,1% με οπιούχα, κατά μέσο όρο στην ηλικία των 20 ετών και το 5,5% ξεκίνησε με χάπια, στην ηλικία των 15,5 ετών. Οι άνδρες ξεκινούν συχνότερα από ότι οι γυναίκες με κάνναβη, αλλά το αντίθετο ισχύει με τα οπιούχα, όπου το υπερδιπλάσιο ποσοστό γυναικών σε σχέση με τους άνδρες ξεκινούν την παράνομη χρήση με αυτά. Τόσο οι γυναίκες όσο

και οι άνδρες ξεκινούν την παράνομη χρήση ουσιών στην ηλικία των 16 ετών κατά μέσο όρο (τυπική απόκλιση 3,5 έτη) (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006:36,ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007:33).

2.5.4 Συμπεριφορά υψηλού κινδύνου

Οι περισσότεροι (73,8%) έχουν κάνει ενέσιμη χρήση, τουλάχιστον μια φορά σε όλη τη ζωή τους. Από τους χρήστες που έχουν κάνει ενδοφλέβια χρήση τουλάχιστον μια φορά, περισσότεροι από τους μισούς έχουν κάνει και κοινή χρήση σύριγγας.

Λιγότεροι από τους μισούς (43%) δηλώνουν ότι κάνουν ενέσιμη χρήση τον τελευταίο μήνα και από αυτούς το 33,6% κάνει κοινή χρήση σύριγγας.

Ο μέσος όρος ηλικίας της πρώτης ενέσιμης χρήσης είναι τα 21 έτη. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006, ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007)

2.6 Ανακεφαλαίωση

Η Ελλάδα τοποθετείται μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, με τα χαμηλότερα ποσοστά στην επικράτηση της χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, τόσο στον γενικό, όσο και στον μαθητικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που διενεργήθηκε το 2004 στον γενικό πληθυσμό της χώρας μας, ποσοστό 8,6% ατόμων ηλικίας από 12 έως 64 ετών, αναφέρουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει μια ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ψυχοδραστική ουσία.

Σε ότι αφορά στα τοξικοεξαρτημένα άτομα, από τον Δείκτη Αίτησης Θεραπείας των προγραμμάτων που λειτουργούν σήμερα στην χώρα μας, προκύπτει ότι :

- § Η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών είναι οι άνδρες.
- § Η χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών αυξάνεται με την ηλικία.
- § Η μέση ηλικία για αίτημα θεραπείας είναι τα 28,5 έτη.
- § Οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι Λυκείου, άνεργοι και ζουν με τους γονείς τους.
- § Το 28,9% δηλώνουν ότι, παίρνουν μόνοι τους την πρωτοβουλία να ζητήσουν θεραπεία και παρόμοιο είναι το ποσοστό αυτών που ενθαρρύνονται από την οικογένεια.

- § Η συνηθέστερη κύρια ουσία κατάχρησης, είναι η ηρωίνη και ακολουθούν η κάνναβη, η κοκαΐνη και τα χάπια.
- § Η ενέσιμη χρήση της κύριας ουσίας, δηλώνεται από ποσοστό ατόμων παρόμοιο με εκείνο που κάνει χρήση της ουσίας από την μύτη, ενώ το κάπνισμα/ εισπνοή μόλις από το 17,7% των χρηστών.
- § Η πλειοψηφία των χρηστών κάνουν χρήση και άλλων ουσιών, εκτός από την κύρια ουσία κατάχρησης.
- § Η μεγάλη πλειοψηφία των χρηστών 81,2%, άρχισε τη χρήση ναρκωτικών ουσιών με κάνναβη, κατά μέσο όρο στην ηλικία των 16 ετών.
- § Οι περισσότεροι (73,8%) έχουν κάνει ενέσιμη χρήση, τουλάχιστον μια φορά σε όλη τη ζωή τους. Από τους χρήστες που έχουν κάνει ενδοφλέβια χρήση τουλάχιστον μια φορά, περισσότεροι από τους μισούς έχουν κάνει και κοινή χρήση σύριγγας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

3.1 Εισαγωγή

Οι πρώτες προσπάθειες αντιμετώπισης του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης, εστιάστηκαν στη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων, με βασικό στόχο την διακοπή της χρήσης. Για την επίτευξη της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, μελετήθηκαν διεξοδικά οι βιολογικές επιδράσεις και τα ψυχολογικά αποτελέσματα της χρήσης και της κατάχρησης των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Όμως, για να εξηγηθεί το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, δεν αρκεί να ανατρέξει κανείς στις ιδιότητες και τις επιδράσεις συγκεκριμένων ουσιών.

Έτσι, τα τελευταία χρόνια, οι μελέτες επικεντρώνονται στους αιτιολογικούς παράγοντες, που ωθούν ένα άτομο να χρησιμοποιήσει εξαρτησιογόνες ουσίες, στις προσδοκίες του από αυτές και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, που θα καθορίσουν αν το άτομο αυτό θα εξαρτηθεί από μια ουσία, αν θα παραμείνει περιστασιακός χρήστης χωρίς ποτέ να εξαρτηθεί από μια ουσία, ή αν η περίοδος κατάχρησης θα έχει περιορισμένη διάρκεια (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2003).

Η τοξικοεξάρτηση αποτελεί βασικά, ένα μονοσήμαντο τρόπο ύπαρξης μέσα στον κόσμο. Αυτός επιλέγεται πάντα από το άτομο. Ακόμα και όταν οι περιστάσεις με τις οποίες συνδέεται, δίνουν την εντύπωση του τυχαίου, η επιλογή της γίνεται πάντα για κάποιους λόγους, συνυφασμένους τόσο με την ατομική ψυχοπαθολογία, όσο και με το οικογενειακό, και γενικότερα το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου.

Κατά τον ορισμό του Olievenstein, η τοξικοεξάρτηση είναι το αποτέλεσμα της συνάντησης μίας ουσίας, με μια προσωπικότητα, σε μια δεδομένη κοινωνικο-πολιτιστική στιγμή. Με την έννοια «κοινωνικο-πολιτισμική στιγμή» εννοεί, τις κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν, κατά τη συνάντηση του ατόμου-προσωπικότητας, με την εξαρτησιογόνο ουσία (Ζλατάνος 2004, Μάτσα 2003).

Η όλη διαδρομή του ατόμου μέσα στην εξάρτηση, συνδέεται με την προσωπική του ιστορία, εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και διαμορφώνει τη στάση του, απέναντι στον εαυτό του και στους άλλους.

Όλη αυτή η διαδρομή και η διάρκεια της είναι διαφορετική για κάθε τοξικοεξαρτημένο άτομο. Μοιάζει με ένα κύκλο, που ανοίγει τη στιγμή της συνάντησης με την ουσία και ολοκληρώνεται με τη στιγμή της απόφασης του να ενταχθεί σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και να αλλάξει τον τρόπο ζωής του (Μάτσα, 1999).

3.2 Η ερμηνεία του φαινομένου της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες

Στην προσπάθεια του προσδιορισμού της έννοιας της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, συναντάει κανείς σημαντικές δυσκολίες.

Ιδιαίτερα τα τελευταία δέκα χρόνια, που προέκυψε και στην Ελλάδα η ανάγκη του προσδιορισμού της έννοιας της ουσιοεξάρτησης και με ιατρικούς όρους, μιας και για όσο διάστημα αυτή αντιμετωπιζόταν αποκλειστικά ως αποκλίνουσα συμπεριφορά, ως αδυναμία του χαρακτήρα σε σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον, η έννοια της προσδιοριζόταν αποκλειστικά από ψυχοκοινωνικές παραμέτρους (Γαζγαλίδης 2005).

Οι δυσκολίες που μπορεί να συναντήσει κανείς, προσπαθώντας να δώσει έναν ορισμό της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες είναι η αποσαφήνιση των όρων, ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών της εξάρτησης και το γεγονός πως τα κριτήρια της ουσιοεξάρτησης προέρχονται από εντελώς διαφορετικά επιστημονικά πεδία, τα οποία προσπαθούν να συνυπάρξουν, όπως η κοινωνιολογία, οι διάφορες κατευθύνσεις της ψυχολογίας, η ιατρική, κτλ.

Κάθε μία από τις ευρείες επιστημονικές τάξεις (ψυχιατρική, ψυχολογία, κοινωνιολογία, εγκληματολογία, ανθρωπολογία, βιολογία, γενετική, φαρμακολογία και νευροεπιστήμες), έχει ερευνήσει το συγκεκριμένο θέμα από τη δική της σκοπιά και αυτό γιατί η εξάρτηση από τις ψυχοτρόπες ουσίες αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο.

Η πολυπλοκότητα του προέρχεται από την αναγνώριση, τόσο της επίδρασης ψυχολογικών, κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων στο τοξικοεξαρτημένο άτομο, όσο και της αλληλεπίδρασης της ουσιοεξάρτησης με την κοινωνία, το νόμο, την οικονομία και την πολιτική.

Σήμερα υπάρχουν δύο ταξινομητικά συστήματα, τα οποία επιχειρούν να ταξινομήσουν τα κριτήρια της ουσιοεξάρτησης και λειτουργούν έχοντας ως βάση την κλινική παρατήρηση (Γαζγαλίδης 2005).

Σύμφωνα με το DSM-IV (ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας), το κύριο χαρακτηριστικό της Εξάρτησης από Ουσίες είναι ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων, που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει την χρήση της ουσίας, παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη λήψη της.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η διάγνωση της Εξάρτησης από Ουσίες, τίθεται εφόσον υπάρχει κλινικά σημαντική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση, που εκδηλώνεται με τρία (ή και περισσότερα) από τα παρακάτω, που συμβαίνουν σε οποιαδήποτε στιγμή μέσα σε περίοδο 12 μηνών:

1. **Ανοχή**, όπως ορίζεται με οποιοδήποτε από τα εξής:
 - ανάγκη για έντονη αύξηση της ποσότητας της ουσίας, με σκοπό την επίτευξη τοξίκωσης ή του επιθυμητού αποτελέσματος
 - έντονα μειωμένο αποτέλεσμα με συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας.
2. **Στερητικό σύνδρομο**, όπως εκδηλώνεται με τα εξής:
 - χαρακτηριστικά στερητικά συμπτώματα ανάλογα με την ουσία εξάρτησης
 - η ουσία ή κάποια υποκατάστατη να λαμβάνεται για την ανακούφιση ή την αποφυγή των στερητικών συμπτωμάτων.
3. Η ουσία συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, από ότι το ίδιο το άτομο είχε σκοπό.
4. Επίμονη επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να μειώσει ή να ελέγξει τη χρήση της ουσίας.
5. Σημαντική δαπάνη του χρόνου του ατόμου σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την εύρεση της ουσίας.
6. Παραμέληση ή εγκατάλειψη σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, εξαιτίας της χρήσης της ουσίας.
7. Το άτομο συνεχίζει τη χρήση της ουσίας, παρόλο που υποκειμενικά αναγνωρίζει ότι αντιμετωπίζει ένα σοβαρό και επίμονο, κοινωνικό, ψυχολογικό ή σωματικό πρόβλημα που προκαλείται ή επιδεινώνεται από τη χρήση της ουσίας (Μάνος, 1997:506-508).

Κατά την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) και το ταξινομητικό της σύστημα ICD 10, το «σύνδρομο της εξάρτησης» είναι μία δέσμη φυσιολογικών και ψυχικών εκδηλώσεων ή εκδηλώσεων της συμπεριφοράς, στις οποίες η χρήση κάποιας ουσίας ή ομάδας ουσιών, για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ πιο άμεση προτεραιότητα, σε σχέση με άλλες συμπεριφορές, οι οποίες κάποτε είχαν μεγαλύτερη αξία για το άτομο αυτό.

Κεντρικό περιγραφικό χαρακτηριστικό του «συνδρόμου εξάρτησης» είναι η επιθυμία (συχνά έντονη και πολλές φορές ακατανίκητη) για τη λήψη ουσιών.

Η διάγνωση τίθεται, εφόσον τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα, συνυπήρχαν σε κάποια χρονική περίοδο κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους:

1. Έντονη επιθυμία ή επιτακτική ανάγκη λήψης της ουσίας.
2. Δυσκολίες στον έλεγχο της συμπεριφοράς λήψης της ουσίας, σε σχέση με την έναρξη και την διακοπή της ή το βαθμό χρήσης.
3. Εμφάνιση συνδρόμου στέρησης, όταν διακοπεί η χρήση της ουσίας ή όταν ελαττωθεί η δοσολογία της.
4. Ανοχή στην ουσία με αποτέλεσμα τις αυξημένες δόσεις.
5. Προοδευτική παραμέληση εναλλακτικών πηγών ευχαρίστησης και ενδιαφερόντων, εξαιτίας της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και προοδευτική αύξηση του χρόνου που διατίθεται για την απόκτηση και λήψη ουσίας.
6. Επιμονή στη χρήση της ουσίας, παρά τις αναμφισβήτητες ενδείξεις σοβαρών οργανικών, συναισθηματικών ή νοητικών βλαπτικών συνεπειών (Ζλατάνος 2004, Γαζγαλίδης 2005).

Οι συνέπειες της χρήσης παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών, μπορούν να συνοψιστούν σε τέσσερα σύνδρομα, τα οποία είναι:

α. Τοξικομανιογενές σύνδρομο

§ Σωματότροπες βλάβες από τις χρησιμοποιούμενες ουσίες

§ Ψυχότροπες βλάβες από τις χρησιμοποιούμενες ουσίες

β. Σωματικό σύνδρομο

§ Σωματικά συμπτώματα σύννοδα της παράνομης χρήσης

§ Σωματικές νόσοι συνοδευτικές της εξάρτησης

§ Σωματικές νόσοι οι οποίες προϋπήρχαν της εξάρτησης

γ. Ψυχικό σύνδρομο

§ Ψυχοπαθολογικά φαινόμενα ως συνέπεια της εξάρτησης

§ Ψυχικά συμπτώματα μιας ψυχοπαθολογίας που προϋπήρχε της εξάρτησης

δ. Κοινωνικό σύνδρομο

§ Αντικοινωνικότητα, προσωπική και κοινωνική απομόνωση

§ Εγκληματικότητα, πρωτογενής και δευτερογενής

§ Περιθωριοποίηση και αίσθηση προσωπικής απαξίας

§ Ξεπεσμός, απουσία επαγγελματικής και κοινωνικής προοπτικής

(Γαζγαλίδης, 2005:32-33).

3.2.1 Ερμηνείες της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες

Ως πιθανές ερμηνείες του φαινομένου της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς ποικίλες και αντίθετες μεταξύ τους θεωρίες.

Οι ερμηνείες αυτές, έχουν επηρεαστεί σημαντικά, τόσο από φιλοσοφικές απόψεις, που αφορούν τη φύση του ανθρώπου, την ελεύθερη βούληση και τον έλεγχο της ουσίας, όσο και από έντονες επιστημονικές διαφωνίες που επικεντρώνονται σε προσεγγίσεις βιοφυσιολογικές, ψυχιατρικές, κοινωνιολογικές κλπ.

Υπάρχουν ερευνητές, που επιχειρούν ορισμένες ερμηνείες, στηριζόμενοι σε κοινωνικές και ψυχοκοινωνικές θεωρίες, σε θεωρίες της εξαρτημένης αντίδρασης και της ανεπάρκειας του μεταβολισμού.

Οι θεωρητικοί της Κοινωνικής Μάθησης συμφωνούν με την αρχή, ότι το φαινόμενο της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες είναι ένα μαθησιακό μοντέλο συμπεριφοράς, που διαμορφώνεται μέσα από πολλαπλές διαδικασίες κλασσικής και ενεργητικής μάθησης με τη συμμετοχή και γνωστικού τύπου λειτουργιών (Ζλατάνος 2004).

Κάποιοι άλλοι, τονίζουν τη συμβολή των πολιτισμικών και κοινωνικών παραγόντων. Ο Fort, για παράδειγμα, τονίζει ότι η χρήση και η κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών, λειτουργεί σαν βαρόμετρο της κοινωνίας. Η εξάρτηση δηλαδή, αντανακλά τη φτώχεια, την πείνα, τη θρησκευτική και φυλετική διάκριση, το πυρηνικό πρόβλημα, τη διαφθορά, την έλλειψη εκπαίδευσης, τον κυνισμό, την απάθεια, την ανία, τη λαιμαργία, την άγνοια και την ανωριμότητα που μαστίζει τον σημερινό άνθρωπο (Ρογκότης 1994).

Από την άλλη, τα συγγράμματα ψυχιατρικής συνήθως περιγράφουν τους τοξικοεξαρτημένους, ως άτομα με χαρακτήρα παρορμητικό, φανατικό, ονειροπόλο, ευερέθιστο, ασταθή, κ.ά. Τους χαρακτηρίζουν ακόμα, σαν άτομα ψυχοπαθητικά και δυσπροσάρμοστα, με ηθική έκπτωση, συναισθηματική ψυχρότητα, επιθετικότητα και αντικοινωνική τοποθέτηση.

Δεν είναι λίγοι αυτοί που θεωρούν λοιπόν, ότι η εξάρτηση είναι συχνά ένα σύμπτωμα μιας άλλης ψυχικής νόσου (ψύχωση, νεύρωση, κτλ.), η οποία είναι δυνατόν να υποκρύπτεται πίσω από αυτήν. Επιβεβαίωση σε αυτό, δίνουν τα αποτελέσματα των ψυχολογικών tests προσωπικότητας, από τα οποία συχνά εξάγεται το συμπέρασμα, ότι υπάρχει μια σημαντικά αυξημένη ψυχοπαθολογία στους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών (Ρογκότης 1994).

Τις τελευταίες απόψεις περί προϋπάρχουσας ή λανθάνουσας διαταραχής ή την ύπαρξη συννοσηρότητας με την εξάρτηση από ουσίες, έρχονται να επιβεβαιώσουν και νεότερα ερευνητικά-επιστημονικά δεδομένα, που αναφέρονται σε αγχώδεις, συναισθηματικές, ψυχωσικές διαταραχές και διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς στους τοξικοεξαρτημένους χρήστες (Ζλατάνος 2004).

Και ενώ, υπάρχουν υποστηρικτές της άποψης ότι τα τοξικοεξαρτημένα άτομα, είναι άτομα παθητικά και ανεπαρκή, τα οποία επιζητούν τη δύναμη μέσα από την κατάχρηση, ο Penk, αρνείται να παραδεχτεί ότι όλοι οι εξαρτημένοι είναι ψυχοπαθητικές προσωπικότητες, και σημειώνει ότι διαφορετικοί άνθρωποι με διαφορετική οργάνωση προσωπικότητας, είναι δυνατόν να χρησιμοποιούν εξαρτησιογόνες ουσίες.

Και συνεχίζει, υποστηρίζοντας, πως σαφώς υπάρχουν πολλοί τύποι τοξικοεξαρτημένων, και πως μια ουσία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διαφορετικούς λόγους, από το ίδιο ή διαφορετικά άτομα, ακόμα και σε διαφορετικές χρονικές περιόδους της εξάρτησης, σε διαφορετικά γεωγραφικά μήκη και πλάτη (Ζλατάνος 2004).

Κάτι που βασίζεται στο γεγονός, ότι οι φαρμακολογικές ιδιότητες της κάθε ουσίας διαφέρουν. Υπάρχουν αρκετές θεωρίες, οι οποίες υποστηρίζουν την άποψη ότι ορισμένοι τύποι προσωπικότητας, φαίνεται να δείχνουν ειδικές προτιμήσεις σε συγκεκριμένα είδη ουσιών. Παρά το σύνθημα φαινόμενο της πολυτοξικομανίας, διάφοροι παράγοντες της προσωπικότητας του χρήστη σε συνδυασμό με τις ειδικές

φαρμακολογικές ιδιότητες της κάθε ουσίας, εξηγούν πιθανότατα την ειδική προτίμηση ενός ατόμου για κάποια συγκεκριμένη ουσία.

«Εφόσον η ηρωίνη είναι αναλγητικό - κατασταλτικό, είναι φυσικό να το χρησιμοποιούν άτομα με φυσικό πόνο ή ψυχολογική υπερένταση. Εφόσον οι αμφεταμίνες είναι διεγερτικά, τότε τα άτομα που είναι παθητικά, τις προτιμούν σαν μέσο για να εξουδετερώσουν την παθητικότητά τους. Αν το αλκοόλ υποβαθμίζει τον έλεγχο του Υπερεγώ και μειώνει τις αναστολές, τότε είναι εξηγήσιμη η χρησιμοποίηση του από άτομα κοινωνικά καταπιεσμένα και αποξενωμένα, στην προσπάθειά τους για κοινωνικοποίηση» (Ζλατάνος, 2004: 24).

Τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερη σημασία αποκτούν και οι βιολογικές απόψεις, οι οποίες έγιναν πιο συγκεκριμένες, με την πρόοδο των ερευνών, σχετικά με τη νευροχημεία του εγκεφάλου (Ρογκότης 1994).

Στην πολυδιάστατη φύση της ερμηνείας της χρήσης και της εξάρτησης από διάφορες παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, δεν θα μπορούσε να μην λαμβάνει θέση και η οικογένεια ή το οικογενειακό περιβάλλον, όπου ζει και αναπτύσσεται το άτομο.

Σύμφωνα με διάφορες απόψεις, που έχουν εκφραστεί τα τελευταία χρόνια, η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στη γέννηση, τη συντήρηση και τη θεραπεία του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης. Ο Huberty, σχολιάζοντας τη σχέση της οικογένειας με την εμφάνιση και συντήρηση του προβλήματος της εξάρτησης, με θαυμαστό τρόπο διατύπωσε ότι: *«αν δεν είσαι ένα μέρος της λύσης, τότε είσαι ένα μέρος του προβλήματος» (Ζλατάνος 2004).*

3.3 Θεωρίες αιτιοπαθογένειας και θεραπείας της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες

Στο παρελθόν, διάφορες ομάδες ερευνητών, στην προσπάθεια τους να κατανοήσουν την αρχή και την πρόοδο της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, και να καταλήξουν στην θεραπεία της, έδωσαν έμφαση σε παράγοντες γενετικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς, ανάλογα με την σχολή που εκπροσωπούσαν.

Τα τελευταία χρόνια όμως, οι μελέτες για την τοξικοεξάρτηση δίνουν όλο και μεγαλύτερη έμφαση, στη σημασία του κοινωνικού πλαισίου και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου. Σχεδόν όλες, συγκλίνουν και υπογραμμίζουν δυο βασικά σημεία:

§ Την πολυπαραγοντική φύση των αιτιολογικών συντελεστών της εξάρτησης, που δρουν εκλυτικά και περιλαμβάνουν προσωπικούς-ατομικούς παράγοντες

§ Την ιδιαίτερη σημασία που έχει το κοινωνικό πλαίσιο, όπου αναπτύσσεται το άτομο και την επίδρασή του στη διαμόρφωση της προσωπικότητας (Ζλατάνος 2004).

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι, αν κάποιος ήθελε να εξηγήσει την μύηση στην χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, θα ήταν καλύτερο να βασιστεί σε κοινωνικές και ψυχολογικές μελέτες. Αν πάλι τον ενδιέφερε γιατί οι άνθρωποι συνεχίζουν την χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, τότε ο βιο-ιατρικός τομέας φαίνεται ο πιο κατάλληλος. Και τέλος, αν ήθελε να κατανοήσει την κλιμάκωση από την απλή χρήση στην εξάρτηση από παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες, οι βασικές αρχές της κοινωνιολογίας, σε συνδυασμό με βιο-ιατρικούς παράγοντες, καθώς και ψυχολογικά ή ακόμη και πολιτικοοικονομικά στοιχεία, θα μπορούσαν να την αποδώσουν ιδανικά.

Ωστόσο, κανένας τομέας γνώσεων και καμία άποψη, δεν έχουν από μόνα τους «μετρήσει» επιτυχώς το πολύπλοκο φαινόμενο της εξάρτησης από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες.

Είναι γεγονός, πως τα αίτια της εξάρτησης από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, θα πρέπει να αναζητηθούν σε ένα «ολιστικό» μοντέλο, στο συνδυασμό όλων των θεωριών που έχουν έως σήμερα αναπτυχθεί.

Το ίδιο ισχύει σαφώς και για την θεραπεία, καθώς το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης, δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με μονοθεραπευτικές παρεμβάσεις, π.χ. θεοποιώντας την αποχή, αλλά η θεραπεία της οφείλει να είναι πολυδιάστατη και να προέρχεται από το αποτέλεσμα διεπιστημονικής συνεργασίας.

Παρακάτω, παρουσιάζονται περιληπτικά κάποιες από τις σύγχρονες θεωρίες. Η επιλογή τους έγινε με κριτήριο, όχι ότι αυτές είναι οι μόνες ορθές, αλλά ότι αποτελούν ένα καλό δείγμα και αντιπροσωπεύουν κάπως το πεδίο των σύγχρονων αντιλήψεων και εφαρμογών των θεωρητικών προσεγγίσεων της τοξικοεξάρτησης.

3.3.1 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της ανθρωπιστικής προσέγγισης

A) Αιτιοπαθογένεια

Η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες ως φαινόμενο αλλά κατά κύριο λόγο η θεραπεία της, απασχόλησε κάποιους γνωστούς εκπροσώπους της ανθρωπιστικής ψυχολογίας. Εφόσον όμως, η ανθρωπιστική θεωρία δεν εμπεριέχει μια ειδική περιοχή περιεχομένων, αλλά μια στάση ή προσανατολισμό απέναντι στην ψυχολογία, δεν έχει να προσφέρει πολλές εξειδικευμένες μελέτες στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Πολλοί σύγχρονοι ερευνητές όμως, που ασχολούνται με την αιτιοπαθογένεια της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, αρχίζουν τελευταία να χρησιμοποιούν απόψεις από την ανθρωπιστική ψυχολογία για να τεκμηριώσουν τις θέσεις τους.

Η κάλυψη των αναγκών που αναφέρει ο Maslow στην πυραμίδα του, είναι ο πρωταρχικός στόχος πολλών θεραπευτικών προγραμμάτων. Άλλωστε, η χρήση τεχνικών της ανθρωπιστικής ψυχοθεραπείας για την κάλυψη των αναγκών, όπως η αγάπη, η ασφάλεια, η επικοινωνία, επιβεβαιώνει το πρωτογενές έλλειμμα των τοξικοεξαρτημένων σε αυτές τις ανάγκες.

Πιο συγκεκριμένα, οι «ομάδες συνάντησης», που είναι το βασικό εργαλείο των θεραπευτικών κοινοτήτων, έχουν τέτοια απήχηση γιατί προσφέρουν τη γνήσια και ειλικρινή επαφή με τον άλλο, το ασφαλές κλίμα για την έκφραση συναισθημάτων μέσα στην ομάδα, το αίσθημα της συμμετοχής σε μια ομάδα, συναισθήματα που λείπουν από το τοξικοεξαρτημένο άτομο.

Γενικότερα οι θεραπευτικές κοινότητες είναι δομημένες έτσι, ώστε να καλλιεργούν όλες τις ανάγκες που ο Maslow αναφέρει στην πυραμίδα του, και να ωθούν το άτομο στην αυτοπραγμάτωση.

Η αγάπη, η δημιουργικότητα, το μέγλωμα, η υπευθυνότητα, η έντιμη και ξεκάθαρη στάση είναι κάποιες από τις αρχές της ανθρωπιστικής ψυχολογίας, που τα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα έχουν ως αρχές λειτουργίας τους. (Ζαφειρίδης 2005).

B) Θεραπεία

Σύμφωνα με την ανθρωπιστική θεωρία του Rogers, βασική έννοια είναι αυτή του «προσώπου», του ατόμου με το υποκειμενικό βίωμα και την εμπειρία, το οποίο διαμορφώνεται σε ένα μοναδικό «όλο» στις σχέσεις του με τους άλλους και το περιβάλλον.

Θεμελιώδεις αρχές της ανθρωπιστικής προσέγγισης είναι ότι: ο άνθρωπος είναι κατά βάση καλός και το κίνητρο του είναι η αυτοπραγμάτωση. Κατά τον Rogers ο άνθρωπος έχει απεριόριστες πηγές για αλλαγή και αυτοκατευθυνόμενη συμπεριφορά, εφόσον του προσφερθεί το κατάλληλο κλίμα: γνήσια και διαυγής σχέση, θετική αποδοχή του άλλου, ενσυναίσθηματική κατανόηση.

Η ψυχοθεραπεία οδηγεί σε μια σημαντική για το άτομο μάθηση, μια μάθηση που διαποτίζει ολόκληρη την ανθρώπινη ύπαρξη, προκαλεί αλλαγές στη συμπεριφορά, στις στάσεις και την προσωπικότητα.

Μια τέτοια σημαντική μάθηση συμβαίνει μέσα στη θεραπευτική σχέση. Το άτομο δέχεται τον εαυτό του και τα συναισθήματά του, και γίνεται περισσότερο το άτομο που θα ήθελε να είναι, αυξάνεται η αυτοεκτίμηση και η αυτενέργεια του, ωριμάζει η συμπεριφορά και υιοθετεί πιο ρεαλιστικούς στόχους.

Η ανθρωπιστική θεωρία και ο Rogers, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στις ομάδες έντονης εμπειρίας στην ψυχοθεραπεία, μέσω της ομάδας συνάντησης, η οποία τονίζει την ατομική ανάπτυξη, εξέλιξη και βελτίωση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και σχέσεων (Ζαφειρίδης 2005).

3.3.2 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της οικογενειακής-συστημικής προσέγγισης

A) Αιτιοπαθογένεια

Σύμφωνα με την οικογενειακή-συστημική προσέγγιση, η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες θεωρείται αποτέλεσμα μιας παθολογικής ισορροπίας μέσα σε ένα οικογενειακό σύστημα.

Ο τοξικοεξαρτημένος αποσπά την προσοχή όλης της οικογένειας από άλλα προβλήματα της και την κρατά ενωμένη. Με αυτό τον τρόπο, η χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, παρέχει στα εξαρτημένα άτομα και στις οικογένειές τους, μια «παράδοξη λύση» στο δίλημμα της διατήρησης ή της διάλυσης της οικογένειας.

Μάλιστα, το προφίλ της οικογένειας του τοξικοεξαρτημένου περιγράφεται από τη συστημική θεωρία ως εξής: ο ένας γονιός (συνήθως του αντίθετου φύλου από το εξαρτημένο άτομο), είναι προσκολλημένος και υπερπροστατευτικός προς τον τοξικοεξαρτημένο, ενώ ο άλλος είναι περισσότερο τιμωρητικός, αποστασιοποιημένος ή και εντελώς απών.

Συχνά σε τέτοιες περιπτώσεις, το παιδί είναι αυτό που «αναλαμβάνει» να καλύψει το κενό του ενός γονιού, κι έτσι παύει να λειτουργεί σαν παιδί και συμπεριφέρεται σαν ενήλικας, δηλαδή «γονεοποιείται». Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των «γονεοποιημένων παιδιών», αρκετά συχνά στρέφονται στην κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Πολλοί συγγραφείς θεωρούν ότι, η αιτιοπαθογένεια της τοξικομανίας είναι συστηματικά διαγενεαλογική. Σύμφωνα με τον Olivenstein, ο τοξικομανής έχει ένα συναισθηματικό βάθος το οποίο χρωματίζεται από μια *«πικρία, νοσταλγία και ένα τεράστιο μη-λεχθέν (...) το οποίο θυμίζει κατά κάποιον τρόπο το ανείπωτο των εξόριστων σε στρατόπεδα συγκέντρωσης των Ναζί»*.

Σαν να επρόκειτο δηλαδή, για μια εμπειρία που είναι αδύνατο να μεταβιβαστεί ψυχικά. Το περιεχόμενο του μυστικού αυτού, δεν είναι κάτι συγκεκριμένο, αλλά μπορεί να αφορά: *«μια ψυχωτική οικογένεια, κάποια πένθη, ένα πατέρα αρκετά ηλικιωμένο που δεν μπορεί να δώσει ευχαρίστηση στην μητέρα, κάποια ρήξη, μια ομοφυλοφιλία»*.

Στο σύστημα της οικογένειας του τοξικοεξαρτημένου παρατηρείται συχνά, σύγχυση ορίων ανάμεσα στα υποσυστήματα (π.χ. γονιών, παιδιών, συζύγων) και πολλές φορές δίνονται «διπλά μηνύματα», από τους γονείς προς το παιδί.

Στηριζόμενος στην συστημική προσέγγιση ο Cancrini, περιέγραψε 4 τύπους οικογενειών τοξικοεξαρτημένων με βάση ψυχοπαθολογικές καταστάσεις:

1. εξάρτηση λόγω διαταραχής προσαρμογής σε κάποιο τραυματικό γεγονός
2. εξάρτηση λόγω νευρωτικής διαταραχής
3. εξάρτηση λόγω ψύχωσης και μεταιχμιακών καταστάσεων και
4. εξάρτηση λόγω κοινωνικοπαθητικής διαταραχής (Ζαφειρίδης 2005, Ζλατάνος 2004).

B) Θεραπεία

Κατά την οικογενειακή-συστημική θεωρία, η εξάρτηση από τις ψυχοδραστικές ουσίες αποτελεί μια λύση για το τοξικοεξαρτημένο άτομο, για την επίτευξη ανεξαρτησίας, η οποία τελικά όμως είναι «ψευδοανεξαρτησία».

Ο στόχος της θεραπείας λοιπόν θα πρέπει να είναι η απεξάρτηση του χρήστη, και η πραγματική ανεξαρτητοποίηση του, με ταυτόχρονη παρέμβαση στην παθολογία της οικογένειας.

Τα μέλη της οικογένειας του θεραπευόμενου ατόμου, θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν, πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος που παίζουν στην εξάρτηση, και συνεπώς και στην απεξάρτηση.

Μέσω της παράλληλης θεραπευτικής παρέμβασης στην οικογένεια, ενθαρρύνεται η άμεση επικοινωνία, η σαφής οριοθέτηση των ρόλων, η έκφραση και αποδοχή θετικών ή και αρνητικών συναισθημάτων.

Η αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης κατά την «ενοποιητική οικογενειακή θεραπεία», περιλαμβάνει εκτός από τις παρεμβάσεις στο οικογενειακό επίπεδο, παρεμβάσεις και στο ατομικό και κοινωνικό.

Στο ατομικό επίπεδο, στόχος είναι η απόκτηση θετικής αυτοεικόνας, η αυτοπραγμάτωση και η ανάληψη κοινωνικών ευθυνών. Στο κοινωνικό επίπεδο, επιδιώκεται η δημιουργία υποστηρικτικού πλαισίου, μέσω της συνεργασίας με φίλους του θεραπευόμενου μη-εξαρτημένους, με συγγενείς, με οικογένειες που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα και κοινωνικούς φορείς (Ζαφειρίδης 2005).

3.3.3 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της ψυχαναλυτικής προσέγγισης

A) Θεραπεία

Ο Freud θεωρεί την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, ως υποκατάστατο της σεξουαλικής ευχαρίστησης και του αυνανισμού. Συγκεκριμένα, παρουσίασε την επίδραση των οπιούχων με την ερωτική ικανοποίηση, και θεώρησε ότι η ανεπαρκής ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη, η παθολογική λειτουργία του Εγώ και οι δυσπροσαρμοστικοί τρόποι λειτουργίας του ατόμου, προδιαθέτουν την επιδίωξη ευχαρίστησης με αυτόν τον τρόπο.

Σύμφωνα με την άποψη του, η ψυχοπαθολογία προηγείται της κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών, οι οποίες παρέχουν ένα μηχανισμό για τον έλεγχο μη αναμενόμενων ή δυσάρεστων προσωπικών συνεπειών.

Οι τοξικοεξαρτημένοι σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, υποφέρουν από ελλείψεις κατά την προγενετική ανάπτυξη της προσωπικότητας, κυρίως κατά το στάδιο του αποχωρισμού/ατομικότητας, στο οποίο αναπτύσσονται αισθήματα αυτοπεποίθησης, ελέγχου των ενστίκτων και δημιουργείται το Υπερεγώ.

Για την ψυχαναλυτική θεωρία, η εξάρτηση είναι το αποτέλεσμα των εμπειριών της παιδικής ηλικίας, κατά την οποία η εξατομίκευση και ο αποχωρισμός δεν είχαν τη δυνατότητα να αναπτυχθούν σε μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Έτσι, το ουσιοεξαρτημένο άτομο, παλινδρομεί μέσω της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, σε ένα ναρκισσιστικό στάδιο άμεσης ικανοποίησης των αναγκών του. Μπορεί δηλαδή, να θεωρηθεί σαν ένα άτομο που προσπαθεί ασυνείδητα να ξαναγίνει παιδί, χωρίς υπευθυνότητες.

Ακόμη, η ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει πως στις εξαρτημένες προσωπικότητες, συνήθως υπήρξε κάποιος τραυματισμός στις πρώιμες φάσεις ανάπτυξης, και ιδιαίτερα στη στοματική φάση, σε σχέση με την εσωτερίκευση του πρωτογενούς αντικειμένου αγάπης (Ζαφειρίδης 2005, Μανωλόπουλος 2001).

B) Θεραπεία

Το βασικό εργαλείο της ψυχανάλυσης, η μεταβίβαση, δεν είναι εφικτό να χρησιμοποιηθεί στη θεραπευτική σχέση με ένα τοξικοεξαρτημένο άτομο, καθώς το άτομο αυτό δε βρίσκεται σε επαφή με τα συναισθήματα του, και από την άλλη πλευρά ο ψυχαναλυτής διατηρεί μια απόσταση, ώστε να παραμείνει αντικειμενικός.

Ο Casriel, εκπρόσωπος της ψυχοδυναμικής προσέγγισης, θεωρούσε πως το εξαρτημένο άτομο, είναι εξαρτημένο από τον πόνο. Εισηγήαγε έναν νέο τρόπο ψυχοθεραπείας, το «Bonding», τον οποίο και εισήγαγε ο ίδιος στην αμερικανική θεραπευτική κοινότητα DAYTOP. Όρισε το «Bonding», ως την ψυχική κατάσταση, κατά την οποία υπάρχει συναισθηματική και ψυχική εγγύτητα με ένα πρόσωπο. Η εκπλήρωση αυτής της ανάγκης, που ορίζεται ως βασική βιολογική ανάγκη δίνει ευχαρίστηση, ενώ η έλλειψη της, προκαλεί πόνο (Ζαφειρίδης 2005).

3.3.4 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της συμπεριφορικής προσέγγισης

A) Θεραπεία

Ο θεωρητικός πυρήνας στον οποίο στηρίζεται η συμπεριφοριολογική θεώρηση της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, είναι ότι η «νεύρωση» (εξαρτημένη συμπεριφορά) προήλθε μέσα από μια διαδικασία μάθησης, κατά την οποία η τοξική ουσία αυξάνει τα ευχάριστα συναισθήματα (θετική ενίσχυση) και μειώνει τα ενδοψυχικά προβλήματα (αρνητική ενίσχυση).

Ο Wikler, ήταν ο πρώτος που πρότεινε ένα μοντέλο, για να εξηγήσει την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες. Συνδύασε με αξιοσημείωτη συνοχή, επιμέρους επιδράσεις ψυχολογικών, κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων, που ενισχύουν την χρήση ουσιών, και την κατάχρησή τους, ως μια συμπεριφορά, η οποία αποτελεί προϊόν μαθησιακής (εξαρτησιακής ή συντελεστικής) διαδικασίας.

Σύμφωνα με τον Wikler, υπάρχουν δυο παράγοντες που ενισχύουν την εξάρτηση ή την υποτροπή: η φαρμακολογική ενίσχυση και η άμεση ενίσχυση.

Η πρώτη, περιλαμβάνει την αύξηση της ευφορίας και τη μείωση του φόβου της στέρησης που επιφέρει η ουσία. Ωστόσο, δεν είναι αρκετή για να εξηγήσει την εξάρτηση.

Υπάρχει μια αλληλεπίδραση άλλων πηγών ενίσχυσης (άμεση ενίσχυση), όπως είναι οι στάσεις και οι κοινωνικές νόρμες, που οδηγούν στην υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου τύπου συμπεριφοράς

Ανάμεσα στους διάφορους «ενισχυτές» της χρήσης ουσιών, συγκαταλέγονται οι ενδογενείς-φαρμακολογικές επιδράσεις των ψυχοδραστικών ουσιών, η παρεμπόδιση της εκδήλωσης στερητικών φαινομένων, μέσω της συνεχιζόμενης χρήσης, η αποφυγή δυσάρεστων και επίπονων καταστάσεων, η δυνατότητα αυτοχορήγησης ουσιών, αλλά και κοινωνικής υφής «ενισχυτές», όπως η ένταξη σε μια ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα, ο ειδικός τρόπος ζωής και η εμπλοκή σε εγκληματικές πράξεις για την προμήθεια των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών (Ζαφειρίδης 2005).

B) Θεραπεία

Κατά τους συμπεριφορικούς, οι εμπειρίες που οδηγούν σε συναισθήματα ικανοποίησης ή επιτυχίας επαναλαμβάνονται ευκολότερα, από εκείνες που οδηγούν σε συναισθήματα δυσαρέσκειας ή αποτυχίας.

Οι ψυχοδραστικές ουσίες χρησιμοποιούνται, γιατί αυξάνουν τα θετικά στοιχεία και ταυτόχρονα λυτρώνουν από τα αρνητικά (ενδοψυχικά προβλήματα).

Είναι γνωστό, πως θεραπεία συμπεριφοράς, εφαρμόζεται σε αρκετές πτυχές στις θεραπευτικές κοινότητες. Η διδασκαλία των κανόνων στα νέα μέλη, η επιβράβευση της σωστής συμπεριφοράς (προνόμια), οι αρνητικές κυρώσεις (επισημάνσεις) για την συμπεριφορά που θεωρείται λάθος, αποτελούν μεθόδους που εμποδίζουν τις παρεκκλίσεις από την συμπεριφορά που αναμένεται να τηρηθεί «σαν να», το πρώτο διάστημα και να εσωτερικευθεί στην συνέχεια (Ζαφειρίδης 2005).

3.3.5 Η αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης βάσει των κοινωνικών θεωριών

Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να θεωρηθεί ως αποτέλεσμα μιας δυσλειτουργικής κοινωνίας, στην οποία οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τις ψυχοτρόπες ουσίες, για να ξεφύγουν από την πίεση που ασκεί πάνω τους η κοινωνία ή ως διαμαρτυρία απέναντι στις νόρμες της.

Κατά καιρούς, έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες, που αφορούν τον άνθρωπο και την κοινωνία, όπως οι εξής:

Ø Η θεωρία της Ανομίας

Το άτομο αισθάνεται ανομία και αποξένωση, αν υπάρχει κάποιο κενό μεταξύ των στόχων του και των μέσων που χρειάζεται να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη τους. Συνεπώς, μπορεί να προβεί σε αποκλίνουσες συμπεριφορές, όπως η εξάρτηση από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, για να διαχειριστεί αυτά τα συναισθήματα.

Στα πλαίσια της παραπάνω θεωρίας, εντάσσεται και η θεωρία του άγχους για επίτευξη, του Misra, σύμφωνα με την οποία, η τοξικοεξάρτηση είναι αποτέλεσμα των κοινωνικών πιέσεων για επιτυχία. Ο τοξικοεξαρτημένος δηλαδή, αναζητά τρόπο να ανακουφιστεί από τα αισθήματα ανικανότητας και να ικανοποιήσει τις κοινωνικές σταθερές της υψηλά τεχνολογικής κοινωνίας (Ζαφειρίδης 2005).

Ø Η θεωρία της Κοινωνικής επιρροής

Ο συνδυασμός της επίδρασης των συνομηλίκων (της ομάδας ομοτίμων), και της διαθεσιμότητας της ουσίας, είναι πιο σημαντικές αιτίες για την έναρξη της χρήσης, από τις ίδιες τις ευφορικές ιδιότητες των ουσιών ή τα ελλείμματα της προσωπικότητας των χρηστών.

Έχει διαπιστωθεί από έρευνες, ότι παιδιά με υπερβολική αυτοπεποίθηση, (που διεκδικούν, διαπληκτίζονται, επιτίθενται), καθώς και συνεσταλμένα, απομονωμένα παιδιά, εύκολα απορρίπτονται από τους συνομηλίκους τους ως εγωκεντρικά και ιδιόρρυθμα.

Έτσι, έχοντας βιώσει την απόρριψη, αναπτύσσουν σχέσεις μεταξύ τους και εναντιώνονται στο πρότυπο των «φυσιολογικών» παιδιών, αναπτύσσοντας αποκλίνουσα συμπεριφορά (χρήση ψυχοδραστικών ουσιών) (Ζαφειρίδης 2005).

Ø Η θεωρία της Προσαρμογής

Ο Alexander, περιγράφει την ουσιοεξάρτηση ως ένα τρόπο διαχείρισης των δυσκολιών. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες, είναι εκείνα που δεν κατέκτησαν τα κοινώς αποδεκτά επίπεδα της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, της ικανότητας τους, της κοινωνικής αποδοχής και της αυτοπεποίθησης, στοιχεία που είναι οι βασικοί στόχοι της ενηλικίωσης. Με άλλα λόγια, απέτυχαν να μεγαλώσουν και η τοξικοεξάρτηση, τους παρέχει ένα είδος ταυτότητας και σκοπού στη ζωή.

Τα τοξικοεξαρτημένα άτομα δεν έχουν συγκροτήσει ψυχοκοινωνική ταυτότητα, διότι οι κύριοι παράγοντες που παρεμβαίνουν στη διαδικασία κοινωνικοποίησης (οικογένεια, σχολείο, κοινωνικό πλαίσιο, κ.ά.), παρουσιάζουν αδυναμίες και χαρακτηρίζονται ως ανεπαρκείς, για την εκπλήρωση του ρόλου τους.

Έτσι, τα άτομα γίνονται ευάλωτα και πάνω στην προσπάθειά τους να καλύψουν τα εσωτερικά τους κενά, στρέφονται στις εξαρτησιογόνες ουσίες (Ζαφειρίδης 2005).

3.3.6 Η αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης βάσει της ψυχιατρικής άποψης

Η επικρατέστερη διαταραχή, όσον αφορά στην προσωπικότητα του τοξικοεξαρτημένου χρήστη, εκτός βέβαια από τη διαταραχή της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, θεωρείται ότι είναι η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.

Όσον αφορά στην ψυχοπαθολογία και στην κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών, μπορεί επίσης να διακρίνει κανείς, κάποια υποβόσκουσα ψυχική διαταραχή, όπως μια σχιζοφρενική ή συναισθηματική ψύχωση, μια μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και διάφορες άλλες διαταραχές.

Πάντως, η μελέτη κάποιων κοινών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, τα οποία επισημαίνονται αρκετά συχνά στους τοξικοεξαρτημένους, φαίνεται να είναι χρησιμότερη, από την προσπάθεια να καθοριστεί ένας ειδικός τύπος προσωπικότητας, που να προδικάζει ότι ένα άτομο θα γίνει μελλοντικός χρήστης ψυχοδραστικών ουσιών (Ζαφειρίδης 2005).

3.3.7 Η αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης βάσει της βιολογικής προσέγγισης

Οι βιολογικές θεωρίες δίνουν έμφαση, στην ύπαρξη πιθανών έμφυτων ή επίκτητων φυσιολογικών συνθηκών, που καθιστούν το άτομο ευάλωτο, όσον αφορά στην εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες.

Η ανακάλυψη ύπαρξης ενδορφινών στο ανθρώπινο σώμα, ουσιών με χαρακτηριστικά όμοια με αυτά της μορφίνης, οδήγησαν τους επιστήμονες στην υπόθεση, ότι οι διαταραχές στο σύστημα των ενδορφινών, θα μπορούσαν να δημιουργήσουν ανάγκη για χρήση ουσιών που τους μοιάζουν.

Ακόμη, έρευνες έδειξαν ότι ο γονότυπος φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην εξάρτηση από οπιούχα.

Άμεση σχέση με τις βιολογικές θεωρίες, έχει και η θεωρία της μεταβολικής δυσλειτουργίας (ή έλλειψης), στα πλαίσια της οποίας, σύμφωνα με τους Dole και Nyswander, η χορήγηση μεθαδόνης εξαλείφει τη λαχτάρα για χρήση ηρωίνης.

Ακόμη, τα πειράματα σε ζώα, δίνουν ενδιαφέροντα αποτελέσματα σχετικά με την αιτιολογία και την εξέλιξη της τοξικοεξάρτησης, καθώς και των άλλων μορφών αποκλίνουσας συμπεριφοράς στον άνθρωπο.

Για παράδειγμα, ποντίκια σε εργαστηριακά πειράματα προτιμούσαν τις ψυχοτρόπες ουσίες, από την τροφή τους. Παρόλα αυτά, τα ποντίκια που βρέθηκαν σε ένα πιο φυσικό περιβάλλον, και όχι στο κουτί του εργαστηρίου, δεν εξαρτήθηκαν, όταν εκτέθηκαν στην ουσία.

Από τις βιολογικές έρευνες και θεωρίες φαίνεται, ότι στα τοξικοεξαρτημένα άτομα, υπάρχει μια ευαισθησία, που εξηγείται βιολογικά και πιθανότατα προέρχεται από ένα πρώιμο τραύμα, το οποίο οδηγεί σε μια μη φυσιολογική συμπεριφορά, μια από τις οποίες μπορεί να είναι και η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών.

Επομένως, η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, δεν είναι απλά ένα βιολογικό φαινόμενο, αλλά ένα φαινόμενο βιοψυχοκοινωνικό, καθώς προκύπτει από την διαντίδραση ποικίλων παραγόντων. Εξάλλου, οι αντιδράσεις των ατόμων στις ψυχοδραστικές ουσίες δεν είναι ίδιες και όπως λέει και ο Naditch, πρόκειται για «*μια πολύπλοκη λειτουργία, στην οποία εμπλέκονται ατομικές διαφορές, προσδοκίες, κοινωνικές συνθήκες και οι εσωτερικά ή εξωτερικά εμφανιζόμενες χημικές αλλαγές στο σώμα*» (Ζαφειρίδης 2005).

3.4 Τα στάδια της αλλαγής στην τοξικοεξάρτηση

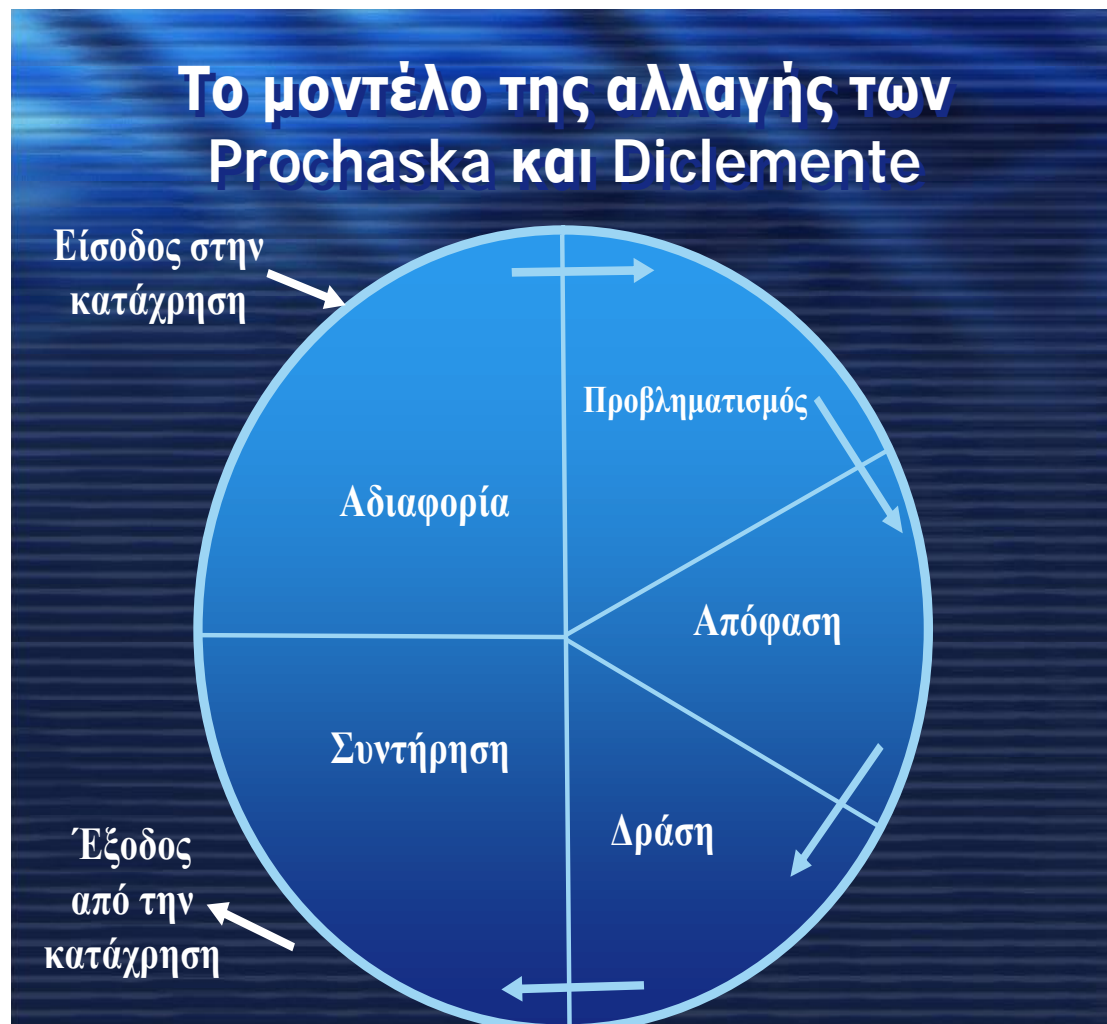
Στον χώρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός διαφορετικών προσεγγίσεων, καθώς δεν αρκεί ένα μόνο είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης για να καλύψει τις ποικίλες και εξατομικευμένες ανάγκες όλων των τοξικοεξαρτημένων ατόμων. Μάλιστα, πολλές φορές ο ίδιος χρήστης, μπορεί να ωφεληθεί από διάφορους τύπους θεραπευτικών προγραμμάτων, σε διάφορες χρονικές στιγμές της πορείας του.

Σε κάθε φάση της ζωής του χρήστη, το κίνητρο για θεραπεία ποικίλλει. Άλλες φορές το άτομο αισθάνεται εξαντλημένο από τις δυσκολίες και τις συνέπειες, τις οποίες προκαλεί η χρήση, που επιθυμεί έντονα την αποχή, ενώ σε άλλες περιόδους ο ίδιος χρήστης, αρνείται να εγκαταλείψει την τοξικοεξάρτηση, γιατί φοβάται τη στέρηση ή ακόμα γιατί αισθάνεται περήφανος για τον τρόπο ζωής του, υπερεκτιμώντας τον εαυτό του (Λιάππας 1999).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις λοιπόν, θα πρέπει να είναι ανάλογες ως προς το στάδιο, στο οποίο βρίσκεται το κάθε τοξικοεξαρτημένο άτομο, και να σχεδιάζεται σε σχέση με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον του, καθώς και το βαθμό της επιθυμίας του για αλλαγή.

Οι Prochaska και Diclemente, αλλά και ο Raistrick, διατυπώνουν 4 στάδια αλλαγής στην πορεία της κατάχρησης, αναφέροντας παράλληλα και τους στόχους της θεραπείας για το κάθε ένα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Τα στάδια της αλλαγής



Έτσι λοιπόν, στο πρώτο στάδιο, αυτό της αδιαφορίας, αναφέρεται η αναγκαιότητα παρεμβάσεων μείωσης της βλάβης, καθώς το τοξικοεξαρτημένο άτομο απολαμβάνει ακόμη τα «θετικά» αποτελέσματα της χρήσης, και δεν ενδιαφέρεται για τα μακροπρόθεσμα αρνητικά αποτελέσματα της στην ψυχοσωματική του υγεία και στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική του ζωή.

Μέσα από αυτές τις παρεμβάσεις, ο στόχος είναι το τοξικοεξαρτημένο άτομο να περιορίσει την βλάβη που συνδέεται με την κατάχρηση ουσιών, από την στιγμή που το ίδιο δεν είναι κινητοποιημένο για θεραπεία. Αυτή είναι και η λογική της πολιτικής της μείωσης της βλάβης, η παρέμβαση δηλαδή σε άτομα που δεν είναι έτοιμα να ξεκινήσουν θεραπεία.

Πιο συγκεκριμένα, στο στάδιο της αδιαφορίας-της άρνησης του προβλήματος, υπάρχουν αρκετά προγράμματα και παρεμβάσεις που μπορεί να αποδειχθούν λειτουργικά, πέρα από τα γνωστά προγράμματα χορήγησης μεθαδόνης. Σημαντική δουλειά μπορεί να πραγματοποιηθεί με παρεμβάσεις στην οικογένεια του χρήστη, με σταθμούς άμεσης παρέμβασης, τηλεφωνικές γραμμές, με προγράμματα προσέγγισης χρηστών στο δρόμο, με ενημέρωση των χρηστών γύρω από τους κινδύνους, που μπορεί να έχει η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και συγκεκριμένες μορφές σεξουαλικής συμπεριφοράς, για την υγεία τους, ώστε να είναι σε θέση να προστατευθούν από το AIDS, την ηπατίτιδα και άλλα λοιμώδη νοσήματα.

Στο δεύτερο στάδιο, αυτό του προβληματισμού-της αποδοχής του προβλήματος, ο στόχος είναι η ενίσχυση της κινητοποίησης, ώστε το άτομο να οδηγηθεί στην απόφαση να κάνει κάτι, να προετοιμαστεί για την επερχόμενη αλλαγή, μιας και ήδη έχει αρχίσει να διαπιστώνει τις επιπτώσεις της χρήσης στη συμπεριφορά και στη ζωή του.

Ιδιαίτερα χρήσιμες, φαίνεται να είναι οι θεραπευτικές τεχνικές που επικεντρώνονται στην αύξηση της εναισθησίας του χρήστη, στην ενίσχυση του και στην εξήγηση της συμπεριφοράς του, οι οποίες εφαρμόζονται όταν αυτός βρίσκεται στο στάδιο της αποδοχής του προβλήματος του.

Στο στάδιο του προβληματισμού, για την ενίσχυση της κινητοποίησης του ατόμου για θεραπεία συμβάλλουν: η ατομική, η ομαδική και η οικογενειακή συμβουλευτική, οι ομάδες αυτοβοήθειας, τα προγράμματα για κρατούμενους χρήστες και οι συμβουλευτικοί σταθμοί των θεραπευτικών προγραμμάτων.

Ακόμη, στη φάση της προετοιμασίας για αλλαγή, μπορούν να συμπεριληφθούν υπηρεσίες για τον έλεγχο της υγείας, ψυχοδιαγνωστικές εξετάσεις, σωματική αποτοξίνωση (ως προστάδιο της θεραπείας), και προετοιμασία του ατόμου και της οικογένειάς του, για ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Ακολουθεί το τρίτο στάδιο, της δράσης-του τερματισμού, όπου σημαντικός στόχος είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς, η υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής και συστήματος αξιών, καθώς το εξαρτημένο άτομο αρχίζει να αισθάνεται επιτακτικά την υποχρέωση να δράσει, με σκοπό τη διακοπή της κατάχρησης.

Στο στάδιο της δράσης, μπορούν να λειτουργήσουν βοηθητικά μονάδες όπως οι θεραπευτικές κοινότητες. Συγχρόνως, αναγκαία είναι η λειτουργία κέντρων κοινωνικής επανένταξης, κέντρων οικογενειακής θεραπείας, κέντρων επαγγελματικής

κατάρτισης, η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας, σε προγράμματα κοινωνικής παρέμβασης ή σε άλλα εναλλακτικά μοντέλα θεραπείας.

Τέταρτο, είναι το στάδιο της διατήρησης της αλλαγής/της αποχής, στόχος του οποίου είναι η σταθεροποίηση της αλλαγής και η πρόληψη της υποτροπής. Στο στάδιο αυτό, της διατήρησης των θετικών αποτελεσμάτων, κρίνεται απαραίτητη η ανάπτυξη υπηρεσιών επαγγελματικού προσανατολισμού και επαγγελματικής αποκατάστασης, καθώς σε οποιαδήποτε μορφή θεραπείας και αν υποβληθεί κάποιος, αν δεν λάβει συγχρόνως εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση, ώστε να μπορέσει να ενσωματωθεί στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία, ο κίνδυνος για υποτροπή είναι μεγάλος.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει στη φάση αυτή, και η παροχή άλλων υπηρεσιών, όπως νομική υποστήριξη, οικογενειακή θεραπεία, ιατρική φροντίδα κ.ά. Άλλωστε, ο στόχος της θεραπείας επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση, όχι μόνο της χρήσης ουσιών αλλά και πολλαπλών αναγκών του ατόμου (Λιάππας 1999, Πουλόπουλος 2003).

3.5 Απεξάρτηση - Η θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης

Η εξάρτηση από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες, είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο, με παραμέτρους βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πολιτικοοικονομικές.

Ο όρος «θεραπεία» στην περίπτωση των τοξικοεξαρτημένων, ίσως δεν αποδίδει σωστά το αποτέλεσμα των προσπαθειών για απεξάρτηση και παραπέμπει μόνο σε ιατροκεντρικά μοντέλα. Πιο σωστός θα ήταν ο όρος «θεραπευτική αντιμετώπιση» ή πολλές φορές, μόνο αντιμετώπιση.

Σε αυτό το πλαίσιο, η θεραπευτική αντιμετώπιση του τοξικοεξαρτημένου, επιβάλλει μια σφαιρική, πολυδιάστατη προσέγγιση του αντικειμένου και μια σφαιρική παρέμβαση σε όλες τις παραμέτρους του.

Αυτό σημαίνει ότι, η αντιμετώπιση του δεν μπορεί να περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο σε κάποια απ' αυτές, στα βιολογικά συστήματα εξάρτησης για παράδειγμα, ή μόνο στο ψυχολογικό υπόβαθρο ή μόνο στο περιβάλλον (οικογενειακό και κοινωνικό).

Η καταλληλότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης για τον κάθε τοξικοεξαρτημένο, εξαρτάται από παράγοντες που σχετίζονται με την ηλικία του και

εν γένει με τις ιδιαίτερες και εξατομικευμένες ανάγκες του, αλλά και με την φάση την οποία διανύει το άτομο, κατά την πορεία του στην χρήση.

Ωστόσο, η επιλογή της μεθόδου αντιμετώπισης εξαρτάται περισσότερο συχνά, από το τι είναι διαθέσιμο για τον συγκεκριμένο τοξικοεξαρτημένο, στον συγκεκριμένο τόπο και χρόνο και υπό το συγκεκριμένο νομικό καθεστώς και τις επικρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις, παρά από το τι θεωρείται κατάλληλο για την περίπτωση του (Ρογκότης 1994).

Ο απώτερος στόχος όλων των προγραμμάτων απεξάρτησης, είναι η επίτευξη διαρκούς αποχής από τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών. Οι άμεσοι στόχοι περιλαμβάνουν τη μείωση της χρήσης των εθιστικών ουσιών, τη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, την ελαχιστοποίηση των ιατρικών επιπλοκών και κοινωνικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της τοξικοεξάρτησης.

Στους έμμεσους στόχους των θεραπευτικών προγραμμάτων, περιλαμβάνονται η μείωση της παραβατικότητας των εξαρτημένων από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες ατόμων και η δυνατότητα για εύρεση εργασίας και επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο.

Υπάρχουν διάφορες μορφές αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης. Τα κύρια μοντέλα προγραμμάτων απεξάρτησης στην χώρα μας λειτουργούν σύμφωνα με την ιατροκεντρική και την ψυχοκοινωνική προσέγγιση.

3.6 Αναγκαιότητα πλουραλισμού θεραπευτικών προσεγγίσεων της τοξικοεξάρτησης

Για να φτάσει το τοξικοεξαρτημένο άτομο στο στάδιο που θα ζητήσει βοήθεια για θεραπεία, θα πρέπει να έχουν μειωθεί κατά πολύ εκείνα που απολαμβάνει από την χρήση της ψυχοδραστικής ουσίας, συγκριτικά με εκείνα που έχει χάσει εξαιτίας της.

Είναι προφανές, πως για όσο διάστημα θα είναι ικανοποιημένος από την χρήση, θα είναι συνέχεια αντιρρήσεις, υποσχέσεις, χειρισμούς και προφάσεις προς όποιον τον προτρέπει να τη διακόψει.

Όλα αυτά όμως θα αλλάξουν, όταν ο ίδιος θα αρχίσει κάποια στιγμή να αναγνωρίζει τις επιπτώσεις της εξάρτησης στην ζωή του. Στο στάδιο της απόφασης για θεραπεία, όποτε και αν έρθει αυτό, το τοξικοεξαρτημένο άτομο και το στενό οικογενειακό του περιβάλλον, καλούνται να επιλέξουν την καταλληλότερη για το άτομο θεραπευτική παρέμβαση.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να θεωρείται κατάλληλο, όταν μέσα από τη θεραπευτική του διαδικασία κάθε άτομο εξαρτημένο από ψυχοδραστικές ουσίες, εξετάζεται και αντιμετωπίζεται στην ιδιαιτερότητα του.

Οι αρχές οργάνωσης όλων των υπηρεσιών για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης, θα πρέπει να είναι οι εξής:

§ Οι τοξικοεξαρτημένοι, έστω και αν έχουν κοινά χαρακτηριστικά, δεν είναι ίδιοι.

§ Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις διαφέρουν μεταξύ τους, έστω και αν εντάσσονται στην ίδια τυπολογική κατηγορία.

§ Η αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση προϋποθέτει την προσφορά υπηρεσιών, σύμφωνα με τις ανάγκες του τοξικοεξαρτημένου ή του ενδιαφερόμενου.

§ Κάθε αποτελεσματική στρατηγική, αξιοποιεί το σύνολο των διαθέσιμων δυνάμεων και πόρων, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στην εξειδίκευση, αλλά και στη συνεργασία (Πουλόπουλος 2005).

Ο ρόλος που παίζει η αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του ενδιαφερομένου ατόμου και των χαρακτηριστικών της θεραπευτικής παρέμβασης, θεωρείται πολύ σπουδαίος για την μεγιστοποίηση και την αυθεντικότητα των αποτελεσμάτων της.

Επομένως, για κάθε έναν τοξικοεξαρτημένο θα πρέπει να προσδιορίζεται το είδος της θεραπείας που του ταιριάζει καλύτερα, με βάση πάντα, φυσικά, το τι θα είναι καλό για το τοξικοεξαρτημένο άτομο, με αντικειμενικά κριτήρια επιλογής και όχι με το τι συμφέρει οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα (Κωνσταντινίδης 2004).

Ωστόσο, οι πιθανότητες που έχει ένας τοξικοεξαρτημένος να δεχτεί εκείνο το συγκεκριμένο είδος της θεραπείας που θα αρμόζει καλύτερα στην περίπτωση του είναι πολύ χαμηλές. Συνήθως του αφήνονται πολύ λίγα περιθώρια επιλογής για το ποια μέθοδο θεραπείας μπορεί να επιλέξει, που έχουν να κάνουν κατά κύριο λόγο με τον τόπο διαμονής του, το κόστος της θεραπείας, τη δυναμικότητα των προγραμμάτων και τις συνδεόμενες με αυτήν λίστες αναμονής, κ.ά.

Αυτό φυσικά αποβαίνει μοιραίο, καθώς είναι αποδεδειγμένο πως οι πιθανότητες για επιτυχή έκβαση της θεραπείας, είναι ανάλογες με τον αριθμό των θεραπευτικών επιλογών που παρέχονται στον εξυπηρετούμενο (Πουλόπουλος 2003, Κωνσταντινίδης 2004).

Η παροχή πολλαπλών και διαφορετικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, που άλλωστε ήδη προβλέπονται από την ελληνική νομοθεσία, κρίνεται απαραίτητη.

Η αποδοχή ενός τοξικοεξαρτημένου σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, θα πρέπει να γίνεται με γνώμονα τις ανάγκες και τις δυνατότητες του, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί σε αυτές, και όχι με γνώμονα την επάρκεια θέσεων ή την αύξηση του αριθμού των μελών του προγράμματος.

Δυστυχώς όμως, επειδή στο χώρο της αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης δεν έχει κυριαρχήσει ακόμη ένας ισχυρός ιδεολογικός κορμός, που θα ήταν αποδεκτός από την πλειονότητα των προγραμμάτων, ο ιδεολογικός πλουραλισμός που επικρατεί έχει ανταγωνιστικό χαρακτήρα.

Έτσι δεν είναι λίγοι οι εκπρόσωποι των προγραμμάτων, οι οποίοι αντί να αντιλαμβάνονται τον πλουραλισμό στην θεραπεία σαν κάτι που εμπλουτίζει και αλληλοσυμπληρώνει μια δύσκολη προσπάθεια, εκφράζουν αντιπαλότητα και ανταγωνισμό σε ότι είναι διαφορετικό.

«Στη χώρα μας παρατηρείται το φαινόμενο ενός ιδιάζοντος θεραπευτικού σοβινισμού, όπου ο καθένας θεωρεί τη δική του θεραπευτική πρόταση πανάκεια. Με αυτό τον τρόπο, η διαφορετικότητα των αντιλήψεων αντί να λειτουργήσει συμπληρωματικά με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος, οδηγεί σε πόλωση, με τους εκφραστές των διάφορων προτάσεων, που τις προωθούν ως μοναδικές λύσεις, να αγνοούν όλες τις υπόλοιπες. Στην πραγματικότητα, ωστόσο, η εφαρμογή μιας και μόνης θεραπευτικής πρότασης -όσο καινοτόμα ή πρωτοποριακή και να παρουσιάζεται- θα σήμαινε αυτόματα τον αποκλεισμό μεγάλου αριθμού χρηστών από τη θεραπεία» (www.malliori.gr, 4/8/2007).

Η κατάσταση αυτή δεν είναι αποκλειστικά ελληνικό φαινόμενο. Σύμφωνα με την Krivanek, για την περιχαράκωση των προγραμμάτων στην Αυστραλία, «ανώφελα καλλιεργείται η εντύπωση, ότι μια συγκεκριμένη θεραπεία είναι η μόνη λύση για όλους τους εξαρτημένους και ότι όλα τα άλλα προγράμματα είναι ανεπαρκή. Σε ένα τέτοιο κλίμα δεν μπορούν να υπάρξουν κίνητρα για συνεργασία. Αντιθέτως, ξεκινάει μια διαδικασία ανταγωνισμού μεταξύ των προγραμμάτων, διατυμπανίζοντας το κάθε ένα για την αποκλειστική και οικουμενική αποτελεσματικότητα των ιδιαίτερων μεθόδων που χρησιμοποιούν» (Κωνσταντινίδης 2004).

Το αποτέλεσμα είναι να διχάζεται και να δημιουργείται σύγχυση στην κοινή γνώμη. Αυτή η κατάσταση πιθανόν να εξουδετερωθεί, μόνο όταν η πολιτεία θα θεσπίσει την αξιολόγηση των προγραμμάτων και θα συνδέσει άμεσα το μέγεθος της

οικονομικής επιχορήγησης των προγραμμάτων, με το βαθμό της αξιοπιστίας και της αποτελεσματικότητάς τους.

3.7 Ανακεφαλαίωση

Η τοξικοεξάρτηση αποτελεί ένα πολύπλοκο και πολυδιάστατο φαινόμενο, που για να μπορέσει να ερμηνευτεί και να αναλυθεί, θα πρέπει να μελετηθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες (ψυχολογικοί, κοινωνικοί, βιολογικοί, αλλά και οικονομικοί, πολιτικοί, κτλ.), που ωθούν ένα άτομο στην χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Όλες οι έρευνες και οι μελέτες, που έχουν γίνει πάνω στο θέμα της τοξικοεξάρτησης καταλήγουν στο ότι, ο κάθε τοξικοεξαρτημένος έχει διαφορετικές ανάγκες και δυνατότητες, οι οποίες θα πρέπει να καθορίζουν την θεραπεία που θα ακολουθήσει.

Για να καλυφθούν οι ανάγκες αυτές, θα πρέπει να υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα είναι ανάλογες με το στάδιο, στο οποίο βρίσκεται ο κάθε τοξικοεξαρτημένος, και να βασίζονται στη σχέση του με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον, καθώς και στην επιθυμία του για αλλαγή.

Γι' αυτό το λόγο, κρίνεται απαραίτητος ο πλουραλισμός των υπηρεσιών θεραπείας, ώστε να μπορούν να καλυφθούν όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα, από διαφορετικές ομάδες πληθυσμού.

Είναι σημαντικό το γεγονός, πως η διάθεση του εξαρτημένου ατόμου για θεραπεία επηρεάζεται από τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Όσο περισσότερες και ευκολότερα προσβάσιμες υπηρεσίες υπάρχουν, τόσο περισσότερο κινητοποιείται ένας χρήστης να αναζητήσει θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΑ «ΣΤΕΓΝΑ» ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

4.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, τα θεραπευτικά προγράμματα για τα εξαρτημένα άτομα πολλαπλασιάστηκαν σε αριθμό, στην προσπάθεια να καλυφθούν οι συνέπειες της μεγάλης εξάπλωσης της χρήσης και της ουσιοεξάρτησης στην χώρα μας.

«Η ανάπτυξη των θεραπευτικών προγραμμάτων διαπνέεται από την αναγνώριση, ότι οι ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων ποικίλλουν και κατά συνέπεια, για την κάλυψη τους απαιτείται ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών θεραπευτικών μοντέλων και προσεγγίσεων» (Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2000).

Υπάρχουν προγράμματα που λειτουργούν σύμφωνα με την ιατροκεντρική προσέγγιση, τα οποία συνδυάζουν την ψυχολογική υποστήριξη με την παράλληλη χορήγηση ουσιών, και άλλα που χαρακτηρίζονται από την ψυχοκοινωνική προσέγγιση, τα οποία θεωρούν την πλήρη αποχή από την χρήση ως κύρια προϋπόθεση για την αλλαγή του ατόμου (Πουλόπουλος 2005).

Τα προγράμματα αυτά, τα οποία δεν χορηγούν φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης και στηρίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία, είναι γνωστά ως «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα (drug-free programs).

4.2 Η ιδεολογία και η φιλοσοφία των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων

Η ζωή του εξαρτημένου, όπως και κάθε άλλου ανθρώπου μπορεί να παρομοιασθεί με ένα πάζλ. Ένα πάζλ που αναπαριστά τη μέχρι τώρα ζωή του, καθώς και την υποκειμενική του πραγματικότητα. Ταυτόχρονα, αυτό σχηματίζεται από έναν συγκεκριμένο αριθμό ψηφίδων, που η κάθε μια έχει ένα ιδιαίτερο σχήμα και μια διαφορετική παράσταση. Οι ψηφίδες αυτές εκπροσωπούν αντικειμενικά ή υποκειμενικά χαρακτηριστικά του βίου του (οικογενειακή ατμόσφαιρα, προσωπικά δεδομένα, γονεϊκά πρότυπα, οικονομική κατάσταση, εκπαίδευση, εργασία, συναισθήματα κ.α.).

Αν δεχθούμε ότι μια από τις κεντρικές και μεγαλύτερες ψηφίδες είναι αυτή που αντιπροσωπεύει την εξάρτηση του, η απομάκρυνση της χωρίς καμία αλλαγή της συνολικής εικόνας της ζωής του, συνιστά απλώς διακοπή της χρήσης και δημιουργεί ένα δυσαναπλήρωτο συναισθηματικό κενό.

Η ανάγκη διαμόρφωσης μιας άλλης στάσης ζωής σηματοδοτείται με ένα ανακάτωμα των ψηφίδων, εκ των οποίων κάποιες θα αντικατασταθούν, κάποιες θα διατηρηθούν, κάποιες άλλες θα αποκτηθούν.

Οι διαφορετικές όμως συνθήκες λειτουργίας του πρώην χρήστη, η απουσία μιας κοινά αποδεκτής πραγματικότητας και η έλλειψη του απόλυτα ορθού, εμπλέκει μοιραία σε αυτή την διαδικασία το θεραπευτικό πρόγραμμα με τις αρχές και τις δυνατότητες των θεραπειών του, τον απεξαρτώμενο με τα βιώματα, τις εμπειρίες, τους στόχους του, τα σημαντικά του πρόσωπα με τις αναμνήσεις ή τις προσδοκίες τους, με στόχο την συν-διαμόρφωση μιας όσο το δυνατόν πιο αποδεκτής πραγματικότητας, την οποία το μέλος έχει δικαίωμα να υιοθετήσει ή όχι ως μελλοντική του στάση ζωής (Ψ.Ν.Θ.-Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων «ΑΡΓΩ»).

Πρόκειται για μια αργή και επίμονη και δύσκολη διαδικασία ανακάλυψης, από τους ίδιους, με τη βοήθεια των θεραπειών, μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο, εκείνων των δυνατοτήτων που θα τους επιτρέψουν ν' αποκτήσουν πρόσβαση στο συμβολικό, στην κουλτούρα και την Ιστορία του ανθρώπου (Μάτσα 2001).

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα, παρέχουν ψυχοκοινωνικού τύπου θεραπευτική βοήθεια, δεν χρησιμοποιούν φαρμακευτικά υποκατάστατα και στηρίζονται πλειοψηφικά στο μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων. Υποστηρίζουν την πλήρη σωματική και ψυχική απεξάρτηση, την αποχή από παραβατικές συμπεριφορές και την κάλυψη ελλείψεων του ατόμου σε εκπαιδευτικό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο.

Ένα «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα δεν αρκείται στη σωματική αποτοξίνωση, αλλά στοχεύει:

1. *«στη θεμελίωση μιας ριζικά νέας χαρακτηριστικής δομής»*
2. *«στην ανάπτυξη μιας προσωπικότητας που θα επιτρέψει στο άτομο να ξεπεράσει την τάση του να καταφεύγει στην αναζήτηση μαγικών λύσεων μέσω των ναρκωτικών».*

(Ο.ΚΑ.ΝΑ.-Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας «ΓΕΦΥΡΑ»).

«Στην καρδιά της προσέγγισης βρίσκεται η αντίληψη, ότι ο χρήστης ουσιών χρειάζεται μια δεύτερη ευκαιρία, για να αναπτυχθεί προσωπικά και συναισθηματικά, επαναπροσδιορίζοντας την προσωπική του ταυτότητα, τους στόχους ζωής του και τις σχέσεις του με το προσωπικό και το ευρύτερο περιβάλλον. Η ωριμότητα, η υπευθυνότητα, η εσωτερίκευση ενός συστήματος θετικών αξιών, η ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων ανήκουν στους στόχους της θεραπείας και αποτελούν μια στερεή βάση για να ανακτήσει το άτομο τον έλεγχο της ζωής του και να κάνει εποικοδομητικές επιλογές» (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007:13).

4.3 Η έννοια των «στεγνών»θεραπευτικών προγραμμάτων

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα άρχισαν να αναπτύσσονται στην χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80. Παρέχουν ψυχοκοινωνικού τύπου θεραπευτική βοήθεια και δεν χρησιμοποιούν φαρμακευτικά υποκατάστατα. Στην πλειοψηφία τους στηρίζονται στο μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας, μιας από τις περισσότερο αποτελεσματικές προσεγγίσεις διεθνώς για την επίτευξη της ψυχικής ανεξάρτησης, της εγκατάλειψης της συνδεόμενης με τη χρήση παραβατικής συμπεριφοράς και της κοινωνικής επανένταξης (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007).

Η θεραπεία ανεξάρτησης σε ένα «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα, ανάγεται σε μια διαδικασία ανασυγκρότησης της προσωπικότητας και ολόκληρης της ύπαρξης. Μια διαδικασία μεταμόρφωσης αυτών των «ανθρώπων-σκιάων» σε ζωντανές, φωτεινές, δημιουργικές, μαχητικές, κοινωνικές ατομικότητες, που προσπαθούν με πολλούς τρόπους να αναδεικνύουν τη διαφορετικότητά τους, κατακτώντας τη συλλογικότητα (Μάτσα 2001).

Ένα «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα είναι ένα δομημένο σύστημα παροχής υπηρεσιών προς το εξαρτημένο άτομο και το στενό οικογενειακό του περιβάλλον. Το ευρύ φάσμα των κλινικών και συνοδευτικών υπηρεσιών δίνει τη δυνατότητα να απευθύνονται στα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα άτομα με διαφορετικές ανάγκες και βαθμό εμπλοκής με τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες: ενήλικες, έφηβοι, γονείς κτλ (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

4.4 Βασικές αρχές των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων

- § Δωρεάν παροχή υπηρεσιών, ώστε να δίνεται η δυνατότητα υποστήριξης σε όλους τους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών και στις οικογένειες τους.
- § Παροχή υπηρεσιών χωρίς διακρίσεις, ανεξάρτητα από φυλή, δόγμα, θρησκεία, φύλο, εθνικότητα, σεξουαλικές προτιμήσεις, ηλικία, σωματική κατάσταση, πολιτικές πεποιθήσεις, ποινικό μητρώο και οικονομική κατάσταση των ατόμων που απευθύνονται στα θεραπευτικά προγράμματα.
- § Οικειοθελής προσέλευση. Η διαδικασία της ανεξάρτησης προϋποθέτει όχι μόνο ένα οργανωμένο θεραπευτικό πλαίσιο, αλλά και την ύπαρξη κινήτρου εκ μέρους του θεραπευόμενου. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η υποχρεωτική θεραπεία έχει συνήθως περιορισμένα αποτελέσματα, καθώς απουσιάζει το στοιχείο της προσωπικής απόφασης και ευθύνης για την αλλαγή τρόπου ζωής και συμπεριφοράς. Ο θεραπευόμενος διατηρεί το δικαίωμα να διακόψει την παρακολούθηση ανά πάσα στιγμή.
- § Αντιμετώπιση της εξάρτησης χωρίς την χρήση ουσιών (drug-free program). Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα δεν χορηγούν φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Ο εξαρτημένος δεν αντιμετωπίζεται ως «ασθενής» που υποβάλλεται παθητικά σε θεραπεία, αλλά συμμετέχει ενεργά σε αυτήν, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για την αλλαγή της συμπεριφοράς του (χρήση, εξάρτηση) και αναζητώντας τα αίτια της. Στόχος είναι να υιοθετήσει το άτομο ένα νέο τρόπο ζωής και συμπεριφοράς και ένα νέο σύστημα αξιών, ώστε να είναι σε θέση να ανταπεξέρχεται στις προκλήσεις και τις δυσκολίες της ζωής, χωρίς να καταφεύγει στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Γενική αρχή των θεραπευτικών κοινοτήτων κάθε τύπου είναι η απαίτηση από το νέο μέλος να διακόψει την χρήση όλων των ουσιών κατά την είσοδο του στον χώρο.
- § Ενεργητική συμμετοχή. Από τη στιγμή που ένα άτομο αποφασίζει να ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα, η συμμετοχή του στις καθημερινές θεραπευτικές, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες είναι προϋπόθεση για την παραμονή του σε αυτό (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2004).

4.5 Η διάκριση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων

Είναι κοινά αποδεκτό πως ο πληθυσμός των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών δεν είναι ομοιογενής. Η έννοια «χρήστης» χρησιμοποιείται πολλαπλώς για να περιγράψει συστηματικούς ή περιστασιακούς χρήστες, ενήλικα ή ανήλικα άτομα, πολυεξαρτημένους χρήστες, έγκλειστους σε σωφρονιστικά καταστήματα κ.ά. Τα θεραπευτικά προγράμματα καλούνται λοιπόν, να στραφούν στις ιδιαίτερες και εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε χρήστη παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Έτσι, προέκυψε η διάκριση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, σε συγκεκριμένες κατηγορίες, που στοχεύουν στην κάλυψη των αναγκών διαφόρων ομάδων τοξικοεξαρτημένων, ώστε να δημιουργούν εκείνες τις θεραπευτικές προτάσεις, που θα σηματοδοτήσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

4.5.1 Ανοιχτά και κλειστά «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα διακρίνονται σε αυτά που διαθέτουν θεραπευτική κοινότητα διαμονής και σε αυτά που διαθέτουν θεραπευτική κοινότητα ημερήσιας φροντίδας.

Τα «κλειστά» θεραπευτικά προγράμματα, όσα δηλαδή διαθέτουν θεραπευτική κοινότητα διαμονής, απευθύνονται συνήθως σε χρήστες ουσιών που δεν έχουν δίκτυο κοινωνικής στήριξης ή χρειάζεται να απομακρυνθούν από τον τόπο διαμονής τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Οι κλασικές αρχές λειτουργίας μιας «κλειστής» θεραπευτικής κοινότητας βασίζονται στα παρακάτω σημεία:

- § Ο σχεδιασμός τους στηρίζεται στην άποψη ότι οι θεραπευόμενοι έχουν ανάγκη 24ωρης παραμονής στην κοινότητα
- § Οι καθημερινές δραστηριότητες είναι πάντα προσδιορισμένες και συγκεκριμένες και καλύπτουν όλη τη διάρκεια της ημέρας. Τα μέλη ενθαρρύνονται να περνούν όλο τον χρόνο τους μαζί και να μην απομονώνονται. Οι συνήθειες δραστηριότητες είναι ομαδική ψυχοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, γυμναστική κτλ.
- § Το προσωπικό της κοινότητας αποτελείται συνήθως από πρώην χρήστες. Ωστόσο, σε πιο σύγχρονες παραλλαγές του συγκεκριμένου μοντέλου το προσωπικό πλαισιώνεται και από επαγγελματίες

- § Τα παλαιότερα μέλη λειτουργούν ως πρότυπα για τους νεότερους
- § Το νεοεισερχόμενο μέλος, το πρώτο χρονικό διάστημα παραμονής του στην κοινότητα, δεν έχει καθόλου επαφή με την προηγούμενη ζωή του (οικογένεια, φίλους κτλ). Επίσης, δεν μπορεί να βγει έξω από τον χώρο της κοινότητας χωρίς άδεια
- § Η κοινότητα συχνά λειτουργεί μέσα από ένα καλά σχεδιασμένο σύστημα ενίσχυσης και «τιμωρίας», όπου η συμπεριφορά του θεραπευόμενου καθορίζει αν θα κερδίζει προνόμια ή αν θα υφίσταται διάφορες μορφές «τιμωρίας». Το σύστημα είναι συχνά αυστηρά ιεραρχημένο με επικεφαλής ένα «δεσποτικό» αρχηγό
- § Βασική τεχνική της θεραπευτικής ομάδας είναι η χρησιμοποίηση «επιθετικών και σκληρών εκφράσεων» στην προσπάθεια των μελών της να συμβουλευθούν, να ελέγξουν ή να τροποποιήσουν τις προηγούμενες θέσεις και συμπεριφορές του εκάστοτε μέλους (Λιάππας, 1999:262).

Η ένταξη στα «κλειστά» θεραπευτικά προγράμματα δεν αποκόπτει τα μέλη από την κοινωνική πραγματικότητα, καθώς, στο πλαίσιο της θεραπείας, επιδιώκεται η συνεχής και ποικιλόμορφη επαφή και συνεργασία με τον κοινωνικό περίγυρο και ιδίως με την τοπική κοινωνία (Μάτσα 2001, ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

Στα «*ανοιχτά*» θεραπευτικά προγράμματα, δηλαδή στα προγράμματα με θεραπευτική κοινότητα ημερήσιας φροντίδας, η κυρίως φάση θεραπείας είναι εξωτερικής παρακολούθησης και ενδείκνυται για χρήστες ουσιών που παραμένουν κοινωνικά ενταγμένοι και διατηρούν τις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις.

Για την ένταξη των «μερικώς ενταγμένων» χρηστών σε θεραπεία, βασική προϋπόθεση αποτελεί η συμμετοχή της οικογένειας τους (γονείς, αδέρφια, σύζυγοι, σύντροφοι) στις αντίστοιχες υπηρεσίες οικογενειακής στήριξης και συμβουλευτικής του προγράμματος, καθώς τα θεραπευόμενα μέλη, που συνεχίζουν να ζουν με τις οικογένειες τους χρειάζονται να βρίσκουν και στο σπίτι τους ένα ασφαλές, οριοθετημένο και «καθαρό» πλαίσιο, όπου θα παγιώσουν τις νέες στάσεις και συμπεριφορές, ώστε να επιτύχουν τον πραγματικό στόχο, που είναι η αποπαίδωση, η ουσιαστική ενηλικίωση και αυτονόμηση τους (Ο.ΚΑ.ΝΑ.-Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας «ΓΕΦΥΡΑ», ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

4.5.2 «Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα ενηλίκων και εφήβων

Η αύξηση του πληθυσμού των εφήβων που έχουν εμπλακεί σε περιστασιακή και συστηματική χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών έχει δημιουργήσει τα τελευταία χρόνια την ανάγκη διάκρισης των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων σε θεραπευτικά προγράμματα ενηλίκων, τα οποία απευθύνονται σε ενήλικους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών και στις οικογένειες τους και σε θεραπευτικά προγράμματα εφήβων και νεαρών ενηλίκων.

Τα θεραπευτικά προγράμματα εφήβων και νεαρών ενηλίκων απευθύνονται σε άτομα περίπου έως 20 ετών, περιστασιακούς ή συστηματικούς χρήστες ουσιών. Είναι προγράμματα ψυχοκοινωνικής κατεύθυνσης, παρέχουν υπηρεσίες σε εξωτερική ημερήσια βάση και προϋποθέτουν τη συμμετοχή των οικογενειών τους στις θεραπευτικές διαδικασίες, δίνοντας έμφαση στην επίλυση προβλημάτων που διαπιστώνονται στην οικογένεια.

Κύριο χαρακτηριστικό των θεραπευτικών προγραμμάτων εφήβων είναι η συστηματική και ευρεία στήριξη τους για τη συνέχιση ή την εκ νέου ανάληψη των εκπαιδευτικών τους δραστηριοτήτων, καθώς πολλοί από αυτούς που εμπλέκονται με την χρήση παράνομων ουσιών έχουν εγκαταλείψει το σχολείο ή παρουσιάζουν σημαντικές εκπαιδευτικές ελλείψεις (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2004).

4.5.3 «Στεγνά»θεραπευτικά προγράμματα για ειδικές ομάδες εξαρτημένων

Είναι γεγονός, πως δεν υπάρχει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα κατάλληλο για όλους τους τοξικοεξαρτημένους. Κάθε χρήστης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες και τις δικές του ανάγκες, που μπορεί να οφείλονται στην ηλικία, στο φύλο, στην εθνικότητα, στον τόπο διαμονής, στην οικογενειακή του κατάσταση, στην εμπλοκή του με τον νόμο, κ.ά.

Στην προσπάθεια τους να καλύψουν τις ανάγκες αυτές, κάποια «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα διαθέτουν υπηρεσίες, που απευθύνονται σε ειδικές ομάδες τοξικοεξαρτημένων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως κρατούμενοι χρήστες, εξαρτημένες μητέρες, μετανάστες κλπ.*

* (ΑΝΑΛΥΤΙΚΑ ΣΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6)

4.6 Χρόνος παρακολούθησης των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων

Η διάρκεια των διαφόρων «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων ποικίλλει. Συνήθως, ο χρόνος παρακολούθησης ενός «στεγνού» θεραπευτικού προγράμματος είναι από 18 έως 36 μήνες και περιλαμβάνει όλα τα στάδια θεραπείας (Συμβουλευτικός Σταθμός, Θεραπευτική κοινότητα, Επανάταξη).

4.7 Θεραπευτικές μέθοδοι των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων

Υπάρχουν διάφορες παραλλαγές στον τύπο των μεθόδων που χρησιμοποιούν οι θεραπευτικές προσεγγίσεις στα διάφορα στάδια της θεραπείας, ανάλογα με την προτίμηση και τον προσανατολισμό του κάθε θεραπευτικού προγράμματος και αναμφισβήτητα όλοι οι τύποι των μεθόδων είναι εξίσου χρήσιμοι για την θετική έκβαση της θεραπείας.

Η βασική θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιείται στα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα είναι η **ομαδικού τύπου** ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, καθώς ο «μοχλός» για την επίτευξη της προσωπικής αλλαγής είναι η ομάδα των ομοτίμων, δηλαδή τα άλλα μέλη του προγράμματος που βρίσκονται στο ίδιο στάδιο θεραπείας, τα οποία εκφράζουν στήριξη, παρέχουν ανατροφοδότηση ή αντιπαρατίθενται σε προβληματικές μορφές συμπεριφοράς (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007).

«Το σκεπτικό της χρήσης μεθόδων ομαδικής θεραπείας στη θεραπευτική της ουσιοεξάρτησης στηρίζεται στην αρχή ότι η χρήση είναι το αποτέλεσμα της στενής σχέσης ανάμεσα σε παράγοντες όπως η δράση της ουσίας, η προσωπικότητα του χρήστη και η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος». (Λιάππας, 1999:258).

Μέσα από τη δυναμική της ομάδας, το κάθε μέλος μαθαίνει να σχετίζεται με τον εαυτό του, τους άλλους και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο με υγιή και λειτουργικό τρόπο. Κατά τη θεραπευτική του πορεία αναπτύσσει κοινωνικές δεξιότητες και σταδιακά δραστηριοποιείται σε κοινωνικό επίπεδο. Η ομάδα παρέχει πραγματικό ενδιαφέρον και φροντίδα στα μέλη της. Δεν αποτελεί μια τυπική δομή, αλλά ένα δυναμικό σχήμα, αξιοκρατικό, όπου υπάρχει εναλλαγή ρόλων και δυνατότητες ανέλιξης.

«Το θεραπευόμενο μέλος μαθαίνει να:

- Υιοθετεί καθαρές αρχές και αξίες
- Αναγνωρίζει και να αποδέχεται τα συναισθήματα του
- Εντοπίζει και τροποποιεί την εξαρτητική συμπεριφορά του
- Αντιμετωπίζει λειτουργικά τις ψυχοσυγκρούσεις και τις καταστάσεις πίεσης
- Ενηλικιώνεται και ανεξαρτητοποιείται με ασφαλή τρόπο
- Αναλαμβάνει ευθύνες και πρωτοβουλίες
- Φροντίζει τον εαυτό του και τους άλλους
- Δέχεται την πίεση των ομοτίμων για αλλαγή
- Υιοθετεί υγιή πρότυπα και με τη σειρά του αποτελεί –για πρώτη φορά στη ζωή– πρότυπο για τους άλλους
- Δημιουργεί προϋποθέσεις για μια καθαρή ζωή συμβατή με τις δικές του επιθυμίες και ανάγκες»

(Ο.ΚΑ.ΝΑ.-Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας «ΓΕΦΥΡΑ»).

Ωστόσο, πολλές φορές παρουσιάζεται η ανάγκη η ομαδικού τύπου προσέγγιση να συνδυάζεται και με άλλες μεθόδους. Στα περισσότερα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα πραγματοποιούνται ατομικές συναντήσεις των θεραπευόμενων με μέλη του προσωπικού. Η **ατομική προσέγγιση**, εφαρμόζεται κυρίως στα αρχικά στάδια της θεραπείας (Συμβουλευτικός Σταθμός), και στοχεύει στην κάμψη των αντιστάσεων του χρήστη για θεραπεία, στην παραμονή του στη θεραπευτική προσπάθεια και στον προσανατολισμό του στην θεραπευτική κοινότητα.

Μέσα από μια σειρά συναντήσεων με τον χρήστη, γίνεται προσπάθεια να του δοθεί η κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με τη λειτουργία του προγράμματος, να συζητηθούν τα προβλήματα και οι σχέσεις του και να κατανοηθούν οι συμπεριφορές που τον οδηγούν στη συντήρηση της χρήσης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών.

Στις πρώτες συναντήσεις, τα μέλη του προσωπικού των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων παρέχουν υποστήριξη προς τον χρήστη, ώστε να αντιμετωπίσει τους φόβους και τα συναισθήματα που εμφανίζονται με την αποχή ή τη μείωση της χρήσης. Στις μετέπειτα συναντήσεις, επιδιώκεται κατά κύριο λόγο ο σχεδιασμός της θεραπευτικής αντιμετώπισης με βάση τις συγκεκριμένες και μοναδικές ανάγκες του κάθε ατόμου.

Έπειτα, σε όλη την διάρκεια της θεραπευτικής πορείας του μέλους ενός «στεγνού» θεραπευτικού προγράμματος (Θεραπευτική κοινότητα, Επανένταξη), όπου κρίνεται σκόπιμο πραγματοποιούνται ατομικού τύπου συναντήσεις του θεραπευόμενου με κάποιο από τα μέλη του προσωπικού. Το περιεχόμενο αυτών των συναντήσεων μπορεί να είναι υποστηρικτικό, συμβουλευτικό κτλ.

Αναμφισβήτητα, η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στο μέλος του προσωπικού-θεραπευτή και στον θεραπευόμενο, μπορεί να αποτελέσει ένα από τα πιο χρήσιμα εργαλεία και να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την θεραπευτική του πορεία. Πολλά από τα θετικά αποτελέσματα της ατομικής μεθόδου οφείλονται στην «ταύτιση» του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή και ιδιαίτερα με την προσπάθεια του να γίνει εξίσου «ικανός» στην επίλυση των προβλημάτων που εμφανίζονται (Λιάππας 1999).

Μια ακόμη μέθοδος που χρησιμοποιούν συνήθως τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, είναι *η παρέμβαση στην οικογένεια* του χρήστη. Η θεραπεία οικογένειας αποτελεί μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Η προσέγγιση αυτού του τύπου επικεντρώνεται σε τρόπους παρέμβασης στα προβλήματα της οικογένειας με μια μεθοδολογία που δεν αποκλείει τον χρήστη από αυτές τις διαδικασίες, αλλά τον εντάσσει σε αυτές, καθώς τον αφορούν άμεσα.

Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας παρέχουν ενημέρωση στην οικογένεια σχετικά με το θέμα της ουσιοεξάρτησης και επιχειρούν να την προετοιμάσουν, ώστε να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Βασικοί στόχοι ενός «στεγνού» θεραπευτικού προγράμματος με την χρησιμοποίηση αυτής της μεθόδου είναι να παροτρύνει την οικογένεια να συνεργαστεί, με σκοπό να διακόψει το μέλος-χρήστης τις ψυχοτρόπες ουσίες και να ενεργοποιήσει όλα τα μέλη της, ώστε να υποστηρίξουν σταθερά και χωρίς αμφιθυμία την απόφαση του χρήστη να ακολουθήσει το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η μέθοδος αυτή, προσφέρει ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και εκπαίδευση και αποσκοπεί στη βελτίωση της λειτουργικότητας της οικογένειας και στην προσωπική ανάπτυξη των μελών της, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο αποδεδειγμένα στην θετική έκβαση της θεραπείας (Λιάππας 1999).

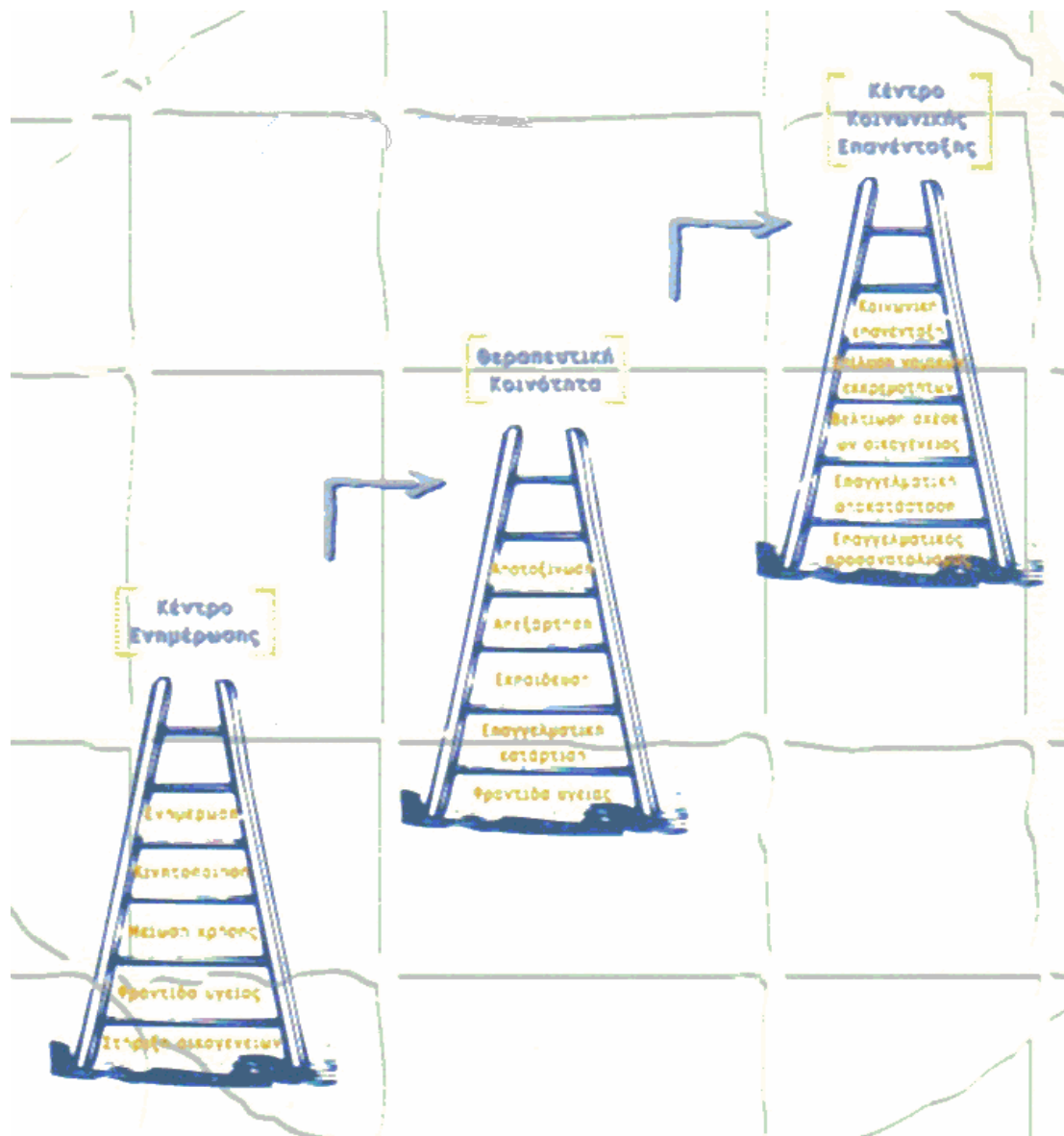
4.8 Τα στάδια της θεραπευτικής πορείας των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων

Καθώς η πορεία του κάθε ατόμου προς την ανεξάρτητη σηματοδοτείται από διαφορετικές φάσεις, για την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος κάθε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελείται από δομές, κάθε μια από τις οποίες έχει δημιουργηθεί για να καλύψει τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε φάσης.

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα συνήθως έχουν τρία στάδια:

- Ø Συμβουλευτικός Σταθμός
- Ø Θεραπευτική Κοινότητα
- Ø Κοινωνική Επανάταξη

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Τα στάδια της θεραπευτικής πορείας



4.8.1 Το πρώτο στάδιο της θεραπευτικής πορείας: ο Συμβουλευτικός Σταθμός

Το πρώτο στάδιο της θεραπευτικής πορείας αντιστοιχεί στη φάση της ενημέρωσης και της προετοιμασίας για την εισαγωγή στην θεραπευτική κοινότητα. Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου από 1 έως 2,5 μήνες και είναι εξωτερικής παρακολούθησης. Η προσέλευση και η παραμονή είναι εθελοντική και δεν απαιτείται άλλη δέσμευση.

Οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων είναι «ελεύθεροι» από ουσίες και δεν χορηγούν φάρμακα ή υποκατάστατα (drug free). Παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον, όπου δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών, και ετοιμάζουν τα εξαρτημένα άτομα για την εισαγωγή τους στην θεραπευτική κοινότητα, ενισχύοντας, κινητοποιώντας και ενθαρρύνοντας τη μείωση της χρήσης.

Σύμφωνα με το σκεπτικό των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, το συμβουλευτικό κέντρο βοηθά τα υποψήφια μέλη να πάρουν μια «ξεκάθαρη απόφαση».

Ο Συμβουλευτικός Σταθμός είναι επομένως, το πρώτο σκαλοπάτι για τη θεραπεία, ο χώρος της πρώτης επαφής με ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι ένας «καθαρός» χώρος όπου δεν χρειάζεται κανείς να κρύψει τη σχέση του με τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, όποια κι αν είναι αυτή. Το προσωπικό του Συμβουλευτικού Σταθμού παρέχει ενημέρωση, συμβουλευτική και υποστήριξη στα ενδιαφερόμενα μέλη και στις οικογένειες τους (ΚΕ.Θ.Ε.Α.-«ΕΞΟΔΟΣ» Συμβουλευτικός Σταθμός Λάρισας).

4.8.1.1 Ο τρόπος λειτουργίας του Συμβουλευτικού Σταθμού

Ο Συμβουλευτικός Σταθμός είναι μια μονάδα, η οποία κατέχει βασικό ρόλο στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των εξαρτημένων ατόμων. Πλαισιώνεται συνήθως από έναν αριθμό επαγγελματιών, όπως ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές κ.ά.. Σημαντικό ρόλο παίζει η παρουσία ενός ιατρού-ψυχιάτρου, που είναι κυρίως επιφορτισμένος με τη διευκρίνιση διαφοροδιαγνωστικών προβλημάτων, καθώς τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται έντονα το φαινόμενο, τα εξαρτημένα άτομα να εμφανίζουν συννοσηρότητα, δηλαδή να είναι άτομα διπλής διάγνωσης τα οποία χρήζουν ειδικής ψυχιατρικής παρακολούθησης και εξατομικευμένου σχεδιασμού θεραπευτικής πορείας (Ανδριάκαινα 2005 , ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

Το προσωπικό του Συμβουλευτικού Σταθμού συνεργάζεται στενά με τις θεραπευτικές μονάδες του εκάστοτε προγράμματος, με τις ιατρικές υπηρεσίες της περιοχής, όπου τα μέλη παραπέμπονται για εξετάσεις, με κοινωνικές υπηρεσίες και φορείς, δημιουργώντας ένα δίκτυο παροχής υπηρεσιών προς τα ενδιαφερόμενα μέλη.

Κάθε επισκέπτης του Συμβουλευτικού Σταθμού αναλαμβάνεται συνήθως από ένα μέλος του προσωπικού, που αποτελεί το συνομιλητή ή «θεραπευτή» του, ανάλογα με το αίτημα. Σε αυτή την φάση παρέχεται ενημέρωση για τον τρόπο λειτουργίας του προγράμματος, τις βασικές αρχές και τους κανόνες και γίνεται λήψη του ιστορικού χρήσης του εξαρτημένου ατόμου.

Μετά την πρώτη επαφή με τον ενδιαφερόμενο θα αποφασιστεί από κοινού εάν θα επακολουθήσουν ορισμένες συμβουλευτικές συζητήσεις ή εάν θα πρέπει το μέλος να προετοιμαστεί για μια θεραπεία, ανεξάρτητα με τη μορφή που θα έχει αυτή.

Σε πολλά θεραπευτικά προγράμματα ο ενδιαφερόμενος σε αυτή την φάση καλείται να υπογράψει ένα «συμβόλαιο», σύμφωνα με το οποίο το νέο μέλος του Συμβουλευτικού Σταθμού οφείλει να σεβαστεί τους κανόνες του προγράμματος και να φανεί συνεπής στις υποχρεώσεις του κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας για την θεραπευτική κοινότητα.

Η θεραπευτική διαδικασία που θα του προταθεί, εξαρτάται από το είδος και την ποιότητα εξάρτησης του χρήστη, αλλά και από το οικογενειακό και άλλο υποστηρικτικό του δίκτυο. Μπορεί να έχει τη μορφή εβδομαδιαίας εξωτερικής ατομικής ή ομαδικής θεραπείας, με ή χωρίς συμμετοχή της οικογένειας του στη θεραπευτική διαδικασία ή φυσικά τη μορφή της μακράς θεραπείας απεξάρτησης σε μια κατάλληλη για το άτομο αυτό, θεραπευτική κοινότητα.

Η επιλογή για τη θεραπεία απεξάρτησης προϋποθέτει φυσικά τη συναίνεση του ατόμου και την πλήρη ενημέρωσή του για τον τρόπο και τον χώρο όπου θα γίνει αυτή.

Οι συζητήσεις δηλαδή προετοιμασίας, θα έχουν πετύχει το σκοπό τους εάν καταλήξουν στο συγκεκριμένο σχεδιασμό μιας θεραπευτικής πορείας. Φυσικά το ίδιο περιεχόμενο μπορούν να έχουν και οι συμβουλευτικές επαφές με τον ενδιαφερόμενο.

Ακόμη, σε κάποια θεραπευτικά προγράμματα τα υποψήφια μέλη συμμετέχουν ήδη από το στάδιο αυτό του Συμβουλευτικού Σταθμού, σε ομάδες προετοιμασίας. Στόχος αυτών των ομάδων, που αποτελούνται από άτομα που βρίσκονται στο ίδιο στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας, είναι να μειώσουν τα αμφιθυμικά συναισθήματα που δημιουργεί η απόφαση για θεραπεία, άλλα και να απαλύνουν τα

δυσάρεστα συναισθήματα που προκαλεί η διακοπή της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, λειτουργώντας συμβουλευτικά, υποστηρικτικά κ.ά.

Σαφώς, οι ομάδες προετοιμασίας πραγματοποιούνται υπό την καθοδήγηση ενός «θεραπευτή», μιας και οι χρήστες συνήθως έχουν την τάση να συζητούν τις ευχάριστες παρά τις δυσάρεστες πλευρές της χρήσης (Λιάππας 1999).

Μια βασική προϋπόθεση για να εισαχθούν τα νέα μέλη στην κοινότητα είναι να «ξεκόψουν» από τον παλιό τρόπο ζωής και να διακόψουν την χρήση ουσιών.

Επομένως, στο διάστημα αυτό, οι ενδιαφερόμενοι οφείλουν να καταβάλουν προσπάθειες για να ελέγξουν τη χρήση (μείωση της ποσότητας και της συχνότητας) και να απεμπλακούν από το σύνολο των κοινωνικών σχέσεων που συνδέονται με τη συγκεκριμένη πρακτική (αποφυγή συγχρωτισμού με άλλους χρήστες, απομάκρυνση από τους οικείους χώρους, τα στέκια, βελτίωση των συνθηκών υγιεινής, επιμέλεια προβλημάτων υγείας, επισκέψεις σε γιατρούς κλπ) (Ανδριάκαινα 2005).

Για να εξακριβωθεί η αποχή τους από την χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, στα περισσότερα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα πραγματοποιούνται εργαστηριακές εξετάσεις ούρων, σε συχνότητα που ορίζει το προσωπικό του Συμβουλευτικού Σταθμού.

Επειδή η φάση της προετοιμασίας μπορεί να διαρκέσει για χρονικό διάστημα, που δεν εξαρτάται μόνο από τη θέληση του ατόμου να πάρει μέρος στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και από τον περιορισμένο αριθμό μελών που μπορούν να απορροφήσουν οι θεραπευτικές μονάδες, θα πρέπει η επαφή με τον ενδιαφερόμενο να είναι τακτική και βασισμένη πάνω σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Η έκβαση των συναντήσεων/ομάδων και τα τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζει το κάθε μέλος του προσωπικού με τα ενδιαφερόμενα μέλη, συζητούνται συνήθως εβδομαδιαία, παρουσία όλης της θεραπευτικής ομάδας του Συμβουλευτικού Σταθμού (cartex). Έτσι, ανεξάρτητα της θεραπευτικής μεθόδου που ακολουθεί ο συγκεκριμένος επαγγελματίας, οι υπόλοιποι συνεργάτες του γνωρίζουν σε γενικές γραμμές την πορεία κάθε θεραπευόμενου και είναι σε θέση να συνεχίσουν τη θεραπεία, στην περίπτωση που για οποιοδήποτε λόγο αδυνατεί να το κάνει αυτό ο υπεύθυνος για το μέλος, «θεραπευτής».



4.8.2 Το δεύτερο στάδιο της θεραπευτικής πορείας: η Θεραπευτική Κοινότητα

Olievenstein:

*«Η τοξικομανία αποτελεί το προϊόν
της συνάντησης μιας προσωπικότητας
με μια ψυχοδραστική ουσία
σε συγκεκριμένη κοινωνικοπολιτιστική στιγμή»*

Όταν το εξαρτημένο άτομο ολοκληρώσει το πρόγραμμα του Συμβουλευτικού Σταθμού και εφόσον δηλώσει την επιθυμία του να συνεχίσει την θεραπευτική του πορεία, θα περάσει στη δεύτερη φάση ενός «στεγνού» θεραπευτικού προγράμματος, δηλαδή στην θεραπευτική κοινότητα, που αποτελεί το κατεξοχήν στάδιο της θεραπείας.

Η εξάρτηση αποτελεί συνήθως το σύμπτωμα βαθύτερων προβλημάτων ψυχολογικής, διαπροσωπικής ή κοινωνικής προέλευσης. Πριν από την είσοδο του εξαρτημένου ατόμου στην θεραπευτική κοινότητα η χρήση ουσιών ήταν για αυτό ένας τρόπος για να νιώσει καλά ή απλώς φυσιολογικά. Η ανάγκη του για την εξασφάλιση της ουσίας καθόριζε την μέχρι τώρα δράση και συμπεριφορά του.

Με την είσοδο του όμως στην θεραπευτική κοινότητα, το εξαρτημένο άτομο θα γίνει μέλος μιας ομάδας ατόμων, τα οποία συνδέει ένα κοινό πρόβλημα. Η μεταξύ

τους αλληλεπίδραση σε συνδυασμό με την οργάνωση και τις δραστηριότητες της θεραπευτικής κοινότητας θα το οδηγήσουν στην αναζήτηση των γενεσιουργών αιτιών της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και θα το βοηθήσουν να έρθει σε πλήρη ρήξη με τον προηγούμενο τρόπο ζωής του.

«Το άτομο καλείται να συγκροτήσει νοήματα και ταυτότητα σε ένα περιβάλλον κοινοβιακού χαρακτήρα, όπου τα άτομα συνυπάρχουν, συνδέονται μεταξύ τους και αλλάζουν μέσα από τον κοινό τους σκοπό: την ψυχική απεξάρτηση τους από τις ψυχοτρόπες ουσίες και την επανένταξη τους στην κοινωνία». (Ζαϊμάκης, 2002:213).

Οι θεραπευτικές κοινότητες αντιμετωπίζονται ως ένα κατασκευασμένο, τεχνητό περιβάλλον, το οποίο χρησιμοποιείται εργαλειακά, με σκοπό την αλλαγή του τρόπου ζωής και σκέψης των ατόμων που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Ο σχετικά μικρός αριθμός των μελών της, οι άμεσες, προσωπικές σχέσεις μεταξύ τους, η δημιουργία συναισθημάτων αλληλεγγύης, συντροφικότητας και αλληλοβοήθειας και η διαμόρφωση ενός κλίματος ενεργητικής συμμετοχής στην καθημερινή ζωή αποτελούν ορισμένες από τις πλέον σύγχρονες θεραπευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο και τη ρύθμιση της προβληματικής συμπεριφοράς.

«Η μέθοδος των θεραπευτικών κοινοτήτων για εξαρτημένα από ψυχοτρόπες ουσίες άτομα εντάσσεται στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες και περιλαμβάνει στοιχεία από την ψυχαναλυτική και τη γνωσιακή θεραπεία, τη θεραπεία συμπεριφοράς, την ομαδική και την οικογενειακή θεραπεία, καθώς και το μοντέλο των Ανώνυμων Αλκοολικών. Αποτελεί ένα μοντέλο κοινωνικής μάθησης όπου το πλαίσιο της κοινότητας είναι το μέσο για την επίτευξη της αλλαγής σε επίπεδο στάσης, αξιών και συμπεριφοράς» (Πουλόπουλος 2005:94).

Η δομή και η οργανωτική διάρθρωση των θεραπευτικών κοινοτήτων, συνιστά αποκρυστάλλωση μιας συγκεκριμένης αντίληψης σχετικά με τη θεραπευτική επίδραση που μπορεί να ασκήσει ένα κατάλληλα διαμορφωμένο κοινωνικό περιβάλλον στα παρεκκλίνοντα άτομα. Η επίδραση στη συμπεριφορά των ατόμων είναι καθοριστική, όταν το πλαίσιο στο οποίο εντάσσονται θεμελιώνεται σε ένα κοινό και αδιαμφισβήτητο σύστημα ιδεών και αρχών λειτουργίας, με αποτέλεσμα να εκμηδενίζονται ή τουλάχιστον να ελαχιστοποιούνται οι αμφιλογίες, οι διαφορές και οι αντιθέσεις στο εσωτερικό του –πρόκειται για ό,τι στη θεραπευτική ιδιόλεκτο αποδίδεται ως «ξεκάθαρη απόφαση»(Ανδριάκαινα 2005).

Οι τοξικομανείς αντιμετωπίζονται ως ανώριμα, ανεύθυνα άτομα που δεν μπορούν να αναβάλλουν την άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους. Σύμφωνα με τον Kooyman, στη θεραπευτική κοινότητα μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τις δυνατότητες τους για να μεγαλώσουν και να αναπτυχθούν συναισθηματικά, ηθικά, σεξουαλικά και πνευματικά (Ζαφειρίδης 1987).

«Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι ένας χώρος στον οποίο εφαρμόστηκαν οι θεωρητικές ιδέες και αντιλήψεις ενός ριζοσπαστικού κοινοτισμού. Πρόκειται για οργανώσεις με δομή, πρόγραμμα και λειτουργίες, οι οποίες σχεδιάζονται από επαγγελματίες του χώρου και έχουν θεραπευτικούς, εκπαιδευτικούς και αναπτυξιακούς σκοπούς». (Ζαϊμάκης, 2002:212).

Οι κοινότητες, με στοιχεία κοινωνικοπολιτικά αλλά και με ιδέες που ορίζει κάθε εποχή, έχουν ως κύριο στόχο όχι μόνο στο να παραδώσουν πίσω στην κοινωνία έναν χρήστη «καθαρό», αλλά και να δημιουργήσουν έναν άνθρωπο με αξίες, σκοπούς, στόχους για να μπορεί να συνυπάρχει με τα καινούργια δεδομένα και με το κοινωνικό σύνολο.

Με λίγα λόγια, οι χρήστες πρέπει να πιστεύουν συνειδητά όσα ορίζει η Φιλοσοφία του Daytop, μια από τις πρώτες θεραπευτικές κοινότητες της Αμερικής:

*«Είμαι εδώ γιατί τελικά δεν μπορώ να ξεφύγω από τον εαυτό μου,
Μέχρι να μάθω ν' αντιμετωπίζω τον εαυτό μου στα μάτια και τις καρδιές σας θα
βρίσκομαι σε φυγή.*

*Όσο δεν μοιράζομαι μαζί σας τα πιο κρυφά μου μυστικά δεν μπορώ να απελευθερωθώ
απ' αυτά.*

*Όσο φοβάμαι να με γνωρίσουν οι άλλοι, δεν μπορώ να γνωρίσω ούτε τον εαυτό μου
ούτε κανέναν άλλον. Θα είμαι πάντα μόνος.*

Που αλλού μπορώ να βρω τέτοιο καθρέπτη παρά στο κοινό μας έδαφος;

*Εδώ, μαζί σας, μπορώ να βρω τέτοιο καθρέπτη παρά στο κοινό μας έδαφος. Όχι σαν
τον γίγαντα των ονείρων μου, ούτε σαν το νάνο των φόβων μου. Αλλά σαν άνθρωπο,
κομμάτι μιας ολότητας, με το δικό του μερίδιο στη σκοπιμότητά της. Σ' αυτή τη βάση
μπορώ να ριζώσω και να αναπτυχθώ. Όχι πια μόνος όπως στο θάνατο αλλά ζωντανός-
άνθρωπος ανάμεσα σ' ανθρώπους.»* (Γιαννακοπούλου 1991:20).

Η ιδεολογία και η φιλοσοφία των θεραπευτικών κοινοτήτων περιλαμβάνει αρχές στις οποίες κυριαρχούν ο οπτιμισμός για τις δυνατότητες της ανθρώπινης φύσης, η σύνθεση της λογικής με την εμπειρία και το συναίσθημα, η προσωπική ακεραιότητα, μαζί με αξίες όπως η ειλικρίνεια, η ανοιχτή επικοινωνία και

αντιπαράθεση, η επιτρεπτικότητα, η ανάληψη ευθύνης, η δημιουργικότητα και ο αλληλοσεβασμός.

Στοιχεία, που συμβάλλουν στη δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που στηρίζεται στις έννοιες της αυτοβοήθειας, της αλληλοβοήθειας και της αλληλεγγύης και καταργεί τον ατομικισμό και τον καταναλωτισμό (Πουλόπουλος 2005, Ζαϊμάκης 2002).

Οι περισσότερες θεραπευτικές κοινότητες προσπαθούν να διατηρήσουν ένα πρότυπο οικογένειας, φροντίζοντας τα μέλη και το προσωπικό τους. Τα χαρακτηριστικά της διευρυμένης οικογένειας βοηθούν τα μέλη να αναβιώσουν τις αναπτυξιακές φάσεις της ζωής τους μέσα στο σύντομο χρονικό διάστημα της παραμονής στην κοινότητα, να καλύψουν τα συναισθηματικά κενά που δημιουργήθηκαν σε αυτές, και συμβάλλουν στη διατήρηση ενός κλίματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

«Η θεραπευτική κοινότητα, λοιπόν, είναι ένα πεδίο προβολής υπαρξιστικών και κοινοτικών αντιλήψεων». (Ζαϊμάκης, 2002:213).

Οι σύγχρονες θεραπευτικές κοινότητες έχουν επιρροές από τα δυο μοντέλα θεραπευτικών κοινοτήτων, το δημοκρατικό και το ιεραρχημένο.

4.8.2.1 Η δημιουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων

α) Δημοκρατικές

Η θεραπευτική κοινότητα είχε την αφετηρία της στην Αγγλία και δημιουργήθηκε κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου από μια ομάδα νέων επαγγελματιών υγείας, με ψυχαναλυτική κυρίως κατεύθυνση για να καλύψει τις ανάγκες των επαναπατριζόμενων στρατιωτών που αντιμετώπιζαν προβλήματα ψυχικής υγείας.

Το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας συνδέθηκε κυρίως με το όνομα του Maxwell Jones, ο οποίος και μετά τον πόλεμο εφάρμοσε το μοντέλο της «δημοκρατικής» διαχείρισης στους ψυχικά ασθενείς του νοσοκομείου Henderson. Σύμφωνα με το νέο αυτό μοντέλο πραγματοποιούνταν καθημερινές συναντήσεις, όπου θέματα ανοιχτά προς συζήτηση ήταν τόσο οι ρόλοι προσωπικού και ασθενών όσο και η ενεργός συμμετοχή των «μελών της κοινότητας» στην επίλυση των

προσωπικών τους θεμάτων στο πλαίσιο των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας που επικρατούσαν.

Στο μοντέλο του Maxwell Jones, έγιναν οι εξής υποθέσεις για την έννοια της δημοκρατικής θεραπευτικής κοινότητας:

1. αμφίδρομη επικοινωνία σε όλα τα επίπεδα
2. λήψη αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα
3. καταμερισμός της εξουσίας
4. ομοφωνία στη λήψη αποφάσεων
5. κοινωνική μάθηση μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, εδώ και τώρα.

Η θεραπευτική κοινότητα εκείνης της εποχής είχε τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

- i. τη συμμετοχή στην κοινότητα, με την ανοιχτή επικοινωνία και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των μελών
- ii. τη δημοκρατία, το δικαίωμα, δηλαδή, των μελών σε ψήφο, ανεξάρτητα από τη θέση τους στην ιεραρχία
- iii. την επιτρεπτικότητα, που σήμαινε ότι τα μέλη όφειλαν να ανέχονται και να αντιμετωπίζουν τη διαταραγμένη συμπεριφορά και όχι απλώς να τη τιμωρούν
- iv. την άμεση αντιπαράθεση, που σήμαινε ότι τα μέλη έπρεπε να αντικρίζουν κατά πρόσωπο τα προβλήματά τους και να αντιμετωπίζουν τις ερμηνείες που δίνουν τα άλλα μέλη της ομάδας για αυτά (Πουλόπουλος, 2005, σελ 71-74).

«Με τη δημιουργία των πρώτων θεραπευτικών κοινοτήτων και την ανάπτυξή τους στα τέλη της δεκαετίας του '50, το κίνημα της αμφισβήτησης πήρε μεγάλες διαστάσεις. Οι προτάσεις για νέους τρόπους οργάνωσης των δομών της εκπαίδευσης και της ψυχικής υγείας βρήκαν αρκετούς υποστηρικτές, κυρίως μεταξύ των νέων επαγγελματιών. Από την άλλη πλευρά, οι εκπρόσωποι της παραδοσιακής προσέγγισης της ψυχιατρικής και της εκπαίδευσης κράτησαν επικριτική στάση όσον αφορά τις νέες προσεγγίσεις και μεθόδους» (Πουλόπουλος 2004:33).

β) Ιεραρχημένες

Λίγα χρόνια μετά την λειτουργία των δημοκρατικών θεραπευτικών κοινοτήτων στην Αγγλία, οι θεραπευτικές κοινότητες έκαναν την εμφάνισή τους και στην Αμερική, απευθυνόμενες σε εξαρτημένα άτομα.

Πριν από τα τέλη της δεκαετίας του '50 στην Αμερική λειτουργούσαν κλινικές και κρατικά νοσοκομεία ειδικευμένα στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, κυρίως από οπιοειδή, τα οποία είχαν υιοθετήσει ένα μακροχρόνιο ιδρυματικού τύπου θεραπευτικό μοντέλο. Ακόμη λειτουργούσαν οι ομάδες αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αλκοολικών (ΑΑ) που είχαν ξεκινήσει το 1935, και έπειτα οι ομάδες των Ανώνυμων Ναρκομανών (ΑΝ), που ξεκίνησαν το 1952 (Λιάππας 1999, Πουλόπουλος 2005).

«Στην περιοχή της αντιμετώπισης των προβλημάτων που σχετίζονται με την κατάχρηση παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών η θεραπευτική κοινότητα την περίοδο αυτή αποτελεί μία νέα πρόταση που έρχεται να ανατρέψει την υπάρχουσα κατάσταση στην Αμερική.» (Πουλόπουλος, 2004:34).

«Οι θεραπευτικές κοινότητες και οι ΑΑ έχουν κοινές ιστορικές ρίζες στην Ορθόδοξη ομάδα, η οποία υπήρξε Θρησκευτικός οργανισμός Ευαγγελιστών που άκμασε στη Μ. Βρετανία στις αρχές του αιώνα.»(Λιάππας, 1999:261).

«Η σύνδεση της καταγωγής των αμερικανικών θεραπευτικών κοινοτήτων με θρησκευτικού τύπου ομάδες βοηθά στην κατανόηση της πουριτανικής ηθικής που επικράτησε τα επόμενα χρόνια (σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζεται ακόμη και σήμερα), καθώς επίσης και του πολιτικού συντηρητισμού που συνήθως τις διακρίνει.»(Πουλόπουλος 2005:77).

«Επομένως, οι Αμερικανοί χρησιμοποίησαν τον όρο θεραπευτική κοινότητα αναφερόμενοι σε ένα ιεραρχημένο θεραπευτικό πλαίσιο, προοριζόμενο κυρίως για χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, ενώ οι Βρετανοί χρησιμοποίησαν τον ίδιο όρο εννοώντας ένα δημοκρατικό θεραπευτικό πλαίσιο που αφορούσε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας». (Πουλόπουλος 2005:75).

4.8.2.2 Η θεραπευτική κοινότητα SYNANON

Ο Charles Dederich, πρώην αλκοολικός και μέλος της ομάδας αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αλκοολικών (AA), μετέτρεψε τις εβδομαδιαίες συναντήσεις που γινόταν στο σπίτι του, στις οποίες συμμετείχαν τοξικομανείς και αλκοολικοί, σε ομάδες, στις οποίες τα μέλη αντιμετώπιζαν το ένα το άλλο με έναν άμεσο συναισθηματικό τρόπο. Εισήγαγε την αρχή της μη λογοκριμένης αντιπαράθεσης και την άμεση έκφραση των συναισθημάτων μεταξύ των μελών στο «εδώ και τώρα».

Τα «games», οι ομαδικές δηλαδή συνεδρίες, που αποτέλεσαν τον πρόδρομο των αντιπαραθετικών ομάδων (encounters), ήταν ο ακρογωνιαίος λίθος της προσωπικής ανάπτυξης και της αλλαγής των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των μελών, δίνοντας στους συμμετέχοντες τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν μέσα από τις αντιπαραθέσεις τα προβλήματα και να εργαστούν προς την κατεύθυνση της επίλυσης τους (Ζαφειρίδης 1987).

Από αυτές τις ομάδες το 1958 στη Σάντα Μόνικα της Καλιφόρνιας προέκυψε το Synanon, η πρώτη προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πλαίσιο όπου πρώην χρήστες και πρώην αλκοολικοί θα ζούσαν μαζί και θα αλληλοβοηθούνταν στη διαδικασία της απεξάρτησης. Στην προσπάθεια αυτή δεν συμμετείχαν επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αλλά κυρίως πρώην αλκοολικοί και τοξικομανείς που επιχείρησαν να δημιουργήσουν ένα δομημένο θεραπευτικό πλαίσιο.

«Ο Dederich απέρριψε κατηγορηματικά όλους τους παραδοσιακούς τρόπους Κοινωνικής Εργασίας, λέγοντας (άλλοτε με υπονοούμενα και άλλοτε ξεκάθαρα): «Οι πρεζάκηδες έχουν ανάγκη το Synanon και όχι εμείς αυτούς». Μ' αυτή την αρχή καθιέρωσε την τακτική να απαιτούν κάτι απ' αυτόν που ήθελε να μπει στο σπίτι πριν τον δεχτούν. Τα νέα μέλη έπρεπε να συμφωνήσουν ότι θα προσαρμόζονταν σε όλους τους κανόνες και θα έκαναν κάποια «επένδυση» ως απόδειξη ειλικρίνειας, όπως για παράδειγμα να τηλεφωνήσουν σε συγκεκριμένες ώρες, να εγκαταλείψουν πολύτιμα προσωπικά αντικείμενα, ή να κάνουν κάτι δύσκολο αλλά σημαντικό, όπως να φωνάζουν για βοήθεια μπροστά σε μια ομάδα μελών. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά του Synanon χρησιμοποιήθηκαν από το Daytop και αργότερα από άλλους οργανισμούς που είχαν ως μοντέλο το Synanon, το Daytop και τους διαδόχους τους» (Sugarman, Ζαφειρίδης 1990:39).

Το Synanon δεν θεωρούσε ότι οι χρήστες είναι άρρωστοι ή «κακοί», αλλά ότι έχουν αποτύχει σε κάποιους τομείς της εκπαίδευσης. Έτσι, προσπάθησε μέσα από μια συνολική εκπαιδευτική διαδικασία να ξαναπλάσει τα ηθικά και πνευματικά χαρακτηριστικά των μελών του. Ο στόχος δεν ήταν να επιλέξει το άτομο να μην κάνει χρήση, αλλά να επανεκπαιδευτεί κατά τέτοιο τρόπο που θα τον έκανε να αλλάξει τον παλιό τρόπο ζωής με ένα νέο που θα καθιστούσε αδύνατη την επανάληψη των παλιών συμπεριφορών του.

«Οι πρώην χρήστες-θεραπευτές και οι θεραπευόμενοι αποτελούσαν μια ομάδα. Όλοι μαζί αντιμετώπιζαν τα διάφορα προβλήματα πρόσωπο με πρόσωπο, εστιάζοντας στο «εδώ και τώρα». Ενθάρρυναν το αίσθημα εμπιστοσύνης, την τιμιότητα, την έκφραση των συναισθημάτων, την αλληλοβοήθεια και την ανταλλαγή εμπειριών, με αντικειμενικό στόχο την αύξηση της εναισθησίας και την τροποποίηση της προηγούμενης νοσηρής συμπεριφοράς» (Λιάππας, 1999:258-259).

Η φιλοσοφία του Synanon στηριζόταν στα ακόλουθα βασικά στοιχεία: η κοινωνία είναι «άρρωστη» και αποκλειστικά υπεύθυνη για το πρόβλημα της εξάρτησης, το οποίο όχι μόνο δεν μπορεί να επιλύσει, αλλά συνεχώς αναπαράγει. Επομένως, ούτε καν έχει νόημα να ξαναστείλεις πίσω σε μια τόσο άρρωστη κοινωνία κάποιον χρήστη ναρκωτικών. Η ένταξη κάποιου χρήστη σήμαινε ένταξη εφ' όρου ζωής. Έτσι όσοι αποχωρούσαν, αποκοβόταν δια παντός από την υπόλοιπη ομάδα.

Το Synanon ήταν εντελώς αυτοχρηματοδοτούμενο, δεν είχε δηλαδή καμία χρηματοδότηση από το κράτος. Για αυτό τα μέλη του είχαν αναπτύξει πολλές επαφές με ιδιώτες και επιχειρήσεις που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν οικονομικά. Το Synanon ήταν νομικά ανεξάρτητο και έπρεπε να λογοδοτεί μόνο στο Διοικητικό Συμβούλιο των διευθυντών του, που ήταν όλοι ιδρυτές και υποστηρικτές του. Δεν υπήρχε η έννοια του ατομικού, ήταν ένα κοινόβιο «πρωτοχριστιανικού» τύπου, όπου τα χρήματα έμπαιναν σ' ένα κοινό ταμείο και μοιράζονταν σε όλα τα μέλη, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Μέσα σε λίγα χρόνια το Synanon εξελίχτηκε σε μια κοινότητα με πολλές δυνατότητες και εκατοντάδες μέλη. Το Synanon αποτελούσε μια οργανωμένη κοινωνική δομή με αυστηρότατη ιεραρχία (και με πολλά στοιχεία μιας μικρής επαναστατικής οργάνωσης), που έδινε την ευκαιρία σε ανθρώπους που είχαν παλαιότερα αποτύχει στην ευρύτερη κοινωνία και την οικογένεια, να κατανοήσουν την ουσία των προβλημάτων τους και να «ξαναμεγαλώσουν» απ' την αρχή.

Το μαθησιακό περιβάλλον του Synanon, για πρώτη φορά στην ιστορία της τοξικοεξάρτησης, βοήθησε δεκάδες τοξικομανείς με ποινικό μητρώο να μάθουν να ζουν ευχαριστημένοι χωρίς να καταφεύγουν στην χρήση ουσιών (Ζαφειρίδης 1987).

«Σιγά σιγά όμως η εσωστρέφεια και ο κλειστός χαρακτήρας άρχισε να εκτρέφει μια σειρά από αυταρχικές δομές και ψευδοεπαναστατικές αντιλήψεις. Το πρώτο στοιχείο του εκφυλισμού υπήρξε η άρση του κανόνα «όχι στη βία», γιατί είχαν να αντιμετωπίσουν εφήβους 15-16 χρόνων, από τα λούμπεν στοιχεία των μεγαλουπόλεων και οι πιο μεγάλοι τους έδερναν. Στη συνέχεια άρχισαν να εξοπλίζονται για να ανατρέψουν το κοινωνικό σύστημα της Αμερικής και εκεί άρχισε και η κατάρρευση»(Sugarman, Ζαφειρίδης 1990:215).

Στις θεραπευτικές κοινότητες αυτού του τύπου, τις οποίες χαρακτηρίζουν ισχυρές ιδεολογικές και θεοκρατικές αρχές, και στις οποίες τα μέλη πασχίζουν να αποκτήσουν μια νέα, αλλαγμένη ταυτότητα, υπάρχει ο κίνδυνος της μετατροπής σε «κοινότητες λατρείας»(cult), κυρίως όταν δεν λειτουργούν ως «ανοιχτά συστήματα» και η εξουσία των ηγετών τους είναι ανεξέλεγκτη.

«Έπειτα από 15 χρόνια λειτουργίας και πάντα υπό την ηγεσία του Charles Dederich, ήταν έτοιμο να μετατραπεί σε κοινότητα λατρείας (cult)...Αυτό ήταν το αποκορύφωμα μιας ανεξέλεγκτης ηγεσίας η οποία τα πρώτα χρόνια ενισχύθηκε από την αυξανόμενη εισαγωγή νέων χρηστών ουσιών οι οποίοι αναζητούσαν καταφύγιο στο Synanon, από τις έντονες σχέσεις που αναπτύχθηκαν ανάμεσα στα μέλη του Synanon, αλλά και από τις δυσκολίες, την αρνητική στάση και τις αντιδράσεις στη γειτονιά, της οποίας οι κάτοικοι δεν ήθελαν να δεχτούν την εγκατάσταση ενός προγράμματος για χρήστες. Τα επόμενα χρόνια η μυθοποίηση του Synanon ως αυθεντικού μοντέλου κοινωνικής συμβίωσης, το οποίο παρεμπιπτόντως θεραπεύει την τοξικοεξάρτηση, και η αγιοποίηση του ίδιου του Dederich οδήγησαν στην κατάρρευση» (Πουλόπουλος 2005:78).

Ωστόσο, η συμβολή του Synanon στην θεραπεία των τοξικοεξαρτημένων είναι αδιαμφισβήτητη, καθώς όχι μόνο πρόσφερε βοήθεια σε πολλούς εξαρτημένους, αλλά και αποτέλεσε αφετηρία για πολλές από τις μεταγενέστερες θεραπευτικές κοινότητες, είτε γιατί το χρησιμοποίησαν ως πρότυπο, είτε γιατί απόφοιτοι του Synanon, σε συνεργασία ή όχι με επαγγελματίες ψυχικής υγείας, έστησαν καινούρια μοντέλα θεραπευτικών κοινοτήτων σ' όλο τον κόσμο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το πρόγραμμα Daytop της Νέας Υόρκης (Πουλόπουλος 2005).

4.8.2.3 Η θεραπευτική κοινότητα DAYTOP

Το πείραμα «Σπίτι Daytop», όπως ήταν γνωστό στην αρχή, ξεκίνησε σαν παράρτημα του Τμήματος Επιτήρησης του Ανώτατου Δικαστηρίου της Νέας Υόρκης, το φθινόπωρο του 1963. Ο επιτελάρχης του Τμήματος Επιτήρησης Joseph A. Shelly, ήταν από τους πρώτους υποκινητές της ιδέας ενός νεωτεριστικού προγράμματος για άντρες τοξικομανείς με καταδίκες σε βαθμό κακουργήματος, που ήταν υπό επιτήρηση στο τμήμα του.

Με τους συνεργάτες του επισκέφτηκαν αρκετά κέντρα θεραπείας τοξικομανών των Η.Π.Α., καθώς στόχος τους ήταν να εισάγουν μια νέα μέθοδο για τη θεραπεία των τοξικομανών που θα ήταν πιο αποτελεσματική από την κυρίαρχη ρουτίνα της φυλάκισης, αποτοξίνωσης, επιτήρησης κλπ. Όταν επισκέφτηκαν το Synanon, αναγνώρισαν σ' αυτό την νέα μέθοδο που έψαχναν. Έτσι το 1963 το «Σπίτι Daytop» άνοιξε σ' ένα μικρό κτίριο με το όνομα «Το σπίτι του Οικονόμου».

Τον πρώτο χρόνο το Daytop σχεδόν απέτυχε, καθώς ήταν δύσκολο να βρεθεί κατάλληλος διευθυντής και προσωπικό. Κανένας δεν μπορούσε να επιβάλλει πειθαρχία ή να κρατήσει τα απαγορευμένα είδη έξω από την κοινότητα. Το 1964 ανέλαβε τη θέση του διευθυντή ο David Deitch, πρώην διευθυντής του Synanon, μεταβάλλοντας το Daytop σε οργανωμένη θεραπευτική κοινότητα (Sugarman, Ζαφειρίδης 1990).

Όταν το 1965 αγοράστηκε ένα μεγαλύτερο οίκημα το όνομα του άλλαξε σε «Χωριό Daytop» και οργανώθηκε σαν ιδιωτική, μη κερδοσκοπική εταιρεία. Το Daytop, διέθετε ως προσωπικό πρώην χρήστες, οι οποίοι πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους αμειβόμενοι. Τον έλεγχο είχε πια ένα Συμβούλιο Διευθυντών αντί για το Τμήμα Επιτήρησης.

Μια ακόμη σημαντική διαφορά ήταν πως ενώ στην αρχή το πρόγραμμα ήταν για άντρες τοξικομανείς που ήταν υπό την επίβλεψη του Τμήματος Επιτήρησης, αργότερα άρχισε να προσελκύει και γυναίκες που εισάγονταν εθελοντικά για θεραπεία. Αποτέλεσμα της εθελούσιας προσέλευσης ήταν η απόφαση του προσωπικού να διατηρήσει την αρχική ονομασία, αλλάζοντας το «Drug Addicts Treated on Probation» (θεραπεία εξαρτημένων με αναστολή), σε «Drug Addicts Yielding To Persuasion» (τοξικοεξαρτημένοι που ενδίδουν στην πειθώ).

Η εισαγωγή τώρα γινόταν χωρίς όρους, εκτός από έναν: ότι το άτομο ένιωθε την ανάγκη, επιθυμούσε να μπει στο πρόγραμμα και δεχόταν να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του (Sugarman, Ζαφειρίδης 1990, Πουλόπουλος 2005).

Το Daytop συμφωνούσε με το Synanon, ότι η κοινωνία είναι «άρρωστη», αλλά υποστήριζε πως η δουλειά των προγραμμάτων είναι να μετατρέπουν τους χρήστες σε ανθρώπους που θα μπορούσαν να επιστρέψουν στην κοινωνία σαν μοχλοί της κοινωνικής αλλαγής.

«Η ψυχολογική θεωρία του Daytop υποστηρίζει ότι ο τοξικομανής χρησιμοποιεί τα ναρκωτικά για να αποφύγει την υπεύθυνη συμμετοχή του στη ζωή. Άρα δεν είναι τόσο η εξάρτηση, αλλά τα προβλήματα προσωπικότητας που οδηγούν στην απομόνωση και την εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Οι τυπικές θεραπείες δεν έχουν θεραπευτική αξία γιατί άλλοτε τον τιμωρούν και άλλοτε τον λυπούνται και τον νταντεύουν. Έτσι όμως ενισχύουν τη συμπεριφορά του τοξικομανούς» (Sugarman, Ζαφειρίδης 1990:163).

Το Daytop πρόσφερε μια «θεραπεία πραγματικότητας», που σημαίνει ότι έδινε βοήθεια στον χρήστη να δει ξεκάθαρα την συμπεριφορά του και να αναθεωρήσει την εικόνα που έχει για τον εαυτό του και στη συνέχεια να προσπαθήσει να την αλλάξει, αντιμετωπίζοντας τις συνέπειες της. Ο βασικός στόχος ήταν ο πρώην χρήστης παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, να έρθει σε ρήξη με τον προηγούμενο τρόπο ζωής και να δημιουργήσει μια προσωπικότητα ευθύνης, εργασίας, συντροφικότητας και αλληλεγγύης.

Στο νέο μέλος του Daytop έλεγαν πως δεν πρέπει να θεωρεί πως είναι ένας ενήλικας τοξικοεξαρτημένος, αλλά ένα ανώριμο συναισθηματικά νήπιο που μέσα στο Daytop θα μάθει από την αρχή πώς να ζει σαν ενήλικας. Τα παλιά μέλη βοηθούσαν στο «ξαναμεγάλωμα», λειτουργώντας ως θετικά πρότυπα υπεύθυνης και ώριμης συμπεριφοράς.

Η ιδεολογία του Daytop έδινε μεγάλη σημασία στις έννοιες της αδερφικότητας, της αλληλοβοήθειας και του αμοιβαίου ενδιαφέροντος.

«Το χαρακτηριστικό που εξισορροπεί πειθαρχία, προσαρμογή και αντιπαράθεση είναι το αμοιβαίο ενδιαφέρον των μελών και η ζεστή, αδελφική ομάδα. Οι κανόνες επιβάλλονται. Η πειθαρχία διατηρείται. Η αντιπαράθεση σημαίνει ενδιαφέρον. Οι παραβάσεις των κανόνων και η απειθαρχία θεωρούνται συμπτώματα προβληματικής προσωπικότητας που μετέβαλαν το μέλος του Daytop σε έναν εξαθλιωμένο τοξικομανή»(Sugarman, Ζαφειρίδης 1990:26-27, Γιαννακοπούλου 1991).

Οι σημαντικότερες αρχές του Daytop απαγόρευαν τη χρήση ναρκωτικών, τη χρήση βίας και τις σεξουαλικές επαφές μεταξύ των μελών.

Η **άγραφη φιλοσοφία** της θεραπευτικής κοινότητας Daytop εκφράζεται μέσω των παρακάτω αρχών/αξιών:

1. *Εντιμότητα*
2. *Υπευθυνότητα*
3. *Υπεύθυνη αγάπη και ενδιαφέρον*
4. *Κάνε σαν να...*
5. *Όχι δωρεάν φαγητό*
6. *Ό,τι δώσεις θα πάρεις*
7. *Εμπιστέψου το περιβάλλον σου*
8. *Καλύτερα να καταλαβαίνεις παρά να σε καταλαβαίνουν*
9. *Καλύτερα να δίνεις αντί να παίρνεις*
10. *Δεν μπορείς να το κρατήσεις αν δεν το χαρίσεις*

(Sugarman, Ζαφειρίδης 1990:164-165)

Πέραν των βασικών αρχών/ αξιών της, τα μέλη της θεραπευτικής κοινότητας Daytop όρισαν ως **επιπρόσθετες αρχές** τους τις εξής:

- *Πρέπει να πάρεις όλο το πακέτο για να το κάνεις αποτελεσματικό*
- *Αν θέλεις κάτι πρέπει να δουλέψεις για να το αποκτήσεις*
- *Πρόσεχε τι ζητάς, μπορεί και να το πάρεις*
- *Επίγνωση*
- *Αντιπαράθεση*
- *Όχι ανταμοιβή για άσχημη συμπεριφορά*

(Sugarman, Ζαφειρίδης 1990:165)

Στο Daytop υπήρχε ένα αυστηρά τηρούμενο **ημερήσιο πρόγραμμα**, που το θεωρούσαν αναγκαίο για να μάθουν τα μέλη να προγραμματίζουν τον χρόνο και τις δραστηριότητες τους.

Η κάθε μέρα περιλάμβανε μια σειρά δραστηριοτήτων, όπως συναντήσεις, ομάδες εργασίας, θεραπευτικές ομάδες, σεμινάρια, ψυχαγωγία κτλ.

Όλα τα μέλη δούλευαν σε κάποια ομάδα εργασίας (π.χ. ομάδα καθαριότητας, ομάδα κουζίνας, ομάδα δημοσίων σχέσεων κτλ.). Στο Daytop η εργασία ήταν μια όψη της θεραπείας, τόσο γιατί αποτελούσε επαγγελματική προετοιμασία για τα μέλη, όσο και γιατί μάθαινε στα μέλη καλύτερους τρόπους αντιμετώπισης της πίεσης, ενίσχυε την αυτοπεποίθηση και την αντίληψη ότι η δημιουργική δραστηριότητα προσφέρει προσωπική ικανοποίηση και βοηθά στην εκπλήρωση των στόχων (Γιαννακοπούλου 1991).

Με την **ιεραρχία** στο Daytop θεωρούσαν ότι μπορεί να επιτευχθούν από τα μέλη και προς αυτά, τα ξεκάθαρα μηνύματα, τα ξεκάθαρα όρια συμπεριφοράς και η ανάληψη ευθυνών. Η ιεραρχία αυτή θύμιζε περισσότερο το μοντέλο της οικογένειας, παρά υπαλληλική ιεραρχία. Τα μέλη του Daytop που κατείχαν υψηλότερες θέσεις στην ιεραρχία, πρόσφεραν συναισθηματική κάλυψη στα υπόλοιπα μέλη, καθώς ήταν καθήκον τους να «τραβήξουν μέσα τους καινούριους αδερφούς και αδερφές».

Το νεοεισερχόμενο μέλος τον πρώτο καιρό βρίσκονταν στην χαμηλότερη βαθμίδα της ιεραρχίας. *«Οι εργασίες κατανέμονται με βάση μια ιεραρχία που βασίζεται στην «αρχαιότητα», την ατομική πρόοδο και την παραγωγικότητα. Οι νέοι τρόφιμοι αναλαμβάνουν τις πιο απλές εργασίες (π.χ. σφουγγάρισμα, καθάρισμα μπάνιου). Με βάση την πρόοδο που έχει επιτύχει ο καθένας, βαθμιαία προβιβάζονται και αναλαμβάνουν εργασίες πιο πολύπλοκες και πιο διασκεδαστικές»* (Sugarman, Ζαφειρίδης 1990:13).

Σε όλες τις ομάδες και σε όλα τα επίπεδα, υπήρχε για όλα τα μέλη κάποιος που βρίσκονταν πιο ψηλά στην ιεραρχία. Η προαγωγή σε θέσεις μεγαλύτερης υπευθυνότητας και η άνοδος στην ιεραρχία, ήταν μια σημαντική επιβράβευση για τα μέλη. Η ιεραρχία καταλύονταν μόνο στις ομάδες αντιπαράθεσης (Ζαφειρίδης 1987, Sugarman, Ζαφειρίδης 1990, Πουλόπουλος 2005).

Ό,τι συνέβαινε και ό,τι υπήρχε μέσα στο Daytop θεωρείτο θεραπευτικό. Κάποια από τα σημαντικότερα θεραπευτικά «εργαλεία» ήταν οι επισημάνσεις, οι παρατηρήσεις, οι «διορισμοί», τα σεμινάρια, οι «Μαραθώνιοι», οι «Εντατικές», και η «ομάδα αντιπαράθεσης», η οποία είχε τον κεντρικό ρόλο.

Η ομάδα αντιπαράθεσης, γίνονταν δύο φορές την εβδομάδα και είχε στόχο την άμεση λεκτική έκφραση των αρνητικών συναισθημάτων, όπως του θυμού και του πόνου, απέναντι στο άτομο που τα προκαλούσε, δίνοντας έμφαση στο «εδώ και τώρα».

Στις αντιπαραθετικές ομάδες υπήρχε ισότιμη συμμετοχή και δινόταν η ευκαιρία να εκφραστεί κριτική, αντίθεση, και αμφισβήτηση από όλους προς όλους. Τα μέλη ενθαρρύνονταν να «αδειάσουν τα σκουπίδια» που είχαν μαζέψει μέσα τους από όλη την πίεση της καθημερινότητας και τους αυστηρούς κανόνες του Daytop.

Ωστόσο, βασική αρχή ήταν η απαγόρευση της σωματικής βίας και των απειλών. Το κάθε μέλος υποχρεώνονταν να ακούσει πως τον βλέπουν οι άλλοι και να δεχτεί σκληρή κριτική για τη συμπεριφορά του, ώσπου να καταρρεύσουν οι άμυνες του και να παραδεχθεί την ανάγκη του για αλλαγή (Sugarman, Ζαφειρίδης 1990, Πουλόπουλος 2005).

Η έντονη κοινωνικοπολιτική τοποθέτηση του ηγέτη David Deitch και των μελών του Daytop, οδήγησε στη ρήξη μεταξύ του προσωπικού και του Διοικητικού Συμβουλίου. Το Διοικητικό Συμβούλιο θεωρούσε πως το Daytop δεν θα έπρεπε να παίρνει θέση στα πολιτικά και κοινωνικά γεγονότα της εποχής, αλλά να ασχολείται αποκλειστικά με τη θεραπεία των μελών.

«Το 1968 η κρίση κορυφώθηκε, με αποτέλεσμα εκείνοι που είχαν ριζοσπαστικές ιδέες να αποχωρήσουν μαζί με μεγάλο αριθμό μελών και με την υπόσχεση να ξαναβρεθούν για τη δημιουργία μιας νέας θεραπευτικής κοινότητας που θα ήταν κοντά στις προσδοκίες τους. Αυτή η συνάντηση δεν έχει γίνει μέχρι σήμερα. Το Daytop συνεχίζει να διοικείται από τον ίδιο πρόεδρο, ο οποίος είναι καρδινάλιος της Καθολικής Εκκλησίας» (Πουλόπουλος, 2005:84).

4.8.2.4 Τα μειονεκτήματα των θεραπευτικών κοινοτήτων SYNANON-DAYTOP

Οι κυριότερες κριτικές που ασκήθηκαν για τα μοντέλα του Synanon και του Daytop είναι:

- Ø Ότι χρησιμοποιούν σκληρές και επιθετικές μεθόδους πειθαρχίας
- Ø Ότι δεν προσελκύουν μεγάλο αριθμό χρηστών
- Ø Ότι αναμειγνύουν παλιούς και «σκληρούς» χρήστες με νέους
- Ø Ότι δεν κάνουν διαχωρισμό των διάφορων τύπων ουσιοεξαρτημένων ατόμων (χρήστες ηρωίνης και χρήστες χασίς ή άλλων ουσιών συνυπάρχουν στον ίδιο χώρο)
- Ø Ότι δεν τηρούν αρχεία και στοιχεία για μελλοντική παρακολούθηση και αξιολόγηση των χρηστών
- Ø Ότι από τα άτομα που απευθύνονται σε αυτά για θεραπεία, μικρό ποσοστό παραμένει και τελειώνει με επιτυχία το πρόγραμμα, ενώ πολλοί εγκαταλείπουν πρόωγα την κοινότητα και ξαναρχίζουν την χρήση ουσιών (Λιάππας 1999, Πουλόπουλος 2005).

Ο Κλεάνθης Γρίβας σχολιάζει: «*Το Daytop είναι ένα πρόγραμμα τυπικής «μπεχέβιοριστικής έμπνευσης» και ορίζει τον «μπεχέβιορισμό» ως την πρακτική μιας ποντικόμορφης ψυχολογίας που αλλοιώνει ύπουλα το υποκείμενο της, μηχανοποιώντας τη συμπεριφορά του με τεχνικές που διαμορφώνονται με βάση τη μελέτη των αντιδράσεων εκπροσώπων των κατώτερων κλιμάκων της βιολογικής ιεραρχίας (ποντίκια, περιστέρια κτλ) και εφαρμόζονται στον άνθρωπο»*(Γρίβας, 1990:176, 153).

Στην συνέχεια αναπτύχθηκαν και άλλοι τύποι θεραπευτικών κοινοτήτων σε συνεργασία ή μη με επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Είναι αξιοσημείωτο, ότι η ανάπτυξη των θεραπευτικών προγραμμάτων για εξαρτημένα άτομα στην Αμερική, όπως το Gaudenzia Inc., το Phoenix House, το Marathon House, το Amity, το Odyssey House είναι συνέχεια των μοντέλων των Synanon και Daytop.

4.8.2.5 Οι θεραπευτικές κοινότητες στην Ευρώπη

Με αρκετά σημαντική καθυστέρηση οι θεραπευτικές κοινότητες για εξαρτημένα άτομα κάνουν την εμφάνισή τους και στην Ευρώπη την δεκαετία του `70, επηρεασμένες τόσο από το δημοκρατικό μοντέλο του Maxwell Jones, όσο και από το αμερικάνικο τύπου μοντέλο, ενσωματώνοντας παράλληλα στοιχεία των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών κάθε χώρας, την κουλτούρα της, το προφίλ των εξαρτημένων αλλά και την εκπαίδευση που είχε το απασχολούμενο σε αυτήν την προσπάθεια προσωπικό (Πουλόπουλος 2005).

«Την ίδια περίοδο οι εξελίξεις στους τομείς της κοινωνικής ψυχιατρικής είναι ραγδαίες και συνοδεύονται από μια προσπάθεια για εκδημοκρατισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων και για αποασυλοποίηση. Στη Γαλλία και την Ιταλία τα νέα φιλοσοφικά ρεύματα συνδέονται με τη συνάντηση των κινημάτων για τα πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα και αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη των θέσεων της αντιψυχιατρικής και της αποιδρυματοποίησης» (Πουλόπουλος 2004:34).

Το 1968 ο M.Picchi ίδρυσε το CEIS στη Ρώμη, το 1970 ο I.Christie ίδρυσε το Alpha House στο Portsmouth στην Αγγλία, ο G.Edwards το Phoenix House στο Λονδίνο και το 1972 ιδρύθηκε από τον M.Kooyman το Emiliehoeve στη Χάγη της Ολλανδίας (Πουλόπουλος 2005).

Τα πρώτα σημάδια απογοήτευσης για την επιτυχία των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ευρώπη δεν άργησαν να φανούν. Μάλιστα συνοδεύτηκαν από την αύξηση της χρήσης των «σκληρών ναρκωτικών».

Οι θεραπευτικές κοινότητες τύπου Phoenix House, που βασίζονταν στο αμερικάνικο-ιεραρχημένο μοντέλο σύντομα συνειδητοποίησαν πως έπρεπε να τροποποιήσουν τις μεθόδους τους, να περιορίσουν το αυστηρά ιεραρχημένο μοντέλο και να υιοθετήσουν διαφορετικού τύπου προσεγγίσεις από εκείνες της συνεχούς αντιπαράθεσης και της επισήμανσης των αρνητικών συμπεριφορών, ενώ από την άλλη, οι δημοκρατικές κοινότητες, τύπου Emiliehoeve, ανακάλυψαν ότι το δημοκρατικό μοντέλο είχε εγγενείς αδυναμίες ελέγχου της συμπεριφοράς «εκδραμάτισης» (acting out) των εξαρτημένων ατόμων, η οποία εμφανιζόταν συχνά, καθώς και ελέγχου της χρήσης ουσιών και αλκοόλ εντός της κοινότητας.

Είναι αξιοσημείωτο, πως ενώ αρκετοί πρώην χρήστες βοήθησαν σημαντικά στην δημιουργία των ευρωπαϊκών θεραπευτικών κοινοτήτων μεταδίδοντας την ιδεολογία και τις μεθόδους των αμερικανικών μοντέλων, όπως οι ίδιοι το είχαν

βιώσει, σπάνια θα τους συναντούσε κανείς ανάμεσα στο προσωπικό. Η έλλειψη αποφοίτων και η δυσπιστία των διοικητικών συμβουλίων για το αν θα μπορούσαν να λειτουργήσουν επιτυχώς ως προσωπικό, συνέβαλαν σε αυτό (Πουλόπουλος 2005).

4.8.2.6 Η ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα

Στο τέλος της δεκαετίας του `70, παρατηρείται και στην Ελλάδα αύξηση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, με κύριο εκπρόσωπο την ηρωίνη, που εξαπλώνεται με γρήγορους ρυθμούς σε όλη την χώρα. Ήδη το 1980 σημειώνονται οι πρώτοι επίσημα δηλωμένοι θάνατοι τοξικοεξαρτημένων και η ελληνική κοινωνία στρέφει το ενδιαφέρον της στο θέμα της εξάρτησης.

Ωστόσο, η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από την απουσία εθνικής στρατηγικής και πολιτικής για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης, την ανεπαρκή ενημέρωση της κοινής γνώμης και την κινδυνολογία που μεταφέρεται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Πουλόπουλος 2004).

Τον Νοέμβριο του 1983 άρχισε η λειτουργία της Ιθάκης, της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας στην Ελλάδα, στη Σίνδο Θεσσαλονίκης. Τα πρώτα χρόνια λειτουργίας της (1983-1987), που ονομάστηκαν δοκιμαστική περίοδος, ήταν καθοριστικά για την εγκαθίδρυση του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων στην χώρα μας. Με αφορμή του νέου νόμου περί ναρκωτικών (1729), το 1987 ιδρύεται το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), ως φορέας της εναλλακτικής πρότασης των θεραπευτικών κοινοτήτων.

Τα πρώτα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα αναπτύχθηκαν στην χώρα μας από το ΚΕ.Θ.Ε.Α. και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.) και είχαν τη μορφή των θεραπευτικών κοινοτήτων με εσωτερική παραμονή για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους.

Τα χρόνια που ακολούθησαν, ήταν μια περίοδος μεγάλης δημιουργικής ανάπτυξης των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων στην Ελλάδα. Ιδρύθηκαν θεραπευτικές κοινότητες και από άλλους φορείς, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.) και τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.).

Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραλισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων, προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία (από τους προαναφερθέντες και άλλους φορείς) διαφόρων τύπων θεραπευτικών κοινοτήτων, όπως της ημερήσιας

φροντίδας, των θεραπευτικών κοινοτήτων για έφηβους χρήστες, της βραδινής παρακολούθησης για εργαζόμενους χρήστες κτλ. (Ζαφειρίδης 1999).

4.8.2.7 Η λειτουργία των σύγχρονων θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα

Όλες οι θεραπευτικές κοινότητες που λειτουργούν σήμερα στην χώρα μας, ανεξάρτητα σε ποιόν φορέα ανήκουν (δημόσιο ή ιδιωτικό), στοχεύουν στην αποχή των μελών τους από την χρήση παράνομων ουσιών και από παραβατικές δραστηριότητες, αλλά και στην επαγγελματική τους αποκατάσταση και γενικότερα στην κοινωνική τους επανένταξη. Οι στόχοι αυτοί αποτελούν και τα κριτήρια για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων εν γένει (Πουλόπουλος 2005).

Στην προσπάθεια για την επίτευξη αυτών των στόχων, όλες οι θεραπευτικές κοινότητες μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά, αλλά έχουν και αρκετές διαφορές.

α) Είσοδος στην θεραπευτική κοινότητα

Η είσοδος του νέου μέλους στην κοινότητα ξεκινά με την υπογραφή του «θεραπευτικού συμβολαίου», το οποίο σηματοδοτεί πως η συμμετοχή του ατόμου στο πρόγραμμα, προϋποθέτει την τήρηση κάποιων βασικών κανόνων, η αποδοχή και η εφαρμογή των οποίων αποτελεί αποκλειστικά δική του ευθύνη και αφετηρία της «συνεργασίας» του με την θεραπευτική κοινότητα.

Οι συνήθεις κανόνες είναι η απαγόρευση χρήσης οποιασδήποτε ψυχοτρόπου ουσίας (συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ), η απαγόρευση οποιασδήποτε μορφής βίας και η ενεργός συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες του προγράμματος.

Η ένταξη του εξαρτημένου στο πρόγραμμα, μέσα από την υπογραφή του θεραπευτικού συμβολαίου που την επισημοποιεί, φέρνει τόσο τον ίδιο όσο και τον θεραπευτή, ως εκπρόσωπο του προγράμματος, αντιμέτωπους με τρία παράδοξα:

1. Ο εξαρτημένος δεσμεύεται να τηρήσει όρια, να σέβεται κανόνες και να είναι συνεπής, την ίδια στιγμή που η ζωή του μέχρι τώρα, είναι συνυφασμένη με την παραβατικότητα.
2. Σε έναν άνθρωπο που δεν έμαθε μέχρι τώρα, παρά μόνο να δρα παρορμητικά, προτείνεται ένα πλαίσιο, μέσα στο οποίο καλείται να εκφέρει λόγο, τον δικό του λόγο.
3. Ο εξαρτημένος καλείται, μέσα από τη θεραπευτική σχέση που πρέπει να εγκαθιδρυθεί, να μιλήσει για την ιστορία της οδύνης του, και όχι απλώς και μόνο για την ιστορία της τοξικοεξάρτησης του, να μην περιοριστεί στην περιγραφή της δράσης της συγκεκριμένης ουσίας στον οργανισμό του, την συγκεκριμένη στιγμή, ή για την έλλειψή της (Μάτσα 2001).

Σε κάποια θεραπευτικά προγράμματα τα νεοεισερχόμενα μέλη πρέπει να έχουν αποδεδειγμένα διακόψει την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών πριν ενταχθούν στην θεραπευτική κοινότητα. Η αποχή από την χρήση ελέγχεται εργαστηριακά σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, με την συστηματική εξέταση των ούρων, που αποτελεί βασικό όρο του προγράμματος και συνήθως αναγράφεται στο «συμβόλαιο θεραπείας».

«Η μέχρι τώρα εμπειρία μας έχει δείξει ότι αυτός ο έλεγχος όχι μόνο γίνεται δεκτός, αλλά και επιδιώκεται από τον τοξικομανή που έχει πάρει πραγματικά την απόφαση να κάνει θεραπεία απεξάρτησης και όχι μια προσωρινή διακοπή. . Ο έλεγχος τον βοηθά να επαγρυπνά διαρκώς και να αντιστέκεται στις πιέσεις, που ασκούνται από διάφορες μεριές πάνω του. Αποτελεί ένα τρόπο με τον οποίο βιώνει ο ίδιος, και αποδεικνύει στους άλλους, τη δύναμη του να 'λέει το όχι του στην ουσία» (Μάτσα 1999).

Σε κάποια άλλα (συνήθως στα «κλειστά» θεραπευτικά προγράμματα), η αποτοξίνωση των μελών γίνεται μέσα στην θεραπευτική κοινότητα. Εκεί, το στερητικό σύνδρομο θα ξεπεραστεί με την ψυχολογική στήριξη των υπολοίπων μελών αλλά και με τη βοήθεια του προσωπικού, που μπορεί και να μην είναι ιατρικό, αλλά είναι αρκετά έμπειρο, ώστε να αντιμετωπίζει τα συνήθη στερητικά

συμπτώματα. Σε πολλές περιπτώσεις όταν χρειαστεί, παρέχεται και ιατρική κάλυψη. Ο τρόπος αυτής της αντιμετώπισης είναι κατάλληλος για χρήστες οποιοειδών, αλλά όχι για πολυχρήστες και για τις περιπτώσεις συννοσηρότητας (Λιάππας 1999).

β) Χρόνος παραμονής στην θεραπευτική κοινότητα

Η προγραμματισμένη διάρκεια παραμονής στην θεραπευτική κοινότητα, είτε αυτή είναι «κλειστή», είτε είναι «ανοιχτή» είναι συνήθως από 6 έως 12 μήνες.

«Οι περισσότεροι συγγραφείς φαίνεται να συμφωνούν στην άποψη ότι ο χρόνος παραμονής του χρήστη στην κοινότητα σχετίζεται θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα» (Λιάππας, 1999:262).

γ) Αριθμός μελών

Υπάρχουν θεραπευτικές κοινότητες που αριθμούν από 10 έως 20 μέλη, και άλλες που έχουν την δυνατότητα να δεχτούν έως και 60-70 μέλη. Ο αριθμός των μελών σχετίζεται άμεσα με τον αντίστοιχο αριθμό προσωπικού, τις κτιριακές εγκαταστάσεις και την υλικοτεχνική υποδομή.

δ) Το βασικό θεραπευτικό εργαλείο: ομάδες

Στις θεραπευτικές κοινότητες πραγματοποιείται μια σειρά από ομαδικές δραστηριότητες, οι οποίες βοηθούν το μέλος στην προσπάθεια για αλλαγή μέσω της ανταλλαγής εμπειριών, της έκφρασης σκέψεων και συναισθημάτων, της ανάπτυξης δεξιοτήτων και της εκμάθησης διαφορετικών τρόπων αντιμετώπισης των όποιων δυσκολιών.

Γενικά στις ομαδικού τύπου προσεγγίσεις γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί η διαμορφωτική επίδραση της θετικής δυναμικής που υπάρχει στα παλαιότερα μέλη του προγράμματος ή ακόμη και στους πρώην χρήστες-θεραπευτές, ώστε να αναπτυχθεί η ικανότητα των υπολοίπων μελών της ομάδας για ρεαλιστικού τύπου προσαρμογές και επανατοποθετήσεις. Η ομάδα μπορεί να αποτελείται από 3-12 ή ακόμα και από 30-50 μέλη.

«Οι παράγοντες που λειτουργούν στις θεραπευτικές ομάδες με εξαρτημένους και εφαρμόζονται στη θεραπευτική κοινότητα είναι:

- Η θετική υποστήριξη και, μερικές φορές, η πίεση για αλλαγή μορφών συμπεριφοράς που είναι καταστροφικές για το ίδιο το άτομο και το περιβάλλον του*
- Η ενίσχυση της αποχής από την χρήση των ουσιών μέσω της βιωματικής μάθησης*
- Η δυνατότητα για κατανόηση των προσωπικών αντιστάσεων μέσω της αναγνώρισης των αντιστάσεων των άλλων*
- Η αναγνώριση των δυσκολιών, των προβλημάτων και των αδυναμιών που εμφανίζονται και σε άλλους ανθρώπους*
- Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης μέσω της παροχής βοήθειας και υποστήριξης σε άλλους ανθρώπους*
- Η συμβολική αναπαράσταση της οικογένειας και η επεξεργασία των βαθύτερων συναισθημάτων που σχετίζονται με αυτήν*
- Η ταύτιση, η συνοχή και η ελπίδα, σε ένα δομημένο πλαίσιο με ξεκάθαρα όρια που βοηθά τα άτομα να αναλάβουν τις ευθύνες τους*
- Η εκμάθηση νέων τρόπων επικοινωνίας και η δημιουργία ουσιαστικών διαπροσωπικών σχέσεων» (Πουλόπουλος, 2005:108-109).*

Οι ομαδικές θεραπείες μπορεί να λειτουργούν ανεξάρτητα αλλά και συμπληρωματικά, και στοχεύουν στην διερεύνηση και την επεξεργασία των συναισθημάτων, των στάσεων και των συμπεριφορών των μελών.

Οι βασικοί τύποι των θεραπευτικών ομάδων που εφαρμόζονται στις περισσότερες ελληνικές θεραπευτικές κοινότητες είναι η «ομάδα αντιπαράθεσης», ο «μαραθώνιος», η «συνάντηση κοινότητας», η «ομάδα των ομοτίμων» είτε με την μορφή που αυτές ξεκίνησαν στις αμερικάνικες και ευρωπαϊκές θεραπευτικές κοινότητες εξαρτημένων ατόμων, είτε σε πιο εξελιγμένες παραλλαγές τους.

ε) Ημερήσιο πρόγραμμα

Το ημερήσιο πρόγραμμα των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι ιδιαίτερα εντατικό και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που μπορεί να είναι θεραπευτικές, εκπαιδευτικές, ψυχαγωγικές, αθλητικές κτλ. Όλες αυτές οι δραστηριότητες αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τα μέλη να αναπτύξουν σταδιακά τις κοινωνικές και προσωπικές τους δεξιότητες και να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση.

Τα μέλη της θεραπευτικής κοινότητας εργάζονται, εκπαιδεύονται, διασκεδάζουν, τρώνε στον ίδιο χώρο, συναναστρέφονται με τους ίδιους ανθρώπους και ακολουθούν ένα αυστηρά οργανωμένο ωρολόγιο πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων. Όλες οι δραστηριότητες διαπερνώνται από μια κεντρική φιλοσοφία, ένα κοινό σύστημα αξιών και αρχών που απηχούν τους επίσημους σκοπούς της θεραπείας τους.

στ) Εκπαίδευση, δημιουργία, ψυχαγωγία

Για να καταφέρουν τα μέλη της κοινότητας να αλλάξουν τον προηγούμενο τρόπο ζωής τους, είναι σημαντικό να αντικαταστήσουν όσες δραστηριότητες σχετίζονταν με την χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, με άλλες πιο δημιουργικές που θα τους προσφέρουν ικανοποίηση. Η συμμετοχή σε ευχάριστες δραστηριότητες και οι σχέσεις μεταξύ των μελών που αναπτύσσονται μέσα από αυτές, μειώνουν τα δυσάρεστα αισθήματα, όπως μοναξιά και απώλεια, που έρχονται στην επιφάνεια όταν σταματήσει η χρήση ουσιών.

Σε κάποια «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα δραστηριότητες εκπαίδευσης, κατάρτισης και επαγγελματικού προσανατολισμού είναι ενσωματωμένες στο καθημερινό πρόγραμμα με στόχο να καταστήσουν τα μέλη τους ικανά να διεκδικήσουν με περισσότερες αξιώσεις μια θέση στην αγορά εργασίας, όταν περάσουν στο στάδιο της Επανεένταξης (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

ζ) Βασικοί κανόνες-Κώδικας δεοντολογίας

Τόσο το προσωπικό, όσο και τα μέλη των κοινοτήτων έχουν την υποχρέωση να σέβονται τους κανόνες που θέτει το θεραπευτικό τους πλαίσιο και να συμμετέχουν

ενεργά στο πρόγραμμα και τις δραστηριότητες του. Οι κανόνες έχουν δημιουργηθεί για να προστατεύουν το άτομο αλλά και το σύστημα ως ενιαίο λειτουργικό σύνολο, και για να δημιουργούν μια πραγματική αίσθηση ασφάλειας, που είναι απαραίτητη ώστε να δίνεται η δυνατότητα στα μέλη να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις δυσκολίες τους και να αναπτύξουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες.

Οι θεραπευτικές κοινότητες παρέχουν τις υπηρεσίες τους χωρίς διακρίσεις, σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας, όπως αυτός ορίζεται από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Θεραπευτικών Κοινοτήτων.

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Θεραπευτικών Κοινοτήτων συστάθηκε το 1980 ως μη κερδοσκοπικός οργανισμός με έδρα τη Νέα Υόρκη. Σκοπός της είναι να ενισχύει τη συνεργασία μεταξύ των θεραπευτικών κοινοτήτων σε όλον τον κόσμο και ιδιαίτερα στους τομείς εκπαίδευσης του προσωπικού, ανταλλαγής τεχνογνωσίας και προώθησης της επιστημονικής έρευνας.

η) Προδιαγραφές και στόχοι για τις θεραπευτικές κοινότητες

1. Οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν ένα μοντέλο θεραπείας που αποσκοπεί πρώτα απ' όλα στην απεξάρτηση από παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες μέσα από την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου και απαιτεί την αποχή από ουσίες που μεταβάλλουν τη διάθεση (σε αυτές περιλαμβάνονται φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, αλλά χρησιμοποιούνται παράνομα.).
2. Τα μέλη της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων καλούνται:
 - α) Να αναγνωρίζουν σε όλα τα άτομα που σχετίζονται με τη θεραπευτική τους κοινότητα τα δικαιώματα που έχουν ως άνθρωποι και ως πολίτες και να δηλώνουν με σαφήνεια ποια είναι τα δικαιώματα, τα προνόμια και οι ευθύνες των μελών και του προσωπικού.
 - β) Να αναγνωρίζουν σε κάθε άτομο που βρίσκεται στη θεραπευτική κοινότητα το δικαίωμα να μην απειλείται από κακή χρήση της εξουσίας, από οποιοδήποτε άτομο ή ομάδα κι αν προέρχεται αυτή.
 - γ) Να δηλώνουν ποια είναι η φιλοσοφία και οι στόχοι του προγράμματος.
 - δ) Να ορίζουν κανονισμούς για τη θεραπευτική τους κοινότητα οι οποίοι θα παρέχουν προστασία σε περίπτωση φαινομενικής ή πραγματικής κατάργησης της τοπικής ή της εθνικής νομοθεσίας.

- ε) Να λειτουργούν σε περιβάλλον που παρέχει τις μέγιστες δυνατότητες για σωματική, πνευματική, συναισθηματική και αισθητική ανάπτυξη και το οποίο εγγυάται την ασφάλεια όλων.
 - στ) Να διευκολύνουν τη συγκρότηση μιας κοινωνίας/κοινότητας που θα βασίζεται στο μέγιστο δυνατό βαθμό στην ακεραιότητα, την καλή θέληση και την ανθρωπιά όλων των μελών της και όπου η αξιοπρέπεια του ατόμου θα αποτελεί πρωταρχική.
 - ζ) Να παρέχουν εκπαίδευση και επαρκή εποπτεία στο προσωπικό.
 - η) Να λογοδοτούν σε ένα εξωτερικό Διοικητικό Συμβούλιο που συγκαλείται ανά τακτά διαστήματα μέσα στο έτος, προκειμένου να έχει την εποπτεία και την ευθύνη για τις δραστηριότητες του προγράμματος και της κάθε μονάδας.
 - θ) Να παρουσιάζουν, ύστερα από λογιστικό έλεγχο, ετήσιο οικονομικό απολογισμό που θα επικυρώνεται από τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου.
3. Το Διοικητικό Συμβούλιο της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων θα απαιτεί τη συμμόρφωση προς τις Προδιαγραφές και τους Στόχους, κάθε φορά που θα εξετάζει αιτήσεις απόκτησης ή ανανέωσης της ιδιότητας του μέλους. Θα απαιτεί επίσης ενεργό συμμόρφωση προς τα κριτήρια που έχει θεσπίσει η Παγκόσμια Ομοσπονδία στο καταστατικό της (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007:54).

θ) Χάρτης Δικαιωμάτων των Μελών

Όλα τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων έχουν απόλυτο δικαίωμα στα ακόλουθα:

1. Υποστηρικτικό περιβάλλον, απαλλαγμένο από εξαρτητικές ουσίες.
2. Θεραπεία ανεξάρτητα από γένος, φυλή, εθνικότητα, χρώμα, δόγμα, πολιτικές πεποιθήσεις, σεξουαλικές προτιμήσεις, οικογενειακή κατάσταση, θρησκεία, καταγωγή, ταυτότητα, ηλικία, ιδιότητα στρατιωτικού ή βετεράνου πολέμου, πνευματική και σωματική αναπηρία, κατάσταση υγείας, ποινικό μητρώο ή καθεστώς κοινωνικής πρόνοιας.
3. Αξιοπρέπεια, σεβασμό, υγεία και ασφάλεια συνεχώς.
4. Γνώση της φιλοσοφίας και των μεθόδων του προγράμματος

5. Ακριβή πληροφόρηση σχετικά με τους τρέχοντες κανονισμούς του προγράμματος, καθώς επίσης και τις κυρώσεις, τα πειθαρχικά μέτρα και τις τυχόν τροποποιήσεις των δικαιωμάτων.
6. Προσφυγή σε θεσμοθετημένη διαδικασία, ώστε να καταγράφονται τα παράπονα τους που αφορούν την εφαρμογή όλων των κανονισμών, των κυρώσεων, των πειθαρχικών μέτρων και των τροποποιήσεων των δικαιωμάτων.
7. Καθορισμό όλων των εξόδων που πρέπει να καταβληθούν, της μεθόδου και του χρονοδιαγράμματος των πληρωμών, καθώς και της διαθεσιμότητας χρημάτων και προσωπικών αντικειμένων κατά τη διάρκεια του προγράμματος, όπως επίσης και κατά την αποχώρηση από αυτό.
8. Απόρρητο των πληροφοριών που αφορούν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και όλων των φακέλων των μελών, σύμφωνα με τη νομοθεσία της χώρας.
9. Πρόσβαση στους προσωπικούς φακέλους με βάση οδηγίες εγκεκριμένες από το αρμόδιο όργανο και δικαίωμα προσθήκης δηλώσεων που αντικρούουν ή αποσαφηνίζουν τις πληροφορίες που περιέχονται στους φακέλους αυτούς.
10. Αποχώρηση από το πρόγραμμα ανά πάσα στιγμή, χωρίς σωματική ή ψυχολογική παρενόχληση.
11. Προσωπική επικοινωνία με συγγενείς και φίλους για ενημέρωση τόσο κατά την εισαγωγή τους στην κοινότητα όσο και μετά, σύμφωνα προς τους κανονισμούς του προγράμματος εκτός και αν δεν επιτρέπεται για λόγους που τεκμηριώνονται από το θεραπευτικό σχεδιασμό.
12. Προστασία από πραγματική σωματική τιμωρία ή σχετική απειλή, από σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση και από καταναγκαστικό φυσικό περιορισμό.
13. Παροχή θρεπτικής τροφής, ασφαλούς και κατάλληλης στέγης, δυνατότητας για σωματική άσκηση και για επαρκή κάλυψη των αναγκών ατομικής υγιεινής.
14. Ιατρική περίθαλψη από επαγγελματίες και δικαίωμα άρνησης της.
15. Δυνατότητα να λαμβάνουν νομικές συμβουλές και να εκπροσωπούνται ενώπιον του νόμου, όταν αυτό απαιτείται.
16. Τακτική επαφή κάθε μέλους του προγράμματος που είναι γονιός με το παιδί ή τα παιδιά του/της.

17. Όταν εργάζονται ως μέλη του προσωπικού, έχουν δικαίωμα σε σαφή καθορισμό των ευθυνών που τους ανατίθενται, σε επαρκή εκπαίδευση, επαρκή στήριξη και εποπτεία από το προσωπικό (συμπεριλαμβανόμενης της αξιολόγησης και της ανατροφοδότησης), χωρίς εκμετάλλευση και με το δικαίωμα να αρνηθούν τη θέση, χωρίς να τους προσαφθεί γι' αυτό κατηγορία.
18. Καθοδήγηση και βοήθεια, όταν αφήνουν το πρόγραμμα για οποιονδήποτε λόγο, σχετικά με άλλες υπηρεσίες υγείας, πηγές οικονομικής βοήθειας και χώρους διαμονής.
19. Προστασία από εκμετάλλευση (αυτό αφορά επίσης τους γονείς και την οικογένεια του μέλους) προς όφελος του φορέα ή του προσωπικού που εργάζεται σε αυτόν (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007:55).

4.8.3 Το τρίτο στάδιο της θεραπευτικής πορείας: το Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης

Ολοκληρώνοντας την παραμονή στην θεραπευτική κοινότητα, το μέλος του προγράμματος εντάσσεται, εφόσον εκφράσει την επιθυμία του για την ολοκλήρωση της θεραπείας του, για περίπου από 8 έως 16 μήνες, στο Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης, το οποίο αποτελεί και το τελευταίο στάδιο θεραπείας ενός «στεγνού» θεραπευτικού προγράμματος.

Τα μέλη της Κοινωνικής Επανάταξης καλούνται πλέον να αντιμετωπίσουν κάτω από πραγματικές συνθήκες και μακριά από το «προστατευμένο» περιβάλλον, που τους παρείχε η κοινότητα, είτε αυτή ήταν «κλειστή», είτε όχι, τις πραγματικές αιτίες και τα προβλήματα που τους είχαν στρέψει στην εξάρτηση και να δημιουργήσουν επίσης τις προϋποθέσεις που θα τους επιτρέψουν να παραμείνουν μακριά από τη χρήση στην υπόλοιπη ζωή τους. Έχοντας κλείσει πια τον κύκλο της ζωής τους στις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, βγαίνουν από το κοινωνικό περιθώριο για να βρουν μια θέση στο κοινωνικό σύνολο.

Με βάση τις αλλαγές που έχει πραγματοποιήσει μέχρι τώρα στο επίπεδο της ψυχικής οργάνωσης και των λειτουργιών του, το μέλος της Κοινωνικής Επανάταξης σε αυτό το στάδιο είναι πια ικανό να δώσει αξία στη σχέση του με την κοινωνική πραγματικότητα. Βέβαια αυτό δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη την άκριτη αποδοχή του κοινωνικού κατεστημένου και όσων κριτικάριζε ή και καταδίκασε πριν. Συνεπάγεται

απλά και μόνο τη δυνατότητα να αντικρύσει την πραγματικότητα κατάματα, χωρίς μύθους και χωρίς φυγές, να αντέξει τις δυσκολίες, τις ματαιώσεις, την απογοήτευση και να αναζητήσει λύσεις στηριγμένο στις δικές του δυνάμεις (Μάτσα 2003).

Η θεραπευτική διαδικασία θα ολοκληρωθεί, με την ομαλή και σταδιακή ένταξη των μελών στο κοινωνικό σύνολο, την δραστηριοποίηση τους, την περαιτέρω σταθεροποίηση της αποχής από εξαρτητικές ουσίες και την παγίωση της κουλτούρας της μη χρήσης (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007).

Οι επιδιωκόμενοι στόχοι για τα μέλη των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων στο στάδιο της Κοινωνικής Επανένταξης είναι:

- 1) *Επαγγελματική κατάρτιση, δημιουργική εργασία.*
- 2) *Συμμετοχή σε εκπαιδευτικές και άλλες πνευματικές δραστηριότητες.*
- 3) *Καλλιέργεια ενδιαφερόντων, ενθάρρυνση πρωτοβουλιών.*
- 4) *Συμμετοχή σε αθλητικές και άλλες ομαδικές δραστηριότητες.*
- 5) *Συμμετοχή σε καλλιτεχνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.*
- 6) *Συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας (ΑΑ και ΝΑ).*
- 7) *Επεξεργασία στρατηγικών αντιμετώπισης του stress και άλλων καταστάσεων υψηλού κινδύνου.*
- 8) *Δημιουργία συστήματος κοινωνικών στηριγμάτων.*
- 9) *Δημιουργία νέων σχέσεων. Ανάπτυξη πνεύματος συλλογικότητας και μαχητικότητας.*
- 10) *Ανάληψη ενός σημαντικού για τον ίδιο και τους άλλους ρόλου στα πλαίσια ενός αυτόνομου, ελεύθερου από ναρκωτικά, αλκοόλ και άλλες ουσίες, νέου τρόπου ζωής με αξίες, ιδανικά, οράματα.*
- 11) *Επιδίωξη συγκεκριμένων στόχων στη βάση των συγκεκριμένων κάθε φορά αναγκών και στα πλαίσια ενός σταθερά επιδιωκόμενου υψηλού στόχου ζωής.*
- 12) *Κατάκτηση αυτοεκτίμησης, αυτοελέγχου, αισθήματος προσωπικής επάρκειας.*
- 13) *Αλλαγή του τρόπου θεώρησης των πραγμάτων και του εαυτού. Διαλεκτική προσέγγιση. Ανάπτυξη της κριτικής σκέψης και συνείδησης, παράλληλα με τη συναισθηματική έκφραση. Σεβασμός της διαφορετικότητας.*

- 14) Σχεδιασμός, προγραμματισμός μέσα στο χρόνο. Διαλεκτική άρνηση του «εδώ και τώρα». Ανάληψη ευθυνών.
- 15) Ανεξαρτησία, σε όλα τα επίπεδα, από την πατρική οικογένεια. Ανεξάρτητη διαμονή.
- 16) Πάλη για τη διασφάλιση όλων των ανθρωπίνων και δημοκρατικών δικαιωμάτων του, σε σύγκρουση με το επικρατούν κλίμα διακρίσεων και κοινωνικού ρατσισμού (Μάτσα, 2004:49-66).

4.8.3.1 Ο τρόπος λειτουργίας του Κέντρου Κοινωνικής Επανάταξης

Στο Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης, πραγματοποιούνται τακτικές συναντήσεις, συνήθως εβδομαδιαίες, ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής κοινότητας που έχουν ολοκληρώσει τον χρόνο παραμονής σε αυτήν, και στα μέλη του προσωπικού. Οι συναντήσεις γίνονται και πάλι σε ομάδες μελών, με σκοπό να δρομολογηθούν βασικά θέματα, όπως η διαμονή μετά την έξοδο από τη θεραπευτική κοινότητα, η εύρεση εργασίας και ο επαναπροσδιορισμός των σχέσεων του κάθε μέλους με το κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον σε νέα βάση.

Πάντα με την καθοδήγηση και στήριξη των μελών από το προσωπικό του προγράμματος, στα πλαίσια της κοινωνικής επανάταξης και αποκατάστασης, πραγματοποιείται συνήθως και μια σειρά από τακτικές ατομικές συνεδρίες που στοχεύουν στην σταδιακή εκπλήρωση των παραπάνω στόχων. Οι ατομικές συναντήσεις είναι συνήθως συμβουλευτικού και υποστηρικτικού τύπου και η συχνότητα τους καθορίζεται κατά περίπτωση και σε συνεργασία με το κάθε μέλος.

Τον κεντρικό ρόλο στο στάδιο της Κοινωνικής Επανάταξης παίζει η εύρεση εργασίας, όχι περιστασιακή, άλλα κατά προτίμηση μόνιμη και μετά από επιλογή του μέλους, καθώς μέσα από αυτήν θα είναι σε θέση να ικανοποιεί τις ανάγκες του, να στηρίζεται στις δικές του δυνάμεις και να καταφέρει να είναι ανεξάρτητο σε όλα τα επίπεδα. Για τον λόγο αυτό το Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης ενός «στεγνού» θεραπευτικού προγράμματος παρέχει επαγγελματικό προσανατολισμό, ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης, πρόσβαση σε εργαστήρια και σε συνεργασία με άλλους φορείς κατευθύνει το μέλος στην επαγγελματική αποκατάσταση, ώστε να επιλέγεται ελεύθερα τόσο η μορφή, όσο και το περιεχόμενο της επαγγελματικής αποκατάστασης του θεραπευόμενου μέλους (Ψ.Ν.Α.- Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ», ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

Ένας ακόμη βασικός άξονας δουλειάς της ομάδας προσωπικού του Κέντρου Κοινωνικής Επανάταξης, έχει ως στόχο την πρόληψη της υποτροπής (τριτογενής πρόληψη), καθώς στα πλαίσια της διαδικασίας απεξάρτησης, η υποτροπή θεωρείται πιθανό φαινόμενο.

Τα θεραπευτικά προγράμματα ενισχύουν την απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων και την αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας, που αποτελούν «ασπίδα προστασίας» από την χρήση. Μέσα από την συνεχή υποστήριξη και συμβουλευτική, αλλά και από την ώθηση συμμετοχής των μελών σε αθλητικές, καλλιτεχνικές, κ.ά. δραστηριότητες τα μέλη του προσωπικού επιχειρούν να «κρατήσουν» το θεραπευόμενο μέλος «μάχιμο» σε ένα διαρκή αγώνα με την εξάρτηση (Πουλόπουλος 2005).

«Το πιο κρίσιμο διάστημα για τη διολίσθηση είναι σύμφωνα με τις σχετικές μελέτες ο πρώτος χρόνος μετά την θεραπεία. Η διολίσθηση χαρακτηρίζεται από σύντομα χρονικά επεισόδια κατανάλωσης αλκοόλ ή και άλλων ουσιών και την υποτροπή, η οποία αναφέρεται σε εκτεταμένα επεισόδια χρήσης που απαιτούν επιστροφή σε προηγούμενη, ιδιαίτερα δομημένη φάση θεραπείας» (Πουλόπουλος 2005:193).

Τα μέλη της Κοινωνικής Επανάταξης υποβάλλονται και σε αυτό το στάδιο σε εργαστηριακό έλεγχο ούρων για την επιβεβαίωση αποχής από τοξικές ουσίες. Οι ουροληψίες γίνονται συνήθως 2 με 3 φορές την εβδομάδα και αποτελούν ένα από τα βασικά θεραπευτικά εργαλεία στα χέρια των θεραπευτών.

«Όπως προκύπτει από τη διαχρονική εξέταση των λόγων εξόδου από τα Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης, η πλειοψηφία των ατόμων αποχωρούν από τις δομές αυτού του τύπου έχοντας ολοκληρώσει την παρακολούθηση του προγράμματος (σε ποσοστό 71,6% για το 2005). Φαίνεται ότι τα άτομα που έχουν φτάσει μέχρι αυτό το στάδιο της απεξάρτησης πολύ δύσκολα εγκαταλείπουν τη θεραπευτική διαδικασία σε σύγκριση με τα αντίστοιχα αποτελέσματα της έκβασης που αφορούν την κυρίως θεραπευτική φάση» (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006:88-89).

Ωστόσο, σε περίπτωση υποτροπής ενός μέλους, καταβάλλεται προσπάθεια αντιμετώπισης της με άμεση παρέμβαση ψυχολογικής στήριξης από την θεραπευτική ομάδα. Το μέλος παροτρύνεται να την αντιμετωπίσει ως μια «μαθησιακή εμπειρία», καθώς οι κρίσιμες καταστάσεις αποτελούν για το άτομο ευκαιρία να αναπτυχθεί και να αλλάξει. Αν αντιμετωπίσει με επιτυχία την κρίση και επανέλθει σύντομα στην αποχή, το άτομο θα ενισχύσει την αυτοπεποίθησή του και θα αναπτύξει τις δεξιότητες του με τρόπο που θα του επιτρέψει να αντιμετωπίσει επιτυχώς ανάλογες κρίσεις μελλοντικά (Πουλόπουλος 2005).



4.9 Η παρέμβαση των «στεγνών» προγραμμάτων στην οικογένεια του χρήστη

*«όταν φυσά ο αέρας μερικοί χτίζουν τοίχους,
αλλά μερικοί φτιάχνουν μύλους»*

Η συμβολή της συμμετοχής της οικογένειας στη συνολική θεραπευτική προσπάθεια απεξάρτησης, έχει επισημανθεί από πολλούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Χαρακτηριστικά ο Huberty, σχολιάζοντας τη σχέση της οικογένειας με την συντήρηση του προβλήματος της εξάρτησης, διατυπώνει την άποψή του ως εξής: «αν δεν είσαι ένα μέρος της λύσης, τότε είσαι ένα μέρος του προβλήματος»(Ζλατάνος, 2005).

Σύμφωνα με τον Janine Pages-Breathier και τον Douglas Watchman μια θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να είναι αποτελεσματική, όταν στρέφει τη δράση της προς όλες τις κοινωνικές ενότητες (και όχι μόνο προς το άτομο, απομονωμένο απ' αυτές), εμπλέκοντας στη θεραπευτική διαδικασία την οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου, καθώς και ένα κοινωνικό σύνολο από φίλους, συγγενείς και «σημαντικούς άλλους» (Ζλατάνος 2005).

«Το πλέον σημαντικό βήμα του εξαρτημένου χρήστη παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών στη διαδικασία για μια ουσιώδη και σοβαρή προσπάθεια απεξάρτησης, αποτελεί η Λήψη της Απόφασης για αναζήτηση θεραπευτικής βοήθειας. Σημαντικός είναι ο ρόλος του οικογενειακού συστήματος στην φάση της αποδοχής του προβλήματος από τη μεριά του εξαρτημένου χρήστη και της λήψης της απόφασης για απεξάρτηση και αναζήτηση θεραπευτικής βοήθειας» (Ζλατάνος 2005).

Το φαινόμενο της εξάρτησης του ατόμου από τις παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες θα πρέπει να εξεταστεί σε σχέση με το ευρύτερο φαινόμενο της «οικογενειοεξάρτησης», της εξάρτησης ως τρόπου λειτουργίας της οικογένειας, χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει με κανέναν τρόπο, ότι μπορεί να περιγραφεί ειδική «τοξικομανιογόνος οικογένεια».

«Ο Huberty έχει προσδιορίσει, επτά (7) αμοιβαία προβλήματα για την οικογένεια και τον χρήστη:

- 1. Άγνοια της εξάρτησης και γενικών γνώσεων για τα ναρκωτικά.*
- 2. Άρνηση της εξάρτησης.*
- 3. Αποτυχία να αποδεχτούν την ευθύνη, κατηγορούν ο ένας τον άλλον, ή κάποια εξωτερική δύναμη.*
- 4. Αποφυγή κάθε ισχυρής συναισθηματικής έκφρασης.*
- 5. Αμφιθυμία συναισθημάτων και επιθυμίας ν' αλλάξουν.*
- 6. Έλλειψη τιμιότητας.*
- 7. Η οικογένεια είναι μοντέλο για τη χρήση ναρκωτικών.»*

(Ζλατάνος 2005).

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.) για την χρονιά 2005, το 71,5% των τοξικομανών που προσέρχονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα ζουν ακόμα με τους γονείς τους (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

Η διαδικασία της απεξάρτησης σε ένα «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει ως συστατικό της στοιχείο την παρέμβαση του θεραπευτικού πλαισίου στην οικογένεια, με στόχο την καλύτερη δυνατή αξιοποίηση του δυναμικού της. Η παρέμβαση μπορεί να πάρει ακόμα και τη μορφή της θεραπείας οικογένειας, αν αυτό κριθεί αναγκαίο από τη θεραπευτική ομάδα.

«Υπάρχουν τρεις βασικοί λόγοι για τους οποίους απαιτείται η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπεία. Ο πρώτος είναι για να αλλάξει το εξαρτημένο άτομο τη συμπεριφορά του, ο δεύτερος για να αλλάξουν τα άλλα μέλη τη δική τους συμπεριφορά και στάση που ενισχύει την εξάρτηση, και ο τρίτος για να τροποποιηθεί η δυναμική που αναπτύσσεται μέσα στην οικογένεια και έχει αρνητικές επιπτώσεις για όλα τα μέλη της» (Πουλόπουλος 2005:132).

Συνεργαζόμενη με την οικογένεια, η θεραπευτική ομάδα επεξεργάζεται βήμα προς βήμα ένα συγκεκριμένο σχέδιο παρεμβάσεων.

Οι στόχοι αυτού του σχεδίου, σε πολύ γενικές γραμμές συνοψίζονται:

- Ø Στην εκπαίδευση της οικογένειας για να μπορέσει να συνεργαστεί με το θεραπευτικό πρόγραμμα και να το βοηθήσει στο έργο του.
- Ø Στην αποενοχοποίηση της, τη δυνατότητα της να μιλά για το πρόβλημα της εξάρτησης του παιδιού της χωρίς να ντρέπεται να συνεργάζεται με τις άλλες οικογένειες, να ζητά και να δίνει βοήθεια.
- Ø Στη διερεύνηση του χαρακτήρα των σχέσεων των γονέων και γενικά των μελών της οικογένειας, την άρση των μυστικών συμμαχιών, την αναζήτηση νέων τρόπων αλληλεπίδρασης
- Ø Στην αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης των συγκρούσεων, στην επεξεργασία τους και το ξεπέρασμά τους
- Ø Στην ενθάρρυνση να εκφράσουν τα μπλοκαρισμένα τους συναισθήματα, ν' αποκτήσουν οικειότητα οι μεταξύ τους σχέσεις
- Ø Στην απελευθέρωση από τα «φαντάσματα» του παρελθόντος
- Ø Στην κατάκτηση της δυνατότητας της οικογένειας να λύνει μόνη της τα προβλήματα που εμφανίζονται, έχοντας πια ξεκαθαρίσει τους ρόλους κάθε μέλους της, έχοντας δώσει λύσει στα ζητήματα εξουσίας και ελέγχου στο εσωτερικό της.
- Ø Στην κατάκτηση της δυνατότητας των γονιών να αποχωριστούν τα παιδιά τους και των παιδιών να οργανώσουν ανεξάρτητα τη ζωή τους σε νέες βάσεις στηριγμένα στις δικές τους δυνάμεις

(Ζλατάνος 2005).

Είναι κοινά αποδεκτό, πως οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα, του οποίου τα μέλη βρίσκονται σε συνεχή αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση. Αυτό σημαίνει ότι οι συμπεριφορές και δράσεις ενός μέλους της δεν σταματούν σε αυτό, άλλα επηρεάζουν και επιδρούν σε όλη την οικογένεια.

Έτσι, καθώς το θεραπευόμενο μέλος τροποποιεί στάσεις, συμπεριφορές και σκέψεις και αλλάζει τον τρόπο ζωής του κατά τη θεραπευτική του διαδρομή, είναι αναγκαίο παράλληλη να είναι και η πορεία που διανύει και η οικογένεια, η οποία αλλάζει συμπεριφορές και πεποιθήσεις που συντηρούσαν την χρήση, ώστε να αναπτύξει λειτουργικές σχέσεις (Πουλόπουλος 2005).

4.10 Η θεραπευτική ομάδα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων

Η θεραπευτική ομάδα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων αποτελείται από ειδικούς ψυχικής υγείας και κοινωνικών επιστημών. Στην παροχή των υπηρεσιών τους όμως, εμπλέκονται όχι μόνο εξειδικευμένοι επαγγελματίες, αλλά και πρώην χρήστες οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει στο παρελθόν θεραπευτικά προγράμματα και μπορούν να αναπτύξουν μια διττή σχέση, θεραπευτική και βιωματική, με τα μέλη.

«Η στελέχωση των προγραμμάτων με άτομα διαφορετικής φυλής, φύλου, ηλικιακής ομάδας και υπόβαθρου (ειδικοί και πρώην εξαρτημένοι) δείχνει να οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα και να ενισχύει την παραμονή των μελών στη θεραπεία» (Πουλόπουλος 2005).

4.10.1 Ο Κώδικας Δεοντολογίας για τη θεραπευτική ομάδα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων

Πρωταρχική υποχρέωση όλων των μελών του προσωπικού είναι να εξασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα υπό θεραπεία μέλη. Η σχέση του προσωπικού με τα μέλη είναι ειδική και είναι απαραίτητο το προσωπικό να διαθέτει την ωριμότητα και την ικανότητα που απαιτούνται, ώστε να αντεπεξέρχεται στις ευθύνες που έχει αναλάβει.

Όλα τα μέλη του προσωπικού οφείλουν να γνωρίζουν ότι ο επαγγελματικός χώρος στον οποίο ανήκουν απαιτεί να προσέχουν τις δραστηριότητες, τις δικές τους και των μελών τους (θεραπευόμενων). Ο κώδικας δεοντολογίας ισχύει για το προσωπικό διαρκώς, τόσο κατά τη διάρκεια της εργασίας όσο και εκτός αυτής.

Η *συμπεριφορά* της θεραπευτικής ομάδας *προς τα μέλη* των θεραπευτικών προγραμμάτων πρέπει να ορίζεται βάσει των παρακάτω δεοντολογικών αρχών:

1. Να συμπεριφέρονται ως ώριμα και θετικά πρότυπα.
2. Να τηρούν απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες που αφορούν τα μέλη, σεβόμενα όλη τη σχετική νομοθεσία, καθώς και τους κανονισμούς του φορέα στον οποίο ανήκουν.
3. Να παρέχουν στα μέλη αντίγραφο του Χάρτη Δικαιωμάτων των Μελών και να βεβαιώνονται ότι όλα όσα αναγράφονται σε αυτόν γίνονται κατανοητά και εφαρμόζονται τόσο από το προσωπικό όσο και από τα μέλη.
4. Να σέβονται όλα τα μέλη και να διατηρούν μαζί τους επαγγελματική σχέση, μη κτητική και μη τιμωριτική.
5. Να παρέχουν υπηρεσίες ανεξάρτητα από τη φυλή, το δόγμα, τη θρησκεία, το φύλο, την εθνικότητα, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, την ηλικία, τη σωματική αναπηρία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, το ποινικό μητρώο και την οικονομική κατάσταση των μελών, σεβόμενα τη θέση των μελών σε περιπτώσεις ειδικών συνθηκών
6. Να αναγνωρίζουν ότι μπορεί να είναι προς όφελος του μέλους η παραπομπή του/της σε άλλο φορέα ή επαγγελματία.
7. Να απαγορεύουν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων, οποιουδήποτε τύπου ανάμεσα στο προσωπικό και στα μέλη (καθώς και με πρόσωπα της οικογένειας των μελών).
8. Να ανταμείβουν επαρκώς το μέλος για οποιαδήποτε δουλειά κάνει το ίδιο για κάποιο μέλος του προσωπικού.
9. Να εμποδίζουν την εκμετάλλευση του μέλους για προσωπικό όφελος (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007:56).

4.11 Ανακεφαλαίωση

Μια από τις κυριότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις της τοξικοεξάρτησης, είναι η λειτουργία των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, τα οποία δεν χορηγούν φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Στηριζόμενα στο μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων, τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα ξεκίνησαν να λειτουργούν στην Ελλάδα στις αρχές τις δεκαετίας του '80.

Ανεξάρτητα από τον τρόπο λειτουργίας τους και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, όλα τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στοχεύουν στην «αναγέννηση», στην αλλαγή του τοξικοεξαρτημένου ατόμου, η οποία εν τέλει θα οδηγήσει στην πλήρη σωματική και ψυχολογική απεξάρτηση, στην αποχή από παραβατικές μορφές συμπεριφοράς και στην κάλυψη των ελλείψεων του ατόμου σε εκπαιδευτικό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο.

Η ολοκλήρωση της θεραπευτικής πορείας στα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα, απαρτίζεται από τρία στάδια, τον Συμβουλευτικό Σταθμό, την Θεραπευτική Κοινότητα και το Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης.

Ο Συμβουλευτικός Σταθμός είναι το πρώτο σκαλοπάτι για τη θεραπεία, η φάση δηλαδή της κινητοποίησης, της ενθάρρυνσης για μείωση της χρήσης και της προετοιμασίας των τοξικοεξαρτημένων για την εισαγωγή τους στην θεραπευτική κοινότητα.

Η Θεραπευτική Κοινότητα αποτελεί το κατεξοχήν στάδιο της θεραπείας. Πρόκειται για ένα περιβάλλον κοινοβιακού χαρακτήρα, όπου τα άτομα συνυπάρχουν σε ομάδες ομοτίμων, συχνά και όλο το εικοσιτετράωρο, συνδέονται μεταξύ τους και αλλάζουν μέσα από τον κοινό τους σκοπό, που είναι η ψυχική απεξάρτηση τους από τις ψυχοτρόπες ουσίες και η επανένταξη τους στην κοινωνία.

Η θεραπευτική διαδικασία ολοκληρώνεται, με το Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης, το οποίο φροντίζει για την ομαλή και σταδιακή ένταξη των μελών στο κοινωνικό σύνολο, την δραστηριοποίηση τους και την περαιτέρω σταθεροποίηση της αποχής από εξαρτησιογόνες ουσίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ



*«Έβαλαν στο επίκεντρο της ζωής
τους την ουσία,
θυσιάζοντας στο βωμό της, όλες
τις ανθρώπινες πλευρές τους.
Έχουν μπει σε μια διαδικασία
απώλειας της καθαρά ανθρώπινης
φύσης....»*

5.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια περιγραφή των προγραμμάτων υποκατάστασης που λειτουργούν στην Ελλάδα. Έχουμε ήδη συμφωνήσει ότι, για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα ή καλύτερα η μάστιγα των «ναρκωτικών», ο πλουραλισμός είναι αν μη τι άλλο μια λύση. Για αυτό τον λόγο λοιπόν και τα προγράμματα υποκατάστασης, τα οποία λειτουργούν στην χώρα μας συντελούν ως προς αυτόν τον σκοπό, την ανεξάρτηση.

Τα προγράμματα υποκαταστάτων λειτουργούν ως συγκοινωνούντα δοχεία, τόσο μεταξύ τους, όσο και με τα άλλα θεραπευτικά προγράμματα. Εμπλουτίζοντας έτσι σημαντικά τις θεραπευτικές δυνατότητες, τόσο από την άποψη της επάρκειας των προσφερόμενων θέσεων θεραπείας, όσο και από την άποψη του απαιτούμενου πλουραλισμού που τονίσαμε παραπάνω.

Το 1942 κατά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, στη Γερμανία, όταν η χώρα βρισκόταν σε απομόνωση και υπήρχε μεγάλη έλλειψη οπιοειδών, ένας Γερμανός χημικός, ο Aschenbrenner συνέθεσε τη μεθαδόνη και την ονόμασε προς τιμήν του Αδόλφου Χίτλερ, Δολοφίνη.

Ο πρώτος που μελέτησε το φάρμακο και κατέδειξε τις εξαρτησιογόνες ιδιότητες του ήταν ο Isbell το 1946-1947. Ο ίδιος με τον συνεργάτη του Vogel, και οι δύο γιατροί εργαζόμενοι στο δημόσιο νοσοκομείο του Lexington, μελέτησαν τη χρήση της μεθαδόνης στην αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων από την ηρωίνη. Ήταν οι πρώτοι που κατέδειξαν, ότι αρκεί μια εφάπαξ ημερήσια χορήγηση μεθαδόνης και δημιουργήσαν ένα πρωτόκολλο σωματικής αποτοξίνωσης από την ηρωίνη, με τη χορήγηση μειωμένων δόσεων μεθαδόνης, για ένα χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων (Γαζγαλίδης 2003).

Το 1963 οι Dole και Nyswander προθούν στις Η.Π.Α. τα λεγόμενα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη, γεγονός που υπήρξε αφετηρία στην ιατρικοποίηση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης. Σύμφωνα με τις απόψεις των εμπνευστών των προγραμμάτων αυτών, οι εκατοντάδες χιλιάδες ηρωινομανών που υπήρχαν στην Αμερική, είχε προβλεφθεί να παίρνουν καθημερινά από ειδικά κέντρα την ημερήσια δόση που χρειάζονταν, ελαττώνοντας σταδιακά τη δόση μέχρι την οριστική θεραπεία. Έτσι το 1967 η Αμερικανική κυβέρνηση, υιοθέτησε και εφάρμοσε το πρόγραμμα «Υποκατάστασης με μεθαδόνη» (Ζαφειρίδης 1998, 2000).

Το 1973 ήδη 140.000 συμμετείχαν στα προγράμματα μεθαδόνης των ΗΠΑ. Το 1978 από τις 31.000 που συμμετείχαν σε όλα τα προγράμματα περίθαλψης της Νέας Υόρκης, 25.000 συμμετείχαν στα προγράμματα μεθαδόνης (ποσοστό 82%) και οι υπόλοιποι σε όλα τα άλλα προγράμματα.

Σήμερα στην Ολλανδία από το συνολικό πληθυσμό των χρηστών της χώρας το 45% περίπου συμμετέχει στα προγράμματα μεθαδόνης. Γίνεται φανερό ότι τα προγράμματα μεθαδόνης αποτελούν ένα προνομιούχο εργαλείο, αν θέλουμε να πλησιάσουμε και να κινητοποιήσουμε για μια έξοδο από το ψυχολογικό τους τέλμα, πλατειές μάζες εξαρτημένων. (Γαζγαλίδης 2000).

Τα προγράμματα μεθαδόνης ξεκίνησαν πριν 40 χρόνια ακριβώς στις ΗΠΑ, έκτοτε έχουν δοκιμασθεί, καθιερωθεί και εξαπλωθεί διεθνώς. Σήμερα αναμφίβολα σηκώνουν το μεγαλύτερο βάρος εξαρτημένων από όλα τα άλλα προγράμματα περίθαλψης.

5.2 Η έννοια των θεραπευτικών προγραμμάτων με υποκατάστατα

Τα προγράμματα υποκατάστασης διέπονται από την ιατροκεντρική θεωρία, σύμφωνα με την οποία η τοξικοεξάρτηση είναι ασθένεια, και σύμφωνα με αυτήν την λογική, τα εξαρτημένα άτομα αντιμετωπίζονται ως ασθενείς. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εξάλλου, τον Μάιο του 2001 με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης χαρακτήρισε την ουσιοεξάρτηση ως ασθένεια, άρα και τον εξαρτημένο ως ασθενή και άνοιξε ουσιαστικά την πόρτα στην δημιουργία κέντρων απεξάρτησης με υποκατάστατα στην Ελλάδα (Γαζγαλίδης 2003).

Η μεθαδόνη, είναι συνθετικό παράγωγο του οπίου και έχει όμοια φαρμακευτική δράση με την ηρωίνη, που είναι ημισυνθετικό παράγωγο του οπίου. Διαφέρει όμως από αυτή, στην διάρκεια δράσης (περίπου 16 ώρες μετά την λήψη) και στο γεγονός ότι η λήψη της γίνεται από το στόμα.

Η μεθαδόνη απορροφάται εύκολα από το γαστρεντερικό σύστημα και το επίπεδο της και στο πλάσμα φτάνει στο μέγιστο μετά από τέσσερις (4) ώρες. Το φάρμακο συνδέεται με διάφορες πρωτεϊνικές ενώσεις στους διαφόρους ιστούς και αποδεσμευόμενο βραδέως από αυτούς, ενεργεί ως παρακαταθήκη της ουσίας στις περιπτώσεις της απότομης διακοπής του. Η ημιπερίοδος ζωής της μεθαδόνης είναι 15-20 ώρες, ενώ της μορφίνης και της ηρωίνης 3-6 ώρες.

Η ουσία χρησιμοποιήθηκε στην κλινική εφαρμογή ως αντιβηχικό, σπασμολυτικό και παυσίπονο. Προκαλεί σωματική και ψυχική εξάρτηση μετά από συστηματική χρήση και το στερητικό σύνδρομο που προκύπτει από την απότομη διακοπή της είναι παρόμοιο ποιοτικά με το στερητικό της μορφίνης και της ηρωίνης, ελαφρά ηπιότερο αλλά, λόγω της μεγάλης ημιπεριόδου ζωής της μεθαδόνης, διαρκεί πολύ περισσότερες ημέρες και ως εκ τούτου είναι βασανιστικότερο (Λιαππας 1999).

Η μεθαδόνη είναι η μόνη φαρμακευτική ουσία που χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα ευρέως στη θεραπεία των εξαρτημένων από ηρωίνη. Τις θεραπευτικές εφαρμογές της μπορούμε να χωρίσουμε χονδρικά:

- Ø Στην αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων της στέρησης μέσα σε ειδικά κέντρα σωματικής αποτοξίνωσης και
- Ø Στα «Προγράμματα συντήρησης ή υποκατάστασης με Μεθαδόνη» (Methadone Maintenance Program).

(Ζαφειρίδης 1983)

5.3 Η φιλοσοφία και οι βασικές αρχές των προγραμμάτων υποκατάστασης

Τα προγράμματα υποκατάστατων αντιμετωπίζουν την εξάρτηση από οπιούχα, ως μια κατάσταση ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής δυσλειτουργίας του ατόμου, άρα ως νόσο. Αντιμετωπίζουν δε τα υποκατάστατα, ως αποτελεσματικά φάρμακα, τα οποία, καθιστά αποτελεσματικότερα, η παράλληλη παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης.

Η διεθνής εμπειρία γύρω από τα προγράμματα υποκατάστατων δείχνει ότι, τα θετικά τους αποτελέσματα είναι ευθεία συνάρτηση του χρόνου παραμονής σ' αυτά. Αυτό σημαίνει ότι ο τρόπος λειτουργίας των προγραμμάτων θα πρέπει να επιτρέπει τη μακρόχρονη παραμονή των μελών του σ' αυτό, αλλά και να προβλέπει την παροχή χρονικά περιορισμένων και εντατικότερων υπηρεσιών, για ένα ποσοστό των μελών του, με στόχο την απεξάρτηση.

Τα «εργαλεία» με τα οποία προσεγγίζονται οι στόχοι των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι δύο. Η χορήγηση των φαρμάκων – υποκατάστατων και η συνοδευτική παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης.

Τα προγράμματα υποκατάστασης ξεκίνησαν στην Ελλάδα,

1. Μόλις το 1996, με σημαντική καθυστέρηση σε σύγκριση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες,
2. προσέφεραν και προσφέρουν ακόμη πολύ περιορισμένο αριθμό θέσεων θεραπείας,
3. προβλήθηκαν ως προγράμματα απεξάρτησης.

Όπως τονίζει ο Γαζγαλίδης, η απόφαση να ξεκινήσουν στην Ελλάδα τα προγράμματα υποκατάστατων, ως προγράμματα απεξάρτησης ήταν πολιτική. Ήταν μια απόφαση που προσπάθησε να ισορροπήσει ανάμεσα, σε μια μάλλον αρνητικά προδιατεθειμένη κοινή γνώμη, εξοικειωμένη μόνο με, απομακρυσμένα από το οπτικό τους πεδίο, κλειστά προγράμματα, απεξάρτησης. Ανάμεσα σε μια επιστημονική κοινότητα την οποία πλειοψηφικά αποτελούσαν ειδικοί, εργαζόμενοι σε προγράμματα απεξάρτησης. Από την άλλη πλευρά ανάμεσα στη συνειδητοποίηση ότι, οι νέοι σχεδιασμοί αντιναρκωτικής πολιτικής, δεν μπορούν να αποκλείουν πρακτικές μείωσης βλάβης, όπως εξάλλου συμβαίνει με επιταχυνόμενους ρυθμούς, σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Γαζγαλίδης 2003).

Με την προϋπόθεση ότι, τα προγράμματα υποκατάστατων καλύπτουν ένα πολύ σημαντικό ποσοστό των χρηστών ηρωίνης της χώρας μας, μπορούν να επηρεάσουν θετικά τους δείκτες του ατομικού και κοινωνικού προβλήματος της ηρωίνεξάρτησης, μέσα από τους εξής μηχανισμούς:

1. Μετατρέπουν τους χρήστες μιας παράνομης και επικίνδυνης ουσίας, όπως είναι η ηρωίνη της μαύρης αγοράς, σε χρήστες μιας νόμιμης και υπό ιατρικό έλεγχο χορηγούμενης ουσίας. Τους μετατρέπει από «πειραματόζωα» και υποχείρια της μαύρης αγοράς, σε χρήστες ενός θεραπευτικού προγράμματος, απομυθοποιώντας και τοποθετώντας έτσι την εξαρτημένη χρήση ουσιών και ειδικά της ηρωίνης, στη σωστή της διάσταση.
2. Μειώνουν τη ζήτηση και τη χρήση παράνομων ουσιών, πράγμα που είναι κεντρικός στόχος κάθε σύγχρονης αντιναρκωτικής πολιτικής.
3. Αφαιρούν χρήστες και μικροδιακινητές από το κύκλωμα διακίνησης παράνομων ουσιών. Μειώνουν τη δευτερογενή εγκληματικότητα που συνδέεται με τη χρήση ουσιών.
4. Βελτιώνουν την εξαιρετικά διαταραγμένη υγεία των χρηστών. Ενημερώνουν, ευαισθητοποιούν, καθοδηγούν και εκπαιδεύουν τους χρήστες, σε πρακτικές με στόχο την προστασία του κοινωνικού συνόλου, από ασθένειες, οι οποίες ενδημούν ανάμεσα στους ενδοφλέβιους χρήστες, όπως είναι το AIDS, οι ηπατίτιδες, η φυματίωση, αφροδίσια νοσήματα κ.α.
5. Με υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης, συμβάλουν στην αποπεριθωριοποίηση των χρηστών.

Έτσι θεωρητικά θα πρέπει να δεχθούμε ότι η λειτουργία των προγραμμάτων υποκατάστασης, ως προγραμμάτων απεξάρτησης συνέβαλλε θετικά:

1. στον πλουραλισμό των θεραπευτικών προτάσεων απεξάρτησης
2. στην ελκυστικότητα των προγραμμάτων απεξάρτησης
3. στον υπερδιπλασιασμό των προσφερόμενων θέσεων θεραπείας μέσα σε λίγα χρόνια (Γαζγαλίδης 2003).

Ακόμα όπως τονίζει ο Ρογκότης, Διευθυντής του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ατόμων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.) τα πλεονεκτήματα του προγράμματος μεθαδόνης είναι τα εξής:

- 1) Η χορήγηση μεθαδόνης από το στόμα εξαφανίζει τους κινδύνους από τις συχνές ενέσεις ηρωίνης (AIDS, ηπατίτιδες, αποστήματα κ.λπ.)
- 2) Παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης των εξαρτημένων από ειδικευμένο προσωπικό και γίνεται προσπάθεια επανένταξης.
- 3) Η χορήγηση μεθαδόνης κάτω από ιατρική παρακολούθηση σε εξατομικευμένες δόσεις αποκαθιστά την παραγωγικότητα και τη διάθεση για εργασία.
- 4) Η εμπλοκή του χρήστη με τον Νόμο ελαττώνεται σημαντικά.
- 5) Αποφεύγεται η διάδοση της χρήσης ηρωίνης από χρόνιους ηρωινομανείς (βαποράκια).
- 6) Ελάττωση κυκλοφορίας ηρωίνης στην παράνομη αγορά. Η παράνομη δράση των εμπόρων δυσκολεύεται.
- 7) Ελάττωση κυκλοφορίας άλλων εθιστικών ουσιών που χρησιμοποιούν οι ηρωινομανείς.
- 8) Η καθημερινή ανάγκη λήψης μεθαδόνης υποχρεώνει τους εξαρτημένους σε συνεχή παρουσία. Τυχόν απουσία θα οφείλεται σε ειδικούς λόγους (ασθένεια, υποτροπή) οι οποίοι εύκολα ελέγχονται.
- 9) Η νοσηλεία ηρωινομανών σε δημόσια ψυχιατρεία και ειδικά κέντρα υψηλού κόστους θα είναι ελαττωμένη.
- 10) Η προσπάθεια της πλήρους και οριστικής απεξάρτησης του εξαρτημένου που μπαίνει σε πρόγραμμα μεθαδόνης είναι η τελική επιδίωξη. Για το λόγο αυτό διατίθενται και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης (Ρογκότης 1994).

5.4 Οι στόχοι και τα μέσα θεραπείας των προγραμμάτων υποκατάστασης

Στόχος των θεραπειών υποκατάστασης είναι η βελτίωση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του εξαρτημένου χρήστη οπιούχων. Σε αυτή τη στόχευση περιλαμβάνεται και η αποχή από τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, ως μια θεραπευτική επιλογή έχοντας επίγνωση, ότι τις περισσότερες φορές είναι εφικτή μόνο μέσα από μακροχρόνια συμμετοχή σε τέτοια προγράμματα.

Η εξάρτηση και δει από οπιούχα, είναι μια σύνθετη βιοψυχο-κοινωνική πραγματικότητα και η θεραπευτική προσπάθεια απαιτεί γνώση, αξιολόγηση και επίλυση πολλαπλών παραμέτρων. Για παράδειγμα σωματικών, όπως η σωματική εξάρτηση, η πολυτοξικομανία και οι πιθανές συνοδευτικές ασθένειες, αλλά και ψυχικών παραμέτρων όπως η ψυχαναγκαστική επανάληψη της χρήσης, η γενικότερη ψυχοπαθολογία ως αιτιολογικός παράγων ή ως αποτέλεσμα της χρήσης. Τέλος και κοινωνικών παραμέτρων, όπως για παράδειγμα η διακοπή της εκπαίδευσης, η έλλειψη επαγγέλματος, η ανεργία, οικονομικά προβλήματα, εμπλοκές με τη δικαιοσύνη, εμπλοκές με τα κυκλώματα διακίνησης ουσιών, έλλειψη υγιών κοινωνικών σχέσεων κ.α.

Η διευκρίνιση των παραπάνω παραμέτρων, η ηλικία του χρήστη, το ιστορικό των θεραπευτικών του προσπαθειών, το αίτημα θεραπείας όπως εκφράζεται και η εκτίμηση του κινήτρου του κάθε θεραπευόμενου, θα πρέπει να οδηγούν στην εξατομίκευση της θεραπευτικής προσπάθειας, με στόχο τη μεγιστοποίηση του κέρδους, κάθε ασθενούς, σε υγεία.

Η θεραπευτική δουλειά με τους εξαρτημένους απαιτεί μία θεραπευτική ομάδα από συνεργαζόμενες ειδικότητες, ένα έμπειρο, σφιχτοδεμένο, επιστημονικά καταρτισμένο όργανο. Η θεραπευτική ομάδα έχει την ευθύνη για τη διαγνωστική δουλειά, το σχεδιασμό, την εκτίμηση της πορείας και την ολοκλήρωση της θεραπευτικής δουλειάς. Στα πλαίσια μιας μονάδας θεραπείας υποκατάστασης, οι λειτουργίες της χορήγησης των φαρμάκων-υποκαταστάτων, της ιατρικής και ψυχοκοινωνικής βοήθειας, δεν θα πρέπει να διασπώνται, αλλά να ελέγχονται από την ίδια θεραπευτική ομάδα. Η επάρκεια του θεραπευτικού προσωπικού, ο χώρος λειτουργίας, η δοσολογία και βεβαίως ο χρόνος παραμονής στο πρόγραμμα, προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η θεραπεία υποκατάστασης οφείλει να καταγράφεται, με παράλληλη διασφάλιση του απόρρητου και να αξιολογείται από αντικειμενικούς μηχανισμούς αξιολόγησης.

Η ελάχιστη στελέχωση μιας μονάδας χορήγησης υποκαταστάτων, απαιτεί από την άποψη του θεραπευτικού προσωπικού, έναν ψυχίατρο, ένα ψυχολόγο, ένα κοινωνικό λειτουργό και ένα νοσηλεύτη. Η αναλογική σχέση θεραπευτών-θεραπευομένων δεν είναι θετικό να υπερβαίνει, το ένα προς σαράντα (Γαζγαλίδης 2003, Ζαφειρίδης 2005).

5.5 Η ανάπτυξη των προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα

Στη χώρα μας η δυνατότητα για τη χορήγηση υποκατάστατων εισήχθη νομοθετικά με το νόμο 2161/93, όπου άρχισε να λειτουργεί πειραματικό πρόγραμμα, με μεγάλη καθυστέρηση σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Προγράμματα μεθαδόνης λειτούργησαν πιλοτικά το 1996. Στην πιλοτική τους φάση προσέφεραν 300 θέσεις θεραπείας. Με την λήξη της πιλοτικής φάσης, υπήρξε αξιολόγηση των προγραμμάτων από ανεξάρτητη επιτροπή, όπου τα αποτελέσματα κρίθηκαν ως θετικά και αποφασίστηκε η περαιτέρω ανάπτυξη των προγραμμάτων.

Τα προγράμματα είναι αυστηρών προδιαγραφών και υψηλών απαιτήσεων. Υποδέχονται εξαρτημένους άνω των 22 ετών και μετά από μία τουλάχιστον αποτυχημένη προσπάθεια απεξάρτησης, σε ελεύθερα ουσιών προγράμματα. Έχουν ως στόχο την απεξάρτηση. Η μείωση της βλάβης αποτελεί στόχο, μόνο στο βαθμό που υπόκειται σ' αυτόν της απεξάρτησης. Η προσπάθεια να αποτελέσει η μείωση της βλάβης αυτόνομο στόχο, τμήματος τουλάχιστον των προγραμμάτων μεθαδόνης, δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί.

Από το 2002 ξεκίνησε η πιλοτική χορήγηση της βουπρενορφίνης, μέσα από εξειδικευμένα κέντρα του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.).

Ο υπολογισμός του αριθμού των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών είναι ένα δύσκολο έργο. Σύμφωνα με ευρεία έρευνα της Επιτροπής για τα Ναρκωτικά του Ευρωκοινοβουλίου, υπό τον P.Cooney, η οποία δημοσιεύτηκε το 1992, ο αριθμός των εξαρτημένων χρηστών ηρωίνης στην Ελλάδα, υπολογιζόταν για το 1990 γύρω στις 40.000 (Γαζγαλίδης 2003).

Σήμερα, 17 χρόνια μετά, υπολογίζεται ότι 60.000-80.000 χρήστες ηρωίνης για την Ελλάδα, θα ήταν ένας αριθμός που θα έβρισκε σύμφωνους τους περισσότερους από τους ενασχολούμενους με το πρόβλημα. Ο αριθμός αυτός συχνά είναι δύσκολο να εξακριβωθεί, καθώς μεγάλο πλήθος των τοξικοεξαρτημένων δεν έχει απευθυνθεί ποτέ σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης. Εάν η παραπάνω εκτίμηση είναι σωστή, τότε μόνο ένα ποσοστό 1,5 έως 2,5% από αυτούς, το μικρότερο σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, μπορεί να βρει θέση στα προγράμματα υποκατάστασης. Ο συνολικός αριθμός των θεραπευομένων που παρακολούθησαν τις μονάδες του Προγράμματος Υποκατάστασης το 2004 ήταν 3.336 άτομα. Η πλειοψηφία (72,8%) δέχθηκαν τις υπηρεσίες των μονάδων μεθαδόνης (Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2006).

5.6 Ειδικότερα ζητήματα για την λειτουργία των κέντρων και θεραπευτικά εργαλεία

Τα προγράμματα υποκατάστασης είναι ανοιχτά, μαζικά, ανεκτικά σε σύγκριση με τα ελεύθερα ουσιών, προγράμματα. Είναι προγράμματα που έχουν το στόχο και τη δυνατότητα της περίθαλψης μεγάλου αριθμού εξαρτημένων, γι' αυτό και τα μέλη τους δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα, αλλά ένα σύνολο από υποομάδες με ειδικές ανάγκες.

Η προσέλκυση και η συγκράτηση ενός μεγάλου αριθμού εξαρτημένων ατόμων, για μεγάλο χρονικό διάστημα στο πρόγραμμα, περνάει μέσα από ανεκτικές διαδικασίες και γεννάει την ανάγκη διευκρίνισης κάποιων ειδικότερων ζητημάτων, που αφορούν τη λειτουργία τους.

Επαρκής εξατομικευμένη δοσολογία:

Είναι θεμελιακό ζήτημα για την επιτυχία του προγράμματος. Η εξατομικευμένη δόση του υποκαταστάτου πρέπει να αναζητείται προσεχτικά, σε συνεργασία θεραπευτού και θεραπευόμενου. Θα πρέπει να καλύπτει απολύτως, τόσο τα στερητικά φαινόμενα, όσο και την «πείνα» από την ηρωίνη. Υψηλές δόσεις, πάνω από τα όρια ανοχής του λήπτη, κυρίως της μεθαδόνης, μπορεί να είναι τοξικές, ενώ χαμηλές δόσεις είναι αναποτελεσματικές. Η δόση του υποκαταστάτου δεν χρησιμοποιείται ως πειθαρχικό μέσο.

Ψυχοκοινωνική στήριξη:

Η παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης, καθιστά τα προγράμματα χορήγησης υποκαταστάτων, αποτελεσματικότερα. Άρα η στελέχωση των προγραμμάτων θα πρέπει να γίνεται, με βάση την ανάγκη να υπάρχει προσωπικό διαθέσιμο και εξειδικευμένο στην παροχή αυτών των υπηρεσιών. Η ψυχοκοινωνική στήριξη, αποκτά νόημα, μόνο με τη συνεργασία του θεραπευόμενου. Έτσι γίνεται πολύ σημαντική η παροχή ελκυστικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών, η υποχρεωτική παροχή των οποίων είναι αναποτελεσματική.

Παράλληλη χρήση, υποτροπές:

Εφόσον τα προγράμματα υποκατάστατων έχουν στόχο τη μείωση της χρήσης παρανόμων ουσιών, υιοθετούν ανεκτική στάση, έναντι της παράλληλης χρήσης και των υποτροπών. Τις αντιμετωπίζουν κατ' αρχήν ως κίνητρο επανένταξης και ενδεχομένως εντατικοποίησης της θεραπευτικής προσπάθειας. Όσοι ασθενείς τείνουν προς την υποτροπή, είναι αυτοί κυρίως που χρειάζονται τα προγράμματα υποκατάστασης.

Για τον έλεγχο της παράλληλης χρήσης, είναι απαραίτητο να είναι ενήμερος ο θεραπευτής και να έχει αναπτύξει τέτοια θεραπευτική σχέση, που επιτρέπει τη συζήτηση αυτών των θεμάτων. Η εξ' αρχής απειλή αποβολής από το πρόγραμμα δεν είναι εποικοδομητική. Στο μέτρο όμως κατά το οποίο, ο θεραπευτής θεωρεί ότι έχει εξαντλήσει τις θεραπευτικές του προσπάθειες και η παράλληλη χρήση θέτει σε κίνδυνο την ασφαλή χορήγηση του υποκαταστάτου, μπορεί να διακοπεί η χορήγησή του.

Αποβολή από το πρόγραμμα:

Ένα πρόγραμμα υποκατάστασης με στόχο τη μείωση της βλάβης, οφείλει να περιορίζει στο ελάχιστο τις αποβολές των μελών του. Παρόλα αυτά, η μαζικότητα των προγραμμάτων και η ανάπτυξη ιδιαίτερης, μαζικής ψυχολογίας, ανάμεσα στα μέλη, επιβάλλει την ύπαρξη κάποιων σαφών και εξ' αρχής γνωστών λόγων, θεραπευτικής αποβολής από το πρόγραμμα.

Τέτοιους λόγους κατά κανόνα αποτελούν:

- Η παράλληλη χρήση ουσιών τέτοιων, και κατά τρόπο, που βάζει σε κίνδυνο την υγεία του χρήστη και καθιστά ανασφαλή τη συνέχιση της χορήγησης του υποκαταστάτου
- Οι πράξεις βίας και η επανάληψη τους, στους χώρους λειτουργίας του προγράμματος
- Η διακίνηση ουσιών στους χώρους του προγράμματος
- Η κατάχρηση του δικαιώματος για προσωπική λήψη του υποκατάστατου και η διακίνηση του προς τρίτους.

Ουροληψίες:

Οι ελεγκτικές της παράλληλης χρήσης, υπό επιτήρηση ουροληψίες, αποτελούν μια χρήσιμη, αλλά ταυτόχρονα μειωτική για την προσωπικότητα του μέλους, διαδικασία. Η χρησιμότητά τους έγκειται στις πληροφορίες που δίνουν, σχετικά με την παράλληλη χρήση, πόσο συχνά και ποιών ουσιών. Αλλά επίσης στην επιβεβαίωση της λήψης του υποκαταστάτου και σε έμμεσες πληροφορίες για το μεταβολισμό του από τον ασθενή. Ανάλογα με την πορεία του ασθενούς, είναι πολλές φορές σκόπιμο, να χαλαρώνουν και τα μέτρα επιτήρησης και η συχνότητα των ουροληψιών. Στον καθορισμό της συχνότητάς τους, ο θεραπευτής θα πρέπει ακόμη να λαμβάνει υπόψη, ότι η απόδειξη της αποχής μέσω ουροληψιών, λειτουργεί θετικά για πολλούς χρήστες του προγράμματος.

Δόσεις για το σπίτι (Take home):

Η χορήγηση των υποκαταστάτων είναι προσωπική. Στην έναρξη της θεραπείας και ίσως μέχρι τη σταθεροποίηση της δόσης, θα πρέπει να είναι καθημερινή και υπό ιατρικό έλεγχο.

Σε κάποιες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, επιβάλλεται η χορήγηση να γίνεται στους χώρους των εξειδικευμένων κέντρων και υπό το διαρκή έλεγχο του προσωπικού. Πολύ περισσότερο σ' αυτές τις χώρες, γίνεται φανερό ότι αυτό, πολλές φορές, δεν είναι δυνατό. Ασθένειες που απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο ή και στο σπίτι, κοινωνικές αναγκαιότητες, εργασία, κόπωση από την καθημερινή και επί χρόνια προσέλευση στις μονάδες, επιβάλλουν τη χορήγηση δόσεων υποκαταστάτου στο σπίτι (Take home).

Ανάλογα λοιπόν, με την εξέλιξη της θεραπευτικής προσπάθειας, με την ύπαρξη εργασιακής σχέσης, αλλά και κατ' εξαίρεση για την αντιμετώπιση εκτάκτων κοινωνικών αναγκαιοτήτων, θα πρέπει να προβλέπεται η χορήγηση δόσεων για το σπίτι, στην αρχή κάθε δεύτερη μέρα, εφόσον πρόκειται για υποκατάστατο καθημερινής χορήγησης, στη συνέχεια δύο έως μία φορά την εβδομάδα.

Σκοπός θα πρέπει να είναι, να προσεγγίζονται οι στόχοι του προγράμματος, με τη μεγαλύτερη δυνατή αυτονομία του θεραπευόμενου, στη διαχείριση του υποκαταστάτου.

Εμπλοκές με διοικητικές και δικαστικές αργές:

Κάθε μέλος ενός προγράμματος που συλλαμβάνεται, είναι ιατρογενώς εξαρτημένο από την ουσία υποκατάστασης. Αυτό υποχρεώνει λογικά και τα προγράμματα υποκατάστασης και τις διοικητικές αρχές, σε συνεργασία, για την ταχεία υποκατάστασή του, εφόσον δεν υπάρχουν αντίστοιχα προγράμματα στις φυλακές.

Η καλύτερη συνθήκη τέτοιας αποτοξίνωσης διασφαλίζεται στις μονάδες χορήγησης των φαρμάκων, όπου θα πρέπει να μεταφέρονται καθημερινά οι κρατούμενοι, προκειμένου να χορηγείται το φάρμακο και να παρακολουθείται από τον ειδικό γιατρό η πορεία της αποτοξίνωσης.

Όταν ολοκληρώνουν τις υποχρεώσεις τους απέναντι στην δικαιοσύνη και εφόσον συντρέχουν οι ιατρικές ενδείξεις, θα πρέπει να διευκολύνεται, η ταχύτερη δυνατή επανένταξη των χρηστών στα προγράμματα υποκατάστασης, ή σε όποια άλλα προγράμματα θεραπείας επιλέγουν.

Προγράμματα μεθαδόνης στις φυλακές:

Είναι γνωστό, ότι οι περισσότεροι εξαρτημένοι χρήστες ηρωίνης, έχουν εμπλοκές με τη δικαιοσύνη. Εμπλοκές που απορρέουν, είτε πρωτογενώς, λόγω του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου, το οποίο απαγορεύει την κατοχή και τη χρήση της ουσίας από την οποία είναι εξαρτημένοι, είτε λόγω της δευτερογενούς εγκληματικότητας.

Σε κάθε περίπτωση, το αποτέλεσμα είναι να βρίσκονται στις φυλακές ασθενείς, για τους οποίους δεν λαμβάνεται καμία ουσιαστική μέριμνα, για την αντιμετώπιση των στερητικών και μεταστερητικών τους συμπτωμάτων.

Η απουσία τέτοιας μέριμνας και τέτοιας υποδομής, στην ουσία ακυρώνει κάθε δυνατότητα σωφρονιστικής, αλλά και «θεραπευτικής» στην περίπτωση αυτή, λειτουργίας του χρόνου φυλάκισης. Αντιθέτως οξύνει την εφευρετικότητα των χρηστών, σε τρόπους διακίνησης και εισαγωγής παράνομων ουσιών στις φυλακές. Δημιουργεί μία, ακόμη σκληρότερη παράνομη αγορά, μέσα στους χώρους αυτούς. Ευνοεί τη μετάδοση ασθενειών μέσω της κοινής χρήσης συριγγών, η προμήθεια των οποίων είναι δύσκολη. Μετατρέπει ταλαιπώρους γονείς και συγγενείς φυλακισμένων χρηστών, σε βαποράκια εισαγωγής παράνομων ουσιών στα σωφρονιστικά καταστήματα.

Είναι προφανές ότι η εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων υποκατάστασης, προσαρμοσμένων στις συνθήκες φυλάκισης θα μπορούσε να ανατρέψει αυτή τη κατάσταση και να δώσει μία πραγματική ευκαιρία σωφρονιστικής, αλλά και θεραπευτικής λειτουργίας του χρόνου φυλάκισης.

Ιδανική συνθήκη θα ήταν να προσφέρεται θεραπευτική βοήθεια, κάθε τύπου, και στους φυλακισμένους. Έτσι όσοι συμμετείχαν σε προγράμματα υποκατάστασης, θα μπορούν να συνεχίσουν και κατά τη διάρκεια της φυλάκισης τους. Όσα δε άτομα συμμετέχουν σε θεραπεία υποκατάστασης κατά τη διάρκεια της φυλάκισης τους, θα πρέπει να μπορούν να τη συνεχίσουν και μετά την έκτιση της ποινής τους, με τη σύμφωνη γνώμη του θεραπευτικού προγράμματος.

Προσωρινή ένταξη ασθενών από άλλες χώρες:

Ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τουλάχιστον, είναι παγιωμένη η συνεργασία που επιτρέπει την προσωρινή μετακίνηση των μελών τους ανάμεσα στις χώρες, χωρίς διακοπή της χορήγησης υποκαταστάτων. Ειδικά για χώρες όπως η Ελλάδα, η οποία αποτελεί τουριστικό στόχο, αλλά και χώρα αποστολής μεταναστών σε πολλές άλλες χώρες, η συμμετοχή σε τέτοιες συνεργασίες είναι σημαντική.

Οι προσωρινές αυτές εντάξεις μπορούν να γίνονται για λόγους επαγγελματικούς, τουριστικούς ή και άλλους κοινωνικούς.

Προϋποθέσεις αυτών των μετακινήσεων είναι:

- § Η έγγραφη ενημέρωση για τα προσωπικά στοιχεία του επισκέπτη, και τη δοσολογία του υποκαταστάτου από τη μονάδα προέλευσης.
- § Η προσωπική παρουσία, με τα αποδεικτικά της ταυτότητάς του επισκέπτη στη μονάδα υποδοχής.
- § Η αποδοχή των όρων χορήγησης που ισχύουν στην μονάδα υποδοχής.
- § Η προκαθορισμένη διάρκεια της προσωρινής χορήγησης.

Ψυχιατρική συνοσηρότητα:

Τα υποκατάστατα μας επιτρέπουν μία αυθεντικότερη εικόνα της ψυχιατρικής συνοσηρότητας, μεταξύ των εξαρτημένων. Τα άτομα αυτά κατά κανόνα δεν αντέχουν τις εισαγωγικές δοκιμασίες και έτσι δεν «θητεύουν» στα ελεύθερα ουσιών προγράμματα, προσέρχονται όμως στα προγράμματα υποκαταστάτων, των οποίων στόχος είναι η προσέλευση και περίθαλψη μεγάλου ποσοστού εξαρτημένων.

Προβλήματα άγχους και διαχείρισής του, κατάθλιψης ιδίως μετά τη διακοπή της χρήσης ηρωίνης και την απομάκρυνση από τον τρόπο ζωής που είναι συνδεδεμένος μ' αυτή, αυτοκαταστροφικές τάσεις και σαφέστεροι αυτοκτονικοί ιδεασμοί, αντικοινωνικές συμπεριφορές, είναι προβλήματα που συναντώνται σχεδόν στην πλειοψηφία των μελών ενός προγράμματος υποκατάστασης.

Σε ένα ποσοστό δε πολύ μεγαλύτερο από ότι στο μέσο πληθυσμό, πάνω από το 10% των μελών των προγραμμάτων υποκαταστάτων, συναντά κανείς μόνιμα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Τα εξαρτημένα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας βοηθούνται από τα προγράμματα υποκαταστάτων, μέσα από τη δομή του προγράμματος, το οποίο δομεί και τον τρόπο ζωής τους, την παρακολούθησή τους από ψυχιάτρους και ψυχολόγους και τη φαρμακολογική δράση των ουσιών υποκατάστασης. Πολλές φορές όμως και ιδίως για τα άτομα με μόνιμα, ψυχωσικού χαρακτήρα, προβλήματα ψυχικής υγείας, είναι απαραίτητη η ψυχιατρική νοσηλεία.

Η ψυχιατρική νοσηλεία εξυπηρετείται κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, σε ειδικές κλινικές ψυχιατρικής συνοσηρότητας, για εξαρτημένα άτομα. Στις κλινικές συνοσηρότητας, σε συνθήκες εσωτερικής νοσηλείας, συνεχίζεται η θεραπεία υποκατάστασης και παρέχονται οι αναγκαίες ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Τα εξαρτημένα άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα, χρειάζονται κατά κανόνα μεγαλύτερο χρόνο παραμονής στα προγράμματα υποκαταστάτων, από ότι τα άτομα χωρίς συννοσηρότητα.

Άτομα με ηπατίτιδες και HIV/AIDS:

Τα μέλη των προγραμμάτων υποκατάστασης θα πρέπει να ελέγχονται για ηπατίτιδα. Άτομα κάτω των 30 ετών, χωρίς προστατευτικά αντισώματα για την ηπατίτιδα Β, θα πρέπει να εμβολιάζονται.

Η ηπατίτιδα C αποτελεί πολύ σημαντικό πρόβλημα, καθώς προσβάλλει τη συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών ηρωίνης, που πολλές φορές φθάνει στο 90%. Η ενδοφλέβια χρήση της νοθευμένης ηρωίνης και ο συνδεδεμένος με αυτή τρόπο ζωής, επιβαρύνει σημαντικά τον πάσχοντα από ηπατίτιδα. Ο καθορισμός της δόσης του υποκαταστάτου θα πρέπει να παίρνει υπόψη του την ηπατική λειτουργία του ασθενούς και την επίδραση της στο μεταβολισμό του υποκαταστάτου.

Το AIDS δεν αποτελεί, ακόμη, σημαντικό πρόβλημα για τους εξαρτημένους στη χώρα μας, από την άποψη του ποσοστού των φορέων. Αυτό δεν σημαίνει ότι επιτρέπεται ο εφησυχασμός, διότι οι δείκτες είναι σαφώς ανοδικοί.

Λόγω των δυνατοτήτων που έχουν στην προσέλκυση και συγκράτηση μεγάλου αριθμού εξαρτημένων, τα προγράμματα υποκαταστάτων αποτελούν προνομιούχο εργαλείο για την πρόληψη διάγνωση του AIDS, αλλά και για τον έλεγχο της συμπεριφοράς των φορέων, ώστε να μειώνονται οι κίνδυνοι διασποράς της νόσου.

Επίσης, αποτρέποντας την ενδοφλέβια χρήση ουσιών, έχουν να παίξουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του AIDS, όπως άλλωστε και της ηπατίτιδας C. Αλλά και για τους φορείς του AIDS τα προγράμματα υποκαταστάτων μπορούν να μειώσουν σημαντικά συμπεριφορές, οι οποίες επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο το ανοσοποιητικό σύστημα, να βελτιώσουν τη γενική υγεία του ασθενούς, βελτιώνοντας έτσι σημαντικά την ποιότητα ζωής του.

Είναι σκόπιμη η συνεργασία με ειδικούς φορείς, όπως Κέντρα Ειδικών Λοιμώξεων, για την πλήρη φροντίδα των εξαρτημένων φορέων του AIDS.

Εγκυμοσύνη και στερητικό σύνδρομο νεογνών:

Η προσέλκυση και συγκράτηση της εγκυμονούσας γυναίκας σε πρόγραμμα υποκατάστασης, είναι πολύ σημαντική για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, της υγείας της εγκύου και του νεογνού. Όλες οι σχετικές έρευνες μαρτυρούν, ότι οι γυναίκες αυτές προσέρχονται για τον τοκετό προγραμματισμένα, με καλή προγεννητική φροντίδα και καλή κατάσταση της γενικής του υγείας.

Αντιθέτως γυναίκες που δεν παρακολουθούν θεραπευτικό πρόγραμμα, λόγω της έλλειψης προγεννητικής παρακολούθησης και φροντίδας, του τρόπου ζωής τους και λόγω της ενδοφλέβιας χρήσης νοθευμένων οπιούχων, κατά κανόνα οδηγούνται σε πρόωρους τοκετούς, ή βλάπτουν κατ' εξακολούθηση το έμβρυο, με αρνητικές συνέπειες στην ανάπτυξή του.

Θα πρέπει να προτρέπονται οι έγκυες γυναίκες για την συμμετοχή τους σε προγράμματα υποκατάστασης. Με βάση τα μέχρι στιγμής ερευνητικά δεδομένα, η μεθαδόνη είναι η ασφαλέστερη ουσία υποκατάστασης κατά την εγκυμοσύνη. Εάν το αίτημα της ασθενούς είναι η αποτοξίνωση, τότε αυτή θα πρέπει να γίνεται από τον τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης και με βραδύς ρυθμούς. Εάν η προσπάθεια αποτοξίνωσης οδηγήσει σε ανεξέλεγκτη χρήση ηρωίνης, θα πρέπει να επιστρέψουμε στη δόση σταθεροποίησης. Εάν το αίτημα είναι η μακρόχρονη θεραπεία συντήρησης, θα πρέπει να γίνεται απολύτως σεβαστό, η εμπειρία δείχνει ότι είναι η ρεαλιστικότερη επιλογή.

Στα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες εξαρτημένες από οπιοειδή, θα πρέπει να αναμένεται η εμφάνιση νεογνικού στερητικού συνδρόμου. Κατά κανόνα το σύνδρομο αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο μιας μαιευτικής κλινικής, αρκεί το ιατρικό προσωπικό να είναι ενήμερο, πράγμα που διασφαλίζεται με την συνεργασία του θεραπευτικού προγράμματος με την κλινική και αρκεί βέβαια να υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς σε ειδικές μονάδες, στην περίπτωση επιπλοκών.

Ο θηλασμός συνίσταται, διότι εκτός των άλλων πλεονεκτημάτων του, επιτρέπει τη λήψη μικρών ποσοτήτων μεθαδόνης από το νεογνό, οι οποίες αποτρέπουν την εμφάνιση στερητικού συνδρόμου ή μειώνουν την έντασή του. Τα γενικότερα οφέλη από τον θηλασμό, θα πρέπει να σταθμίζονται πάντως προσεκτικά, όταν η μητέρα είναι φορέας του AIDS, κάνει ενδοφλέβια χρήση παράνομων ουσιών, ή υψηλών δόσεων βενζοδιαζεπινών.

Τα παιδιά εξαρτημένων γονέων, είναι άτομα μεγάλες και σχεδόν κάθε είδους ανάγκες, αποτελούν δε ομάδα οριακού κινδύνου για την εμπλοκή στις εξαρτήσεις, και θα έπρεπε να αποτελούν αντικείμενο ειδικής φροντίδας, τουλάχιστον από τα θεραπευτικά προγράμματα στα οποία εντάσσονται οι εξαρτημένοι γονείς τους.

Εθνικές μειονοτικές ομάδες:

Η ύπαρξη εθνικών μειονοτικών ομάδων, μέσα στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι μία αναπόφευκτη πραγματικότητα. Συχνά οι ομάδες αυτές αποτελούν προνομιούχο χώρο δραστηριοποίησης των κυκλωμάτων διακίνησης ναρκωτικών, και μπορεί να εμφανίζεται το πρόβλημα της εξάρτησης σε οξυμένη μορφή. Οι ομάδες αυτές, με ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά και γλωσσικές δυσκολίες, έχουν ανάγκη υπηρεσιών, οι οποίες θα είναι προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητές τους, ικανές να ξεπεράσουν εγγενείς καχυποψίες και έρπουσες τάσεις αποκλεισμού. Είναι προφανές ότι ένα τμήμα του θεραπευτικού προσωπικού των προγραμμάτων, θα έπρεπε να προέρχεται από αυτές τις εθνικές μειονοτικές ομάδες.

Ο χώρος λειτουργίας των προγραμμάτων υποκατάστασης:

Ο χώρος είναι πολύ σημαντικός για τη λειτουργία ενός προγράμματος υποκατάστασης. Τα προγράμματα υποκατάστασης είναι ανοιχτά, μαζικά ανεκτικά προγράμματα, τα περισσότερα, τα περισσότερα των οποίων απαιτούν πολύ συχνή προσέλευση των μελών τους. Οι χώροι λειτουργίας τους, θα πρέπει να βρίσκονται σε στρατηγικά σημεία της πόλης, έτσι ώστε να επιτρέπουν την εύκολη και κατά το δυνατόν διακριτική πρόσβαση των μελών τους. Οι χώροι θα πρέπει να είναι καθαροί, καλά οργανωμένοι, να επιβάλλουν το σεβασμό τους από το χρήστη. Θα πρέπει να είναι επαρκείς, να επιτρέπουν τη διακριτική χορήγηση υποκαταστάτων και την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπευτική δουλειά.

Η λειτουργία των μονάδων χορήγησης υποκαταστάτων, μέσα στον ιστό της πόλης, παράγει κάποια εγγενή προβλήματα. Ο μέσος πολίτης αποδέχεται περισσότερο ένα κλειστό ελεύθερο ουσιών πρόγραμμα, όταν και αυτό δεν έχει εγκατασταθεί ακριβώς στην περιοχή του. Αυτό συμβαίνει πρώτον διότι ένα ελεύθερο ουσιών πρόγραμμα, ανταποκρίνεται καλύτερα στα στερεότυπα του περί αντιμετώπισης της εξάρτησης, και δεύτερον διότι ένα κλειστό πρόγραμμα, αποσύρει από την κοινή θέα έναν αριθμό εξαρτημένων.

Αντίθετα ένα ανοιχτό πρόγραμμα υποκατάστασης, με τη συγκέντρωση εξαρτημένων σε σημεία της πόλης, κάνει περισσότερο ορατή μια κοινωνική πραγματικότητα και ενεργοποιεί αντανεκλαστικά φόβου, απόρριψης και αποκλεισμού.

Το φαινόμενο δεν είναι αποκλειστικά ελληνικό, λιγότερο ή περισσότερο αφορά όλες τις χώρες, στις οποίες λειτουργούν προγράμματα υποκατάστασης. Οι αντιδράσεις των περιοίκων αποτέλεσαν έναν από τους σημαντικούς παράγοντες, που οδήγησαν στη συνταγογράφηση των υποκαταστάτων από ιδιώτες γιατρούς, ώστε να αποφεύγεται η συγκέντρωση τους σε λίγες περιοχές.

Ηλικία έναρξης θεραπείας υποκατάστασης:

Στην Ελλάδα η χορήγηση υποκαταστάτων επιτρέπεται από την ηλικία 22 ετών και άνω. Για τις περισσότερες, αν όχι όλες τις χώρες, το αντίστοιχο ηλικιακό όριο είναι αυτό των 18 ετών, ενώ για τις μικρότερες ηλικίες απαιτείται η γονική συναίνεση, ή η έγκριση αυτής της θεραπείας από δύο τουλάχιστον γιατρούς.

Επί της ουσίας πάντως, καθοριστικά στοιχεία για την έναρξη θεραπείας υποκατάστασης, και στις μικρότερες ηλικίες, θα έπρεπε να είναι:

- § Η ηλικία χρήσης, ο χρόνος δηλαδή χρήσης ηρωίνης.
- § Το επίπεδο ανοχής που έχει αναπτύξει ο εξαρτημένος
- § Η κατάσταση της γενικής του υγείας
- § Η αλλοτρίωση της καθημερινής ζωής και των προτεραιοτήτων του, σε βαθμό που καθιστά απίθανη την αναζήτηση άλλης μορφής θεραπείας.

(Γαζγαλίδης 2003)

5.7 Οι βασικές προϋποθέσεις ένταξης στα προγράμματα υποκατάστασης

Πριν τη χορήγηση υποκαταστάτων είναι απαραίτητο να βεβαιωθεί, ότι ο ασθενής είναι εξαρτημένος χρήστης οπιούχων. Η διάγνωση της εξάρτησης μπαίνει, όταν τρία τουλάχιστον από τα παρακάτω κριτήρια ισχύουν, για το χρόνο πριν την έναρξη της θεραπείας.

- ✓ Καταναγκαστική επανάληψη χρήσης της ουσίας.
- ✓ Αδυναμία ελέγχου στην έναρξη, τον τερματισμό ή το επίπεδο χρήσης.
- ✓ Εμφάνιση στερητικού συνδρόμου κατά τη αποχή από τη λήψη ουσίας.
- ✓ Ανάπτυξη ανοχής και ανάγκη αύξησης της δόσης για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.
- ✓ Εμμονή στη χρήση εν επιγνώσει των βλαπτικών συνεπειών της.
- ✓ Διαρκής αύξηση του χρόνου για την ανεύρεση και τη χρήση της ουσίας και σταδιακή παραμέληση κάθε εναλλακτικού ενδιαφέροντος.

Η ενδοφλέβια χρήση οπιούχων αφήνει σαφή κλινικά ευρήματα, τα οποία θα πρέπει να αναζητηθούν. Η τοξικολογική ανάλυση ούρων μπορεί να είναι βοηθητική στην επιβεβαίωση της χρήσης, γνωρίζοντας πάντως, ότι μπορεί να πιστοποιήσει μόνο πρόσφατη χρήση οπιούχων, και το βασικότερο, ότι μπορεί να παρακινήσει σε χρήση, πριν την εισαγωγή στο πρόγραμμα. Η κύρια χρησιμότητα της είναι μάλλον ο εντοπισμός των άλλων ουσιών, των οποίων κάνει χρήση ο ασθενής, πλην των οπιούχων.

Κατά την εισαγωγή στο πρόγραμμα, θα πρέπει να διευκρινίζεται το κίνητρο και το θεραπευτικό αίτημα του ασθενούς. Μη ρεαλιστικά αιτήματα θα πρέπει να αποτελούν αντικείμενο συζήτησης και επαναπροσδιορισμού τους.

Θα πρέπει να λαμβάνεται πλήρες ιστορικό, με βιογραφικά στοιχεία, ιστορικό της χρήσης ουσιών, των θεραπευτικών προσπαθειών που προηγήθηκαν, άλλων ασθενειών του χρήστη. Θα πρέπει να γίνονται ιατρικές εξετάσεις με εργαστηριακή υποστήριξη, ψυχιατρική εκτίμηση, λήψη και καταγραφή του κοινωνικού ιστορικού. Οι συνθήκες ζωής του εξαρτημένου, κατά την περίοδο της εισαγωγής του στο πρόγραμμα, θα πρέπει να συζητούνται διεξοδικά.

Για την ολοκλήρωση της διαγνωστικής δουλειάς, αλλά και για το σχεδιασμό και την πρόοδο της θεραπείας, είναι πολύ πιθανή η ανάγκη συνεργασίας με πρόσωπα σημαντικά στη ζωή του εξαρτημένου, όπως είναι οι γονείς, σύζυγοι, παιδιά κ.λπ.

Ο θεραπευτής οφείλει να ενημερώνει πλήρως τον ασθενή, για τις θεραπευτικές επιλογές που του προσφέρει το πρόγραμμα, για τον τρόπο δράσης, τις παρενέργειες και τις συνέπειες της χρήσης των υποκαταστάτων που θα χρησιμοποιηθούν. Οφείλει επίσης να γίνεται ενημέρωση, για την επικινδυνότητα της παράλληλης προς τα οπιούχα χρήσης αι άλλων ουσιών. Τέλος ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενήμερος για τις υποχρεώσεις του απέναντι στο πρόγραμμα.

5.8 Η υπάρχουσα κατάσταση των προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τον νόμο 2161/93 και σχετικές υπουργικές αποφάσεις προσδιόρισαν το πλαίσιο λειτουργίας των προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα. Τα υποκατάστατα χορηγούνται μόνο μέσα από εξειδικευμένα κέντρα, με υποχρεωτική την καθημερινή παρουσία των ληπτών.

Δικαιούνται να συμμετέχουν σε αυτά εξαρτημένοι χρήστες ηρωίνης, άνω των 22 ετών, οι οποίοι έχουν μια τουλάχιστον αποτυχημένη προσπάθεια απεξάρτησης, σε ελεύθερο ουσιών πρόγραμμα. Το πρόγραμμα είναι υψηλών προδιαγραφών, με εξαιρετική προσφορά συνοδευτικών υπηρεσιών ιατροψυχοκοινωνικής στήριξης, αλλά ο αριθμός των θέσεων θεραπείας, από 300 το 1996, κατάφερε να αυξηθεί μόνο στις 800 στα τέλη του 2001. Σήμερα και σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ 2005 τα κέντρα απεξάρτησης με υποκατάστατα παρακολουθούν 2.293 άτομα. Από αυτά 2.018 συμμετέχουν στα προγράμματα με μεθαδόνη ενώ 275 συμμετέχουν στα προγράμματα βουπρενορφίνης.(ΕΚΤΕΠΝ 2006)

Παρακάτω στον πίνακα φαίνονται ξεκάθαρα οι θέσεις θεραπείας υποκαταστάτων σε σχέση με τις χώρες της Ευρώπης.

Πίνακας 4 Εκτιμήσεις ατόμων υπό θεραπεία στην Ευρώπη το 2003

Εκτιμήσεις ατόμων υπό θεραπεία υποκατάστασης στην Ευρώπη το 2003			
Χώρα	Άτομα υπό θεραπεία μεθαδόνης σε εξειδικευμένες μονάδες	Άτομα υπό θεραπεία βουπρενορφίνης σε εξειδικευμένες μονάδες	Σύνολο ατόμων υπό θεραπεία υποκατάστασης σε εξειδικευμένες μονάδες
Βέλγιο	1.922	48	1.970
Τσεχία	368	204	572
Δανία	4.971	484	5.455
Γερμανία	65.000	9.000	74.000
Εσθονία	60	13	73
Ελλάδα	2.018	275	2.293
Ισπανία	88.678	36	88.714
Γαλλία	15.000	13.000	28.000
Ιρλανδία	5.561	0	5.561
Ιταλία	79.065	7.113	86.178
Κύπρος	0	0	0
Λετονία	67	0	67
Λιθουανία	332	μ.δ.	332
Λουξεμβού	133	10	143
Ουγγαρία	750	0	750
Μάλτα	698	0	698
Κάτω Χώρες	12.000	μ.δ.	12.000
Αυστρία	1.796	1.667	(³) 6413
Πολωνία	865	0	865
Πορτογαλί	9.765	2.743	12.508
Σλοβενία	1.909	0	1.909
Φινλανδία	170	430	600
Σουηδία	800	1.300	2.100
Ηνωμένο Βασίλειο	128.000	μ.δ.	128.000
Βουλγαρία	380	0	380
Ρουμανία	400	0	400
Νορβηγία	1.947	484	2.431
Σύνολο (⁴)	422.655	36.807	462.412

(Ε.Κ.Π.Ν.Τ. 2005:79)

Παρά την αύξηση των διαθέσιμων προγραμμάτων υποκατάστασης η αυξανόμενη ζήτηση διατηρεί το πρόβλημα της λίστας αναμονής, το οποίο αφορά το σύνολο των προγραμμάτων αυτού του τύπου. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2005 ο συνολικός αριθμός των ατόμων που είναι σε λίστα αναμονής για ένταξη στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης Ο.ΚΑ.ΝΑ. ανέρχεται στα 3154 άτομα. Συγκεκριμένα 2589 άτομα αναμένουν να κληθούν για ένταξη στις Μονάδες Υποκατάστασης της Αθήνας και του Πειραιά, ενώ 565 στις μονάδες της Θεσσαλονίκης.

Εξχωριστή λίστα αναμονής υπάρχει για κάθε μια από τις δομές Βουπρενοφρίνης (εξαίρεση αποτελεί το Ιατρείο Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων Περιστερίου, στο οποίο πραγματοποιούνται εισαγωγές από την ενιαία λίστα αναμονής του Ο.ΚΑ.ΝΑ. για τις περιοχές της Αθήνας και του Πειραιά) Συνολικά 553 άτομα βρίσκονται σε αναμονή της ένταξής τους σε 7 προγράμματα Υποκατάστασης Βουπρενοφρίνης.

Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν 16 μονάδες θεραπείας και αποκατάστασης σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2005 λειτουργούν τα εξής προγράμματα:

§ Προγράμματα Υποκατάστασης

Α' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας

Β' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας

Γ Μονάδα Υποκατάστασης Πειραιά

Δ' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας

Α' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης

Β' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης

Γ' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης

Θεραπευτική Μονάδα Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Χανιών

Ε' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας Βουπρενοφρίνη

§ Εξωτερικά Ιατρεία/Μονάδες υποκατάστασης σε νοσοκομεία

Μονάδα Υποκατάστασης Λάρισας

Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Λαμίας

Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Λιβαδειάς

Θεραπευτική Μονάδα υποκατάστασης Βουπρενοφρίνης Αγρινίου

Θεραπευτική Μονάδα υποκατάστασης Βουπρενοφρίνης Ρόδου

Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Χαλκίδας

Ιατρείο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων Περιστερίου.(Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2006)

5.9 Η εκτίμηση του θεραπευτή και οι ενδείξεις θεραπείας



Κάθε εξαρτημένος χρήστης οπιούχων, για τον οποίο εκτιμάται ότι οι σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές βλάβες που υφίσταται από τη χρήση ουσιών, θα μειωθούν μέσω της θεραπείας υποκατάστασης, είναι κατάλληλος για εισαγωγή σε αντίστοιχο πρόγραμμα. Για άτομα κάτω των 18 ετών απαιτείται η γνωμάτευση δύο ειδικών ή η σύμφωνη γνώμη των γονέων.

Ο τύπος της θεραπείας που θα παρασχεθεί βασίζεται στο ιστορικό του ασθενούς, στην τρέχουσα κατάστασή του, στην ύπαρξη του υποστηρικτικού δικτύου, στο αίτημα και τις δυνατότητές του, βεβαίως και στην εκτίμηση του θεραπευτή.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1990), οι προσφερόμενες θεραπείες υποκατάστασης, κωδικοποιούνται ως εξής:

- ✓ Βραχυπρόθεσμη σωματική αποτοξίνωση, διάρκειας έως και ενός μήνα.
- ✓ Μακροπρόθεσμη απεξάρτηση, διάρκειας περισσότερο από ένα μήνα.
- ✓ Βραχυπρόθεσμη συντήρηση, με σταθερή συνταγογράφηση υποκαταστάτων για λιγότερο από έξι μήνες.
- ✓ Μακροπρόθεσμη συντήρηση, με σταθερή συνταγογράφηση υποκαταστάτων για περισσότερο από έξι μήνες.

Σήμερα, πρακτικά οι θεραπευτικές επιλογές είναι τρεις.

- ✓ Σύντομα προγράμματα υποκατάστασης, συνήθως εσωτερικής νοσηλείας, διάρκειας ολίγων εβδομάδων, κατά κανόνα με στόχο τη σωματική αποτοξίνωση.
- ✓ Χρονικά περιορισμένα προγράμματα υποκατάστασης, διάρκειας 6-12 μηνών, με στόχο την απεξάρτηση και από την ουσία υποκατάστασης.
- ✓ Μακρόχρονα προγράμματα υποκατάστασης, με κύριο στόχο τη μείωση των συνεπειών από τη χρόνια χρήση παράνομων ουσιών.

Ένδειξη για τη συμμετοχή σε ένα **σύντομο πρόγραμμα υποκατάστασης**, αποτελεί η ανάγκη αντιμετώπισης των στερητικών φαινομένων από μια σχεδιασμένη, ή και όχι, διακοπή της χρήσης παράνομων οπιούχων. Είτε εν όψει της συμμετοχής σ' ένα ελεύθερο ουσιών πρόγραμμα απεξάρτησης, είτε στην περίπτωση φυλάκισης και εφόσον δεν υπάρχει πρόγραμμα μεθαδόνης στις φυλακές, είτε ακόμα στην περίπτωση που η σύντομη διακοπή της χρήσης παράνομων οπιούχων αποτελεί ένα αυτοτελές αίτημα του χρήστη. Σ' αυτές τις περιπτώσεις τα σύντομα προγράμματα υποκατάστασης, θα μπορούσαν να προσφέρουν σημαντική ιατρική βοήθεια.

Τα περιορισμένα χρονικά προγράμματα υποκατάστασης, έχουν ως στόχο την αποχή και από την ουσία υποκατάστασης. Είναι κατά κανόνα προγράμματα υψηλότερων απαιτήσεων και απευθύνονται σε σχετικά περιορισμένο πληθυσμό εξαρτημένων. Άτομα μικρής ηλικίας, χαμηλής περιθωριοποίησης και εμπλοκής με την εγκληματικότητα, με καλό υποστηρικτικό περιβάλλον, έχουν ένδειξη συμμετοχής σε τέτοια προγράμματα. Αλλά ακόμη και εξαρτημένοι που συμμετείχαν σε μακρόχρονα προγράμματα υποκατάστασης και εκτιμάται από τους ίδιους και τους θεραπευτές τους, ότι έχει ωριμάσει το αίτημα της απεξάρτησης και ότι για να κάνουν το βήμα της αποχής, απαιτείται η συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα υψηλότερων προδιαγραφών.

Τέλος ένδειξη για τη συμμετοχή σε ένα **μακρόχρονο πρόγραμμα υποκατάστασης** έχει κάθε χρήστης οπιούχων για τον οποίο εκτιμάται, ότι η συμμετοχή αυτή θα επέφερε μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών και μέσα από αυτή βελτίωση της υγείας του, βελτίωση της συμπεριφοράς του και προστασία της δημόσιας υγείας. (Γαζγαλίδης 2003)

5.10 Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που παρέχονται στα προγράμματα υποκατάστασης

Φαρμακολογική άποψη.

Συνέπεια της ικανότητας της μεθαδόνης να καταλαμβάνει τους υποδοχείς της ηρωίνης (οπιούχα) είναι μια σχεδόν πλήρης, από άποψη ποιότητας, μίμηση των φαρμακολογικών ιδιοτήτων της ηρωίνης (ισχυρή αναλγητική δράση, καταστολή αναπνευστικού, περιορισμός κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα, αντιβηχική και υποθερμική δράση και μύση).

Τα φαινόμενα της ανοχής και διασταυρούμενης ανοχής εμφανίζονται και στη χρήση μεθαδόνης. Για το λόγο αυτό, η μεθαδόνη δίδεται μόνον όταν υπάρχουν αντικειμενικά σημεία πρόσφατης χρήσης ηρωίνης. Π.χ. ανίχνευση οπιούχων στα ούρα.)

Εξαιρετικά σημαντικές ιδιότητες της μεθαδόνης είναι η αναστολή της ευφορικής δράσης της ηρωίνης (Narcotic Blocked) σε άτομα που θα επιχειρούσαν παράλληλα χρήση της, και η διατήρηση της φαρμακολογικής δράσης για ένα 24ωρο ώστε να αρκεί μια ημερήσια δόση. Το άτομο που λαμβάνει μεθαδόνη δεν αισθάνεται τη χαρακτηριστική ευφορική αντίδραση σε άλλα οπιούχα και επομένως εξουδετερώνεται το κίνητρο για τη λήψη τους.

Η μακροχρόνια χρήση μεθαδόνης (2-4 χρόνια) στέφεται με επιτυχία σε ποσοστό μικρότερο του 50% όσον αφορά την οριστική απεξάρτηση του ατόμου. (Ρογκότης 1994).

Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που παρέχονται στα προγράμματα θεραπείας υποκατάστασης αποτρέπουν τις μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη οπιούχων, μειώνοντας παράλληλα την επιθυμία για χρήση. Τα σκευάσματα που χορηγούνται χωρίζονται σε δύο υποκατηγορίες: Τους «αγωνιστές» που υποκαθιστούν την ουσία της εξάρτησης και τους «ανταγωνιστές» που την ανταγωνίζονται ώστε να περιορίζουν ή και να μηδενίζουν την ανάγκη για χρήση της ουσίας εξάρτησης. Παρακάτω παραθέτουμε όλες τις βασικές ουσίες υποκατάστατων που χρησιμοποιούνται στην Ευρώπη και την Ελλάδα. (Μαθιουδάκη 2006).

Μεθαδόνη:

Κατηγορία: Οπιοειδή.

Δράση: Ανήκει στους αγωνιστές διεγέρτες, δρα δηλαδή ως υποκατάστατο των οπιοειδών στους ίδιους υποδοχείς.

Επίδραση: Κατασταλτική. Επιβραδύνει τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος, εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα και μειώνει την επιθυμία για άλλα οπιοειδή όπως η Ηρωίνη. Δεν προκαλεί ευφορία και είναι εξαρτησιογόνος ουσία.

Διάρκεια δράσης: Τουλάχιστον 24 ώρες

Στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα χορηγείται: Σε μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι) και σε αρχικές δοσολογίες 60 – 120 mg. Ενδέχεται σταδιακά να μειωθεί αλλά με αργούς ρυθμούς.

Παρενέργειες: Είναι επικίνδυνη αν χρησιμοποιηθεί ταυτόχρονα με άλλες κατασταλτικές ουσίες (υπνωτικά ή ακόμη και αλκοόλ) ή αν χορηγηθεί σε λανθασμένες δόσεις (υπερδοσολογία). Εμφανίζει στερητικά συμπτώματα.

Πλεονεκτήματα: Βελτιώνει τη σωματική κατάσταση αποκαθιστώντας τις λειτουργίες του οργανισμού, με αποτέλεσμα να βελτιωθεί και η ψυχική κατάσταση.

Βουπρενορφίνη:

Κατηγορία: Οπιοειδή.

Δράση: Ανήκει στους αγωνιστές ανταγωνιστές, δρα δηλαδή ως υποκατάστατο των οπιούχων σε έναν τύπο υποδοχέα και ως ανταγωνιστική ουσία σε έναν άλλον.

Επίδραση: Ισχυρό αναλγητικό εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα και μειώνει την επιθυμία για ηρωίνη και άλλα οπιοειδή συμπεριλαμβανόμενης και της μεθαδόνης. Είναι εξαρτησιογόνος ουσία.

Διάρκεια δράσης: Ανάλογα με τη δόση έως και τρεις μέρες.

Στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα χορηγείται: Με τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας συνήθως μεταξύ 4 και 16 mg.

Παρενέργειες: Με τη λανθασμένη χορήγηση ή την παράλληλη χρήση κατασταλτικών ουσιών (αλκοόλ, υπνωτικά) γίνεται ιδιαίτερα επικίνδυνη. Μπορεί επίσης να επιφέρει διαταραχές σε ζωτικά συστήματα του οργανισμού ενώ δεν ενδείκνυται για άτομα με ηπατικά προβλήματα.

Πλεονεκτήματα: Εξουδετερώνει το ευφορικό αποτέλεσμα της ηρωίνης, έχει μειωμένο κίνδυνο υπερδοσολογίας, εμφανίζει πολύ λιγότερα στερητικά συμπτώματα από τη μεθαδόνη.

Ναλτρεξόνη:

Κατηγορία: Οπιοειδή.

Δράση: Ανήκει στους ανταγωνιστές. Φράσσει τους υποδοχείς των οπιοειδών στον εγκέφαλο.

Επίδραση: Δεν προκαλεί συναισθήματα ευφορίας, μειώνει σχετικά την επιθυμία για άλλα οπιοειδή βοηθά στην ταχεία αποτοξίνωση. Χρησιμοποιείται και στην αποτοξίνωση από αλκοόλ.

Διάρκεια δράσης: Από μια έως τρεις ημέρες.

Στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα χορηγείται: Με τη μορφή ταμπλέτας, αρχικά 25mg και στη συνέχεια 50mg ημερησίως.

Παρενέργειες: Είναι επικίνδυνη αν χρησιμοποιηθεί με άλλα οπιούχα ή από άτομα με βαριά ηπατική ανεπάρκεια και οξεία ηπατίτιδα. Μπορεί να προκαλέσει πόνους (κοιλιά, μυς)

Πλεονεκτήματα: Δεν είναι εξαρτησιογόνος ουσία.

5.11 Το πλαίσιο χορήγησης υποκαταστάτων ουσιών στους τοξικοεξαρτώμενους

Η έναρξη χορήγησης του υποκατάστατου, η σταθεροποίηση, αλλά και η μείωση της δόσης, σήμερα κατά κανόνα γίνεται από τις μονάδες χορήγησης τους.

Ο υπολογισμός της σωστής δόσης για τον κάθε εξαρτημένο, θα πρέπει να παίρνει υπόψη του ότι:

- ✓ Όλα τα υποκατάστατα είναι οπιοειδή μακράς δράσης και συνεπώς η πραγματική κλινική εικόνα της δραστηριότητας τους, εμφανίζεται μετά τις 3-4 πρώτες ημέρες χορήγησης.
- ✓ Ο βαθμός ανοχής που έχει αναπτύξει ο κάθε εξαρτημένος, είναι διαφορετικός και θα πρέπει να διερευνηθεί από το ιστορικό του, από την κλινική εξέταση πριν την έναρξη της χορήγησης, από την ανάπτυξη ειλικρινούς θεραπευτικής σχέσης μαζί του, και εν τέλει να πιστοποιηθεί μέσα από τη σταδιακή αύξηση της δοσολογίας του υποκατάστατου.
- ✓ Η ανάπτυξη ανοχής «προδίδεται» από την ποσότητα και τη συχνότητα χρήσης ηρωίνης. Η παράνομη ηρωίνη πάντως μπορεί να διαφέρει σημαντικά σε καθαρότητα, τόσο στο χρόνο όσο και στο χώρο.
- ✓ Η θεραπευτική δόση του υποκαταστάτου ποικίλει, ανάλογα με το θεραπευτικό στόχο. Η έναρξη της χορήγησης γίνεται πάντα από χαμηλές δοσολογίες, η

αύξηση είναι σταδιακή και υπό ιατρική παρακολούθηση. Σωστή θεραπευτική δόση, για ένα σύντομο πρόγραμμα υποκατάστασης, είναι αυτή που εξαλείφει τα στερητικά φαινόμενα, ενώ για ένα μεσομακρόχρονο πρόγραμμα, σωστή δόση είναι αυτή που εξαλείφει τα στερητικά φαινόμενα και την «πείνα για ηρωίνη».

- ▼ Μέχρι τη σταθεροποίηση της δόσης, η ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς, είναι καλό, να είναι καθημερινή. Η περίοδος μέχρι τη σταθεροποίηση της δόσης, μπορεί να διαρκέσει από έναν έως και τρεις μήνες. Η ανάπτυξη μιας καλής θεραπευτικής σχέσης επιταχύνει τους χρόνους. Περαιτέρω αύξηση της δόσης, μετά τη σταθεροποίηση, θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού για το θεραπευτή. Όπως αντικείμενο προβληματισμού θα πρέπει να αποτελούν και τα πρώιμα αιτήματα μείωσης της δόσης των υποκαταστάτων.
- ▼ Μετά τη σταθεροποίηση της δόσης του υποκαταστάτου, και εφόσον ο ασθενής απέχει από τη χρήση ηρωίνης για ικανό χρονικό διάστημα, στο οποίο μάλιστα προχωράει και σε σημαντικές αλλαγές του τρόπου ζωής του, μπορεί να επιχειρηθεί η μείωση της δόσης. Προϋπόθεση για τη σχεδιασμένη μείωση της δόσης είναι η σύμφωνη γνώμη του θεραπευόμενου. Ο θεραπευτής θα πρέπει να παίρνει υπόψη του, ότι η αποχή είναι μία μόνο επιλογή, η συνέχιση του προγράμματος με όρους συντήρησης, είναι η άλλη.
- ▼ Η προγραμματισμένη μείωση της δόσης των υποκαταστάτων, γίνεται με ρυθμούς σαφώς βραδύτερους, από την έναρξη της χορήγησης τους και με διαρκή εκτίμηση του αποτελέσματος που επιφέρει, τόσο από το θεραπευτή όσο και από το θεραπευόμενο. Στις τελευταίες φάσεις μείωσης της δόσης, μπορεί να απαιτηθεί φαρμακευτική στήριξη της προσπάθειας, με αντικαταθλιπτικά ή κλονιδίνη.
- ▼ Σε όλη τη διάρκεια της χορήγησης τους, τα υποκατάστατα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως φάρμακα. Η δοσολόγηση τους πρέπει να υπόκειται σε ιατρικούς κανόνες και να μην χρησιμοποιείται ως πειθαρχικό μέσο.
- ▼ Η ασφαλής χορήγηση των υποκαταστάτων είναι η πρώτη προτεραιότητα των προγραμμάτων χορήγησής τους. (Γαζγαλίδης 2003)

5.12 Ιατρική και Ψυχοκοινωνική Φροντίδα

Μετά την ασφαλή χορήγηση υποκαταστάτων, η παροχή υπηρεσιών ιατρικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης των ασθενών, θα πρέπει να αποτελεί τη σημαντικότερη φροντίδα των προγραμμάτων υποκατάστασης. η στελέχωση, η επάρκεια των χώρων και ο εξοπλισμός τους, θα πρέπει να ανταποκρίνεται στοιχειωδώς και σ' αυτή την αναγκαιότητα.

Τα προγράμματα υποκατάστασης είναι μαζικά, ανοικτά προγράμματα. Απευθύνονται σε μεγάλους πληθυσμούς εξαρτημένων, ανομοιογενείς, με διαφορετικές ανάγκες. Οι ασθενείς προσέρχονται στο πρόγραμμα για περιορισμένο χρονικό διάστημα κάθε μέρα, για να δεχθούν τις υπηρεσίες του και επιστρέφουν στο καθημερινό τους και ενδεχομένως νοσογόνο περιβάλλον. Δεν παρέχουν 24ωρη παρακολούθηση των μελών τους (Γαζγαλίδης 2003).

Σήμερα απαιτείται η κινητοποίηση ολόκληρη της κοινωνίας και σίγουρα η συστράτευση του εθνικού συστήματος υγείας, του κρατικού προνοιακού συστήματος, των διωκτικών και σωφρονιστικών υπηρεσιών και κυρίως η καλλιέργεια κλίματος αυτοβοήθειας, ανάμεσα στους άμεσα ενδιαφερόμενους. Τα θεραπευτικά προγράμματα και πολύ περισσότερο τα προγράμματα υποκατάστασης, οφείλουν να αναλαμβάνουν ένα συντονιστικό ρόλο αυτών των προσπαθειών. Να κινητοποιούν τα μέλη τους στην κατεύθυνση της επίλυσης των προβλημάτων τους και όχι να τα επιλύουν τα ίδια, για τα μέλη τους.

A) Ιατρική Φροντίδα:

Σε πρόγραμμα υποκατάστασης σημαίνει ότι, κατά την εισαγωγή στο πρόγραμμα ελέγχονται το σωματικό βάρος, η θρέψη, η γενική κατάσταση, οι σφυγμοί, η αρτηριακή πίεση, η ύπαρξη οιδημάτων, η κατάσταση των λεμφαδένων, η λειτουργία της καρδιάς, των πνευμόνων, του ήπατος και του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο ασθενής ενημερώνεται και καθοδηγείται για την αντιμετώπιση των παθολογικών καταστάσεων.

Πολύ σημαντική επίσης είναι η ψυχιατρική εξέταση του ασθενούς και ο εντοπισμός της ψυχιατρικής συνοσηρότητας. Η ψυχιατρική συνοσηρότητα προσδιορίζει πολύ σημαντικά την εξέλιξη της θεραπευτικής προσπάθειας. Ελλείψει ειδικών κλινικών συνοσηρότητας, συχνά απαιτείται η συνεργασία με ψυχιατρικές κλινικές, για την αντιμετώπιση σχετικών προβλημάτων.

B) Κοινωνική Φροντίδα:

Σχεδιάζεται από το θεραπευτή, ή τη θεραπευτική ομάδα, ανάλογα με το κοινωνικό ιστορικό και τις επίκαιρες ανάγκες του ασθενούς. Στοχεύει στην κινητοποίηση και την ενίσχυση των προσπαθειών του, για τη διασφάλιση των βασικών για τη ζωή αγαθών, την επανασύνδεση του με το κρατικό προνοιακό σύστημα, την απομάκρυνση από τα κυκλώματα χρήσης και διακίνησης παράνομων ουσιών και την εργασιακή ένταξη ή επανένταξή του.

Γ) Ψυχοθεραπευτική Φροντίδα:

Υπόκειται στους περιορισμούς ενός ανοικτού μαζικού προγράμματος για εξαρτημένους. Αποκτά ουσιαστικό περιεχόμενο, μόνο με την οικειοθελή και ουσιαστική συμμετοχή του θεραπευόμενου. Μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο εντατική, κατά περίπτωση και στα διάφορα στάδια εξέλιξης της θεραπευτικής προσπάθειας. Η περίοδος της εισαγωγής και της σταθεροποίησης ενός ατόμου σε πρόγραμμα υποκατάστασης και η περίοδος αποχώρησης του απ' αυτό, είναι πολύ σημαντικές από την άποψη της ψυχοθεραπευτικής του υποστήριξης.

Ο όρος ψυχοθεραπεία δεν αναφέρεται σε κάποια συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική μέθοδο, αλλά σε κάθε δοκιμασμένη μέθοδο, η οποία αποτελεί «κτήμα» του θεραπευτικού προσωπικού και μπορεί να στοχεύει, στην ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγές στη ζωή του χρήστη ουσιών, στην πρόληψη των υποτροπών, στο γενικότερο έλεγχο αντικοινωνικών και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, στη θεραπεία ψυχοπαθολογικών φαινομένων.

5.13 Ανακεφαλαίωση

Η μεθαδόνη, η κύρια ουσία υποκατάστασης των κέντρων υποκαταστάτων ανακαλύφθηκε το 1942 στην Γερμανία. Το 1963 οι Dole και Nyswander προωθούν στις Η. Π. Α τα λεγόμενα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη.

Στην Ελλάδα, εισήχθη νομοθετικά με το νόμο 2161/93 το πρόγραμμα υποκατάστασης και άρχισε να λειτουργεί πιλοτικά το 1996.

Τα προγράμματα υποκατάστασης διακατέχονται από την ιατροκεντρική θεωρία και βλέπουν τον ουσιοεξαρτημένο ως ασθενή. Στηριζόμενα λοιπόν σε αυτήν την λογική γίνεται χορήγηση μεθαδόνης και βουπρενορφίνης με σκοπό την αποχή του ασθενή από την ουσία, κυρίως της ηρωίνης.

Τα κέντρα υποκατάστασης πλέον θεωρούνται ότι καλύπτουν το μεγαλύτερο όγκο των χρηστών και οι βασικές προτεραιότητες είναι να μετατρέψουν τους χρήστες μιας παράνομης ουσίας, σε χρήστες μιας νόμιμης ουσίας κάτω από ιατρικό έλεγχο, να μειώσουν την ζήτηση των παράνομων ουσιών, να βελτιώσουν την υγεία των χρηστών, και να συμβάλουν στην αποπεριθωριοποίηση των χρηστών με ψυχοκοινωνική στήριξη.

Τα κριτήρια για να γίνει ένας τοξικοεξαρτημένος, μέλος ενός προγράμματος υποκατάστατων είναι: να έχει συμπληρώσει το 22έτος και να έχει αποτύχει τουλάχιστον μία φορά σε ένα στεγνό πρόγραμμα.

Μετά την ασφαλή χορήγηση υποκαταστάτων τη σκυτάλη αναλαμβάνει η ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΚΑΙ

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ

ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

6.1 Εισαγωγή

Στα προηγούμενα κεφάλαια, έγινε περιγραφή των κύριων μοντέλων της θεραπευτικής αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα. Υπάρχει όμως, και πλήθος άλλων θεραπευτικών μεθόδων και προσεγγίσεων, που εφαρμόζονται στην χώρα μας, που μπορούν να λειτουργήσουν είτε ανεξάρτητα, επιδιώκοντας την θεραπεία ή τη μείωση της βλάβης, είτε συμπληρωματικά της θεραπείας, και να προσφέρουν βοήθεια καλύπτοντας τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε εξαρτημένου, σύμφωνα πάντα με το στάδιο αλλαγής που διανύει στην κατάχρηση.

Η φάση την οποία διανύει το άτομο, κατά την πορεία του στην χρήση και η επιθυμία του για την διακοπή της ή όχι, αλλά και η επιλογή των συνθηκών που επιθυμεί να γίνει αυτή, καθορίζουν για παράδειγμα αν το συγκεκριμένο άτομο θα προσεγγίσει ένα «στεγνό» πρόγραμμα ή ένα πρόγραμμα υποκατάστασης, ένα κέντρο μείωσης της βλάβης ή μια ομάδα αυτοβοήθειας, κ.ά.

Σαφώς, όταν προσέλθει σε κάποιο από αυτά, η περίπτωση του θα αξιολογηθεί, από το προσωπικό του εκάστοτε προγράμματος, και θα του προταθεί ένα πλάνο θεραπείας, προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες του ή θα παραπεμφθεί σε κάποιο άλλο, κατάλληλο για αυτό, θεραπευτικό πλαίσιο.

Ακόμη και η φάση που διανύει το εξαρτημένο άτομο κατά τη διάρκεια της θεραπείας, είναι πιθανό να χρειάζεται ένα συνδυασμό παρεμβάσεων, έτσι ώστε να καλύψει τις ανάγκες του, που διαμορφώνονται και αλλάζουν σε κάθε χρονική στιγμή, όπως για παράδειγμα ο επαγγελματικός προσανατολισμός, η ανεύρεση εργασίας, η αποφυλάκιση του κ.ά. (Πουλόπουλος 2005).

Για τον λόγο αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρχει πληθώρα παρεμβάσεων και υπηρεσιών που θα λειτουργούν σε συνεργασία με κάθε θεραπευτικό πλαίσιο, αλλά και ανεξάρτητα, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες, στα προβλήματα και τη φάση κινητοποίησης που χαρακτηρίζουν το κάθε άτομο.

6.2 Προγράμματα μείωσης της βλάβης

Τα τελευταία χρόνια, έκαναν την εμφάνιση τους διεθνώς, υπηρεσίες και προγράμματα που απευθύνονται σε ενεργούς χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, με στόχο να δράσουν προληπτικά στην περαιτέρω επιδείνωση της υγείας τους, και να επιχειρήσουν να βελτιώσουν την καθημερινότητα τους μέσα στην κατάχρηση, ενθαρρύνοντας τους σταδιακά για αλλαγή στάσης ζωής.

Τα προγράμματα αυτά, αποτελούν συμπληρωματικό μέτρο της λειτουργίας των συμβατικών μοντέλων θεραπείας της τοξικοεξάρτησης και ονομάστηκαν προγράμματα μείωσης της βλάβης (Δρίτσας 2003).

«Στον τομέα των εξαρτήσεων, ο όρος «μείωση της βλάβης» προσδιορίζει μια ρεαλιστική και ανθρωπιστική προσέγγιση του προβλήματος, η οποία περιλαμβάνει δέσμη πρακτικών στρατηγικών που έχουν στόχο τον περιορισμό των συνδεόμενων με την κατάχρηση ουσιών ατομικών και κοινωνικών βλαβών» (Γαζγαλίδης, 2005:17).

Είναι γεγονός, πως οι πρακτικές που σχετίζονται με την κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών περικλείουν κινδύνους, οι οποίοι κάνουν την εμφάνιση τους άμεσα, αλλά και μακροπρόθεσμα, ειδικότερα στους ενδοφλέβιους χρήστες ουσιών (HIV/AIDS, Ηπατίτιδες, κ.ά.).

6.2.1 Η φιλοσοφία και οι βασικοί στόχοι των προγραμμάτων μείωσης της βλάβης

Στα προγράμματα μείωσης της βλάβης, παρέχονται υπηρεσίες που επιχειρούν να αποτρέψουν τους χρήστες από δραστηριότητες που περικλείουν υψηλούς κινδύνους, όπως κοινή χρήση συριγγών κ.ά. Στρέφουν την προσοχή τους στις συνέπειές της εξάρτησης, και μετρούν την επιτυχία τους με όρους ατομικής και δημόσιας υγείας, και όχι απαραίτητα σε σχέση με τα επίπεδα χρήσης ουσιών.

Σαφώς, ο πιο επιθυμητός στόχος είναι η αποχή, αλλά ως δυνατότητα και δικαίωμα του χρήστη, και όχι ως υποχρεωτικός στόχος ή προϋπόθεση για την παροχή των θεραπευτικών τους υπηρεσιών.

Η προσέγγιση της μείωσης της βλάβης, δεν είναι αντίθετη των προσπαθειών για αποτοξίνωση και αποχή από τη χρήση ουσιών, απλώς αναγνωρίζει ότι για πολλούς χρήστες αυτές, αποτελούν πολύ μακροπρόθεσμους στόχους. Θεωρεί λοιπόν, επιτυχία και τη μεγαλύτερη μείωση της βλάβης, που είναι η αποχή, αλλά έστω και τη

μικρότερη, που μπορεί να είναι, για παράδειγμα η ασφαλέστερη χρήση (Γαζγαλίδης, 2005).

Για αυτόν τον λόγο, θεωρείται πως είναι πολύ σημαντικές οι ενδιάμεσες υπηρεσίες μείωσης της βλάβης, εφόσον ο στόχος τους είναι η προστασία της ατομικής και της δημόσιας υγείας, αλλά και συνεπώς η ελπίδα για απεξάρτηση. Καθώς, είναι γεγονός ότι όσο καταρρέει η υγεία του τοξικοεξαρτημένου ατόμου, τόσο μειώνονται και οι δυνατότητές του για θεραπεία απεξάρτησης και κοινωνική επανένταξη.

Η μείωση της βλάβης δεν συγκρούεται με τις παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις της τοξικοεξάρτησης. Άλλωστε, ο στόχος είναι κοινός: η βελτίωση ή η απεξάρτηση του χρήστη. Αποδέχεται απλά, πως δεν υπάρχει ένας και μοναδικός δρόμος για τη θεραπεία. Για κάποιους χρήστες μπορεί να είναι αποτελεσματική και εφικτή η αποχή, και για κάποιους άλλους μπορεί να είναι αποτελεσματική η μείωση της χρήσης ή η ελεγχόμενη χορήγηση κάποιων υποκατάστατων ουσιών.

Επομένως, τίποτε δεν συνηγορεί στον ανταγωνισμό των προγραμμάτων. Αντίθετα, στο πλαίσιο ενός πλουραλιστικού θεραπευτικού μοντέλου, τα προγράμματα μείωσης της βλάβης και τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα, οφείλουν να συνεργάζονται, προκειμένου να επιτύχουν τη βέλτιστη κάλυψη των αναγκών των χρηστών (Γαζγαλίδης 2005).

Σύμφωνα με την Δρ. Παπουτσοπούλου, Υπεύθυνη του Κέντρου Βοήθειας του Ο.ΚΑ.ΝΑ., χρειάζεται περισσότερη πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου όσο και των θεσμών που ασχολούνται με την τοξικοεξάρτηση για την αναγκαιότητα ύπαρξης περισσότερων δομών μείωσης της βλάβης. Τα προγράμματα μείωσης της βλάβης, εφόσον τηρούν τις αρχές και αξίες για τις οποίες έχουν προταθεί, είναι απαραίτητα και χρήσιμα συστατικά, σαν συμπλήρωμα της αντιμετώπισης του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης σε μία χώρα (Δρίτσας 2003).

«Η στόχευση για τη μείωση της βλάβης :

- κατανοεί ότι η χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών είναι μέρος της ζωής μας, και επιλέγει να εργαστεί για την ελαχιστοποίηση των βλαβερών συνεπειών τους, παρά να υποβαθμίζει, να αγνοεί ή να καταδικάζει το πρόβλημα
- αντιλαμβάνεται την κατάχρηση ουσιών ως πολυσύνθετο φαινόμενο, το οποίο στη διαδρομή του, μπορεί να περιλαμβάνει ένα αλληλοδιάδοχο σχήμα συμπεριφορών του χρήστη, από τον εξαιρετικά επικίνδυνο τρόπο χρήσης έως και την αποχή από τη χρήση, και θεωρεί ότι ορισμένοι τρόποι χρήσης είναι σαφώς ασφαλέστεροι από άλλους
- θέτει ως κριτήριο της επιτυχίας των παρεμβάσεών της, την ποιότητα της ατομικής και κοινωνικής ζωής και την υπαρξιακή ευεξία, και όχι απαραίτητα τη διακοπή της χρήσης όλων των ουσιών
- καλεί την κοινότητα στη ρεαλιστική ανάγνωση της πραγματικότητας, και στην αποφυγή της απόρριψης και της περιθωριοποίησης των χρηστών
- θεωρεί, ότι οι χρήστες ουσιών, θα πρέπει να έχουν ουσιαστική συμμετοχή στο σχεδιασμό των προγραμμάτων και των πολιτικών που τους αφορούν
- θεωρεί, ακόμη, ότι οι ίδιοι οι χρήστες ουσιών, είναι ο σημαντικότερος λειτουργικός παράγων για τη μείωση της βλάβης, και ενισχύει την ανταλλαγή πληροφοριών, την αλληλοϋποστήριξη και την αυτοβοήθεια, με στόχο τη διαμόρφωση στρατηγικών, που θα απαντούν στις πραγματικές συνθήκες χρήσης
- αναγνωρίζει ότι αντικειμενικά στοιχεία, όπως είναι η φτώχεια, ο ρατσισμός, ο κοινωνικός αποκλεισμός και άλλες κοινωνικές ανισότητες επιδρούν τόσο στην ευπροσβλητότητα των ανθρώπων, όσο και στην ικανότητά τους να διαχειρίζονται τις συνέπειες της κατάχρησης ουσιών
- τέλος, η μείωση της βλάβης δεν αγνοεί, και δεν υποβαθμίζει τις δυνητικά τραγικές συνέπειες, από την παράνομη και νόμιμη κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών» (Γαζγαλίδης, 2005:21-23).

Για την επιτυχή μείωση της βλάβης, στην χώρα μας παρέχεται ένα σύνολο υπηρεσιών, όπως η δουλειά στο δρόμο (street-corner work), η λειτουργία των Κέντρων Άμεσης Παρέμβασης, τα προγράμματα ανταλλαγής συριγγών, πλαισιωμένες και με άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως η εκπαίδευση των χρηστών σε θέματα υγείας, ασφαλούς σεξ, ασφαλέστερης χρήσης (safer use), οι ιατρικές παραπομπές κ.τ.λ.

Σαφώς, όλες οι παραπάνω υπηρεσίες συνοδεύονται από την παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στους τοξικοεξαρτημένους και στο περιβάλλον τους, με στόχο την κινητοποίηση των χρηστών για αλλαγή.

«Οι ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες των προγραμμάτων μείωσης της βλάβης, αποτελούν θεραπευτικό ρόλο, ενθαρρύνοντας τους χρήστες να μετριάσουν ή να σταματήσουν την χρήση» (Δρίτσας, 2003:28).

Ακόμη, η μείωση της βλάβης, επιβάλλει την ιδιαίτερη ενασχόληση με ειδικές ομάδες χρηστών, όπως είναι οι φυλακισμένοι, οι εγκυμονούσες, οι εξωθημένοι στην πορνεία, οι πολυτοξικομανείς, επιχειρώντας να προσφέρει πολύτιμα σημεία επαφής του πιο δύσκολου πληθυσμού των εξαρτημένων με την ευρύτερη θεραπευτική διαδικασία.

Άλλα προγράμματα μείωσης της βλάβης, που εφαρμόζονται σε κάποιες χώρες, είναι η λειτουργία ελεγχόμενων χώρων χρήσης (shooting rooms), τα προγράμματα ελεγχόμενης χορήγησης ηρωίνης, προγράμματα εμβολιασμών, κ.ά.

6.2.2 Κέντρα Άμεσης Παρέμβασης

Τα Κέντρα Άμεσης Παρέμβασης, απευθύνονται και παρέχουν υπηρεσίες υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, στην ομάδα εκείνη των τοξικοεξαρτημένων χρηστών, που δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε διαδικασία θεραπείας ή είναι αποκομμένοι από τις κοινωνικές υπηρεσίες, και αρκετά συχνά, έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες (π.χ. άστεγοι, πόρνες, εθνικές μειονότητες).

Οι υπηρεσίες τους είναι καθαρά παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης, από την χρήση-κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών και περιλαμβάνουν προσέγγιση των τοξικοεξαρτημένων ατόμων, συμβουλευτική υποστήριξη, κινητοποίησή τους για αλλαγή, παραπομπές (σε θεραπευτικά προγράμματα-νοσοκομεία), αλλά κυρίως παροχή υπηρεσιών υγείας.

Οι δραστηριότητες των υπηρεσιών τους, είναι ιδιαίτερα σημαντικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι ενεργοί χρήστες, θεωρούνται συνήθως «δύσκολοι ασθενείς» και πολλές φορές ανεπιθύμητοι από τις θεσμοθετημένες υπηρεσίες παροχής υγείας (Δρίτσας 2003).

Παρέχουν λοιπόν, τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης και συμβουλευτικής στήριξης, σε χρήστες ουσιών, χωρίς ωστόσο να προϋποθέτουν από μέρους τους, την επιθυμία ένταξης σε διαδικασία απεξάρτησης.

Έτσι, τα άτομα στα οποία απευθύνονται, ανάλογα με το βαθμό εμπλοκής τους με τις ουσίες, τις ανάγκες τους και την κινητοποίησή τους για θεραπεία, λαμβάνουν υπηρεσίες, οι οποίες αναπτύσσονται κατά κύριο λόγο σε δύο άξονες :

α. Παροχή υπηρεσιών σε οργανωμένους χώρους, όπως :

- Λειτουργία Διαγνωστικού Κέντρου και Πολυιατρείου, το οποίο παρέχει πλήρη διάγνωση σωματικής και ψυχικής υγείας, Πρώτες Βοήθειες, οδοντιατρική περίθαλψη, παθολογικό ιατρείο, μικροβιολογικό εργαστήριο.
- Παραπομπή για ιατρικές εξετάσεις (π.χ. HIV/AIDS, ηπατίτιδα) σε συνεργαζόμενους φορείς υγείας.
- Ενημέρωση για ασφαλέστερη χρήση ουσιών, οργάνωση ενημερωτικών σεμιναρίων υγείας (για προφύλαξη από λοιμώδη νοσήματα, HIV/AIDS), σεμιναρίων για ασφαλέστερη χρήση ουσιών, υπηρεσία ανταλλαγής συριγγών.
- Παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης.
- Νομική υποστήριξη.
- Κοινωνική υποστήριξη.
- Ατομική συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, στους ίδιους και στις οικογένειες τους.
- Λειτουργία ελεγχόμενων χώρων συνάντησης (στέκια), οι οποίοι είναι ασφαλής και «ελεύθεροι» από ουσίες, όπου οι τοξικοεξαρτημένοι, να μαγειρέψουν και να φροντίσουν την ατομική τους υγιεινή, καθώς και να ψυχαγωγηθούν, με δραστηριότητες αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου τους (βιβλιοθήκη, τηλεόραση, βίντεο, επιτραπέζια παιχνίδια).
- Παραπομπή σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

- Κινητοποίηση και υποστήριξη, με στόχο την ενημέρωση και την προετοιμασία εξαρτημένων ατόμων που θέλουν να ενταχθούν σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

β. Παροχή υπηρεσιών εκτός του Κέντρου, τα οποία παρέχουν άμεσα υπηρεσίες, χωρίς να υποχρεούται ο ενδιαφερόμενος να επισκεφθεί τους συγκεκριμένους χώρους. όπως:

- Κινητή Ιατρική Μονάδα
- Πρόγραμμα προσέγγισης χρηστών στο δρόμο (street-work).

(Δρίτσας, 2003:29-30, Γαζγαλίδης 2005)

Τα μέλη του προσωπικού, των Κέντρων Άμεσης Παρέμβασης αναλαμβάνουν σημαντική δράση, κυρίως στην δευτεροβάθμια πρόληψη. Το προσωπικό αποτελείται κατά κύριο λόγο από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, πρώην χρήστες, που εκτιμάται ότι μπορούν να αντέξουν μια τέτοια επιβάρυνση, και σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό, από γιατρούς και νοσηλευτές (Γαζγαλίδης 2005).

Για να κατορθώσουν την διατήρηση στενής επαφής και προσιτής επικοινωνίας με τους τοξικοεξαρτημένους, κάνουν προσπάθειες :

- Ø Να αναπτύσσουν «ανεκτική στάση» απέναντι στους χρήστες.
- Ø Να κατανοούν το φαινόμενο χρήσης-κατάχρησης.
- Ø Να μην συμφωνούν με τις εσφαλμένες πολιτισμικές απόψεις, που επικρατούν στην κοινότητα.
- Ø Να ανιχνεύουν την χρήση ουσιών, σε καλά «κρυμμένους» πληθυσμούς, ούτως ώστε να συμβάλλουν τελικά, στην μείωση της βλάβης.

(Δρίτσας 2003)

6.2.3 Εργασία προσέγγισης στον δρόμο (Street-work)

Η «εργασία προσέγγισης στον δρόμο», (επίσης γνωστή ως street-work ή outreach work), είναι μια μέθοδος προσέγγισης χρηστών, που επιτυγχάνεται τόσο εντός οργανωμένων χώρων (π.χ. στέκια, δικαστήρια, νοσοκομεία), όσο και στους τόπους συγκέντρωσης των χρηστών (π.χ. «πιάτσες», πάρκα, πλατείες), ή ακόμη και στα σπίτια τους.

Η προσεγγιστική αυτή μέθοδος στοχεύει στην εξεύρεση «κρυμμένων ομάδων» χρηστών, πραγματοποιώντας εξορμήσεις, σε τακτά χρονικά διαστήματα σε κεντρικά σημεία της εκάστοτε περιοχής, τα οποία αποτελούν τόπους συνάντησης τοξικοεξαρτημένων, που ούτε είναι ενταγμένοι σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, και πολλές φορές, ούτε είναι πρόθυμοι να ενταχθούν, τουλάχιστον όχι άμεσα.

Οι βασικοί στόχοι της δράσης της προσέγγισης στον δρόμο, είναι η ενημέρωση των χρηστών, για την προαγωγή μιας περισσότερο υγιούς συμπεριφοράς, η παροχή των μέσων για τη σωστή φροντίδα της υγείας τους, την αποφυγή και μείωση της διασποράς μεταδοτικών νοσημάτων, κ.ά. και φυσικά, η κινητοποίηση τους για σταδιακή αποχή από την κατάχρηση (Δρίτσας 2003:29, Γαζγαλίδης 2005).

Οι street workers είναι συνεχώς αντιμέτωποι με την καθημερινότητα του χρήστη και της «πιάτσας», με την επαφή με χρήστες υπό την επήρεια των ψυχοτρόπων ουσιών, με τις καταστάσεις ανάγκης, τις κρίσεις και τα προβλήματα που υπάρχουν εκεί.

Ωστόσο, μέσα στην «πιάτσα», είναι ο ίδιος ο χρήστης, και όχι ο street worker που προσδιορίζουν τους κανόνες, το χρόνο και το πλαίσιο της όποιας επαφής. Για την επίτευξη λοιπόν, του στόχου του, ο street worker θα πρέπει να εγκαθιδρύσει μια φιλική και προσιτή επικοινωνία, χωρίς πιέσεις για αλλαγή και απεξάρτηση, όταν αυτά απέχουν από το αίτημα του ίδιου του χρήστη (Δρίτσας 2003, Γαζγαλίδης 2005).

«Η σηματοδότηση προς τον χρήστη ότι δεν αντιμετωπίζεται ως μία κοινωνική εξαθλιωμένη και ελλειμματική προσωπικότητα βοηθάει σημαντικά στην εγκατάσταση μιας δημιουργικής επαφής» (Γαζγαλίδης, 2005: 75).

Συμφωνά με τον Γαζγαλίδη, οι στόχοι της δουλειάς στο δρόμο είναι :

- η εγκατάσταση επαφών, κυρίως με χρήστες οι οποίοι δεν έρχονται σε επαφή με τα θεραπευτικά προγράμματα και τις υπηρεσίες υγείας, με γνώση και αποδοχή καταρχήν του κώδικα συμπεριφοράς τους και χωρίς επίδειξη όποιας μονομερούς εξουσίας
- η μείωση της εγγενούς καχυποψίας, αυτού του περιθωριοποιημένου πληθυσμού απέναντι στους ίδιους τους street workers, αλλά και τα θεραπευτικά προγράμματα, τις υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες (με την προϋπόθεση βέβαια, ότι και τα προγράμματα και οι υπηρεσίες έχουν κάνει το ίδιο από την πλευρά τους)

- η παρέμβαση στην κρίση, με παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.
- η παροχή πρώτων βοηθειών και η φροντίδα για ιατρική περίθαλψη, σε περίπτωση παρουσίας τους σε ένα επείγον περιστατικό (π.χ. κόμμα)
- η ενημέρωση για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα και τις λοιπές υπηρεσίες υγείας
- η γενικότερη πληροφόρηση, διαμεσολάβηση και φροντίδα για τη βελτίωση της υγείας των χρηστών και η αποτροπή της υπαρξιακής εξαθλίωσης, μέσα από την κατανόηση, την υποστήριξη και ενδεχομένως, τη διεύρυνση των δυνατοτήτων για χειρισμούς αυτοβοήθειας, που έχει ο ίδιος ο χρήστης
- η ενημέρωση για τους κίνδυνους που ελλοχεύουν για την υγεία τους, από επικίνδυνες καθημερινές πρακτικές στη χρήση ή και τη σεξουαλική επαφή ενδεχομένως, και με παράλληλη διανομή συριγγών και προφυλακτικών (safer use-safe sex)
- η ενημέρωση για τις παροχές που πιθανόν υπάρχουν, για παράδειγμα, σχετικά με τη λήψη επιδομάτων, νομική βοήθεια, διανυκτέρευση, ατομική υγιεινή, διατροφή κ.ά.
- η ενημέρωση των προγραμμάτων, των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, με στόχο τη διαμόρφωση ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών ρεαλιστικότερα προσανατολισμένου στις πραγματικές ανάγκες των χρηστών. (Γαζγαλίδης, 2005: 76-78).

6.3 Θεραπευτικά προγράμματα για ειδικές ομάδες εξαρτημένων

Μπορεί να διακρίνει κανείς, κάποια κοινά χαρακτηριστικά ανάμεσα στους περισσότερους τοξικοεξαρτημένους, τα οποία αφορούν συχνότερα σε μια προσωπικότητα ελλειμματική, όχι σταθερά δομημένη, με μεγάλα συναισθηματικά κενά και εξωπραγματικά, μη-αυθεντικά ιδανικά του «εγώ», σε μια ταυτότητα χωρίς συνοχή που βρίσκεται υπό τη διαρκή απειλή της διάλυσης, και διακατέχεται από συνεχή συναισθήματα φόβου, μοναξιάς, απόρριψης και ανασφάλειας.

Ωστόσο, οι διαφορές τους είναι ακόμη περισσότερες και σχετίζονται κυρίως με τα κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τις συνθήκες ζωής τους, τα μοντέλα χρήσης που ακολουθούν, τη σχέση τους με τον νόμο, κ.ά.

Είναι κοινά αποδεκτό, ότι κάθε εξαρτημένος πρέπει να εξετάζεται στην ιδιαιτερότητα του όταν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά, καθώς δεν υπάρχει ένα θεραπευτικό μοντέλο που να είναι κατάλληλο για όλα τα άτομα (Μάτσα 1999).

6.3.1. Τα διαπολιτισμικά θεραπευτικά προγράμματα

Οι έντονες κοινωνικοπολιτικές αλλαγές στον χώρο των Βαλκανίων και της Ανατολικής Ευρώπης και οι συνακόλουθες μετακινήσεις πληθυσμιακών ομάδων, μετέτρεψαν τα τελευταία χρόνια την Ελλάδα σε χώρα υποδοχής πλήθους μεταναστών διαφόρων εθνικοτήτων.

Αρκετοί μετανάστες και πρόσφυγες βρέθηκαν αντιμετώπι με δύσκολες και πολλές φορές αδιέξοδες συνθήκες που σχετίζονται κυρίως με την νομιμοποίηση της παραμονής τους, την ανεύρεση εργασίας, την εκμάθηση της γλώσσας, την μη αναγνώριση της εκπαίδευσης τους, την αποκοπή από το οικογενειακό τους περιβάλλον κ.ά.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι οικονομικές αντιξοότητες που συνήθως βιώνουν αυτές οι πληθυσμιακές ομάδες σε συνδυασμό με την απουσία ενός υποστηρικτικού (οικογενειακού ή φιλικού) περιβάλλοντος, δημιουργεί στα άτομα άγχος, φόβο, ανασφάλεια και επιβαρύνει συναισθηματικά, τόσο τους ίδιους, όσο και τις οικογένειες τους.

Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών έρχεται να καλύψει ή να μετριάσει τα συναισθήματα αυτά, αποτελώντας για τους ίδιους μια μορφή «αυτό-θεραπείας».

Η κατάσταση γίνεται περισσότερο περίπλοκη, καθώς όχι μόνο είναι ελάχιστοι οι χρήστες ουσιών, που προέρχονται από πληθυσμιακές ομάδες με ιδιαίτερα γλωσσικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά, οι οποίοι απευθύνονται στις ανάλογες υπηρεσίες για να ζητήσουν βοήθεια, (ίσως λόγω των διαφορών της γλώσσας, της κουλτούρας, της νοοτροπίας), άλλα και τα ίδια τα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας μας στην πλειοψηφία τους, έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να υλοποιούνται με βάση τις ανάγκες μιας ομοιογενούς ομάδας, όπως ήταν μέχρι προσφάτως οι χρήστες ουσιών στην Ελλάδα (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007).

«Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες δείχνουν ότι η ασυμφωνία ανάμεσα στην κουλτούρα προέλευσης και στην κυρίαρχη ομάδα, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα πρόωρης εγκατάλειψης της θεραπείας και περαιτέρω περιθωριοποίησης. Παρόμοιες εμπειρίες έχουμε και στην Ελλάδα, με τις ομάδες

τσιγγάνων που μπορεί να πλησίασαν, όμως δεν παρέμειναν σε θεραπευτικές, σχολικές ή άλλες δομές, οι οποίες προσπάθησαν να τους ενσωματώσουν αγνοώντας τη δική τους κουλτούρα και τις δικές τους ανάγκες» (Πουλόπουλος, 2000: 1131).

Αν και όλα τα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας στηρίζονται στην αρχή της παροχής υπηρεσιών χωρίς διακρίσεις, οι εξειδικευμένες ανάγκες των χρηστών που προέρχονται από τις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, αλλά και η άρνηση της «κυρίαρχης ομάδας» να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί την πολιτισμική και εθνική τους ταυτότητα, οδήγησαν στον σχεδιασμό ειδικά στελεχωμένων μονάδων διαπολιτισμικής προσέγγισης, για τα εξαρτημένα άτομα που προέρχονται από εθνικές μειονότητες.

Βασικός στόχος των συγκεκριμένων προγραμμάτων είναι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη μεταναστών, προσφύγων και παλιννοστούντων, όσων αφορά στην πρόληψη, στην παροχή συμβουλευτικής και στον σχεδιασμό θεραπείας εξαρτημένων από παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες ατόμων.

«Ο στόχος αυτός καθορίζεται από μια ολιστική προσέγγιση της υποστήριξης των ανθρώπων. Αποφεύγει να κατηγοριοποιεί το σύμπτωμα της εξάρτησης από ουσίες σε ειδικό πρόβλημα και εννοεί την υποστήριξη και την αλλαγή ως την πορεία προς μια ποιοτικότερη σε νόημα ζωή» (ΚΕ.Θ.Ε.Α.-Μεταβατικό Κέντρο “MOSAIC”).

Σαφώς, τα εξαρτημένα άτομα που προέρχονται από αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες, μπορούν να απευθυνθούν και στα προγράμματα υποκατάστασης, όμως τα εξειδικευμένα διαπολιτισμικά προγράμματα που λειτουργούν μέχρι σήμερα στην Ελλάδα, είναι «ελεύθερα ουσιών», δηλαδή δεν χορηγούν υποκατάστατα.

Η προσέγγιση τους είναι διαπολιτισμική, αξιολογούν δηλαδή τις πολιτισμικές και κοινωνικές αντιλήψεις και ιδιαιτερότητες των ατόμων και τις ενσωματώνουν στον τρόπο παροχής υπηρεσιών, οι οποίες περιλαμβάνουν εξατομικευμένη, άμεσα προσβάσιμη και ευέλικτη στήριξη τόσο στους ίδιους τους εξαρτημένους, όσο και στις οικογένειες τους με στόχο τη μείωση της βλάβης, τη θεραπεία και την κοινωνική ενσωμάτωση (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

Ανάλογα προγράμματα έχουν δημιουργηθεί για να καλύψουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των τοξικοεξαρτημένων της Ανατολικής Μακεδονίας και της Θράκης, των οποίων ο σχεδιασμός και η στελέχωση προβλέπει την παροχή υπηρεσιών σε χρήστες που προέρχονται από διαφορετικές εθνικές και θρησκευτικές ομάδες, με γνώση και σεβασμό απέναντι στις πολιτισμικές και γλωσσικές τους ταυτότητες (ΚΕ.Θ.Ε.Α.- Διαπολιτισμικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΚΙΒΩΤΟΣ»).

6.3.2 Θεραπευτικά προγράμματα για εξαρτημένες μητέρες

Είναι συχνό το φαινόμενο, η εμμηνορρυσία γυναικών που κάνουν κατάχρηση ουσιών να αναστέλλεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ακόμη και τότε όμως υπάρχει δυνατότητα σύλληψης. Όταν η εγκυμοσύνη γίνει αντιληπτή, κατά κανόνα οι εξαρτημένες γυναίκες καθυστερούν να επισκεφθούν γυναικολόγο, συχνά αποκρύπτουν την εξάρτησή τους και δεν εξετάζονται τακτικά (Γαζγαλίδης 2005).

Οι τοξικοεξαρτημένες γυναίκες δεν αποκλείεται να έχουν ομαλή εγκυμοσύνη και να γεννήσουν ένα υγιές παιδί, όμως η χρήση αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την πρόκληση προβλημάτων στο βρέφος. Παράγοντες όπως το είδος των ουσιών που χρησιμοποιεί η μητέρα, η ποσότητα και η συχνότητα της χρήσης, συντελούν σημαντικά στην έκβαση της εγκυμοσύνης και στην κατάσταση υγείας του παιδιού.

Ανεξάρτητα με το είδος θεραπείας που θα επιλεγεί, κατά την έναρξη της θα πρέπει να σχεδιαστεί έτσι ώστε να μην ταλαιπωρηθούν από στερητικά συμπτώματα, ούτε η μητέρα και κυρίως, ούτε το βρέφος. Μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στις περιπτώσεις πολυεξάρτησης, όπου η μείωση των άλλων ουσιών (πλην της κύριας) θα πρέπει να γίνει σταδιακά. Φυσικά απαραίτητη κρίνεται η τακτική συνεργασία με τον γυναικολόγο και η ενημέρωση της κλινικής, όπου θα εισαχθεί η εξαρτημένη έγκυος (Γαζγαλίδης 2005).

Τα προγράμματα για εξαρτημένες μητέρες της χώρας μας, δημιουργήθηκαν για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε μητέρες παιδιών προσχολικής ή σχολικής ηλικίας και σε εγκύους που κάνουν κατάχρηση ουσιών.

Τα προγράμματα αυτά, είναι συνήθως ψυχοκοινωνικής κατεύθυνσης, εξωτερικής παρακολούθησης και έχουν σχεδιαστεί με τρόπο που διασφαλίζει τη φύλαξη και δημιουργική απασχόληση των παιδιών σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, για τις ώρες που οι μητέρες τους είναι απασχολημένες.

Όπως και στα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα, παρέχεται ατομική και ομαδική θεραπεία, με στόχο την ένταξη των ατόμων αυτών σε μακροχρόνια θεραπευτική διαδικασία, επιδιώκοντας παράλληλα την ενίσχυση του γονεϊκού τους ρόλου και υποστηρίζοντας την ανάπτυξη υγιούς σχέσης μητέρας-παιδιού.

Ακόμη, παρέχουν διαμονή σε προστατευμένο και υποστηρικτικό περιβάλλον, ιατρική παρακολούθηση των παιδιών, νομική υποστήριξη, εκπαίδευση σε θέματα διατροφής, εξελικτικής ανάπτυξης του παιδιού, σχέσεων στην οικογένεια, παιδικών ασθενειών, εμβολιασμών, κ.ά. (ΚΕ.Θ.Ε.Α.-Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες).

Οι εξαρτημένες μητέρες και οι εξαρτημένες εγκυμονούσες, μπορούν ακόμη να απευθυνθούν σε προγράμματα υποκατάστασης. Μάλιστα, με βάση τα μέχρι στιγμής ερευνητικά δεδομένα, η μεθαδόνη θεωρείται η ασφαλέστερη ουσία υποκατάστασης κατά την εγκυμοσύνη.

Επομένως, η προσέλκυση και η συγκράτηση της εγκύου, σε πρόγραμμα υποκατάστασης, είναι καθοριστικές για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, της υγείας της εγκύου και του νεογνού, ιδιαίτερα όταν η ίδια δεν είναι πρόθυμη για έναρξη μιας «ελεύθερης ουσιών» θεραπείας.

Ο στόχος της θεραπείας υποκατάστασης για εξαρτημένες εγκύους, είναι η σταθεροποίηση της υγείας της μητέρας, η αποστασιοποίηση της από την χρήση παράνομων ουσιών και του αντίστοιχου τρόπου ζωής, και η τακτική και προγραμματισμένη παρακολούθηση μητέρας και εμβρύου από τις ιατρικές ειδικότητες που απαιτείται (Γαζγαλίδης 2005).

Τα προγράμματα που απευθύνονται σε εξαρτημένες μητέρες έχουν άμεση συνεργασία με άλλους κοινωνικούς φορείς και υπηρεσίες, όπως ο ΟΑΕΔ, η Πρόνοια, τα Παιδικά Χωριά SOS, τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα Π.Ι.Κ.Π.Α., το Χαμόγελο του Παιδιού, κ.ά. (ΚΕ.Θ.Ε.Α.-Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες).

6.4 Θεραπευτικά προγράμματα στο πλαίσιο του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης

Η κατάχρηση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών για τα περισσότερα τοξικοεξαρτημένα άτομα συνδέεται άμεσα με την παραβατικότητα και συνεπώς με την εμπλοκή με τις διωκτικές, δικαστικές και σωφρονιστικές αρχές.

Μάλιστα, υπολογίζεται πως ο μισός πληθυσμός των φυλακών στην χώρα μας εκτίει ποινές για αδικήματα σχετιζόμενα με «ναρκωτικά» (κατοχή, χρήση, μικροδιακίνηση ή δευτερογενή παραβατικότητα).

«Η ηρωίνη του δρόμου είναι μια πανάκριβη ουσία, και για τη συντριπτική πλειοψηφία των εξαρτημένων χρηστών της είναι εξαιρετικά δύσκολο να βρίσκουν με νόμιμο τρόπο τα απαραίτητα χρήματα για την προμήθεια της. Έτσι, αφού εξαντληθούν τα όποια προσωπικά και οικογενειακά οικονομικά αποθέματα, αφού εξαντληθούν οι δυνατότητες δανεισμού, συχνότατα οδηγούνται οι χρήστες στη διάρρηξη και την κλοπή, την απάτη, την πλαστογράφηση συνταγών, την περιστασιακή πορνεία και τη μικροδιακίνηση ουσιών, προκειμένου να εξευρεθούν τα απαραίτητα χρήματα.

Όσο λοιπόν «βαθαίνει» η εξάρτηση, όσο μειώνονται οι δυνατότητες για εξεύρεση με νόμιμο τρόπο των χρημάτων, τόσο αυξάνει η εμπλοκή με τη λεγόμενη δευτερογενή εγκληματικότητα, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος και η εμπλοκή τελικά με τις διωκτικές, δικαστικές και σωφρονιστικές αρχές. Οι φυλακές είναι ένας χώρος όπου πολλοί χρήστες ουσιών διαβιούν για ένα σημαντικό διάστημα της ζωής τους, με τις αντίστοιχες κοινωνικές συνέπειες» (Γαζγαλίδης 2005:40-41).

Στην Ελλάδα, οι ισχύουσες νομοθετικές ρυθμίσεις, προβλέπουν και υποστηρίζουν την υλοποίηση σειράς δράσεων, οι οποίες απευθύνονται σε παραβάτες, έγκλειστους και αποφυλακισμένους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, και η οποία περιλαμβάνει:

1. την παροχή υπηρεσιών μείωσης της βλάβης, η οποίες τελικά υλοποιούνται κυρίως, από μη κυβερνητικές οργανώσεις, καθώς δεν υπάρχει μια ολοκληρωμένη και συστηματική παρέμβαση στον χώρο των φυλακών
2. τον εμπλουτισμό και την επέκταση ομάδων συμβουλευτικής υποστήριξης κρατουμένων, οι βασικοί στόχοι των οποίων είναι, η ενημέρωση σχετικά με την χρήση και την εξάρτηση, η αξιολόγηση των αναγκών των κρατουμένων, η εμπύχωση, η κινητοποίηση και η προετοιμασία για παραπομπή και ένταξη στην κατάλληλη θεραπευτική δομή, υποστήριξη σε νομικά θέματα, κτλ.
3. την ανάπτυξη ολοκληρωμένης θεραπευτικής πρότασης
4. τη λειτουργία εξειδικευμένων δομών υποδοχής αποφυλακισμένων χρηστών

(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006)

6.4.1 Θεραπευτικά προγράμματα για κρατούμενους χρήστες ουσιών

Ένας έγκλειστος τοξικοεξαρτημένος, συνήθως δεν έχει πολλές επιλογές θεραπείας, όπως ανοιχτά ή κλειστά προγράμματα, «στεγνά» ή υποκαταστάτων, κ.ά. Μάλιστα, τις περισσότερες φορές, η μόνη του επιλογή είναι η αποχή, τη στιγμή που η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), συνιστά το επίπεδο των ιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών μέσα στη φυλακή, να είναι όσο γίνεται πιο κοντά στο επίπεδο των υπηρεσιών που θα προσφέρονταν σ' αυτούς τους ανθρώπους και εκτός φυλακής (Γαζγαλίδης 2005, Πουλόπουλος 2005).

Και ενώ στην Ελλάδα, προβλέπεται με νομοθετική ρύθμιση δυνατότητα εναλλαγής της φυλάκισης με ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα εκτός φυλακών, για την επιτυχή παρακολούθηση και ολοκλήρωση του, η εφαρμογή αυτού του μέτρου είναι περιορισμένη.

Στην χώρα μας, λειτουργούν δυο ολοκληρωμένα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα μέσα στις φυλακές.

«Το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας φαίνεται να είναι λειτουργικό στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος, δίνοντας τη δυνατότητα στους εξαρτημένους χρήστες που το επιλέγουν να απεξαρτηθούν και να προετοιμαστούν για την επανένταξη τους στην κοινωνία» (Πουλόπουλος 2005:67).

Το πρώτο θεραπευτικό πρόγραμμα σωματικής και ψυχικής απεξάρτησης μέσα στην φυλακή λειτούργησε για πρώτη φορά στο πλαίσιο του ελληνικού σωφρονιστικού συστήματος στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού. Το θεραπευτικό πρόγραμμα «ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ», παρέχει υπηρεσίες θεραπείας, εκπαίδευσης και κατάρτισης, σε ένα ειδικά διαμορφωμένο χώρο που έχει παραχωρηθεί από τη διεύθυνση των φυλακών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006, ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

Το Κέντρο Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων (ΚΑΚΤ), στον Ελαιώνα Θηβών, λειτουργεί ως ειδικό κατάστημα με έμφαση στη θεραπευτική μεταχείριση των τοξικοεξαρτημένων κρατουμένων. Το θεραπευτικό πρόγραμμα του περιλαμβάνει τις εξής φάσεις:

1. κινητοποίηση και σωματική αποτοξίνωση
2. κινητοποίηση για θεραπεία και σταδιακή αλλαγή της ψυχολογικής στάσης και συμπεριφοράς του ατόμου
3. ψυχική απεξάρτηση
4. κοινωνικοποίηση και επανένταξη των θεραπευομένων στην κοινωνία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006)

6.4.2 Προγράμματα για αποφυλακισμένους χρήστες ουσιών

Η εφαρμογή θεραπευτικών προγραμμάτων στο πλαίσιο του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, μπορεί να είναι αποτελεσματική, μόνο εάν το εξαρτημένο άτομο συνεχίσει να λαμβάνει ψυχοκοινωνική βοήθεια και μετά την αποφυλάκιση του.

Άλλωστε, είναι γεγονός πως μεγάλο ποσοστό των «θανάτων από ναρκωτικά», σημειώνεται το πρώτο διάστημα μετά την αποφυλάκιση, όπου λόγω της πίεσης τόσο από την ίδια την εξάρτηση, όσο και από την κοινωνική απόρριψη, μεγάλος αριθμός αποφυλακισμένων χρηστών υποτροπιάζει (Γαζγαλίδης 2005).

Τα προγράμματα για αποφυλακισμένους χρήστες, παρέχουν ένα σύνολο υπηρεσιών όπως:

- § ατομική ή ομαδική συμβουλευτική στήριξη
- § κινητοποίηση για θεραπεία
- § προετοιμασία για παραπομπή και ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα
- § συνέχιση και ολοκλήρωση της θεραπευτικής τους πορείας.
- § παράλληλη στήριξη των οικογενειών τους
- § νομική συμβουλευτική
- § εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων
- § ψυχαγωγικές δραστηριότητες

Επίσης, τα κέντρα για αποφυλακισμένους χρήστες, παρέχουν υπηρεσίες επανένταξης απεξαρτημένων αποφυλακισμένων ατόμων, στόχος των οποίων είναι η υποδοχή, η ένταξη τους στην αγορά εργασίας, η κοινωνική τους δραστηριοποίηση, καθώς και η ψυχοκοινωνική τους υποστήριξη για την πρόληψη της υποτροπής (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006, ΚΕ.Θ.Ε.Α.- Κέντρο Υποστήριξης Φυλακισμένων και Αποφυλακισμένων Χρηστών Θεσσαλονίκης).

6.5 Προγράμματα αυτοβοήθειας

Τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερα γίνονται τα θεραπευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης, που υιοθετούν και προσπαθούν να εφαρμόζουν τις βασικές αρχές και τις τεχνικές της αυτοβοήθειας.

Η αυτοβοήθεια αναδεικνύεται ως αξιόπιστη εναλλακτική λύση, καθώς βασικός της άξονας είναι η ενεργοποίηση των ίδιων των χρηστών, για την

αντιμετώπιση της εξάρτησης τους, μέσα σε ένα πλαίσιο συλλογικότητας και αλληλεγγύης. Μάλιστα, τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τον συνδυασμό ταυτόχρονης παρακολούθησης ομάδων αυτοβοήθειας και σχεδιασμένων επαγγελματικών θεραπευτικών προγραμμάτων φαίνεται πως έχουν μεγάλα ποσοστά επιτυχίας.

Βασικά χαρακτηριστικά της αυτοβοήθειας είναι η αυτενέργεια και η ανάληψη προσωπικής ευθύνης, και κατά συνέπεια η αναίρεση της παθητικότητας. Η αναίρεση της παθητικότητας, η ανάληψη ευθύνης από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους και όχι η εκχώρησή της σε πολυπράγμονες ειδικούς, η συνάντηση ανθρώπων που συγκροτούν κοινότητες προσώπων και όχι απρόσωπων «περιστατικών», που απλώς συμπίπτουν σε κάποια άκαμπτη διαγνωστική κατηγορία, είναι παράγοντες, που συμβάλλουν καθοριστικά στην αποτελεσματικότητα των ομάδων αυτοβοήθειας.

Οι παράγοντες αυτοί, ευνοούν σημαντικά την καλλιέργεια ανθρωπιστικών αξιών και την κάλυψη βασικών αναγκών, που είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας, αλλά και την αυτοπραγμάτωση του ανθρώπου (Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας 2006).

Μεγάλο μέρος της έρευνας πάνω στις ομάδες αυτοβοήθειας, δεν έχει θεωρητικό υπόβαθρο, δεν προσκολλάται δηλαδή σε κάποια συγκεκριμένη άποψη και προσέγγιση.

Η θεωρία της μικρής ομάδας, η θεωρία του άγχους, καθώς και οι συμπεριφορικές και γνωστικές θεωρίες συμβάλλουν στην κατανόηση της έννοιας της αλληλοβοήθειας. Θεωρίες της έλξης της ομάδας και της κοινωνικής σύγκρισης, προσφέρουν κάποια κατανόηση του πώς τα μέλη έλκονται και δημιουργούν δεσμούς με τις ομάδες αυτοβοήθειας.

Σύμφωνα με την Steward η θεωρίες της ψυχονευροανοσολογίας και της κοινωνικής μάθησης, σχετίζονται άμεσα με την αυτοβοήθεια.

Η ψυχονευροανοσολογία αφορά στη σχέση των συναισθημάτων και της αντίστασης στις ασθένειες, καθώς με την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη, δυναμώνει η ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος.

Ακόμη, η κοινωνική μάθηση περιλαμβάνει τρία βασικά συστατικά, τα οποία μπορεί κανείς να αναγνωρίσει στις ομάδες αυτοβοήθειας: εκπαίδευση, ενίσχυση και χρήση προτύπων.

Η συνεχής εξάπλωση των ομάδων αυτοβοήθειας είναι από μόνη της ένας έμμεσος, αλλά πολύ σημαντικός δείκτης της αποτελεσματικότητάς τους, αφού

πρόκειται για μη κερδοσκοπικές και αυτοχρηματοδοτούμενες ομάδες ανθρώπων, με ένα κοινό πρόβλημα, και όχι για επαγγελματικού τύπου υπηρεσίες ψυχικής υγείας, των οποίων η εξάπλωση θα μπορούσε να συσχετιστεί με άλλους παράγοντες (Ζαφειρίδης 2001).

Στον πίνακα που ακολουθεί, ο Ζαφειρίδης, Επιστημονικά Υπεύθυνος του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας, κάνει μια προσπάθεια καταγραφής, των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των ομάδων αυτοβοήθειας και των συμβατικών μοντέλων επαγγελματικής κατάρτισης (Ζαφειρίδης 2001).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Πλεονεκτήματα/μειονεκτήματα ομάδων αυτοβοήθειας

ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ	ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ
Πλεονεκτήματα	Πλεονεκτήματα
<ol style="list-style-type: none"> 1. Μηδαμινό οικονομικό κόστος 2. Διαχρονικά σταθερό αποτέλεσμα 3. Ανάπτυξη συνειδητών στάσεων ζωής 4. Αυτοδιαχείριση-Αυτοδιοίκηση-Αυτοχρηματοδότηση 5. Θεραπεία των αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση 6. Ταυτόχρονη προληπτική λειτουργία 7. Προαγωγή της προσωπικής ανάπτυξης και κατ' επέκταση της κοινωνικής ανάπτυξης 8. Ενσωματωμένη λειτουργία πρόληψης των υποτροπών 9. Προαγωγή της ιδέας της αυτοοργάνωσης και της αυτοδιαχείρισης στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων 10. Ενεργοποίηση και ανάληψη προσωπικής ευθύνης 11. Καλλιέργεια των ανθρωπιστικών αξιών 12. Αντιμετώπιση διπλών διαγνώσεων 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ευκολία στην πρόσβαση 2. Αποδοχή της πρότασης ακόμα και από χρήστες χαμηλού κινήτρου 3. Διασφάλιση από τυχόν εκτροπές λόγω της εποπτείας της πολιτείας 4. Οργανωμένη αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου
Μειονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<ol style="list-style-type: none"> 1. Δεν προσελκύουν εύκολα χρήστες που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της χρήσης 2. Πιθανότητες ανάπτυξης ιδεολογίας «γκέτο» σε κάποιες ομάδες 3. Ανυπαρξία υποδομής επαγγελματικής εκπαίδευσης (ισχύει για ορισμένες ομάδες) 4. Μη οργανωμένη αντιμετώπιση σωματικού στερητικού συνδρόμου 5. Κυμαινόμενη αξιοπιστία από ομάδα σε ομάδα 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Τεράστιο κόστος λειτουργίας 2. Ιδρυματισμός προσωπικού και θεραπευόμενων 3. Ανάπτυξη συντεχνιακής νοοτροπίας του προσωπικού 4. Σύνδρομο κόπωσης του προσωπικού (Burn out) 5. Θεραπευτική αγωγή που στις περισσότερες περιπτώσεις απευθύνεται στο σύμπτωμα 6. Απουσία ταύτισης με το αντικείμενο 7. Αναπαραγωγή των κυρίαρχων ιδεολογικών στάσεων ζωής 8. Συχνή εμφάνιση φαινομένων κατάχρησης θεραπευτικής εξουσίας 9. Συχνή εμφάνιση φαινομένων κατάχρησης 10. Ανάπτυξη παθητικότητας από την πλευρά των θεραπευόμενων 11. Αδυναμία αντιμετώπισης των διπλών διαγνώσεων που αποτελούν το 30% των περιπτώσεων

6.5.1 Οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι

Οι ομάδες των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α.) ξεκίνησαν το 1935 από τις Η.Π.Α. και σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα εξαπλώθηκαν σε όλη την Ευρώπη. Η φιλοσοφία των Α.Α., επέδρασε στη θεραπεία των τοξικοεξαρτημένων άμεσα, με τη σύσταση των Ν.Α. το 1952, αλλά και έμμεσα, με τη δημιουργία της θεραπευτικής κοινότητας Synanon, που όπως είναι γνωστό επηρεάστηκε καθοριστικά από τους Ανώνυμους. Επομένως, στον τομέα της τοξικοεξάρτησης, η αυτοβοήθεια είναι συνδεδεμένη με μια από τις πλέον επιτυχημένες θεραπευτικές προσπάθειες (Πουλόπουλος 2005).

Οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι (ΝΑ) είναι μία μη κερδοσκοπική αδελφότητα ή κοινωνία ανδρών και γυναικών, για τους οποίους οι ουσίες είχαν γίνει κύριο πρόβλημα. Πρόκειται για τοξικοεξαρτημένους σε ανάρρωση, που συναντιούνται τακτικά, για να βοηθήσουν ο ένας τον άλλο να παραμείνουν «καθαροί».

Κύριος στόχος τους, είναι να έρθουν σε επαφή με εξαρτημένα άτομα και να τα βοηθήσουν να μάθουν να ζουν μια ζωή χωρίς ουσίες, να αναρρώσουν από τις επιπτώσεις της εξάρτησης και να εγκαθιδρύσουν μια ζωή σταθερή και δημιουργική.

Το ΝΑ δεν συνδέεται με κανέναν άλλο οργανισμό, με καμία πολιτική, θρησκευτική ή νομική παράταξη. Οποιοσδήποτε μπορεί να συνδεθεί με το πρόγραμμα, ανεξάρτητα από ηλικία, φυλή, σεξουαλική ταυτότητα, δόγμα, θρησκεία ή έλλειψη θρησκείας. Υπάρχει μόνο μία προϋπόθεση για να είναι κανείς μέλος, η επιθυμία να σταματήσει να κάνει χρήση (Ναρκομανείς Ανώνυμοι 2000).

«Ένας άλλος παράγοντας που θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερος, είναι ότι οι ομάδες αυτές δεν αποκλείουν μέλη που έχουν κάποια επιπλέον προβλήματα, εκτός από αυτό της εξάρτησης, με χαρακτηριστικότερο το παράδειγμα των ανθρώπων με διπλή διάγνωση, οι οποίοι δύσκολα γίνονται δεκτοί σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Ελάχιστα άλλωστε είναι τα προγράμματα ειδικά σε χώρες σαν την Ελλάδα που δέχονται ανθρώπους με τέτοιου είδους προβλήματα» (Ζαφειρίδης 2001: 25).

Οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι οργανώνονται σε τοπικό επίπεδο, ως αυτοδιοικούμενες, αυτοδιαχειριζόμενες ομάδες που πιστεύουν σε ένα κοινό σύστημα αρχών και λειτουργιών, προσαρμοσμένων στα 12 βήματα και τις 12 παραδόσεις των Ανωνύμων Αλκοολικών (Α.Α.).

Το κεντρικό σημείο των ομάδων αυτών, είναι μια σειρά από προσωπικές δραστηριότητες γνωστές ως τα 12 Βήματα. Τα βήματα αυτά περιλαμβάνουν την παραδοχή του προβλήματος, την αναζήτηση βοήθειας, την αυτοεκτίμηση, την εμπιστευτική αυτοαποκάλυψη, το να επανορθώνεις, όπου έχεις κάνει λάθος και το να δουλεύεις με άλλους ανθρώπους που θέλουν να αναρρώσουν (Ναρκομανείς Ανώνυμοι 2000).

Η προσέγγιση των Ν.Α. είναι μη επαγγελματική, καθώς στα προγράμματα αυτά δεν απασχολούνται «ειδικοί» ως προσωπικό, αλλά βασίζεται στην αυτοβοήθεια

«Η πρωταρχική θεραπευτική αξία των ομάδων αυτών, βασίζεται ακριβώς στο γεγονός ότι εξαρτημένοι βοηθούν άλλους εξαρτημένους. Η θεραπευτική σημασία της αυτοβοήθειας είναι άλλωστε αποδεδειγμένη στον τομέα της θεραπείας των εξαρτήσεων και όχι μόνο. Στις συναντήσεις των ομάδων, κάθε μέλος μοιράζεται τις προσωπικές του εμπειρίες με άλλους, αναζητώντας βοήθεια όχι από κάποιους ειδικούς, αλλά από ανθρώπους που έχουν βιώσει παρόμοιες καταστάσεις και βρήκαν τη λύση» (Ζαφειρίδης, 2001: 25).

Μια από τις βασικές αρχές των προγραμμάτων των Ν.Α., είναι αυτή της ανωνυμίας. Η ανωνυμία δημιουργεί ένα κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και ισότητας μέσα στις ομάδες και εξασφαλίζει το γεγονός, ότι κανενός η περίπτωση ή η προσωπικότητα δεν θα θεωρηθεί πιο σημαντική από το μήνυμα της ανάρρωσης που μοιράζονται τα μέλη των ομάδων. Άλλωστε, όπως έχει αποδειχτεί είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες διατήρησης και διεύρυνσης του κινήματος των ανωνύμων.

Αυτό που οι ανώνυμοι θεωρούν ως θεραπεία, είναι η αλλαγή στον τρόπο ζωής και υιοθέτηση νέου τρόπου ζωής που ενσωματώνει ηθικές και πνευματικές αξίες, όπως εντιμότητα, αγάπη, αυτογνωσία και όχι απλά η διακοπή της χρήσης (Ναρκομανείς Ανώνυμοι 2000).

Μάλιστα, σύμφωνα με τη φιλοσοφία των ανωνύμων, η υποτροπή μοιάζει πολλές φορές να είναι απαραίτητο στοιχείο της συνολικής τους διαδικασίας, στην πορεία της ανάρρωσής τους από την εξάρτηση. Έτσι, όσοι έχουν κάνει υποτροπή δεν κατακρίνονται από την υπόλοιπη ομάδα, αλλά ενθαρρύνονται να συνέλθουν, να διδαχτούν από την εμπειρία τους και να συνεχίσουν την προσπάθειά τους.

Η θεραπευτική αξία της αλληλεγγύης, της αφοσίωσης και της προσφοράς στον συνάνθρωπο αντικατοπτρίζεται στο γνωμικό των ανωνύμων: «Οποτεδήποτε κάποιος, οπουδήποτε απλώσει το χέρι για βοήθεια, θέλω το χέρι των Α.Α. να είναι εκεί. Γι' αυτό, είμαι υπεύθυνος» (Ζαφειρίδης 2001).

Μεγάλη έμφαση δίνουν οι ανώνυμοι, σε αυτό που αποκαλούν «πνευματική αφύπνιση» τονίζοντας την πρακτική της αξία και όχι κάποια φιλοσοφική ή μεταφυσική της υπόσταση.

Οι ομάδες των ανωνύμων δεν είναι θρησκευτικά προγράμματα. Τα μέλη ενθαρρύνονται να αναπτύξουν την προσωπική τους κατανόηση, θρησκευτική ή όχι, αυτής της «πνευματικής αφύπνισης».

Αυτές είναι οι αρχές του προγράμματος ΝΑ:

- 1. Παραδεχτήκαμε ότι είμαστε ανίσχυροι ως προς τον εθισμό μας και ότι η ζωή μας είχε γίνει ακυβέρνητη.*
- 2. Φτάσαμε να πιστεύουμε ότι μία Δύναμη μεγαλύτερη από εμάς θα μπορούσε να μας επαναφέρει στη λογική.*
- 3. Πήραμε την απόφαση να παραδώσουμε τη θέλησή μας και τη ζωή μας στη φροντίδα του Θεού της κατανόησής μας.*
- 4. Κάναμε μία ερευνητική και άφοβη ηθική απογραφή του εαυτού μας.*
- 5. Παραδεχτήκαμε στο Θεό, στον εαυτό μας και σε έναν άλλον άνθρωπο την ακριβή φύση των σφαλμάτων μας.*
- 6. Ήμασταν απόλυτα έτοιμοι να αφήσουμε το Θεό να αφαιρέσει όλα αυτά τα ελαττώματα του χαρακτήρα.*
- 7. Ταπεινά Του ζητήσαμε να αφαιρέσει τις ατέλειές μας.*
- 8. Κάναμε έναν κατάλογο όλων των ανθρώπων που είχαμε βλάψει και γίναμε πρόθυμοι να επανορθώσουμε σε όλους.*
- 9. Κάναμε άμεσες επανορθώσεις σε αυτούς τους ανθρώπους όπου ήταν δυνατόν, εκτός εάν αυτό θα έβλαπτε αυτούς ή άλλους.*
- 10. Συνεχίσαμε να κάνουμε προσωπική απογραφή και όταν σφάλαμε το παραδεχτήκαμε αμέσως.*
- 11. Αναζητήσαμε μέσω προσευχής και περισυλλογής να βελτιώσουμε τη συνειδητή επαφή μας με το Θεό της κατανόησής μας, προσευχόμενοι*

μόνο για τη γνώση της θέλησής Του για μας και τη δύναμη να την εκτελέσουμε.

12. Έχοντας μία πνευματική αφύπνιση σαν αποτέλεσμα αυτών των βημάτων, προσπαθήσαμε να μεταφέρουμε αυτό το μήνυμα σε άλλους ναρκομανείς και να εφαρμόσουμε αυτές τις αρχές σε όλες μας τις υποθέσεις» (Ναρκομανείς Ανώνυμοι 2000).

Σύμφωνα με το πρόγραμμα ΝΑ, ο τρόπος που αντιμετωπίζει την «αρρώστια του εθισμού» είναι τελείως ρεαλιστικός, γιατί η θεραπευτική αξία ενός ναρκομανή που βοηθάει έναν άλλο ναρκομανή δεν έχει παράλληλο. Ο τρόπος αυτός θεωρείται πρακτικός, επειδή βασίζεται στην ιδέα πως ένας ναρκομανής μπορεί να καταλάβει και να βοηθήσει καλύτερα έναν άλλο ναρκομανή.

Είναι ένα πρόγραμμα πλήρους αποχής από όλες τις ουσίες. *«Ο μόνος τρόπος για να μην επιστρέψουμε στον ενεργό εθισμό είναι να μην πάρουμε το πρώτο ναρκωτικό. Δίνουμε μεγάλη έμφαση σ' αυτό επειδή ξέρουμε ότι, όταν χρησιμοποιούμε ναρκωτικά σε οποιαδήποτε μορφή ή αντικαθιστούμε το ένα με το άλλο, απελευθερώνουμε τον εθισμό μας πάλι από την αρχή» (Ναρκομανείς Ανώνυμοι 2000).*

Για το πρόγραμμα ΝΑ η ειλικρίνεια, το ανοικτό μυαλό και η προθυμία είναι οι απαραίτητες πνευματικές αρχές που πρέπει να διαθέτει το εξαρτημένο άτομο, προκειμένου να επιτύχει τον στόχο του, που είναι η θεραπεία και μόνο μία στάση αδιαφορίας ή μη ανεκτικότητας προς αυτές τις πνευματικές αρχές μπορεί να νικήσει στην ανάρρωσή του.

Οι Δώδεκα Παραδόσεις του ΝΑ :

«Μόνο επαγρυπνώντας διατηρούμε αυτό που έχουμε και όπως η ελευθερία του ατόμου προέρχεται από τα Δώδεκα Βήματα, έτσι και η ελευθερία της ομάδας πηγάζει από τις Παραδόσεις μας.

Όσο οι δεσμοί που μας ενώνουν είναι δυνατότεροι από αυτούς που θα μας χώριζαν, όλα θα πάνε καλά.

- 1. Η κοινή μας ευημερία θα έπρεπε να έρχεται πρώτη, η προσωπική ανάρρωση εξαρτάται από την ενότητα του ΝΑ.*
- 2. Για το σκοπό της ομάδας μας υπάρχει μόνο μία ύστατη εξουσία, ένας στοργικός Θεός, όπως Αυτός μπορεί να εκφραστεί στη συνείδηση της*

ομάδας μας. Οι αρχηγοί μας είναι μόνο έμπιστοι υπηρέτες, δεν κυβερνούν.

3. Η μόνη προϋπόθεση για να είναι κανείς μέλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να κάνει χρήση.
4. Κάθε ομάδα θα έπρεπε να είναι αυτόνομη εκτός αν πρόκειται για θέματα που επηρεάζουν άλλες ομάδες ή το ΝΑ σαν σύνολο.
5. Κάθε ομάδα έχει μόνο έναν πρωταρχικό σκοπό – να μεταφέρει το μήνυμα στο ναρκομανή που ακόμα υποφέρει.
6. Μία ομάδα του ΝΑ δε θα έπρεπε ποτέ να υποστηρίξει, χρηματοδοτήσει ή δανείσει το όνομα του ΝΑ σε οποιαδήποτε σχετική υπηρεσία ή εξωτερική επιχείρηση, μήπως και προβλήματα χρημάτων, ιδιοκτησίας ή γοήτρου μάς αποσπάσουν από τον πρωταρχικό μας σκοπό.
7. Κάθε ομάδα ΝΑ οφείλει να είναι εντελώς αυτοσυντήρητη, αρνούμενη εξωτερικές συνεισφορές.
8. Το 'Ναρκομανείς Ανώνυμοι' θα έπρεπε πάντα να παραμένει μη επαγγελματικό, αλλά τα κέντρα υπηρεσιών μας μπορούν να προσλαμβάνουν ειδικευμένους εργαζόμενους.
9. Το ΝΑ, ως έχει, δε θα έπρεπε ποτέ να οργανωθεί, αλλά μπορούμε να δημιουργούμε σώματα υπηρεσιών ή επιτροπές άμεσα υπεύθυνες σε αυτούς που υπηρετούν.
10. Το 'Ναρκομανείς Ανώνυμοι' δεν έχει γνώμη πάνω σε εξωτερικά θέματα, επομένως το όνομα του ΝΑ δε θα έπρεπε ποτέ να αναμειχθεί σε δημόσιες αντιπαραθέσεις.
11. Η πολιτική των δημοσίων σχέσεών μας βασίζεται μάλλον στην έλξη παρά στην προώθηση. Χρειάζεται πάντα να διατηρούμε προσωπική ανωνυμία σε επίπεδο τύπου, ραδιοφώνου και ταινιών.
12. Η ανωνυμία είναι το πνευματικό θεμέλιο όλων των παραδόσεών μας, διαρκώς υπενθυμίζοντάς μας να βάζουμε τις αρχές πριν τις προσωπικότητες» (Ναρκομανείς Ανώνυμοι 2000).

6.5.2 Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας

Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας είναι ένα ερευνητικό πρόγραμμα του Τμήματος Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.) και λειτουργεί από το Φεβρουάριο του 2001. Χρηματοδοτείται από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) και τη διαχειριστική ευθύνη του προγράμματος έχει η Επιτροπή Ερευνών του Α.Π.Θ. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

Αποτελεί έναν εναλλακτικό χώρο, που σχετίζεται άμεσα με τη φιλοσοφία της αυτοβοήθειας και της αυτενέργειας των πολιτών. Ζητούμενο του προγράμματος είναι η καλλιέργεια των κοινοτικών αξιών της αλληλεγγύης, των έντιμων ανθρώπινων σχέσεων, του ενδιαφέροντος για τον συνάνθρωπο, της αλληλοβοήθειας. Αξιών που εκπαιδεύουν, θεραπεύουν, και γενικότερα προάγουν την προσωπική ανάπτυξη κάθε ατόμου.

Ξεκινά δηλαδή, από την αντίληψη ότι η προαγωγή της αυτοβοήθειας, άλλα και ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου του ειδικού της υγείας, δεν μπορούν να λαμβάνουν χώρα μέσα στα πλαίσια της παραδοσιακής οργάνωσης και λειτουργίας ενός χώρου ψυχικής υγείας.

Οι βασικοί στόχοι του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας είναι:

- Ø Η προαγωγή της αυτοβοήθειας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες και γενικότερα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.
- Ø Η εκπαίδευση των λειτουργών υγείας σε νέους ρόλους εμπύχωσης και περιφερειακής υποστήριξης πρωτοβουλιών των πολιτών.
- Ø Η έρευνα δράσης για τις εφαρμογές της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη στελέχωση του προγράμματος, καθώς η λειτουργία του και η ευόδωση των στόχων του εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τους ανθρώπους που πλαισιώνουν την προσπάθεια. Ο βασικός άξονας της λειτουργίας του προγράμματος είναι να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ανθρώπων που προσεγγίζουν το πρόγραμμα, και όχι να προσαρμόζει τις ανάγκες των ανθρώπων σε μια άκαμπτη δομή λειτουργίας.

Επομένως, η στελέχωση του προγράμματος είναι ένα από τα χαρακτηριστικά της καινοτομίας του, καθώς παρέχονται υπηρεσίες σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων σε μμηνιαία βάση από μικρό αριθμό στελεχών, χάρη στις αρχές και την φιλοσοφία της αυτοβοήθειας (Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας 2006).

6.5.2.1 Το Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών

Κεντρική δράση του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας είναι το «Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών».

Το Ανοικτό Πρόγραμμα είναι ένα «στεγνό» πρόγραμμα εξωτερικής διαμονής (ανοικτό), για ενήλικες με προβλήματα εξάρτησης. Παρέχει τις υπηρεσίες του δωρεάν, και είναι το μοναδικό «στεγνό» πρόγραμμα ενηλίκων που υλοποιείται με τη συνεργασία του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στη Βόρεια Ελλάδα. Η συμμετοχή των ατόμων σε αυτό είναι εθελοντική και οι δράσεις που πραγματοποιούνται, προτείνονται, δεν είναι υποχρεωτικές.

Ο βασικός άξονας της λειτουργίας του Ανοικτού Προγράμματος είναι η προαγωγή της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες.

Πρόκειται για ένα χώρο, όπου το ζητούμενο είναι η ανάληψη προσωπικής ευθύνης, η κινητοποίηση του ίδιου του ενδιαφερόμενου και παράλληλα η προσφορά αμοιβαίας βοήθειας στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, η προσφορά, η έμφαση στις βασικές ανθρώπινες ανάγκες και στην ανθρώπινη συνάντηση, η συνδιαμόρφωση των δράσεων και η συλλογικότητα, στοιχεία που προσδίδουν στο Ανοικτό Πρόγραμμα χαρακτήρα κοινότητας ανθρώπων.

Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται:

§ Με τη συμμετοχή των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, στις δράσεις του Ανοικτού Προγράμματος.

§ Με τη διασύνδεση των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, με τις ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων (Α.Α. και Ν.Α.) λειτουργούν στη Θεσσαλονίκη και τη συμμετοχή τους σε αυτές.

Οι δράσεις που αναπτύσσονται στα πλαίσια του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης είναι οι εξής:

1. Ημερήσιο Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων.
2. Ευαισθητοποίηση ατόμων στην αυτοβοήθεια.
3. Ομάδες υποστήριξης . κινητοποίησης ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.

4. Ατομικές συναντήσεις που αφορούν:
 - § στην κινητοποίηση των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών, ώστε να ενταχθούν στο πρόγραμμα, καθώς και
 - § στην πλαισίωση της ανεξαρτητικής διαδικασίας.
5. Προσέγγιση χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών στο δρόμο.
6. Υποστήριξη σε ιατρικά, νομικά, εκπαιδευτικά ζητήματα.
7. Δράσεις ευαισθητοποίησης σε πολιτιστικά, κοινωνικά, οικολογικά ζητήματα.
8. Σεμινάρια εκμάθησης ηλεκτρονικών υπολογιστών και ξένων γλωσσών.
9. Υποστήριξη στην κοινωνική και επαγγελματική ένταξη.
10. Υποστήριξη συγγενών και φίλων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών.
11. Διευκόλυνση Λειτουργίας Ομάδων Αυτοβοήθειας.

(Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας 2006)

Πιο αναλυτικά οι κεντρικές δράσεις που αναπτύσσονται στα πλαίσια του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης είναι:

α) Ημερήσιο Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων

Το Ημερήσιο Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων αποτελεί την κομβική δράση του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης. Μοναδική προϋπόθεση για να προσεγγίσει κανείς το Ημερήσιο Κέντρο είναι να απέχει, έστω και μία μέρα από τις ουσίες.

Οι βασικοί άξονες λειτουργίας του Κέντρου είναι:

- § Η ευαισθητοποίηση στην αυτοβοήθεια.
- § Η υποστήριξη μελών ομάδων αυτοβοήθειας.
- § Η παροχή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για ανθρώπους σε αρχική φάση απεξάρτησης.
- § Η κινητοποίηση και εμπύχωση των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών για έναρξη ή συνέχιση της προσπάθειας απεξάρτησης σε συστηματική βάση
- § Η διασύνδεση των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών με παλιότερα μέλη των ομάδων αυτοβοήθειας.
- § Η κινητοποίηση των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών που προσεγγίζουν το Ημερήσιο Κέντρο για συμμετοχή στις υπόλοιπες δράσεις του Ανοικτού Προγράμματος.

§ Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη ανθρώπων που έχουν ένα σημαντικό διάστημα αποχής από τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών σε επιμέρους προβλήματα τους.

(Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας 2006)

β) Ομάδες Υποστήριξης-Κινητοποίησης

Στα πλαίσια του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης λειτουργούν ομάδες υποστήριξης και κινητοποίησης ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και επιθυμούν να ξεκινήσουν, ή ήδη βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης.

Στόχοι των ομάδων είναι:

§ Το μοίρασμα των προβλημάτων των μελών της ομάδας και η αλληλοϋποστήριξη.

§ Η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη της ομάδας.

§ Η ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση των μελών της ομάδας στα προγράμματα των 12 βημάτων.

§ Ο εντοπισμός και η επίλυση των επιμέρους προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα μέλη της ομάδας μέσα από συγκεκριμένες προτάσεις (ιεράρχηση των προβλημάτων, πλάνο δράσης, υιοθέτηση καθημερινού προγράμματος από το κάθε μέλος, τακτές συναντήσεις με τους συντονιστές της ομάδας).

(Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας 2006)

γ) Ατομικές συναντήσεις

Στα πλαίσια του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης πραγματοποιούνται ατομικές συναντήσεις, με τους ανθρώπους που προσέρχονται σε αυτό με αίτημα βοήθειας, με κάποιο από τα στελέχη του προγράμματος.

Οι συναντήσεις αφορούν:

Ø Στην αρχική ενημέρωση για το πρόγραμμα και τον τρόπο λειτουργίας του.

Ø Στην κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση ανθρώπων σε αρχική φάση.

Ø Στη διασύνδεση όσων ενδιαφέρονται με παλιότερα μέλη των ομάδων Αυτοβοήθειας.

Ø Στη διαμόρφωση εξατομικευμένου πλάνου δράσης για καθένα που συμμετέχει στο πρόγραμμα

Ø Στη συμβουλευτική ανθρώπων που διατυπώνουν ανάλογο αίτημα (Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας 2006).

δ) Προσέγγιση και Κινητοποίηση Χρηστών Ψυχοτρόπων Ουσιών στο Δρόμο

Βασικός στόχος της συγκεκριμένης δράσης, είναι η ενημέρωση και κινητοποίηση ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών, σε διαδικασία απεξάρτησης και η διασύνδεσή τους με το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας και τις ομάδες αυτοβοήθειας που λειτουργούν στην πόλη.

Σημαντικό μέρος των εξορμήσεων στα πλαίσια της δράσης πραγματοποιείται στο χώρο της πανεπιστημιούπολης, καθώς η δράση υποστηρίζεται και χρηματοδοτείται από τις πρυτανικές αρχές του Α.Π.Θ.

Πιο συγκεκριμένα μια ομάδα που στελεχώνεται από αποφοίτους του προγράμματος και κοινωνικούς επιστήμονες κινείται σε καθημερινή βάση στους χώρους της πανεπιστημιούπολης προσεγγίζοντας χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών. Επίσης η ομάδα αυτή πραγματοποιεί εξορμήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα σε κεντρικά σημεία της πόλης, τα οποία αποτελούν τόπους συνάντησης χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών.

Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας είναι το μοναδικό πρόγραμμα στη Βόρεια Ελλάδα, το οποίο πραγματοποιεί ανάλογη δράση με αυτή τη συχνότητα και σταθερότητα (Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας 2006).

ε) Υποστήριξη συγγενών και φίλων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών

Στα πλαίσια του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, μία από τις βασικές δράσεις είναι η υποστήριξη συγγενών και φίλων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών που διατυπώνουν ανάλογο αίτημα.

Δύο είναι οι βασικοί άξονες της υποστήριξης. Ο πρώτος αφορά στην υποστήριξη των συγγενών και φίλων μέσα από ατομικές και ομαδικές συναντήσεις στα πλαίσια του προγράμματος και ο δεύτερος αφορά στη διασύνδεση των ανθρώπων αυτών με ομάδες αυτοβοήθειας για συγγενείς και φίλους χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών (Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας 2006).

στ) Υποστήριξη χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών σε Ιατρικά, Νομικά, Εκπαιδευτικά και Επαγγελματικά Ζητήματα

Μια από τις βασικότερες δράσεις του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, πέρα από την ευαισθητοποίηση των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών στην έννοια και τις αρχές της αυτοβοήθειας, είναι η υποστήριξή τους σε σημαντικούς τομείς της ζωής τους, στους οποίους αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα, λόγω της χρόνιας εμπλοκής τους με τις ουσίες.

Πιο συγκεκριμένα, στα πλαίσια αυτής της δράσης αναζητούνται τρόποι για την υποστήριξη των ανθρώπων γύρω από νομικά, ιατρικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά ζητήματα.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην κινητοποίηση και την ανάληψη προσωπικής ευθύνης των ανθρώπων, που εκφράζουν ανάλογα αιτήματα. Η δράση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η υποστήριξη των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα σε αυτούς τους τομείς της ζωής τους είναι καθοριστικής σημασίας για την πορεία της απεξάρτησης και την επανένταξή τους (Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας 2006).

6.6 Το πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης (DETOX- ΨΝΘ)

Όταν διακόπτεται η χρήση μιας εξαρτητικής ψυχότροπης ουσίας, ο οργανισμός του εξαρτημένου ατόμου αντιδρά, εμφανίζοντας το στερητικό σύνδρομο, το οποίο είναι ένα φαινόμενο, που παρουσιάζει ποικιλία συμπτωμάτων, συνήθως αντίθετων με αυτά που προκαλεί η χρήση (πυρετός, πονοκέφαλος, εμετός, ρίγη, διάρροια, συναισθηματική αναστάτωση, κτλ.).

Η σωματική αποτοξίνωση μπορεί να γίνει είτε «στεγνή», είτε με τη βοήθεια φαρμακευτικής αγωγής, για να αντιμετωπίσει βραχύχρονα και με ασφάλεια, τα δυσάρεστα αυτά σωματικά συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου, που εμφανίζονται με τη διακοπή της χρήσης (Πουλόπουλος 2005).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ότι η σωματική αποτοξίνωση δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση από μόνη της μορφή θεραπείας της τοξικοεξάρτησης, παρά ένα πρώτο βήμα για την θεραπεία.

Η επιτυχία της, κρίνεται από το αν ο χρήστης μετά τη διακοπή της ουσίας κατάχρησης, δε θα στραφεί και πάλι στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Άλλωστε, είναι διεθνώς γνωστή η έκφραση «Είναι πολύ εύκολο να σταματήσει κανείς τα ναρκωτικά. Το δύσκολο είναι να παραμείνει σταματημένος» (Λιάππας 1999).

Η Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης DETOX λειτουργεί από το 1996. Είναι ένας χώρος, ο οποίος παρέχει υπηρεσίες σωματικής αποτοξίνωσης, σε μια ειδικά για τον σκοπό αυτό, διαμορφωμένη κλινική, χωρητικότητας 15 θέσεων. Μάλιστα, είναι η μοναδική στο είδος της Μονάδα σε ολόκληρη την Ελλάδα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

Αποτελεί μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας του Προγράμματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), ενός ολοκληρωμένου προγράμματος, το οποίο προσπαθεί να καλύψει τις ανάγκες των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, παρέχοντας μια σφαιρική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η Μονάδα DETOX, για την επίτευξη της σωματικής αποτοξίνωσης, παρέχει φαρμακευτική βοήθεια σε χρήστες ηρωίνης κυρίως, αλλά και άλλων ουσιών, κατά την φάση εκδήλωσης σωματικών στερητικών συμπτωμάτων.

Ακόμη, σκοπός της είναι η ευαισθητοποίηση και προετοιμασία των μελών της για τις επόμενες φάσεις της θεραπείας, και ιδιαίτερα για το επόμενο θεραπευτικό βήμα, που είναι η θεραπευτική κοινότητα.

Ο μέσος όρος παραμονής στη Μονάδα είναι 21 μέρες και σε αυτήν πραγματοποιούνται 7 εισαγωγές περίπου ανά βδομάδα (Ψ.Ν.Θ.- Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων).

Οι θεραπευτικές τις δραστηριότητες περιλαμβάνουν ομάδες ψυχοθεραπείας, ομάδες πρόληψης υποτροπών, ενημέρωση σε θέματα υγείας που αφορούν τα μέλη, γυμναστική, εργασιοθεραπεία, κ.ά.

Εφόσον, τα μέλη προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία και θέληση στο πρόγραμμα, κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη Μονάδα θα πρέπει να ακολουθήσουν τους κανόνες λειτουργίας, οι οποίοι στοχεύουν στην ενίσχυση της προσπάθειάς τους, και είναι οι εξής:

- Ο χρόνος παραμονής στην Μονάδα είναι συνήθως τρεις εβδομάδες, με μικρή απόκλιση κατά περίπτωση.
- Η συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες της μονάδας είναι υποχρεωτική.
- Τα μέλη δεν μπορούν να παρέμβουν στο θεραπευτικό σχήμα.

- Η Μονάδα είναι κλινική του Ψ.Ν.Θ. και ως εκ τούτου, έχει τη δυνατότητα αντιμετώπισης και άλλων ιατρικών προβλημάτων. Εάν το προσωπικό κρίνει ότι υπάρχει ιατρική ανάγκη για κάποια παρέμβαση, το μέλος οφείλει να ακολουθήσει τις συστάσεις.
- Η συμπεριφορά προς τα άλλα μέλη και το προσωπικό πρέπει να δείχνει σεβασμό και συνεργασία.
- Η βίαιη συμπεριφορά, σωματική ή λεκτική, έχει ως επακόλουθο την απομάκρυνση του μέλους από το πρόγραμμα .
- Τα μέλη δεν μπορούν να έχουν σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ τους.
- Τα μέλη πρέπει να επιδείξουν σεβασμό προς την περιουσία του νοσοκομείου.
- Εξυπακούεται, ότι τα μέλη κατά την εισαγωγή τους στην Μονάδα και σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας τους, απαγορεύεται να έχουν στην κατοχή τους ή να κάνουν χρήση οποιασδήποτε ουσίας. Σε περίπτωση χρήσης, οι συνέπειες είναι άμεση αποβολή και μακροχρόνιος αποκλεισμός από το πρόγραμμα.
- Για την εξακρίβωση των παραπάνω πραγματοποιούνται ουροληψίες σε όλα τα μέλη του DETOX.
- Σε περίπτωση οικειοθελούς διακοπής από το DETOX δεν μπορεί να γίνει εκ νέου επικοινωνία με τον Συμβουλευτικό Σταθμό του προγράμματος, παρά μετά από ένα μήνα.
- Δεν επιτρέπεται να έχουν τηλεφωνική επικοινωνία με οποιονδήποτε.
- Δεν μπορούν να δεχτούν επισκέψεις.
- Δεν μπορούν να έχουν μαζί τους ιδιωτικά μέσα διασκέδασης (π.χ. ραδιόφωνο).
- Η εμφάνιση τους πρέπει να είναι ευπρεπής και να είναι ενδεδυμένοι με αθλητικά ρούχα.
- Τα μέλη έχουν πρόσβαση σε συγκεκριμένους χώρους της Μονάδας, σε συγκεκριμένες ώρες.
- Υπάρχει συγκεκριμένη ώρα κατάκλισης και αφύπνισης για όλα τα μέλη.
- Ο καφές και τα τσιγάρα, επιτρέπονται μόνο σε συγκεκριμένους χώρους. Μάλιστα, κατά την εισαγωγή τους τα μέλη καλούνται να έχουν μαζί τους όλη την ποσότητα τσιγάρων που θα χρειαστούν κατά την παραμονή τους, καθώς επίσης και ένα εισιτήριο προς τον τόπο διαμονής τους, μιας και δεν επιτρέπεται η κατοχή χρημάτων.

- Οποιαδήποτε παραβίαση των πιο πάνω κανονισμών λειτουργίας μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή και κάποιο αποκλεισμό από το πρόγραμμα.

(Ψ.Ν.Θ.- Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων).

Οι γενικές θεραπευτικές αρχές της σωστής και ασφαλούς σωματικής αποτοξίνωσης αποσκοπούν:

- ✓ στην ανακούφιση του χρήστη από τα σωματικά στερητικά συμπτώματα
- ✓ στην υποστήριξη των φυσιολογικών λειτουργιών του σώματος του
- ✓ στην εξασφάλιση ενός σταθερού και ασφαλούς περιβάλλοντος
- ✓ στο σεβασμό των δικαιωμάτων του
- ✓ στη δημιουργία συνθηκών ενθάρρυνσης για μια πιο μακροχρόνια θεραπευτική συνεργασία και την προετοιμασία του για την παραπομπή του, στο κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα (Λιάππας, 1999:231).

6.7 Θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης

Τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης, λειτουργούν συνήθως, ως υπηρεσία των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, για να καλύψουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων, που κάνουν «ελαφρύτερη» χρήση, παραμένουν κοινωνικά ενταγμένοι, υποστηρίζονται από το κοντινό τους περιβάλλον, έχουν μικρή εμπλοκή με το ποινικό σύστημα και δεν ενδείκνυται η εισαγωγή τους σε θεραπευτική κοινότητα (ανοιχτή ή κλειστή).

Η συμμετοχή στο πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης, μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες μορφές συμβουλευτικής, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, παρέμβαση στην οικογένεια, και άλλες θεραπευτικές ή εκπαιδευτικές δραστηριότητες, είτε σε καθημερινή, είτε σε εβδομαδιαία βάση.

Συχνά, προτείνεται στα μέλη να παρακολουθούν παράλληλα με το πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης, ή και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, ομάδες αυτοβοήθειας, καθώς η συμμετοχή σε αυτές είναι συχνά βοηθητική για τη διατήρηση της αποχής από τις εξαρτησιογόνες ουσίες (Πουλόπουλος 2005).

6.8 Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης ψυχολογικής στήριξης

Οι Τηλεφωνικές Γραμμές άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης απευθύνονται σε όλους όσους αναζητούν απάντηση, σε οποιαδήποτε ερωτήματα σχετικά με την τοξικοεξάρτηση. Σε όσους δηλαδή, έχουν άμεσα ή έμμεσα σχέση με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, και ειδικότερα σε χρήστες ουσιών, σε γονείς, συγγενείς και φίλους χρηστών, επαγγελματίες και ειδικούς, κ.ά.

Παρέχουν ενημέρωση για οποιοδήποτε θέμα αφορά στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, πληροφόρηση για τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και τις υπηρεσίες της χώρας μας, που σχετίζονται με το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης και αξιοποιούν όλες τις πληροφορίες, προς όφελος του κάθε καλούντα, κάνοντας επιτυχείς παραπομπές, ώστε να αποφεύγεται το φαινόμενο των «περιπλανώμενων» από υπηρεσία σε υπηρεσία, σε θεραπευτικά προγράμματα ανά την Ελλάδα (Δρίτσας 2002).

Επίσης, οι Τηλεφωνικές Γραμμές παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη με κατανόηση, φροντίδα και ανθρωπιά, άλλα και με επιστημονική εγκυρότητα και δεοντολογία σε κάθε άνθρωπο που αντιμετωπίζει την τοξικοεξάρτηση, ανεξάρτητα από τον βαθμό εμπλοκής του με τις ουσίες, μέσα από τη διαδικασία της ενεργητικής ακρόασης και της συζήτησης σε κλίμα σεβασμού και εμπιστοσύνης (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

Για τον λόγο αυτό, είναι ιδιαίτερης σημασίας οι σύμβουλοι της γραμμής να είναι ειδικά εκπαιδευμένοι σε ζητήματα ουσιοεξάρτησης (συμπτωματολογία χρήσης, τρόποι χρήσης, νέες ουσίες, αντιμετώπιση στερητικών συμπτωμάτων, πρόληψη, φυσιολογία των εξαρτήσεων, κ.ά.), καθώς και να είναι ενημερωμένοι για όλες τις νέες άλλα και τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες.

Επομένως, θα πρέπει ειδική φροντίδα να δίνεται στην εκπαίδευση των επαγγελματιών που εργάζονται στις Τηλεφωνικές Γραμμές, για την αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης, την πρόληψη υποτροπών, την βραχεία συμβουλευτική και την κινητοποιητική συμβουλευτική (Δρίτσας 2002).

Οι βασικές αρχές που σηματοδοτούν την λειτουργία των Τηλεφωνικών Γραμμών είναι ότι οι καλούντες παραμένουν ανώνυμοι και οι πληροφορίες παραμένουν εμπιστευτικές και άμεσες.

Οι βασικότερες επιδιώξεις της λειτουργίας των Τηλεφωνικών Γραμμών που λειτουργούν στην χώρα μας, είναι να παρέχουν:

- Εύκολη πρόσβαση στην ασφαλή ενημέρωση για ένα ευρύτατο φάσμα πληροφοριών που έχουν να κάνουν με την χρήση και την κατάχρηση ουσιών
- Εξατομικευμένη φροντίδα, ακόμη και στα πρώτα, βασικά βήματα αντιμετώπισης του προβλήματος
- Ταχύτητα και αποτελεσματικότητα στην παροχή βοήθειας και υποστήριξης σε καταστάσεις κρίσης
- Αποστιγματοποίηση της τοξικοεξάρτησης και ενίσχυση των ενδιαφερομένων να επικοινωνήσουν με τις υπάρχουσες υπηρεσίες
- Πληροφόρηση για επίκαιρα ζητήματα (θέματα που κατά καιρούς απασχολούν την δημοσιότητα, πληροφορίες για νέους ουσίες, νέες υπηρεσίες, κ.ά.)
- Καταγραφή και αξιολόγηση όσων νέων θεμάτων προκύπτουν από τις ανάγκες του κοινού

(Δρίτσας 2002)

Για την επίτευξη και την ορθή λειτουργία των παραπάνω, οι Τηλεφωνικές Γραμμές, είναι μέρος ευρύτερων δικτύων παροχής σχετικών υπηρεσιών που παρέχουν ενημέρωση, προτάσεις και συμβουλευτική, παρακολουθώντας όλες τις εξελίξεις. Είναι επίσης, μέλη της FESAT (Ευρωπαϊκή Ένωση Τηλεφωνικών Γραμμών Βοήθειας για τα Ναρκωτικά), που έχει έδρα τις Βρυξέλλες και στην οποία ανήκουν περισσότερες από τριάντα παρεμφερείς ευρωπαϊκές υπηρεσίες (Δρίτσας 2002).

Η συνεργασία αυτή, τους προσφέρει τη δυνατότητα για ενημέρωση για τρέχουσες εξελίξεις μέσω εξειδικευμένων σεμιναρίων και για συμμετοχή σε ένα διακρατικό και διαπολιτισμικό βήμα ανταλλαγής απόψεων και προώθησης της εκπαίδευσης (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

6.9 Προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης

Είναι γενική πια η άποψη, ότι η εργασία, εκτός από τη διασφάλιση του εισοδήματος για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών, επιδρά και στην αυτοεκτίμηση του ανθρώπου, καθώς του δίνει το αίσθημα, ότι είναι παραγωγικό μέλος της κοινωνίας, καλύπτοντας έτσι μια βασική ψυχολογική ανάγκη του ανθρώπου, «το ανήκειν»

Ειδικά για το εξαρτημένο άτομο, η επαγγελματική του αποκατάσταση, αποτελεί βασικό κομμάτι της διαδικασίας επανένταξης του στο κοινωνικό σύνολο. Μέσα από την εργασία, αρχίζει σταδιακά να ξαναβρίσκει «τα χαμένα αντικείμενα», τον προσωπικό του χώρο, τον προσωπικό του χρόνο, την προσωπική του ταυτότητα μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Κατορθώνει τελικά το αίσθημα του «ανήκειν».

Στον εργασιακό του χώρο, ο πρώην εξαρτημένος θα βοηθηθεί να δομήσει τη νέα του ταυτότητα, μιας και θα «υποχρεωθεί» να επανεξετάσει τις ικανότητες και τα προσόντα του, θα μάθει να θέτει όρια και να τα τηρεί. Θα ενδυναμώσει την πίστη στον εαυτό του, μέσα από την ενίσχυση, την στήριξη και την αναγνώριση που θα μπορεί να παίρνει από την εργασία του.

Μέσα από την επαγγελματική του αποκατάσταση, θα έρθει η στιγμή που θα πρέπει να επαναπροσδιορίσει τη θέση του, την πορεία της ζωής του, να θέσει τους στόχους του και το μέτρο των αξιών του.

Θα βιώσει τη συνεργασία, την υπευθυνότητα, την κοινωνική αναγνώριση. Μέσα σε αυτή τη συλλογική διαδικασία, θα πρέπει να επεξεργαστεί τα συναισθήματα που του δημιουργούνται.

Σε αυτή τη δύσκολη πορεία της επανένταξης του πρώην εξαρτημένου στο κοινωνικό σύνολο, έχει ιδιαίτερη σημασία η ανεύρεση μιας θέσης εργασίας, που να έχει ενδιαφέρον για αυτόν, να του δίνει ικανοποίηση και να μην έχει σαν αντίκρισμα μόνο το μικρό ή το μεγάλο οικονομικό όφελος.

Η εργασία δίνει επίσης τη δυνατότητα, να βρουν τα απεξαρτημένα άτομα και την ανεξαρτησία από την πατρική εστία διαμονής. Μέσα από την εξασφάλιση μιας θέσης εργασίας, θα κατορθώσουν σταδιακά την οικονομική τους ανεξαρτησία, που θα τους κάνει ικανούς να ανεξαρτητοποιηθούν συναισθηματικά από τους γονείς τους (Κατσαρού 2004).

Για την επίτευξη της επαγγελματικής αποκατάστασης, τα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας μας φροντίζουν για την κάλυψη των εκπαιδευτικών ελλείψεων και την επαγγελματική κατάρτιση των μελών τους, αλλά και για τον επαγγελματικό τους προσανατολισμό, έτσι ώστε να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις, ώστε τα ανεξαρτημένα άτομα να διεκδικήσουν με περισσότερες αξιώσεις μια θέση στην αγορά εργασίας (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007).

6.9.1 Εναλλακτικά σχολεία

Η χρόνια προβληματική χρήση ουσιών, και ο συνδεδεμένος με αυτήν τρόπος ζωής, συνεπάγεται συνήθως και σημαντικές ελλείψεις σε επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματικών προσόντων και πείρας.

Οι δραστηριότητες εκπαίδευσης των θεραπευτικών προγραμμάτων της Ελλάδας, επιχειρούν να καλύψουν ένα μεγάλο φάσμα αναγκών, από την αντιμετώπιση του αναλφαβητισμού και σημαντικών εκπαιδευτικών ελλείψεων, μέχρι την προετοιμασία για εισαγωγή σε ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα, και από τη συμμετοχή σε ομάδες καλλιτεχνικής έκφρασης, μέχρι την παρακολούθηση πιστοποιημένων και μακροχρόνιων προγραμμάτων κατάρτισης σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς κλάδους (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

Τα εναλλακτικά σχολεία, απευθύνονται σε μέλη ή απόφοιτους των θεραπευτικών προγραμμάτων που έχουν διακόψει τη φοίτηση τους σε κάποια βαθμίδα της εκπαίδευσης ή έχουν απολυτήριο λυκείου και επιθυμούν να προετοιμαστούν για την εισαγωγή τους στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Οι προϋποθέσεις για την εισαγωγή σε αυτά, είναι τα ενδιαφερόμενα άτομα:

1. να απέχουν πλήρως από την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών
2. να καλύπτονται από ένα αναγνωρισμένο πρόγραμμα θεραπείας, το οποίο να εγγυάται ότι το άτομο έχει διακόψει την χρήση
3. να έχουν εγκαταλείψει το σχολείο πριν από τουλάχιστον 3 χρόνια.

Τα εναλλακτικά σχολεία αξιοποιούν τη νομοθεσία περί «κατ' ιδίαν διδαχθέντων», σύμφωνα με την οποία, οι απόφοιτοι και τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων, μπορούν να εγγράφονται σε δημόσια σχολεία και να συμμετέχουν σε εξετάσεις, χωρίς την υποχρέωση να παρακολουθούν τα μαθήματα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Οι οργανωμένες δομές σχολικής εκπαίδευσης, έχουν μεταβατικό χαρακτήρα, αφού απώτερος σκοπός τους είναι η φοίτηση των μαθητών τους σε δημόσιες ή ιδιωτικές εκπαιδευτικές μονάδες μέσης, ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης.

6.9.2 Κέντρα εκπαίδευσης-εργαστήρια κατάρτισης

Οι εξαρτημένοι που συνήθως, ζητούν να ενταχθούν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, στην πλειοψηφία τους είναι μακροχρόνια άνεργοι. Ο στόχος των προγραμμάτων κατάρτισης, είναι η εργασιακή και κοινωνική προετοιμασία των μελών τους, καθώς και η προαγωγή των επαγγελματικών δεξιοτήτων των συμμετεχόντων, ώστε μετά το τέλος του προγράμματος να προωθηθούν ισότιμα με τους άλλους ανέργους στην αγορά εργασίας.

Είναι γεγονός ότι μεγάλος αριθμός θεραπευομένων, προτιμά αν έχει αυτή τη δυνατότητα, να βρίσκει δουλειά με την παρέμβαση φίλων, οικογένειας ή γνωστών, και όχι με την παρέμβαση του θεραπευτικού προγράμματος ή μέσω της επιδότησης του ΟΑΕΔ, κρύβοντας επιμελώς το παρελθόν του, καθώς έχει φόβο ότι δεν θα προσληφθεί, λόγω της προκατάληψης των εργοδοτών.

Οι δράσεις τους των κέντρων εκπαίδευσης, επικεντρώνονται στην κατάρτιση και εξειδίκευση, σε διάφορα θεματικά πεδία, των απεξαρτημένων και υπό απεξάρτηση ατόμων, με στόχο την διευκόλυνση των όρων κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης τους, ώστε να τους δοθεί συνολικά μια ευκαιρία για νέο ξεκίνημα, μέσω μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης (Χριστοδούλου 2004).

Οι στόχοι των προγραμμάτων κατάρτισης είναι:

- Η διευκόλυνση των όρων κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης τους.
- Η ενεργοποίηση του ίδιου του ατόμου, ώστε να αναπτύξει δεξιότητες κοινωνικές και επαγγελματικές, που είναι απαραίτητες την ενσωμάτωση του στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή.
- Η υιοθέτηση νέων προσεγγίσεων υποστήριξης της κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης της ομάδας-στόχου.
- Η επαγγελματική ένταξη ικανού αριθμού μελών της ομάδας-στόχου, μέσω της ανάπτυξης κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων, του επαγγελματικού προσανατολισμού, της εξειδικευμένης κατάρτισης και εργασιακής εμπειρίας.

- Η ευαισθητοποίηση επαγγελματιών φορέων, επιχειρήσεων και εργοδοτών σε θέματα προώθησης των απεξαρτημένων ατόμων στην αγορά εργασίας, και η αξιοποίηση από πλευράς τους, σε μεγαλύτερο βαθμό των κινήτρων και προσφερόμενων υπηρεσιών για εξεύρεση και αποτελεσματική ενσωμάτωση του ανθρώπινου δυναμικού (Χριστοδούλου 2004).

Για παράδειγμα, στην ανοιχτή θεραπευτική κοινότητα «Διάβαση» του ΚΕ.Θ.Ε.Α., ήδη από το 1999, η επαγγελματική κατάρτιση των μελών ξεκινάει μετά τον πρώτο μήνα ένταξης τους στην κοινότητα, με στόχο:

- να αναπτύξουν τα μέλη δεξιότητες
- να εξοικειωθούν με την εκπαιδευτική διαδικασία και το εργασιακό περιβάλλον
- να κινητοποιηθούν και να δεχτούν ερεθίσματα για να συνεχίσουν την εκπαίδευση τους σε ανώτερο επίπεδο
- να αποκτήσουν εφόδια που θα τους ενισχύσουν προσωπικά και θα τους βοηθήσουν να επανενταχθούν στις νέες συνθήκες της αγοράς εργασίας μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, αποφεύγοντας την απομόνωση και την περιθωριοποίηση.

(ΚΕ.Θ.Ε.Α.- Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα «ΔΙΑΒΑΣΗ»)

Στα εργαστήρια κατάρτισης, εφαρμόζεται ο θεσμός της μαθητείας, δηλαδή η παροχή επαγγελματικής κατάρτισης, σε συνθήκες πραγματικής εργασίας, αλλά παράλληλα μέσα σε προστατευμένο και υποστηρικτικό περιβάλλον.

Έχουν συνήθως διάρκεια από 200 έως 500 ώρες και το καθένα αποτελείται από 15-20 άτομα. Κάποια από τα τμήματα κατάρτισης που μπορούν να παρακολουθήσουν οι συμμετέχοντες είναι: χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών σε εφαρμογές γραφείου, φωτογραφία, καλλιτεχνική βιβλιοδεσία, ανθοκομία-κηποτεχνική, κοπτική-ραπτική, μαθήματα ξένων γλωσσών, κ.ά.

Σύμφωνα με τον Κουκλινό Άγγελο, Υπεύθυνο της Μονάδας Κοινωνικής Ένταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ., ωστόσο, οποιοδήποτε πρόγραμμα που αφορά στην επαγγελματική επανένταξη ενός πρώην εξαρτημένου ατόμου, χωρίς να συνοδεύεται από ένα καλά δομημένο και διαρκές πλαίσιο ψυχολογικής υποστήριξης, είναι καταδικασμένο να αποτύχει. Η έντονα επιβαρυσμένη ψυχολογική κατάσταση των

ατόμων αυτών, λειτουργεί ως νάρκη που ανά πάσα στιγμή μπορεί να εκραγεί και να καταστρέψει τις όποιες αλλαγές έχουν γίνει σε κοινωνικό ή επαγγελματικό επίπεδο (Κουκλινός 2004).

Για τον λόγο αυτό, το κάθε θεραπευτικό πλαίσιο παρεμβαίνει στην επαγγελματική αποκατάσταση των μελών του:

- Ø Παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη στα μέλη, για να μπορέσουν να σταθούν σε μια δουλειά με σταθερότητα και συνέπεια, κάτι που πολλοί από αυτούς κάνουν ή μαθαίνουν να κάνουν για πρώτη φορά στη ζωή τους. Για να καταφέρουν, να αναλάβουν τις ευθύνες τους και να είναι αποδοτικοί στην εργασία τους, χωρίς να είναι αντικείμενο διακρίσεων ή εκμετάλλευσης κάθε τύπου.
- Ø Με το να σταθεί δίπλα στον εργοδότη για να τον καθησυχάσει και να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τους αρχικούς του δισταγμούς, φόβους, προκαταλήψεις.
- Ø Με παρεμβάσεις στην ευρύτερη κοινότητα, ώστε να προκύψουν αλλαγές στο υπάρχον θεσμικό και νομικό πλαίσιο, και να εξαλειφθούν οι δυσκολίες για την επαγγελματική αποκατάσταση των θεραπευομένων

(Κατσαρού 2004)

Έτσι, για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, παράλληλα με την κατάρτιση, στα Εξειδικευμένα Κέντρα Επαγγελματικής και Κοινωνικής Ένταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ., λειτουργούν υποστηρικτικά για τη συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη των συμμετεχόντων καθώς και για την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου, οι ομάδες «Πρώτησης στην αγορά εργασίας» και «Συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών».

α. Οι ενέργειες που αναπτύσσονται από τις ομάδες «Πρώτησης στην αγορά εργασίας» είναι:

- § διαμεσολάβηση σε εργοδότες για την εργασιακή αποκατάσταση των μελών
- § στήριξη και συμβουλευτική των επαγγελματικών πρωτοβουλιών των συμμετεχόντων
- § συμβουλευτική στήριξη (ατομική, επιχειρηματικών δράσεων), σε επίπεδο νομικής, ασφαλιστικής και οικονομοτεχνικής κάλυψης

- § ενημέρωση-ευαισθητοποίηση εργοδοτικών φορέων και φορέων προώθησης στην απασχόληση για την επαγγελματική αποκατάσταση των απεξαρτημένων ατόμων
- § συνεργασία με τοπικούς φορείς για την προώθηση των απεξαρτημένων ατόμων στην αγορά εργασίας
- § παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου της απασχόλησης και της κοινωνικής προστασίας

β. Οι ενέργειες που αναπτύσσονται από τις ομάδες παροχής «Συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών» είναι:

- § προσέγγιση-ενημέρωση-ευαισθητοποίηση-ενεργοποίηση των ωφελούμενων, ώστε να συμμετάσχουν στη διαδικασία ένταξης
- § διερεύνηση των ικανοτήτων, δεξιοτήτων, κλίσεων και ενδιαφερόντων των χρηστών με στόχο την ανάπτυξη κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων
- § εξειδικευμένος επαγγελματικός προσανατολισμός
- § πληροφόρηση για θεσμικά, εργασιακά καθώς και νομικής μορφής θέματα

γ. Οι ενέργειες που αναπτύσσονται για την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση του κοινωνικού συνόλου είναι:

- § διαμόρφωση υποστηρικτικού δικτύου υπηρεσιών και επιχειρήσεων
- § ενεργοποίηση εθελοντών-διαμεσολαβητών κοινωνικής επανένταξης
- § ανάπτυξη και εφαρμογή συστήματος εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης των ενεργειών και δράσεων του έργου
- § διάδοση πληροφοριών στο διαδίκτυο
- § δράσεις ενημέρωσης του ευρύτερου κοινού

(Χριστοδούλου 2004).

Τα αποτελέσματα από την μέχρι σήμερα, υλοποίηση των προγραμμάτων κατάρτισης είναι οι συμμετέχοντες:

- Ø Να αποκτήσουν επάρκεια γνώσεων σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά και σε πρακτικό επίπεδο σε έναν τομέα, όπου θα μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες μιας αντίστοιχης θέσης εργασίας.
- Ø Να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες που θα τους καταστήσουν κατά το δυνατόν ανταγωνίσιμους στην αγορά εργασίας και θα τους εξασφαλίσουν σταθερότητα στον εργασιακό τους ρόλο.

- Ø Να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση, με την ενεργοποίηση τους και την συμμετοχή τους σε ότι τους αφορά, μέσω της απόκτησης γνώσεων, πληροφοριών και απαραίτητων δεξιοτήτων.
- Ø Να αποκτήσουν γνώση των όρων, των συνθηκών και των τρόπων εργασίας του πεδίου κατάρτισης τους, μέσω των εκπαιδευτικών επισκέψεων
- Ø Να έρθουν σε επαφή με την αγορά εργασίας και πολλοί από αυτούς να προωθηθούν σε αυτή. (Χριστοδούλου 2004)

Κατά κύριο λόγο, στα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας μας και σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς (π.χ. υπηρεσίες Τοπικής Αυτοδιοίκησης, επιθεώρηση εργασίας, ασφαλιστικούς φορείς, ΟΑΕΔ), είναι αρμοδιότητα των κοινωνικών λειτουργών, να παρέχουν:

1) συμβουλευτική υποστήριξη σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο σε όσα μέλη ενδιαφέρονται για εύρεση εργασίας

2) πληροφόρηση

- για τις θέσεις εργασίας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα
- για προγράμματα χρηματοδότησης και πρόσληψης ανέργων
- για επιχορηγήσεις νέων ελευθέρων επαγγελματιών
- για τα ειδικά προγράμματα επιχορήγησης του ΟΑΕΔ
- για θέματα εργασιακών σχέσεων
- για διευθύνσεις και τηλέφωνα οργανισμών και δημόσιων υπηρεσιών
- για διεξαγωγή σεμιναρίων με θέματα: τη διαδικασία αναζήτησης εργασίας, τη σύνταξη βιογραφικού και συνοδευτικής επιστολής, την αντιμετώπιση συνεντεύξεων επιλογής, τα εργασιακά θέματα, κ.ά.

3) προσέγγιση εργοδοτών και στελεχών επιλογής προσωπικού με στόχο την αξιόπιστη ενημέρωσή τους, πέρα από μύθους και προκαταλήψεις και τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και συνεργασίας, βασιζόμενου στον αλληλοσεβασμό, την αξιοκρατία και την υπευθυνότητα.

6.10 Ανακεφαλαίωση

Η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης, δεν μπορεί να αγνοήσει την αναγκαιότητα για παρεμβάσεις, που έχουν δημιουργηθεί με στόχο να προσφέρουν συμπληρωματικές υπηρεσίες και εναλλακτικές μορφές θεραπείας στα τοξικοεξαρτημένα άτομα και στις οικογένειές τους.

Τα προγράμματα μείωσης της βλάβης, είναι απαραίτητα και χρήσιμα συστατικά, σαν συμπλήρωμα της αντιμετώπισης του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης. Εξάλλου, οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, είναι αποτελεσματικότερη από τη μη θεραπεία.

Με αφετηρία το γεγονός, ότι δεν υπάρχει θεραπευτικό μοντέλο που να είναι κατάλληλο για όλους τους τοξικοεξαρτημένους, στα προγράμματα θεραπείας που λειτουργούν στην Ελλάδα, με στόχο την κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών του κάθε ατόμου, περιλαμβάνονται επίσης προγράμματα για ειδικές ομάδες εξαρτημένων, προγράμματα στο πλαίσιο του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, θεραπευτικά προγράμματα αυτοβοήθειας, σωματικής αποτοξίνωσης, εξωτερικής παρακολούθησης, τηλεφωνικές γραμμές άμεσης ψυχολογικής στήριξης και προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης,

Παρά τις διαφορές τους όμως, όλα τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην χώρα μας, μοιράζονται κάποιους κοινούς στόχους, όπως είναι η αποχή από τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, ή έστω η μείωση της χρήσης και της παραβατικής συμπεριφοράς, η βελτίωση της υγείας τους και της κοινωνικής τους λειτουργικότητας, και η ομαλή επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

7.1 Εισαγωγή

Η χρήση των λεγόμενων «σκληρών ναρκωτικών», εμφανίστηκε στον ελληνικό χώρο στις αρχές της δεκαετίας του '80, σαν μια συνέπεια της βιομηχανικής ανάπτυξης και των επακόλουθων συνεπειών της. Η βιομηχανική ανάπτυξη, η εισαγωγή από τις δυτικές κοινωνίες του αχαλίνωτου καταναλωτισμού, προτύπων και τρόπων ζωής, άγνωστων στην ελληνική κοινωνία και κουλτούρα, καθώς και η αποδυνάμωση των παραδοσιακών δομών χωρίς την αντικατάστασή τους από άλλες νεώτερες, συνετέλεσαν στην ταχύτατη διάδοση και εξάπλωση της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών (Ζαφειρίδης 1989).

Η ραγδαία αύξηση και εξάπλωση του προβλήματος της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και οι συνέπειες που προέκυψαν, έκαναν επιτακτική την ανάγκη της αντιμετώπισής του. Έτσι σήμερα, έχουν αναπτυχθεί και λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα, θεραπευτικά προγράμματα διαφόρων τύπων και θεραπευτικών μεθοδολογιών. Τα προγράμματα αυτά, καλύπτουν και τους τρεις τομείς της πρόληψης: την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη της τοξικοεξάρτησης.

Στην Ελλάδα αναπτύχθηκαν αρχικά, αμιγώς θεραπευτικά προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης της τοξικοεξάρτησης, αρκετά χρόνια αφού εμφανίστηκε η κατάσταση ως πρόβλημα. Μέχρι τότε, την φροντίδα των εξαρτημένων χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών είχαν τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας.

Σήμερα, τα επίσημα αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην Ελλάδα, είναι 55. Οι μονάδες αυτές, ανάλογα με τον τύπο και τον ιδιαίτερο θεραπευτικό χαρακτήρα τους κατανέμονται, σε 10 «στεγνά» προγράμματα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, σε 15 «στεγνά» προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων, σε 13 «στεγνά» προγράμματα εξωτερικής παραμονής για νέους και έφηβους χρήστες, 7 μονάδες υποκατάστασης με μεθαδόνη και 10 μονάδες υποκατάστασης με βουπρενορφίνη (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

7.2 Οι κύριοι φορείς θεραπευτικών προγραμμάτων για τοξικοεξαρτημένα άτομα

Οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς που παρέχουν θεραπεία σε εξαρτημένα άτομα στην χώρα μας, είναι οι εξής: ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το ΚΕ.Θ.Ε.Α., το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.)-Μονάδα «18 Άνω», το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, δημόσια γενικά νοσοκομεία ανά την Ελλάδα σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., το Σωματείο «ΘΗΣΕΑΣ»- Δήμος Καλλιθέας και το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

7.2.1 Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)

Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.) είναι ο πρώτος φορέας που συστάθηκε στην Ελλάδα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης. Πρόδρομός του, υπήρξε το Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένα Άτομα, που λειτούργησε πειραματικά το διάστημα 1983-1987 με πυρήνα την «ΙΘΑΚΗ», την πρώτη ελληνική Θεραπευτική κοινότητα.

Με την ίδρυση του ΚΕ.Θ.Ε.Α. το 1987 (Νόμος 1729) εντάχθηκαν σε αυτό όλες οι μονάδες του Ειδικού Θεραπευτικού Προγράμματος και αποτέλεσαν τη βάση για τη σταδιακή ανάπτυξη ενός πανελλαδικής εμβέλειας δικτύου υπηρεσιών.

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι αυτοδιοικούμενο, μη κερδοσκοπικό νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Νόμοι 1729/1987 και 3204/2003) (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007).

Βασικός στόχος του δικτύου είναι η θεραπεία, η επαγγελματική κατάρτιση και η κοινωνική ένταξη των τοξικοεξαρτημένων ατόμων, η συμβουλευτική και θεραπευτική στήριξη των οικογενειών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών, καθώς και η ανάπτυξη δραστηριοτήτων πρόληψης, εκπαίδευσης επαγγελματιών και έρευνας στον τομέα της τοξικοεξάρτησης.

Η θεραπευτική του παρέμβαση, στηρίζεται στο μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων. Τα προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. βασίζονται στην εθελούσια και δωρεάν συμμετοχή των μελών τους και δεν χορηγούν φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες («στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα) (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2004).

Οι βασικές αρχές της φιλοσοφίας των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α., έχουν άμεση σχέση με τον προσδιορισμό των αιτιών του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης. Για το ΚΕ.Θ.Ε.Α. οι τοξικοεξαρτημένοι, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως άτομα με πολύπλοκα ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία λανθάνουν πίσω από την «ορατή» και εύκολα διαγνώσιμη εξάρτηση, και όχι ως «άρρωστοι». Οι θεραπευτικές του κοινότητες λοιπόν, απαντώντας στα αίτια του προβλήματος, προσφέρουν τη δυνατότητα για εσωτερική αλλαγή, για ένα νέο τρόπο ζωής, απαλλαγμένο από ουσίες (Ρογκότης 1994).

Ανώτατο θεσμικό όργανο του ΚΕ.Θ.Ε.Α., είναι η Γενική του Συνέλευση, όπου συμμετέχουν με δικαίωμα ψήφου τόσο το έμψυχο δυναμικό του, όσο και οι αποδέκτες των υπηρεσιών του, όπως εργαζόμενοι στον οργανισμό με σύμβαση αορίστου χρόνου, μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων που βρίσκονται στη φάση της Κοινωνικής Επανάταξης, εκπρόσωποι των εθελοντικών συλλόγων οικογένειας και φίλων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και μέλη όλων των προηγούμενων διοικητικών συμβουλίων του οργανισμού (ΚΕ.Θ.Ε.Α 2007).

Το ανώτατο διοικητικό όργανο του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι το Διοικητικό Συμβούλιο. Τα μέλη του προτείνονται και εκλέγονται από τη Γενική Συνέλευση κάθε δυο χρόνια. Πρόκειται για διακεκριμένες προσωπικότητες του δημοσίου βίου που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στον οργανισμό εθελοντικά. Η Γενική Συνέλευση εκλέγει επίσης τρία αναπληρωματικά μέλη του διοικητικού συμβουλίου.

Στο Συμβούλιο συμμετέχουν και δυο μη αιρετά μέλη, που προέρχονται από το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και το Διοικητικό Συμβούλιο του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, με στόχο τη θεσμική διασύνδεση του ΚΕ.Θ.Ε.Α. με τη δημόσια διοίκηση και ιδιαίτερα τους χώρους της υγείας και της εκπαίδευσης (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007).

Το διοικητικό συμβούλιο εποπτεύει συνολικά τη λειτουργία του οργανισμού και ορίζει τον διευθυντή που έχει τη διοικητική και θεραπευτική ευθύνη του φορέα. Για το συντονισμό του έργου του ΚΕ.Θ.Ε.Α. ο διευθυντής συνεργάζεται στενά με τους υπεύθυνους των επί μέρους θεραπευτικών προγραμμάτων και των τομέων.

Η χάραξη της μακροπρόθεσμης πολιτικής του οργανισμού σε θέματα θεραπείας, δεοντολογίας, έρευνας, εκπαίδευσης, ανάπτυξης κ.ά. γίνεται από το Συμβούλιο Πολιτικής ΚΕ.Θ.Ε.Α (Σ.ΠΟ.Κ.), την ολομέλεια δηλαδή των υπευθύνων των αυτοτελών διοικητικών μονάδων (προγράμματα, μονάδες, τομείς, τμήματα) του ΚΕ.Θ.Ε.Α. από όλη την Ελλάδα.

Στα βασικά χαρακτηριστικά του τρόπου εσωτερικής λειτουργίας και διοίκησης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. συγκαταλέγονται η δημοκρατική διαδικασία λήψης αποφάσεων και η διοικητική αυτοτέλεια των προγραμμάτων του σε όλη την Ελλάδα. Στοχεύοντας στη θεραπευτική, διοικητική και οικονομική αποκέντρωση, το ΚΕ.Θ.Ε.Α. προσπαθεί να ανταποκρίνεται έγκαιρα και χωρίς γραφειοκρατικές εμπλοκές στις ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων και των οικογενειών τους (ΚΕ.Θ.Ε.Α 2006, ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2007).

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. στελεχώνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες, καθώς και από απόφοιτους αναγνωρισμένων θεραπευτικών προγραμμάτων. Δεν απασχολεί βοηθητικό ή φυλακτικό προσωπικό στα θεραπευτικά του προγράμματα, όπου οι εργασίες που απαιτούνται για την καθημερινή λειτουργία και διαβίωση γίνονται από ομάδες μελών και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας. Ενεργό συμμετοχή στο έργο του ΚΕ.Θ.Ε.Α. παρέχουν επίσης οι εθελοντικοί σύλλογοι οικογένειας των θεραπευτικών του προγραμμάτων, όπως και ιδιώτες εθελοντές (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

Οι πόροι του ΚΕ.Θ.Ε.Α. προέρχονται από: τον Κρατικό Προϋπολογισμό μέσω του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, δωρεές, κληροδοτήσεις και επιχορηγήσεις τρίτων και από τα έσοδα δραστηριοτήτων αυτοχρηματοδότησης, όπως οι παραγωγικές του μονάδες. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εγκρίνει το ετήσιο σχέδιο δράσης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και ελέγχει κατασταλτικά τη διαχείριση των οικονομικών του. Το ΚΕ.Θ.Ε.Α., χωρίς να έχει νομική υποχρέωση, αναθέτει κάθε χρόνο σε ορκωτούς ελεγκτές τον έλεγχο των οικονομικών του στοιχείων. Η σχετική έκθεση αποστέλλεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006).

7.2.2 Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Νόμος 2161/1993). Ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1995 με βασικούς στόχους:

Το σχεδιασμό, την προώθηση, το διωπουργικό 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 εμπειριστωμένων πληροφοριών, καθώς και την ευαισθητοποίηση του κοινού.

Την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής Επανένταξης (Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2000).

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο, αυτόν του εθνικού συντονιστικού φορέα και του φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών, στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης στην χώρα μας.

Δεδομένου ότι οι ανάγκες θεραπείας στα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα καλύπτονται κατά κύριο λόγο από άλλους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει αναπτύξει περιορισμένο αριθμό «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων. Ως μοναδικός φορέας που έχει από τον νόμο την αρμοδιότητα να λειτουργεί θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης, επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στην κάλυψη των αναγκών θεραπείας με φαρμακευτικά υποκατάστατα.

Βασικός σκοπός των προγραμμάτων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. είναι η παροχή υπηρεσιών σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή. Παράλληλα με την χορήγηση υποκαταστάτων (μεθαδόνης και βουπρενορφίνης), τα προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. παρέχουν ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη με στόχο να συμβάλλουν στην ομαλοποίηση της ζωής των θεραπευομένων και στη βελτίωση της κατάστασης της ψυχικής και σωματικής τους υγείας (Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2000).

Επίσης, βασικός στόχος του Ο.ΚΑ.ΝΑ. είναι η μελέτη του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα. Για το σκοπό αυτόν, διενεργεί έρευνες και επιδημιολογικές μελέτες, σε συνεργασία με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) και το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.) (Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2004).

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο στο οποίο συμμετέχουν καταξιωμένα πρόσωπα του επιστημονικού και οικονομικού χώρου. Θεσμικά συμμετέχουν ο επικεφαλής του Συντονιστικού Οργάνου Δίωξης Ναρκωτικών (Σ.Ο.Δ.Ν.) και ο πρόεδρος της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.).

Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου διορίζονται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο/η πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο, με πρόταση του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η διεύθυνση των υπηρεσιών και των μονάδων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. ανατίθεται στον Γενικό Διευθυντή του Οργανισμού, η θέση του οποίου καλύπτεται με δημόσια προκήρυξη (Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2000).

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. στελεχώνεται από επιστημονικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Επίσης, προσλαμβάνονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου, απόφοιτοι αναγνωρισμένων θεραπευτικών προγραμμάτων.

Οι πόροι του Ο.ΚΑ.ΝΑ. προέρχονται από ετήσιες επιχορηγήσεις του κράτους, δωρεές, κληροδοτήσεις και επιχορηγήσεις τρίτων, επιχορηγήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οργανισμών και νομικών προσώπων που τελούν υπό την εποπτεία του κράτους κτλ. Η διαχείριση των πόρων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. ελέγχεται απολογιστικά/κατασταλτικά από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2000).

7.2.3 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.) – Μονάδα Απεξάρτησης «18 Άνω»

Η Μονάδα Απεξάρτησης «18 Άνω» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών (Ψ.Ν.Α.), οργανώθηκε και λειτουργεί από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, ως συνέχεια και εξέλιξη της κλινικής, για άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες, που λειτουργούσε από το 1960 περίπου. Ιστορικά, ίσως αποτελεί την αρχαιότερη μονάδα παροχής υπηρεσιών σε εξαρτημένους στην Ελλάδα.

Σήμερα, η Μονάδα «18 Άνω» έχει αναπτυχθεί και καλύπτει με διάφορες δομές τους εξαρτημένους και τις οικογένειές τους, σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, μέχρι την επανένταξή τους στην κοινωνία. Όλες οι δομές της είναι «ελεύθερες ουσιών» («στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα), καθώς βασική αρχή της είναι πως η απεξάρτηση ισοδυναμεί με τη διαδικασία αλλαγής τρόπου ζωής, και όχι με την υποκατάσταση μιας εξάρτησης με μια άλλη.

Ο τελικός στόχος της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, δεν είναι η ψυχιατρικοποίηση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης, αλλά η κατάκτηση, από τον ίδιο τον χρήστη, της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του (Ρογκότης 1994).

Σύμφωνα με την Μάτσα, Υπεύθυνη του προγράμματος «18 Άνω», η θεραπευτική προσέγγιση του τοξικοεξαρτημένου οφείλει να είναι πολυεστιακή με παρέμβαση σε όλες τις παραμέτρους του προβλήματος (άτομο, οικογένεια, ομάδα) (Μάτσα 2001).

Το θεραπευτικό πρόγραμμα στηρίζεται κατά βάση στη θεραπευτική ομάδα, η οποία απαρτίζεται από έμπειρους και εκπαιδευμένους θεραπευτές και η οποία λειτουργεί με την αρχή της ισοτιμίας και αναπτύσσει δράσεις σε πολλά επίπεδα (Ρογκότης 1994).

Βασική αρχή λειτουργίας του προγράμματος είναι, όπως αναφέρθηκε, η αρχή της ισοτιμίας, που ισχύει και για θεραπευτές και για θεραπευόμενους. Η τήρησή της, ιδιαίτερα σε ένα δημόσιο ιδρυματικό πλαίσιο (Ψ.Ν.Α.), επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη ενός ειλικρινούς και ανοικτού διαλόγου ανάμεσα σε όλους και για όλα τα ζητήματα.

Στο πρόγραμμα «18 Άνω», δεν υπάρχουν αυθεντίες, ούτε ιεραρχικά επίπεδα. Η θεραπευτική ομάδα δεν στέκεται απέναντι στον εξαρτημένο, αλλά δίπλα του, στο πλευρό του και αναπτύσσει θεραπευτική σχέση, που στηρίζεται στην εμπιστοσύνη και παίζει σημαντικό ρόλο για την θεραπευτική πορεία κάθε ατόμου. (Ρογκότης 1994).

Με βάση αυτό το θεραπευτικό πλαίσιο, οι δομές που έχει αναπτύξει η Μονάδα Απεξάρτησης «18 Άνω», περιλαμβάνονται, ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή, συμβουλευτικός σταθμός, θεραπευτικές κοινότητες, μονάδα για έφηβους χρήστες, μονάδες επανένταξης και αποκατάστασης, ειδικό πρόγραμμα για κρατούμενους χρήστες, καθώς και προγράμματα στήριξης για τις οικογένειες των εξαρτημένων χρηστών. Ακόμη, έχουν αναπτυχθεί και προγράμματα φροντίδας και παρέμβασης σε ιδιαίτερες ομάδες εξαρτημένων (π.χ. εξαρτημένες μητέρες) (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

7.2.4 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.)

Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), έχουν αναπτυχθεί προγράμματα, τα οποία παρέχουν έναν ολοκληρωμένο θεραπευτικό κύκλο σε ανθρώπους που βρίσκονται αντιμέτωποι με το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης, εφόσον οι ίδιοι βέβαια, αποφασίσουν να υιοθετήσουν μια νέα στάση ζωής, έναντι του προηγούμενου τρόπου ζωής τους.

Οι δομές του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.) που αφορούν στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης, υλοποιούν παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο τη δυνατότητα των προσωπικών επιλογών και σαν συνέπεια, τη δια βίου αποχή από τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Οι δομές αυτές είναι οι εξής δύο:

1. Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων

Το Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψ.Ν.Θ., ξεκίνησε τη λειτουργία του από το 1992. Στόχος του τμήματος, είναι η ουσιαστική παρέμβαση στο χώρο των τοξικοεξαρτημένων, σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Αυτό σημαίνει, ότι το τμήμα προσεγγίζει, κατευθύνει και παρακολουθεί το τοξικοεξαρτημένο άτομο σε όλες τις φάσεις, τόσο της εξάρτησης όσο και της απεξάρτησης, μέχρι την ολοκλήρωση της επανένταξής του στον κοινωνικό ιστό.

Σήμερα, στο Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων λειτουργεί:

Πολυδύναμος Συμβουλευτικός Σταθμός θεραπευτικού χαρακτήρα

Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης, σε οίκημα μέσα στο χώρο του Ψ.Ν.Θ.

Θεραπευτική Κοινότητα, στην περιοχή Καρτερές, 40 χιλιόμετρα εκτός Θεσσαλονίκης
και

Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης.

Για το Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων, το πρόβλημα της εξάρτησης από τις εξαρτησιογόνες ουσίες, δεν είναι κυρίαρχα ιατρικό. Θεωρεί πως πλήθος παραγόντων όπως, κοινωνικοί, οικονομικοί, οικογενειακοί, περιβαλλοντικοί, ευθύνονται για την εξάπλωση και την αύξηση του αριθμού των τοξικοεξαρτημένων που παρατηρείται σήμερα.

Βασική αρχή του τμήματος, είναι η βιοψυχοκοινωνική διερεύνηση του χρήστη και η ετοιμότητα παροχής σε αυτόν, ανάλογης θεραπευτικής πρότασης. Η αξιολόγηση του προβλήματος, η διαμόρφωση γνώμης και, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, η ψυχιατρική διάγνωση, οδηγούν στην κατάλληλη θεραπευτική πρόταση.

Το Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων απευθύνεται στο τοξικοεξαρτημένο άτομο, προτείνοντας του μια «συμμαχία», με τη μορφή ενός «συμβολαίου», που στοχεύει κυρίως στην απεξάρτησή του, αλλά και του εξασφαλίζει κάθε άλλη μορφή βοήθειας (Ρογκότης 1994).

2. Εναλλακτικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα»ΑΡΓΩ»

Το Εναλλακτικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΡΓΩ» ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1998. Είναι ένα «ανοιχτό» θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο έχει προσαρμόσει τη θεραπευτική του λειτουργία, στην κατεύθυνση της αντιμετώπισης της εξάρτησης ως κοινωνικό, οικογενειακό και προσωπικό πρόβλημα.

Παρέχει μεταξύ άλλων, υπηρεσίες ψυχικής απεξάρτησης και κοινωνικής επαναδραστηριοποίησης, πρόγραμμα χορήγησης αντιδότηων, δραστηριότητες πρωτογενούς πρόληψης, κ.ά.

7.2.5 Η Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών – Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ»

Το Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» δημιουργήθηκε από τη συνεργασία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.).

Αρχισε να λειτουργεί την άνοιξη του 1998 και αποτελεί συνέχεια και μετεξέλιξη του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου κατά της Ουσιοεξάρτησης που λειτουργούσε στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου από το 1988.

Κύρια θεραπευτική μέθοδος του προγράμματος, είναι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του χρήστη σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο (γνωσιακή, συμπεριφορική, συστημική ψυχοθεραπεία).

Η προσέλευση στο θεραπευτικό πρόγραμμα «Αθηνά» είναι εθελοντική, και σε αυτό μπορούν να απευθυνθούν τοξικοεξαρτημένα άτομα ηλικίας έως 40 ετών.

Στόχοι του προγράμματος είναι:

Να ενημερώσει υπεύθυνα τον χρήστη και το άμεσο περιβάλλον του για τις υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες.

Να μετριάσει τη δυσπιστία και τους φόβους του χρήστη και να προετοιμάσει τη συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία.

Να εκτιμήσει κάθε στοιχείο ιδιαιτερότητας των προβλημάτων του χρήστη και να σχεδιάσει σε ατομικό πλαίσιο μία θεραπευτική αντιμετώπιση δίνοντας προτεραιότητα στις άμεσες ανάγκες του.

Παράλληλα, ως τμήμα της Πανεπιστημιακής Κλινικής, ασχολείται με την έρευνα και την εκπαίδευση στον τομέα των ουσιοεξαρτήσεων (Ρογκότης 1994).

7.2.6 Το Σωματείο «ΘΗΣΕΑΣ»- Δήμος Καλλιθέας

Στα πλαίσια του Δήμου Καλλιθέας λειτουργεί από το 1990 το Ανεξάρτητο Σωματείο «ΘΗΣΕΑΣ», το οποίο διαθέτει αυτοτελές Πρόγραμμα Αντιμετώπισης της Εξάρτησης, εξωτερικής παραμονής.

Στο πρόγραμμα «ΘΗΣΕΑΣ» μπορούν να απευθυνθούν τοξικοεξαρτημένα άτομα έως 25 ετών και οι οικογένειες τους. Στηρίζεται στην προσέγγιση της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, κυρίως με θεραπείες μέσω τέχνης και στην οικογενειακή θεραπεία, στην οποία αξιοποιούνται τεχνικές της συστημικής προσέγγισης.

Ανάμεσα στις παρεχόμενες υπηρεσίες διακρίνονται:

- Ιατρικές υπηρεσίες.
- Ψυχολογικές υπηρεσίες.
- Ατομική υποστηρικτική/συμβουλευτική.
- Πρόληψη υποτροπής.
- Ψυχοθεραπεία.
- Ατομική θεραπεία.
- Ομαδική θεραπεία.
- Οικογενειακή θεραπεία.
- Θεραπεία μέσω τέχνης, δραματοθεραπεία, μουσικοθεραπεία.

7.2.7 Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών

Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι ένα ιδιωτικό σωματείο, επιχορηγούμενο από το Κράτος. Στις δραστηριότητες του, περιλαμβάνεται τμήμα πρόληψης και αντιμετώπισης εξαρτητικών καταστάσεων, καθώς και ειδικό πρόγραμμα με την επωνυμία «ΙΑΣΩΝ».

Στο πρόγραμμα μπορούν να απευθύνονται τοξικοεξαρτημένοι από 11 έως 65 ετών. Προτεραιότητα εισαγωγής έχουν άτομα με παράλληλα ψυχιατρικά προβλήματα και οικογένειες χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών.

Το πρόγραμμα «ΙΑΣΩΝ», διαθέτει ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή άμεσης βοήθειας, συμβουλευτικό σταθμό και Κέντρο Ημέρας, στο οποίο γίνονται δεκτά 30-50 άτομα ανά εβδομάδα.

Παρέχει στους τοξικοεξαρτημένους υπηρεσίες όπως:

Ομαδική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση

§ Εργασιοθεραπεία-απασχολησιοθεραπεία

§ Ψυχαγωγικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις

§ Κοινωνική επανένταξη

(Ρογκότης 1994).

7.2.8 Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Η ανάγκη επέκτασης των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης οδήγησε τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. στη δημιουργία εξωτερικών ιατρείων ουσιοεξαρτήσεων σε συνεργασία με το Πε.Σ.Υ.Π. Η συνδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλων υγειονομικών φορέων στην αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης προβλεπόταν από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης (2002-2006), ενώ η υπουργική απόφαση της 18^{ης}/10/2002, που αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων χορήγησης βουπρενορφίνης από Γενικά Νοσοκομεία της χώρας, αποτέλεσε το θεσμικό πλαίσιο της λειτουργίας αυτών των ιατρείων.

Η λειτουργία μονάδων υποκατάστασης στα Γενικά Νοσοκομεία, αυξάνει την προσβασιμότητα των τοξικοεξαρτημένων στη θεραπεία, όχι μόνο με αριθμητικούς όρους, αλλά και με όρους ίσης γεωγραφικής κατανομής (*Τα νέα του Ο.ΚΑ.ΝΑ.* 2004).

7.3 Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης

Θα ήταν ελλιπής ή περιληπτική αυτή η αναφορά στα προγράμματα παρέμβασης στον τομέα των εξαρτήσεων, εάν δεν αναφερόμασταν, έστω και επιγραμματικά στα προγράμματα που αναπτύσσονται από διάφορους ιδιωτικούς φορείς, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, κλπ.

7.3.1 Τοπική Αυτοδιοίκηση

Σε πανελλήνιο επίπεδο, η Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων (ΚΕΔΚΕ), με χρηματοδότηση του προγράμματος Horizon, ανέλαβε την αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης για την αντιμετώπιση των τοξικοεξαρτημένων, τη σκιαγράφηση του «προφίλ» και των δραστηριοτήτων, των εξειδικευμένων στο αντικείμενο φορέων, και την καταγραφή υπηρεσιών και δραστηριοτήτων σε τοπικό επίπεδο.

Στην χώρα μας, λοιπόν, υπάρχουν 70 περίπου υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που ασχολούνται περισσότερο ή λιγότερο συστηματικά με την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων, και δραστηριοποιούνται κυρίως στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης. Οι παραπάνω υπηρεσίες λειτουργούν με τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου ή Νομικού Προσώπου Ιδιωτικού Δικαίου, σαν προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σαν υπηρεσίες των Δήμων και τέλος με πρωτοβουλία και εθελοντική δράση δημοτών (Ρογκότης 1994).

7.3.2 Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί

Πλήθος Σωματείων και Μη Κερδοσκοπικών Οργανώσεων με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης, έχει κάνει την εμφάνιση του, ιδίως τα τελευταία χρόνια.

Πρόκειται συνήθως για ιδιωτικά σωματεία, επιστημονικές εταιρείες, αλλά και συγγενείς και φίλους τοξικοεξαρτημένων ατόμων ή για οργανώσεις πρώην εξαρτημένων ατόμων, οι οποίες προσφέρουν σημαντική βοήθεια, κυρίως στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης, και πολλές φορές παρέχουν υπηρεσίες ψυχολογικής, νομικής, και άλλων μορφών στήριξης στους χρήστες και στις οικογένειες τους (Ρογκότης 1994).

7.3.3 Ιδιωτικές Κλινικές

Στα πλαίσια της λειτουργίας τους, πολλές ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα δέχονται για θεραπεία τοξικοεξαρτημένα άτομα. Η αποτελεσματικότητα τους ωστόσο, στον συγκεκριμένο τομέα δεν μπορεί να αξιολογηθεί, μιας και ο έλεγχος τους από το κράτος είναι σχεδόν ανύπαρκτος.

«Η ίδρυση αυτοτελών θεραπευτικών μονάδων για τοξικοεξαρτημένους, υπάγεται στις διατάξεις των ιδρυμάτων» προνοιακού χαρακτήρα», που δεν επιτρέπουν τη σύμβαση με ασφαλιστικά ταμεία, δημιουργώντας έτσι δυσβάστακτες οικονομικές απαιτήσεις για την παρακολούθηση των προγραμμάτων» (Ρογκότης, 1994:69).

7.3.4 Εκκλησία

Η Εκκλησία, λόγω της πλατιάς επιρροής που ασκεί στο λαό, μπορεί και έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει θετικά, στην αντιμετώπιση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης, ιδιαίτερα στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης, καθώς και την αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη (τριτογενής πρόληψη).

Παρόλο που η Καθολική και η Ευαγγελική Εκκλησία έχουν υπό την εποπτεία τους πολλές δομές απεξάρτησης, η Εκκλησία της Ελλάδος δεν έχει αναπτύξει έως σήμερα αντίστοιχη δράση στον τομέα αυτό.

Αξιοσημείωτη δράση, αναλαμβάνουν ωστόσο μονές, ιδίως του Αγίου Όρους, που προσφέρουν φιλοξενία σε τοξικοεξαρτημένους, οι οποίοι προσεγγίζουν τα συγκεκριμένα μέρη για να απομονωθούν, στην προσπάθεια τους να απεξαρτηθούν (Ρογκότης 1994).

Από την πλευρά, αυτή των ειδικών όμως, φαίνεται πως υπάρχουν διαφωνίες. Ο Πουλόπουλος και ο Μπάλας, υποστηρίζουν πως η πίστη και η απομάκρυνση από την «πιάτσα», πράγματι βοηθούν τα τοξικοεξαρτημένα άτομα να παραμείνουν «καθαρά» για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα, από την άλλη όμως, η συγκεκριμένη πρακτική στερείται παρεμβάσεων για την κοινωνική επανένταξη και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς απουσιάζουν οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες, οι οποίοι θα ήταν σε θέση να παρέχουν θεραπευτική βοήθεια. Συνέπεια των παραπάνω, είναι πολλά από αυτά τα άτομα να αντιμετωπίζουν προβλήματα προσαρμογής, όταν επιστρέφουν από τη ζωή στις μονές (Αιγινίτη 2007).

7.4 Αξιολόγηση της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των ελληνικών θεραπευτικών προγραμμάτων

Σε όλα τα θεραπευτικά προγράμματα, τίθεται συχνά το ερώτημα για το ποιά είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος θεραπείας, για ποιά άτομα και κάτω από ποιές συνθήκες.

Η σύγκριση ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα των κύριων μοντέλων για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα, δηλαδή των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων και των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης, θα ήταν σίγουρα αρκετά ενδιαφέρουσα. Ωστόσο, η υλοποίηση αυτής της σκέψης μοιάζει ανέφικτη.

Πράγματι, θα ήταν εξαιρετικά ριψοκίνδυνο να επιχειρηθεί κάτι τέτοιο, από τη στιγμή που πρόκειται για δυο εντελώς διαφορετικά μοντέλα θεραπείας κι αυτό σίγουρα, θα μας οδηγούσε σε εσφαλμένα συμπεράσματα.

Οι δυσκολίες που παρουσιάζει η αξιολόγηση της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων, συνοψίζονται στις εξής:

δεν υπάρχει η δυνατότητα διεξαγωγής εκτός από ποσοτικών και ποιοτικών ερευνών, που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην κατανόηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς δεν υπάρχει ένα σαφές θεωρητικό πλαίσιο, στο οποίο θα μπορούσαν να βασιστούν

δεν υπάρχει ένας κοινός και σαφής προσδιορισμός της έννοιας της αξιολόγησης

δεν έχουν οριστεί σαφώς, λόγω των ποικίλων προσεγγίσεων, ο τύπος και οι στόχοι του κάθε θεραπευτικού μοντέλου, ο χρόνος που απαιτείται να παραμείνει κάποιος σε αυτό, αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του

δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός προσδιορισμός των κριτηρίων της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών μεθόδων

στις έρευνες που διενεργούνται για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων, το δείγμα της μελέτης συχνά, δεν αποτελείται από όλα τα μέρη του συστήματος, τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για την επίτευξη της θεραπείας, δηλαδή θεραπευόμενοι-θεραπευτές-άλλα σημαντικά πρόσωπα (γονείς, σύζυγοι, αδέρφια)

(Πουλόπουλος 2000).

Ωστόσο, η έρευνα που αφορά στην αξιολόγηση οργανισμών θεραπείας της τοξικοεξάρτησης αν και είναι ιδιαίτερα απαιτητική και εμπεριέχει πολλές δυσκολίες, είναι αναγκαία, καθώς όσο η διαθέσιμη γνώση γύρω από την αποτελεσματικότητα των οργανισμών θεραπείας παραμένει ελλιπής, θα απουσιάζει και η δυνατότητα για την χάραξη εθνικής πολιτικής και στρατηγικής στον τομέα της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων (Πουλόπουλος 2000).

7.4.1 Τα κριτήρια που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων

Το βασικό κριτήριο για την αποτελεσματικότητα ενός θεραπευτικού συστήματος, αποτελεί η αποχή από την χρήση ουσιών, για ένα εύλογο χρονικό διάστημα, τουλάχιστον πέντε ετών.

Τα επιπλέον στοιχεία που αποτελούν κριτήρια για την αποτελεσματικότητα του, είναι η αποχή από την παραβατική συμπεριφορά, η επαγγελματική αποκατάσταση, το επίπεδο των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του θεραπευόμενου ατόμου.

Σύμφωνα με το ινστιτούτο ITACA, οι βασικοί στόχοι της θεραπείας των εξαρτήσεων ιεραρχούνται με την εξής σειρά:

1. Επιβίωση
2. Σωματική Υγεία
3. Κατανάλωση ουσιών
 - Ø Σταθεροποίηση
 - Ø Ελάττωση
 - Ø Αποχή
4. Κοινωνική ενσωμάτωση
 - Ø Σταθεροποίηση βασικών κοινωνικών αναγκών
 - Ø Σταθεροποίηση κοινωνικών σχέσεων
5. Προσωπικότητα
 - Ø Αντιμετώπιση προβλημάτων, συμπτωμάτων ή διαταραχών
 - Ø Ψυχολογική ευεξία, αυτονομία

(Κοκκώλης 2007).

7.4.2 Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα εξαρτάται βέβαια από παράγοντες όπως:

§Από το είδος της θεραπείας. Δεν υπάρχει ένας τύπος θεραπείας που είναι το ίδιο αποτελεσματικός για όλα τα τοξικοεξαρτημένα άτομα. Επομένως, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επιλέγεται το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο θα είναι σε θέση να καλύψει τις εξατομικευμένες ανάγκες του ενδιαφερόμενου.

§Από το μέγεθος και τη φύση των προβλημάτων του τοξικοεξαρτημένου. Όπως προαναφέρθηκε, το κάθε τοξικοεξαρτημένο άτομο έχει τις δικές του ανάγκες. Για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία λοιπόν, θα πρέπει να καλύπτει, όχι μόνο τις ανάγκες απεξάρτησης, αλλά και μια σειρά από άλλες ανάγκες, όπως της σωματικής και ψυχικής του υγείας, καθώς και κοινωνικά, επαγγελματικά, και νομικά του προβλήματα.

§Από τη διάρκεια της παραμονής του ατόμου στο πρόγραμμα. Η επιτυχία στη θεραπεία σημαίνει αρκετά μακρόχρονη διάρκεια της θεραπείας. Ωστόσο, από τα στοιχεία του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. για το έτος 2005, οι έξοδοι από το θεραπευτικό πρόγραμμα αντιστοιχούν σε ποσοστό 22% για τις μονάδες υποκατάστασης και σε ποσοστό 49% για τα «στεγνά» προγράμματα. Πάντως, το διάστημα που θεωρείται ικανοποιητικό, είναι το λιγότερο τρεις μήνες για τα «στεγνά» και δώδεκα μήνες για τα προγράμματα υποκατάστασης (Πουλόπουλος 2005, Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

§Από το βαθμό κινητοποίησης του ατόμου και της ενεργού συμμετοχής του στο πρόγραμμα. Το ισχυρό κίνητρο διευκολύνει τη θεραπεία. Αυτός είναι και ο λόγος, που το αίτημα για θεραπεία θεωρείται αυθεντικό, όταν διατυπώνεται από τον ίδιο τον τοξικοεξαρτημένο, και όχι από τους γονείς του ή άλλα κοντινά του άτομα (Μάτσα)

§Από τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης. Ο ρόλος που μπορεί να έχει ένας θεραπευτής στη διαδικασία της απεξάρτησης, είναι πολύ σημαντικός, καθώς παρατηρείται συχνά «ταύτιση» των τοξικοεξαρτημένων με τον θεραπευτή. Σύμφωνα με τον Egan, ο θεραπευτής για να συμβάλλει θετικά στην απεξάρτηση, θα πρέπει να είναι ένας άνθρωπος, ο οποίος με την καθημερινή του στάση και τον τρόπο ζωής του, θα επιδιώκει την ολοκλήρωση και την αυτοπραγμάτωση. Θα πρέπει να είναι προσιτός, να επιδιώκει το καλύτερο δυνατό για τους θεραπευόμενους και να εξασκεί με σεβασμό και συνέπεια τα καθήκοντα του, αποτελώντας ο ίδιος παράδειγμα προς

μίμηση. Ακόμη, θα πρέπει να έχει επαρκή γνώση, εμπειρία και εκπαίδευση στον τομέα της τοξικοεξάρτησης (Λιάππας 1999:227, Κωνσταντινίδης 2004:267-270).

§Από την έγκαιρη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Έρευνες έχουν δείξει πως το κίνητρο για θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο για την παραμονή σε αυτήν, όμως τα περισσότερα τοξικοεξαρτημένα άτομα ξεκινούν τη θεραπεία όχι μόνο από την εσωτερική τους κινητοποίηση, αλλά και λόγω των πιέσεων που δέχονται από τον νόμο, την οικογένεια, το εργασιακό τους περιβάλλον, κ.ά. Το αίτημα θεραπείας έχει πάντα τον χαρακτήρα του επείγοντος, με την έννοια ότι απαιτεί άμεση ανταπόκριση. Για αυτό το λόγο, είναι σημαντικό να υπάρχουν διαθέσιμα προγράμματα, στα οποία θα μπορούν οι τοξικοεξαρτημένοι να ενταχθούν άμεσα όταν πάρουν την απόφαση για θεραπεία (Πουλόπουλος 2005, Μάτσα 1999).

§Από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, σχετίζονται θέματα όπως η ικανοποίηση των ατόμων που απευθύνονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα, η εκπαίδευση, η εμπειρία και η εποπτεία των επαγγελματιών που απασχολεί το πρόγραμμα, η τήρηση της δεοντολογίας, η ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους στο πρόγραμμα, κτλ. (Λιάππας 1999, Πουλόπουλος 2000).

7.4.3 Αξιολόγηση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων

Τα στοιχεία που καθιστούν την θεραπεία των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων αποτελεσματικότερη είναι η αλλαγή του τοξικοεξαρτημένου ατόμου με τέτοιο τρόπο, ώστε να απέχει πλήρως από την χρήση παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών, να απέχει από κάθε μορφή παραβατικής συμπεριφοράς και να επανενταχθεί ομαλά στην κοινωνία.

7.4.3.1 Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Μια σημαντική έρευνα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), πραγματοποιήθηκε το 1999-2000, από τον Τομέα Κοινωνιολογίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, υπό την επιστημονική εποπτεία του καθηγητή Τ.Α. MacLellan του Τμήματος Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Πενσυλβανίας, με

τίτλο «Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α.».

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 551 άτομα (445 άντρες και 116 γυναίκες), τα οποία εντάχθηκαν σε θεραπεία στις θεραπευτικές κοινότητες που διέθετε τότε το ΚΕ.Θ.Ε.Α., στο διάστημα 1//1994 έως και 31/12/1995, ανεξάρτητα αν είχαν ολοκληρώσει ή όχι την θεραπευτική τους πορεία. Αυτό σημαίνει ότι μέρος του δείγματος αποτέλεσαν άτομα που έμειναν στην θεραπευτική κοινότητα, έστω και για μία μέρα.

Η επανεξέταση τους (follow up), έγινε πέντε με έξι χρόνια μετά την εισαγωγή τους στην εκάστοτε θεραπευτική κοινότητα (2000-2001). Κατά την περίοδο της επανεξέτασης τους, ελέγχθηκαν, με ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους, εκτός από την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, την παραβατική συμπεριφορά και την επαγγελματική τους κατάσταση, και άλλοι σημαντικοί τομείς της ζωής των ατόμων, όπως οι οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις, η κατάσταση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας, κ.ά.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, όσο αυξάνεται ο χρόνος παραμονής στην θεραπεία, τόσο μειώνεται η πιθανότητα για υποτροπή και επαναφορά στην χρήση ουσιών. Μάλιστα, από τα άτομα που παρέμειναν για ένα χρόνο στη θεραπευτική κοινότητα, που είναι και η προβλεπόμενη διάρκεια παραμονής, πέντε χρόνια μετά

Ø ποσοστό 67,7% απέχε από τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών

Ø ποσοστό 72,7% δεν είχε καμία εμπλοκή με τον νόμο, και

Ø ποσοστό 83,7% είχε επαγγελματική απασχόληση.

Βέβαια, σαφή οφέλη που συνδέονται με τη βελτίωση της υγείας των ατόμων, την πρόληψη της διάδοσης του HIV/AIDS και της ηπατίτιδας C, τον περιορισμό της παραβατικότητας, κτλ, είχαν και άτομα που δεν ολοκλήρωσαν τον απαιτούμενο χρόνο θεραπείας, αλλά είχαν παραμείνει στην θεραπευτική κοινότητα τουλάχιστον για 90 ημέρες. Κάτι που οφείλεται στο γεγονός ότι, μεγάλο ποσοστό των ατόμων που διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία, επιστρέφει μέσα στην πενταετία που μεσολαβεί, στο ίδιο ή σε άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα (ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2004).

7.4.3.2 Τα μειονεκτήματα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων

Η εξέλιξη των θεραπευτικών κοινοτήτων με το πέρασμα των χρόνων, δημιούργησε κάποια βασικά προβλήματα στη φυσιολογία και την ταυτότητα τους:

Η συγκεντρωτική ανάπτυξη των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων.

Η επαγγελματοποίηση τους, είχε ως αναπόφευκτο αποτέλεσμα την εγκατάλειψη ή τον παραμερισμό κάποιων αρχών, όπως της αυτοβοήθειας, της αυτονομίας, της αυτοδιαχείρισης, κ.ά.

Δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία.

Απουσία εθελοντισμού.

Συχνά φαινόμενα κατάχρησης θεραπευτικής εξουσίας.

Αναπαραγωγή του κυρίαρχου τρόπου ζωής.

Θεραπευτική αντιμετώπιση που απευθύνεται κατά κύριο λόγο στο σύμπτωμα.

Ιδρυματισμός των θεραπευόμενων και των θεραπευτών.

Εμφάνιση συνδρόμου κόπωσης (Burn out) στους θεραπευτές.

(Ζαφειρίδης 2005)

7.4.4 Αξιολόγηση των προγραμμάτων υποκατάστασης

Τα στοιχεία που καθιστούν την θεραπεία των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης αποτελεσματικότερη είναι:

Στόχος η μείωση της βλάβης, αντί της αποχής.

Επαρκής δοσολογία της μεθαδόνης.

Μακρόχρονη χορήγηση.

Επαρκείς ιατρικές υπηρεσίες.

Ψυχοκοινωνική στήριξη.

Καλή εκπαίδευση και σταθερότητα του προσωπικού.

Ευέλικτες διαδικασίες δόσεων για το σπίτι.

Μακρόχρονη θεραπευτική σχέση.

Σχέσεις εμπιστοσύνης και εχεμύθειας.

(Γαζγαλίδης 2005, Κοκκώλης 2007)

7.4.4.1 Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων Υποκατάστασης

Τα προγράμματα χορήγησης υποκαταστάτων έχουν αποδείξει διεθνώς, μέσα από διάφορες έρευνες, την αποτελεσματικότητά τους, στους εξής στόχους:

- Ø Υψηλό ποσοστό προσέλευσης, ακόμη και δύσκολων πληθυσμών τοξικοεξαρτημένων, οι οποίοι δεν προσέρχονται ή έχουν αποτύχει σε άλλου τύπου θεραπευτικές παρεμβάσεις.
- Ø Υψηλό ποσοστό συγκράτησης στη θεραπευτική διαδικασία. Ως θεραπευτική διαδικασία, εννοείται η προσπάθεια που στοχεύει στη βελτίωση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου, ανεξάρτητα από το εάν και για ποιο χρονικό διάστημα χρησιμοποιεί ουσίες, υπό ιατρικό έλεγχο.
- Ø Μείωση της χρήσης παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, καθώς και αλλαγή των πρακτικών της χρήσης, προς λιγότερο επικίνδυνες μορφές.
- Ø Βελτίωση της υγείας των χρηστών, αλλά και προστασία της δημόσιας υγείας, από μεταδοτικά νοσήματα, τα οποία ενδημούν στους χρήστες που κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ενδοφλεβίως.
- Ø Μείωση της εγκληματικότητας, βελτίωση της συμπεριφοράς, βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων και συνακόλουθη άμβλυνση της περιθωριοποίησης των χρηστών.
- Ø Τα ευεργετικά αποτελέσματα των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι ορατά, για το χρονικό διάστημα που συμμετέχει κάποιος σε αυτά, άρα είναι ευθεία συνάρτηση του χρόνου παραμονής.
- Ø Τα ποσοστά απεξάρτησης από τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, μέσω των προγραμμάτων υποκατάστασης, είναι της τάξης του 10%. Ένα ποσοστό, το οποίο μπορεί να γίνει πολύ σημαντικό σε απόλυτους αριθμούς, εάν αναλογιστεί κανείς, τις δυνατότητες μαζικοποίησης που έχουν τα προγράμματα αυτά.

(Γαζγαλίδης, 2005)

7.4.4.2 Τα μειονεκτήματα των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης

Σύμφωνα με τον Ζαφειρίδη, η αμερικανική εμπειρία έδωσε την ευκαιρία εντοπισμού στη πράξη, μιας σειράς βασικών μειονεκτημάτων των προγραμμάτων μεθαδόνης. Τα σπουδαιότερα από αυτά είναι:

Η δημιουργία νέας εξάρτησης, πιο επικίνδυνης από την ηρωίνη, αφού τη χρήση της μεθαδόνης συνοδεύει ο μύθος της ατοξικής και μη εξαρτητικής ουσίας.

Δημιουργία νέας μαύρης αγοράς, της μαύρης αγοράς της μεθαδόνης, αυτή τη φορά όμως, με άμεση ευθύνη της πολιτείας.

Αυξημένη θνησιμότητα. Η θνησιμότητα στα προγράμματα χορήγησης μεθαδόνης, βρίσκεται στα ίδια ή μεγαλύτερα επίπεδα, σε σχέση με αυτά της ηρωίνης, όταν δεν αποτρέπεται η παράλληλη λήψη άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, όπως απέδειξαν πολλοί ερευνητές.

Μείωση της κινητοποίησης για συμμετοχή σε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Διαιώνιση δηλαδή της εξάρτησης, και αποφυγή του δύσκολου δρόμου της απεξάρτησης.

Εξάρτηση από το κράτος, που υπό ορισμένες περιστάσεις, μπορεί να αποδειχθεί χειρότερη της εξάρτησης από τους εμπόρους.

(Ζαφειρίδης 1983)

7.5 Ανακεφαλαίωση

Σήμερα, οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς των 55 θεραπευτικών προγραμμάτων της χώρας μας, είναι οι εξής: ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το ΚΕ.Θ.Ε.Α., το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.)-Μονάδα «18 Άνω», το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, δημόσια Γενικά Νοσοκομεία ανά την Ελλάδα σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., το Σωματείο «ΘΗΣΕΑΣ»- Δήμος Καλλιθέας και το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης είναι ιδιωτικοί φορείς, η τοπική αυτοδιοίκηση, η εκκλησία, κλπ.

Το βασικά κριτήρια για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων, είναι η πλήρης αποχή από την χρήση ουσιών, η αποχή από την παραβατική συμπεριφορά, η επαγγελματική αποκατάσταση, το επίπεδο των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του θεραπευόμενου ατόμου.

Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αποτελεσματικότητά τους, είναι το είδος της θεραπείας, το μέγεθος και η φύση των προβλημάτων του τοξικοεξαρτημένου, η διάρκεια της παραμονής του, ο βαθμός κινητοποίησης και η ενεργός συμμετοχή του στο πρόγραμμα, η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης, η έγκαιρη διαθεσιμότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η αξιολόγηση οργανισμών θεραπείας της τοξικοεξάρτησης, αν και είναι ιδιαίτερα απαιτητική και δύσκολη, κρίνεται αναγκαία, καθώς όσο η διαθέσιμη γνώση γύρω από την αποτελεσματικότητά τους, δίνει τη δυνατότητα για ουσιαστική βελτίωση, λήψη μέτρων και χάραξη εθνικής πολιτικής και στρατηγικής στον τομέα της αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης.



Hold on © Paixum

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Όπου και να ταξιδέψω η Ελλάδα με πληγώνει
Παραπετάσματα βουνών αρχιπέλαγα γυμνοί γρανίτες....
Το καράβι που ταξιδεύει το λένε ΑΓΩΝΙΑ 937
Γ. Σεφέρης

8.1 Εισαγωγή

Ο Κλεάνθης Γρίβας μας λέει: *«Ανήκω σ' εκείνους που αγωνίζονται εναντίον του παραλογισμού της καταστολής και ελπίζουν για το καλύτερο, περιμένοντας το χειρότερο. Κι αυτό γιατί απλούστατα, εξαιτίας του επαγγέλματός μου, ξέρω καλά πόσο ακατανίκητη είναι η δύναμη της βλακείας των επαγγελματιών πολιτικών που διαχειρίζονται την εξουσία ως αποικιακοί διοικητικοί υπάλληλοι των Ηνωμένων Πολιτειών.*

Ως ψυχίατρος έλκομαι από το διανοητικό παιχνίδι των πιθανών ερμηνειών που υπόσχεται η εφαρμογή της θεωρίας της αλλοτρίωσης ή της οικονομίας της ψυχικής ενέργειας.

Ως νευρολόγος είμαι πεπεισμένος ότι η εξάρτηση από τις ψυχοτρόπες ουσίες (και ιδιαίτερα από τα οπιούχα) είναι ζήτημα βιολογικό και ερμηνεύεται ικανοποιητικά μετά την ανακάλυψη των ειδικών υποδοχέων της μορφίνης στον εγκέφαλο (1973) και η απομόνωση των ενδορφινών και των εγκεφαλινών (1975 και 1976).

Αλλά ως ενεργός πολίτης, είμαι πεπεισμένος ότι το πρόβλημα των “ναρκωτικών” είναι πρωτίστως ένα πρόβλημα πολιτικό και οικονομικό, το οποίο συμβαίνει να έχει πολλές κοινωνικές και ορισμένες ψυχολογικές, ιατρικές και νευροφυσιολογικές παραμέτρους.

Και θα υπερασπιστώ αυτή την άποψη, προσπαθώντας να αποδείξω ότι στην Ελλάδα, αλλά και σ' όλο τον υπόλοιπο κόσμο, πριν από την παρόξυνση της κατασταλτικής πολιτικής απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες οι πιο συμφέρουσες συναλλαγές γίνονταν με ρήτρα δολαρίου ή ECU, ενώ σήμερα οι πλέον κερδοφόρες συναλλαγές γίνονται με ρήτρα ηρωίνης». (Γρίβας 1991)

8.2 Η Κατασταλτική Πολιτική

Στην Ελλάδα, το βασικό μοντέλο κοινωνικού ελέγχου του προβλήματος των ναρκωτικών υπήρξε μια αυστηρά κατασταλτική πολιτική. (Κουκουτσάκη 1991)

Σύμφωνα με τον Κλεάνθη Γρίβα η καταστολή ως μέσο αντιμετώπισης των ναρκωτικών που έχει επιλέξει η Ελλάδα όπως και όλες οι άλλες χώρες έχει να επιδείξει την πλήρη χρεοκοπία της όλης «αντιναρκωτικής» πολιτικής:

1. Την αλματώδη αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων και του αριθμού των θανάτων από σκληρά ναρκωτικά.
2. Την ταχύτατη αύξηση της εγκληματικότητας που συνδέεται με την εναγώνια προσπάθεια του χρήστη να εξασφαλίσει τη δόση του με κάθε τρόπο.
3. Τη δραματική αύξηση του ποινικού πληθυσμού, που το ένα τρίτο του αφορά αδικήματα σχετικά με τη νομοθεσία περί ναρκωτικών.
4. Την ανησυχητική αύξηση της εξάπλωσης των ασθενειών που συνδέονται με τις άθλιες συνθήκες πρόσκτησης και λήψης που επιβάλλει η παρανομία
5. Την πλήρη εκμηδένιση της οποίας αποτελεσματικότητας θα μπορούσαν να έχουν οι διωκτικές αρχές εναντίον των καρτέλ των ναρκωτικών.

Την εκρηκτική μεγιστοποίηση του κοινωνικού και οικονομικού κόστους που συνεπάγεται το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης και της καταστολής, το οποίο έχει ήδη υπερβεί άπειρες φορές και από πολλές απόψεις τις δυνατότητες της κοινωνίας και του κράτους.

1. Μαύρη αγορά: Με ρήτρα ηρωίνης

Στην Ελλάδα, μια χώρα με 10 εκατ. κατοίκους που είναι ημικαθυστερημένη από πολιτική, οικονομική και πολιτισμική άποψη, 80.000 εξαρτημένοι από νοθευμένη ηρωίνη διαμορφώνουν μια τεράστια μαύρη αγορά νοθευμένης ηρωίνης που ο ετήσιος τζίρος της φτάνει τα 500 δισεκατ. δραχμές. Αυτοί οι 80.000 εξαρτημένοι αντιστοιχούν στο 0,8% του συνολικού πληθυσμού, πράγμα που σημαίνει ότι 1 στους 125 Έλληνες είναι εξαρτημένος χρήστης νοθευμένης ηρωίνης.

Στην Ελλάδα, ο ετήσιος τζίρος της νοθευμένης ηρωίνης είναι μεγαλύτερος από το σύνολο των κερδών των 50 μεγαλύτερων εμπορικό-βιομηχανικών εταιρειών της χώρας. Το 1992, ο ετήσιος τζίρος της, ήταν τετραπλάσιος από το σύνολο των κερδών όλων των τραπεζών που λειτουργούσαν στη χώρα, και τα οποία ανήλθαν σε 89 δισεκ. δρχ.

Χάρη στην κατασταλτική πολιτική της εξουσίας απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες, διαμορφώνεται μια τεράστια μαύρη αγορά και λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε όλα τα κέρδη που πραγματοποιούνται σ' αυτή να τα καρπώνεται οι μεγάλες εγκληματικές οργανώσεις που την ελέγχουν, και όλο το κόστος των παρενεργειών της λειτουργίας της να το επωμίζεται η κοινωνία (καταβάλλοντας ένα υψηλό τίμημα σε ανθρώπινες ζωές και σε σπατάλη δημοσίου χρήματος για τη συντήρηση ενός ήδη υπερκορεσμένου και δυσλειτουργικού δικαστικού, σωφρονιστικού και νοσηλευτικού μηχανισμού, τη δημιουργία και τη συντήρηση ειδικών “απεξαρτησιακών” μονάδων, δήθεν “θεραπευτικών” κοινοτήτων, κλπ.).

2. Οι πολιτικές συνέπειες: Ναρκω-ολοκληρωτισμός

Αυτή η τρομακτική οικονομική ισχυροποίηση του οργανωμένου εγκλήματος που ελέγχει τη διακίνηση και την εμπορία των “ναρκωτικών”, του δίνει τη δυνατότητα να εξαγοράζει μαζικά διάφορους κυβερνητικούς και κρατικούς αξιωματούχους, με αποτέλεσμα να διαιώνίζεται ο φαύλος κύκλος της χρήσης των απαγορευμένων ουσιών και της καταστολής (πράγμα που εξασφαλίζει όλο και πιο μεγάλα κέρδη στο οργανωμένο έγκλημα) και να τίθενται σε άμεσο κίνδυνο οι δημοκρατικοί θεσμοί.

Η απαγόρευση της χρήσης ορισμένων ψυχοτρόπων ουσιών αποτελεί μέγιστη απειλή για κάθε ανοικτή κοινωνία. Κι απέναντι σ' αυτή την απειλή δεν είναι δυνατό να προβληθεί οποιαδήποτε άμυνα, εξαιτίας της εμμονής των εκάστοτε διαχειριστών της πολιτικής εξουσίας σε μια καταστροφική κατασταλτική πολιτική απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες.

3. Εξαρτημένοι: Άλμα εις ύψος

Χάρη στη δαιμονολογική κατασταλτική αντιμετώπιση των “ναρκωτικών” και το “ζήλο” των δήθεν αντιναρκωτικών” υπηρεσιών (αστυνομικών και μη), οι εξαρτημένοι από οπιούχα, που υπολογίζονταν κατά προσέγγιση σε 2.000 το 1980 έκαναν ένα εντυπωσιακό άλμα στις 20.000 το 1985 (ποσοστό αύξησης 1.000%) και

εκτοξεύτηκαν στις 80.000 το 1990 (ποσοστό αύξησης 4.000%). Και ο αριθμός τους συνεχίζει να αυξάνεται.

Απέναντι σ' αυτή τη ζοφερή προοπτική (που προβλεπόταν με μαθηματική ακρίβεια) οι επαγγελματίες πολιτικοί αποφάσισαν να αντιπαραθέσουν κάποια έργα βιτρίνας, που ούτε καν αγγίζουν το ζήτημα των “ναρκωτικών” αλλά απλώς απενοχοποιούν προσωρινά την κρατική εξουσία στα μάτια της Ελληνικής κοινωνίας, σε σχέση με το ρόλο της στη δημιουργία και την επιδείνωση του προβλήματος των “ναρκωτικών”.

Είναι απάτη, αγυρτεία και τσαρλατανισμός των διαχειριστών της εξουσίας να παραγνωρίζουν συστηματικά τα επιστημονικά δεδομένα που αφορούν την εξάρτηση και να φενακίζουν την πραγματικότητα, αρνούμενοι να αποδεχτούν ότι εμμένοντας στις προσφιλείς κατασταλτικές μεθόδους τους, δεν κάνουν τίποτε άλλο παρά να επιδεινώνουν διαρκώς το πρόβλημα που υποτίθεται ότι θέλουν να αντιμετωπίσουν.

Γιατί με όρους στοιχειώδους λογικής, είναι αντικειμενικά αδύνατη η παραμικρότερη ανακοπή της ραγδαίας ανάπτυξης της κακοήθους νεοπλασίας που παράγει ο συνδυασμός της εξάρτησης από απαγορευμένες ουσίες και της καταστολής.

4. Συλλήψεις και καταδίκες

Σύμφωνα με τα στοιχεία των διοικητικών αρχών οι συλλήψεις για αδικήματα που σχετίζονται με τα “ναρκωτικά” από 784 το 1981 έφτασαν τις 3.065 το 1989 (δηλαδή αυξήθηκαν κατά 400% περίπου, με μέσο όρο ετήσιας αύξησης 40%).

Οι αριθμοί αυτοί απέχουν πολύ από την πραγματικότητα λόγω του είδους του αντικειμένου της δίωξης και των ιδιότυπων σχέσεων αλληλοεκδούλευσης που αναπτύσσονται πολλές φορές μεταξύ διώκτη και διωκόμενου, όπως αποδεικνύεται κι απ' τις δημόσιες διαβεβαιώσεις των επιτελών της υπηρεσίας δίωξης “ναρκωτικών”, σύμφωνα με τις οποίες “μόνο το 20% των συλληφθέντων φθάνει στα δικαστήρια”.

Παρεμφερή αυξητική πορεία ακολούθησαν οι ποινικές δίωξεις που ασκήθηκαν και οι καταδίκες που επιβλήθηκαν κατά την τελευταία δεκαετία (1980-1989), με αποτέλεσμα σήμερα στο σύνολο των 4.916 ατόμων τα οποία κρατούνται στις Ελληνικές φυλακές, οι 1.524 (δηλαδή ποσοστό 31% του συνόλου) να είναι υπόδικοι ή κατάδικοι για αδικήματα σχετικά με “ναρκωτικά”.

Και στη συντριπτική τους πλειοψηφία, πρόκειται για εξαρτημένους μικροδιακινητές ή απλούς χρήστες, αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι μεταξύ των

1.524 κρατουμένων υπάρχουν 22 με ισόβια (ή 1,4% του συνόλου) και 47 με ποινές άνω των 15 χρόνων (ή 3% του συνόλου), κι αν φυσικά ανταποκρίνεται στην αλήθεια η διακήρυξη ότι η δικαιοσύνη εξαντλεί την αυστηρότητά της στους εμπόρους των “ναρκωτικών” κι όχι στα θύματά τους.

5) Θάνατοι:

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία (που αμφισβητούνται για πολλούς σοβαρούς λόγους), οι θάνατοι από νοθευμένη ηρωίνη από 5 το 1980 ανέβηκαν σε πάνω από 200 το 1996 δηλαδή αυξήθηκαν κατά 4.000% (που αντιστοιχεί σε μέσο ποσοστό ετήσιας αύξησης 400%).

Φυσικά, ο πραγματικός αριθμός των θανάτων από νοθευμένη ηρωίνη είναι πολύ μεγαλύτερος, με δεδομένη την προσπάθεια επικάλυψης της πραγματικής αιτίας του θανάτου που καταβάλουν οι συγγενείς του θύματος για ν' αποφύγουν τον κοινωνικό στιγματισμό.

Η απόδοση όλων αυτών των θανάτων με τους ουδέτερους ιατρικούς όρους “υπερβολική δόση”, “πνευμονικό οίδημα”, “εμβολή”, αποκρύπτει το γεγονός ότι μοναδικός υπεύθυνος γι' αυτούς είναι η κατασταλτική πολιτική της εξουσίας απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες, η οποία προκαλεί τη συνεχή άνοδο της τιμής της νοθευμένης ηρωίνης που διατίθεται στη μαύρη αγορά και καθιστά εξαιρετικά κερδοφόρα και την παραμικρότερη νόθευσή της.

Η απαγόρευση και η δίωξη των “ναρκωτικών” είναι αποκλειστικά υπεύθυνη για τους θανάτους από υπερβολική δόση, λόγω της άγνοιας και της κακής πληροφόρησης που επιβάλλει σχετικά με το τι και πότε είναι υπερβολική μια δόση. Γιατί βέβαια, κανένας εξαρτημένος δεν παίρνει ηρωίνη για να αυτοκτονήσει. Την παίρνει για να προσποριστεί τα ψυχικά και βιολογικά αποτέλεσμα της δράσης της. Και συνεπώς, μόνο η άγνοια μπορεί να τον σπρώξει στη λήψη μιας θανατηφόρας “υπερβολικής δόσης”.

Η κατασταλτική πολιτική απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες ενοχοποιείται επίσης και για τους θανάτους από πνευμονικό οίδημα και εμβολές, οι οποίοι δεν οφείλονται στην ηρωίνη αυτή καθαυτή, αλλά στις ουσίες με τις οποίες νοθεύεται (άμυλο, ταλκ, κινίνη, στρυχνίνη, κονιοποιημένο γυαλί, κ.α.), με σκοπό τη μεγιστοποίηση τους κέρδους.

Πίνακας 6: Θάνατοι οφειλόμενοι σε «ναρκωτικά» 1991-2005

ΠΙΝΑΚΑΣ

που φανερώνει τους θανάτους από ναρκωτικά, με τα παρακάτω στοιχεία, κατά τα έτη 1991-2005 (30/11)															
	ΕΤΗ														
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΙ	94	86	83	164	190	241	241	255	277	312	334	269	229	261	268
ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΙ	79	79	78	146	176	222	232	245	265	304	321	259	217	247	97
1 Ηλικία															
α) μέχρι 20 ετών	2	1	4	8	7	14	24	33	47	51	46	28	13	15	2
β) από 21-30 ετών	44	47	49	71	90	98	102	112	122	130	158	140	118	130	52
γ) από 31 και άνω	33	31	25	67	79	110	106	100	96	123	117	91	86	102	43
2 Φύλο															
α) Άνδρες	74	70	70	135	162	202	209	216	245	285	300	242	199	228	92
β) Γυναίκες	5	9	8	11	14	20	23	29	20	19	21	17	18	19	5
3 Υψηκοότητα															
α) Έλληνες	76	76	74	141	168	212	227	240	251	292	307	247	200	230	90
β) Αλλοδαποί	3	3	4	5	8	10	5	5	14	12	14	12	17	17	7
4 Περιοχή															
α) Αττική	61	61	69	105	136	167	166	170	186	200	211	161	123	126	36
β) Θεσσαλονίκη	12	9	4	21	18	25	38	39	30	49	54	50	41	52	20
γ) Λοιπή Χώρα	6	9	5	20	22	30	28	36	49	55	56	48	53	69	41
5 Οικογενειακή Κατάσταση															
α) Άγαμοι	67	75	74	129	157	184	96	227	245	289	298	243	206	238	93
β) Εγγαμοι	11	2	3	13	15	32	8	16	16	12	15	12	10	8	4
γ) Διαζευγμένοι	1	2	1	4	4	6	1	2	4	3	8	4	1	1	
6 Γραμματικές Γνώσεις															
α) Ετοιμοδίου Εκπαίδευσης	33	27	28	31	73	78	85	87	65	111	108	109	26	140	54
β) Μέσης Εκπαίδευσης	39	27	38	23	30	106	135	143	169	178	194	133	28	99	40
γ) Ανώτατης Εκπαίδευσης	3	6	2	1	6	4	4	3	3	4	2	3	3	4	2
δ) Άγνωστη	4	19	10	91	66	34	8	12	28	11	17	14	160	4	1
ε) Αγράμματοι	.....	.....	.....	.....	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
7 Επάγγελμα															
α) Άεργοι	51	47	50	81	99	144	144	175	197	232	258	224	183	195	79
β) Τεχνίτες-Εργάτες-Οικοδόμοι	9	15	9	24	29	21	25	31	18	28	11	11	9	14	8
γ) Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	10	10	5	16	20	9	21	14	11	15	17	8	21	13	4
δ) Μουσικοί	.....	.....	.....	.....	3	2	.....	.....	.....	.....	.....	1	.....	1	.....
ε) Ναυτικοί	4	4	1	1	4	7	1	.....	1	2	.....	.....	1	.....	.....
στ) Εποδοστές-Μαθητές	.....	.....	.....	.....	.....	3	1	4	6	6	1	6	1	5	.....
ζ) Ιερόδουλες	3	.....	1	.....	4	1	3	.....	1	1	1	.....	2	.....	.....
η) Δημόσιοι Υπάλληλοι	.....	2	2	3	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	1
θ) Δημοσιογράφοι	.....	.....	.....	2	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
ι) Λοιποί	2	1	10	19	16	35	31	21	31	20	33	9	.....	18	5
8 Είδος Ναρκωτικού															
α) Ηρωίνη	74	73	77	134	157	213	222	243	263	300	318	256	192	244	96
β) Μορφίνη	3	3	.....	8	3	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	14	.....	.....
γ) Ψυχοτρόπες Ουσίες	2	2	1	4	13	7	6	1	1	3	1	1	9	3	.....
δ) Κοκαΐνη	.....	1	.....	.....	1	.....	3	1	1	1	2	2	2	.....	1
ε) Χασίς-Αλκοόλ	.....	.....	.....	.....	2	1	1	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

* Ερευνώνται 8 περιπτώσεις θανάτων που αναφέρθηκαν έως 31-12-2004

** Ερευνώνται 171 περιπτώσεις θανάτων που αναφέρθηκαν έως 30-11-2005

** Τα στοιχεία είναι υπο επεξεργασία.

(Επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας

(www.ydt.gr 15/07/2007)

6. Οι δύο δυνατές επιλογές

Το 1990, η Διακομματική Επιτροπή για τα “ναρκωτικά” του Ελληνικού κοινοβουλίου, υπολόγιζε ότι σε ότι ο αριθμός των εξαρτημένων από ηρωίνη στην Ελλάδα, “μέσα στα 5 επόμενα χρόνια θα κάνει ένα άλμα από τις 80.000 στις 300.000”

Μπροστά σ' αυτή την προοπτική, είναι φανερό πως υπάρχουν δυο δυνατές επιλογές:

Είτε θα υιοθετήσουμε μια γνήσια φιλελεύθερη, αντιπαγορευτική και αντικατασταλτική στάση απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες, που μας εξασφαλίζει την εξάλειψη του καρκινώματος της μαύρης αγοράς, της εγκληματικότητας, της αρρώστιας και του θανάτου.

Είτε θα εξακολουθήσουμε να εφαρμόζουμε την απαγορευτική και κατασταλτική πολιτική που εφαρμόζεται επί δεκαετίες με παταγώδη αποτυχία, με τα γνωστά τραγικά αποτελέσματα.

Στην πρώτη περίπτωση, με την υιοθέτηση μιας φιλελεύθερης αντικατασταλτικής πολιτικής, η κοινωνία, απαλλαγμένη από το κόστος των ατομικών και κοινωνικών τραγωδιών που συνεπάγεται η καταστολή, μπορεί να επικεντρώσει την προσοχή και τις δυνάμεις της στα όσα τραγικά της κληρονομεί η κατασταλτική παράνοια.

Στη δεύτερη περίπτωση, με την εμμονή στον κατασταλτικό παραλογισμό, θα πρέπει να υπερβεί πολλές φορές τα “πλάνα” αρκετών πενταετών σχεδίων, προκειμένου να κατασκευαστούν σ' όλη την επικράτεια πολλές δεκάδες φυλακές, ψυχιατρεία και “θεραπευτικές” κοινότητες και να εκπαιδευτεί ένας απροσδιόριστος αριθμός ατόμων που θα αναλάβουν το ρόλο των ανθρωποχειριστών και των ανθρωποφυλάκων.

Οι πολιτικοί διαχειριστές της εξουσίας κάνουν πάντα τη δεύτερη επιλογή. Κι όταν καθίσταται εμφανής η αποτυχία της, όντας ανίκανοι και ν' αναρωτηθούν μήπως έκαναν λάθος, αναζητούν τις ευθύνες σε οτιδήποτε άλλο εκτός του εαυτού τους. Γι' αυτούς,

Στο μεταξύ οι τιμές διάθεσης της νοθευμένης ηρωίνης στη μαύρη αγορά αυξάνουν συνεχώς, η εγκληματικότητα μεγεθύνεται, οι συλλήψεις και οι καταδίκες πολλαπλασιάζονται, οι θάνατοι πληθαίνουν, οι αρρώστιες θερίζουν, οι μεγάλες εγκληματικές οργανώσεις ισχυροποιούνται, η κρατική εξουσία ενδυναμώνεται και ατομικές ελευθερίες αποδυναμώνονται, σ' όνομα της ανέφικτης προστασίας της

κοινωνίας από έναν εχθρό που επινοήθηκε απ' τους πολιτικούς διαχειριστές της. (Γρίβας 1991)

Ο Α. Koestler αναφέρει στην αυτοβιογραφία του, ένα επεισόδιο κατά το 2ο Συνέδριο της Ένωσης των Συγγραφέων (Μόσχα, αρχές της δεκαετίας του 1930): Ενώ συζητούσαν για τη νοσηματοδότηση του θανάτου της ανθρώπινης ύπαρξης, κάποιος αφινιδίασε τους πάντες θέτοντας το ερώτημα: “Και τι γίνεται μ' έναν άνθρωπο που τον πατάει το τραμ;”. Ύστερα από αρκετά λεπτά αμηχανίας και σιωπής, ο κομμουνιστής υπουργός συγκοινωνιών πήρε το λόγο και δήλωσε: “Στην τέλεια σοσιαλιστική κοινωνία, το συγκοινωνιακό σύστημα θα λειτουργεί τόσο άρτια, ώστε δε θα γίνονται δυστυχήματα”.

Στην τέλεια κοινωνία, όποια κι αν είναι αυτή, ίσως να μην υπάρχουν εξαρτημένοι. Όμως, μέχρι τότε υπάρχουν και θα υπάρχουν. Κι ακριβώς η ύπαρξή τους είναι που θα θέτει εσαεί επί τάπητος το καίριο ερώτημα:

“Και τι γίνεται με τον άνθρωπο που πεθαίνει, επειδή του επιβάλλουμε να χύσει στη φλέβα του τη νοθευμένη ηρωίνη μας, για την απόκτηση της οποίας ξεπουλάει τα υλικά αγαθά, το κορμί, την υγεία και την ελευθερία του;”

Κι αυτό ακριβώς είναι που καθιστά ζωτική την ανάγκη να συνειδητοποιήσουμε επιτέλους ότι “όσο θα υπάρχουν άνθρωποι στο δρόμο και θύματα στη λόχη, που θα τους χωρίζει το φράγμα της ψευδαίσθησης, ο πολιτισμός μας θα είναι κίβδηλος”. (Koestler)

Ογδόντα χρόνια καταστολής είναι μάλλον αρκετά για να καταδειχτεί πέρα από κάθε αμφιβολία ο ατελέσφορος χαρακτήρας, η επιστημονική ανυποληψία και η κοινωνική και πολιτική επικινδυνότητα της κατασταλτικής “αντιναρκωτικής” πολιτικής που εφαρμόζει η κρατική εξουσία, μέσω της οποίας εισήγαγε την κοινωνία στο φαύλο κύκλο της διαρκούς αλληλοενίσχυσης της καταστολής και της εξάρτησης και την κατέστησε ανίκανη να αμυνθεί απέναντι και στη μια και στην άλλη.

Κατά τον Κλεάνθη Γρίβα, το “πρόβλημα των “ναρκωτικών” δεν αφορά τους εκάστοτε διαχειριστές της κρατικής εξουσίας (που η δεδηλωμένη ανεπάρκεια ή η ιδιοτέλειά τους δεν τους επιτρέπει να προσεγγίσουν οποιαδήποτε άποψη πλην της δαιμονολογικής). Αφορά αποκλειστικά και μόνο την κοινωνία που συνειδητοποιεί καθημερινά το αδιέξοδο στο οποίο παραδέρνει, την αδυναμία της να διαφύγει απ' τον αφανιστικό φαύλο κύκλο στον οποίο την εγκλώβισε η εξουσία, και την ανυπαρξία κάθε πιθανότητας να απεμπλακεί από το ψεύτικο δίλημμα της επιλογής ανάμεσα στην εξάρτηση και την καταστολή, δεδομένου ότι η μία προϋποθέτει και συνεπάγεται την

άλλη. Αφορά μια κοινωνία που, μετά από 80 χρόνια συστηματικής πλύσης εγκεφάλου, διαπιστώνει έκπληκτη ότι:

- α) Οι αντίπαλοι της απαγόρευσης δεν ανήκουν στο κοινωνικό περιθώριο (όπως προπαγανδίζουν ανενδοίαστα οι επαγγελματίες της καταστολής και της “θεραπείας”), αλλά, αντίθετα, είναι ενεργοί πολίτες: επιστήμονες απ' όλα τα γνωστικά πεδία, πολιτικοί, δημοσιογράφοι, συγγραφείς και καλλιτέχνες απ' όλους τους χώρους (με εξαίρεση τα δυο άκρα του πολιτικού φάσματος). Πρόκειται για ένα ευρύτατο συνασπισμό ανθρώπων που η κοινωνική τους λειτουργία διαμορφώνει αργά αλλά σταθερά τον τρόπο με τον οποίο συλλαμβάνουμε και αντιλαμβανόμαστε τον εαυτό μας και τον κόσμο μας.
- β) Οι υποστηρικτές της απαγόρευσης και της καταστολής, είναι ένα πολύμορφο δίκτυο από επαγγελματίες “ανθρωποσωτήρες” που απαρτίζεται από ορισμένους πολιτικούς, κυβερνητικούς και κρατικούς αξιωματούχους, δικαστικούς και αστυνομικούς, δικηγόρους και γιατρούς, και πλείστους άλλους ανθρωποκνηγούς και ανθρωποφύλακες, στη ουρά των οποίων προστίθεται εν είδει τσόντας, η εμπροσθοφυλακή του “θεραπευτικού” γενιτσαρισμού: Κάποιοι πρώην εξαρτημένοι χρήστες που επενδύουν στο χρηματιστήριο της ατομικής και κοινωνικής αποσύνθεσης τις μετοχές της προσωπικής εμπλοκής τους στο “λούκι” των “ναρκωτικών”, υποδύομενοι τους επαγγελματίες “σωτήρες” και “θεραπευτές” των τέως “συντρόφων” τους.

Όλοι αυτοί οι σύγχρονοι “σταυροφόροι”, ως σύνολο συγκροτούν έναν νέο άτυπο Ιεροεξεταστικό θεσμό ο οποίος αναλαμβάνει διακηρυκτικά (και με το αζημίωτο πάντοτε) τη σωτηρία της ψυχής μας, αφήνοντας το κορμί μας στην αρμοδιότητα των λαθρεμπόρων των “ναρκωτικών”, των διωκτών και των βασανιστών (που ειδικεύονται επαγγελματικά στην εξολόθρευση των θυμάτων, υποδύομενοι τους κυνηγούς των θυτών).

Πολιτική θρησκεία των επαγγελματιών πολιτικών είναι ο μονοθεϊστικός κατασταλισμός που συνεχώς αναπαράγει με διευρυμένο τρόπο τα προβλήματα που υποτίθεται πως αντιμετωπίζει.

“Η πολιτική όλο και περισσότερο θεωρείται ως (αναγκαίο ακόμη, δυστυχώς) επάγγελμα, που ασκείται από πρόσωπα που το μυαλό τους δεν επαρκεί για την

επιστήμη, το ταλέντο τους δεν επαρκεί για την τέχνη κι ούτε έχουν αρκετή γνώση και εμπειρία της τεχνικής. Η εξουσία, όπως κι αν το πάρεις, είναι δουλειά των ιδεολογικών μεγαφώνων και των ειδικών της τακτικής της κρυψίνιας και της κολακείας”, διαπίστωνε ο Ernst Fischer.

Συνεπώς, αν πράγματι θέλουμε να τελειώνουμε οριστικά με τη μαύρη αγορά, με τα κυκλώματα λαθρεμπορίας των “ναρκωτικών” και με τα όσα συνεπάγεται η ύπαρξή τους για την κοινωνία μας, πρέπει να θέσουμε υπό αυστηρό έλεγχο την κλίκα των επαγγελματιών πολιτικών που διαχειρίζονται την εξουσία, και να τους επιβάλλουμε το δικαίωμά μας να καθορίζουμε όχι μόνο το ποιός θα τη διαχειρίζεται (που μάλλον είναι άνευ σημασίας) αλλά και το πώς θα τη διαχειρίζεται.

Τα ογδόντα χρόνια της καταστολής των απαγορευμένων ουσιών συνθέτουν μια σύγχρονη “Τελευταία Κρίση”: Συλλήψεις και κακοποιήσεις. Δίκες και καταδίκες. Τραγωδίες ατομικές και οικογενειακές. Εγκληματικότητα και εκπόρνευση. Εκμετάλλευση οικονομική και σωματική. Αρρώστια και θάνατος. Υπονόμευση και ανατροπή των δημοκρατικών θεσμών. Μια πληθώρα *auto da fe* που αυτόαναπαράγονται ασταμάτητα, μετατρέποντας τον άνθρωπο από αξία καθεαυτή σε αξία χρήσης και μόνο, προς δόξα της εξουσίας.

Αυτός ο εφιάλτης που μπορεί να πάρει τέλος μόνο με την εφαρμογή μιας φιλελεύθερης αντιαπαγορευτικής πολιτικής απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες που διαμορφώνεται γύρω από 4 βασικούς άξονες:

- 1) Αποποινικοποίηση της χρήσης όλων των ψυχοτρόπων ουσιών.
- 2) Αποποινικοποίηση της καλλιέργειας μικρών ποσοτήτων κάνναβης για προσωπική χρήση.
- 3) Διαχωρισμός των ψυχοτρόπων ουσιών με κριτήριο την επικινδυνότητά τους.
- 4) Διάθεση των εξαρτησιογόνων (ή “σκληρών”) ουσιών υπό ιατρικό έλεγχο.

(Γρίβας 1991)

Ο Νίκος Παρασκευόπουλος τονίζει ότι η κατασταλτική πολιτική που ακολουθεί το ελληνικό κράτος αλλά και αρκετές ευρωπαϊκές χώρες και οι σκέψεις που διατυπώθηκαν σχετικά με τη σκοπιμότητα της πρέπει να διαβαστούν ως προτάσεις διαλόγου και όχι ως απλοποιημένη ή έτοιμη θέση υπέρ της αποποινικοποίησης.

Πρώτον, επειδή στηρίζονται κατά ένα μέρος στο Συνταγματικό δίκαιο, και επομένως χρειάζονται τη γνώμη των συνταγματολόγων για την επιβεβαίωση τους.

Δεύτερο, επειδή πάντως οποιαδήποτε μεταρρυθμιστική πρόταση θα πρέπει να προβλέπει εναλλακτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Είναι εξάλλου φανερό ότι ο σταδιακός χαρακτήρας μιας ενδεχόμενης αποποινικοποίησης θα διευκόλυνε σημαντικά την απορρόφηση του κραδασμού τον οποίο θα προκαλούσε μια απότομη κίνηση του νομοθέτη.

Η μέχρι σήμερα ποινική πολιτική του νομοθέτη ειδικά στο θέμα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών δεν έχει εμφανίσει θετικά αποτελέσματα: δεν κατορθώνει να επενεργεί στα αίτια και τους βασικούς όρους εμφάνισης του προβλήματος, ούτε έχει περιορίσει την έκτασή του. Από την άλλη πλευρά, τραυματίζει σε ορισμένες περιπτώσεις βασικές φιλελεύθερες δικαιοϊκές αρχές, εμφυτευμένες στο ελληνικό και στα άλλα ευρωπαϊκά δίκαια ήδη από τον προηγούμενο αιώνα.

Ακόμη και οι ατέλειες εκείνες του ισχύοντος Ν.1729/1987 που φαίνονται με την πρώτη ματιά καθαρά νομοτεχνικές και ανεξάρτητες από τη συγκεκριμένη κατασταλτική φιλοσοφία του, στην πραγματικότητα συνδέεται με αυτήν. Ας θυμηθούμε τις τόσο συχνές συγχύσεις ανάμεσα στα τιμωρητικά και στα θεραπευτικά στοιχεία των προβλεπόμενων ποινικών συνεπειών. Για παράδειγμα:

-Την υποχρέωση των καταδικασμένων για οδήγηση μεταφορικών μέσων υπό την επίδραση ναρκωτικών, προκειμένου να επανακτήσουν την άδεια οδήγησης, να αποτοξινωθούν, είτε είναι είτε δεν είναι εξαρτημένοι (άρθρο 10 2Ν.1729).

-Την επιβολή όρων που ταιριάζουν σε εξαρτημένους, σε απολυόμενους μετά από επιτυχή περάτωση θεραπείας αποτοξίνωσης.

-Τη δυνατότητα προσώπων τα οποία καταδικάστηκαν για χρήση (και επομένως, κρίθηκαν μη εξαρτημένα, αφού οι εξαρτημένοι δεν καταδικάζονται) να γίνονται δεκτά για θεραπεία, δηλαδή για αποεξάρτηση, στο ΚΕΘΕΑ (Άρθρο 26 1,2,6).

Δεν πρόκειται, σ' όλες αυτές τις περιπτώσεις, για τυχαίες αντινομίες, αλλά για «λάθη» που οδηγούν κατευθείαν στην αναγνώριση του συλλογικού υποσυνειδήτου του νομοθέτη: Στην αποκάλυψη των συνεχών παλινδρομήσεων του από την ιδέα της τοξικομανίας ως «αρρώστιας» στην ιδέα της τοξικομανίας ως αντικοινωνικής στάσης και αμαρτήματος.

Ωστόσο, η συγκέντρωση της κριτικής στο κείμενο του ισχύοντος ποινικού νόμου δεν πρέπει να αποστρέψει την προσοχή από το ευρύτερο πλαίσιο αναφοράς

των σχετικών προβλημάτων. Μια αλλαγή κατεύθυνσης δεν μπορεί να επέλθει ως εργαστηριακό επίτευγμα του ποινικού νομοθέτη, χωρίς την παράλληλη μεταβολή της σχετικής υποδομής καθώς και της ιδεολογίας και πρακτικής άλλων μηχανισμών κρατικού ή κοινωνικού ελέγχου.

Εκτέθηκε εξάλλου ότι η προβληματική της καταστολής της χρήσης δεν μπορεί να επεκταθεί στο θέμα της διακίνησης ναρκωτικών. Η καταστολή της τελευταίας είναι αναμφίβολα δικαιωμένη. Σε τελική ανάλυση τα δεδομένα είναι αντεστραμμένα και σε ένα κοινωνικό-ψυχολογικό επίπεδο: Ο χρήστης είναι θύμα, ο έμπορος θύτης. Το στερεότυπο του εμπόρου δεν απεικονίζει ένα εξουδετερωμένο αρνητή των κοινωνικών αξιών, όπως συμβαίνει με αυτό του χρήστη: Ο έμπορος δεν αρνείται αλλά αντίθετα υπηρετεί ενεργά την ιδιοκτησία, το κέρδος και τις εξουσιαστικές σχέσεις, δεν αρνείται τους όρους του κοινωνικού ανταγωνισμού, αλλά τους δέχεται, τους εκμεταλλεύεται και τους ενισχύει.

Δεν αποκλείεται ύστερα από λίγα χρόνια η καταστολή της χρήσης ουσιών να αποτελεί μια ανάμνηση, όπως δεν αποκλείεται και η συνέχιση της. Κάθε σχετική πρόγνωση θα ήταν παρακινδυνευμένη. Δυο «εύκολες» προβλέψεις θα μπορούσαν να διατυπωθούν: ότι στα χρόνια που ακολουθούν το πρόβλημα των εξαρτησιογόνων ουσιών θα οξυνθεί. Και ότι σημαντικός παράγοντας για την διαμόρφωση του θα είναι η στρατηγική της ελληνικής οικογένειας: Η στοργή ή η αυταρχικότητα της, το ουσιαστικό της ενδιαφέρον ή η εξουσιαστική της στάση απέναντι στα προβλήματα της νέας γενιάς. (Παρασκευόπουλος 1989)

Η Διεθνής Αντιαπαγορευτική Ένωση στο Ίδρυτικό Συνέδριο της Διεθνούς Ένωσης ενάντια στην απαγόρευση στη Ρώμη το 1989 διακήρυξε τα εξής:

1. Τα απαγορευμένα ψυχοτρόπα («Ναρκωτικά») είναι πλατειά διαθέσιμα όσο ποτέ άλλοτε, σ' έναν διαρκώς διευρυνόμενο κύκλο εγκλήματος.
2. Η απαγόρευση απέτυχε. Η αποτυχία δεν ομολογείται από τα Εθνικά Νομοθετικά Σώματα και τους Διεθνείς οργανισμούς – ειδικά τα Ενωμένα Έθνη – που κατευθύνουν την πολιτική για τα Ναρκωτικά.
3. Η απαγόρευση έχει δημιουργήσει το παράνομο εμπόριο Ναρκωτικών και τις ομάδες που κερδίζουν απ' αυτό.
4. Το εγκληματικό εμπόριο Ναρκωτικών είναι πολυεθνικό, εκτεινόμενο από τη Βόρεια Αμερική στην Ευρώπη, στη Μ. Ανατολή, στην Ασία, στην Β. Αφρική και ειδικά στη Λατινική Αμερική.
5. Οι κυρίαρχουσες οργανώσεις – καρτέλς (οικονομικοί συνασπισμοί), Συνδικάτα,

Μαφίες, Οικογένειες, απειλούν την προσωπική ειρήνη και την πολιτική σταθερότητα παντού στον κόσμο. Κατασταλτικές πράξεις από κρατικές υπηρεσίες κάνουν τους κινδύνους χειρότερους.

6. Η αποτυχία της απαγόρευσης, έχει μετατρέψει ένα ζήτημα προσωπικής επιλογής και προσωπικής υγείας σ' ένα παγκόσμιο δράμα: Την εγκληματικότητα που έχει συνέπειες και σε ακίνδυνους φιλήσυχους πολίτες, στην ασφάλειά τους και τις πολιτικές τους ελευθερίες.

7. Ποτέ δεν υπήρξαν τόσο κακοί νόμοι, ακόμα κι αν έγιναν με καλές προθέσεις, που να έχουν τόσο βλαβερά αποτελέσματα, αφ' ότου οι Ενωμένες Πολιτείες (USA) εγκαινίασαν την απαγορευτική τους πολιτική στο Αλκοόλ το 1919.

8. Η σημερινή μορφή της απαγόρευσης έχει μετατρέψει μεγάλες πόλεις σε πεδία μαχών, χωρίς να προστατεύει εκείνους, τους οποίους φτιάχτηκε για να προστατεύσει. Αυτοί που είναι εξαρτημένοι από τα σκληρά ναρκωτικά, σπρώχνονται στην εγκληματικότητα και την αρρώστια και το χειρότερο, το AIDS. Οι περιστασιακοί χρήστες μπαίνουν στον κίνδυνο της φυλάκισης, οι τακτικοί χρήστες οδηγούνται στην παρανομία για να καλύψουν οικονομικά τη συνήθειά τους. Φιλήσυχοι πολίτες μπαίνουν σε κίνδυνο.

9. Το κόστος της αποτυχημένης προσπάθειας να απαγορευτούν μερικά ψυχοτρόπα, ενώ επιτρέπεται η διαφήμιση και η πώληση άλλων, όπως του αλκοόλ και του καπνού, είναι παγκόσμιο και τεράστιο.

10. Η ελευθερία η ίδια υπονομεύεται ταχύτατα από την εφαρμογή του αντιναρκωτικού νόμου χωρίς όφελος για τα άτομα ή την κοινωνία.

11. Εμείς που υπογράφουμε στο Ιδρυτικό Συνέδριο της Διεθνούς Ένωσης ενάντια στην Απαγόρευση, δεσμευόμαστε στους παρακάτω σκοπούς:

α) Να συντονίζουμε πρόσωπα και οργανισμούς στο κοινωνικό, επιστημονικό και πολιτικό πεδίο, που υποστηρίζουν τους σκοπούς της Ένωσης ενάντια στην Απαγόρευση.

β) Να διαδίδουμε πληροφορίες και κατανόηση πάνω στην πολιτική των Ναρκωτικών και πάνω στη βλάβη που προκαλείται από το ισχύον σύστημα της απαγόρευσης και των συνεπειών της στην εγκληματικότητα.

γ) Να αμφισβητούμε τα επιχειρήματα και την πολιτική που διατηρούν τον Απαγορευτισμό, που υλοποιείται σήμερα από τα Ενωμένα Έθνη και τους πράκτορές τους με τις παρούσες συμβάσεις.

δ) Να επιχειρούμε και να υποστηρίξουμε πράξεις σε Διεθνές και Εθνικό Επίπεδο που θα καταστρέφουν το σύστημα της Απαγόρευσης.

(Διεθνής Αντιαπαγορευτική Ένωση 1989)

8.3 Εθνική και Ευρωπαϊκή Στρατηγική

8.3.1 Το «δικαίωμα στη θεραπεία»

Τα τελευταία χρόνια άρχισε να αναπτύσσεται η νέα οδός που τοποθετεί το όλο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης μέσα στα πλαίσια της δημόσιας υγείας. Οδός που κατευθύνει προς τη θεώρηση της ουσιοεξάρτησης και μάλιστα της ηρωινοεξάρτησης ως νόσου με την κατ' ακολουθία αναγκαία επιλογή μιας ορθολογικής και αληθώς ολιστικής θεραπευτικής διαδικασίας. Μέσα στα πλαίσια πάντοτε της ανθρώπινης και κοινωνικής και πολιτικοοικονομικής προσέγγισης των πολλαπλών αιτιών που οδηγούν στην κατάχρηση των εξαρτησιογόνων ουσιών. Το «δικαίωμα στη θεραπεία» αποτελεί το βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, το οποίο πρέπει να απολαμβάνουν και οι ουσιοεξαρτημένοι.

Η πολιτική για τα «ναρκωτικά» δεν δύναται να αναπτυχθεί απομονωμένη από τις μακροκοινωνικές αλλαγές. Αντίθετα, υπάρχει μια πραγματικά στενή σχέση μεταξύ των επιλογών της πολιτικής για τα «ναρκωτικά» και των ευρύτερων πολιτικοκοινωνικών και πολιτισμικών θεμάτων. Κατά τη μετάβαση από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα κοινωνία, την οποία τώρα βιώνουμε σε παγκόσμιο επίπεδο, νέες και ίσως εντυπωσιακές πολιτικές πρωτοβουλίες για τα ναρκωτικά θα πρέπει να αναμένονται. Νέες στρατηγικές ίσως θα είναι ικανές να περιγράψουν τη «σκηνή» των ναρκωτικών καλύτερα και να οδηγήσουν σε πλέον ορθολογικό σχεδιασμό. Οι πρόσφατες μελέτες έχουν καταδείξει τη μεταβλητικότητα και την πολλαπλότητα στη σχετιζόμενη με την εθνικότητα και τη γεωγραφία γεωπολιτική των εξαρτησιογόνων ουσιών. Αυτή η ικανότητα των κυβερνήσεων να ομαλοποιήσουν και να ελέγξουν τη χρήση των ναρκωτικών θα πρέπει να βρίσκεται σε συσχετισμό με αυτή ακριβώς τη μεταβλητικότητα και πολλαπλότητα.

Εξ άλλου, τούτο πρέπει ιδιαίτερος να επισημανθεί, ολόκληρη η κλίμακα των μέτρων αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ενιαία και αδιάσπαστη. Μέτρα μείωσης της προσφοράς, νομοθετικά πρόληψης, αγωγής υγείας, θεραπείας και κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης είναι στενώς συνδεδεμένα μεταξύ

τους και η όποια αλλαγή σε ένα από τους τομείς αυτούς επιφέρει τροποποιήσεις και στα δεδομένα των υπολοίπων. Έτσι, οποιαδήποτε πρόταση αλλαγής της πολιτικής σε έναν τομέα, στη νομοθεσία για παράδειγμα, όσο προοδευτική και αναγκαία και αν είναι, ανάγκη πάσα να συνοδεύεται από μελέτη των αλλαγών που θα γίνουν κατ' ανάγκη και στους άλλους τομείς. Για τούτο πρωτοβουλίες αποσπασματικές, μονομερώς προσανατολισμένες, όσο θετικά μέτρα κι αν περιέχουν, δεν οδηγούν σε βελτίωση της κατάστασης, επειδή δεν λαμβάνουν πρόνοια για αντίστοιχα μέτρα σε όλους τους τομείς. Έτσι, είναι δυνατό να περιπλέξουν περαιτέρω τα προβλήματα, παρά τις καλές προθέσεις εκείνων που πήραν την πρωτοβουλία

Τα ναρκωτικά συνιστούν μία σύνθετη πολιτική, κοινωνική, πολιτισμική και ηθική πρόκληση που υπερβαίνει σε μέγεθος και σημασία τα εθνικά σύνορα.

Η παραγωγή, διακίνηση και χρήση των ναρκωτικών ουσιών είναι ένα φαινόμενο που σηματοδοτεί και στιγματίζει παγκόσμια εποχή μας.

Είναι φαινόμενο που αφορά τις ηθικές αξίες του πολιτισμού μας, την συνοχή των κοινωνιών μας, τη δομή και την προοπτική της παγκόσμιας κοινωνίας.

Η μάστιγα των ναρκωτικών αποτελεί, μία από τις πιο σημαντικές προκλήσεις για την παγκόσμια εποχή που βιώνουμε και μας προτρέπει όλους να διευρύνουμε και να ενισχύσουμε τη διεθνή συνεργασία για την αντιμετώπισή της.

Για την Ελλάδα το πρόβλημα των ναρκωτικών απειλεί τον ιστό της παραγωγής, την ύπαρξη της οικογένειας, τα νιάτα της πατρίδα μας. Τα ναρκωτικά διακυβεύουν το αύριο της κοινωνία μας.

Η νέα εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά εναρμονίζεται με την ευρωπαϊκή πολιτική για τα ναρκωτικά και προτάσσει την σημασία της κοινωνικής συμμετοχής και της οριζόντιας αντιμετώπισης. Το πρόβλημα των ναρκωτικών μας αφορά όλους. Αφορά την οργανωμένη πολιτεία, την πολιτική υγείας και κοινωνικής φροντίδας, την συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών, τη δράση όλων μας.

Βασικοί πυλώνες της εθνικής στρατηγικής είναι η ταυτόχρονη καταπολέμηση της προσφοράς και της ζήτησης. Η ενίσχυση δηλαδή της πρόληψης αλλά και η παράλληλη καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος που διακινεί τις ναρκωτικές ουσίες.

Στρατηγικό θεμέλιο της νέας πολιτικής μας για τα ναρκωτικά είναι η ολιστική προσέγγιση για την θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη. Δέσμευσή μας είναι να θεμελιώσουμε ένα ολοκληρωμένο δίκτυο κοινωνικής προστασίας που εκπαιδεύει, θεραπεύει και υποστηρίζει ενεργά την επανασύνδεση με τον κοινωνικό ιστό.

Ηθικό και πολιτικό μέτρο των προσπαθειών μας είναι ο σεβασμός στον άνθρωπο και η κατοχύρωση του δικαιώματος όλων των χρηστών στην θεραπεία.

Η προσέγγιση μας είναι πιο μάχιμη και αγωνιστική από κάθε άλλη φορά. Το Υπουργείο μας και όλες οι αρμόδιες υπηρεσίες θα είναι συνεχώς στο δρόμο, δίπλα στο χρήστη, κοντά στον πόνο της οικογένειας, με σύμμαχο τις τοπικές κοινωνίες και συνεργάτη την εθελοντική κοινότητα. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2006)

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

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

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

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

8.3.2 Πρωταρχικές μέριμνες

- Ø Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μέτρων **μείωσης της ζήτησης** και της **πρόσβασης** στα ναρκωτικά.
- Ø Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων **πρόληψης στα σχολεία**, σε συνδυασμό με τη περαιτέρω ανάπτυξη της συμβουλευτικής για τους γονείς. Η ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης ομότιμων (peer education), ώστε οι ίδιοι οι νέοι να μάθουν να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα στους χώρους εκπαίδευσης, εργασίας και διασκέδασης.
- Ø **Μνημόνιο συνεργασίας** του Υπουργείου μας με το **Υπουργείο Παιδείας** θα καθορίσει τις λεπτομέρειες αυτής της δράσης.

- Ø Καθιέρωση, ανάπτυξη και βελτίωση επιλεγμένων **προγραμμάτων πρόληψης** και νέας τεχνικής για ειδικές ομάδες στόχου, με τη χρήση π.χ. διαφορετικών Μ.Μ.Ε. καθώς και νέων τεχνολογιών πληροφόρησης.
- Ø **Ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και συμβουλευτικής για τους νέους** που έχουν για διάφορους λόγους εγκαταλείψει το σχολείο (και που ο αριθμός τους συνεχώς αυξάνεται), για τους εργαζόμενους και στρατευμένους νέους.
- Ø Μνημόνιο Συνεργασίας με το ΥΠΕΘΑ θα καθορίσει σύντομα τις λεπτομέρειες μιας συστηματικής παρέμβασης πρόληψης στις Ε.Δ..
- Ø Βελτίωση **μεθόδων έγκαιρης ανίχνευσης παραγόντων** επικινδυνότητας και η ανάπτυξη συστημάτων έγκαιρης παρέμβασης στις περιπτώσεις αυτές.
- Ø Εξασφάλιση της διαθεσιμότητας και της πρόσβασης σε ποικίλου προσανατολισμού ψυχοκοινωνικών και φαρμακολογικών **προγραμμάτων θεραπείας** καθώς και **προγραμμάτων** αποκατάστασης βασισμένων στα σύγχρονα πορίσματα της επιστήμης και με συγκεκριμένους πάντοτε στόχους.
- Ø Άμεση ανάπτυξη συστηματικής **αξιολόγησης των θεραπευτικών μονάδων** για εξασφάλιση της αποτελεσματικής διάδοσης των βέλτιστων πρακτικών.
- Ø Σεβασμός στο **«δικαίωμα στη θεραπεία»** όλων των εξαρτημένων. Εξαφάνιση της παράνομης «λίστας» αναμονής. Θέσεις θεραπείας για όλους.
- Ø Καθιέρωση στρατηγικής και οδηγίες για αυξημένη διαθεσιμότητα και πρόσβαση στις υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης **για εξαρτημένους που δεν καλύπτονται** από τις υπάρχουσες υπηρεσίες. Με τελικό πάντα στόχο την κάλυψη των αναγκών όλων των εξαρτημένων με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα.
- Ø Επέκταση δράσεων **«εργασίας στο δρόμο» (street work)** από τους εξειδικευμένους θεραπευτές, ώστε να μπορούμε να πλησιάσουμε και τα πλέον περιθωριοποιημένα άτομα.
- Ø Διαθεσιμότητα σε προσβάσιμες υπηρεσίες **«μείωσης της βλάβης»**, ώστε να επιτυγχάνεται έγκαιρα και αποτελεσματικά η πρόληψη των κινδύνων υγείας από τα ναρκωτικά, καθώς και των κοινωνικών κινδύνων.

- Ø Προγράμματα για την **πρόληψη της διάδοσης HIV / AIDS, της ηπατίτιδας C** και άλλων αιματογενών λοιμώξεων και νόσων, σε συνεργασία με το ΚΕΕΛΠΝΟ.
- Ø **Μείωση** του αριθμού των **θανάτων** που αμέσως ή εμμέσως συνδέονται με τα ναρκωτικά.
- Ø Αντιμετώπιση του στιγματισμού με **παράλληλη μείωση της δημόσιας παρενόχλησης.**
- Ø **Αποτύπωση** της υπάρχουσας κατάστασης σε σχέση με τις αναπαραστάσεις της κοινής γνώμης.
- Ø Συνεργασία με τους φορείς και την κοινωνία των πολιτών, με **άμεση έναρξη διαλόγου** για ενίσχυση της συνεργασίας με το σύστημα.
- Ø **Περαιτέρω ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων** για τους ουσιοεξαρτημένους, αντί του εγκλεισμού τους στις φυλακές και παροχή στους κρατούμενους θεραπειών απεξάρτησης. Πλήρης ανάπτυξη των υπηρεσιών της Μονάδος Απεξάρτησης Κρατουμένων στον Ελαιώνα Θηβών.
- Ø **Εκσυγχρονισμός της νομοθεσίας.**

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

Η νέα πολιτική για τα ναρκωτικά συνίσταται στην:

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

8.3.3 Επιστημονική προσέγγιση

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

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

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

Στον τομέα της μείωσης της προσφοράς, η Στρατηγική για τα Ναρκωτικά θα αποφέρει μετρήσιμη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της γνωστικής βάσης των παρεμβάσεων και δράσεων των διοικητικών αρχών και του Συντονιστικού Οργάνου Δίωξης, οι οποίες στρέφονται κατά της παραγωγής, της εμπορίας ναρκωτικών, της τυχόν χρηματοδότησης της τρομοκρατίας, του ξεπλύματος χρημάτων που συνδέεται με το έγκλημα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά

8.3.4 Καταγραφή Δεδομένων

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

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

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

- Η χρήση παράνομων ουσιών από τους Έλληνες μαθητές ανέρχεται στο 10%.
- Το ποσοστό των αγοριών είναι σχεδόν διπλάσιο από εκείνο των κοριτσιών,
- Η κάνναβη παραμένει διαχρονικός η πλέον διαδεδομένη παράνομη ουσία.
- Το 8,6% των ατόμων ,12 – 64 ετών, έχουν χρησιμοποιήσει μια ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ουσία, (13,3% άνδρες και 3,9% γυναίκες) με επικρατέστερη πάντοτε την κάνναβη.
- Η επικράτηση της χρήσης σε όλη τη ζωή των άλλων παράνομων ουσιών κυμαίνεται σε ποσοστό κάτω του 1%.
- Ο αριθμός των προβληματικών χρηστών κυμαίνεται περισσότερο από 20.000 με τη μέθοδο των πολλαπλών εγγράφων.

(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2006)

8.3.5 Καταπολέμηση των «ναρκωτικών»

ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Καταπολέμηση της τοξικομανίας

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

Ευρωπαϊκό δίκτυο υγειονομικών στοιχείων σχετικά με την τοξικομανία

ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΛΑΘΡΕΜΠΟΡΙΟΥ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Συμφωνίες μεταξύ αστυνομίας και τελωνείων

Συνεργασία μεταξύ των τελωνειακών αρχών και επιχειρήσεων

Προσέγγιση των νομοθεσιών των κρατών μελών

Προσέγγιση των νομοθεσιών των κρατών μελών

Κριτήρια επιλογής στόχων και συλλογής τελωνειακών και αστυνομικών πληροφοριών

Νόμιμη διαβίβαση των δειγμάτων ναρκωτικών ουσιών

Ποινικές παραβάσεις και εφαρμόσιμες κυρώσεις

Καταστολή της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών στην ανοικτή θάλασσα

Μέθοδος επιχειρησιακής έρευνας

ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Πρόδρομες ουσίες των ναρκωτικών: εξωτερική πτυχή

Πρόδρομες ουσίες των ναρκωτικών: εσωτερική πτυχή

Ανταλλαγή πληροφοριών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών

Ευρωπαϊκό δίκτυο εργαστηρίων

Ανταλλαγή πληροφοριών, αξιολόγηση των κινδύνων και έλεγχος των νέων ψυχοδραστικών ουσιών

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ

Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008)

Σχέδιο δράσης σχετικά με την καταπολέμηση των ναρκωτικών (2005-2008) (2000-2004) (1995-1999)

Πρόγραμμα κοινοτικής δράσης σχετικά με την πρόληψη της τοξικομανίας (1996-2002)

Εθνικά προγράμματα που αποβλέπουν στη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών (www.eldd.emcdda.europa.eu)

**"η ουσία του ανθρώπου ανάγεται στο
σύνολο των κοινωνικών του σχέσεων".**

Μαρξ,

8.4 Οι προτάσεις της Αριστεράς κάτω από το πρίσμα της Μαρξιστικής προσέγγισης

- 1.Θεραπευτικός πλουραλισμός
- 2.Ενίσχυση των θεραπευτικών κοινοτήτων ΚΕΘΕΑ-18 ΑΝΩ.
- 3.Επέκταση των προγραμμάτων μεθαδόνης (ΟΚΑΝΑ) σε όλους τους νομούς της χώρας.
- 4.Αμεσος διαχωρισμός των σκληρών και μαλακών ναρκωτικών.
- 5.Αμεσος διαχωρισμός της τιμωρίας του εμπόρου από τον χρήστη.
- 6.Αυστηρή τιμωρία των εμπόρων ναρκωτικών.
- 7.Δέσμη μέτρων για τη νεολαία που να προστατεύει τους νέους από τα κοινωνικά αίτια που τους οδηγούν στα ναρκωτικά.
- 8.Δημιουργία υποδομών στήριξης και θεραπείας των τοξικομανών στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Ελεγχόμενη χορήγηση ουσιών σε χρήστες που δεν έχουν δυνατότητα να επιλέξουν άλλα μέσα θεραπείας.
- 9.Ενίσχυση των προγραμμάτων ενημέρωσης και πρόληψης ενταγμένα μέσα στην εκπαιδευτική διαδικασία.
- 10.Θεσμοθέτηση πολιτικών θετικών διακρίσεων πρόσληψης στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.
- 11.Ενίσχυση των υπηρεσιών δουλειάς στο δρόμο ..
- 12.Ένταξη στην ελληνική αστυνομία κοινωνικών επαγγελματιών (κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι) που θα αντιμετωπίσουν το χρήστη με κοινωνικές πολιτικές και όχι με βία.
- 13.Αμεσα προγράμματα πρόληψης και στήριξης των φαντάρων.
- 14.Αποποινικοποίηση του χρήστη και εξασφάλιση των δικαιωμάτων του, όπως απαιτεί μια ευνομούμενη κοινωνία.(www.kke.gr , www.Synaspismos.gr)

8.4.1 Βασικά ζητήματα που αφορούν την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες

Σκοπός του κειμένου που ακολουθεί είναι να θίξει ορισμένες ουσιώδεις πλευρές του κοινωνικού φαινομένου της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες και να βοηθήσει έτσι στην αντιμετώπιση επιχειρημάτων -από μερίδα επιστημόνων, πολιτικών, διανοουμένων της αστικής τάξης- που παίζουν κυρίαρχο ρόλο στις προσπάθειες διαιώνισης των αιτιών που παράγουν και αναπαράγουν το πρόβλημα.

Υπάρχει ένα σύνολο απόψεων που έχουν σαν ιδεολογική βάση τον ιδεαλισμό και προσεγγίζουν τη **χρήση** και την **εξάρτηση** μ' ένα **μονοσήμαντο** τρόπο.

Άμεσο αποτέλεσμα αυτών των προσεγγίσεων είναι: ο **βιολογισμός** (δηλαδή η επικέντρωση στη βιολογική πλευρά του προβλήματος), ο **κοινωνιολογισμός** (δηλαδή το πρόβλημα είναι μόνο κοινωνικό), η **ψυχολογικοποίηση** (δηλαδή το πρόβλημα είναι μόνο ψυχολογικό), η **ψυχιατρικοποίηση** (δηλαδή το πρόβλημα είναι μόνο ιατρικό), **οι πολυπαραγοντικές απόψεις του μηχανιστικού υλισμού** που εκφράζονται κυρίως με το **νεοθετικισμό** (δηλαδή το πρόβλημα είναι βίο-ψυχο-κοινωνικό) και επικεντρώνουν την προσοχή μόνο στο **σύμπτωμα** της εξάρτησης χωρίς να φτάνουν στην πραγματική αιτία που βρίσκεται στις σχέσεις παραγωγής. Κλασικό παράδειγμα των τελευταίων απόψεων είναι η «**συστημική**» (δηλαδή, η βίο-ψυχο-κοινωνική σχέση εκλαμβάνεται σαν σύστημα που μελετάται ξεκομμένα από το γενικότερο κοινωνικο-οικονομικό σύστημα), που επικεντρώνει κύρια στην οικογένεια, αφήνοντας ουσιαστικά απέξω όλες τις άλλες παραμέτρους του προβλήματος.

Για το **διαλεκτικό υλισμό** η εξάρτηση είναι ένα **κοινωνικό φαινόμενο κρίσης**, με την έννοια μιας πολυαιτιότητας (οι αιτίες είναι πολλές: κοινωνικές, οικονομικές, πολιτιστικές, ψυχολογικές, ιστορικές κλπ.), που παράγεται και αναπαράγεται από τη **βασική αντίθεση κεφαλαίου-εργασίας**. Από αυτή την άποψη η εξάρτηση είναι αποτέλεσμα του ίδιου του καπιταλισμού και κατά συνέπεια φαινόμενο των δύο τελευταίων αιώνων (περίπου).

Αυτές οι κοινωνικο-οικονομικές αιτίες δημιουργούν επίσης όλες εκείνες τις συνθήκες ανάπτυξης μιας «**κουλτούρας της παρακμής**», που άμεσα ή έμμεσα προβάλλει -μεταξύ άλλων- την «**ανάγκη**» της **φυγής**, σαν «**μόδα**» και «**τρόπο ζωής**», από μια κοινωνία που είναι έτοιμη να συνθλίψει το νέο άνθρωπο.

Παγιδευμένοι οι νέοι από την αίσθηση μιας «ψευδοάρνησης» του κατεστημένου, σπρώχνονται σε μια πράξη φυγής και μέσα από μια στρεβλή συνειδητοποίηση της πραγματικότητας βιώνουν τη χρήση και την εξάρτηση σαν πράξη αντίστασης. Έτσι δεν μπορεί να ισχυριστεί στα σοβαρά κανείς πως υπάρχει καλή και κακή χρήση. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι μια πρόταση φυγής προς τη συστηματική χρήση και την εξάρτηση σαν τρόπο ζωής. Αυτός ο τρόπος ζωής δεν είναι τίποτε άλλο παρά μια ακραία μορφή αλλοτρίωσης που καθορίζει επίσης και τον χαρακτήρα της σχέσης του ατόμου με την κοινωνία.

Η ανεργία, η πολιτιστική και οικονομική φτώχεια, οι ταξικοί φραγμοί στη μόρφωση και τη ζωή καθορίζουν σε τελευταία ανάλυση και το χαρακτήρα της τραγωδίας των ναρκωτικών που έχει πάρει επιδημικές διαστάσεις. Ο χαρακτήρας αυτός είναι ταξικός. Τα ναρκωτικά είναι πρόβλημα των καπιταλιστικών ταξικών κοινωνιών.

Ταυτόχρονα, η διακίνηση των ναρκωτικών έχει γίνει μια τεράστια «παραοικονομική» επιχείρηση που είναι η άλλη όψη της καπιταλιστικής οικονομίας. Τα κέρδη αυτής της επιχείρησης είναι τεράστια. Υπολογίζεται ότι ξεπερνούν τα 500 δισ. δολάρια ετησίως.

Το πρόβλημα λοιπόν της τοξικομανίας είναι αντιμετώπισιμο; Είναι σαφές πως η τοξικομανία σαν κοινωνικό φαινόμενο θα αντιμετωπιστεί ριζικά, μόνο με την ανατροπή του καπιταλισμού. Ο τοξικομανής όμως σαν μεμονωμένη περίπτωση μπορεί να αντιμετωπιστεί και να γίνει καλά. Η τοξικομανία θα αντιμετωπίζεται ανάλογα με το βαθμό *ανάπτυξης του λαϊκού κινήματος* για μια άλλη κοινωνία σοσιαλιστική.

Αυτή την αλήθεια τη γνωρίζει η αστική τάξη και σε πολιτικό επίπεδο την εκφράζει κατά καιρούς με τις πολιτικές της «νομιμοποίησης», της «καταστολής», των «υποκατάστατων», του «περιορισμού της βλάβης» (ολλανδικό μοντέλο), του «διαχωρισμού» των ναρκωτικών σε «σκληρά-μαλακά». Αυτές οι πολιτικές στοχεύουν στη διαχείριση του προβλήματος, μιας και η ριζική αντιμετώπισή του συνδέεται άμεσα με την ανατροπή της ίδιας της αστικής τάξης και του καπιταλισμού.

Τα ναρκωτικά είναι επίσης ένα ισχυρό όπλο κοινωνικού ελέγχου στα χέρια των αστών, με στόχο τη διασφάλιση της κυριαρχίας τους σε όσο γίνεται μεγαλύτερο βάθος χρόνου. Ένα όπλο που έχει σαν στόχο τη **φθορά των συνειδήσεων** όλο και μεγαλύτερου αριθμού ατόμων. Από αυτή την άποψη πρόκειται και για ένα ισχυρότατο μέσο «καταστολής» και κοινωνικού ελέγχου.

Ο ρόλος του αστικού κράτους είναι ρόλος αναπαραγωγής του φαινομένου της τοξικομανίας. Η έλλειψη κεντρικής στρατηγικής σε ζητήματα πρόληψης - θεραπείας - κοινωνικής επανένταξης επιβεβαιώνει τα παραπάνω. Τα αστικά κόμματα σε ρόλο - μεταξύ άλλων- ανάδειξης και εκπαίδευσης πολιτικών υπαλλήλων της αστικής τάξης,



επεξεργάζονται θέσεις που ανάλογα με το εάν είναι στην εξουσία ή όχι γίνονται νομικό καθεστώς που «διασφαλίζει» την ασύδοτη δράση των ναρκωκυκλωμάτων, τη διαφθορά και την εγκληματικότητα.

8.4.2 Η Εξάρτηση σαν κοινωνικό φαινόμενο

Τι είναι η τοξικομανία; Ποια τα χαρακτηριστικά της; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό εξαρτάται από τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο, εξαρτάται από την κοσμοαντίληψή μας. Η επιστημονική μέθοδος προσέγγισης του κόσμου καθορίζει την ίδια την κοσμοαντίληψη και επηρεάζει ακόμα και την κατεύθυνση της επιστήμης. Στις μέρες μας γινόμαστε όλοι μάρτυρες μιας γενικευμένης κρίσης που αγγίζει όλα τα επίπεδα της κοινωνίας και αντανακλάται σε όλες τις μορφές της ανθρώπινης συνείδησης.

Η επιστήμη που είναι μια από τις μορφές της ανθρώπινης συνείδησης (όπως η τέχνη κλπ.), αντανακλά με το δικό της τρόπο αυτή την κρίση. Σκοπός μας δεν είναι να μιλήσουμε για την κρίση και για το πώς αυτή προσδιορίζεται. Είναι όμως αναγκαίο να δούμε μια πλευρά -μεταξύ άλλων- της κρίσης της επιστήμης που έχει άμεση σχέση με την προσέγγιση του προβλήματος της τοξικομανίας.

Ένα από τα αποτελέσματα που η γενικευμένη κοινωνικο-οικονομική κρίση έχει στον άνθρωπο είναι η αλλοτρίωση. Πρόκειται πρώτα απ' όλα για έναν άνθρωπο που έχει χάσει όλα τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που τον ξεχωρίζουν από τα υπόλοιπα όντα του πλανήτη Στην πράξη αυτό που συμβαίνει είναι η ρήξη της ενότητας της ανθρώπινης ουσίας που είναι οι κοινωνικές σχέσεις.

Η αλλοτριωμένη ανθρώπινη συνείδηση είναι λοιπόν αποσπασματική και έχει χάσει την καθολικότητά της. Οι επιμέρους μορφές της δε συνδέονται μεταξύ τους, είναι ασυντόνιστες και κυριαρχεί το επιμέρους, το ειδικό. Σε αυτές τις συνθήκες η τάση είναι να περνάμε το γενικό από το ειδικό, να ερμηνεύουμε το γενικό με βάση το ειδικό. Αυτή η αντιδιαλεκτική μέθοδος προσέγγισης του κόσμου οδηγεί στον ιδεαλιστικό διαχωρισμό της επιστήμης από τη φιλοσοφία, αφού η τελευταία που είναι η **γενική θεώρηση** του κόσμου δε θεωρείται αναγκαία για την κατανόησή του. Έτσι, μέσα από μια ιδεαλιστική αυθαιρεσία, η φιλοσοφία αντικαθίσταται από την επιστήμη (βλ. νεοθετικισμό).

Πώς εκφράζεται αυτό στην προσέγγιση του προβλήματος της εξάρτησης; Πρώτα απ' όλα πρέπει να πούμε πως η εξάρτηση είναι ένα *ανθρώπινο φαινόμενο* που αφορά όλες τις παραμέτρους της ανθρώπινης ύπαρξης (**βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, οικονομικές, πολιτιστικές, ιδεολογικές κλπ.**). Η εξάρτηση εκφράζεται μέσα από μια κοινωνική συμπεριφορά αναζήτησης μιας ουσίας.

Για την κατανόηση αυτού του πολυπαραγοντικού φαινομένου απαιτείται μια διεπιστημονική προσέγγιση. Αρκετές επιστήμες, όπως η ιατρική, η ψυχολογία, η φαρμακολογία, η κοινωνιολογία κλπ., μελετούν -η κάθε μια από την πλευρά της- το πρόβλημα των ναρκωτικών. Αυτές οι επιμέρους και αποσπασματικές προσεγγίσεις μέσα στα πλαίσια της αλλοτριωμένης επιστήμης χάνουν τον καθολικό τους χαρακτήρα, αφού έχουν διαχωριστεί από τη φιλοσοφία και άρα τη δυνατότητα μιας σφαιρικής δια -και ενδο- επιστημονικής επικοινωνίας και εξαντλούνται στη μερικότητα της μιας ή της άλλης επιστήμης.

Έτσι, από την πλευρά της ιατρικής, η εξάρτηση *ιατρικοποιείται* και θεωρείται νόσος που, επειδή μάλιστα δεν αντιμετωπίζεται, χαρακτηρίζεται σαν ανίατη, από την πλευρά της ψυχολογίας *ψυχολογικοποιείται* κλπ. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται τόσο η μετάθεση των προβληματισμών από το κοινωνικό στο ιατρικό ή ψυχολογικό κλπ. επίπεδο, όσο και η αλλαγή του περιεχομένου τους. Σαν άμεσο αποτέλεσμα έχουμε τη συσκότιση των αιτιών που παράγουν και αναπαράγουν το πρόβλημα.

Η τοξικομανία είναι **κοινωνικό φαινόμενο** και κατά συνέπεια τα αίτια που τα καθορίζουν είναι επίσης **κοινωνικά και οικονομικά**. Η εμφάνισή τους συνδέεται, μεταξύ άλλων με τον **καπιταλισμό, τη δημιουργία του προλεταριάτου και τη μαζική συσσώρευσή του** στα βιομηχανικά κέντρα, καθώς και με τη ραγδαία **εξέλιξη της επιστήμης**. Στην αρχή τα ναρκωτικά και το αλκοόλ αφορούσαν κυρίως τμήματα του νεοδημιουργηθέντος προλεταριάτου και σχετίζονταν με τις συνθήκες ζωής και εργασίας του.

Η ανάπτυξη του καπιταλισμού, η όξυνση των κοινωνικών αντιθέσεων και το βάθεμα της κρίσης δημιουργούν τις προϋποθέσεις εξάπλωσης του φαινομένου που παίρνει επιδημικές διαστάσεις. Αφορά τη λειτουργία του συνόλου της κοινωνίας και αντανακλά την κρίση του αλλοτριωμένου ατόμου, μέσα από ένα τρόπο ζωής που τον χαρακτηρίζει η φυγή από την κοινωνική, την προσωπική και φυσική πραγματικότητα. Διαπλέκεται επίσης με όλους εκείνους τους παράγοντες που προκύπτουν από τις εσωκαπιταλιστικές αναδιαρθρώσεις.

Ο Ενγκελς αναφέρει («Η κατάσταση της εργατικής τάξης στην Αγγλία»), τη χρήση παραγώνων του οπίου από τα νεοδημιουργηθέντα προλεταριακά στρώματα, με σκοπό να αντέξουν τις εξοντωτικές συνθήκες διαβίωσης που επικρατούσαν στα βιομηχανικά κέντρα. Το ίδιο συμβαίνει και στην Αμερική. Στα τέλη του 19ου αιώνα Μαύροι, Κινέζοι, Πορτορικανοί κ.ά. χρησιμοποιούν το όπιο για να αντέξουν τις άθλιες συνθήκες ζωής που επικρατούν στα γκέτο. (Γρίβας 1997)

Άλλωστε οι όροι «τοξικομανία» και «αλκοολισμός» χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά το 19ο αιώνα, για να περιγράψουν καταστάσεις που έχουν μια ιατρική αλλά και μια νομική πλευρά σηματοδοτώντας καταστάσεις που αφορούσαν την υγεία, τη ζωή του ατόμου όσο και τη δημόσια τάξη και ασφάλεια.

Η εξάρτηση από ουσίες είναι ουσιαστικά κοινωνικό φαινόμενο στο οποίο ενέχονται πολλοί παράγοντες (οικογένεια, κοινωνία, κουλτούρα, οικονομική κατάσταση κλπ.). Τρεις βασικοί άξονες καθορίζουν το πλαίσιο αυτών των παραγόντων. Ο πρώτος άξονας αφορά την προσωπικότητα, ο δεύτερος τη συνάντηση με μια ουσία και ο τρίτος την κοινωνικοπολιτική στιγμή κατά την οποία συμβαίνει η συνάντηση της προσωπικότητας με την ουσία.

8.4.3 Χρήση – Εξάρτηση

Τόσο ο όρος χρήση όσο και ο όρος εξάρτηση υποδηλώνουν συγκεκριμένες συμπεριφορές, που αποκτούν νόημα σ' ένα συγκεκριμένο επίσης κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο. Η χρήση για παράδειγμα ψυχοτρόπων ουσιών χάνεται στα βάθη των αιώνων. Στο σύνολό τους αυτές οι χρήσεις ήταν μέρος μιας συλλογικής λειτουργίας μέσα σ' ένα γενικότερο πολιτιστικό πλαίσιο, όπου ο τελετουργικός ή μη χαρακτήρας τους (π.χ. μύηση των εφήβων στην ενήλικη ζωή) στόχευε στην ενδυνάμωση των δεσμών της συγκεκριμένης κοινωνίας. Μπορούμε να πούμε ότι ήταν μέρος της κοινωνικής ζωής. Αντίθετα σήμερα αποτελεί ένα φαινόμενο ακραίας εξατομίκευσης.

Από αυτή την άποψη η ταύτιση των δύο εννοιών δημιουργεί μια τάση αποϊστοριοποίησης του φαινομένου της εξάρτησης και ανοίγει το δρόμο για την αναζήτηση τρόπων διαχείρισης του φαινομένου προς όφελος τελικά του ίδιου του συστήματος.

Η εξάρτηση διαφέρει από τη χρήση τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά. Σαν κοινωνικό φαινόμενο, η εμφάνισή του συνδέεται με την άνοδο του καπιταλισμού και τη μαζική μετακίνηση και εγκατάσταση στις πόλεις του νεοδημιουργηθέντος προλεταριάτου. Η επέκτασή του, με τις τρομακτικές διαστάσεις που έχει πάρει στις μέρες μας, σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, σε αναπτυγμένες και υπανάπτυκτες χώρες συνδέεται στενά με την ίδια την κοινωνική και οικονομική κρίση του καπιταλιστικού συστήματος. Η τοξικομανία είναι ένας τρόπος ζωής, που έχει σαν επίκεντρο την ουσία, υποτάσσοντας ολοκληρωτικά την ύπαρξη του ατόμου στην αναζήτηση και την

εξασφάλιση της δόσης του, σε βάρος οποιασδήποτε άλλης ανάγκης, σχέσης ή δραστηριότητας. (Μάτσα 2001)

Οφείλουμε να τονίσουμε πως τα αίτια που οδηγούν τόσο στη χρήση όσο και στην εξάρτηση είναι κοινά. Τα άτομα που θα περάσουν από τη χρήση στη συστηματική χρήση και στην εξάρτηση σαν τρόπο ζωής, είναι τα άτομα με την πλέον ευάλωτη προσωπικότητα.

Αυτό που συντελείται στην εξάρτηση είναι μια διαδικασία απώλειας της καθαρά ανθρώπινης, δηλαδή της κοινωνικής φύσης του ατόμου. Στην πραγματικότητα, η τοξικομανία είναι αποτέλεσμα της πλήρους αποξένωσης του ατόμου από τον εαυτό του, το συνάνθρωπό του και την κοινωνία.

8.4.4 Οι νέοι στρέφονται στις ουσίες...

«Οι νέοι στρέφονται στα ναρκωτικά γιατί είναι απαγορευμένα». Αυτό ισχυρίζονται αυτοί που εκπροσωπούν την τάση της αντιαπαγορευτικής πολιτικής. Ισχυρίζονται επίσης ότι οι νέοι γίνονται τοξικομανείς από περιέργεια και γιατί τους ελκύει το απαγορευμένο.

Άλλες απόψεις υποστηρίζουν ότι ο τοξικομανής είναι *άρρωστος* και άλλες ότι υπάρχει ένα βιολογικό υπόβαθρο που οδηγεί στην τοξικομανία.

Τι τελικά ισχύει από όλα αυτά; Είναι δυνατόν να εξαντλείται η τοξικομανία στην *ύπαρξη* των ναρκωτικών, στην περιέργεια, τη μίμηση, την έλξη των απαγορευμένων ή σε καθαρά ιατρικούς και βιολογικούς ή ψυχολογικούς λόγους;

Είναι δυνατόν να ευθύνεται κάποιο *γονίδιο* ή αντίστοιχα η *έλλειψη* κάποιας *ουσίας* στον εγκέφαλο; (π.χ. ενδορφίνη, όπως μερικοί ισχυρίζονται).

Σίγουρα η περιέργεια και η μίμηση ή η έλξη του απαγορευμένου είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν έναν ορισμένο αριθμό νέων ανθρώπων στο να δοκιμάσει ναρκωτικά, αλλά δεν είναι *επαρκείς* παράγοντες για να οδηγήσουν αυτούς τους νέους στην εξάρτηση. Από όλους όσους δοκιμάζουν, μόνον ένα μικρό ποσοστό θα περάσει από τη χρήση στη συστηματική χρήση και την εξάρτηση σαν τρόπο ζωής.

Πρόκειται για τους νέους με την πιο ευάλωτη και ελλειμματική προσωπικότητα, με τεράστια εσωτερικά κενά, για τους νέους που δυσφορούν μέσα σε ένα οικογενειακό περιβάλλον που *αντανακλά* τη γενικότερη κοινωνικο-οικονομική και πολιτική κρίση. Σε αυτές τις συνθήκες ο νέος άνθρωπος «επιλέγει» με *ανελεύθερο* τρόπο ορισμένες κοινωνικές συμπεριφορές αναζήτησης μιας ουσίας νόμιμης ή

παράνομης. Αυτές οι ουσίες είναι ένα μέσο φυγής του νέου από μια αφόρητα αδιέξοδη προσωπική και κοινωνική πραγματικότητα. Μέσα από τις ουσίες ψάχνει αυτά που έχει ανάγκη: ένα κοινωνικό ρόλο, στοιχεία μιας κοινωνικής ταυτότητας, μια θέση έστω και σε μια περιθωριακή ομάδα, την αντίσταση ενάντια στο κατεστημένο και τους εκφραστές του. Προσπαθεί να αντέξει την αδιαφορία μιας ατομικιστικής κοινωνίας, να ξεφύγει από τον εαυτό του, να υποφέρει λιγότερο από την εσωτερική του οδύνη, να αποφύγει την πραγματικότητα που διακηρύσσει το τέλος της Ιστορίας και το δικό του τέλος σαν ιστορικό υποκείμενο και που τη βιώνει σαν εφιάλτη.

Στο σημερινό άνθρωπο υπάρχει μια τεράστια αίσθηση έλλειψης του κοινωνικού είναι. Αυτή η έλλειψη υποκαθίσταται τεχνητά με κοινωνικές συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από την αποξένωση, τον ατομικισμό, την υποκρισία, τη διαμεσολάβηση των ανθρωπίνων σχέσεων από το χρήμα, την έλλειψη αξιών, τον καταναλωτισμό, την πολιτιστική και συναισθηματική φτώχεια. Από αυτή την άποψη, μέσα στη τοξικομανία εκφράζεται με ακραίο τρόπο ο σημερινός αστικός πολιτισμός της παρακμής.

8.4.5 «Ναρκοκουλτούρα» - τρόπος ζωής

Η ουσία του ανθρώπου μπορεί να εκδηλωθεί μόνο μέσα στη μη αλλοτριωμένη εργασία του, στην ελεύθερη δημιουργία, την εκπλήρωση όλων των δυνατοτήτων και των αναγκών του, στην κοινωνική ατομικότητα.

Σύμφωνα με το Μαρξ, *«η ουσία του ανθρώπου ανάγεται στο σύνολο των κοινωνικών του σχέσεων»*. Σε διαφορετική περίπτωση, αλλοτριωμένες ανάγκες δημιουργούν αλλοτριωμένα συστήματα αξιών, μέσα στη γενικότερη ανάγκη συσσώρευσης του κεφαλαίου, έτσι ώστε «κάθε άτομο μηχανεύεται τη δημιουργία μιας νέας ανάγκης στον άλλο, με σκοπό να τον υποχρεώσει να κάνει μια νέα θυσία, τοποθετώντας τον σε μια νέα εξάρτηση, η δε επέκταση της παραγωγής και των αναγκών γίνεται ο εφευρετικός και παντοτινός υπολογίσιμος δούλος στις απάνθρωπα εκλεπτυσμένες, αφύσικες και φαντασιωσικές ορέξεις».

Τα «προφητικά» αυτά λόγια του Μαρξ προσδιορίζουν επίσης το πλαίσιο μιας κουλτούρας και ενός τρόπου ζωής, που αναπόφευκτα οδηγεί μεγάλη μερίδα των νέων ανθρώπων στα ναρκωτικά. Όσο το άτομο «κόβει τους δεσμούς του από τη φύση και την καθαρά ανθρώπινη κοινωνική φύση του», τόσο υποτάσσεται στο «φυσικό νόμο της πραγματοποίησης», όπως τον έθεσε ο Μαρξ, αναφερόμενος στην αιτιακή σχέση και

στο φετιχισμό του εμπορεύματος. Τόσο οι σχέσεις ανάμεσα σε ανθρώπους μετατρέπονται σε σχέσεις ανάμεσα σε πράγματα και καλλιεργείται η ψευδαίσθηση ότι η ατομική απομόνωση είναι προϊόν της ελεύθερης επιλογής ατόμων ή της ατομικής βούλησης και λειτουργεί σα μέσο προστασίας από την καταπίεση που επιβάλλουν οι αλλοτριωμένες και αλλοτριωτικές κοινωνικές σχέσεις. Η τοξικομανία μπορεί να θεωρηθεί ως μια τέτοια ψευδαίσθηση «προστασίας» από τη βαρβαρότητα των αλλοτριωμένων σχέσεων, μια ψευδαίσθηση αυτάρκειας και αυταξίας. (www.kke.gr, 2/8/2007)

Σε αυτά τα πλαίσια η έννοια της «αυτόνομης ατομικότητας» γίνεται μέσο νομιμοποίησης ενός κοινωνικού συστήματος που φυλακίζει τους ανθρώπους στη φενάκη και τη μοναξιά τους.

Στα 1840 στη «Γερμανική Ιδεολογία» ο Μαρξ και ο Εγκελς έγραφαν: «Οι ιδέες της κυρίαρχης τάξης είναι σε κάθε εποχή οι κυρίαρχες ιδέες. Με άλλα λόγια, η τάξη που είναι η κυρίαρχη υλική δύναμη της κοινωνίας είναι ταυτόχρονα η κυρίαρχη πνευματική της δύναμη. Η τάξη που έχει στη διάθεσή της τα μέσα της υλικής παραγωγής, διαθέτει, συνακόλουθα, τα μέσα της πνευματικής παραγωγής, έτσι, ώστε, σε γενικές γραμμές, οι ιδέες αυτών που στερούνται των μέσων της πνευματικής παραγωγής υποτάσσονται σε αυτά. Οι κυρίαρχες ιδέες δεν είναι τίποτα άλλο από την ιδεατή έκφραση των κυρίαρχων υλικών σχέσεων, είναι οι κυρίαρχες υλικές σχέσεις που συλλαμβάνονται ως ιδέες, άρα είναι η έκφραση των σχέσεων που κάνουν μία τάξη κυρίαρχη, επομένως οι ιδέες της κυριαρχίας της. Τα άτομα που αποτελούν την κυρίαρχη τάξη... καθορίζουν ως κυρίαρχη τάξη όλη την έκταση και τα όρια μιας ιστορικής εποχής... επομένως, μεταξύ άλλων, κυριαρχούν επίσης ως στοχαστές, ως παιδαγωγοί ιδεών και ρυθμίζουν την παραγωγή και διανομή των ιδεών της εποχής τους».

Πράγματι, οι σχέσεις παραγωγής καθορίζουν και τη θέση του ατόμου στην κοινωνία και τις σχέσεις μεταξύ των μελών της. Έτσι, οι κοινωνικές ανάγκες και τα συμφέροντα των ανθρώπων διαμορφώνονται ιστορικά και κοινωνικά-ταξικά. Ανάλογα διαμορφώνονται τα κυρίαρχα συστήματα αξιών στη βάση των αναγκών της κυρίαρχης τάξης και αποτελούν έτσι την αντικειμενική βάση της προπαγανδιστικής δραστηριότητας της αστικής τάξης. Τα εμπορεύματα γίνονται ομοιώματα των αλλοτριωμένων δυνάμεων του ανθρώπου και υποκατάστατα των σχέσεών τους.

Σε αυτά τα πλαίσια «η ανθρώπινη φύση» αντανακλά τον καπιταλισμό στις ανθρώπινες σχέσεις του απομονωμένου, αλλοτριωμένου ατόμου και η έννοια της

«αυτόνομης ατομικότητας» γίνεται μέσω νομιμοποίησης ενός κοινωνικού συστήματος που φυλακίζει τους ανθρώπους στη μοναξιά τους, θέτοντάς τους ανταγωνιστικά αντιμέτωπους και υποδουλώνοντάς τους στις «τεχνητές επιθυμίες» τους, κάτω από την εξουσία των άψυχων πραγμάτων.

Μέσα από αυτή τη διαδικασία, ο άνθρωπος μετατρέπεται σε εμπόρευμα (καλλιστεία, πορνό κλπ.), που έχει την ατυχία να είναι «κεφάλαιο με ανάγκες». Εξαιτίας του νόμου προσφοράς και ζήτησης, οι «ανθρώπινες ιδιότητες του εργάτη υπάρχουν μόνο εφόσον υπάρχουν για ένα κεφάλαιο ξένο προς αυτόν». Δηλαδή, οι ανθρώπινες ανάγκες μπορούν να ικανοποιηθούν μόνο εάν συμβάλλουν στη συσσώρευση πλούτου.

Σκοπός της αστικής τάξης είναι να δημιουργεί όλο και περισσότερο μια «κοινωνική πραγματικότητα» με τέτοιο τρόπο, που οι άλλοι να τη βιώνουν σαν δική τους. Γιατί, όπως τονίζει ο Λένιν «σε κάθε πολιτισμό υπάρχουν έστω μη αναπτυγμένα στοιχεία δημοκρατικού και σοσιαλιστικού πολιτισμού, γιατί σε κάθε έθνος υπάρχει εργαζόμενη και εκμεταλλεζόμενη, μάζα, που οι συνθήκες της ζωής της γεννούν αναπόφευκτα τη δημοκρατική και σοσιαλιστική ιδεολογία. Σε κάθε έθνος όμως υπάρχει και ο αστικός πολιτισμός. Γι' αυτό «εθνικός πολιτισμός» γενικά είναι ο πολιτισμός των τσιφλικάδων, των παπάδων, της αστικής τάξης».

Σε αυτή τη βάση, διάφοροι παράγοντες που διαμορφώνονται μέσα στα πλαίσια των κοινωνικών ανισοτήτων και έχουν να κάνουν με τις συνθήκες διαβίωσης, τη μόρφωση, τον τρόπο μόρφωσης και εκπαίδευσης, την ανεργία, τη φτώχεια κλπ., δημιουργούν το πλαίσιο ενός «πολιτισμού παρακμής» για τη διαίωνιση του οποίου η ναρκοκουλτούρα και ο αντίστοιχος τρόπος ζωής αφενός ανάγονται σε βασικές προϋποθέσεις και αφετέρου στηρίζονται σε αυτόν.

Τρεις βασικοί άξονες καθορίζουν το ιδεολογικό πλαίσιο του «πολιτισμού της παρακμής»:

α) Η αταξική αντιμετώπιση του κοινωνικού γίνεσθαι.

Διάφορα μηνύματα που απορρέουν από συγκεκριμένα αστικά θεωρητικά μοντέλα, κατακλύζουν τα ΜΜΕ και ιδιαίτερα τα « life -style » περιοδικά. Ενδεικτικά αναφέρουμε τις θεωρίες για τη «μεταβιομηχανική κοινωνία, την «κοινωνία της αφθονίας», την «κοινωνία της πληροφορικής» κλπ. Αυτές και άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις της αντικειμενικής πραγματικότητας χρησιμοποιούνται σαν βάση για την παραγωγή μηνυμάτων που αναφέρονται στην «κοινωνική συναίνεση», στο «δυναμικό άτομο που ανέρχεται κοινωνικά και επαγγελματικά με το μυαλό και την εργατικότητα του, κλπ.

Μηνύματα που καλλιεργούν ψεύτικα διλήμματα του τύπου: «Ελευθερία ή ισοπεδωτισμός», «πλουραλισμός ή δημοκρατικός συγκεντρωτισμός» κ.ά..

Αποτέλεσμα άμεσο είναι η έλλειψη «χώρου ελευθερίας», που δημιουργεί ένα αίσθημα του «μη ανήκειν» και κατά συνέπεια, αγωνία, άγχος, στρες. Αυτή η κατάσταση καλλιεργεί το έδαφος για την «κατηγοριοποίηση» των νέων, για την ένταξη σε ομάδες με χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στη διατήρηση του συστήματος. Μέσα από διάφορα μηνύματα γίνεται προσπάθεια να αφομοιωθεί η ανεργία σαν μια «μοιραία» φάση της ζωής, να πεισθούν οι νέοι να αφομοιώσουν την αίσθηση του εφήμερου, να διαχειρίζονται και όχι να αντιπαλεύουν την κρίση.

Ταυτόχρονα, προσπαθούν να περάσουν την άποψη, πως η ουσία της ζωής είναι έξω από την εργασία γενικά και όχι έξω από την αλλοτριωμένη εργασία. Η έννοια του clubbing και η ταύτιση της τέχνης με τη διασκέδαση, αυτούς τους στόχους εξυπηρετούν. Καλλιεργείται ένα κοινωνικό και ψυχολογικό υπόβαθρο άρνησης του δημιουργικού περιεχομένου της ζωής και ταύτισης με τα φαινόμενα της κρίσης, φυγή στο όνειρο και τη φαντασίωση. Εδώ έχουμε -μεταξύ άλλων- το φαινόμενο των ναρκωτικών, το φανατισμό στον αθλητισμό - εξωκοσμικές αναζητήσεις, κλπ.

β) Άρνηση της αντικειμενικής πραγματικότητας.

Εδώ, είμαστε στην αφετηρία μηνυμάτων που ευνοούν το διαχωρισμό υλικού και πνευματικού κόσμου, καλλιεργούν τη φυγή από την πραγματικότητα και γίνονται προαγωγοί της χρήσης ναρκωτικών και διάφορων άλλων υποκατάστατων των ανθρώπινων σχέσεων. Ένας άγριος ανορθολογισμός πριμοδοτείται διαρκώς και έχει σαν στόχο τη μαρξιστική αιτιοκρατία.

γ) Μεταφυσική αντίληψη για την κρίση και δημιουργία ψυχολογίας της κρίσης.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια παράγονται μηνύματα που καλλιεργούν την αίσθηση ότι το φαινόμενο της κρίσης είναι απόλυτο και καθολικό. Με διάφορους τρόπους προτείνεται ο ατομικισμός και η μοναξιά, σαν στάση ζωής, πριμοδοτείται ο ανορθολογισμός, η απαισιοδοξία, η ηττοπάθεια. Αλλά μηνύματα προτρέπουν στην αντικατάσταση των ιδανικών από τη μόδα και τα διάφορα στυλ. Θεοποιούν και προβάλλουν το περιθωριακό ως πρότυπο, οδηγούν στη βία, στο πορνό, στην εμπορευματοποίηση των ανθρώπινων σχέσεων, ευνοούν την επιστροφή στα ένστικτα και γεννούν το ρατσισμό, τον εθνικισμό, την εξοικείωση με τον πόλεμο.

8.4.6 Η Διακίνηση των ναρκωτικών σαν οικονομική επιχείρηση

Το διεθνές χρηματιστικό κεφάλαιο στην ανακύκλωσή του έχει ανάγκη από τα τεράστια ποσά των «ξεπλυμένων» στις μεγάλες τράπεζες της Ελβετίας, του Παναμά, της Καραϊβικής, της Ουρουγουάης, ναρκοδολαρίων. Το τραπεζικό μυστικό εξυπηρετεί μεταξύ άλλων και αυτή την ανάγκη.

Βέβαια, η «παραοικονομία» είναι μια διαδικασία σύμφυτη με την καπιταλιστική οικονομία. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, τα κέρδη που προέρχονται από τα ναρκωτικά φτάνουν τα 500 δισ. δολάρια το χρόνο. Αυτό το ποσόν είναι ίσο με το σύνολο των εξόδων όλων των δυτικών χωρών για τις ετήσιες αγορές πετρελαίου.

Υπολογίζεται ότι αυτοί που κάνουν συστηματική χρήση κοκαΐνης στις ΗΠΑ, είναι περίπου 15 εκατ. Οι χρήστες ηρωΐνης υπολογίζονται σε 1,5 - 2 εκατ. Στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι οι χρήστες ηρωΐνης ξεπερνούν το 1 εκατομμύριο.

Είναι σίγουρο πως τα κέρδη που συσσωρεύονται χρόνο με το χρόνο και που πρέπει να ανακυκλωθούν είναι τεράστια. Αυτά τα ποσά ανακυκλώνονται μέσα από πολυεθνικούς χρηματιστικούς οργανισμούς.

Για τις ανάγκες της ανακύκλωσης του ναρκοχρήματος υπάρχουν σήμερα τεράστια δίκτυα από χρηματιστηριακές εταιρείες, εταιρείες φοροτεχνικές, δικηγορικά γραφεία, οικονομικούς αναλυτές και χρηματιστές στα μεγαλύτερα χρηματιστήρια του πλανήτη. Από αυτή την άποψη είναι δύσκολο -από κάποιο σημείο κι έπειτα- να διακρίνει κανείς την «παραοικονομία» από την οικονομία. (Γρίβας 1997, www.kke.gr)

8.4.7 Ο Διαχωρισμός σκληρών - μαλακών ναρκωτικών

Έχουμε ήδη πει, πως οι απαντήσεις στα πολλά και σύνθετα ερωτήματα που θέτει το κοινωνικό φαινόμενο της εξάρτησης από ναρκωτικά εξαρτώνται από τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο, από την κοσμοαντίληψή μας, από τη φιλοσοφία μας, από τις ιδεολογικές μας αναφορές. Ο ιδεαλισμός, για παράδειγμα, αντιμετωπίζει τα ανθρώπινα και κοινωνικά φαινόμενα -μεταξύ άλλων- αποσπασματικά, ξεκομμένα από τη διαλεκτική τους ενότητα.

Στις σημερινές συνθήκες και σε ό,τι αφορά τα ζητήματα που διαπραγματευόμαστε, γινόμαστε μάρτυρες της κυριαρχίας του «Βιολογισμού» σαν μεθόδου μονοαιτιακής ερμηνείας τους. Άμεσο αποτέλεσμα αυτού του ιδεαλιστικού επιστημονικού ρεύματος είναι η αδυναμία κατανόησης του φαινομένου της εξάρτησης και του κοινωνικού του χαρακτήρα. Ταυτόχρονα αυτή η αδυναμία χρησιμοποιείται πολιτικά για τον αποπροσανατολισμό από την ουσία του προβλήματος, που είναι τα κοινωνικά αίτια που το παράγουν και το αναπαράγουν.

Μπορούμε λοιπόν να ασκήσουμε κριτική στις ιδεαλιστικές απόψεις, λέγοντας πως οι ψυχοτρόπες ουσίες σε σχέση με την τοξικομανία, την εξάρτηση σαν κοινωνικό φαινόμενο, τοποθετούνται όχι σ' ένα, αλλά σε πολλά επίπεδα παρατήρησης και ανάλυσης. Έτσι έχουμε το **φαρμακολογικό επίπεδο** που αφορά τη δράση μιας ουσίας πάνω στον ανθρώπινο οργανισμό και τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν αυτή τη δράση, το **χημικό επίπεδο** που αφορά τη χημική σύνθεση της ουσίας, το **βιολογικό επίπεδο** που αφορά τον ανθρώπινο οργανισμό που βρίσκεται υπό την επίρεια μιας ουσίας, το **κοινωνικό επίπεδο** που αφορά τις συμπεριφορές αναζήτησης μιας ουσίας μέσα σε μια δοσμένη κοινωνία, το **ψυχολογικό επίπεδο** που αφορά όλους τους ψυχολογικούς λόγους χρήσης μιας ουσίας, της εξάρτησης, κλπ.. Τα ναρκωτικά πραγματικά διαχωρίζονται στο επίπεδο της φαρμακολογίας, της χημικής σύνθεσης και της δράσης που ασκούν στον ανθρώπινο οργανισμό.

Έχουμε όμως πει πως η εξάρτηση είναι καταρχήν κοινωνικό φαινόμενο και τα αίτια που το καθορίζουν είναι πολλά και διαφορετικά. Έτσι, δεν μπορεί να αφορά μόνο τη **φαρμακολογία, τη βιολογία ή τη χημεία**. Πρέπει και οφείλει να αφορά καταρχήν την **κοινωνική διάσταση** του φαινομένου, δεδομένου ότι το *πώς* και το *γιατί* αναζητά ένα άτομο μια ναρκωτική ουσία, σχετίζεται άμεσα με κοινωνικά φαινόμενα και συμπεριφορές αναζήτησης αυτής της ουσίας, καθώς και με διάφορους ψυχολογικούς λόγους που προσδιορίζουν αυτή την αναζήτηση.

Συνεπώς, ως προς τα αίτια που οδηγούν στη *χρήση* των ναρκωτικών και από κει και πέρα στο κοινωνικό φαινόμενο της *εξάρτησης*, ο διαχωρισμός είναι αδύνατος. Οι αιτίες που οδηγούν στην «επιλογή» μιας ναρκωτικής ουσίας είναι κοινές για όλες τις ουσίες. Όλοι οι εξαρτημένοι διαβεβαιώνουν για ένα πράγμα: «χρησιμοποιώ τις ουσίες για να φύγω», για να «γεμίσω το κεφάλι μου». Οποιαδήποτε ουσία και αν χρησιμοποιηθεί, αποβλέπει στο να επηρεάσει τις αισθήσεις με τέτοιο τρόπο, που να μη βιώνονται στις πραγματικές τους διαστάσεις η οδύνη, η απόγνωση, η ανία, η μοναξιά, η ανασφάλεια, η κατάθλιψη, η ντροπή, ο φόβος, η ενοχή, η οργή, η απουσία νοήματος, το κενό, το αδιέξοδο μιας κοινωνίας σε παρακμιακή κρίση.

Ο διαχωρισμός σκληρών-μαλακών ναρκωτικών μπορεί να είναι φαρμακολογικός, σε καμιά όμως περίπτωση δεν μπορεί να είναι κοινωνικός και ψυχολογικός.

8.4.8 Νομιμοποίηση - Καταστολή

Οι προσπάθειες αποπροσανατολισμού από τις κοινωνικές αιτίες που παράγουν και αναπαράγουν το πρόβλημα των ναρκωτικών παίρνουν διάφορες μορφές. Μια απ' όλες προβάλλεται έντονα μέσα από το αίτημα της νομιμοποίησης όλων των ουσιών. Ουσιαστικά πρόκειται για μια προσπάθεια μετατροπής του προβλήματος από κοινωνικό σε νομικό ζήτημα.

Αυτοί που είναι υπέρ της νομιμοποίησης χρησιμοποιούν, κατά καιρούς, διάφορα επιχειρήματα. Ισχυρίζονται -μεταξύ άλλων- πως όποιος είναι κατά της νομιμοποίησης είναι υπέρ της αστυνομίας, πως η αποποινικοποίηση θα εμποδίσει τους νέους να οδηγούνται στη φυλακή, πως έτσι θα αντιμετωπιστεί η εγκληματικότητα και το παράνομο εμπόριο κλπ.

Τα περισσότερα από αυτά τα επιχειρήματα στηρίζονται κυρίως στην αποτυχία της ισχύουσας κατασταλτικής πολιτικής που δεν κατάφερε να μειώσει:

- α)** την εγκληματικότητα που συνδέεται με το παράνομο εμπόριο,
- β)** τον αριθμό θανάτων των τοξικομανών,
- γ)** το παράνομο εμπόριο,
- δ)** τη διαφθορά. Τη θέση αυτής της αποτυχίας την παίρνει η τρομακτική *εξάπλωση* των ναρκωτικών και η διαρκής μείωση του μέσου ηλικιακού όρου των παιδιών που έρχονται σε επαφή με τα ναρκωτικά και εξαρτώνται από αυτά.

Σε καμία περίπτωση η νομιμοποίηση δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το κοινωνικό φαινόμενο της εξάρτησης, γιατί αφήνει άθικτες τις κοινωνικές αιτίες που το γεννούν και τους ιδεολογικούς μηχανισμούς που το αναπαράγουν. Τα «ναρκωτικά» είναι ένα πρόβλημα που το γεννά ο ίδιος ο καπιταλισμός και θα αντιμετωπίζεται σε βαθμό που θα οξύνεται η πάλη για την ανατροπή αυτού του κοινωνικού συστήματος.

Η νομιμοποίηση των «ναρκωτικών» είναι σίγουρο πως δεν μπορεί να αντιμετωπίσει κανένα από τα προβλήματα που συνδέονται με αυτά. Ο σκοπός της νομιμοποίησης είναι να «νομιμοποιήσει» στις συνειδήσεις των λαών τις κοινωνικές αιτίες που παράγουν και αναπαράγουν το πρόβλημα.

8.5 Ο ρόλος του Κράτους απέναντι στα ναρκωτικά

Το κράτος μέσα από τη συντηρητική πολιτική του είναι ο κύριος υπεύθυνος της αναπαραγωγής του φαινομένου της τοξικομανίας. Η ανεργία, η λιτότητα, οι αξίες του ιμπεριαλισμού και της ντόπιας αστικής τάξης, οξύνουν ανησυχητικά το πρόβλημα των ναρκωτικών.

Το ίδιο το κράτος είναι επίσης υπεύθυνο για την ασύδοτη δράση των ναρκοκυκλωμάτων, των μεγαλεμπόρων, για το ξέπλυμα του βρώμικου χρήματος, ενώ την ίδια στιγμή το κύριο βάρος των κατασταλτικών του μηχανισμών στρέφεται ενάντια στο λαϊκό κίνημα και τη νεολαία.

Ταυτόχρονα, εξοντωτικές ποινές επιβάλλονται στους χρήστες, ενώ οι έμποροι διαμέσου ισχυρών διασυνδέσεων με τους κρατικούς μηχανισμούς αφήνονται ελεύθεροι. Δεν είναι η απαγόρευση, αλλά το ισχύον νομικό καθεστώς που ευνοεί τη διακίνηση τεράστιων χρηματικών ποσών διαμέσου της μαύρης αγοράς, εγκαθιδρύοντας επίσης ένα καθεστώς διαφθοράς και εγκληματικότητας, με τη συνενοχή και τη συμμετοχή του κράτους και των μηχανισμών του, των αντιναρκωτικών υπηρεσιών, των τραπεζών, των αρχών του νόμου και της τάξης.

8.5.1 Διαχείριση της ουσιοεξάρτησης

Συνειδητοποιώντας η αστική τάξη πως η αντιμετώπιση της τοξικομανίας συνδέεται άμεσα με τη δημιουργία ενός ευρύτερου κοινωνικού κινήματος που θα παλεύει για την ανατροπή των αιτιών που την παράγουν και την αναπαράγουν, αποφάσισε να μεταθέσει τους προβληματισμούς στις πολιτικές «διαχείρισης του προβλήματος» και «περιορισμού» της βλάβης, με κύριο αιτιολογικό την αποτυχία της ισχύουσας κατασταλτικής πολιτικής.

Στη βάση αυτής της αποτυχίας στηρίζονται και προβάλλουν σειρά επιχειρημάτων στα πλαίσια του ρεύματος της αντιπαγορευτικής, αντιναρκωτικής πολιτικής, προσωπικότητες και στελέχη των μηχανισμών στήριξης της αστικής τάξης. Κεντροαριστεροί, σοσιαλδημοκράτες, ομορτιστές, οικολόγοι, νεοφιλελεύθεροι, ανώτατοι δικαστικοί, αστυνομικοί, ΜΜΕ και άλλοι πολλοί, ζητούν να νομιμοποιηθούν τα ναρκωτικά, να χορηγούνται ελεύθερα από υπηρεσίες του κράτους και της τοπικής αυτοδιοίκησης και στα πλαίσια της οικονομίας της αγοράς να φορολογούνται οι εταιρείες παραγωγής και εμπορίας των νομίμως διακινούμενων ναρκωτικών, ώστε να παταχθεί η παραοικονομία και η εγκληματικότητα και να μην υπάρχουν διαφυγόντα κέρδη.

Το επικίνδυνο αυτής της προπαγανδιστικής δραστηριότητας είναι ότι επιχειρηματολογώντας ενάντια στην «καταστολή», στις φυλακές και στην αστυνόμευση, εμφανίζεται σαν ριζοσπαστική και προοδευτική και, αναποδογυρίζοντας την ιστορία, προσπαθεί να πείσει ότι όσοι εναντιώνονται είναι πουριτανοί και συντηρητικοί. Όμως, ας μας πουν εάν υπάρχει σκληρότερη «καταστολή» από αυτή των ναρκωτικών. Απελευθέρωση των ναρκωτικών σημαίνει απελευθέρωση των σύγχρονων μεθόδων καταστολής του αστικού κράτους.

Αυτές οι μέθοδοι καταστολής κρύβονται κάτω από τα επιχειρήματα για «ελευθερία διάθεσης του σώματος», για το «δικαίωμα στη χρήση της ουσίας». Όμως για ποια ελευθερία μιλάνε όταν η ίδια η εξάρτηση σημαίνει ακριβώς το αντίθετο; Η επιλογή της χρήσης είναι σαφώς προσωπική, όμως είναι μια επιλογή ανελεύθερη. Το «δικαίωμα στη χρήση» τι σημαίνει; (Μάτσα 2001)

Χρήση και εξάρτηση δε σημαίνει φυγή από την κοινωνική πραγματικότητα και από την ιστορία όπου καθορίζεται η ζωή του καθένα μας;

Χρήση και εξάρτηση δε σημαίνει κλείσιμο του ατόμου στο σιωπηλό κόσμο των ναρκωτικών; Να υπερασπιστούμε λοιπόν, τι; Τη φυγή, τη σιωπή, την

περιθωριοποίηση, την αποκοινωνικοποίηση του ατόμου, την καταστροφή της ανθρώπινης υπόστασής του;

Ένα άλλο επιχείρημα των οπαδών της αντιπαγορευτικής πολιτικής είναι ότι η νομιμοποίηση «θα επιτρέψει στο φιλήσυχο πολίτη να κοιμάται ήσυχος». Εδώ ο άγριος ατομικισμός και η αδιαφορία πριμοδοτούνται απροκάλυπτα. Από τη μια επιχειρείται να πειστεί ο λαός να εξαργυρώσει την ησυχία του με την αδιαφορία για την όλο και μεγαλύτερη αύξηση του αριθμού των νέων ανθρώπων που θα εξαρτώνται νόμιμα πια και από την άλλη μηδενίζονται οι δυνατότητες που έχει ένας εξαρτημένος για να επανεξετάσει τον τρόπο ζωής του. Εδώ δεν πρόκειται απλά για ιδεολογική χειραγώγηση, αλλά για θεσμοθέτηση του πιο ακραίου «κοινωνικού κανιβαλισμού». Πρόκειται για επιστροφή στη βαρβαρότητα. Όπως τονίζει η Μάτσα «*Να δώσουμε τα ναρκωτικά στον τοξικομανή για να μας αφήσει ήσυχους*» (Μάτσα2001)

Η νόμιμη χορήγηση ναρκωτικών ουσιών έχει σαν σκοπό επίσης να θεσμοθετήσει την αναπαραγωγή της εξάρτησης. Από αυτή την άποψη επιχειρείται η «ομαλοποίηση των συμπεριφορών», ο κοινωνικός έλεγχος, η θεσμοθέτηση του αποκλεισμού και του κοινωνικού περιθωρίου.

Σαν συμπέρασμα μπορούμε να πούμε, λοιπόν, πως τόσο η ισχύουσα πολιτική της καταστολής όσο και η προτεινόμενη πολιτική της νομιμοποίησης οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα. Τόσο με το να οδηγείται ο τοξικομανής στη φυλακή, όσο και με το να νομιμοποιηθεί η περιθωριοποίησή του επιχειρείται να γίνει διαχείριση της τοξικομανίας και όχι να αντιμετωπιστεί μέσα από την καταπολέμηση των παραγόντων που τη γεννούν και την αναπαράγουν.

8.5.2 Περιορισμός της βλάβης

Στην ίδια κατεύθυνση με τις πολιτικές διαχείρισης του προβλήματος κινούνται και οι πολιτικές «περιορισμού της βλάβης» (harm reduction). Οι τελευταίες εφαρμόζονται πια διεθνώς και γενικεύονται μέσα από την προβολή τους σαν τις μόνες ρεαλιστικές λύσεις. Η επιχειρηματολογία των υποστηρικτών της πολιτικής περιορισμού της βλάβης βασίζεται στην άποψη ότι η τοξικομανία δεν είναι αντιμετωπίσιμη και κατά συνέπεια, αυτό που μπορούμε να κάνουμε, είναι να τη διαχειριστούμε, περιορίζοντας λίγο ή πολύ τα αποτελέσματά της.

Βέβαια η τοξικομανία σαν κοινωνικό φαινόμενο δε θα εξαφανιστεί παρά στο βαθμό που συνδέεται με την πάλη του γενικότερου μαζικού λαϊκού και νεολαιίστικου

κινήματος για ανατροπή αυτής της κοινωνίας. Αυτή την πλευρά όμως την αποκρύπτουν επιμελώς οι υποστηρικτές της πολιτικής «περιορισμού της βλάβης». Η διαχείριση του προβλήματος έχει σαν μακροπρόθεσμο σκοπό τη διατήρηση του ίδιου του συστήματος που παράγει το πρόβλημα. Είναι ακριβώς η ίδια λογική που εφαρμόζεται και στο ζήτημα της ανεργίας κλπ.

Τα τεράστια κέρδη που απορρέουν από την παράνομη διακίνηση ναρκωτικών επιβάλλουν την ανάγκη λήψης μέτρων για την πιο ορθολογιστική «διαχείρισή» τους. Στα πλαίσια της «παγκοσμιοποιημένης» καπιταλιστικής αγοράς και των αναγκών του χρηματιστικού κεφαλαίου, σύμφωνα με την παραπάνω αντίληψη, πρέπει να υπάρξουν πολιτικές που να νομιμοποιούν την παραγωγή και τη διακίνηση των ναρκωτικών από δημόσιες επιχειρήσεις, ώστε να φορολογούνται και να ελέγχονται έτσι τα τεράστια «διαφυγόντα» κέρδη.

8.5.3 Υποκατάσταση – Μεθαδόνη

Οι πολιτικές που έχουν σαν στόχο τη διαχείριση της τοξικομανίας και εκφράζονται είτε σαν «αντιαπαγορευτικές» πολιτικές είτε σαν πολιτικές «περιορισμού της βλάβης», βρίσκουν την εφαρμογή τους και στα προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων. Στην πράξη πρόκειται για την υποκατάσταση της παράνομης ουσίας από μια νόμιμη (μεθαδόνη, ναλτρεξόνη).

Με δεδομένο ότι η μεθαδόνη δεν είναι θεραπεία τίθεται το ερώτημα, γιατί χορηγείται. Υπάρχουν μια σειρά λόγοι που ανάγκασαν την κυρίαρχη τάξη να περάσει στην εφαρμογή αυτών των επιλογών. Καταρχήν οφείλουμε να πούμε πως υπάρχει σε εξέλιξη μια τάση βιολογικοποίησης κοινωνικών συμπεριφορών. Η τοξικομανία, μέσα σ' ένα ιδεολογικό, νομικό, ιατρικό πλαίσιο, αντιμετωπίζεται από το σύστημα σε μια κατάσταση ψυχικής διαταραχής. Οι θεωρίες περί «συνοσηρότητας» γενικεύονται εύκολα με σκοπό να ενισχύσουν την αντίληψη της «κοινωνικής επικινδυνότητας» των εξαρτημένων.

Η επικινδυνότητα στη συμπεριφορά των τοξικομανών υποστηρίζεται ότι απορρέει όχι μόνο από τη «χρήση», αλλά και από τη συνύπαρξη μιας ψυχικής διαταραχής. Ψυχιατροποιώντας την τοξικομανία ενισχύουν τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των πολιτών, μέσα από τις οποίες ο τοξικομανής θεωρείται «τρελός», «εγκληματίας» και γενικά άνθρωπος χωρίς αξία.

Η πολιτική των «υποκατάστατων» στηρίζεται στην αντίληψη ότι ο τοξικομανής είναι άρρωστος και ανίατος. Ας του δίνουμε λοιπόν νόμιμα τη δόση του ή υποκατάστατά της για να μας αφήνει ήσυχους. Σε διαφορετική περίπτωση, υπάρχει και η εναλλακτική πρόταση της ισχύουσας κατασταλτικής πολιτικής, που διέπεται από την ίδια λογική.

Μέσα από την «ψυχιατρικοποίηση» της συμπεριφοράς του τοξικομανή επιδιώκεται η μετατόπιση των προβληματισμών που αφορούν τις κοινωνικοοικονομικές πλευρές της τοξικομανίας στο επίπεδο της ψυχοπαθολογίας. Με αυτό τον τρόπο καθορίζεται και το πλαίσιο των παρεμβάσεων τόσο στον τοξικομανή σαν άτομο, όσο και στην τοξικομανία σαν κοινωνικό φαινόμενο. Οι παρεμβάσεις αυτές, αφού συνδέονται με την ψυχική διαταραχή, καταλήγουν αναπόφευκτα στις βιολογικού τύπου θεραπείες (μεθαδόνη, ναλτρεξόνη) από τη μια και από την άλλη στη νομιμοποίηση του «κοινωνικού στιγματισμού» και της «περιθωριοποίησης».

Οι πολιτικές των «υποκαταστάτων» μέσα από την «ψυχιατρικοποίηση» των κοινωνικών συμπεριφορών οδηγούν στην «ομαλοποίηση των συμπεριφορών» και στον «κοινωνικό έλεγχο». Συντηρούν την εξάρτηση σαν τρόπο ζωής, βάζοντας στη θέση της παράνομης ουσίας μια νόμιμη - πράγμα βέβαια που λίγες φορές εφαρμόζεται, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων συνδυάζονται νόμιμες και παράνομες ουσίες.

8.5.4 Πρόληψη - Θεραπεία - Κοινωνική επανένταξη

Η πρόληψη είναι το κυριότερο στοιχείο για την ουσιαστική αντιμετώπιση του προβλήματος. Πρέπει να υπάρχει μια συγκεκριμένη στρατηγική πρόληψης στο σύνολο του ελλαδικού χώρου με ξεκάθαρους στόχους, που θα παίρνει υπόψη της τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν στη ζωή του νέου ανθρώπου. Η οικογένεια, η εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, ο ελεύθερος χρόνος, η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελούν μερικούς από αυτούς. Δυστυχώς, τα πράγματα σε αυτόν τον τομέα είναι τόσο ρευστά, που κατά κύριο λόγο η πρόληψη ταυτίζεται με την ενημέρωση. Αυτό που υπάρχει σήμερα δεν είναι παρά κάποιες αποσπασματικές πρωτοβουλίες από τον ΟΚΑΝΑ και ορισμένους φορείς σε επίπεδο Δήμων, Κοινοτήτων και σχολείων χωρίς κεντρικό σχεδιασμό και φιλοσοφία, χωρίς στρατηγική και στόχους. Πρόληψη

σημαίνει ουσιαστικά πρόταση ενός άλλου τρόπου ζωής με ενδιαφέροντα, αξίες, στόχους, συλλογικότητα, αξιοπρέπεια.

Στον τομέα της θεραπείας δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές από αυτόν της πρόληψης. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για τον τοξικομανή μέσα από τις οποίες εκφράζεται η κυρίαρχη ιδεολογία, χαρακτηρίζονται από φόβους, προκαταλήψεις και κοινωνικό ρατσισμό. Έτσι, ο τοξικομανής γίνεται εγκληματικό και επικίνδυνο άτομο και η θεραπεία του ταυτίζεται με την τιμωρία. Σε αυτά τα πλαίσια, αντί η καταστολή να στρέφεται ενάντια στα κυκλώματα ναρκωτικών, λειτουργεί ουσιαστικά ενάντια στη θεραπεία.

Βέβαια, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η τοξικομανία σαν κοινωνικό φαινόμενο δεν αντιμετωπίζεται. Η λύση αυτού του τεράστιου προβλήματος περνά μέσα από την ανατροπή των κοινωνικο-οικονομικών σχέσεων που το γεννούν. Αντίθετα ο τοξικομανής, σαν ένας άνθρωπος που υποφέρει, μπορεί να θεραπευτεί, με την προϋπόθεση να αποφασίσει ο ίδιος τη θεραπεία του μέσα από την ένταξή του σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης.

Είναι υποχρέωση του κράτους να δημιουργήσει τόσα θεραπευτικά προγράμματα, όσα απαιτούν οι σημερινές ανάγκες. Στην πράξη συμβαίνει το αντίθετο, τα μεγάλα προβλήματα των θεραπευτικών προγραμμάτων παραμένουν άλυτα. Σήμερα και στα πλαίσια της πολιτικής της ΕΕ στηρίζεται η λογική του περιορισμού της βλάβης και της διαχείρισης του προβλήματος. Το βάρος δίνεται στα προγράμματα υποκατάστατων, ενώ ταυτόχρονα τα προβλήματα των ελάχιστων, σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες, κοινοτήτων και θεραπευτικών προγραμμάτων οξύνονται. Μέσα στο 1999, για παράδειγμα, είχαμε μείωση των κονδυλίων προς τα θεραπευτικά προγράμματα, της τάξης των 2 δισ. Ενώ αντίθετα, είχαμε αύξηση κατά 1,2 δισ. στο πρόγραμμα μεθαδόνης.

Υποχρέωση του κράτους είναι επίσης η ανάπτυξη ενός τομέα έρευνας για τις εξαρτήσεις, μέσα στα πλαίσια των υπάρχοντων θεραπευτικών προγραμμάτων (ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ). Αυτή τη στιγμή η έρευνα μονοπωλείται από ιδιωτικό φορέα και στερούνται έτσι τα προγράμματα της δυνατότητας μιας πραγματικής ανάπτυξης του έργου τους σε όλα τα επίπεδα.

Σε ό,τι αφορά τις διαδικασίες κοινωνικής επανένταξης των εξαρτημένων ατόμων στην κοινωνική πραγματικότητα, τα ερωτήματα που απορρέουν από συγκεκριμένες ελλείψεις σχεδιασμού και έργων υποδομής είναι πολλά. Τα προβλήματα σε σχέση με την ανεύρεση δουλειάς και στέγης, οι δικαστικές

εκκρεμότητες, τα χρέη και άλλα, γίνονται συχνά μια θηλιά στο λαιμό των ανθρώπων που δίνουν τη μάχη της ανεξαρτησίας. Ο κοινωνικός ρατσισμός με τον οποίο βρίσκονται συνεχώς αντιμέτωποι, ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την υποτροπή κάποιων από αυτούς.

"Η κοινωνική ένταξη σαν διαδικασία συνυφαίνεται με τον προσωπικό χώρο, στα πλαίσια του κοινωνικού χώρου, με τον προσωπικό χρόνο, σαν κομμάτι του κοινωνικού χρόνου και με την νέα ταυτότητα, που πρέπει να δημιουργήσει ο εξαρτημένος".

Κατά συνέπεια η κατοικία και η εργασία είναι βασικές προϋποθέσεις για την ισχυροποίηση της νέας κοινωνικής ταυτότητας του εξαρτημένου ώστε να μπορεί να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό γίγνεσθαι με αυτογνωσία και δημιουργικότητα μέσα από μια διαδικασία διαρκούς αλλαγής. Μόνο έτσι μπορούν να διασφαλιστούν μεταξύ άλλων και οι αλλαγές που προέκυψαν από την θεραπεία στις σχέσεις της οικογένειας και να ελεγχθούν παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ανατροπή και σχετίζονται τόσο με το άτομο όσο και με το περιβάλλον του.

Είναι πολιτικές λοιπόν οι ευθύνες για την διακοπή των προγραμμάτων καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, οι ευθύνες για την ανυπαρξία της σχετικής υποδομής για την βοήθεια του απεξαρτημένου μέσα σε συνθήκες κοινωνικού ρατσισμού, οι ευθύνες για την έλλειψη συγκεκριμένου νομοθετικού πλαισίου ώστε να μπορέσουν να λειτουργήσουν δομές επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης στα πλαίσια της κοινωνικής επανένταξης του προγράμματος 18 ΑΝΩ, που λειτουργεί στα πλαίσια του ΕΣΥ.

Είναι τουλάχιστον κοινωνική αναληγσία η μη ρύθμιση των χρεών των απεξαρτημένων ατόμων (που δημιουργήθηκαν όταν ήταν χρήστες), χωρίς την οποία κινδυνεύουν να βρεθούν στην φυλακή. Είναι ακόμα μεγαλύτερη αναληγσία η φυλάκιση απεξαρτημένων ατόμων για αδικήματα που διέπραξαν όταν ήταν στα ναρκωτικά.

"Ο αγώνας ενάντια σε όλα τα ναρκωτικά είναι αναπόσπαστο μέρος της γενικότερης πάλης κατά της εξουσίας και ασυδοσίας των πολυεθνικών, της πολιτικής που έχει κίνητρο και σκοπό το καπιταλιστικό κέρδος, της ιμπεριαλιστικής τάξης πραγμάτων που οδηγεί λαούς σε απίστευτη φτώχεια, αμάθεια, εξάρτηση. Αυτός είναι ο μονόδρομος για την αντιμετώπιση της εξαθλίωσης, της υποταγής, της μιζέριας της ηττοπάθειας, της φυγής των ναρκωτικών".

Η ουσία του ανθρώπου μπορεί να εκδηλωθεί μόνο μέσα στη μη αλλοτριωμένη εργασία του, στην ελεύθερη δημιουργία, την εκπλήρωση όλων των δυνατοτήτων και των αναγκών του, στην «κοινωνική ατομικότητα». Γιατί, όπως λέει ο Μαρξ, «η ουσία του ανθρώπου ανάγεται στο σύνολο των κοινωνικών του σχέσεων».

8.6 Ανακεφαλαίωση

Το Ελληνικό κράτος ακολουθεί μια κατασταλτική πολιτική για τα ναρκωτικά. Σύμφωνα με πολλούς αξιόλογους επιστήμονες του χώρου των εξαρτήσεων αυτή η πολιτική έχει αποτύχει. Τεκμηριώνεται δε βλέποντας τα στοιχεία τα οποία περίτρανα καταδεικνύουν την αύξηση των εξαρτημένων, την αύξηση του ποινικού πληθυσμού που αφορά αδικήματα για «ναρκωτικά», την εξάπλωση των ασθενειών, την αύξηση του αριθμού θανάτων και τέλος την πλήρη αποτυχία των διωκτικών αρχών να ελέγξουν την μαύρη αγορά.

Κατά τη μετάβαση από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα κοινωνία, την οποία τώρα βιώνουμε σε παγκόσμιο επίπεδο, νέες και ίσως εντυπωσιακές πολιτικές πρωτοβουλίες για τα «ναρκωτικά» θα πρέπει να αναμένονται. Νέες στρατηγικές ίσως θα είναι ικανές να περιγράψουν τη «σκηνή» των ναρκωτικών καλύτερα και να οδηγήσουν σε πλέον ορθολογικό σχεδιασμό.

Το ελληνικό κράτος συνεργάζεται στενά πλέον με άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και όλα μαζί μεριμνούν για την καταπολέμηση των ναρκωτικών ουσιών.

Τέλος, υπάρχει και ο διαφορετικός λόγος της Αριστεράς που κάτω από την Μαρξιστική προσέγγιση μας δίνει άλλοτε την αιτία του κακού και άλλοτε προτεινόμενες λύσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος, κρατώντας όπως πάντα την κριτική στάση απέναντι στην παγκοσμιοποίηση, την καπιταλιστική κοινωνία, το αστικό κράτος των κοινωνικών αντιθέσεων.

Η εξάρτηση από ουσίες είναι ουσιαστικά κοινωνικό φαινόμενο στο οποίο ενέχονται πολλοί παράγοντες (οικογένεια, κοινωνία, κουλτούρα, οικονομική κατάσταση κλπ.). Τρεις βασικοί άξονες καθορίζουν το πλαίσιο αυτών των παραγόντων. Ο πρώτος άξονας αφορά την προσωπικότητα, ο δεύτερος τη συνάντηση με μια ουσία και ο τρίτος την κοινωνικοπολιτική στιγμή κατά την οποία συμβαίνει η συνάντηση της προσωπικότητας με την ουσία.

«Είναι τραγικό και λυπηρό μαζί. Οι χιλιάδες νέοι που αργοπεθαίνουν από τα ναρκωτικά, επειδή ακριβώς ασυνείδητα αρνούνται ή αν θέλετε δεν έχουν τα κατάλληλα εφόδια για να αντέξουν τον παράλογο και αντιανθρώπινο κόσμο που τους προτείνουμε, μας επιβάλλουν να προβληματιστούμε και να αναθεωρήσουμε τις επιλογές μας. Είναι η μόνη διέξοδος που έχουμε. Είναι η μόνη δυνατότητα να κτυπήσουμε το πρόβλημα στη ρίζα του. Αν δεν αλλάζουμε την πορεία μας τότε θα συνεχίζουμε να είμαστε ανήμποροι θεατές ενός δράματος, που δεν δηλώνει μόνο τον βαθμό παρακμής του πολιτισμού μας, αλλά μας χρεώνει με τεράστιες ευθύνες». (Ζαφειρίδης 1987)

Οφείλουμε όλοι πλέον να ταχθούμε υπέρ της μάχης των ναρκωτικών να δημιουργήσουμε ένα κοινωνικό κίνημα που μπορεί να αναπτυχθεί σε διαρκή ρήξη με κατεστημένες αντιλήψεις και πρακτικές με στόχο την καθολική κοινωνική χειραφέτηση (Μάτσα 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των θεραπευτικών προσεγγίσεων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης και η περιγραφή του τρόπου λειτουργίας των θεραπευτικών προγραμμάτων και των συνοδευτικών τους παρεμβάσεων.

Ξεκινήσαμε αυτή την εργασία, κάνοντας μια αποτίμηση της κατάστασης του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης στην χώρα μας, ερευνώντας δηλαδή, ποιος είναι ο αριθμός και ποια τα χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στα θεραπευτικά προγράμματα.

Φυσική απόρροια των παραπάνω, ήταν να διερωτηθούμε για ποιο λόγο τόσες χιλιάδες άτομα στρέφονται στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Οφείλαμε λοιπόν, να εξετάσουμε πως προσεγγίζει η κάθε θεωρία την αιτιοπαθογένεια της εξάρτησης από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες και ποιός είναι ο τρόπος που προτείνει για την αντιμετώπιση της.

Έπειτα, εξετάσαμε διεξοδικά ποιές είναι οι υπάρχουσες δομές θεραπείας που λειτουργούν στην χώρα μας, καθώς και οι υπηρεσίες και οι παρεμβάσεις που τις συνοδεύουν, τον τρόπο λειτουργίας τους, την ανάπτυξη τους στην Ελλάδα, ποιό είναι οι φορείς τους και την αποτελεσματικότητά τους.

Τέλος, έπρεπε να απαντήσουμε σε ένα ακόμη καίριο ερώτημα, ποιός είναι δηλαδή ο ρόλος του κράτους για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα. Υπάρχει Εθνική Στρατηγική; Και αν ναι, που εστιάζει και με ποιόν τρόπο προωθεί την θεραπεία απεξάρτησης;

Κατά την εκπόνηση της εργασίας οδηγηθήκαμε στο συμπέρασμα ότι στην Ελλάδα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης προέχει :

Ø Η θεραπευτική κάλυψη όλων των χρηστών από τις υφιστάμενες δομές.

Παρά το γεγονός ότι στην χώρα μας υπάρχει αυξημένος αριθμός χρηστών που διεκδικούν το «δικαίωμα τους στην θεραπεία», υπάρχουν πολλά εμπόδια που θα πρέπει να ξεπεράσουν για να το κερδίσουν.

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), και τον Δείκτη Αίτησης Θεραπείας, για το έτος 2005, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών ηλικίας από 15 έως 64 ετών, με κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη, είναι 19.151, ενώ η προβλεπόμενη συνολική δυναμικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων ήταν, μόλις 4.326 ατόμων.

Αυτό που προέχει, λοιπόν, είναι η ανάπτυξη και η επέκταση των προγραμμάτων έτσι ώστε ακόμα περισσότεροι χρήστες να έχουν το δικαίωμα στη θεραπεία που τονίσαμε και παραπάνω. Για να επιτευχθεί αυτό, κρίνεται αναγκαία η επαρκής χρηματοδότηση και η πρόσληψη νέου προσωπικού, λύσεις που θα βοηθήσουν στην συρρίκνωση, τουλάχιστον, της τεράστιας «λίστας αναμονής», φαινόμενο που παρατηρείται δυστυχώς τόσο στα στεγνά όσο και στα προγράμματα υποκαταστάτων.

Ø Η δημιουργία νέων προγραμμάτων.

Έχει αποδειχθεί ότι, η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών επηρεάζει άμεσα και τη διάθεση του ατόμου για θεραπεία. Όσο περισσότερες και εύκολα προσβάσιμες υπηρεσίες υπάρχουν, τόσο περισσότερο κινητοποιείται ο τοξικοεξαρτημένος να αναζητήσει θεραπεία. Η διάθεση για θεραπεία και η ετοιμότητα για τη θεραπεία, επηρεάζεται από τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, αλλά και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη την διάθεση των ατόμων για θεραπεία, στις ανάγκες και στις προσδοκίες τους.

Ο πλουραλισμός και η δυνατότητα εναλλακτικών προτάσεων θα πρέπει να είναι ο κανόνας στην θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα, καθώς διασφαλίζει τη δυνατότητα παροχής υπηρεσιών σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμού, και ιδιαίτερα σε ειδικές κατηγορίες τοξικοεξαρτημένων (κρατούμενοι, αποφυλακισμένοι, διάφορων εθνικοτήτων, κ.ά.), καλύπτοντας τις πολλαπλές ανάγκες αυτών των ομάδων.

Ø Έμφαση στις υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης.

Είναι πολύ σημαντικό να δοθεί έμφαση στην παροχή υπηρεσιών κοινωνικής επανένταξης σε όλα τα προγράμματα ανεξαιρέτως. Μέσα από υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης, επαγγελματικού προσανατολισμού, δομών εκπαίδευσης,

όπως εναλλακτικά σχολεία και εργαστήρια κατάρτισης, αλλά και στήριξης για ανεύρεση εργασίας, τα απεξαρτημένα ή υπό θεραπεία άτομα θα έχουν την ευκαιρία για ομαλή επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο.

Αποδεδειγμένα, οι υπηρεσίες αυτές βοηθούν σημαντικά και στην πρόληψη των υποτροπών, ενισχύοντας τον πρώην χρήστη να αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες και να νιώσει πως και ο ίδιος αποτελεί ένα υγιές μέλος της κοινωνίας.

Ø Ανάπτυξη προγραμμάτων μείωσης της βλάβης.

Ήδη, τα τελευταία χρόνια ξεκίνησαν τη λειτουργία τους στην Ελλάδα παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης, με στόχο την παροχή υπηρεσιών σε τοξικοεξαρτημένα άτομα που δεν επιθυμούν ή δεν βρίσκονται ακόμη στο στάδιο κινητοποίησης για να ενταχθούν σε θεραπεία. Ωστόσο, η ανάπτυξη των δομών αυτών βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο και καλύπτει μέχρι στιγμής μικρό κομμάτι του πληθυσμού των χρηστών.

Η ανάπτυξή τους και η επέκτασή τους σε όλο το γεωγραφικό πλάτος της χώρας θα προσφέρει σημαντική βοήθεια, ιδιαίτερα στην ομάδα εκείνη των προβληματικών χρηστών, που δεν έχει σταθερό δίκτυο υποστήριξης.

Ø Η διεπιστημονική προσέγγιση του προβλήματος.

Ο χώρος των εξαρτήσεων έχει πολλές ιδιαιτερότητες και πρέπει να μείνει μακριά από δογματισμούς, φανατισμούς και ακρότητες.

Τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην χώρα μας, ακόμη και αν έχουν διαφορετική φιλοσοφία και προσέγγιση, θα πρέπει να λειτουργούν συμπληρωματικά, αντιμετωπίζοντας διαφορετικές πλευρές του προβλήματος και όχι ανταγωνιστικά, συγκρουόμενα σε βάρος του στόχου τους.

Η συνεργασία μεταξύ κυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανισμών μπορεί να αυξήσει το μέγεθος και να βελτιώσει την ποιότητα της παρέμβασης. Έτσι θα βοηθήσουν ακόμη περισσότερα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα τοξικοεξάρτησης, και θα ενισχυθεί η κινητοποίησή τους για θεραπεία, η παραμονή τους σε αυτήν και η πρόληψη της υποτροπής.

Ø Επιτακτική αξιολόγηση των θεραπευτικών προγραμμάτων.

Θα πρέπει επιτέλους στην Ελλάδα να πραγματοποιηθούν τεκμηριωμένες έρευνες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων, όχι ως μέσο για την επιβολή διοικητικών μέτρων ή για την άσκηση πολιτικής πίεσης ή για να ενισχυθεί ο ανταγωνισμός τους, αλλά με στόχο να βοηθηθούν οι φορείς τους και οι επαγγελματίες ώστε να βελτιώσουν τις μεθόδους τους και να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες

Είναι επιτακτική η δημιουργία ενός σαφές πλαισίου, το οποίο θα περιγράφει την πολιτική ανάπτυξη, θα ορίζει τις προτεραιότητες, θα αξιοποιεί το ανθρώπινο δυναμικό και τους πόρους και θα περιορίζει τις πιθανότητες σύγκρουσης ή αλληλοεπικάλυψης μεταξύ των φορέων που ασχολούνται με την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης.

Ø Το προσωπικό των θεραπευτικών προγραμμάτων.

Είναι προφανές, πως υπάρχει έλλειψη προσωπικού στα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας. Μάλιστα, πολλές φορές παρατηρείται πως το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, υπερέχει σε αριθμό από αυτό της «θεραπευτικής ομάδας».

Επίσης, είναι απαραίτητη η επαρκής εκπαίδευση του προσωπικού των θεραπευτικών προγραμμάτων, που θα πρέπει να πλαισιώνεται από τη συνεχιζόμενη κατάρτιση και τη διαρκή επαγρύπνηση για τις νέες εξελίξεις στον τομέα της αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης.

Ø Ο ρόλος του κράτους.

Είναι σαφές πως υπάρχει διαφορά στην εφαρμογή της πολιτικής για τα «ναρκωτικά» στη χώρα μας, διότι τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας, των χρηστών και «της πιάτσας» διαφέρουν από αυτά των υπολοίπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το ελληνικό κράτος είναι μεταξύ αυτών των ευρωπαϊκών κρατών, που έχουν επιλέξει ως πολιτική λύση στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης την κατασταλτική πολιτική.

Δίνεται μεγάλο βάρος, λοιπόν, στην «τιμωρία» της χρήσης, και όχι στην αναγκαιότητα της θεραπευτικής παρέμβασης. Ο χρήστης, αν και το ελληνικό κράτος έχει υιοθετήσει τον όρο «νόσος» για την τοξικοεξάρτηση, γίνεται έρμαιο στα χέρια της δικαιοσύνης, επειδή υπάρχει ακόμα ένα τεράστιο νομοθετικό κενό.

Προτείνουμε, λοιπόν, την αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου τουλάχιστον, όπου θα γίνεται σαφής διαχωρισμός χρήσης και εμπορίας από την μία, και από την άλλη θα προωθείται η θεραπεία και όχι η καταστολή, δηλαδή η φυλάκιση των χρηστών.

Εξάλλου, σύμφωνα με οικονομικές μελέτες, η θεραπεία των τοξικοεξαρτημένων, κοστίζει λιγότερο από το να μην υποβάλλονται τα άτομα σε θεραπεία ή να φυλακίζονται. Το κόστος της φυλάκισης αποδεικνύεται περίπου τέσσερις φορές υψηλότερο από ότι για παράδειγμα, το κόστος θεραπείας με μεθαδόνη.

Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι κάθε ένα ευρώ που επενδύεται στα προγράμματα θεραπείας, αποφέρει τέσσερα με επτά περίπου ευρώ οικονομία στο κόστος του συνδεδεμένου με τα «ναρκωτικά» εγκλήματος και σε δαπάνες για την ποινική δικαιοσύνη. (Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2000)

Η αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα, με λίγα λόγια θα πρέπει να επικεντρωθεί στο τρίπτυχο **πολιτική βούληση, κοινωνική πίεση και επιστημονική γνώση.**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ανδριάκαινα Ελένη, Παίζοντας με τα όρια-Θεραπευτικές κοινότητες και χρήστες ναρκωτικών, Αθήνα, εκδόσεις Βιβλιόραμα, 2005
2. Γαζγαλίδης Κώστας, Ηρωίνη: Υποκατάστατα και Ανταγωνιστές, Θεσσαλονίκη, εκδοτική Θεσσαλονίκης, 2003
3. Γαζγαλίδης Κώστας, «Ναρκωτικά»-εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης, Αθήνα, εκδόσεις Εξάντας, 2005
4. Γεωργάκας Παναγιώτης, Σας χρειαζόμουν αλλά ήσασταν «Αλλού...»- (Αφηγείται το παιδί ενός εξαρτημένου γονέα), Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Λυδία
5. Γεωργάκας Παναγιώτης, Εξαρτήσεις-Η έκφραση μιας κοινωνικής, οικογενειακής και ατομικής δυσλειτουργίας, Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Παρατηρητής, 2002
6. Γιαννακοπούλου Σμάρω, Μεγάλωσε ή φύγε-Η εμπειρία από ένα «κλειστό» πρόγραμμα θεραπείας για χρήστες ναρκωτικών ουσιών, Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις «Κομμούνα», 1991
7. Γιαννακοπούλου Σμάρω, Αγγέλου Μαρία, Μεγάλωσε και μείνε, Αθήνα, εκδόσεις Ταξιδευτής, 2006
8. Γρίβας Κλεάνθης, Ναρκωτικά και εξουσία, Θεσσαλονίκη, Εκδοτική Θεσσαλονίκης, 1990
9. Γρίβας Κλεάνθης, Ναρκωτικά: το τίμημα της καταστολής, Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Θεσσαλονίκης, 1991
10. Γρίβας Κλεάνθης, Πλανητική κυριαρχία και «ναρκωτικά», Αθήνα, εκδόσεις Νέα Σύνορα, 1997
11. Διεθνής Αντιαπαγορευτική Ένωση (L.I.A.), Ναρκωτικά: Η άλλη πρόταση, πρακτικά συνεδρίου, Αθήνα, εκδόσεις Λιβάνη, 1991
12. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα (2002), Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.), 2003
13. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία για

- την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα (2003), Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.), 2004
14. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα (2004), Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.), 2005
 15. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα (2005), Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.), 2006
 16. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής-Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ.), Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, Αθήνα, εκδόσεις Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2003
 17. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (Ε.Κ.Π.Ν.Τ.), Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρώπη, Βέλγιο, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (Ε.Κ.Π.Ν.Τ.), 2005
 18. Ζαϊμάκης Γιάννης, Κοινωνική εργασία και τοπικές κοινωνίες-Ανάπτυξη, Συλλογική δράση, Πολυπολιτισμικότητα, Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2002
 19. Ζαφειρίδης Φοίβος, Σημειώσεις του μαθήματος «Εξάρτηση-Απεξάρτηση II», Τμήμα Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Εαρινό εξάμηνο 2005
 20. Ζαφειρίδης Φοίβος, Σημειώσεις του μαθήματος «Εξάρτηση – Απεξάρτηση I», Τμήμα ψυχολογίας της φιλοσοφικής σχολής του Α.Π.Θ, Χειμερινό εξάμηνο 2005
 21. Ζλατάνος Δημήτρης, «Εκτίμηση ψυχολογικών παραγόντων στη χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών», διδακτορική διατριβή στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2004
 22. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αθήνα, ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2004

23. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2005: Απολογισμός έργου, Αθήνα, ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2006
24. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), ΚΕ.Θ.Ε.Α. 2006: Απολογισμός έργου, Αθήνα, ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2007
25. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), «ΕΞΟΔΟΣ» Συμβουλευτικός Σταθμός Λάρισας (έντυπο ενημερωτικό υλικό)
26. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), Μεταβατικό Κέντρο «MOSAIC»(έντυπο ενημερωτικό υλικό)
27. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), Διαπολιτισμικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΚΙΒΩΤΟΣ»(έντυπο ενημερωτικό υλικό)
28. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες (έντυπο ενημερωτικό υλικό)
29. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα «ΔΙΑΒΑΣΗ» (έντυπο ενημερωτικό υλικό)
30. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), «Κέντρο Υποστήριξης Φυλακισμένων και Αποφυλακισμένων Χρηστών Θεσσαλονίκης» (έντυπο ενημερωτικό υλικό)
31. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), διαχρονική μελέτη, Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. τα έτη από 2000 έως και 2006, Αθήνα, Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), 2007
32. Κοκκέβη Άννα, Διάλογος ή σύγχυση;, Αθήνα, Ο.ΚΑ.ΝΑ., Φεβρουάριος 2002
33. Κωνσταντινίδης Ιωάννης, Ο Μίτος της Αριάδνης-για την έξοδο από το Λαβύρινθο της Ηρωίνης, Αθήνα, εκδόσεις Θυμάρι, 2004
34. Λιάππας Ιωάννης, Ναρκωτικά: εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση, Αθήνα, εκδόσεις Πατάκη, 1999
35. Λύτας Χάρης, Χωρίς ανάγκες σώμα, Αθήνα, εκδόσεις Κέδρος, 1999
36. Μάνος Νίκος, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 1997
37. Μάτσα Κατερίνα, Ψάξαμε Ανθρώπους και βρήκαμε Σκιές...Το αίνιγμα της Τοξικομανίας, Αθήνα, εκδόσεις ΑΓΡΑ, 2001
38. Μάτσα Κατερίνα, Η περίπτωση Ευρυδίκη-Κλινική της τοξικομανίας, Αθήνα, εκδόσεις Άγρα, 2006

39. Μπάροουζ Ουίλιαμ, Junky, μετάφραση Πρατσίνης Ν.-Σωτήρα Ν., Αθήνα, εκδόσεις Απόπειρα, 1981
40. Μπέρτζες Μέλβιν, Junk, μετάφραση Κοντολέων Κώστια, Αθήνα, εκδόσεις Πατάκη, 1998
41. Ναρκομανείς Ανώνυμοι, «Ποιός, Τι, Πώς και Γιατί», Ανατυπωμένο από το Λευκό Βιβλιαράκι Ναρκομανείς Ανώνυμοι, Narcotics Anonymous World Services, Inc, 2000
42. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), Η πραγματικότητα για τα ναρκωτικά και για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2000
43. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), Ο.ΚΑ.ΝΑ., Αθήνα, Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2004
44. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), Τα νεότερα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2002-2003, Αθήνα, Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2004
45. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας «ΓΕΦΥΡΑ»(έντυπο ενημερωτικό υλικό)
46. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), Η πορεία μας 2004-2005, Αθήνα, Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2006
47. Παρασκευόπουλος Νίκος, Η καταστολή της χρήσης Ναρκωτικών στην Ελλάδα,. Θεσσαλονίκη, εκδόσεις Εξάντας, 1989
48. Πουλόπουλος Χαράλαμπος, Εξαρτήσεις-Οι Θεραπευτικές κοινότητες, Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2005
49. Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας, Απολογισμός Έργου: 2005, Θεσσαλονίκη, 2006
50. Ρογκότης Χρήστος, «Μια θεραπευτική πρόταση για την αντιμετώπιση των τοξικοεξαρτημένων στην Ελλάδα», διδακτορική διατριβή στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, 1994
51. Sugarman Barry-Ζαφειρίδης Φοίβος, Οι Θεραπευτικές κοινότητες απάντηση στα ναρκωτικά [Από το Daytop στην «Ιθάκη»], Αθήνα, Εναλλακτικές Εκδόσεις «Κομμούνα», 1990
52. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά (2005-2012), Αθήνα, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006

53. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.), Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ» (έντυπο ενημερωτικό υλικό)
54. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων «ΑΡΓΩ», Γροθιά στο στομάχι-Λογοτεχνία της σκόνης, Θεσσαλονίκη, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), 2005
55. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων «ΑΡΓΩ», Αρχές της «θεραπευτικής» ιδεολογίας
56. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων, «Κανόνες Μονάδας Σωματικής Αποτοξίνωσης»

ΑΡΘΡΑ

1. Αιγινίτη Δήμητρα, «Στο Άγιον Όρος χρήστες ναρκωτικών για αποτοξίνωση», *Εφημερίδα Θέμα*, 7/1/2007, σελ. 43
2. Γαζγαλίδης Κώστας, «Τα προγράμματα υποκατάστατων και ο ρόλος τους στο σύστημα παροχής υπηρεσιών σε εξαρτημένους», *Το Στίγμα*, Νοέμβριος 2000 Τεύχος 3, σελ 24-27.
3. Γαζγαλίδης Κώστας, «Θεραπεία τοξικοεξάρτησης, μια απαραίτητα πλουραλιστική μεθοδολογία», *Το στίγμα*, Σεπ-Οκτ-Νοε 2005, τεύχος 9, σελ 10-15
4. Δρίτσας Ιωάννης, «Περί Ο.ΚΑ.ΝΑ.», *Πρόσωπο*, τεύχος 35^ο, Οκτ-Νοε-Δεκ 2002, σελ. 11-13
5. Δρίτσας Ιωάννης, «Κέντρο Βοήθειας Ο.ΚΑ.ΝΑ.», *Πρόσωπο*, τεύχος 36^ο, Ιαν-Φεβ-Μαρ 2003, σελ. 28-33
6. Ζαφειρίδης Φοίβος, «Τοξικομανία: προς ένα ελεύθερο άτομο ή προς μία νέα χειραγώγηση; Το πρόβλημα της μεθαδόνης.», *Περιοδικό «ΑΝΤΙ»*, Νοέμβριος 1983
7. Ζαφειρίδης Φοίβος, «Βασικές Θέσεις στο Πρόβλημα της Χρήσης Εξαρτητικών Ουσιών», *Κοινωνική Εργασία*, 1989, τεύχος 15^ο, σελ. 157-162
8. Ζαφειρίδης Φοίβος, «Οι Θεραπευτικές κοινότητες στην Ελλάδα», *Ιατρικά Θέματα*, τεύχος 13, Απρίλιος 1999, σελ. 27-30

9. Ζαφειρίδης Φοίβος, «Ψυχική Υγεία και αυτοβοήθεια: το παράδειγμα των ανώνυμων ναρκομανών (Ν.Α.) και αλκοολικών (Α.Α.)», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 73, Ιαν-Φεβ-Μαρ 2001, σελ. 22-29
10. Κονταξάκης Β.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν., «Διαταραχές λόγω χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών: θέματα ορολογίας και κατηγοριοποίησης», *Ψυχιατρική*, τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, τόμος 2, τεύχος 4^ο, Οκτ-Δεκ 1991, σελ. 293-299
11. Μαθιουδάκη Κατερίνα «οι ουσίες της απεξάρτησης», *Τύπος της Κυριακής* Κυριακή 19 Νοέμβριος 2006, σελ 60
12. Μανωλόπουλος Σωτήρης, «Τοξικομανία, Ψυχοδυναμικές πλευρές», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Ιαν-Φεβ-Μαρ 2001, τεύχος 46, σελ. 108-114
13. Μάτσα Κατερίνα, «Θεραπεία απεξάρτησης: μια διαδικασία απελευθέρωσης. Βασικές αρχές του προγράμματος της Μονάδας απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α.», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Μαρ-Απρ-Μαϊ 1999, τεύχος 39, σελ. 109-116)
14. Μάτσα Κατερίνα, «Απ' το ατομικό στο συλλογικό και αντίστροφα. Η πρόληψη της υποτροπής.», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Μαρ-Απρ-Μαϊ, 2004 τεύχος 59,σελ.49-66
15. Μάτσα Κατερίνα, «Ναρκωτικά και κοινωνική παθολογία στην εποχή της παγκοσμιοποίησης», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Οκτ-Νοε-Δεκ 2000, τεύχος 72, σελ 107-118
16. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), *Τα νέα του Ο.ΚΑ.ΝΑ.*, Περιοδική Έκδοση, τεύχος 4, Μάρτιος 2004
17. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), *Τα νέα του Ο.ΚΑ.ΝΑ.*, Περιοδική Έκδοση, Ιούνιος 2004
18. Παππά – Σουλούνια Ρούλα «Μπλακ – αουτ στον Ο.ΚΑ.ΝΑ.», *Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία* Κυριακή 29 Οκτωβρίου 2006 σελ 60
19. Πουλόπουλος Χαράλαμπος, «Μετανάστευση και χρήση ψυχοτρόπων ουσιών», *Ποινική Δικαιοσύνη*, 11/2000, Έτος 3ο, σελ. 1130-1132
20. Πουλόπουλος Χαράλαμπος, «Αξιολόγηση οργανισμών θεραπείας της τοξικοεξάρτησης: στόχοι, μέθοδοι και κριτήρια», *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 57, 2000, σελ. 7-13
21. Πουλόπουλος Χαράλαμπος, «Η κοινωνική πολιτική για την αντιμετώπιση της εξάρτησης στην Ελλάδα: Σχεδιασμοί και αυτοσχεδιασμοί», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 88, Οκτ.-Νοε.-Δεκ. 2004, σελ. 33-41

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

1. Ζαφειρίδης Φοίβος, «Βασικές αρχές λειτουργίας της Αυτοθεραπευτικής κοινότητας», εισήγηση στο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 1987
2. Ζαφειρίδης Φοίβος, «Βασικές θέσεις στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτητικών ουσιών», εισήγηση στην Πανελλήνια Ενημερωτική Συνάντηση για τα Ναρκωτικά, Αθήνα, 3-5/3/1988
3. Ζλατάνος Δημήτρης, «Συσχέτιση της Συνοχής και Συμφωνίας του Οικογενειακού Συστήματος Στην Απόφαση του Χρήστη για Απεξάρτηση», 4^η Πανελλήνια Επιστημονική Συνάντηση Συστημικής Ψυχοθεραπείας, 8-10 Απριλίου 2005, Θεσσαλονίκη
4. Ίδρυμα Ανδρέα Παπανδρέου, Ημερίδα με θέμα: «Η Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα Ναρκωτικά», Αθήνα, 19 Μαΐου 2005
5. Κατσαρού Μαίρη, «Η επαγγελματική αποκατάσταση απεξαρτημένων στο θεραπευτικό πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης Τοξικομανών 18 ΑΝΩ», εισήγηση στον Κύκλο 9 Συμβουλευτικών Σεμιναρίων του Δικτύου Απασχολησιμότητας Απεξαρτημένων Ατόμων «ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ», Πάτρα, 24-25 Μαΐου 2004
6. Κοκκόλης Κωνσταντίνος, «Αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης», εισήγηση σε ημερίδα με θέμα «Ουσιοεξαρτήσεις: θεραπείες και δικαίωμα στη ζωή», Τρίκαλα, 8 Ιουνίου 2007
7. Κουκλινός Άγγελος, «Υπηρεσίες αναγκαίες για την Κοινωνική και Επαγγελματική Ένταξη πρώην εξαρτημένων ατόμων», εισήγηση στον Κύκλο 9 Συμβουλευτικών Σεμιναρίων του Δικτύου Απασχολησιμότητας Απεξαρτημένων Ατόμων «ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ», Πάτρα, 24-25 Μαΐου 2004
8. Πουλόπουλος Χαράλαμπος, «Θεραπεία: διάθεση και διαθεσιμότητα», εισήγηση στο Ελληνο-Ολλανδικό σεμινάριο «Στρατηγικές για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία υπό το πρίσμα της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής», Αθήνα, 2003
9. Χριστοδούλου Χαράλαμπος, «Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής και Κοινωνικής Ένταξης Ο.ΚΑ.ΝΑ.: Δράσεις και Αποτελέσματα της μέχρι σήμερα λειτουργίας του», εισήγηση στον Κύκλο 9 Συμβουλευτικών Σεμιναρίων του Δικτύου Απασχολησιμότητας Απεξαρτημένων Ατόμων «ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ», Πάτρα, 24-25 Μαΐου 2004

Ø ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. www.educational-center.gr, 5/8/2007
2. www.ektepn.gr 17/4/2007
3. www.emcdda.europa.eu, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 01/08/2007
4. www.epipsi.gr 8/5/2007
5. www.espad.gr, 12/5/2006
6. www.kethea.gr 01/02/2006
7. www.kke.gr , 2/8/2007
8. www.malliori.gr, 4/8/2007
9. www.okana.gr 01/01/2006
10. www.Synaspismos.gr, 2/8/2007
11. www.ydt.gr, Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, 15/7/2007