

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΛΕΠΙΖΑΚΗ ΣΤΕΛΛΑ
ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΛΑΜΠΡΙΝΗ
ΣΤΕΡΓΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΤΕΡΕΖΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ – ΜΑΙΟΣ 2008

ΣΤΟ ΜΑΘΗΤΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΘΡΑΝΙΟΥ

Τέσσερα τα θρανία των γνώσεων, σου κράταγαν το σώμα
κι' γλώσσα σου έβγαινε πλάγια, ξερή μέσα απ' το στόμα,
και τα παιδιά που σ' έβρηκαν, φώναξαν ένα πτώμα.

Τέσσερα τα θρανία της αιθούσης που κειτόσουν
κι αν σ' έβλεπε κανείς από μακριά νόμιζε πως κοιμόσουν
έφυγες μόνος από τον κόσμο αυτό, γι' αυτό και δεν νοιαζόσουν.

Τέσσερα τα επίπεδα των οριζόντων της ζωής και δεν ήταν άδεια,
αυτά τα 'βρισκες για να φτιαχτείς
και να κρυφτείς μονάχος σου τα βράδια.

Τέσσερις σε πήγαιναν στην ταφή, και ήσουν μόνος,
σταμάτησε για σένα η ζωή, μαζί κι ο χρόνος
μα γι' αυτούς που σου τη 'δώσαν καθαρή, ήτανε φόνος.

Τέσσερις μέρες το 'σκασες , από την τάξη,
και εκείνοι που στην έδωσαν σου 'παν πως είναι εντάξει,
μα το 'ξερες θα πέθανες μονάχος σου, στην φλέβα σου σαν στάξει.

Δεν ήσουνα στην τάξη αυτή, ο μαθητής του πρώτου του θρανίου,
ήσουνα μόνο, γιατί ήσουνα μικρός, στην τάξη ανάταξης του Δρομοκαϊτίου.

Και διάλεξες τα μπροστινά τα τέσσερα θρανία να ξαπλώσεις,
και μέσα στη φλέβα σου τη μπλε,
τη σύριγγα να 'χωσεις.

Και μόνος όπως ήσουν στη ζωή, πέθανες μονάχος,.
Και μέσα στην άδεια αίθουσα, φαινόσουν ένα βράχος της ζωής
και διάλεξες το πτώμα σου μην είναι καταγής
παρά σ' αυτό που ονειρεύτηκες, το πρώτο θρανίο της ζωής.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα ήταν μεγάλη παράλειψή μας να μην ευχαριστήσουμε από «καρδιάς» όλους αυτούς που άμεσα και έμμεσα βοήθησαν στη συγγραφή αυτής της μελέτης.

Συγκεκριμένα ευχαριστούμε θερμά και ολόψυχα:

- Û Την επόπτριά μας κα Ελένη Τερέζη, Κοινωνική λειτουργό Φυλακών Αγίου Στεφάνου, που με τις κατευθύνεις της και την αμέριστη συμπαράστασή της, κατορθώσαμε να ολοκληρώσουμε αυτή την εργασία.
- Û Τις οικογένειες μας για την ηθική και υλική συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας αλλά και κατά την εκπόνηση αυτής της μελέτης.
- Û Όλους τους υπεύθυνους των Προγραμμάτων που συνεργάστηκαν μαζί μας και για την πολύτιμη βοήθειά τους.
- Û Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους υπεύθυνους των πιο κάτω υπηρεσιών για το υλικό που μας παραχώρησα προκειμένου να διεκπεραιωθεί η μελέτη μας.

- § Τη Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών
- § Τη Βιβλιοθήκη του ΑΤΕΙ Πατρών
- § Τη βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Πατρών
- § Τη Δημοτική Βιβλιοθήκη Αγρινίου
- § Τη Δημοτική Βιβλιοθήκη Λαμίας
- § Τη Δημοτική Βιβλιοθήκη Πύργου.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στους γονείς και σε ιδιαίτερα αγαπημένα πρόσωπά μας, με σεβασμό και αγάπη για τη στήριξη που μας παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας αλλά και κατά την εκπόνηση αυτής της μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αναμφισβήτητα τα ναρκωτικά έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια πραγματική μάστιγα – απειλή για όλη την κοινωνία, για όλα τα στρώματα και ιδιαίτερα για τη νεολαία. Δεν είναι όμως ιατρικό πρόβλημα μόνο. Είναι πάνω απ' όλα κοινωνικό.

Δεν είναι μια αρρώστια σαν τις άλλες. Οι βλαβερές επιπτώσεις της χρήσης των ναρκωτικών είναι τεράστιες και στο ατομικό επίπεδο, αλλά και στο οικογενειακό, κοινωνικό και στο εθνικό επίπεδο.

Διαπρέπεις επιστήμονες σε όλο τον κόσμο με διακηρύξεις, δηλώσεις, διαλέξεις, άρθρα, συγγράμματα, παραδείγματα και μαρτυρίες, απέδειξαν ότι τα ναρκωτικά και τα ελαφρότερα ακόμη προξενούν στον άνθρωπο σοβαρές διαταραχές, που μόνο ο θάνατος τον απολυτρώνει.

Από διάφορες έρευνες προκύπτει ότι τα τελευταία χρόνια η διάδοση των ναρκωτικών στις νεαρές ηλικίες-και-ιδιαίτερα στα σχολεία έχει αυξηθεί σημαντικά.

Πού όμως οφείλεται το φαινόμενο αυτό; Μήπως δεν έχουμε δώσει την απαραίτητη προσοχή στον τομέα της πρόληψης και ενημέρωσης τόσο των ίδιων των παιδιών όσο και των γονέων τους;

Έτσι λοιπόν αποφασίστηκε να μελετηθεί το θέμα των ναρκωτικών και ιδιαίτερα για τους εφήβους μιας και είναι το μέλλον της κοινωνίας μας.

Στην προσπάθεια επίτευξης του σκοπού αυτού, έγινε αναφορά στα παρακάτω θέματα:

- Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια πρώτη προσέγγιση για τα ναρκωτικά και συγκεκριμένα αναφέρεται μια ιστορική ανασκόπηση της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών, η κατηγοριοποίησή τους και το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο περί αυτών.

- Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζεται η εφηβική ηλικία και η επιρροή που ασκούν σ' αυτή τα ναρκωτικά, τα αίτια που οδηγούν τους εφήβους στη χρήση τους αλλά και οι αρνητικές επιπτώσεις των ναρκωτικών.
- Στο τρίτο κεφάλαιο προσεγγίζεται το θέμα της πρόληψης και ενημέρωσης των νέων για τα ναρκωτικά και αναλύεται το έργο της πρόληψης δύο μεγάλων οργανισμών κατά των ναρκωτικών, του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και του ΚΕ.Θ.Ε.Α., σ' αυτόν τον τομέα.
- Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η θεραπεία και αποκατάσταση, όσων τελειώνουν την απεξάρτηση και αναλύεται η προσφορά του ΚΕ.Θ.Ε.Α και του Ο.ΚΑ.ΝΑ σ' αυτό τον τομέα.

Τέλος, παρουσιάζονται κάποια συμπεράσματα καθώς και προτάσεις γι' αυτό το θέμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
Αναγνώριση	iv
Αφιέρωση	v
Περίληψη μελέτης	vi
Πίνακας περιεχομένων	viii
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u>	
Εισαγωγή	1
Το Πρόβλημα	2
Σκοπός της μελέτης	2
Ορισμοί όρων	4
1.1. Ιστορική αναδρομή των ναρκωτικών	7
1.2. Κατηγοριοποίηση των ναρκωτικών	11
α) Ψευδαισθησιογόνα – Παραισθησιογόνα	13
β) Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.	15
γ) Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	17
δ) Πτητικές ουσίες	19
ε) Κατεξοχήν ναρκωτικά	20
στ) Άλλα ναρκωτικά	23
1.3 Νομοθεσία	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.1 Τι είναι εφηβεία	35
2.1.2 Προεφηβική ηλικία	38

2.2.1	Διάρκεια και φάσεις της εφηβείας	39
2.2.2	Αλλαγές της εφηβικής ηλικίας	42
2.2.3	Χαρακτηριστικά της εφηβείας	45
2.2.4	Τα κυριότερα προβλήματα της εφηβείας	47
2.2.5	Ο ρόλος των γονέων, του σχολείου και της κοινωνίας στην εξέλιξη των εφήβων	50
2.3.1	Τα αίτια που οδηγούν τους εφήβους στα ναρκωτικά	52
2.3.2	Συμπτώματα που φανερώνουν τη χρήση ναρκωτικών από το τους εφήβους	54
2.4.1	Οι επιπτώσεις των ναρκωτικών στους εφήβους	56
2.4.2	Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος	66
2.4.3	Το προφίλ του έφηβου χρήστη	68
2.4.4	Τα ναρκωτικά σαν ατομικό πρόβλημα	69
2.4.5	Τα ναρκωτικά στα σχολεία	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1	Η σημασία της πρόληψης	72
3.2	Για μια πολιτική πρόληψης	73
3.3.	Τα επίπεδα παρέμβασης της πρόληψης	75
3.4	Αρχές για τα προγράμματα πρόληψης μέσα στο πλαίσιο της πολιτικής της δημόσιας υγείας	76
3.4.1	Οι αρχές	77
3.4.2	Βασικές έννοιες που αφορούν τον έφηβο με δυσκολίες σχετικά με την πολιτική πρόληψης	79
3.5	Η αναγκαιότητα εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης	

των εξαρτητικών συμπεριφορών.	80
3.6.1 Πρόληψη του ΚΕ.ΘΕ.Α.	81
3.6.1.1 Η μεθοδολογία της πρόληψης	82
3.6.2 Προγράμματα και δραστηριότητες	82
α) Προγράμματα πρόληψης για εκπαιδευτικούς	82
β) Προγράμματα πρόληψης για παιδιά, εφήβους και νέους	83
γ) Προγράμματα πρόληψης για γονείς	83
δ) Πρότυπα ολοκληρωμένα σχολικά προγράμματα	84
3.6.3 Κοινοτικά Προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης σε όλη την Ελλάδα.	85
3.6.4 Προγράμματα πρόληψης για ομάδες υψηλού κινδύνου.	85
3.6.5 Προγράμματα επιμόρφωσης επαγγελματιών στην πρόληψη.	86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Θεραπεία και απεξάρτηση	88
4.1.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης	90
4.1.2 Παράγοντες που διαμορφώνουν το θεραπευτικό σύστημα.	91
4.2.1 Ομαδικού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις	94
4.2.2 Ατομικού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις	96
4.2.3 Διάφορα άλλα είδη θεραπευτικών προσεγγίσεων	98
4.3 Θεραπευτικά προγράμματα	101
α) Θεραπευτικές κοινότητες	101
β) Θεραπεία με φαρμακευτικά υποκατάστατα	103
γ) Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα	106

4.4.	ΚΕ.Θ.Ε.Α.	107
4.4.1	Άνθρωποι και πόροι	108
4.4.2	Δίκτυο Υπηρεσιών	109
4.4.3	Θεραπεία	112
4.5	Ο.ΚΑ.ΝΑ.	118
4.5.1	Θεραπεία	119
4.5.2	Πολιτική του Ο.ΚΑ.ΝΑ στη θεραπεία / κέντρα υποδοχής και αξιολόγησης παραπομπών.	123

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</u>	131
--	-----

Βιβλιογραφία	133
--------------	-----

Παραρτήματα	137
-------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Στη χώρα μας τα ναρκωτικά παρουσίασαν μια αλματώδη άνοδο τα τελευταία χρόνια σε σύγκριση με το παρελθόν και αγκαλιάζουν γρήγορα και τη δική μας νεολαία. Στη διαπίστωση αυτή συγκλίνουν πορίσματα ειδικών ερευνητών του προβλήματος, οι διαστάσεις του οποίου έχουν προκαλέσει ανησυχία σε παγκόσμια κλίμακα.

Στον ημερήσιο και περιοδικό τύπο διαβάζουμε καθημερινά τις τραγικές περιπτώσεις των θανάτων νεαρών παιδιών από ναρκωτικά.

Τα ναρκωτικά είναι γνωστά από την αρχαιότητα. Στις προηγούμενες εκατονταετίες χρησιμοποιούνταν τα ναρκωτικά μόνο σαν θεραπευτικό όπλο εναντίον του πόνου. Στις δύο τελευταίες όμως εκατονταετίες η χρήση των ναρκωτικών πήρε άλλες διαστάσεις. Δεν χρησιμοποιούνται μόνο στα πλαίσια της ιατρικής, αλλά και έξω από τα πλαίσιά της και γίνεται αυτοχρησιμοποίηση, για να προκαλέσουν μεταβολές στη διάθεση, αντίληψη και συμπεριφορά.

Όλοι σήμερα πιστεύουν ότι η διάδοση των ναρκωτικών και η δημιουργία ναρκομανών δεν ξεκινά από την ιατρική χρήση, αλλά από έντεχνη προώθηση από άτομα και κυκλώματα που έχουν συμφέρον.

Γνωστή είναι η διαφορά ανάμεσα στην παλιά, την προπολεμική και μεσοπολεμική τοξικομανία και την σημερινή. Από παλιά η κατάχρηση των ναρκωτικών συνδεόταν με τις κατώτερες επαγγελματικές τάξεις, ενδημούσε στον υπόκοσμο. Σήμερα θερίζει και στον «καλό κόσμο». Είναι in προπάντων για τα παιδιά των καλών οικογενειών.

Κι έτσι, νέα, όμορφα, έξυπνα παιδιά που δεν τους λείπει σχεδόν τίποτα καταφεύγουν στα ναρκωτικά, θέλοντας να γίνουν άλλοι μέσα σ' έναν κόσμο άλλο, διεκδικούν την ελευθερία να ναρκώνονται, την ελευθερία να γίνουν για πάντα δούλοι των ναρκωτικών.

1) Το πρόβλημα

Η παρούσα πτυχιακή εργασία γίνεται στα πλαίσια εκπαίδευσης της σχολής της Κοινωνικής Εργασίας. Το θέμα που επιλέχθηκε είναι «Ναρκωτικά και οι επιπτώσεις στην εφηβική ηλικία».

Κριτήριο για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος αποτέλεσε ότι το πρόβλημα της χρήσης των ναρκωτικών αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο της εποχής μας και απασχολεί ιδιαίτερα όλες τις χώρες του κόσμου λόγω των πρωτοφανών διαστάσεων που έλαβε μέσα στις τελευταίες δεκαετίες.

Δόθηκε μεγαλύτερη έμφαση στην εφηβική ηλικία, γιατί μοιάζει να αποτελεί «επιλογή» όλο και περισσότερων νεαρών ατόμων στην προσπάθεια αποφυγής της πραγματικότητας. Η εξάρτηση είναι μια «λύση» εύκολη, αν σκεφτούμε ότι αποτελεί την άμεση αντίδραση στο όποιο πρόβλημα και δύσκολη, αν σκεφτούμε το τίμημά της.

2) Σκοπός της μελέτης

Αναγνωρίζοντας ότι το πρόβλημα των ναρκωτικών θεωρείται η μάστιγα του αιώνα και κυρίως για τη νεολαία, φιλοδοξία αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση κυρίως των επιδράσεων που έχουν τα ναρκωτικά στους έφηβους, ώστε να αποτελέσει βάση ορθού προβληματισμού για όλους εμάς.

Το κίνητρο για την επιλογή του θέματος της πτυχιακής εργασίας ήταν ότι το φαινόμενο «ναρκωτικά» έχει πάρει διεθνείς διαστάσεις και ότι η χρήση των τοξικών ουσιών είναι μια από τις συχνότερες αλλά και τις δυσκολότερα αντιμετωπίσιμες, παθολογικά καταστάσεις της εφηβείας. Σε μια περίοδο σημαντικών αλλαγών και μεγάλης ψυχικής έντασης, όπως η εφηβεία, τα ναρκωτικά παρουσιάζονται ως θαυματουργές ουσίες που υποθετικά θα λύσουν όλα τα προβλήματα των νεαρών ατόμων, οι οποίοι είναι περισσότερο ευάλωτοι

και μπορούν να παρασυρθούν πιο εύκολα από οποιαδήποτε άλλη ομάδα ανθρώπων.

Τέλος, για την αντιμετώπιση της φοβερής αυτής μάστιγας χρειάζεται οι αρμόδιες πανεπιστημιακές κοινότητες, οι κρατικοί φορείς και ο κάθε πολίτης να δουλέψουν ομαδικά, συστηματικά και ουσιαστικά. Φυσικά για να φτάσουμε στην ενεργοποίηση των φορέων θα πρέπει να προηγηθεί μια ουσιαστική ενημέρωση των πολιτών για τις επιπτώσεις των αναφερομένων ουσιών, η συνειδητοποίηση της σημαντικότητας του προβλήματος και η διαρκής επαγρύπνηση της πολιτείας για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του.

Ορισμοί όρων

- ✓ Με τον όρο «ναρκωτικά» εννοούμε όλες εκείνες τις χημικές ουσίες που προκαλούν μεταβολές στο επίπεδο της νοητικής σφαίρας, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς ενός ατόμου, και που έχουν εξαρτησιογόνες ιδιότητες (Δαρδανός Γ., Νοέμβριος 1997).
- ✓ Ναρκωτικά λέγονται οι φυσικές ή τεχνητές ουσίες που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και η συχνή χρήση των οποίων δημιουργεί εθισμό ή αλλιώς εξάρτηση. (Σιάμος Νίκος, 1992).
- ✓ Κατά τη νομοθεσία σύμφωνα μάλιστα και με τον πρόσφατο νόμο 1729/7-8-1987 (Φ.Ε.Κ. 144) ναρκωτικά είναι οι τεχνητές ή φυσικές ουσίες που δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και προκαλούν εξάρτηση του ατόμου.
- ✓ Ναρκωτικά κατά την Ιατρική και τη Φαρμακολογία ονομάζονται οι ουσίες εκείνες που προκαλούν παράλυση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.). (Γαρυφαλλάκης Γιώργης, 1997).
- ✓ Ανοχή: είναι η ανάγκη για λήψη συνεχώς αυξανόμενων ποσοτήτων μιας ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος ή το σημαντικά ελαττωμένο αποτέλεσμα μετά από σταθερή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας. (Λιάππας Α. Γιάννης, Αθήνα 1991).
- ✓ Κατάχρηση: Θεωρείται η χρήση μιας ουσίας κατά τρόπο διαφορετικό από τον παραδεκτό και εκφράζει τη διάθεση μιας κοινωνικής αποδοκιμασίας. Κάθε χρήση χωρίς ιατρική ένδειξη είναι κατάχρηση. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1991).
- ✓ Σύνδρομο Στερήσεως ή αποστερήσεως: είναι το σύνολο των συμπτωμάτων τα οποία παρατηρούνται στον οργανισμό ύστερα από την στέρηση ουσίας προς την οποία έχει αναπτυχθεί, κυρίως, σωματική εξάρτηση. Τα συμπτώματα είναι πολύ συχνά, πολύ δυσάρεστα,

βασανιστικά, πολλές φορές επικίνδυνα και, όχι σπάνια, μπορεί να αποβούν θανατηφόρα..

Η βαρύτητα του συνδρόμου εξαρτάται από το είδος της ουσίας, το διάστημα μεταξύ των δόσεων, τη συνολική ποσότητα στο 24/ώρο, τη διάρκεια λήψεως, την υγεία και την προσωπικότητα του ατόμου οπότε, για να απαλλαγεί το άτομο από το τυραννικό σύνδρομο, καταναγκαστικώς πλέον, ξαναπαίρνει την ουσία. (Αβραμίδης Αθανάσιος, 1991).

✓ Εθισμός ή εξάρτηση: είναι η ριζική αλλαγή συμπεριφοράς του λήπτη και η ακατανίκητη επιθυμία του να παίρνει ναρκωτικά συνέχεια ή κατά διαστήματα, για να αποφύγει το «σύνδρομο της αποστέρησης». (Σιάμος Νίκος, 1992).

✓ Τοξικομανία: είναι μια κατάσταση δηλητηρίασης που δημιουργείται από την επανειλημμένη κατανάλωση, ή «λήψη» μιας ουσίας φυσικής ή συνθετικής, δηλαδή που προάγεται τεχνητά στο χημικό εργαστήριο. (Λουϊτζι Κουκρίνι).

✓ Καταναγκαστική χρήση: χαρακτηρίζεται από την απόλυτη ανάγκη για την ουσία, για τη διατήρηση μιας κάποιας ευεξίας ή για να λειτουργήσει κάπως υποφερτά ο οργανισμός. Η ψυχική και κυρίως η σωματική εξάρτηση απ' αυτήν οδηγούν στην, με κάθε θυσία, προσπάθεια για την απόκτησή της με κάθε τρόπο, ακόμη και με αυτό το έγκλημα.

Χαρακτηρίζεται επίσης, και από την τάση για αύξηση της δόσεως με σκοπό τη δημιουργία όλο και περισσότερο εντονότερου του αισθήματος της δράσεώς της, όπως από το σύνδρομο στερήσεως, το οποίο αναγκάζει ακριβώς στη χρήση η οποία γίνεται πλέον αναγκαστική. (Αβραμίδης Αθανάσιος, Ιανουάριος 1991).

✓ Εφηβική ηλικία: είναι η τελευταία φάση της ανάπτυξης, το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου ως προς την ωριμότητα. Καλύπτει τη χρονική περίοδο ανάμεσα στην παιδική ηλικία και στην ώριμη ηλικία και αποτελεί τη φάση της ζωής κατά την οποία πραγματοποιείται το πέρασμα

του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με την ανεμελιά και την εξάρτηση, στον κόσμο του ενήλικου, με την υπευθυνότητα και την αυτοδιαχείριση. Το πέρασμα αυτό ασφαλώς δεν γίνεται «εν μια νυκτί», αλλά βαθμιαία, σ' ένα διάστημα 7-8 ετών. Στο διάστημα αυτό το αναπτυσσόμενο άτομο, ο έφηβος, δεν είναι πια παιδί ούτε όμως ακόμη ενήλικος. Παρουσιάζει χαρακτηριστικά που ορισμένα θυμίζουν την παιδική ηλικία και άλλα που θυμίζουν την ώριμη ηλικία. Γι' αυτό, η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται ως περίοδος μεταβατική. (Παρασκευόπουλος Ι., 1985).

1.1 Ιστορική αναδρομή των ναρκωτικών

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι οι ναρκωτικές ουσίες δεν ανακαλύφθηκαν πρόσφατα, προϋπήρχαν. Από πότε όμως; Η χρήση παραισθησιογόνων βοτάνων είναι πανάρχαια και γινόταν αρχικά για θεραπευτικούς σκοπούς. Αναφορές για τη χρήση του οπίου υπάρχουν σε αιγυπτιακούς παπύρους και αργότερα στον Όμηρο (Οδύσσεια), τον Διοσκουρίδη, τον Πλίνιο, τον Διαγόρα της Μήλου και τον Γαληνό. Η εξέλιξη της κοινωνίας και το πέρασμα σε πιο σύνθετες μορφές κοινωνικής διαβίωσης συνοδεύτηκε και από μεταβολές στον τρόπο χρήσης των βοτάνων που περιείχαν ψυχότροπες ουσίες.

Διαχωρίστηκαν αβίαστα σε ουσίες προορισμένες για ιατρικούς-θεραπευτικούς σκοπούς από τη μια πλευρά και για λατρευτικούς σκοπούς από την άλλη. Είναι ευρέως γνωστή η εκστατική κατάσταση των μυημένων στα αρχαία μυστήρια (Διονυσιακά, Ελευσίνα), η οποία πραγματοποιούνταν μέσω της λήψης κατάλληλων βοτάνων. Θα λέγαμε πως τα ναρκωτικά αποτελούσαν μέρος μιας συλλογικής λειτουργίας, ενός γενικότερου πολιτιστικού πλαισίου. Γι' αυτό και στην πλειονότητα τους είχαν τελετουργικό χαρακτήρα. Ως εκ τούτου, οι χρήστες τους δεν είχαν ούτε την ίδια αντιμετώπιση, ούτε βέβαια χρειαζόταν την ίδια υποστήριξη. Το τελευταίο γίνεται κατανοητό, αν αναλογιστούμε την πιο «άκακη» επεξεργασία τους, αν μου επιτρέπεται ο όρος, και την μη αποκοπή των ακολούθων τους από την κοινωνία, αφού αποτελούσαν κομμάτι της κοινωνικής τους σχέσης.

Η χρήση των ναρκωτικών για ιατρικούς σκοπούς γενικεύτηκε στα χρόνια του Μεσαίωνα και της Αναγέννησης στην Ευρώπη και πιθανολογείται ότι τα καθιέρωσαν οι Άραβες και κυρίως οι γιατροί Αβικέννας και Ραζής. Η χρήση τους εξαπλώνεται και με το πέρασμα του χρόνου όλο και νέα είδη εμφανίζονται, αρχικά για θεραπευτικούς σκοπούς, αργότερα όμως η εξάπλωση τους είναι καταστροφική.

Το 1805 ανακαλύπτεται η μορφίνη από τον γερμανό Άνταμ Σετούρνερ. Η παραγωγή από το όπιο της μορφίνης, που ήταν το πρώτο αλκαλοειδές του οπίου που απομονώθηκε, χαιρετίστηκε από τον ιατρικό κόσμο με ενθουσιασμό. Η μορφίνη χαρακτηρίστηκε ως «φάρμακο του Θεού» και χρησιμοποιήθηκε ευρύτατα ως αναλγητικό. Η μορφίνη και τα ομοειδή με αυτήν παράγωγα του οποίου πωλούνταν ελεύθερα, χωρίς συνταγή, στα φαρμακεία.

Αποτέλεσμα της αλόγιστης χρήσης ήταν η ιατρική και ερευνητική κοινότητα να στραφεί προς την γένεση ενός άλλου, πασίγνωστου σήμερα ναρκωτικού, της κοκαΐνης. Έτσι το 1856 παράγεται η κοκαΐνη με «λυτρωτικό» σκοπό» για φαρμακευτική αντιμετώπιση των μορφινομανών και το 1898 η Bayer παράγει την ηρωΐνη για τον ίδιο ακριβώς λόγο.

Οι ουσίες αυτές φανέρωναν πια την αληθινή τους όψη. Σημαντική βοήθεια για την ολέθρια συνέχειά τους έδωσε η βιομηχανοποίηση της παραγωγής τους και η ιατρική επιστήμη, καθώς επίσης και οι δυσκολίες που παρουσιάζονται στην εξακρίβωση των επιπτώσεων που προκαλούν τα ιδιοσκευάσματα που κάθε χρόνο ρίχνονται αλόγιστα στην αγορά ως «αθώα», για να αποδειχτεί αργότερα ότι είναι εξαρτησιογόνα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ηρωΐνη, που αρχικά πουλιόταν στα φαρμακεία χωρίς συνταγή. Σημαντικό ρόλο έχει ακόμα και η πολυφαρμακία, η τάση δηλαδή κατανάλωσης φαρμάκων για κάθε πρόβλημα που παρουσιάζεται, ακόμη και όταν αυτά δεν είναι απαραίτητα.

Προαναφέρθηκε πως την προσπάθεια της εξάπλωσής τους στήριξε και η βιομηχανοποίηση της παραγωγής οπίου και είναι μια αδιαμφισβήτητη αλήθεια. Ενώ μέχρι τότε η χρήση του οπίου αναφερόταν σπάνια ως αιτία τοξικομανίας, η κατάσταση άλλαξε με τη βιομηχανοποίηση του «φαρμάκου» και την οργανωμένη εξαγωγή προϊόντων σε χώρες με ανύπαρκτη ή ελάχιστη παραγωγή, σε συνδυασμό με τις επικρατούσες δυσβάστακτες συνθήκες διαβίωσης των εργατικών κυρίως στρωμάτων, που έκαναν την παραγωγή του οπίου μια τεράστια οικονομική επιχείρηση.

Τόσο σημαντικά ήταν τα οικονομικά οφέλη, ώστε τα χρόνια από το 1839 έως το 1942 σπαταλήθηκαν από τη Μεγάλη Βρετανία και την Κίνα στη διεξαγωγή ενός αιματηρότατου πολέμου με βασικό στόχο το ελεύθερο εμπόριο του οπίου. Το όπιο διεξαγόταν αρχικά από βρετανούς και η κινεζική κυβέρνηση το είχε κηρύξει παράνομο, καταστρέφοντας τόνους από αυτό, όταν υπέπιπτε στην κατοχή τους. Η Βρετανία κερδίζει τον πόλεμο.

Τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται κυρίως από τις οικονομικά εξασθενημένες ομάδες, από την εργατική τάξη, τόσο για να αντέξουν την κόπωση από τη δουλειά, αλλά και γιατί εκεί έβρισκαν μια διέξοδο από τη μίζερη ζωή τους. Βέβαια, εκεί οδηγούνταν όχι μόνο από τη δική τους θέληση, αλλά και για τον πλέον πασιφανή λόγο: η υπό ανάπτυξη βιομηχανική κοινωνία είχε ανάγκη από ανθρώπους-μηχανές και τα ναρκωτικά ήταν σύμμαχός της.

Στη δεκαετία του '20, την εποχή του τσάρλεστον, η χρήση αυτών των ουσιών άρχισε να παίρνει το δρόμο της μόδας. Οι νεαρές ηλικίες ολοένα και πιο πολύ ελκύονταν από την κοκαΐνη, το περίεργο όμως δε βρίσκεται εκεί. Οι νεαροί αυτοί ήταν μέλη της «υψηλής» κοινωνίας, ήταν οι προνομιούχοι της κοκαΐνης και της σαμπάνιας. Η αλόγιστη χρήση οπιοειδών ουσιών οδήγησε το 1914 στη θέσπιση του νόμου Harrison και σε μια πρώτη προσπάθεια, από την Αμερική αρχικά, αντιμετώπισης του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης.

Στα επόμενα χρόνια τα οπιοειδή απασχολούν όλο και περισσότερο κοινωνία και πολιτεία, αφού αρχίζουν και συνδέονται με την εγκληματικότητα. Τα χρόνια 1919 - 1923 χαρακτηρίζονται από μια τάση ιδρύσεων αρκετών κλινικών οι οποίες είχαν σκοπό να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα στέρησης οπίου. Το πρόβλημα εντείνεται και πρέπει να ενταθούν και οι προσπάθειες αντιμετώπισης του. Έτσι το 1939 αρχίζουν να λειτουργούν στο Κεντάκυ και στο Τέξας δύο μεγάλα κρατικά νοσοκομεία ειδικευόμενα στο πρόβλημα εξάρτησης. Οι εισαγωγές γίνονταν τόσο εθελοντικά, όσο και υποχρεωτικά, η δε θεραπεία αρχικά προσανατολιζόταν στη σωματική απεξάρτηση, έπειτα σε ένα μακροχρόνιο, ιδρυματικού τύπου, μοντέλο.

Η μόδα, τα πρότυπα, οι κοινωνικές δομές αλλάζουν και τα ναρκωτικά, ως κομμάτι πια της κοινωνίας, συνεχίζουν κι αυτά την εξέλιξη τους. Βρισκόμαστε στη δεκαετία του πενήντα. Το ροκ εν ρολ είναι ο νέος βασιλιάς. Ήταν αυτό που έφερε τα νέα πρότυπα, μουσικά είδωλα και εξέλιξε τη διασκέδαση. Οι μουσικοί της εποχής δε δίσταζαν να κάνουν δημοσίως γνωστό, λειτουργώντας κατά τη γνώμη τους επαναστατικά, ότι είναι χρήστες παραισθησιογόνων ουσιών παρασύροντας έτσι στην αποσύνθεση χιλιάδες θαυμαστές τους και παράλληλα νέους.

Περνώντας στη δεκαετία του εξήντα θα αφήσω τον Ράουντι Γέιτς να δώσει την πραγματικότητα της εποχής. «Αν θυμηθούμε τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του '60, ήταν πολύ στη μόδα οι χώροι όπου οι νέοι συγκεντρώνονταν για χορό. Οι χοροί ήταν πολύ δυναμικοί. Χρειαζόταν μεγάλη ενέργεια για να χορέψει κανείς εκείνους τους χορούς. Τότε ήταν λοιπόν και η περίοδος κατά την οποία άρχισε να γίνεται ευρεία χρήση αμφεταμίνης». Η δεκαετία αυτή ήταν ιδιαίτερα ευνοϊκή για τα ναρκωτικά. Τα παιδιά των λουλουδιών πίστευαν πως η χρήση τους ήταν πράξη αντίστασης στην κοινωνία. Η εκτεταμένη χρήση αυτών των ουσιών οδήγησε σε μια θεραπευτική καινοτομία. Για πρώτη φορά, στη δεκαετία του 1960 ιδρύονται θεραπευτικά κέντρα διευθυνόμενα από πρώην χρήστες και βασιζόμενα στη μακροχρόνια παραμονή των εισαγόμενων, καθώς επίσης και στην απόλυτη αποχή τους από τις ουσίες. Το 1964 κάνουν την εμφάνιση τους δύο ριζοσπαστικές αλλαγές στη θεραπευτική φιλοσοφία της εξάρτησης από οπιοειδή. Αφενός η χρήση της μεθαδόνης ως υποκατάστατο και αφετέρου η δημιουργία ξενώνων, ειδικά κέντρα νέων και διάφορες φιλοσοφικοθρησκευτικές οργανώσεις.

Φτάνουμε στη δεκαετία του εβδομήντα, στα χρόνια της ντίσκο και δυστυχώς της κοκαΐνης. Τη γενιά αυτή διαδέχεται άλλη μια γενιά- ερωμένη των ναρκωτικών, αυτή των πανκ. Οι αμφεταμίνες ξαναγίνονται πρωταγωνιστές της εποχής και η ηρωίνη αναλαμβάνει τα σκήπτρα στο νεανικό πληθυσμό. Η δεκαετία του 1980 χαρακτηρίστηκε στην Αγγλία από μία μεγάλη στροφή στη

θεραπευτική αντιμετώπιση των χρηστών οπιοειδών. Ενώ μέχρι πρότινος συνταγογραφούνταν οπιούχα φάρμακα σε θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης, τώρα πραγματοποιείται μια ουσιαστική αλλαγή. Η συνταγογράφηση απαγορεύεται δια ροπάλου και τα υπό θεραπεία άτομα απέχουν εντελώς από οποιεσδήποτε ουσίες παρεμφερείς με τα ναρκωτικά.

Λίγο αργότερα γεννιέται και το χάπι «έκσταση» το οποίο συνδυάστηκε με το κλάμπινγκ. Μάλιστα σε έρευνα που έγινε στη δεκαετία του ενενήντα το 35% όσων πήγαιναν σε κλαμπ έκαναν χρήση του προαναφερόμενου χαπιού. Τα ναρκωτικά πια είχαν γίνει ένα με κλαμπ, πάρτι και έφηβους. Τα τελευταία χρόνια ελπίδες για την αντιμετώπιση του προβλήματος δίνονται από τον ερευνητικό τομέα, ο οποίος αποδέχεται τη θεραπευτική της ουσιοεξάρτησης. Για τη σύγχρονη μέθοδο θεραπείας θα γίνει λόγος σε άλλο κεφάλαιο.

Με την ιστορική αναδρομή που προηγήθηκε φτάσαμε, περνώντας ακροθιγώς από πολλούς αιώνες στη σημερινή εποχή. Παρουσιάστηκαν περιληπτικά τα ακμάζοντα είδη εθιστικών ουσιών καθώς επίσης και η αντιμετώπισή τους. Όλα αυτά σε μια παγκόσμια επεξεργασία του θέματος. Στη Ελλάδα η εξέλιξη, με μερικές μικρές ή μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις, ήταν η ίδια.

1.2 Κατηγοριοποίηση των ναρκωτικών

Ο άνθρωπος χρησιμοποιεί φάρμακα, κυρίως για θεραπευτικούς σκοπούς, για την ανακούφιση του πόνου και για τον ύπνο όταν έχει αϋπνίες. Σήμερα η χρήση τους γίνεται και για άλλους σκοπούς, ανάλογα με τις επιδιώξεις του καθενός, όπως: α) χαλάρωση από το καθημερινό άγχος, β) διέγερση από την ανία και γ) δημιουργία άγνωστων εμπειριών (παραισθήσεων). Τα διάφορα ψυχοφάρμακα επενεργούν στο νευρικό σύστημα και δημιουργούν την ανάλογη αίσθηση που θέλουμε να βιώσουμε και να γίνουμε πιο ευτυχισμένοι. (Αναστασίου Π., 1989).

Η υποκειμενική αίσθηση οποιασδήποτε εμπειρίας εξαρτάται από τη λειτουργία του νευρικού συστήματος. Ο ρυθμός και η ταχύτητα με την οποία αισθητικά ερεθίσματα εισάγονται και επεξεργάζονται στον εγκέφαλο προσδίδουν το χρώμα και την ποιότητα των σκέψεων και των αισθημάτων, που αποτελούν τον προσωπικό μας κόσμο. Τα φάρμακα, ναρκωτικά, κατευναστικά, διεγερτικά – τονωτικά και παραισθησιογόνα, αποτελούν έναν άμεσο τρόπο επιτάχυνσης ή ελάττωσης των λειτουργιών των νευρώνων. Η επιτάχυνση των νευρώνων παράγει περισσότερη νευροδιαβιβαστική ουσία στις συνάψεις και αυτό όλα τα όργανα του σώματος να επιταχύνουν το ρυθμό τους. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα ενεργοποιείται πιο εντατικά. Αντίθετα, τα κατευναστικά φράζουν τις συνάψεις μερικώς και δεν επιτρέπουν τη διέλευση σημάτων σε γρήγορο ρυθμό, ώστε η ταχύτητα των λειτουργιών των νευρώνων να ελαττώνεται και να συμπαρασύρεται όλος ο οργανισμός. Έτσι δίνεται η ευκαιρία στο παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα να λειτουργήσει με περισσότερη ευκολία. (Αναστασίου Π., 1989).

Η επιπλέον ενέργεια που εξαπολύεται στον οργανισμό σαν αδρεναλίνη – νοραδρεναλίνη, όταν δε χρησιμοποιείται, συσσωρεύεται και αυξάνει την πίεση του αίματος, σταματά την πέψη, επιταχύνει τους παλμούς της καρδιάς και μεταφράζεται σαν άγχος που κυνηγά πολλούς ανθρώπους συνέχεια.

Ο οργανισμός μας έχει την ικανότητα να παράγει όλες τις χημικές ουσίες που χρειάζεται για να λύσει τα προβλήματα που παρουσιάζονται. Επειδή όμως η ζωή μας έχει γίνει πολύ πιο δύσκολη, εξαιτίας της καταναλωτικής κοινωνίας που ζούμε, γιατί μας δημιουργεί περισσότερες απαιτήσεις και ανάγκες απόκτησης αγαθών, μας δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα όταν αδυνατούμε να ικανοποιήσουμε αυτές τις τεχνητές ανάγκες. Για να υπερπηδήσουμε τις δυσκολίες μας, αναζητούμε μια λύση στα φάρμακα – στις χημικές ουσίες. Με αυτά επιταχύνουμε (συμπαθητικό) ή ελαττώνουμε (παρασυμπαθητικό) τη δραστηριότητα του νευρικού μας συστήματος. Σε μικρές δόσεις τα φάρμακα

μας βοηθούν να αισθανθούμε προσωρινά καλύτερα. Σε μεγάλες δόσεις είναι επικίνδυνα και δεν μας προσφέρουν καμία λύση. (Αναστασίου Π., 1989).

Ανάμεσα σ' αυτά τα φάρμακα και τις τοξικές ουσίες συγκαταλέγονται και τα ναρκωτικά, ουσίες που δρουν κατασταλτικά επί του κεντρικού νευρικού συστήματος και φάρμακα αναλγητικά, υπνωτικά, αναισθητικά και ψυχότροπα (ηρεμιστικά, αντικαταθλιπτικά ή θυμοαναλγητικά και ψευδαισθησιογόνα). Είναι ουσίες φυτικής ή χημικής προελεύσεως, που προκαλούν γενική ή τοπική αναισθησία. Είναι παυσίπονες που καταστέλλουν τους πόνους, υπνογόνες και καταπραϋντικές (Δημήτριος Ν. Καμβύσης, 1988).

Η ενέργεια κάθε τοξικής ουσίας είναι πολύπλευρη, με απρόβλεπτες πολλές φορές συνέπειες, γιατί το αποτέλεσμα εξαρτάται από τη δόση, τη συχνότητα, το διάστημα της λήψεως και τη διάρκεια της δράσεως. Σπουδαίο ρόλο παίζει και η προσωπικότητα του λήπτη, η ψυχική του κατάσταση και η ιδιαίτερη ατομική ανταπόκριση στη ναρκωτική ουσία.

Τα ναρκωτικά για να μελετηθούν ταξινομούνται σε ορισμένες κατηγορίες με βάση κοινά τους στοιχεία. Προτείνονται διάφορες τέτοιες ταξινομήσεις, ανάμεσα στις οποίες περισσότερο επιστημονικά πρόσφορη φαίνεται εκείνη που έχει γίνει με βάση τη φαρμακολογική τους δόση.

α) Ψευδαισθησιογόνα – παραισθησιογόνα

Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει μια ευρεία ποικιλία ουσιών που ομαδοποιούνται αυθαίρετα επειδή έχουν ως κοινό τους χαρακτηριστικό την ικανότητα να προκαλούν αλλοιωμένες καταστάσεις ευημερότητας του ατόμου που μοιάζουν στις ψυχώσεις. Τα κυριότερα στην κατηγορία αυτή είναι:

- i. LSD (διαιθυλαμίδιο του ο/-λυσεργικού οξέος) θεωρείται ως το κατεξοχήν παραισθησιογόνο που εκδηλώνει τη φαρμακολογική του ενέργεια σε δόσεις 20 – 30 mg ενέργεια που ασκείται κατά κύριο λόγο στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Βρέθηκε επίσης ότι ευαισθητοποιεί το δικτυωτό σχηματισμό και προκαλεί μεταβολές στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ).

Από πολλούς έχει υποστηριχθεί, ότι το LSD προκαλεί τις σοβαρότερες χρωμοσωμικές βλάβες, σε σχέση με όλα τα ναρκωτικά, με επιπτώσεις ακόμη και στους απογόνους.

Οι κύριες εκδηλώσεις της «μέθης» αφορούν διαταραχές στην οπτική και ακουστική αντίληψη, καθώς και στην αντίληψη του χρόνου και του χώρου. Το ονειρικό ταξίδι (trip), αποτελεί την κλινική έκφραση των διαταραχών αυτών, με προεξάρχουσες εκείνες που αφορούν το χώρο και το χρόνο.

Οι κίνδυνοι του LSD συνοψίζονται στα εξής:

- ✓ Ανάπτυξη ψυχικής εξάρτησης.
- ✓ Εμφάνιση παρατεταμένης ψύχωσης.
- ✓ Ενεργοποίηση προηγούμενων ψυχώσεων που βρίσκονται σε λανθάνουσα κατάσταση.
- ✓ Διάθεση για αυτοκτονία, η οποία όμως φαίνεται να οφείλεται μάλλον σε ψυχική διαταραχή (ψυχωσικού τύπου) παρά στο φάρμακο αυτό κάθε αυτό.

- ii. Προϊόντα του φυτού Κάνναβης (Χασίς και μαριχουάνα). Οι ουσίες αυτές είναι ήπια ευφορικά με καταπραϋντικές επίσης ιδιότητες. Η αραβική λέξη χασίς σημαίνει «ξηρά πόα», υπονοεί δε τη ρητινώδη ουσία που λαμβάνεται από τα παράνια μέρη του φυτού *cannabis sativa* και των διαφόρων ποικιλιών του.

Από την κάνναβη έχουν απομονωθεί διάφορα κανναβινοειδή» (τετραϋδροκανναβινόλη, κανναβιδιόλη, κανναβινόλη, κανναβιδιολικό οξύ), μεταξύ των οποίων η τετραϋδροκανναβινόλη (ειδικότερα η Δ9 – THC) θεωρείται η περισσότερο φαρμακολογικά δραστική).

Ο πιο συχνός τρόπος λήψης της κάνναβης είναι το κάπνισμα, το οποίο έχει σαν συνέπεια την πυρόλυση σημαντικού μέρους των δραστικών συστατικών.

Οι εμφανιζόμενες ενέργειες, κατά τη διάρκεια «της μέθης» με χασίς, μπορεί να έχουν το χαρακτήρα του ονειρικού παραληρήματος, με οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις, σπανιότερα δε της αντίδρασης πανικού. Εξάλλου, η μακρόχρονη χρήση του χασίς και μάλιστα σε μεγάλες δόσεις, μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να προκαλέσει την εμφάνιση χασισικών ψυχώσεων, αν και η ύπαρξή τους αμφισβητείται σήμερα σοβαρά.

Η εξάρτηση «τύπου χασίς» χαρακτηρίζεται:

- ▼ Από διάχυτη επιθυμία ή «ανάγκη» για τη συνέχιση λήψης με σκοπό την επανεμφάνιση των φαρμακολογικών ενεργειών του φαρμάκου (εξάρτηση ψυχική).
- ▼ Από την απουσία σωματικής εξάρτησης και κατά συνέπεια την απουσία στερητικών φαινομένων.
- ▼ Από μικρή ή όχι διάθεση αύξησης της δόσης, εφόσον δεν υπάρχει θέμα ανοχής.

Στην κατηγορία των ψευδαισθησιογόνων με παραπλήσιες ενέργειες υπάγονται ακόμη η μεσκαλίνη που περιέχεται στο φλοιό διαφόρων ειδών κάκτων (peyote), οι τρυπταμίνες (ψυλοκίνη, ψυλοκυμβίνη, βουφοτενίνη, DMT) και άλλες ουσίες φυσικές ή συνθετικές (STP, MDA, “68”, morning glory seeds, nutmeg).

β) Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

- i. Κοκαΐνη. Απομονώθηκε το 1860 από τα φύλλα του φυτού Erythoxyloy coca που φύεται στο Περού, στη Βολιβία και στις άλλες χώρες της Ν. Αμερικής, οι τονωτικές δε και διεγερτικές ιδιότητες του φυτού αυτού ήταν γνωστές από αιώνες στους ιθαγενείς αυτούς, που εξακριβωμένα μασούσαν φύλλα κόκας. Η κοκαΐνη με τη μορφή του υδροχλωρικού άλατος, χρησιμοποιείται ακόμη σήμερα, στη θεραπευτική ως τοπικό αναισθητικό (οφθαλμικά κολλύρια) αλλά η εξ απορροφήσεως γενική φαρμακολογική της δράση δεν έχει εφαρμογή.

Η κοκαΐνη θεωρείται το πρώτο από τα διεγερτικά φάρμακα που μπορεί να προκαλέσει «ευχάριστη» διέγερση και ψευδαισθησιακές εμπειρίες. Πιο συνηθισμένος τρόπος λήψης είναι η «εισπνοή» (ερρινισμός) των κρυστάλλων κοκαΐνης (πρέζα), ενώ η ενδοφλέβια έγχυση είναι ο τρόπος που συνήθως προτιμάται από βαρείς τοξικομανείς. Η προκαλούμενη αίσθηση μεγάλη μυϊκής δύναμης (η κοκαΐνη εξαφανίζει το μυϊκό κάματο), οδηγεί το άτομο σε υπερεκτίμηση των ικανοτήτων του, ενώ η παράλληλη εμφάνιση παρανοϊκών ιδεών μαζί με ακουστικές, οπτικές και απτικές ψευδαισθήσεις το μεταμορφώνουν συχνά σε ένα επικίνδυνο και αντικοινωνικό στοιχείο. Χαρακτηριστικά ευρήματα στους τοξικομανείς αυτούς είναι η διάτρηση του ρινικού διαφράγματος και τα «ρακώδη» ούλα.

Η εξάρτηση «τύπου κοκαΐνης» χαρακτηρίζεται από:

- ✓ Ισχυρή ψυχική εξάρτηση
- ✓ Φυσική εξάρτηση σε πολύ μικρότερο βαθμό (ή καθόλου), με συνέπεια την απουσία «συνδρόμου αποστέρησης» επί διακοπής του φαρμάκου.
- ✓ Ανοχή στο φάρμακο και μερικές φορές εμφάνιση «αντίστροφης ανοχής».

Τα τελευταία χρόνια, η χρήση της κοκαΐνης και κατ' επέκταση οι θάνατοι από αυτή, έχουν σημαντικά αυξηθεί. Θεωρείται μάλιστα το «ναρκωτικό» προτίμησης για τη δεκαετία του 1980 και η θανατηφόρος δόση της από το στόμα ανέρχεται σε 1,2 g περίπου.

- ii. Crack. Έτσι αποκαλείται η ελεύθερη βάση της κοκαΐνης, που παραλαμβάνεται με απλή τεχνική, από την υδροχλωρική κοκαΐνη. Καπνίζεται με ειδική γυάλινη πίπα και απορροφάται εύκολα από τους πνεύμονες, με αποτέλεσμα τα συμπτώματα, παρόμοια με εκείνα της υδροχλωρικής κοκαΐνης, να εμφανίζονται σε συντομότερο χρονικό διάστημα. Η χρήση του Crack προκαλεί ψυχική και σωματική εξάρτηση που εγκαθίσταται ταχύτητα με επακόλουθο την εμφάνιση, σε περίπτωση διακοπής του, στερητικού συνδρόμου.

iii. Αμφεταμίνες: ασκούν διεγερτική δράση στο Κ.Ν.Σ. Παλαιότερα εχρησιμοποιούντο για θεραπευτικούς σκοπούς (ανασταλτικό της όρεξης, για την εξάλειψη του αισθήματος του καμάτου, κλπ), σήμερα όμως η χρήση τους έχει οπωσδήποτε περιορισθεί.

Η ικανότητα των φαρμάκων της ομάδας αυτής να βελτιώνουν την ψυχική διάθεση και να προκαλούν μια κατάσταση ψυχικής ευφορίας, αποτελεί σήμερα τη σοβαρότερη αιτία της ευρείας χρησιμοποίησής τους.

Το σύνδρομο που εμφανίζεται, μετά τη λήψη του φαρμάκου, για μεγάλο χρονικό διάστημα, χαρακτηρίζεται από ζωηρές οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις, μεταβολές στη συμπεριφορά που αναφέρονται και ως «αμφεταμινικές ψυχώσεις», ακόμα και λειτουργικές διαταραχές με απώλεια της όσφρησης, ελαττωμένη έκκριση βλέννης, ξηρότητα του στόματος και διάσπαρτες πετεχειώδεις αιμορραγίες στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Το δέρμα είναι ψυχρό και κολλώδες, το πρόσωπο και ο λαιμός κατέρυθρα.

Χαρακτηριστικά της εξάρτησης «τύπου αμφεταμινών» θεωρούνται:

- ✓ Η ποικίλη και ευμετάβλητη ψυχική διάθεση.
- ✓ Η απουσία «φυσικής εξάρτησης».
- ✓ Η βαθμιαία εγκατάσταση ανοχής επί λήψης του φαρμάκου από το στόμα ή παρεντερικά.

γ) Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνεται οποιαδήποτε ουσία που καταστέλλει, αναστέλλει ή ελαττώνει κάποιες πλευρές της δραστηριότητας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.)

i. Οινόπνευμα: θεωρείται ως το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο σήμερα «ευφοριστικό» σ' ολόκληρο τον κόσμο. Ο αλκοολισμός δε αποτελεί, για πολλές χώρες, σοβαρότατο κοινωνικό πρόβλημα.

Ως χαρακτηριστικό εξάρτησης «αλκοολικού τύπου» θεωρούνται:

- ✓ Η ψυχική έξαρση ποικίλου βαθμού.

- ✓ Η ανάπτυξη, αργότερα, και «φυσικής» εξάρτησης.
- ✓ Η ανάπτυξη ανοχής, που είναι ακανόνιστη, ατελής, συχνά δε και «αντίστροφη».

ii. Παράγωγα του βαρβιτουρικού οξέος: Είναι φάρμακα υπνωτικά χρησιμοποιούμενα για το σκοπό αυτό στη θεραπευτική.

Η λήψη βαρβιτουρικών για μεγάλο χρονικό διάστημα, για θεραπευτικούς σκοπούς οδηγεί σε χρόνια δηλητηρίαση, τα χαρακτηριστικά της οποίας είναι αδυναμία, ίλιγγοι, υπνηλία, τρόμος και οπτικές ψευδαισθήσεις, ενώ ακόμα εμφανίζονται απώλεια της όρεξης, δυσκοιλιότητα και ακράτεια ούρων.

Η συνεχής χρήση είναι δυνατόν να προκαλέσει «φυσική» εξάρτηση, που σε ορισμένες, σπάνιες βέβαια, περιπτώσεις, φαίνεται ότι είναι περισσότερο επικίνδυνη και από αυτή των οπιούχων. Η εμφάνιση ψυχώσεων δεν είναι επίσης σπάνια. Χαρακτηριστικό είναι ότι η συμπεριφορά του ατόμου καθίσταται εντελώς παιδόμορφη, τόσο ώστε να έχει πάντοτε ανάγκη συνοδού. Εξαιρετικά επικίνδυνη θεωρείται η ταυτόχρονη λήψη βαρβιτουρικών και αλκοόλης, λόγω δυναμικής συνεργίας.

Στο χώρο των τοξικομανών λαμβάνονται, συνήθως, από το στόμα, αλλά και με ενέσεις που προκαλούν, συχνά, μεγάλα υποδερμικά αποστήματα, λόγω της ερεθιστικής δράσης του ενιεμένου διαλύματος.

iii. Υπνωτικά μη βαρβιτουρικά και ηρεμιστικά: Στην κατηγορία αυτή υπάγονται πολλά φάρμακα που χρησιμοποιούνται ευρέως στον κόσμο των τοξικομανών, χωριστά ή σε συνδυασμούς, ιδιαίτερα με οινόπνευμα (cocktails). Οι συνδυασμοί αυτοί είναι δυνατόν να προδιαγράψουν, αφού η φαντασία του τοξικομανούς είναι πραγματικά αστείρευτη σε επινοήσεις τέτοιων παρασκευασμάτων.

iv. Φαικυκλιδίνη (PCP): Αρχικά χρησιμοποιήθηκε στη θεραπευτική, ως γενικό αναισθητικό, γρήγορα όμως εγκαταλείφθηκε λόγω των πολλών και σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών.

Παρουσιάζει, αρχικά, ψυχοδιεγερτική δράση που προοδευτικά καταλήγει σε καταστολή. Η δράση της αποδίδεται με τον όρο «διαχωριστική αναισθησία», που σημαίνει ότι τα αισθητικά ερεθίσματα φθάνουν στο Κ.Ν.Σ από την περιφέρεια αλλά αφήνουν αδιάφορο το άτομο.

Λαμβάνεται από το στόμα, ενδοφλεβίως, ενδομυϊκώς, όπως επίσης εισπνέεται και καπνίζεται. Δημιουργεί αμέσως μετά τη λήψη μια συγχυτική κατάσταση, αύξηση της πίεσης, νυσταγμό και νάρκωση συχνά με τα μάτια ανοιχτά. Η εξάρτηση στο φάρμακο εγκαθίσταται ταχύτατα. Αρχική δόση 1 – 100 mg, τη διαδέχεται δόση 1g μέσα σε 24 ώρες.

Ο θάνατος οφείλεται σε λήψη υψηλής δόσης, αλλά προκαλείται και έμμεσα, από την ασυνάρτητη και συχνά παρορμητική συμπεριφορά του ατόμου που οδηγεί σε βίαιες πράξεις και ατυχήματα.

δ) Πτητικές ουσίες

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται ο αιθέρας, το χλωροφόρμιο, ο τετραχλωράνθρακας, διάφοροι χλωριωμένοι υδρογονάνθρακες και τα διάφορα είδη κόλλας (glues), που περιέχουν ακετόνη, τολουόλιο, οξικό αιθυλεστέρα, κλπ.

Λαμβάνονται δι' εισπνοής, προκαλούν δε την εμφάνιση ευφορίας, ιλαρότητας και ελαφράς διανοητικής σύγχυσης. Επίσης, είναι δυνατό να εγκατασταθούν ζωηρές οπτικές παραισθήσεις που μπορεί να διαρκέσουν μέχρι και δύο ώρες από την εισπνοή. Θάνατοι, κατά τη χρήση των glues, έχουν περιγραφεί, οφειλόμενοι συνήθως σε πνιγμονή, από τους πλαστικούς σάκους που χρησιμοποιούνται για την εισπνοή των οργανικών διαλυτών. Είναι ακόμη δυνατόν να προκαλέσουν επικίνδυνη καρδιακή αρρυθμία, όπως συμβαίνει με τα διάφορα είδη Freon.

ε) Κατεξοχήν Ναρκωτικά

- i. Όπιο και τα παράγωγά του. Το όπιο αποτελεί τον αποξηρανθέντα από των άωρων κωδίων της μήκωνος της υποφόρου, η οποία καλλιεργείται σε μεγάλες εκτάσεις, κυρίως στην Μ. Ασία, στην Περσία, στις Ινδίες και στην Κίνα, ενώ στην Ελλάδα μόνο ως Καλλωπιστικό φυτό και σε περιορισμένη έκταση.

Από το όπιο έχουν απομονωθεί μέχρι τώρα περίπου 24 αλκαλοειδή, από τα οποία τα περισσότερα έχουν μικρότερη ή μεγαλύτερη ναρκωτική δράση. Το όπιο καπνίζεται με ειδικές καπνοσύριγγες (κυρίως στις Ασιατικές χώρες), γρήγορα δε εγκαθιστά τοξικομανία σε σωματική και ψυχική εξάρτηση. Από τα συστατικά του ενδιαφέρουν κυρίως η μορφίνη (φυσικό αλκαλοειδές) που χρησιμοποιείται και στη φαρμακευτική κατά του πόνου και η ηρωίνη (ημισυνθετικό παράγωγο).

- ii. Μορφίνη: Λαμβάνεται σχεδόν πάντοτε παρεντερικώς, δρα δε κυρίως στο Κ.Ν.Σ και εκλεκτικά στα κέντρα του πόνου, του βήχα και της αναπνοής.

Τα συμπτώματα της χρόνιας δηλητηρίασης με μορφίνη (μορφινομανία) εκδηλώνονται με τη μορφή ψυχικών και λειτουργικών διαταραχών. Αναπτύσσεται δηλαδή, έντονη ψυχική «ευφορία» με αισθήματα ευχάριστης διάθεσης. Με την πάροδο όμως του χρόνου η επιτακτική αναζήτηση της ψυχικής αυτής διέγερσης εξελίσσεται σε αληθινό πάθος για τη μορφίνη. Ο χαρακτήρας εξασθενεί, η αντίληψη και η μνήμη μειώνονται και το άτομο καταλήγει σωματικό και ψυχικό ράκος. Μερικές φορές η τελεία διανοητική κατάπτωση μπορεί να οδηγήσει σε μανία καταδίωξης, με ή χωρίς παραισθήσεις.

Από τις λειτουργικές διαταραχές, οι πιο συχνές είναι η ξηρότητα του στόματος και του φάρυγγα, η ελάττωση της έκκρισης του γαστρικού υγρού, η μείωση της όρεξης, η δυσκοιλιότητα και η μύση.

- iii. Ηρωίνη (Διακετυλομορφίνη): Παρασκευάζεται από τη μορφίνη με την οποία έχει και παρόμοια δράση. Στον οργανισμό εισάγεται με

οποιοδήποτε τρόπο, προτιμάται όμως η ενδοφλέβια ένεση επειδή κατ' αυτόν τον τρόπο το φάρμακο δρα ταχύτερα.

Οι τοξικομανείς κάνουν τις ενέσεις αυτές σε κάθε σημείο του σώματός τους, αδιαφορώντας τελείως για την πρόκληση αιμορραγιών ή την επούλωση από τις ρυπαρές και μολυσμένες σύριγγες που χρησιμοποιούν. Πολλές φορές μάλιστα, μόλις εξοικονομηθεί η «δόση», δεν χρησιμοποιούν ούτε καν σύριγγα, στη βιασύνη τους να πάρουν το ναρκωτικό. Χρησιμοποιούν απλά και μόνο βελόνες, στο πίσω άκρο των οποίων προσαρμόζουν σταγονόμετρα.

Άλλοτε, με μια μόνο σύριγγα παίρνουν την ηρωίνη όλα τα άτομα μιας ομάδας, με αποτέλεσμα να μεταδίδονται μ' αυτόν τον τρόπο πολλά λοιμώδη νοσήματα, μεταξύ των οποίων ο ιός της ηπατίτιδας Β, η οποία πραγματικά μαστίζει σήμερα τους ηρωινομανείς και ο HIV, με συνέπεια το AIDS.

Η εξάρτηση από την ηρωίνη είναι ψυχική και σωματική, τα δε στερητικά συμπτώματα που εμφανίζονται, μέσα σε 12 περίπου ώρες από την λήψη της τελευταίας δόσης, αντιμετωπίζονται εξαιρετικά δύσκολα. Τα συμπτώματα είναι βαριά και εκδηλώνονται με ναυτία, εμετό και διάρροια, με μεγάλη ανησυχία, τρόμο, εξανθήματα, πυρετό, ιδρώτα, σιελόρροια και ρινόρροια. Επίσης, μπορεί να εμφανίσουν ισχυρό επιγαστρικό άλγος, ινιδιακές συσπάσεις των μυών, γενικευμένοι σπασμοί και αϋπνία.

- iv. Ναρκωτικά – αναλγητικά: Στην κατηγορία αυτή υπάγονται ουσίες που χρησιμοποιούνται επίσης ευρέως από τους τοξικομανείς μόνες τους ή σε συνδυασμό με οινόπνευμα (cocktails) που ελαττώνουν τον πόνο και μπορούν να έχουν ψυχοδραστικές ιδιότητες.
- v. Μεθαδόνη: Η σύνθεση της μεθαδόνης έγινε από τους Γερμανούς. Κατά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, για να καλύψει τις ανάγκες από την έλλειψη της μορφίνης και ονομάστηκε Dolophine από το όνομα του Αδόλφου Χίτλερ. Αργότερα, χρησιμοποιήθηκε για να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου από την ηρωίνη, χορηγούμενη σε μικρές δόσεις για 10 περίπου ημέρες.

Τα «προγράμματα μεθαδόνης», όπως ονομάστηκαν οι θεραπείες απεξάρτησης με την ελεγχόμενη χρήση μεθαδόνης, δεν απέφεραν τα αναμενόμενα αποτελέσματα και αυτό γιατί η απαιτούμενη «στενή παρακολούθηση» των ατόμων που υποβάλλονται σε μια τέτοια θεραπεία δεν ήταν τελικά δυνατή.

Επιπλέον, η εγκατάσταση μιας νέας τοξικομανίας, με όλα τα δυσάρεστα παρεπόμενα, δεν αποτελεί λύση του προβλήματος, αλλά απλώς μετάθεση, όχι χωρίς συνέπειες. Σήμερα, αναζητούνται νέα θεραπευτικά σχήματα για την αντιμετώπιση του προβλήματος της ηρωινομανίας και προς αυτήν την κατεύθυνση δοκιμάζονται ήδη οι ανταγωνιστές της μορφίνης (ναλοξόνη, κλπ).

- vi. Η πενταζοκίνη: είναι ένα ισχυρό επίσης αναλγητικό το οποίο μπορεί να προκαλέσει οξεία ψύχωση χαρακτηριζόμενη από εφιάλτες, αποπροσωποποίηση και οπτικές παραισθήσεις. Επειδή έχει τους χαρακτήρες τόσο αγωνιστού όσο και ανταγωνιστού, η πενταζοκίνη μπορεί να αντιμετωπίσει στερητικό σύνδρομο ναρκωτικού.
- vii. Δεξτροπροποξυφαίνη: είναι ισχυρό αναλγητικό χρησιμοποιούμενο, επίσης, από τους τοξικομανείς.
- viii. Πεθιδίνη: είναι συνθετικό οπιοειδές. Αν και οι δράσεις της πεθιδίνης είναι παρόμοιες με εκείνες άλλων οπιοειδών, η χρήση του φαρμάκου χαρακτηρίζεται επίσης από υψηλή επίπτωση δυσφορίας και ευερεθιστότητας και ενίοτε μυοκλονικών συσπάσεων, επιληπτικών κρίσεων και παραληρήματος μετά από παρατεταμένη χρήση.

Συνώνυμο: μεπεριδίνη.

Χρησιμοποιούνται ακόμα η διφαινοξυλάτη, η οποία στη θεραπευτική ευρίσκει εφαρμογή ως αντιδιαρροϊκό και η φαιντανόλη, με ισχυρή επίσης αναλγητική ενέργεια.

στ) Άλλα Ναρκωτικά

Υπάρχουν και άλλα ναρκωτικά που μας ενδιαφέρουν ιδιαίτερος αλλά δεν εντάσσονται σε κάποια από τις κατηγορίες που ήδη αναφέρθηκαν λόγω των πολλαπλών επιδράσεων τους.

- i. Καφεΐνη: Ξανθίνη, η οποία είναι ελαφρύ διεγερτικό του Κ.Ν.Σ, αγγειοδιασταλτικό και διουρητικό. Η καφεΐνη περιέχεται στον καφέ, τη σοκολάτα, την κόκα κόλα και μερικά άλλα αναψυκτικά και στο τσάι, μερικές φορές σε συνδυασμό με άλλες ξανθίνες, όπως τη θεοφυλλίνη ή θεοβρωμίνη. Η οξεία ή χρόνια υπερκατανάλωση, με τη συνακόλουθη τοξικότητα, ονομάζεται καφεϊνισμός. Τα συμπτώματα είναι νευρικήτητα, αϋπνία, έξαψη του προσώπου, μυϊκές συσπάσεις, ταχυκαρδία, γαστρεντερικές διαταραχές με κοιλιακά άλγη, βεβιασμένη ή ασυνάρτητη σκέψη και ομιλία και ενίοτε παρόξυνση προϋπάρχοντος άγχους, κατάσταση πανικού, κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια. Οι διαταραχές από χρήση ουσιών περιλαμβάνουν διαταραχές από χρήση καφεΐνης και εξάρτηση από καφεΐνη.
- ii. Νικοτίνη: ένα αλκαλοειδές που αποτελεί την κυριότερη ψυχοδραστική ουσία στον καπνό. Έχει διεγερτικές αλλά και χαλαρωτικές επιδράσεις. Παρουσιάζει αντίδραση εγρήγορσης στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και, σε μερικά άτομα, μεγαλύτερη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής. Σε άλλα άτομα μειώνει το άγχος και τη νευρικήτητα. Η νικοτίνη χρησιμοποιείται με τη μορφή εισπνεόμενου καπνού, «άκαπνου» καπνού (όπως στη μάσηση καπνού), με εισρόφηση από τη μύτη ή ως τσίχλα νικοτίνης. Κάθε εισπνοή καπνού περιέχει νικοτίνη που απορροφάται γρήγορα μέσω των πνευμόνων και διοχετεύεται στον εγκέφαλο μέσα σε δευτερόλεπτα. Η νικοτίνη δημιουργεί έντονη ανοχή και εξάρτηση. Λόγω του γρήγορου μεταβολισμού, η στάθμη της νικοτίνης στον εγκέφαλο μειώνεται σύντομα και ο καπνιστής αισθάνεται ακαταμάχητη επιθυμία να καπνίσει άλλο τσιγάρο 30 – 45 λεπτά αφού τελειώσει το προηγούμενο.

Στον χρήστη νικοτίνης που έχει αναπτύξει σωματική εξάρτηση, εκδηλώνεται στερητικό σύνδρομο μέσα σε λίγες ώρες από την τελευταία δόση. Έντονη επιθυμία για κάπνισμα, νευρικότητα, άγχος, οργή, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, αυξημένη όρεξη, επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού και ενίοτε πονοκέφαλοι και διαταραχές του ύπνου.

Τα προϊόντα του καπνού περιέχουν πολλά συστατικά εκτός της νικοτίνης. Η παρατεταμένη χρήση προϊόντων καπνού μπορεί να προκαλέσει καρκίνο των πνευμόνων, του εγκεφάλου ή του τραχήλου, καρδιοπάθεια, χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα και άλλες σωματικές ανωμαλίες.

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη ταξινομείται ως διαταραχή από τη χρήση καπνού στις διαταραχές από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΟΥΣΙΑΣ

ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΥΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

1. ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οινόπνευμα
Βαρβιτουρικά
Βενζοδιαζεπίνες
Ουσίες του τύπου της χλωράλης
Βρομιούχα
Παραλδεύδη
Μεπροβαμάτη
Γλουταιθιμίδη
Αντιισταμινικά
Μεθακαλόνη

2. ΟΠΙΟΕΙΔΕΙΣ ΟΥΣΙΕΣ

Μορφίνη
Ηρώνη
Κωδεΐνη
Πεθιδίνη
Παπαβερίνη
Μεθαδόνη

3. ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ ή ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Αμφεταμίνη
Μεθυλφαινιδίνη
Κοκαΐνη

4. ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΙΝΔΙΚΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

Μαριχουάνα
Χασίς

ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ή ΨΥΧΩΣΙΟΜΙΜΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

L.S.D.
Ψιλοχυμβίνη
Φαινσυκλιδίνη (P.C.P.)

6. ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΕΣ-ΠΤΗΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Αεροζόλ
Κόλλες
Διαλύτες χρωμάτων

ΑΛΛΕΣ, ΜΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΟΥΜΕΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Ατροπινούχα και ατροπινικής δράσης σκευάσματα.

Κατ' άλλη ορθή άποψη, οι ναρκωτικές ουσίες χωρίζονται ανάλογα με τα αποτελέσματά τους σε:

α) ευφοριστικές ή ηδονιστικές που περιλαμβάνουν το όπιο και την κοκαΐνη,

β) σε μεθυστικές όπου είναι το οινόπνευμα και το χασίς

γ) διεγερτικές ή αναληπτικές (καφές, καπνός, τσάι, κακάο) και

δ) οι καθαρά ναρκωτικές ουσίες (μορφίνη – ηρωΐνη).

Άλλη γενική πρακτική κατάταξη των ναρκωτικών ουσιών είναι:

α) σ' εκείνες που δημιουργούν κατάσταση χαλαρώσεως, λήθης, ύπνου, θεραπεύουν ή ανακουφίζουν ή προλαβαίνουν τον πόνο, την ένταση και το άγχος (μορφίνη, όπιο, ηρωΐνη, βαρβιτουρικά, απλά ηρεμιστικά και σύνθετα παυσίπονα).

β) σε ψυχοτονικές, που προκαλούν ευφορία, διέγερση, ψυχοκινητική δραστηριότητα, καταργούν την αίσθηση της κοπώσεως και βελτιώνουν (φαινομενικά) την αποτελεσματικότητα (αμφεταμίνες, κοκαΐνη).

γ) σ' εκείνες που προκαλούν χαρακτηριστική μέθη κατάστασης ονειρισμού και παραισθήσεων (μαριχουάνα, LSD).

δ) την αλκοόλη, με αρχική διέγερση και επακόλουθες παρενέργειες, όμοιες με εκείνες των υπνογόνων, ηρεμιστικών και αναληπτικών και

ε) το τσιγάρο (καπνός), με την ευρύτερη έννοια του όρου ναρκωτικό, ως ουσία που οπωσδήποτε προκαλεί εθισμό και έχει πιο ήπια χαρακτηριστικά.

Είναι σύνηθες, αλλά όχι απολύτως ακριβές, οι εθιστικές ουσίες να διαχωρίζονται στα λεγόμενα:

α) ελαφριά ναρκωτικά, που είναι τα παράγωγα της ινδικής κάνναβης, η μαριχουάνα και το χασίς και

β) στα σκληρά ναρκωτικά, που είναι τα οπιώδη και οι αμφεταμίνες (όπιο, ηρωΐνη, μορφίνη, κοκαΐνη, LSD, αμφεταμίνες και βαρβιτουρικά).

Σε άρθρο του Σκαπινάκη Π. βλέπουμε να διαχωρίζει αυτές τις ουσίες σε νόμιμες (νομικά αποδεκτές) και παράνομες (απαγορευμένες ουσίες). Το αλκοόλ

και ο καπνός είναι νόμιμα ενώ το χασίς, η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες, το ΧΤC και η ηρωίνη είναι παράνομα.

Βασισμένος και στις συνέπειες που έχει κάθε ναρκωτική ουσία στην ανθρώπινη συνείδηση, διακρίνει τα ναρκωτικά στις ακόλουθες κατηγορίες:

- i. Στα ναρκωτικά που κατευνάζουν και ηρεμούν (το αλκοόλ, τα οπιούχα, τα ηρεμιστικά – βενζοδιαπεζίνες, το όπιο, η μορφίνη, η ηρωίνη και το χασίς που λαμβάνεται για την ηρεμιστική του επίδραση).
- ii. Τα ναρκωτικά που δίνουν ενέργεια (καφεΐνη, νικοτίνη, ΧΤC, κοκαΐνη και αμφεταμίνες).
- iii. Τα ναρκωτικά που τροποποιούν την αντίληψη (LSD και σε μεγάλες ποσότητες το χασίς – φούντα).

1.3. Νομοθεσία

Το υπάρχον νομικό πλαίσιο (ν. 1729/1987, ν. 2161/1993, ν. 2331/1995) για τα ναρκωτικά αντανάκλα τη φιλοσοφία και τη στάση της πολιτείας απέναντι στο πρόβλημα αλλά και τις ανάγκες που διαπιστώνονται χρόνο με το χρόνο. Από τότε που ίσχυσε το πρώτο ολοκληρωμένο θεσμικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών το 1987, η κυρίαρχη αντίληψη ήταν ότι ο χρήστης πρέπει να αντιμετωπίζεται ως «ασθενής», ο έμπορος όμως ως εγκληματίας. Δυστυχώς, στην πράξη ο διαχωρισμός αυτός δεν έχει εύκολα εφαρμογή, καθώς διακινητές και εξαρτημένοι χρήστες είναι πολλές φορές τα ίδια πρόσωπα, με αποτέλεσμα η διακίνηση αυτή καθεαυτή να μην μπορεί να στοχοθετηθεί κατά τρόπο που να μπορεί να τύχει μιας ολοκληρωτικής αντιμετώπισης. Η θεραπεία φαίνεται να είναι μεταξύ άλλων και ένας έμμεσος τρόπος για την αντιμετώπιση της διακίνησης, καθώς με την εισαγωγή τους σε θεραπευτικά προγράμματα απομακρύνεται ένας ικανός αριθμός χρηστών από τις «πιάτσες» και από την παρατηρούμενη δευτερογενή εγκληματικότητα, που στόχο έχει τη διευκόλυνση της χρήσης.

Η ισόρροπη ενίσχυση της πρόληψης και της καταστολής που φαίνεται να προβλέπεται μέσα από το υπάρχον εθνικό θεσμικό πλαίσιο, αποτελεί και την κεντρική φιλοσοφία της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής και του Ευρωπαϊκού Σχεδίου Δράσης 2000-2004 (βλ. Ενότητα 1, «Εθνική πολιτική» του Κεφαλαίου αυτού). Επιπλέον, η Ευρωπαϊκή Ένωση ενθάρρυνε τα κράτη-μέλη να καθορίσουν και να ενισχύσουν τους εθνικούς συντονιστικούς μηχανισμούς προκειμένου να επιτευχθεί ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος σε επίπεδο κρατών-μελών. Οι νόμοι που εκδόθηκαν το 2001 για τα ναρκωτικά φαίνεται να έχουν θεσπιστεί έχοντας ως γνώμονα τόσο τις προτάσεις της πρώην Διακομματικής Επιτροπής όσο και τις κατευθύνσεις που δόθηκαν από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Ακολουθεί μια σύντομη παρουσίαση των σχετικών νόμων και υπουργικών αποφάσεων που εκδόθηκαν κατά το έτος αναφοράς.

Υ 876/22.10.2001 απόφαση του Πρωθυπουργού

Συστήθηκε διυπουργική Επιτροπή για το εθνικό σχέδιο δράσης, την οποία συντονίζει ο Πρωθυπουργός και αποτελείται από τον: υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ως Πρόεδρο και τους: υπουργό Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, υπουργό Εθνικής Άμυνας, υπουργό Οικονομικών, υπουργό Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, υπουργό Δικαιοσύνης, υπουργό Πολιτισμού, υπουργό Εμπορικής Ναυτιλίας, υπουργό Δημόσιας Τάξης ως μέλη. Έργο της Επιτροπής είναι η εκπόνηση ενός πενταετούς εθνικού σχεδίου δράσης, ο συντονισμός των αρμόδιων υπηρεσιών, η παρακολούθηση της εφαρμογής του σχεδίου δράσης και ο προσδιορισμός της διαθεσιμότητας των πόρων για την ανάπτυξη των προβλεπόμενων δράσεων.

Νόμος 2955/2001

Προβλέπονται:

- § Η χορήγηση ανταγωνιστικών ουσιών για τις ενδείξεις που αναφέρονται στην άδεια κυκλοφορίας τους. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΟΚΑΝΑ, καθορίζονται ειδικότερα οι ουσίες, οι όροι και οι προϋποθέσεις χορήγησης, συνταγογράφησης και διάθεσης των ουσιών αυτών από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς και γιατρούς.
- § Η μείωση των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του ΟΚΑΝΑ. Το νέο Διοικητικό Συμβούλιο αποτελείται από επτά μέλη: τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο, τον Πρόεδρο του ΣΟΔΝ, τον Πρόεδρο της ΚΕΔΚΕ, ενώ από τα υπόλοιπα μέλη ένας είναι πτυχιούχος σχολών Επιστημών Υγείας, ένας πτυχιούχος ανθρωπιστικών επιστημών και ένας νομικός.
- § Η σύσταση της Επιτροπής Διυπουργικού Συντονισμού, στην οποία θα μετέχουν οι προϊστάμενοι των διευθύνσεων, τμημάτων ή γραφείων που είναι αρμόδια για την εφαρμογή και παρακολούθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης από τα συναρμόδια υπουργεία (βλ. Υ 876/ 22.10.2001). Πρόεδρος της Επιτροπής θα είναι διευθυντικό στέλεχος του ΟΚΑΝΑ.

Νόμος 2943/2001

Προβλέπονται αυστηρότερα μέτρα για την εκτέλεση της ποινής των εμπόρων ναρκωτικών, καθώς αυτοί, εφόσον έχουν καταδικαστεί σε ποινή κάθειρξης, μπορούν να απολυθούν υπό όρους μόνο εφόσον έχουν εκτίσει τα 4/5 της ποινής τους, αν πρόκειται για πρόσκαιρη κάθειρξη, ή τουλάχιστον 25 έτη, αν έχουν καταδικαστεί σε ισόβια. Το δε μέτρο της ευνοϊκής προσμέτρησης ημερών εργασίας που εφαρμόζεται σε κρατούμενους που παραμένουν έγκλειστοι για πάνω από έξι μήνες, μπορεί να εφαρμοστεί στους καταδικασθέντες σε κάθειρξη για διακίνηση αν έχουν ήδη υπηρετήσει τα 2/3

της ποινής τους σε περίπτωση πρόσκαιρης κάθειρξης ή τουλάχιστον 20 χρόνια σε περίπτωση ισόβιας κάθειρξης.

Νόμος 2928/2001

Προβλέπεται τροποποίηση των διατάξεων του Ποινικού Κώδικα που αφορούν τις εγκληματικές οργανώσεις. Ειδικότερα, δίνεται για πρώτη φορά ο ορισμός της «εγκληματικής οργάνωσης» ως μίας δομημένης και με διαρκή δράση ομάδας η οποία αποτελείται από τρία ή περισσότερα πρόσωπα και επιδιώκει τη διάπραξη κακουργημάτων τα οποία αναφέρονται συγκεκριμένα (παραχάραξη, πλαστογραφία, εμπρησμός, έκρηξη, δουλεμπόριο κ.ά). Μεταξύ των κακουργημάτων που αναφέρονται αναφέρεται και η διάπραξη κακουργημάτων που προβλέπονται στη νομοθεσία περί Ναρκωτικών. Η ποινή που επιβάλλεται στους παραβάτες είναι μέχρι 10 χρόνια κάθειρξη. Πριν την έκδοση του εν λόγω νόμου δεν υπήρχε ξεκάθαρος ορισμός της «εγκληματικής οργάνωσης», αλλά προβλεπόταν ποινή τουλάχιστον 6 μηνών για συνεργεία δύο και πλέον ατόμων με σκοπό τη διάπραξη ενός ή περισσότερων αδικημάτων, στα οποία όμως δεν γινόταν συγκεκριμένη αναφορά.

Το προανακριτικό έργο σε υποθέσεις ναρκωτικών, που διενεργείται από τις Υπηρεσίες Δίωξης Ναρκωτικών της Διεύθυνσης Ασφάλειας των Γενικών Αστυνομικών Διευθύνσεων Αττικής και Θεσσαλονίκης, τελεί υπό την εποπτεία και την καθοδήγηση του Εισαγγελέα Εφετών Αθηνών και Θεσσαλονίκης αντίστοιχα. Μέχρι πρότινος το προανακριτικό έργο διενεργείτο σε όλη την Ελλάδα από τις Διοικητικές Αρχές, που ενημέρωναν την αρμόδια Εισαγγελία για περαιτέρω ενέργειες, σε περίπτωση που σχηματιζόταν δικογραφία για σχετικό αδίκημα.

Υπουργική απόφαση 30370/20.3.2001 του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Με την παρούσα απόφαση καταρτίζεται το πρόγραμμα επιδότησης νέων θέσεων εργασίας ατόμων με ειδικές ανάγκες, απεξαρτημένων, αποφυλακισμένων και νεαρών παραβατικών ατόμων. Ως απεξαρτημένα θεωρούνται τα άτομα εκείνα που προσκομίζουν βεβαιώσεις απεξάρτησης από εγκεκριμένα από το νόμο θεραπευτικά προγράμματα, έχοντας ολοκληρώσει και το στάδιο της κοινωνικής επανένταξης, ή εκείνα που παρακολουθούν τα «σταθεροποιητικά» προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Σύμφωνα με την παραπάνω υπουργική απόφαση προβλέπεται επιδότηση από τον ΟΑΕΔ προς τους εργοδότες για τα πρώτα τρία χρόνια σε περίπτωση που θα προσλάβουν άτομα που υπάγονται στις παραπάνω κατηγορίες για πλήρη ή μερική απασχόληση τετραετούς διάρκειας. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει επίσης μια τρίμηνη περίοδο προσαρμογής, διάστημα κατά το οποίο ο εργοδότης έχει την ευθύνη να εκπαιδεύσει τον εργαζόμενο και να τον βοηθήσει να ενταχθεί ομαλά στην παραγωγική διαδικασία. Για την επιτυχή ολοκλήρωση της περιόδου προσαρμογής προβλέπεται επιπλέον επιδότηση για τον εργοδότη.

Κοινή Υπουργική απόφαση Υ5γ/Γ.Π. οικ. 22284/28.2.2002 των Υπουργείων Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας

Με την παρούσα και προκειμένου να ενθαρρυνθεί η επαγγελματική επανένταξη πρώην χρηστών που εκουσίως προσήλθαν και ολοκλήρωσαν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, προβλέπεται η δυνατότητα πρόσληψης των παραπάνω στον Ο.ΚΑ.ΝΑ με σύμβαση εργασίας αορίστου χρόνου μετά από δοκιμαστική υπηρεσία διάρκειας τουλάχιστον δύο ετών.

Υπουργική απόφαση 1067/9.5.2001 του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

Κατάταξη των ουσιών GHB (γ-υδροξυβουτυρικό οξύ), 2C-B (4 βρωμο-2,5-διμεθοξυφαινυλαιθυλαμίνη) και 2 C-T-2 (2,5 - διμεθοξυ-4-αιθυλοθειοφαιναιθυλαμίνη) στον Πίνακα Α΄ του ν. 1729/1987 και μεταφορά της ουσίας «κεταμίνη» από τον Πίνακα Δ΄ στον Πίνακα Γ΄ του ίδιου νόμου.

Υπουργική απόφαση 3784/18.7.2001 του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

Κατάταξη των ουσιών «ζοπικλόνη» (6-(5-χλωροπυριδ-2-υλο)-5-(4-μεθυλοπιπεραζιν-1-υλο)καρβονυλοξυ-7-οξο-6,7-διυδρο-5H-πυρρολο-[3,4-β]πυραζίνη) και «ζαλεπλόνη» N-[3-(3-κυανοπυραζολο[1,5-α]πυριμιδιν-7-υλο)φαινυλο]-N-αιθυλακεταμίδιο στον Πίνακα Δ΄ του ν. 1729/1987.

Υπουργική Απόφαση 41040/19.11.2001

Υπαγωγή της ουσίας «δρωναβινόλη» (Δέλτα-9-τέτραυδροκανναβινόλη) στον Πίνακα Β΄ του Ν. 1729/1987 και μεταφορά της ουσίας «ναλβουφίνη» (17-κυκλοβουτυλομεθυλο-7,8-διυδρο-14-υδροξυ-17-νορμορφίνη) από τον Πίνακα Δ΄ στον Πίνακα Γ΄ του ίδιου νόμου.

Η πρόταση νόμου των πέντε βουλευτών

Τον Απρίλιο του 2001, πέντε βουλευτές προερχόμενοι από τρία διαφορετικά κοινοβουλευτικά κόμματα υπέβαλαν πρόταση νόμου με τον τίτλο «Τροποποίηση του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου περί των ναρκωτικών ουσιών και κωδικοποίηση του συνόλου των σχετικών νομικών διατάξεων». Η πρόταση νόμου επικεντρώνεται σε πέντε βασικούς άξονες:

- § Να γίνει μια κωδικοποίηση της υπάρχουσας νομοθεσίας για τα ναρκωτικά.
- § Να γίνει διάκριση της κάνναβης από τα άλλα ναρκωτικά, ειδικά όσον αφορά την ποινική δίωξη χρηστών και διακινητών. Προτείνεται επιεικέστερη αντιμετώπιση των χρηστών και διακινητών κάνναβης, με

στόχο την αποσύνδεση της αγοράς των «μαλακών» από εκείνη των «σκληρών» ναρκωτικών και την προστασία έτσι των χρηστών κάνναβης από τη δοκιμή «σκληρότερων» ναρκωτικών.

§ Να υπάρξει μια ελεγχόμενη από το κράτος χορήγηση ναρκωτικών και υποκατάστατων σε εξαρτημένους χρήστες, σε εξειδικευμένες ιατρικές δομές και από εξειδικευμένο προσωπικό. Ο στόχος είναι να τιμωρείται η χρήση όταν οδηγεί και προωθεί τη διακίνηση.

§ Να γίνει διάκριση των ποινών που επιβάλλονται στους εξαρτημένους εμπόρους από εκείνες που επιβάλλονται στους μικροδιακινητές («βαποράκια»), θεωρώντας τους μικροδιακινητές αναγκασμένους να διακινούν μικροποσότητες προκειμένου να εξασφαλίσουν τη δόση τους.

§ Να δοθεί ένας ορισμός του τι σημαίνει «μικροποσότητα ναρκωτικών». Στην ισχύουσα νομοθεσία κατά την ποινική διαδικασία η κατοχή και η ανταλλαγή μιας ναρκωτικής ουσίας για προσωπική χρήση αντιμετωπίζεται διαφορετικά από όταν αυτή προορίζεται για διακίνηση. Το δικαστήριο είναι όμως εκείνο που θα εκδώσει την τελική απόφαση συνεκτιμώντας διάφορους παράγοντες, μεταξύ των οποίων και την ποσότητα της κατασχεθείσας ουσίας. Στην παρούσα πρόταση νόμου καθορίζεται συγκεκριμένα η «μικρή ποσότητα» κάνναβης, ηρωίνης και κοκαΐνης στα δέκα γραμμάρια για την κάνναβη και στα πέντε για την ηρωίνη και την κοκαΐνη.

Η ως άνω πρόταση νόμου προκάλεσε ποικίλες αντιδράσεις στην επιστημονική κοινότητα. Επικροτήθηκε ιδιαίτερα η προσπάθεια κωδικοποίησης της υπάρχουσας νομοθεσίας για τα ναρκωτικά, καθώς αυτή είναι μια ανάγκη που είχε ήδη επισημάνει η πρώην Διακομματική Επιτροπή, αλλά και συμπεριλαμβάνεται στις αποφάσεις του Υπουργικού Συμβουλίου σχετικά με τις μελλοντικές πρωτοβουλίες που πρόκειται να αναληφθούν. Περαιτέρω, όσον αφορά την ελεγχόμενη από το κράτος χορήγηση ναρκωτικών σε εξαρτημένους χρήστες, αναφέρθηκε ότι η πολιτική αυτή εφαρμόζεται σε κράτη (Ελβετία,

Ολλανδία, Γερμανία) με πολύ διαφορετικές συνθήκες και τρόπο ζωής από τον δικό μας, στα οποία οι υπάρχουσες θεραπευτικές δομές καλύπτουν ήδη το 70% περίπου των εξαρτημένων. Στην Ελλάδα κάτι τέτοιο, όπως υποστηρίχθηκε, θα ήταν πρωθύστερο να εφαρμοστεί, καθώς δεν έχουν εξαντληθεί ακόμα οι δυνατότητες της θεραπευτικής αντιμετώπισης του προβλήματος και παράλληλα εκτιμάται ότι σε θεραπευτικά προγράμματα βρίσκεται μόλις το 10% των εξαρτημένων χρηστών (Κοκκέβη, Φεβρουάριος 2002). Επίσης, σε ό,τι αφορά την προταθείσα διάκριση μεταξύ της κάνναβης και των άλλων ναρκωτικών, το κύριο αντεπιχείρημα ήταν ότι, αν και μια τέτοια διάκριση θα μπορούσε να στέκει ιατρικά, δεν είναι δυνατόν να υποτιμηθεί η ψυχολογική διάσταση της εξάρτησης, καθώς και το μήνυμα που περνάει μέσα από μια τέτοια νομοθετική διάκριση, ότι η κάνναβη είναι μη βλαβερή ουσία. Τέτοιες πολιτικές δοκιμές θεωρούνται μάλλον παρακινδυνευμένες, καθώς σε περίπτωση αποτυχίας δεν είναι εύκολο να ανακληθούν οι δυσμενείς συνέπειες (Κοκκέβη, ό.π.). Πολύ πρόσφατα η πρόταση αυτή (Μάιος 2002) απορρίφθηκε από το Κοινοβούλιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.1 Τι είναι εφηβεία;

Εφηβική ηλικία είναι η περίοδος εκείνη του ανθρώπινου βίου, η οποία βρίσκεται μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ώριμης ζωής. Κατ' ακολουθίαν, ο έφηβος δεν είναι ούτε παιδί, ούτε ώριμος άνθρωπος, αλλά ένα ον, το οποίο παρουσιάζει πολλά ίδια σωματικά και ψυχικά γνωρίσματα, εκ των οποίων όμως κάποια από αυτά θυμίζουν την παιδική και άλλα την ώριμη ηλικία.

Η εφηβεία γενικά εκτείνεται σε 7-8 έτη περίπου, αλλά δεν είναι δυνατόν να καθορισθούν επακριβώς χρονικά όρια έναρξης και λήξης αυτής που να ισχύουν για όλους τους νέους, καθώς υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές ως προς τον χρόνο, κατά τον οποίο εισέρχονται αυτοί στην εν λόγω περίοδο και στην συνέχεια στην ώριμη ζωή, που εξαρτώνται από κληρονομικές προδιαθέσεις και από παράγοντες που επιδρούν σε κάθε άτομο από το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η νομοθεσία ωστόσο θέτει κάποια όρια για την έναρξη και τη λήξη της εφηβείας, τα οποία όμως έχουν περιορισμένη ισχύ. (Μελανίτης Γ. Αθήνα, 1966).

Ο όρος εφηβεία ουσιαστικά αναφέρεται στην ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου, η οποία σχετίζεται εν μέρει με τις βιόσωματικές αναπτυξιακές διαδικασίες, με αυτό δηλαδή που ορίζουμε ως «ήβη». Με άλλα λόγια η εφηβεία έχει την αρχή της, στη βιολογία και το τέλος της ,στον πολιτισμό – στο σημείο εκείνο που το κορίτσι και το αγόρι έχουν αποκτήσει έναν ικανοποιητικό βαθμό ψυχολογικής ανεξαρτησίας από τους γονείς τους. Έτσι εξηγείται η έλλειψη ακρίβειας στον ορισμό και στα χρονικά όρια της εφηβείας. Δεν υπάρχει κανένα ευδιάκριτο «τέρμα». Ακόμη και στο σημείο έναρξης της εφηβείας – η ήβη καθ' αυτή – είναι μια «κινητή εορτή» που ποικίλλει ανάλογα με τους περιβαλλοντικούς, κλιματολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες και που

υπόκειται όσον αφορά την έγκαιρη έναρξη ή την καθυστέρησή της, σε πολλές εξωτερικές επιδράσεις.

Για το μη ειδικό, η εφηβεία σχετίζεται απλώς με τη διαδικασία της ανάπτυξης – είναι η μεταβατική περίοδος ανάμεσα στην παιδική και στην ώριμη ηλικία. Συμπίπτει σε γενικές γραμμές, με τα χρόνια που το παιδί φοιτά στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση (λίγο πιο νωρίς και λίγο πιο αργά, μεταξύ 10-20 χρονών) με τη διαφορά ότι η χρονική διάρκεια της εφηβείας ποικίλλει από πολιτισμό σε πολιτισμό. Μέσα στα προηγούμενα πενήντα περίπου χρόνια, στις δυτικές κοινωνίες η εφηβεία έγινε μια όλο και μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας περίοδος ζωής. Αυτό αντανακλά την σύγχυση που υπάρχει τόσο στους νόμους, όσο και στις άγραφες κοινωνικές συμβάσεις, για το πότε το νέο άτομο είναι πια ώριμο και υπεύθυνο.

Ο πιο σημαντικός αναπτυξιακός στόχος της εφηβείας, όπως υποστηρίζουν πολλοί σύγχρονοι ψυχολόγοι, είναι η ανάγκη του ατόμου να διαμορφώσει οριστικά την ταυτότητά του, να γίνει δηλαδή ένα μοναδικό, ξεχωριστό και ώριμο άτομο. Η ανάπτυξη της ταυτότητας του εγώ θεωρείται ουσιώδης προϋπόθεση για να μπορέσει το άτομο στη συνέχεια, να διαμορφώσει ουσιαστικές και σε βάθος διαπροσωπικές σχέσεις. Αρχίζει με το έντονο ενδιαφέρον του εφήβου να βρει και να ανακαλύψει τη φύση του εαυτού του και τελειώνει, όταν πλέον έχει διαμορφώσει την έννοια του εαυτού του ως ένα ενιαίο σύνολο και την προσωπική του ταυτότητα. Αυτός ο αναπτυξιακός στόχος – η σταδιακή διαμόρφωση της ατομικότητας- ολοκληρώνεται συνήθως (όσο βέβαια επιτρέπεται να μιλάμε για ολοκλήρωση τέτοιων πολύπλοκων διαδικασιών) στις ηλικίες μεταξύ 18 και 22 ετών .

Έτσι ο έφηβος διαμορφώνει αυτό που ονομάζουμε αυτεπίγνωση – μια συνειδητή εικόνα του εαυτού του – στην καρδιά της οποίας βρίσκεται μια αναπαράσταση του σώματός του: πως αυτό είναι στην πραγματικότητα και πως το βλέπουν οι άλλοι. Εάν υπάρχει κάτι που κάνει την εφηβεία να ξεχωρίζει από την παιδική ηλικία, αυτό είναι οι ραγδαίες αναπτυξιακές αλλαγές που

συντελούνται στη χρονική αυτή περίοδο. Αυτές οι σωματικές και νοητικές αλλαγές μεταμορφώνουν το παιδί σε έφηβο. (Martin Herbert , 1989, επιμέλεια: Καλαντζή – ajigi A., Αθήνα 1994) .

Η εφηβεία, λοιπόν, κατά κανόνα αντιστοιχεί στην ηλικία των δεκατριών έως δεκαεννέα χρόνων, αν και καμιά φορά εκδηλώνεται νωρίτερα ή μπορεί να λήξει πέρα από τα είκοσι χρόνια του νέου. Οι φυσικές μεταβολές της εφηβείας εμφανίζονται νωρίτερα απ' ότι συνήθως πιστεύεται, αν και ποικίλουν, πολλές φορές ανάλογα με την περίπτωση.

Στα κορίτσια η έμμηνος ρύση αρχίζει πολλές φορές μεταξύ 11-14 χρόνων. Στα αγόρια η εφηβεία δεν εκδηλώνεται με ένα ευδιάκριτο φυσικό φαινόμενο, αλλά κατά κανόνα αρχίζει μεταξύ 12-15 χρόνων. Στα χρόνια που ακολουθούν, ο έφηβος θα φτάσει στο κορύφωμα της πνευματικής και της σωματικής του ανάπτυξης.

Η εφηβεία όμως αποτελεί περίοδο όχι μόνο φυσιολογικών μεταβολών αλλά και ψυχολογικών, αν και δεν υπάρχει συγχρονισμός στις μεταβολές αυτές. Κάθε έφηβος φαίνεται να αναπτύσσεται σύμφωνα με δικό του προσωπικό ρυθμό. Είναι επίσης σωστό, όπως είπε ο Γκεζέλ, ότι «αυτός ο προσωπικός ρυθμός είναι μια παραλλαγή μέσα στο γενικό πλαίσιο της ανάπτυξης, που είναι χαρακτηριστική της περιόδου αυτής της ανθρώπινης ζωής» (Oswald Bell, Επιμέλεια: Μακρίδη Δ., Αθήνα, 1967).

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι εφηβεία ονομάζουμε τις σημαντικές αλλαγές που συμβαίνουν στους ανθρώπους στην ηλικία ανάμεσα στα 8 και 18 έτη. Παρ' ότι οι άνθρωποι μεγαλώνουν και αλλάζουν συνεχώς από την ημέρα που γεννήθηκαν, οι αλλαγές που γίνονται κατά την περίοδο της εφηβείας είναι συνταρακτικές και σηματοδοτούν την εποχή που παύεις να είσαι παιδί και αρχίζεις να γίνεσαι μεγάλος /-η (Susan Elliot – Wright 2003) .

2.1.2 Προεφηβική ηλικία

Η περίοδος αυτή, ξεκινώντας από το 9^ο και λήγοντας περίπου στο 12^ο έτος, είναι σημαντική, γιατί κατά τη διάρκειά της προπαρασκευάζεται η προσαρμογή στην κοινωνία του εφήβου. Η προσαρμογή αυτή είναι η εκδήλωση της φυσικής αφύπνισης του εφήβου, πριν αυτή εμφανιστεί στην περίοδο της εφηβείας. Στην προεφηβική ηλικία, το παιδί δεν έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί αξιολογικές σχέσεις και έννοιες περιεκτικές σε στοιχεία, σαν διαφοροποιημένες όψεις της ζωής. Το παιδί, συνήθως μιμείται τη συμπεριφορά ατόμων από το στενό του περιβάλλον. Με την είσοδό του όμως στην εφηβεία, αρχίζει να εμφανίζει ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, σκέψεις, θρησκευτικές αξίες, δημιουργώντας στο μυαλό του μια κοινωνία όπου οι κατευθύνσεις των αντιλήψεων για τον κόσμο και τη ζωή δεν παρουσιάζουν κάποια συγκεκριμένη συνοχή. Το ασύνδετο των κατευθύνσεων αυτών, όπως και το αναποφάσιστο, είναι κάποια από τα ουσιώδη γνωρίσματα της ηλικίας αυτής.

Κατά την προεφηβική ηλικία, οι έννοιες του χώρου, του χρόνου και των αριθμών έχουν σχηματισθεί, αλλά βρίσκονται σε συγκεκριμένη μορφή μέσω της καθημερινής εμπειρίας. Η κριτική ικανότητα είναι ανεπτυγμένη, χωρίς να είναι όμως το κύριο γνώρισμα της περιόδου. Είναι μια περίοδος συλλογής γνώσεων, όπως και η παιδική, αλλά όχι οργάνωσης αυτών. Η διανοητική ανάπτυξη του προεφήβου, προχωράει σχετικά με γρήγορο ρυθμό και η συναισθηματική του ζωή είναι έντονη όπως και οι επιθυμητικές τάσεις, εκτός της αυτοκυβέρνησης και της αυτοκυριαρχίας, διότι και ο προέφηβος έχει ανάγκη συνεχούς καθοδήγησης, μιας και οι ανώτερες πνευματικές του λειτουργίες αρχίζουν να ωριμάζουν αργότερα, κατά την εφηβική δηλαδή ηλικία. Ο ψυχικός βίος του προέφηβου γενικότερα, είναι σχετικά απλός. Χαρακτηρίζεται από εγωκεντρισμό και ατομισμό, επιζητώντας τα πρωτεία, ενώ η αυτοσυντήρηση, είναι ο πρώτος νόμος της φύσης γι' αυτόν (Σακελλαρίου Γ., Αθήνα 1939).

Η προεφηβεία, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο, αναφέρεται ότι καλύπτει την περίοδο όπου έχουν μεν αρχίσει να αναπτύσσονται ορισμένα γνωρίσματα της ήβης – τρίχωση του εφηβαίου, απότομη αύξηση των διαστάσεων του σώματος, διόγκωση των μαστών, διόγκωση των όρχεων, χωρίς όμως να παράγονται ακόμη ώριμα σπερματικά κύτταρα (σπερματοζώαρια, ωάρια). Με βάση ορισμένους μελετητές που χωρίζουν την ήβη σε δύο φάσεις, η προεφηβεία αποτελεί την πρώτη φάση της ήβης. Η δεύτερη φάση καλύπτει την περίοδο όπου υπάρχει μεν παραγωγή ώριμων σπερματικών κυττάρων, αλλά δεν έχει ακόμα ολοκληρωθεί η διαμόρφωση όλων των δευτερευόντων γνωρισμάτων της ήβης. (Παρασκευόπουλος Ι., Αθήνα 1985).

2.2.1 Διάρκεια και φάσεις της εφηβείας.

Η εφηβεία χωρίζεται σε δύο φάσεις. Η πρώτη φάση διαρκεί από τα 13 έως τα 17 κι ο έφηβος ονομάζεται «νεαρός έφηβος». Η δεύτερη φάση διαρκεί από τα 17 έως τα 20 κι ο έφηβος ονομάζεται «μεγάλος έφηβος».

i) Πρώτη φάση της εφηβείας (13 - 17) – νεαρός έφηβος.

Ο νεαρός έφηβος παρουσιάζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- § Περνά μια περίοδο αμφιβολιών.** Ο νεαρός έφηβος βρίσκεται σε συνεχή διλήμματα για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να ενεργεί.
- § Ζει μια περίοδο συνεχών αλλαγών.** Στη φάση αυτή συμβαίνουν συχνές αλλαγές στο νεαρό έφηβο. Οι σωματικές μεταβολές είναι έντονες και συνεχείς και ακολουθούνται από ψυχολογικές αλλαγές. Μεταβάλλει συνεχώς τις διαθέσεις και τη συμπεριφορά του.
- § Ζει μια περίοδο έντονου συναισθηματισμού.** Παράλληλα με τις σωματικές αλλαγές, ο νεαρός έφηβος ζει και μια περίοδο έντονων συναισθηματικών καταστάσεων.

- § Ζει μια περίοδο αστάθειας. Παρατηρούνται στο νεαρό έφηβο συνεχείς μεταπτώσεις, από ευχάριστες και δυσάρεστες καταστάσεις, από την αυτοπεποίθηση στην απογοήτευση, από τον εγωισμό στον αλτρουισμό, από τον ενθουσιασμό στην απάθεια.
- § Έχει πολλά προβλήματα και ανησυχίες. Ο νεαρός έφηβος έχει πολλά προβλήματα και ανησυχίες, όπως: για την σωματική εμφάνιση και την υγεία του, για τις σχέσεις του στο σπίτι και έξω από αυτό, για τη σχολική εργασία, για τα μελλοντικά του σχέδια - εκπαίδευση, επάγγελμα, επιλογή συντρόφου -, για θέματα θρησκείας και ηθικής, για οικονομικά θέματα κλπ.
- § Περνάει μια κρίσιμη ηλικία. Όλοι οι παραπάνω λόγοι συντελούν στο να είναι η ηλικία αυτή κρίσιμη. Ιδιαίτερα κρίσιμη αποβαίνει όταν δεν έχουν επιτευχθεί οι εξελικτικές μορφές συμπεριφοράς της παιδικής και προεφηβικής ηλικίας, όταν δηλαδή δεν έχουν πραγματοποιηθεί οι εξελικτικοί στόχοι της προηγούμενης ηλικίας.
- § Δεν αντιμετωπίζεται ευνοϊκά από τους ώριμους. Οι ώριμοι χαρακτηρίζουν την ηλικία του νεαρού έφηβου ως προβληματική ηλικία, λόγω της ισχυρογνωμοσύνης που υπάρχει στο νεαρό έφηβο και της τάσης του να κάνει το αντίθετο από αυτό που ζητείται να κάνει.

ii) Δεύτερη φάση της εφηβείας (17 - 20) –Ο μεγάλος έφηβος.

Αντίθετα με το νεαρό έφηβο, που συμπεριφέρεται σε μεγάλο βαθμό με ανωριμότητα, όπως είδαμε πιο πάνω, ο μεγάλος έφηβος συμπεριφέρεται πια κατά τρόπο ώριμο και υπεύθυνο, παρουσιάζοντας τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- § Συμπεριφέρεται με αρκετή σταθερότητα. Ο μεγάλος έφηβος συμπεριφέρεται με αρκετή σταθερότητα σ' όλες τις εκφάνσεις της ζωής. Έχει σταθερά ενδιαφέροντα σ' ότι αφορά την ενδυμασία, την αναψυχή, την εκλογή επαγγέλματος, τις φιλίες του με τους συνομήλικους και των

δύο φύλων, τη συναισθηματική του συμπεριφορά, τις διαθέσεις του γενικά. Η σταθερότητα σ' όλες τις παραπάνω περιπτώσεις βοηθάει το μεγάλο έφηβο να προσαρμοστεί καλύτερα στη ζωή.

- § «Αστάθεια σε λογικά όρια», Λέει η Hurlock, «είναι δείγμα πνευματικής και κοινωνικής ωριμότητας. Έλλειψη αστάθειας συνήθως προέρχεται από υπερπροστασία, που αποτελεί για τον έφηβο αιτία να χάσει την εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να αντιμετωπίζει μόνος του τα προβλήματα που του παρουσιάζει η ζωή. Αυτό στη συνέχεια αποτελεί αιτία να γίνει ο ίδιος αυστηρός και να αναπτύξει έναν αυταρχικό τύπο προσωπικότητας. Συνεχής και έντονη αστάθεια σημαίνει πως ο έφηβος έχει δυσκολίες στο να παραμερίσει τις παιδικές συνήθειες και να τις αντικαταστήσει με περισσότερο ώριμες».
- § Αντιμετωπίζει υπεύθυνα τα προβλήματά του. Τα προβλήματα των μεγάλων εφήβων είναι σε γενικές γραμμές τα ίδια με τα προβλήματα των νεαρών εφήβων, αλλά οι μεγάλοι έφηβοι τα αντιμετωπίζουν διαφορετικά. Η αντιμετώπιση δηλαδή των προβλημάτων είναι πιο ώριμη και πιο επιτυχής απ' ό,τι αυτή ήταν στα προηγούμενα χρόνια.
- § Είναι συναισθηματικά ήρεμος. Η έλλειψη υπερπροστασίας και η παροχή περισσότερων ευκαιριών στο μεγάλο έφηβο να ενεργεί υπεύθυνα και ανεξάρτητα, είναι φυσικό να μειώνει τώρα και τη συναισθηματική ένταση, στην οποία βρισκόταν ο νεαρός έφηβος.
- § Είναι πιο ρεαλιστής. Η μη ρεαλιστική εικόνα που ο νεαρός έφηβος είχε για τον εαυτό του και που τον οδηγούσε συχνά σε σύγκρουση με το περιβάλλον του αρχίζει σιγά – σιγά να εξαφανίζεται και τη θέση της παίρνει μια πιο ρεαλιστική εικόνα για τον εαυτό του και τη ζωή.
- § Ενεργεί σαν ώριμος. Ο μεγάλος έφηβος και επιθυμεί και μπορεί πια να συμπεριφέρεται σαν ώριμος, επιδιώκοντας να ξεφύγει από την ανώριμη συμπεριφορά του νεαρού εφήβου.

§ Αντιμετωπίζεται διαφορετικά απ' τους ώριμους. Οι μεγάλοι (γονείς, εκπαιδευτικοί, κλπ) μεταχειρίζονται διαφορετικά, με μεγαλύτερη δηλαδή άνεση και κατανόηση, το μεγάλο έφηβο. Αυτό συμβαίνει γιατί κι ο μεγάλος έφηβος άλλαξε τακτική απέναντί τους, συνεργάζεται καλύτερα με αυτούς κι ενδιαφέρεται πιο πολύ για τον προγραμματισμό της μελλοντικής του ζωής. (Μάνος Κ. Αθήνα, 1986).

Σύμφωνα με τον Ι. Παρασκευόπουλο, θεωρούμε ότι η εφηβική ηλικία καλύπτει αναπτυξιακά φαινόμενα που συμβαίνουν στη δεύτερη δεκαετία της ζωής του ατόμου, σε ένα διάστημα διάρκειας 7 - 8 ετών, το οποίο αρχίζει περίπου στο 11^ο έτος στα κορίτσια και περίπου στο 13^ο στα αγόρια, χωρίς ασφαλώς να παραγνωρίζουμε το γεγονός ότι τα φαινόμενα αυτά είναι δυνατό να αρχίζουν να εκτυλίσσονται νωρίτερα ή να συνεχίζουν να υπάρχουν και πέρα από τα χρονικά αυτά όρια. Τα αναπτυξιακά αυτά φαινόμενα της εφηβείας, πραγματοποιούνται σε δύο επιμέρους φάσεις: 1) Στην κυρίως εφηβεία (από το 11^ο ως το 16^ο έτος περίπου), όπου εμφανίζονται και διαμορφώνονται όλες οι νέες βασικές βιοσωματικές αλλαγές της ήβης και οι νέες γνωστικές δοκιμές που μετασχηματίζουν το παιδί σε ενήλικο. 2) Στην εφηβική νεότητα (από το 16^ο ως το 20^ο έτος περίπου), όπου το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί στο νέο του βιοσωματικό και γνωστικό εαυτό και στη νέα κοινωνική πραγματικότητα της εφηβικής ζωής και βαθμιαία να ενταχθεί στην κοινωνία των ενηλίκων (Παρασκευόπουλος Ι., Αθήνα, 1985).

2.2.2 Αλλαγές της εφηβικής ηλικίας

i) Σωματικές Αλλαγές

Η ήβη σημαδεύεται από μια ταχεία αύξηση του ύψους, κατά την οποία τα κορίτσια εμφανίζουν μια αιφνίδια αύξηση μεταξύ 10 και 12 και τα αγόρια μεταξύ 12 και 14 χρόνων. Στις σωματικές μεταβολές της ήβης περιλαμβάνεται και η ωρίμανση των πρωτευνόντων και δευτερευόντων χαρακτηριστικών του

φύλου. Τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου (γενετήσια χαρακτηριστικά) είναι οι σωματικές μεταβολές που προκαλούνται από ορμόνες, οι οποίες μας καθιστούν ικανούς για αναπαραγωγή. Αυτές οι μεταβολές περιλαμβάνουν την ανάπτυξη του πέους και των όρχεων στα αγόρια και του κόλπου, της μήτρας και των ωοθηκών στα κορίτσια. Τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου προκαλούνται από σεξουαλικές ορμόνες αλλά δεν σχετίζονται με την πράξη της αναπαραγωγής. Τα αγόρια κατά την περίοδο της ήβης αποκτούν τριχοφυΐα στο πρόσωπο, βαθύτερη φωνή και μεγαλύτερους μυς. Τα κορίτσια αποκτούν φαρδύτερους γοφούς, μεγαλύτερα στήθη και καμπύλες, που οφείλονται εν μέρει στην αύξηση των αποθεμάτων λίπους. Αυτές οι σωματικές μεταβολές προκαλούνται από την αυξημένη έκκριση της ανδρικής γενετήσιας ορμόνης τεστοστερόνης, μεταξύ των 12 και 13 χρόνων και της γυναικείας γενετήσιας ορμόνης οιστρογόνης μεταξύ 10 και 11 χρόνων. Τα κορίτσια ωριμάζουν σωματικά νωρίτερα από τα αγόρια και η αρχή της εμμήνου ροής, εμφανίζεται μεταξύ των 11 και 13 χρόνων (Lester M. Sdorow, 1996).

ii) Οι διανοητικές αλλαγές

Η νοητική ανάπτυξη φτάνει στο αποκορύφωμά της ανάμεσα στο 17^ο και 18^ο έτος. Όχι σπάνια, όμως, συνεχίζεται και μέχρι το 20^ο έτος και πέρα από αυτό. Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν ποιοτικές διαφορές νοητικής ανάπτυξης μεταξύ των εφήβων διαφορετικού φύλου, αλλά αυτές δεν οφείλονται σε κάποια εγγενή αδυναμία, αλλά μάλλον στη διαφορά ενδιαφέροντος. Η νοητική εξέλιξη των εφήβων οφείλεται βασικά στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος, αλλά ενισχύεται σημαντικά και από την προσωπική εμπειρία κάθε εφήβου. Κύριο χαρακτηριστικό κατά τον Piaget είναι ότι ο έφηβος μεταπηδάει από τη συγκεκριμένη σκέψη, που χαρακτήριζε την προεφηβική ηλικία, στην αφηρημένη. Οι έφηβοι, με την ανάπτυξη της αφηρημένης σκέψης έχουν την ικανότητα όχι μόνο να αντιλαμβάνονται τον κόσμο όπως είναι, αλλά και να σκέπτονται πως θα ήταν δυνατόν να είναι.

Άλλη εκδήλωση της νοητικής ανάπτυξης του εφήβου είναι η ικανότητά του να ασχολείται με ιδέες που δεν έχουν άμεσο, προσωπικό ενδιαφέρον, όπως η συζήτηση για τα κοινά, για παγκόσμια προβλήματα και ιδέες ανθρώπων και λαών που είναι άγνωστοι σε αυτόν. Χαρακτηριστικό γνώρισμα επίσης, της νοητικής ωριμότητας των εφήβων, είναι και η «διανοητική επικοινωνία», την οποία επιδιώκουν μεταξύ τους και είναι σε θέση να πετυχαίνουν. Οι έφηβοι όχι μόνο ανταλλάσσουν τις σκέψεις τους, αλλά και τις συζητούν, τις υποστηρίζουν, τις θέτουν σε δοκιμασία και ελέγχουν τη λογική τους. (Τρυφονόπουλος Σ., Αθήνα, 1980).

iii) Συναισθητικές αλλαγές

Μέσα στον κυκεώνα των αλλαγών που περιγράψαμε παραπάνω, ο έφηβος πλημμυρίζει από συναισθήματα έντονα και ευμετάβλητα. Αρχικά, νιώθει δέος για τη νέα κατάσταση, για τις νέες του ικανότητες που καλείται να εκμεταλλευτεί, για το γεγονός πως ο ρόλος του ενήλικα, που θα κληθεί να παίξει, παύει να είναι μια απλή φήμη και γίνεται πλέον μια πληροφορία. Όσο ήταν παιδί, ο έφηβος έβλεπε τους γονείς και τους δασκάλους του σαν πρότυπα, σαν θεούς, αλλά καθώς η εφηβεία εξελίσσεται, φεύγει αυτή η σιγουριά του γι' αυτά τα πρότυπα και αρχίζει κρυφά ή φανερά να τα αμφισβητεί και να διερευνά τα όριά τους. Ο έφηβος, σταδιακά, θα στραφεί σε παρέες συνομηλίκων, θα ψάξει για νέα πρότυπα, θα θεοποιήσει τα σύμβολα της μουσικής κουλτούρας, όπως μουσικά συγκροτήματα και ηθοποιούς, θα αναζητήσει έναν αληθινό μύθο για να αντικαταστήσει τον πεσμένο μύθο των γονιών του. Οι έφηβοι τρομάζουν μπροστά στην απομυθοποίηση των γονιών τους, δημιουργώντας παρέες με έντονους συναισθηματικούς δεσμούς και στρέφονται σε πρότυπα έξω από την οικογένειά τους για να αναπληρώσουν αυτό τους το συναισθηματικό κενό. (Καναβίτσας Ε., Άρθρο στο Internet, 06/10/2004).

iv) Αλλαγές στην κοινωνικοποίηση των εφήβων.

Ο Αμερικανός ψυχολόγος Α. Τ. Jersild θεωρεί την κοινωνικοποίηση του εφήβου σαν ένα «τρίπρακτο δράμα». Στην πρώτη πράξη του ο έφηβος είναι ακόμα εξαρτημένος από την οικογένεια, αλλά αρχίζει σιγά-σιγά να απομακρύνεται από την προστασία της. Στη δεύτερη πράξη, διεξάγει τη μάχη για τη χειραφέτηση. Θέλει να αποκτήσει δική του υπόσταση και να αναλάβει υπευθυνότητα για τις πράξεις του και το μέλλον του. Στην τρίτη, τέλος, πράξη η μάχη έχει τελειώσει και ο έφηβος παίρνει τη θέση του ανάμεσα στους συνομηλίκους του και ατενίζει με περισσότερη βεβαιότητα το μέλλον του. Σ' αυτό το στάδιο, θα αρχίσει η παλινδρόμηση προς τους γονείς, προς τους οποίους θα εκδηλώνει τρυφερότητα και αναγνώριση, για τις υπηρεσίες που του προσέφεραν στην κρίσιμη διαδικασία της χειραφέτησης.

Πριν όμως, αρχίσει το δράμα, όπως το παριστάνει ο Jersild, η κοινωνικοποίηση, έχει αρχίσει από την παιδική ηλικία. Από τον τρόπο που θα αντιμετωπίσουν το θέμα οι γονείς, και το σχολείο αργότερα, θα εξαρτηθεί και η επιτυχής ή όχι κοινωνική προσαρμογή κατά την εφηβεία. (Τρυφονόπουλος Σπύρος. I., Αθήνα, 1980).

2.2.3 Χαρακτηριστικά της εφηβείας

i) Αναζήτηση ταυτότητας

Ο έφηβος δοκιμάζει κάθε είδους πιθανή ταυτότητα, ζητώντας να βιώσει διάφορους ρόλους, πειραματιζόμενος με διάφορα είδη σχέσεων, εξερευνώντας τις νοητικές και φυσικές του δυνάμεις. Το αποτέλεσμα θα είναι ικανοποιητικό, αν η ταυτότητα που διάλεξε ταιριάζει με τους διαθέσιμους ρόλους της ζωής, αλλά είναι πιθανό να υπάρξουν σημάδια κατάθλιψης και απόγνωσης, αν το νεαρό άτομο δεν καταφέρει να βρει την απάντηση «Ποιος είμαι;» ή αν η ταυτότητα που διάλεξε δεν ταιριάζει με κανένα εφικτό κοινωνικό ρόλο ή ακόμα δεν είναι αποδεκτή.

ii) Αυτονομία και ανεξαρτησία

Το νεαρό άτομο θέλει να ακολουθήσει τις δικές του ασχολίες κατά προτίμηση μακριά απ' την επίβλεψη και τον έλεγχο των γονιών και των δασκάλων. Αυτό μπορεί να σημαίνει και πράγματα απαγορευμένα ή ακόμα καταστρεπτικά ή επικίνδυνα. Οι πολύ αρνητικές στάσεις εναντίον της αστυνομίας, του οικονομικού και πολιτικού συστήματος, της κυβέρνησης και άλλων θεσμών, είναι χαρακτηριστικές και συχνά οι γονείς δυσκολεύονται να τις χειριστούν με ηρεμία.

iii) Ερεθίσματα και πλήξη

Οι περισσότεροι έφηβοι παραπονιούνται συχνά ότι πλήττουν. Ενδιαφέρον βρίσκουν το θόρυβο, την ταχύτητα, τα εναλλασσόμενα φώτα, τα πλήθη, τους νεωτερισμούς, την ποικιλία, τις έντονες συζητήσεις, τους πειραματισμούς με ποτά και σε σοβαρές περιπτώσεις με τοξικές ουσίες.

iv) Κοινωνικότητα: η ανάγκη για συντροφικότητα

Οι νέοι, ενώ εξακολουθούν να αντιλαμβάνονται τη σημασία που έχουν οι γονείς και οι άλλοι συγγενείς, αναζητούν στην ομάδα των συνομηλίκων τους, τα ενδιαφέροντα, την παραδοχή, τα αστεία, τον ανταγωνισμό. Και τα δύο φύλα συγκλίνουν στο ίδιο «σκηνικό» την καφετέρια, την ντισκοτέκ, το μπαρ.

v) Σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη

«Το πρωταρχικό στοιχείο της εφηβείας», γράφει η καθηγήτρια της κοινωνικής πρόνοιας Κάθλιν Τσίλμαν, «είναι ότι το νεαρό άτομο μπορεί να αναπαράγει». Ενώ αναγνωρίζει απόλυτα τις κοινωνικές και πολιτιστικές δυνάμεις που διαπλάθουν τη στάση των εφήβων απέναντι στη σεξουαλικότητα, σημειώνει ότι το σεξ παίζει κεντρικό ρόλο. Τους εφήβους τους απασχολεί πολύ το εξελισσόμενο σώμα τους και η τάση να πειραματιστούν σεξουαλικά.

vi) Νοητική Εξέλιξη

Πολλοί νέοι που μέχρι πρότινος είχαν δείξει πολύ λίγο ενδιαφέρον για τη δουλειά του σχολείου, σ' αυτό το στάδιο αρχίζουν να διασκεδάζουν ασκώντας το μυαλό τους. Ο νέος που εξελίσσεται ξαφνικά, αργότερα από τους άλλους, είναι συνηθισμένο φαινόμενο.

vii) Ηθική ευαισθησία

Ένα από τα πιο αξιοπρόσεκτα χαρακτηριστικά της εφηβείας είναι η έντονη ευαισθησία στο τι είναι σωστό και λάθος, δίκαιο και άδικο. Οι έφηβοι είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στις αντιφάσεις που υπάρχουν ανάμεσα στα λεγόμενα και στις πράξεις των ενηλίκων και αυτό τους οδηγεί στην ετοιμότητα να διαδηλώνουν ενάντια σε διάφορες αδικίες. (Ρόνα Ραποπόρ, Ρόμπερτ Ραποπόρ. Μετάφραση: Σόλμαν Μ. Αθήνα, 1980).

2.2.4 Τα κυριότερα προβλήματα της εφηβείας

α) Εφηβεία και κατάχρηση ουσιών

Αποτελεί για πολλούς το πιο σημαντικό πρόβλημα όχι μόνο της εφηβείας, αλλά της σύγχρονης κοινωνίας μας ολόκληρης. Η τάση των εφήβων να εξαρτώνται από αυτά έχει να κάνει με τα χαρακτηριστικά της εύθραυστης εφηβικής προσωπικότητας. Οι έφηβοι ενδιαφέρονται ελάχιστα για το μέλλον τους, η ζωή τους είναι το παρόν και προειδοποιήσεις που έχουν να κάνουν με τη μελλοντική τους υγεία, λίγο μπορούν να τους αγγίξουν.

β) Εφηβεία και Διαταραχές διατροφής.

Στις διαταραχές διατροφής εντάσσονται η νευρική ανορεξία και η βουλιμία. Η νευρική ανορεξία πλήττει πολύ πιο συχνά τα κορίτσια από ότι τα αγόρια και μπορεί να εγκαθιδρυθεί ακόμα και από την ηλικία των 12 ετών. Τα

άτομα με νευρική ανορεξία πιστεύουν πως είναι παχύσαρκα άτομα αν και είναι σκελετωμένα. Συχνά έχουν βουλιμικά επεισόδια, κατά τα οποία καταβροχθίζουν μεγάλες ποσότητες φαγητού που τις αφαιρούν με προκλητό εμετό. Είναι μια επικίνδυνη κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε ασιτία ή στο θάνατο. Τα βουλιμικά άτομα αντίθετα χαρακτηρίζονται από πολλά επεισόδια καταβρόχθισης φαγητού, συνοδευόμενα από προκλητό εμετό, διαταράσσοντας έτσι το πεπτικό τους σύστημα και την ηλεκτροδιαλυτική τους ισορροπία με δυσάρεστες επιπτώσεις.

γ) Σχέσεις των εφήβων με το άλλο φύλο

Οι έφηβοι θέλουν να αρέσουν στο άλλο φύλο, ώστε να νοιώσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και να διαπιστώσουν πως μπορούν να παίξουν τους ρόλους του άντρα και της γυναίκας. Όλα αυτά τα παιχνίδια είναι απαραίτητα ώστε οι έφηβοι να μπορέσουν να γνωρίσουν καλύτερα το εαυτό τους και να αποκτήσουν πολύτιμες εμπειρίες για το μέλλον. Προσοχή χρειάζεται ώστε οι έφηβοι να είναι ενημερωμένοι γύρω από το σεξ και την αντισύλληψη. Οι γονείς είναι υπεύθυνοι να μπορούν με ευαισθησία να μεταδώσουν στα παιδιά τους όλα όσα πρέπει να γνωρίζουν για το σεξ. Η εφηβεία πρέπει να είναι μια περίοδος αποκαλύψεων και έντονων εμπειριών, όπου οι συγκρούσεις είναι απαραίτητες και η απουσία των συγκρούσεων μάλλον θα πρέπει να μας θορυβήσει. Οι γονείς καλούνται να οπλιστούν με υπομονή, επιμονή και χιούμορ ώστε να συνοδεύσουν τα παιδιά τους στο ταξίδι τους προς τον κόσμο των ενηλίκων. (Καναβίτσας Ε., Άρθρο στο Internet: 06/10/04).

δ) Πίεση

Η πίεση μπορεί να προέρχεται από πολλές κατευθύνσεις. Οι γονείς των εφήβων συχνά ασκούν πίεση, χωρίς να το θέλουν, επιδιώκοντας να είναι τα παιδιά τους καλοί μαθητές και πρώτοι σε όλα. Η πίεση στους εφήβους αυξάνεται σε περιόδους εξετάσεων, λόγω διαβάσματος. Οι καθηγητές επίσης, θέλοντας να τα πάνε καλά οι έφηβοι στο σχολείο, μπορεί να δημιουργήσουν

κάποια μορφή πίεσης σε αυτούς. Ακόμα, η πίεση που ασκείται από τους συνομήλικους, αναφέρεται συχνά ως αιτία για την οποία κάποιοι αρχίζουν να καπνίζουν, να πίνουν ή να παίρνουν ναρκωτικά. Καθώς η εξέλιξη των εφήβων γίνεται με διαφορετικό ρυθμό, μπορεί να οδηγήσει στην δημιουργία έντονων συγκρούσεων μεταξύ τους.

ε) Νεανικοί έρωτες

Όταν οι έφηβοι αρχίζουν να ερωτεύονται, οι ενήλικες μπορεί να μην τους παίρνουν στα σοβαρά, λέγοντας πως είναι πολύ μικρά για να αισθάνονται έτσι. Ωστόσο, μερικές φορές η αγάπη διαρκεί για μήνες ή χρόνια, άλλοτε πάλι περνάει μέσα σε μια βδομάδα. Οι νεανικοί έρωτες μπορεί να πληγώσουν σημαντικά τους εφήβους, όταν τα άτομα του ενδιαφέροντός τους δεν ανταποκρίνονται στα συναισθήματα αυτών.

στ) Κατάθλιψη

Λαμβάνοντας υπόψη αυτά που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι στην έντονη αυτή περίοδο των αλλαγών, δεν είναι περίεργο που μερικοί παθαίνουν κατάθλιψη. Οι νεαροί άνθρωποι του 21^{ου} αιώνα μπορεί να περνάνε δυσκολότερες ώρες απ' ό τι στο παρελθόν, γιατί οι γάμοι και οι άλλες οικογενειακές σχέσεις διαλύονται πιο συχνά, αφήνοντας παιδιά και εφήβους σε ασταθείς καταστάσεις, ενώ και τα προβλήματα στις σχέσεις ή το άγχος των εξετάσεων, μπορεί να δημιουργήσουν μεγάλο πρόβλημα. Η σοβαρή κατάθλιψη, όπου όλα φαίνονται ζοφερά και πως δεν αξίζει να ζεις, χρειάζεται άμεση ιατρική παρακολούθηση, καθώς το φαινόμενο της αυτοκτονίας των εφήβων δεν είναι καθόλου ασυνήθιστο. (Susan Elliot – Wright, 2003, Μετάφραση: Μαρκαζάνε Ε. Αθήνα, 2004).

2.2.5 Ο ρόλος των γονέων, του σχολείου και της κοινωνίας στην εξέλιξη των εφήβων.

§ Ρόλος γονέων

Η οικογένεια είναι η πρώτη μικρογραφία της κοινωνίας που γνωρίζει το παιδί και αν βρει εκεί σωστές αντιλήψεις για τη ζωή και φιλική κατανόηση, θα προετοιμαστεί σωστά για την αντιμετώπιση της ζωής. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται εκ μέρους των γονέων στον τρόπο συμπεριφοράς τους προς το παιδί και μεταξύ τους, γιατί αυτό ως ευαίσθητος δείκτης θα τους αντιγράψει και θα τους μιμηθεί και ανάλογα, σε αυτούς πρώτα, θα συμπεριφερθεί καλά η άσχημα. Δείχνοντας αυτοί σεβασμό προς αυτό, θα το βοηθήσουν να αναπτύξει σωστά την προσωπικότητά του. Η οικογένεια, λοιπόν, βάζει τα θεμέλια στη διαμόρφωση της αγωγής των παιδιών. Με βάση αυτά, καταλαβαίνουμε το πόσο μεγάλη είναι η ευθύνη για τη σωστή διαμόρφωση του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του παιδιού και του εφήβου.

§ Ρόλος σχολείου. (Ανάγκη για στενή συνεργασία σχολείου – οικογένειας).

Αν θέλουμε να μιλήσουμε με μεγάλη συντομία για τους σκοπούς του σχολείου, θα πρέπει να τονίσουμε από την αρχή ότι μαζί με την παροχή γνώσεων, στοχεύει να διαμορφώσει τους μαθητές σε σωστούς ανθρώπους με ολοκληρωμένη προσωπικότητα και να αναπτύξει τις ιδιαίτερες ικανότητές τους, ώστε να γίνουν άτομα ελεύθερα, ηθικά, συνεργάσιμα, παραγωγικά, με θάρρος και πίστη, με ευγένεια και αυτοπειθαρχία και προπάντων με αγάπη και συμπαράσταση προς τους άλλους.

Αλλά, όπως καταλαβαίνει ο καθένας, τους σκοπούς αυτούς είναι αδύνατο να τους πραγματοποιήσει μόνο του το σχολείο, που αποτελεί ένα κοινωνικό περιβάλλον περιορισμένης χρονικής διάρκειας. Γι' αυτό, αν εξαιρέσουμε τους άλλους μορφωτικούς παράγοντες, όπως είναι η παρέα και τα διάφορα έντυπα

και βιβλία που διαβάζει ένας μαθητής, και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, θα πρέπει να σταθούμε στο οικογενειακό περιβάλλον των νέων ατόμων.

Το σχολείο, χωρίς τη δραστήρια συμπαράσταση της οικογένειας, δεν μπορεί μόνο του να ανταποκριθεί με επιτυχία στο ρόλο του. Οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται συχνά για το πώς λειτουργεί το σχολείο, για τις συνθήκες και τα προβλήματά του, αλλά και για τα προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς που παρουσιάζουν τα παιδιά τους στο σχολείο. Επιβάλλεται όμως παράλληλα και οι εκπαιδευτικοί να ξέρουν τις οικογενειακές συνθήκες και τα οικογενειακά προβλήματα των μαθητών, ώστε να ρυθμίζουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους απέναντι σ' αυτούς. (Αναστασιάδης Β., Αθήνα, 1993).

§ Ρόλος κοινωνίας

Η εφηβεία δεν αναγνωρίζεται ως δύναμη, γιατί φοβίζεται. Πολύ συχνά η κοινωνία παγιδεύει τους εφήβους, κάνοντάς τους να πιστεύουν ότι αποτελούν ένα βάρος, που δεν ξέρει κανείς πώς να το χειριστεί, μια ομάδα ΑΝΕΥΘΥΝΩΝ που κανείς δεν τη χρειάζεται. Έτσι, η κοινωνία αναπτύσσει στα μέλη της μια συμπεριφορά και μια νοοτροπία μικρού παιδιού. Δεν υποστηρίζει την εφηβεία και την εφευρετικότητά της, ενώ σε άλλες εποχές, όπου η φυσική δύναμη και η ευκινησία είχαν περισσότερη σημασία, οι έφηβοι είχαν μεγάλη αξία. Δεν είναι, όμως, οι έφηβοι που άλλαξαν, αλλά ο τρόπος με τον οποίον τους αντιμετωπίζουμε. Η κοινωνία, ωστόσο, πρέπει να βοηθήσει τους εφήβους να ανακαλύψουν τον πραγματικό τους δρόμο και να δείξουν φαντασία για να βρουν αυτό που τους ταιριάζει. (Φρανσουάζ Ντόλτο – Κατρίν Ντόλτο – Τολιτέ, 1990).

2.3.1 Τα αίτια που οδηγούν τους νέους στα ναρκωτικά

§ Γονεϊκή επίδραση

Όπως είναι γνωστό, το περιβάλλον στο οποίο ζει τα πρώτα παιδικά του χρόνια ο έφηβος είναι καθοριστικό της προσωπικότητάς του και της αντίληψής του για τη ζωή. Οικογένειες χωρίς ήρεμες και φιλικές σχέσεις ανάμεσα στους γονείς, με έλλειψη ισορροπίας ανάμεσα στην αγάπη και την πειθαρχία και με χαλαρούς συναισθηματικούς δεσμούς μεταξύ των μελών τους, δημιουργούν τις προϋποθέσεις για να γίνουν τα παιδιά ευάλωτοι ως έφηβοι, στις εξωτερικές προκλήσεις. Στοιχεία της αρνητικής συμπεριφοράς των γονιών, όπως η υπερπροστατευτικότητα, ο μειωμένος βαθμός ευθύνης, η υποχωρητικότητα, η έλλειψη συνεργασίας και υποστήριξης, η επιθετική συμπεριφορά, η αστάθεια οικογενειακών συνθηκών και η ασταθής συμπεριφορά των γονέων απέναντι στα παιδιά τους, σχετίζονται με υψηλό βαθμό εξάρτησης του εφήβου από τα ναρκωτικά. Επίσης, διεθνείς έρευνες υποστηρίζουν ότι ο βαθμός εξάρτησης των ίδιων των γονέων από ουσίες επηρεάζει το βαθμό εξάρτησης των παιδιών τους από αυτές. Ακόμα, διάφορες ψυχολογικές ελληνικές έρευνες απέδειξαν πως ανάμεσα στους τοξικομανείς, είναι αισθητά περισσότεροι αυτοί που προέρχονται από οικογένειες με αρνητικό οικογενειακό κλίμα.

§ Επίδραση ομηλίκων

Έχει βρεθεί ότι η χρήση ναρκωτικών ουσιών γίνεται συνήθως μαζί με φίλους, οι οποίοι αποτελούν τις κυριότερες πηγές εφοδιασμού του εφήβου, σε διάφορους κοινωνικούς χώρους και ιδιαίτερα στο σχολείο και στα πάρτι, με σκοπό τη διέγερση των διαθέσεων και τη μείωση της ψυχικής έντασης. Κάποιες έρευνες αναφέρουν ότι οι έφηβοι τοξικομανείς που έχουν περισσότερες πιθανότητες να σταματήσουν τη χρήση ουσιών, είναι αυτοί που παροτρύνονται γι' αυτό από τους ομηλίκους τους και μόνο, όταν δεν παρουσιάζουν ένα προβληματικό οικογενειακό ιστορικό. Όταν η οικογένεια είναι προβληματική,

οι παροτρύνσεις από το περιβάλλον των ομηλικών παίζουν ουσιώδη ρόλο στο να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις που θα οδηγήσουν τον έφηβο στην εξάρτησή του από τις ουσίες. Οι παροτρύνσεις αυτές είναι περισσότερο έμμεσες παρά άμεσες, δεν είναι δηλαδή αποτέλεσμα ανοιχτής πειστικής στάσης των ομηλικών χρηστών. Η δοκιμή του ναρκωτικού και η μετέπειτα χρήση του αποτελεί ενέργεια του εφήβου υπό την επίδραση ρευμάτων της ομάδας, που επηρεάζουν τη σκέψη του για τη ζωή και την ιδεολογία του.

Τα συμπεράσματα διεθνών ερευνών τείνουν να προσανατολίζονται προς την άποψη ότι συνήθως τα άτομα που δεν καταφεύγουν στα ναρκωτικά είναι αυτά που ζουν από μικρά σε μια ζεστή οικογενειακή ατμόσφαιρα και κατ' επέκταση αναπτύσσουν μια προσωπικότητα χωρίς διαταραχές. Έτσι, το έδαφος πάνω στο οποίο θα μπορούσε να στηριχθεί και να εξελιχθεί η διάθεση για πειραματισμό και η πιθανή μετέπειτα εξάρτηση από ουσίες, δεν είναι πρόσφορο.

§ Άγχος

Έχει παρατηρηθεί ότι το άγχος, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των εφήβων, σε συνδυασμό με την επίδραση των γονέων, καθώς και των ομηλικών, καθορίζουν τον αρχικό πειραματισμό του εφήβου με τα ναρκωτικά (συνήθως με το χασίς). Η ηλικία κατά την οποία ο έφηβος ξεκινά το πειραματισμό με το χασίς είναι γύρω στα 15-16 έτη, ενώ η ηλικία που ξεκινά τη συστηματική χρήση είναι 17-19 ετών. Το άγχος, ως σημαντικός παράγοντας επηρεασμού του εφήβου που τον οδηγεί στη χρήση, υποστηρίζεται από έρευνες που έχουν γίνει στον ελληνικό χώρο με μαθητές. Σε αυτές έχει διαπιστωθεί μεταξύ άλλων, ότι οι έφηβοι χρήστες παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, χαμηλή αυτοεκτίμηση και υψηλά επίπεδα μοναξιάς και μελαγχολίας. (Δραγώνα Θ. – Ντάβου Μ., Αθήνα, 1990).

§ Οργανικές βλάβες (εγκεφαλική βλάβη)

Οι οποίοι έχουν έλλειψη συναισθηματικότητας και αδιαφορία για την επιδοκιμασία των άλλων.

§ Κοινωνικοπολιτικοί παράγοντες:

όπως η ανεργία, η φτώχεια, η ποιότητα της εκπαίδευσης ή της κατοικίας και η έλλειψη αίσθησης μιας υποστηρικτικής κοινωνίας. Επίσης είναι γεγονός ιδιαίτερα τα νέα άτομα που περνούν το στάδιο της εφηβείας μέσα από της ψυχοσωματικής ανάπτυξης, εξέλιξης της ολοκλήρωσης της ταυτότητας και της αλληλεπίδρασης του στενού και ευρύτερου περιβάλλοντος, βιώνουν κατά τον πιο έντονο τρόπο τον σκληρό ανταγωνισμό της σύγχρονης καταναλωτικής κοινωνίας, την μοναξιά που ο άνθρωπος της μεγαλούπολης αισθάνεται, τον βομβαρδισμό που δέχεται ανελέητα από τα μέσα ενημέρωσης την ασυνέπεια λόγων και έργων των «μεγάλων».

Αυτές είναι μερικές από τις αιτίες που οδηγούν ορισμένους εφήβους στα ναρκωτικά, που τα παίρνουν είτε για να νιώσουν περιστασιακά «ηδονή» ή για να «πάψουν» να νιώθουν και να αισθάνονται καταστάσεις που τους δημιουργούν πόνο.

2.3.2 Συμπτώματα που φανερώνουν τη χρήση ναρκωτικών από τους εφήβους.

Ορισμένα προειδοποιητικά σημεία που δείχνουν ότι ο έφηβος πιθανόν να έχει πρόβλημα με τα ναρκωτικά είναι τα ακόλουθα:

Σωματικά: Κούραση, επαναλαμβανόμενα προβλήματα υγείας, κόκκινα απαθή μάτια και παρατεινόμενος βήχας.

Συναισθηματικά: Αλλαγές της προσωπικότητας, ξαφνικές αλλαγές της διάθεσης, ερεθιστικότητα, ανεύθυνη συμπεριφορά, χαμηλό αίσθημα

αυτοεκτίμησης, μειωμένη ικανότητα κρίσης, κατάθλιψη και γενική έλλειψη ενδιαφέροντος.

Οικογενειακά: Διαμάχες στο σπίτι, μη τήρηση των κανόνων, αποτράβηγμα από την οικογένεια.

Σχολικά: Μείωση του ενδιαφέροντος, αρνητική προσέγγιση, μείωση των βαθμών, πολλές απουσίες, προβλήματα συμπεριφοράς και πειθαρχίας.

Κοινωνικά: Απόκτηση νέων φίλων που δεν ενδιαφέρονται για τις συνήθειες σχολικές και οικογενειακές δραστηριότητες, νομικά προβλήματα, αλλαγές προς λιγότερο συμβατικό τρόπο όσον αφορά το ντύσιμο και τις προτιμήσεις για μουσική. (Admin, Άρθρο στο Internet: 09/06/2003).

Επίσης, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε και τα ακόλουθα συμπτώματα, τα οποία καλό θα ήταν να μας κινητοποιήσουν:

- § Συναισθήματα θλίψης, απομόνωση, απογοήτευσης.
- § Επιθετική συμπεριφορά που δεν είναι στο χαρακτήρα του παιδιού.
- § Περίεργες συνήθειες στον ύπνο: περισσότερες ώρες ύπνου ή δυσκολία να κοιμηθεί το βράδυ.
- § Ξαφνική απώλεια ενδιαφέροντος για αθλήματα και άλλες δραστηριότητες.
- § Ψέματα ή τάση να αποκρύπτονται πράγματα.
- § Χρήματα που χάνονται από το σπίτι ή αντικείμενα που πουλιούνται. (Πυξίδα – Απαντώντας στις ανησυχίες των γονέων για τα ναρκωτικά: Internet).

Πολλά από τα συχνά θεωρούμενα συμπτώματα χρήσης ναρκωτικών ουσιών (όπως είναι τα κόκκινα μάτια, τα δερματικά προβλήματα, η κατατονία ή τα ξαφνικά ξεσπάσματα ενεργητικότητας) θα μπορούσε κάλλιστα να είναι συμπτώματα γρίπης ή ορμονικών αλλαγών, κάτι πολύ συνηθισμένο στην εφηβεία. Οι ξαφνικές αλλαγές στη συμπεριφορά και το θυμικό είναι επίσης συνηθισμένο πράγμα κατά την εφηβική ηλικία. Όλα αυτά είναι μέρος της

φυσιολογικής νεανικής συμπεριφοράς και δεν σχετίζονται απόλυτα με τη χρήση ναρκωτικών.

Ένα πράγμα για το οποίο μπορούμε να είμαστε σίγουροι είναι ότι τα ναρκωτικά κοστίζουν ακριβά και οι νεαροί/ες που θέλουν να τα χρησιμοποιήσουν χρειάζονται χρήματα για την αγορά τους. Διάφορες έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι έφηβοι που έχουν πλεόνασμα χρημάτων έχουν και περισσότερες πιθανότητες να τα ξοδέψουν για χρήση αλκοόλ, τσιγάρου ή άλλων ναρκωτικών από εκείνους που δεν έχουν την οικονομική ευχέρεια. Όταν οι έφηβοι χρειάζονται ξαφνικά μεγάλα ποσά για απροσδιόριστους σκοπούς, τότε μάλλον υπάρχουν λόγοι που απαιτούν επαγρύπνηση. (Παρούτσας Διονύσιος., Ειδική θεματική ενότητα στο Internet).

2.4.1. Οι επιπτώσεις των ναρκωτικών στους εφήβους

Μέχρι το 1975 το πρόβλημα των ναρκωτικών ήταν σχεδόν ανύπαρκτο στην Ελλάδα. Από τότε όμως έχει γίνει μείζον κοινωνικό πλέον πρόβλημα και στη χώρα μας, με συνεχώς αυξανόμενες διαστάσεις, κυρίως στους νέους. Η χρήση ναρκωτικών από τους εφήβους οδηγεί σε μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων. Βαθμιαία, ο έφηβος οδηγείται από τη χρήση στην εξάρτηση, στην αντικοινωνικότητα και στην παραβατικότητα. Οι χρήστες παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα λόγω υπερβολικής δοσολογίας ή νοθευμένων ουσιών. Είναι επίσης ευάλωτοι σε μολύνσεις που μπορούν να προκαλέσουν ηπατίτιδα, αποστήματα και γάγγραινα. Παρακάτω θα γίνει μια αναφορά στις αρνητικές επιπτώσεις που προκαλούν τα ναρκωτικά στους εφήβους:

1. Επιπτώσεις στην Υγεία
 - i. Ναρκωτικά και AIDS
 - ii. Ναρκωτικά και ατυχήματα
 - iii. Ναρκωτικά και αυτοκτονία

- iv. Άλλα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με συγκεκριμένα ναρκωτικά

2. Επιπτώσεις στην Συμπεριφορά

- i. Αδικαιολόγητες απουσίες
- ii. Βία και εγκληματικότητα
- iii. Μείωση των ικανοτήτων

Όπως βλέπουμε εκτός από τις επιπτώσεις στην άμεση επίδραση στην υγεία, επιπτώσεις έχουν και στην προσδοκόμενη διάρκεια ζωής. Παρακάτω, θα αναλυθούν οι επιπτώσεις των ναρκωτικών στους εφήβους κάθε μια ξεχωριστά:

1. Επιπτώσεις στην Υγεία

i. Ναρκωτικά και AIDS

Οι ναρκομανείς αποτελούν την δεύτερη ομάδα ατόμων υψηλού κινδύνου για το Έιτς, μετά από τους ομοφυλόφιλους. Μολύνονται δε από τον ιό με τις σύριγγες με τις οποίες κάνουν ενδοφλέβια ένεση του ναρκωτικού, όταν τις ίδιες αυτές σύριγγες προηγουμένως χρησιμοποίησαν άλλοι που είναι οι φορείς ή πάσχουν από Έιτς. Τον ιό μπορεί να τον πάρουν ακόμη και περιστασιακοί χρήστες ναρκωτικών ή ευφορικών ουσιών ενδοφλεβίως, με μια μόνο φορά παραδείγματος χάρη σε ένα πάρτι όπου έκαναν χρήση.. «όπως και οι άλλοι».

Η χρησιμοποίηση της ίδιας σύριγγας μεταξύ τους αποτελεί τακτική ευρύτατα διαδεδομένη, με ένα αίσθημα μάλιστα περιφρονήσεως, προς τους κανόνες αντισηψίας, σαν να πρόκειται για ένα είδος «παλικαριάς». Αποτελεί και ένδειξη εντάξεως στην... « ομάδα»

Η χρήση της ηρωίνης, επί πλέον, από μόνη της και χωρίς τη λοίμωξη με τον ιό, προκαλεί «επίκτητη ανοσοποιητική ανεπάρκεια» η οποία ανοίγει το δρόμο για τις λεγόμενες «ευκαιριακές» ή «καιροσκοπικές» λοιμώξεις, από τις οποίες πεθαίνουν εκείνοι που πάσχουν από Έιτς. Εκτός από την ηρωίνη, έχουν

ενοχοποιηθεί για ανάπτυξη επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας και η κοκαΐνη με ένεση στη φλέβα αλλά και με εισροφήσεις από τη μύτη. Επίσης, το χασίς και η μαριχουάνα ελαττώνοντας τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων και την ικανότητα τους για παραγωγή αντισωμάτων, η μεσκαλίνη που είναι παραισθησιογόνος ουσία, το οινόπνευμα, οι αμφεταμίνες και διάφορες πτητικές ευφορικές ουσίες. Η ύπαρξη αυτής της σχέσεως σε ότι αφορά την ηρωίνη, αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι η ανοσοποιητική ανωμαλία αποκαθίσταται 1-9 μήνες μετά τη διακοπή της ή την αντικατάσταση με το υποκατάστατό της, την μεθαδόνη.

Εντυπωσιακή είναι η ανακοίνωση σε συνέδριο κατά την οποία οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών που έχουν προσβληθεί από τον ιό του Έιτς παρουσιάζουν ευκολότερα τις ευκαιριακές ή καιροσκοπικές λοιμώξεις και... «δεν έχουν καμία πιθανότητα να επιζήσουν όταν προσβληθούν από φυματίωση». Είναι, δε, τόσο συχνή η συνύπαρξη τους ώστε, πίσω από κάθε φυματίωση, τώρα πλέον, αναζητεί κανείς την πιθανότητα του Έιτς.

ΠΩΣ ΤΟ ΜΕΤΑΔΙΔΟΥΝ

Η μετάδοση του Έιτς μεταξύ των ναρκοεξαρτημένων, εκτός από τη μολυσμένη σύριγγα και βελόνη, γίνεται με τις ετεροφυλοφιλικές σεξουαλικές σχέσεις, με πλήρη αδιαφορία ή περιφρόνηση προς κάθε είδους προφύλαξη, οπότε «η σύριγγα της ηρωίνης ή της κοκαΐνης μεταβάλλεται και σε... σύριγγα για το Έιτς». Έρευνα της Υγειονομικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης έδειξε, ότι το μεγάλο ποσοστό δεν αισθάνεται φόβο μπροστά στους κινδύνους να προσβληθούν από τον ιό του Έιτς. Ένα μικρότερο ποσοστό δεν παίρνουν κανένα μέτρο προστασίας. Το ποσοστό των ασθενών του Έιτς με τις ετεροφυλοφιλικές σχέσεις διογκώνεται όλο και περισσότερο, σε σύγκριση με εκείνο μεταξύ των ομοφυλόφιλων, οπότε, το τελευταίο αυτό εμφανίζεται μειούμενο, όμως μόνο αναλογικώς. Οι

τοξικομανείς, μαζί με τις αμφοτεροφυλοφιλικές σχέσεις και τις ετεροφυλοφιλικές αποτελούν την κύρια πηγή μόλυνσεως. Σε αυτούς προστίθενται και τα νέα σε ηλικία άτομα, τα οποία δεν λαμβάνουν τις υποδεικνυόμενες προφυλάξεις.

Ας ελπίσουμε ότι θα διδαχθούμε ώστε να μη φθάσουμε και εμείς στις τραγικές καταστάσεις των χωρών εκείνων, στις οποίες ήδη σημειώθηκε τρομακτική έκρηξη μεταδόσεως του Έιτς μεταξύ των τοξικομανών. Η δωρεάν χορήγηση συριγγών μιας χρήσεως σε τοξικομανείς, ελάχιστα απέδωσε. Απέτυχε δε και το πείραμα της Ζυρίχης στο «Πάρκο της Βελόνας» όπου μπορούσαν ανενόχλητοι να προμηθευτούν και το ναρκωτικό. Με το «πείραμα του Λίβερπουλ», προσφέροντας οι δημοτικές αρχές σύριγγες και ναρκωτικά στους εξαρτώμενους, ισχυρίζονται ότι «έπαψαν να στέλνουν παιδιά στη φυλακή, ότι η εγκληματικότητα μειώθηκε», και, όπως διατείνονται, «μείωσαν το ποσοστό φορέων του ιού του Έιτς, μεταξύ αυτών». Δεν αναφέρουν όμως στοιχεία για το πόσους έριξαν στον Καιάδα των ναρκωτικών, ή...τι απέγιναν αυτοί.

ii. Ναρκωτικά και Ατυχήματα

Η επίδραση των ναρκωτικών στη συχνότητα των ατυχημάτων δεν είναι καλά τεκμηριωμένη, επειδή οι δοκιμασίες και ο ομαδικός έλεγχος γίνονται δυσκολότερα και στοιχίζουν περισσότερο. Οι χρήστες καννάβεως κυρίως πέφτουν θύματα τροχαίων ατυχημάτων. Η επίδραση των υπνωτικών και ηρεμιστικών στη εγρήγορση έχει τεκμηριωθεί επαρκώς, ωστόσο, γενικά δεν είναι γνωστό σε ποιά έκταση τα ατυχήματα οφείλονται στην άμεση τοξική τους επίδραση ή σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, είτε πριν είτε μετά την κατάχρηση της ουσίας.

iii. Ναρκωτικά και Αυτοκτονία

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται με κάθε μορφή εξάρτησης από ναρκωτικά, εκτός του καπνίσματος καπνού. Αυτοκτονίες νέων σχετίζονται με την εισπνοή πτητικών διαλυτών. Οι λόγοι, κυρίως, που αυτοκτονούν οι νέοι χρήστες είναι ο εγκλωβισμός τους στον «τρομακτικό» κόσμο των ναρκωτικών. Μη μπορώντας να ξεφύγουν από τα ναρκωτικά βλάπτουν τον εαυτό τους και αυτοκτονούν, πιστεύοντας ότι με αυτό τον τρόπο θα καταφέρουν να λυτρωθούν. Επίσης, ένας λόγος ακόμη που αυτοκτονούν οι χρήστες είναι οι παραισθήσεις που έχουν και που δημιουργούνται κυρίως από ψευδαισθησιογόνες ουσίες, όπως το LSD και νιώθουν κάποιες παράλογες ιδέες. Αυτό το περιγράφει μια μαρτυρία ενός χρήστη «τελευταία στιγμή σώθηκα και δεν σκοτώθηκα, έκανα χρήση LSD και νόμιζα ότι ήμουν πουλί και ήθελα να πετάξω από τον τρίτο όροφο!»

iv. Άλλα προβλήματα υγείας που σχετίζεται με συγκεκριμένα ναρκωτικά

Τα βασικά κριτήρια για την εκτίμηση των προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τα ναρκωτικά είναι η υπερβολική θνησιμότητα και η υπερβολική νοσηρότητα. Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα πρέπει να θεωρούνται ως συνέπειες των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων πληθώρας παραγόντων: των φαρμακολογικών και τοξικολογικών ιδιοτήτων των ναρκωτικών που χρησιμοποιούνται, των συνδυασμών μεταξύ τους, της δυνατότητας πρόσβασης των χρηστών σε υπηρεσίες υγείας για χρήστες ναρκωτικών και αξιοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών, των διατροφικών συνηθειών και της διατροφικής κατάστασης των χρηστών, της οδού χορήγησης των ναρκωτικών στον οργανισμό, της ποιότητας του κοινωνικού δικτύου και της κοινωνικής ένταξης των χρηστών.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η οδός χορήγησης των ναρκωτικών στον οργανισμό. Η ενδοφλέβια χορήγηση ναρκωτικών πολλαπλασιάζει τους κινδύνους, επειδή μπορεί να χρησιμοποιηθούν μολυσμένες βελόνες και σύριγγες

και επειδή οι ουσίες μπορεί να είναι νοθευμένες, όπως η ηρωίνη, οι αμφεταμίνες ή η κοκαΐνη. Η υπερβολική θνησιμότητα οφείλεται κυρίως σε υπερβολική δόση και σε λοιμώξεις και αντιδράσεις του οργανισμού, που σχετίζονται με την ενδοφλέβια χορήγηση, η οποία επιτρέπει στο ενιέμενο ναρκωτικό να δρα ταχύτατα και σε νοσογόνους μικροοργανισμούς και ουσίες νόθευσης να εισέρχονται απ' ευθείας στο αίμα. Παρόμοια αύξηση της θνησιμότητας παρατηρείται στους χρήστες που εισπνέουν ή καπνίζουν κοκαΐνη, παρά στους χρήστες που προτιμούν την εισρόφηση από τη μύτη. Σε αυτή την περίπτωση, ο πρόσθετος κίνδυνος οφείλεται στην ταχεία δράση της ουσίας και στη δυσκολία ελέγχου των δόσεων.

Οπιούχα

Το κύριο αίτιο πρόωγου θανάτου είναι η υπερβολική δόση, αλλά υπάρχει και πλήθος άλλων αιτιών, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται το αναφυλακτικό shock, η σηψαιμία, η ενδοκαρδίτιδα, η ηπατίτιδα και η βία. Επίσης έχει αυξηθεί η νοσηρότητα από ηπατική νόσο, λοιμώξεις περιλαμβανομένου του συνδρόμου της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου και νευρολογικές καταστάσεις. Η εξάρτηση από οπιούχα, ιδιαίτερα από την ηρωίνη, σχετίζεται επίσης με θνησιγένεια, επιβράδυνση της ανάπτυξης του εμβρύου και νεογνική νοσηρότητα. Ως επί το πλείστον, αυτή η νοσηρότητα δεν σχετίζεται με τη φαρμακολογία και την τοξικολογία των οπιούχων, αλλά μάλλον με βλάβες στη λειτουργία της θρέψης, πτωχή γενική υγιεινή, κοινή χρήση βελονών και νόθευση της ηρωίνης με άλλες ουσίες.

Κατασταλτικά

Οι υπερβολικές δόσεις κατασταλτικών, είτε με σκοπό την αυτοκτονία είτε τυχαία, είναι το κύριο αίτιο για τη μεγάλη αύξηση της θνησιμότητας. Κατά τη διάρκεια των συνδρόμων αποστέρησης, μπορούν να εκδηλωθούν εγκεφαλικοί σπασμοί, ακόμη και θανατηφόρος επιληπτική κατάσταση. Οι ψυχιατρικές

καταστάσεις που συνήθως εκδηλώνονται είναι οι τοξικές ψυχώσεις και το παραλήρημα αποστέρησης. Έχει θεωρηθεί, ότι η παρατεταμένη χρήση καταπραϋντικών ενδέχεται να επιφέρει μεταβολές της προσωπικότητας.

Σήμερα, οι βενζοδιαζεπίνες είναι τα ηρεμιστικά που χρησιμοποιούνται πιο συχνά. Όπως και στα άλλα καταπραϋντικά και υπνωτικά, εγκαθίστανται ανοχή και σωματική και ψυχική εξάρτηση, αλλά ο κίνδυνος εξάρτησης και υπέρμετρης θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι μικρότερος σε σύγκριση με τα βαρβιτουρικά.

Διαταραχές μνήμης και αϋπνία έχουν εκδηλωθεί, ιδιαίτερα με τις βενζοδιαζεπίνες μακράς δράσεως. Ακόμη και θεραπευτικές δόσεις ορισμένων από αυτές, όπως η λοραζεπάμη και η οξαζεπάμη, δυνατόν να προκαλέσουν ανοχή και αντιδράσεις αποστέρησης.

Διεγερτικά

Αύξηση της θνησιμότητας έχει αναφερθεί για τους χρήστες που λαμβάνουν αμφεταμίνη ενδοφλεβίως. Ο θάνατος προκαλείται λόγω τραυματισμού, οξείας καρδιακής ανεπάρκειας και αγγειακών βλαβών, όπως και από σηπτικές επιπλοκές που οφείλονται στην ενδοφλέβια χορήγηση.

Η κυριότερη ψυχιατρική πάθηση που σχετίζεται με τη χρήση αμφεταμινών είναι η οξεία αμφεταμινική ψύχωση, η οποία συνήθως -αλλά όχι πάντοτε - είναι αναστρέψιμη κατά τις περιόδους αποχής. Η σωματική νοσηρότητα σχετίζεται περισσότερο με την οδό χορήγησης παρά με τα άμεσα αποτελέσματα των αμφεταμινών. Η χρήση μπορεί να επιδεινώσει τη διατροφική και τη γενική κατάσταση της υγείας και να επιφέρει λοιμώξεις.

Η αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας που σχετίζονται με τη κοκαΐνη είναι μεγαλύτερη, όταν η ουσία ενίεται, παρά όταν εισροφάται με τη μύτη. Επίσης, εξαιρετικώς επικίνδυνα είναι το κάπνισμα της πάστας κοκαΐνης και η εισπνοή της ελεύθερης βάσεως.

Για τους θανάτους από υπερβολική δόση, έχουν προσδιορισθεί ποικίλα αίτια, όπως η εγκεφαλική αιμορραγία και η καρδιακή ανακοπή. Η επίδραση στην υγεία σχετίζεται με την οδό εισόδου της ουσίας στον οργανισμό, καθώς και με τη συχνότητα χρήσης και τη δόση. Τα πιο συνηθισμένα φαινόμενα είναι η αϋπνία, η απώλεια βάρους, οι παραισθήσεις, η παρανοειδής ψύχωση και οι καρδιακές προσβολές. Ακόμη, ενδέχεται να εμφανισθεί τοξική ψύχωση με παραληρητικές ιδέες.

Σπασμοί και κρίσεις απώλειας της συνειδήσεως έχουν παρατηρηθεί από έναν αριθμό δειγμάτων χρηστών κοκαΐνης. Οι συνέπειες του καπνίσματος πάστας κοκαΐνης (και της εισπνοής ελεύθερης βάσεως) στην υγεία είναι ικανοποιητικά τεκμηριωμένη.

Τα αποτελέσματα της χρήσης των αμφεταμινών έχουν αναφερθεί τόσο στην Αμερική όσο και σε Ευρωπαϊκές χώρες, ειδικά μεταξύ εφήβων και νέων ενηλίκων. Το κάπνισμα πάστας κοκαΐνης είναι πιο πρόσφατο φαινόμενο στις βορειότερες χώρες της Λατινικής Αμερικής, ενώ η εισπνοή ελεύθερης βάσεως είναι ευρέως διαδεδομένη στις νότιες περιοχές των Η.Π.Α, η ενδοφλέβια και ενδορρινική χρήση κοκαΐνης είναι ευρέως διαδεδομένη, ιδιαίτερα στη Βόρεια Αμερική και στην Ευρώπη.

Το *κατ* είναι ουσία που περιέχεται στα φύλλα του φυτού *κατ* (*Catha edulis*), τα οποία μασούν οι χρήστες και χρησιμοποιείται κυρίως στις χώρες που περιβάλλουν την Ερυθρά Θάλασσα. Τα δραστικά συστατικά του, η καθίνη και η καθινόνη, έχουν ιδιότητες παρόμοιες με των αμφεταμινών, αλλά είναι λιγότερο διεγερτικά και λιγότερο τοξικά από τις αμφεταμίνες.

Ψευδαισθησιογόνο

Διάφορες ψευδαισθησιογόνες ουσίες, όπως η μεσκαλίνη, η ψιλοκυβίνη και η δατούρα, έχουν χρησιμοποιηθεί επί αιώνες σε πολλά μέρη του κόσμου, αλλά στη σύγχρονη σκηνή των ναρκωτικών έχουν πλέον περιορισμένη σημασία, σε αντίθεση με τα συνθετικά ψευδαισθησιογόνα, όπως το LSD ή η

φαινκυκλιδίνη. Το LSD χρησιμοποιείται σε πολλές περιοχές του κόσμου, ιδιαίτερα στις βιομηχανικές χώρες.

Οι δείκτες θνησιμότητας δεν είναι γνωστοί. Ο θάνατος οφείλεται κυρίως σε ατυχήματα ή, ίσως, σε αυτοκτονία υπό την επήρεια συνήθως του ψευδαισθησιογόνου. Η νοσηρότητα κυρίως περιλαμβάνει οξεία τοξική ψύχωση, πιθανώς χρόνια ψύχωση, καταθλιπτικές καταστάσεις και νευρολογικά συμπτώματα, παραδείγματος χάρη παραμόρφωση της αντίληψης και σπασμούς.

Κάνναβης

Η υπερβολική αύξηση της νοσηρότητας σχετίζεται με τη χρόνια κατάχρηση, που οφείλεται κυρίως στο κάπνισμα της ουσίας. Οι συνέπειες είναι όμοιες με εκείνες του καπνίσματος του καπνού. Εξ' άλλου, η επίδραση της καννάβης στην ορμονική, αναπαραγωγική και ανοσιακή κατάσταση του χρήστη παραμένει ασαφής, αν και κάποιες επιδράσεις της έχουν μελετηθεί σε πειραματόζωα. Ψύχωση οφειλόμενη στη κάνναβη (η οποία είναι κατά κανόνα αναστρέψιμη) εμφανίζεται σε ένα μικρό ποσοστό των χρηστών. Διερευνάται επίσης η πιθανότητα βλάβης του εγκεφάλου, λόγω της χρήσης.

Εισπνεόμενες ουσίες

Η εισπνοή διαλυτικών και άλλων πτητικών ουσιών αυξάνεται ταχύτητα σε πολλές αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, ιδιαίτερα σε συνθήκες εξαθλίωσης ή γκέτο. Τις ομάδες κινδύνου αποτελούν έφηβοι, ακόμη και μικρά παιδιά. Πολλές πτητικές ουσίες χρησιμοποιούνται ως ναρκωτικά, κυρίως η κόλλα, οι διαλύτες και η βενζίνη.

Η υπερβολική θνησιμότητα οφείλεται σε αιφνίδιο θάνατο από καρδιακή μαρμαρυγή, αναπνευστική καταστολή, ασφυξία ή ατύχημα. Η νοσηρότητα, μετά από παρατεταμένη χρήση, εκδηλώνεται με βλάβες του ήπατος, των νεφρών και του μυελού των οστών. Μέχρι σήμερα, δεν έχει σχηματισθεί σαφής

εικόνα για τους δείκτες θνησιμότητας και την επίπτωση της νοσηρότητας που οφείλεται στην εισπνοή πτητικών ουσιών.

2. Επιπτώσεις στην συμπεριφορά

i. Αδικαιολόγητες απουσίες.

Πρόκειται για πολύ συνηθισμένο φαινόμενο σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών' εν μέρει αυτό οφείλεται στην αυξημένη νοσηρότητα, εν μέρει σε επεισόδια υπερβολικής χρήσης και εν μέρει σε ανεπαρκή έλεγχο του συναισθήματος.

ii. Βία και εγκληματικότητα.

Εκτός από τις επιπτώσεις στην υγεία και στην προσωπικότητα του λήπτη, η ηρωίνη (και η τοξικομανία γενικότερα) ευθύνεται για μια σειρά εγκλημάτων βίας. Έχει διαπιστωθεί, στατιστικώς, ότι ένα μεγάλο ποσοστό εγκληματικότητας που μαστίζει τις σύγχρονες μεγαλουπόλεις (κλοπές, διαρρήξεις, ληστείες, φόνοι, πορνεία, κ.α) οφείλεται στην τοξικομανία. Οι τοξικομανείς επιδίδονται στα ευγενή αυτά σπορ, προκειμένου να εξοικονομήσουν τα απαραίτητα, για τη δόση τους, χρήματα.

Η θόλωση του μυαλού με την άμβλυση της κρίσεως και την κατάργηση των αναστολών οδηγούν σε πράξεις που δεν θα έκαναν με καθαρό μυαλό. Έτσι μετά τον εθισμό τους στα ναρκωτικά, μπορεί να αρχίσουν να κάνουν και εγκλήματα για τη δόση, εφ' όσον με τον καιρό η δόση γίνεται μεγαλύτερη και χρειάζονται περισσότερα χρήματα. Η εξάρτηση μεγαλώνει και τότε τα άτομα υπόκεινται στον οποιοδήποτε εκβιασμό του προμηθευτή. Τότε είναι που μια κοπέλα, αλλά και ένα παλικάρι, φθάνουν να πωλούν ακόμη και το σώμα τους για τη δόση. Και διαβάζουμε ότι «νεαρή μαθήτρια εξεδίδετο για ναρκωτικά»,

ότι «μαθήτρια συμμετείχε σε σπείρα ηρωίνης», ότι ένας «40χρονος συζούσε με νεαρή, μόλις δεκατεσσάρων χρονών μαθήτρια, στην οποία είχε μάθει τη χρήση των ναρκωτικών και την έπαιρνε στα ταξίδια του στην Τουρκία, κάνοντάς την μεταφορέα ηρωίνης», όπως και πολλά άλλα ανάλογα παραδείγματα.

Η κατάχρηση ουσιών συνήθως συσχετίζεται με αυξημένους δείκτες εγκληματικότητας. Σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου, τα εγκλήματα μετά από την έναρξη της κατάχρησης οφείλονται κυρίως σε αυτήν, ενώ η αύξηση των εγκλημάτων που δεν οφείλονται στην κατάχρηση ναρκωτικών δεν είναι σημαντική. Το οργανωμένο έγκλημα που σχετίζεται με την πώληση παράνομων ναρκωτικών και τα κολοσσιαία κέρδη που αποφέρει η εμπορία τους, μπορεί να αποτελέσουν απειλή για την ασφάλεια ορισμένων χωρών.

2.4.2 Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος

Το πρόβλημα των ναρκωτικών απέκτησε πλέον τις διαστάσεις μεγάλου κοινωνικού προβλήματος και για την Ελλάδα. Η μέχρι τώρα αντιμετώπισή του κρίνεται ως μη ικανοποιητική. Τα αίτια είναι πολλά. Θεωρείται δε ότι «είναι απαραίτητο να κάνουμε έκκληση στο μυαλό και στην καρδιά των ανθρώπων», με την ελπίδα να προκύψει ορθότερη θεώρηση των προβλημάτων προς αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και των επί μέρους. Η συναισθηματική φόρτιση, μόνη, δεν είναι αρκετή. Ούτε και αντιμετωπίζονται τα προβλήματα με συναυλίες, χορευτικές ή καλλιτεχνικές ή «φιλανθρωπικές» εκδηλώσεις, με «πασαρέλες» και επίδειξη μόδας προς συλλογή κάποιων χρημάτων, από «καλοντυμένες» και «καλοβαλμένες» κυρίες. Όταν δε ο «χορός του λευκού θανάτου» βλέπει να αντιμετωπίζεται το «δρεπάνι του» με χοροεσπερίδες και τα τοιαύτα, ασφαλώς θα καγχάζει ειρωνικά. Όσο για τους ναρκοεξαρτημένους, οι τέτοιου είδους «ευαισθησίες», παρά τις αναμφίβολα καλές προθέσεις, ούτε καν τους αγγίζουν!

Ο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης είναι να βοηθήσουμε τους εφήβους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους ωθούν και τους κατευθύνουν στην υπερβολική χρήση των ναρκωτικών. Επίσης ένας σωστός τρόπος αντιμετώπισης έγκειται στην πρόληψη μέσα στο οικογενειακό χώρο και στο σχολείο (συμβουλευτική και ευαισθητοποίηση των κινδύνων), στην κατανόηση και επίλυση των προβλημάτων του εφήβου, που ενδεχομένως θα τον ωθήσουν στη χρήση των ναρκωτικών και τέλος στην παιδαγωγική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου του νέου.

Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα των ναρκωτικών, θα πρέπει η οικογένεια να είναι λειτουργική. Για να το πετύχουν οι γονείς αυτό, θα πρέπει οι σχέσεις τους με τα παιδιά να χαρακτηρίζονται από τρυφερότητα, εμπιστοσύνη και αμοιβαίο σεβασμό.

Επίσης οι γονείς θα πρέπει να έχουν επικοινωνία με τα παιδιά και να μην απορρίπτουν τη συζήτηση μαζί τους. Η οικογένεια πρέπει να λειτουργεί σαν μια ομάδα όπου ο καθένας έχει τη δική του προσωπικότητα, την οποία οι υπόλοιποι αποδέχονται και αναγνωρίζουν χωρίς να υπάρχει φόβος της αυστηρής κριτικής.

Για να κρατηθούν οι νέοι μακριά από τα ναρκωτικά, θα πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους που κρύβουν. Να ιδρύονται πολιτιστικά και ψυχαγωγικά κέντρα καθώς επίσης και πολλά κέντρα αποτοξίνωσης. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να τιμωρούν αυστηρά τους εμπόρους του λευκού θανάτου και να συνεργάζονται για την εξάρθρωσή τους. Η καταπολέμηση των ναρκωτικών είναι καθήκον του καθενός, γι' αυτό θα πρέπει με κάθε μέσο να εμποδίζουμε τη διάδοσή τους.

Υπάρχουν, επίσης, τρεις κατευθύνσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών: η νομοθετική πλευρά, η δίωξη και η θεραπευτική προσπάθεια.

Από νομοθετικής πλευράς η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για τη συστηματική αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών έγινε το 1914 με τον Harrison, στις Η.Π.Α για τα «οπιούχα». Έκτοτε ψηφίστηκαν νόμοι επί

νόμων, από όλα σχεδόν τα κράτη. Όμως η συνεχής και σε παγκόσμια κλίμακα αναθεώρηση των μέτρων καταστολής εναντίον των ναρκωτικών, αποτελεί τρανή απόδειξη της αποτυχίας ή ανεπάρκειάς τους. Γι' αυτό δεν είναι αδικαιολόγητες οι επιφυλάξεις για την αποτελεσματικότητα των «νέων μέτρων» και των «νέων νόμων» από πλείστα όσα κράτη, τα οποία αναγκάζονται να ψηφίζουν όλο και πιο αυστηρούς κατασταλτικούς νόμους.

Στην Ελλάδα, μέχρι το 1987 ίσχυε το Νομοθετικό Διάταγμα υπ' αριθ. 743, της 1/10 Δεκ. 1970 (ΦΕΚ Α' 263) «περί τιμωρίας των παραβατών των νόμων περί ναρκωτικών». Το άρθρο 1 έλεγε: «ως ναρκωτικά εν γένει, ... θεωρούνται αι ουσίαι αι δυνάμεναι, εκ της χρήσεως αυτών, να προκαλέσουν τοξικομανίαν ή εξάρτησιν του ατόμου από τούτων...».

Το Ν.Δ. αυτό αντικαταστάθηκε από τον ν. 1729/89: «Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 144, 7.8.1987). Μερικοί θεώρησαν τον Νόμο αυτόν ως απλή μεταγλώττιση του Ν.Δ. 743/1970, οι περισσότεροι, ως «μεγάλη πρόοδο» στην αντιμετώπιση του ναρκοεξαρτημένου και του χρήστη. Εξαλείφθηκε δε από αυτόν και ο όρος «τοξικομανής» επειδή, κατά την «Εισηγητική Έκθεση», «... δεν αποδίδει την πραγματικότητα σε ορισμένες περιπτώσεις και είναι φορτισμένος με αρνητικό περιεχόμενο». Η καινοτομία αυτή όμως είχε ως αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η κατανόηση των εννοιών στα διάφορα άρθρα του νόμου εφ' όσον, κατά την ίδια εισηγητική έκθεση: «αντί γι' αυτόν θα πρέπει στο μέλλον να γίνεται λόγος περιφραστικά», π.χ. «για εθισμένους χρήστες που έχουν ανάγκη ειδικής μεταχείρισης» ή «χρήστες του άρθρου 13».

2.4.3. Το προφίλ του έφηβου χρήστη

Τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται από άτομα που παρουσιάζουν άρνηση συμμόρφωσης στο κοινωνικά αποδεκτό, με ροπή στην εγκληματικότητα και με διάθεση για επαναστατικότητα, αντιμετωπίζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και

κατάθλιψη. Συνήθως οι έφηβοι διαθέτουν τους μηχανισμούς άμυνας, επίθεσης, υποταγής και φυγής μπροστά στις δυσκολίες, με τη μορφή όμως της ψυχολογικής υποχώρησης και συναισθηματικής απομόνωσης.

Ο έφηβος τοξικομανής είναι ένα άτομο που δεν ενηλικιώθηκε ποτέ, ενώ ταυτόχρονα η εξάρτησή του δεν εξαντλείται στην ατομική του ψυχολογία, όποια και αν είναι αυτή. Εάν η ψυχολογία δεν νοείται παρά μόνο σαν τη σχέση οργανικού και κοινωνικού, τότε η έννοια της ενηλικίωσης είναι αυτό που ο H. Wallon ονομάζει ανθρωποποίηση, (humanization), δηλαδή, μια διαδικασία κοινωνικοποίησης με την έννοια της αφομοίωσης κανόνων και αρχών μέσα από τις σχέσεις με τους άλλους, της μύησης σε κοινωνικές πράξεις, της πρόσβασης σε πολιτιστικές αξίες, της συνείδησης των περιορισμών που επιβάλλει η ίδια η πραγματικότητα στα πλαίσια της κοινωνικής δράσης.

2.4.4 Τα ναρκωτικά σαν ατομικό πρόβλημα

Για πολλούς εφήβους η πρώτη εμπειρία με τα ναρκωτικά είναι συμπτωματική ή τυχαία. Δοκιμάζουν από περιέργεια, για να ενταχθούν στην παρέα, για να μην νιώσουν πως μειονεκτούν. Άλλοι δεν θα δοκιμάσουν παρά περιστασιακά. Αλλά για μια μη αμελητέα ποσότητα ατόμων, αυτή η πρώτη εμπειρία θα βρει έδαφος τρωτό και εύθραυστο. Η φυσική ευφορία, αλλά και η ψυχολογική, θα τους δελεάσουν να δοκιμάσουν ξανά. Τα φαινόμενα εξάρτησης θα επέλθουν σύντομα. Για μια άλλη κατηγορία εφήβων η γνωριμία με τα ναρκωτικά είναι οικειοθελής και σκόπιμη. Η αδυναμία αντιμετώπισης των καθημερινών προβλημάτων τους κάνει να επιλέγουν το δρόμο των τοξικών ουσιών, για να αποδράσουν σε μια ψεύτικη πραγματικότητα. Μ' άλλα λόγια, απόδραση από την πραγματικότητα, μείωση του άγχους και αύξηση της χαράς, είναι τα κίνητρα που ωθούν τους εφήβους. Οι έφηβοι χρήστες κάποιες φορές δεν έχουν συνείδηση των πραγματικών κινδύνων των ναρκωτικών και οδηγούνται από την επιθυμία να αποκτήσουν το απαγορευμένο. Οι έφηβοι

υποτιμούν τους κινδύνους. Τα λεγόμενα «μαλακά» ναρκωτικά είναι εύκολα προσιτά.

§ Τα ναρκωτικά, ένα κοινωνικό γεγονός

Η τοξικομανία αγγίζει κατά προτίμηση τους εφήβους των οποίων η οικογένεια παρουσιάζει προβλήματα ή έχει διαλυθεί. Η απώλεια οικογένειας, ο χωρισμός, ο αλκοολισμός του ενός γονέα είναι συχνά αιτίες για εφηβική κατανάλωση ναρκωτικών. Εντούτοις, ας θυμηθούμε ότι η τοξικομανία μπορεί να παρουσιαστεί και σε οικογένειες που δεν έχουν απολύτως κανένα πρόβλημα. Σχεδόν ένας στους δύο τοξικομανείς είναι αδρανής. Αλλά είναι δύσκολο να ξέρουμε αν αυτή η αδράνεια είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα της χρήσης ναρκωτικών. Η πλειοψηφία των τοξικομανών είχε παρουσιάσει ψυχολογικά προβλήματα στην παιδική ηλικία, σχολικές δυσκολίες ή απόπειρες αυτοκτονίας. (Κούρος Ι., Αθήνα 1993).

2.4.5 Τα ναρκωτικά στα σχολεία

Αυτή η νέα διάσταση που παρουσιάζει στις μέρες μας το κοινωνικό φαινόμενο της ναρκομανίας είναι και η πιο επικίνδυνη, αφού αφορά δύο από τους πιο σημαντικούς και βασικούς πόλους της κοινωνικής μας ζωής, δηλαδή τον πληθυσμό των νέων ανθρώπων και τη σφαίρα της Παιδείας.

Οποιαδήποτε προσπάθεια απόκρυψης και συσκότισης γύρω από την εξάπλωση των ναρκωτικών στα σχολεία μας αποτελεί τον πιο αρνητικό συντελεστή που θα οδηγήσει στην τρομαχτική διόγκωση του φαινομένου, σε τέτοια μεγέθη όπου το μόνο που θα απομείνει θα είναι η τραγική ευχέρεια της απλής παρακολούθησής του, χωρίς δυνατότητα ελέγχου και συγκράτησής του.

Όταν υπάρχει η δημόσια και επίσημη αποκάλυψη πως «νέοι κάτω των 21 ετών αντιπροσωπεύουν το 60% των ναρκομανών στη χώρα μας», είναι ουτοπιστική ή οπισθοδρομική η «ανάθεση του προβλήματος» στις

καταξιωμένες αρχές του Ελληνικού μας πνεύματος και πολιτισμού, καθώς και η υπόθεση πως η κληρονομιά της φυλής μας έχει τη δυνατότητα του ελέγχου και της συγκράτησής του.

Το πρόβλημα των ναρκωτικών στα σχολεία προβάλλεται σήμερα σαν μια νέα πραγματικότητα και είμαστε υποχρεωμένοι να την αντιμετωπίσουμε με μέτρα και όχι με αφηρημένες και αισιόδοξες ερμηνείες που οδηγούν μόνο σε αδιέξοδο. (Σταμάτη Α., Μεσημέρι, 1981).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Η σημασία της πρόληψης

Δεν θα είναι πολλοί αυτοί που θα διαφωνήσουν με την άποψη ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη από τη θεραπεία σε όλους τους τομείς της ζωής, κυρίως όμως σε θέματα υγείας και κοινωνικής λειτουργίας.

Έτσι λοιπόν καμία ασθένεια ή διαταραχή δεν έχει ποτέ καταπολεμηθεί μόνο με τα φάρμακα ή την κοινωνική εργασία. Μόνο μέσα από την πρόληψη, τα μέτρα που υιοθετούνται από τις Αρχές ή τους δημόσιους φορείς και την επιρροή της συμπεριφοράς και της στάσης του κοινού μπορεί να υπάρξει ουσιαστική βελτίωση στην υγεία και ευημερία του πληθυσμού.

Ειδικότερα για προβλήματα εξάρτησης, κυρίως από παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες, η πολιτεία έχει αναπτύξει και εντείνει κατά καιρούς εκστρατείες πρόληψης μέσω της κοινότητας, των μέσων μαζικής ενημέρωσης, των σχολείων κ.α. Η πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών αρχίζει με την πρόληψη του καπνίσματος και της κατάχρησης οιοπνευματωδών. Η δυνατότητα αντίστασης στον πειραματισμό των νόμιμων ουσιών συνδέεται με περισσότερες πιθανότητες μη πειραματισμού με παράνομες ουσίες.

Σήμερα, υπάρχει ένα τεράστιο κενό μεταξύ της αυξημένης γνώσης για τα αίτια που οδηγούν στην ουσιοεξάρτηση και το σχηματισμό ομάδων κινδύνου από τη μια μεριά, και της ακόμη περιορισμένης πρακτικά εφαρμόσιμης γνώσης σχετικά με το τι μπορεί να κάνει κανείς γι' αυτό, από την άλλη. Η συσσώρευση γνώσης όσον αφορά τη διάγνωση και την πρόγνωση είναι σημαντική για την κοινωνία εάν κινείται στην κατεύθυνση υποβοήθησης της πρόληψης. Για μια ακόμη φορά, το ερώτημα του κατά πόσον η πρόληψη είναι πάντοτε δυνατή, εμφανίζεται δυσανάλογα μεγάλο.

Όπως συμβαίνει και με τη θεραπευτική αντιμετώπιση, μεγάλο μέρος της δουλειάς της πρόληψης βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο – υφίσταται ως

επαγγελματική δραστηριότητα μόνο κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Γι' αυτό η δουλειά της πρόληψης πρέπει να εξελιχθεί ανάλογα με την πειραματική εφαρμογή, την περιγραφή και τη διεξοδική αξιολόγηση των μεθόδων και των προγραμμάτων.

Η αποτυχία της πρόληψης συντέλεσε στην ανάπτυξη σε αρκετές χώρες προληπτικών προγραμμάτων για νέους, προσαρμοσμένων στις ανάγκες της ηλικίας και την αντιμετώπιση αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν στη χρήση και όχι στην αντίληψη «καταστολής» που αντιμετωπίζει τη χρήση ως σύμπτωμα ξεκομμένο από τις αιτίες που το γεννούν. (Κοκκέβη, 1992).

Σύμφωνα με τη συγγραφέα, η νέα γενιά προληπτικών προγραμμάτων, βασισμένη κατά κύριο λόγο στο ψυχοκινητικό μοντέλο, δίνει έμφαση στην εκπαίδευση και εξάσκηση με στόχο την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων που θα επιτρέψουν στον έφηβο ν' αντισταθεί στις πιέσεις της κοινωνικής του ομάδας και ταυτόχρονα να μπορέσει να χρησιμοποιήσει εναλλακτικές διεξόδους στη χρήση ουσιών (saying no programs). Η προσπάθεια πρόληψης μέσω της αντιμετώπισης των αιτιών που οδηγούν στη χρήση ουσιών μπορεί ταυτόχρονα να αποτρέψει εκδήλωση ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς, όπως αυτοκτονίες, φυγές, παραπτωματική συμπεριφορά που πηγάζουν από κοινές αιτίες.

3.2 Για μια πολιτική πρόληψης

Στην σημερινή κοινωνία της κρίσης και της παρακμής, ο κυρίαρχος λόγος είναι ο λόγος της νόρμας, που ορίζει τους κώδικες της ομαλοποίησης της συμπεριφοράς μας με βάση τις ανάγκες της κυρίαρχης τάξης και της εξουσίας της. Τα ναρκωτικά υπηρετούν – με τεράστιο γι' αυτήν όφελος σε όλα τα επίπεδα – αυτές τις ανάγκες. Στις τεχνικές της πειθάρχησης των πιο ανήσυχων κοινωνικών στοιχείων περιλαμβάνεται – πέραν της φυλακής και των άλλων

τεχνικών καταστολής – και η χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών, με ή χωρίς ιατρική συνταγή.

Αυτός ο κυρίαρχος λόγος, όπως αναπαράγεται από τα ΜΜΕ, προβάλλει τα ναρκωτικά, κερδοσκοπώντας πάνω στην κοινωνική φρίκη. Τα μυθοποιεί σαγηνεύοντας και τρομοκρατώντας ταυτόχρονα, καλύπτοντας την κοινωνική παθολογία πίσω από την ατομική ψυχοπαθολογία, ακριβώς για να συγκαλύψει τις αιτίες της τοξικομανίας.

Ενάντια σε μια τέτοια συγκάλυψη, οφείλεται να δοθεί μάχη, στα πλαίσια ενός μεγάλου κινήματος που αναπτύσσεται σ' όλο τον πλανήτη, μιας παγκοσμιοποιημένης αντίστασης στην εξαθλίωση και την απανθρωποίηση.

Η ουσία μιας πολιτικής πρόληψης, που πρέπει κεντρικά να σχεδιαστεί στη βάση μιας στρατηγικής και πολλών επί μέρους τακτικών, βρίσκεται σ' αυτή ακριβώς την απόφαση οργάνωσης σε όλα τα επίπεδα αυτής της αντίστασης που πρέπει να πάρει πολλές μορφές, εφαρμόζοντας καινοτόμες, ρηξικέλευθες, συλλογικές πρακτικές. Η πρόληψη σ' αυτά τα πλαίσια επιδιώκει την αντιπαράθεση με τις παθογόνες κοινωνικές δομές μέσα από διαρκείς ρήξεις και ανατροπές σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Περιλαμβάνει, ως αναπόσπαστο στοιχείο, τις ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής μας.

Και αυτό είναι υπόθεση όχι μόνο των ειδικών, όχι μόνο εκείνων που ξέρουν να κερδίζουν τη μάχη της ανεξάρτησης, αλλά ενός κοινωνικού κινήματος, που μπορεί να αναπτυχθεί σε διαρκή ρήξη με κατεστημένες αντιλήψεις και πρακτικές, με στόχο την καθολική κοινωνική χειραφέτηση.

(Εφημερίδα El Pais 25/6/2000 – Άρθρο με τίτλο: «Νύχτες ναρκωτικών και αλκοόλ».)

3.3 Τα επίπεδα παρέμβασης της πρόληψης

Το έργο της πρόληψης υλοποιείται σε πολλαπλά επίπεδα. Καταρχήν, η πολιτική της πρόληψης αναπτύσσεται σε εθνικό επίπεδο και, στη συνέχεια, σε διεθνές επίπεδο. Κατά δεύτερον, η πρόληψη υλοποιείται σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο από τους αρμόδιους φορείς. Τέλος, η πρόληψη λαμβάνει χώρα σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, όπως στο σχολείο, την οικογένεια ή τον εργασιακό χώρο.

Ο στόχος του έργου της πρόληψης είναι η βελτίωση της δημόσιας και ψυχικής υγείας. Αξίζει να διασαφηνιστούν και να επεξηγηθούν ορισμένες έννοιες που ισχύουν για περισσότερες από μια μορφές της πρόληψης στον τομέα της φροντίδας υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας.

Με τον όρο πρωτογενής πρόληψη εννοείται η παρέμβαση πριν την εκδήλωση ενός προβλήματος υγείας, που σημαίνει διάσπαση του δικτύου αιτιωδών σχέσεων που περιβάλλουν ένα πρόβλημα υγείας με την αφαίρεση ενός ή περισσότερων κρίκων της αλυσίδας. Η πρωτογενής πρόληψη ασχολείται εν μέρει με την άσκηση επιρροής στη συμπεριφορά και τις απόψεις της ομάδας – στόχου. Αυτό προϋποθέτει την κινητοποίηση των ανθρώπων ή την «παρακίνησή» τους να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Η εκπαίδευση και η πληροφόρηση παίζουν ένα ζωτικό ρόλο σ' αυτή τη διαδικασία. Ο σκοπός μπορεί να είναι άμεση παραγωγή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς (όπως παύση, ή ριζική άρνηση του καπνίσματος) ή η ενίσχυση της προσωπικότητας. Εδώ πρέπει να συνυπολογιστεί ο βαθμός στον οποίο το άτομο είναι ικανό να ελέγξει τις παρορμήσεις του και πρόθυμο να δεχτεί τις συνέπειες της συμπεριφοράς του, εφόσον αυτή επηρεάζει και άλλους ανθρώπους.

Είναι επίσης δυνατόν να διδαχθούν οι νέοι άνθρωποι πως μπορούν να διατηρούν την ακεραιότητά τους σε διαφορετικά πλαίσια. Αυτή η έμφαση στη στάση ως προς τη ζωή και τις κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να παίζει

σημαντικό ρόλο στην απόφαση ενός ατόμου να απαρνηθεί την ανεύθυνη συμπεριφορά του στο μέλλον, λ.χ. όσον αφορά στη χρήση παράνομων ναρκωτικών. Σε αυτό το πλαίσιο η δόμηση του ατομικού χαρακτήρα είναι ο ενδιάμεσος στόχος του έργου της πρόληψης και η μη χρησιμοποίηση ναρκωτικών το αποσκοπούμενο αποτέλεσμα. Καθίσταται αμέσως σαφές ότι το έργο της πρόληψης είναι, και πρέπει να είναι, το αποτέλεσμα συνδυασμένης δράσης διαφορετικών ανθρώπων. Η διαμόρφωση του χαρακτήρα των νεαρών ατόμων δεν είναι αρμοδιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ούτε των ειδικών στο πεδίο των οιοπνευματωδών και των ναρκωτικών αλλά των γονιών και των δασκάλων. Οι τελευταίοι μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, χωρίς καν να το συνειδητοποιήσουν.

Με τον όρο δευτερογενής πρόληψη εννοείται η πρόωμη ανίχνευση μιας ήδη αναπτυσσόμενης, αλλά όχι κλινικά ορατής, ασθένειας ή προβλήματος υγείας, με τέτοιο τρόπο ώστε, μέσω της πρόωμης παρέμβασης, η πρόγνωση να καθίσταται πιο ευνοϊκή. Αυτό το επίπεδο πρόληψης οδηγεί, στις περισσότερες περιπτώσεις, σε μια αύξηση του αιτήματος για βοήθεια από γιατρούς και φορείς.

Τέλος, με τον όρο τριτογενής πρόληψη εννοείται η πρόληψη της υποτροπής μιας ασθένειας ή ο περιορισμός των επιπτώσεων των υπολειμματικών συμπτωμάτων στην περίπτωση της κλινικά εμφανούς ασθένειας ή του προβλήματος συμπεριφοράς στα πρώτα του στάδια. Αυτό το επίπεδο πρόληψης συνδέεται συνήθως στενά με τη θεραπεία.

3.4 Αρχές για τα προγράμματα πρόληψης μέσα στο πλαίσιο της πολιτικής της δημόσιας υγείας.

Το 1994, το Ολλανδικό Εθνικό Συμβούλιο για τη δημόσια υγεία κατέγραψε μια σειρά αρχών για τα προγράμματα πρόληψης. Στις αρχές αυτές, ή έμφαση δίνεται στην υγεία. Η πρόληψη της κατανάλωσης οιοπνευματωδών,

ναρκωτικών και καπνού εξυπηρετεί και άλλους στόχους, όπως η προαγωγή της ευεξίας, της ασφάλειας, της δημόσιας τάξης, κ.α.

3.4.1 Οι αρχές είναι:

1. Η πρόληψη πρέπει να επικεντρώνεται στην ενίσχυση της υπευθυνότητας των ανθρώπων για την υγεία τη δική τους και των άλλων και στην παροχή της ευκαιρίας προς τους ανθρώπους να ανταποκριθούν σε αυτήν την πιθανότητα.
2. Το ενδεχόμενο του εξαναγκασμού μπορεί να εξεταστεί στα πλαίσια της πρόληψης, εάν οι άνθρωποι δε είναι σε θέση, ή αποτρέπονται από το να αναλάβουν οι ίδιοι την ευθύνη. Ο εξαναγκασμός ενδέχεται να υιοθετηθεί μόνο αν οι άνθρωποι είναι πιθανόν να προκαλέσουν σοβαρή ή μόνιμη βλάβη στην υγεία τη δική τους ή των άλλων.
3. Είναι σημαντικό να αποφευχθεί η ενίσχυση της ψευδαίσθησης ότι όλα τα προβλήματα υγείας είναι δυνατόν να επιλυθούν. Ένα πρόγραμμα δεν θα πρέπει να προωθεί λανθασμένες προσδοκίες.
4. Γενικά, οι Αρχές πρέπει να είναι συγκρατημένες όταν συμβουλεύουν τους πολίτες για το πώς να ζήσουν καλύτερα τη ζωή τους. Οι δραστηριότητες πρόληψης, όμως, μπορούν να αποβλέπουν στη διακοπή πράξεων ή συμπεριφορών που θεωρούνται γενικά κατακριτέες και που βλάπτουν άλλους (λ.χ. το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους).
5. Είναι σημαντική η αποφυγή της διόγκωσης των διαφορών σε επίπεδο υγείας ως αποτέλεσμα της εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης, στην περίπτωση λ.χ. που οι πιο υγιείς ομάδες ωφελούνται τα μέγιστα, ενώ οι ομάδες με κακή υγεία καθόλου. Ένα πρόγραμμα πρόληψης πρέπει να παρέχει ίσες δυνατότητες πρόσβασης σε όλα τα μέλη της ομάδας – στόχου
6. Προγράμματα που αφορούν στους υγιείς και μη υγιείς τρόπους ζωής – που αποτελούν σημαντική πηγή πληροφοριών για συγκεκριμένες ομάδες-

στόχους – είναι επιθυμητά. Αυτού του είδους τα προγράμματα, όμως, είναι αποδεκτά μόνο αν υπάρχει ένας κατάλληλος συνδετικός κρίκος μεταξύ της συμπεριφοράς και της υγείας. Αυτό σημαίνει ότι το μήνυμα πρέπει να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο και να προέρχεται από αξιόλογη πηγή.

7. Η παρεμβατική πληροφόρηση για την υγεία δικαιολογείται μόνο σε περιπτώσεις δύσκολης προσέγγισης της ομάδας – στόχου και εάν, ξαφνικά, η ομάδα αυτή εμφανίσει συμπεριφορές που εμπεριέχουν κινδύνους για τα μέλη της και άλλους. Σε αυτό το είδος δουλειάς είναι σημαντική η αποφυγή προσβολής των άλλων.
8. Στην περίπτωση προγραμμάτων με ηθικές αποχρώσεις, είναι σημαντικό η εκστρατεία ενημέρωσης να μην υποβαθμίζει την ομάδα – στόχο στα μάτια του κοινού. Η πρόληψη δεν πρέπει να καταφεύγει στην ενοχοποίηση των θυμάτων.
9. Πρέπει να υπάρχει ένα δίκτυο (μια δομή) για να βοηθά τους ανθρώπους που περιέρχονται σε κατάσταση κρίσης ως αποτέλεσμα της εκστρατείας ενημέρωσης.

Με τη βοήθεια αυτού του είδους των αρχών, που μπορεί να διατυπώσει και να προασπίσει με το δικό της τρόπο κάθε χώρα, οι ηθικές πτυχές της πρόληψης μπορούν να καταστούν σαφείς. Έτσι, μπορεί κανείς να εξετάσει κατά τον καλύτερο τρόπο, τους στόχους, τους πόρους και τις προσεγγίσεις που επιλέγονται για την πρόληψη.

Οι επαγγελματίες της πρόληψης μπορούν να προγραμματίσουν τις επιμέρους δράσεις τους σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Εάν κανείς λάβει υπόψη του την αλυσίδα: παραγωγή → διακίνηση → λιανική πώληση → κατανάλωση, τότε είναι σαφές ότι κάθε κρίκος της αλυσίδας προσφέρει πεδίο δράσης για πρόληψη.

3.4.2. Βασικές έννοιες που αφορούν τον έφηβο με δυσκολίες σχετικά με την πολιτική πρόληψης.

- Όταν ένας νέος αντιμετωπίζει δυσκολίες, το εκφράζει με πολλά πρώιμα συμπτώματα: προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα στον ύπνο, σχολική αποτυχία, απουσίες στο σχολείο, προβλήματα στη διατροφή, περιστασιακή εθελοντική χρήση κ.λπ.
- Όταν αυτά τα πρώιμα συμπτώματα δεν γίνονται αντιληπτά και δεν αντιμετωπίζονται από τους ενήλικες, τότε εμφανίζονται πιο σοβαρά συμπτώματα, όπως παραπρωματικότητα, αυτοκτονία, τοξικομανία κ.λπ.
- Αυτά τα συμπτώματα δηλώνουν ότι ο έφηβος βρίσκεται σε μια κατάσταση έντονου υπαρξιακού άγχους, ότι υποφέρει, δεν μπορεί να επικοινωνήσει διαφορετικά με τους γονείς του, με τους ενήλικες, με την κοινωνία γενικά, παρά με το πέρασμα στην πράξη. Όσο πιο άσχημα νιώθει ο έφηβος, τόσο λιγότερες δυνατότητες έχει να εκφράσει τις δυσκολίες του, στο περιβάλλον του.
- Οι αιτίες αυτής της δυστυχίας είναι ελλείψεις σε συναισθηματικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Πρόκειται για μια παθολογία της επικοινωνίας, μια αδιαφορία για την διαπαιδαγώγηση, μια απουσία αντιπαραθέσεων που συμβάλλουν στη δόμηση του ψυχισμού, μια κοινωνική ζωή που χαρακτηρίζεται από την απουσία νοήματος.
- Στην κλινική δουλειά, όταν συναντάμε εφήβους με δυσκολίες πάντα διαπιστώνουμε τέτοιου τύπου δυσλειτουργίες και κυρίως δυσλειτουργία στη σχέση γονέων-παιδιού: ο νέος είναι το σύμπτωμα της παθολογίας της οικογένειας.
- Ωστόσο, πολλοί νέοι που προέρχονται από κάποιο έντονα στερητικό περιβάλλον, καταφέρνουν να ανταπεξέλθουν σχετικά καλά στις δυσκολίες και είναι πολύ πιθανόν να είναι «ισορροπημένοι» στην ενήλικη ζωή τους. Τίθεται λοιπόν η βασική ερώτηση που αφορά σε κάθε

πραγματική συνολική πολιτική πρόληψης: γιατί κάποιοι νέοι, οι οποίοι προέρχονται από ένα περιβάλλον όπου κυριαρχεί η αδιαφορία για τη διαπαιδαγώγηση, τα καταφέρνουν σχετικά καλά ενώ άλλοι παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα όπως τοξικοεξάρτηση, παραπτωματικότητα, αυτοκτονική συμπεριφορά ή ψυχικές διαταραχές; Η απάντηση σε αυτήν την ερώτηση είναι σχεδόν απλή, ενώ η εφαρμογή της είναι πολύπλοκη.

3.5 Η αναγκαιότητα εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης των εξαρτητικών συμπεριφορών

Μερικά στοιχεία ενδεικτικά της έκτασης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Το πρόβλημα της χρήσης παράνομων, εξαρτησιογόνων ουσιών στην χώρα μας εμφανίζει μία συνεχώς αυξανόμενη τάση. Τα στοιχεία από τις έρευνες παρακολούθησης της εξέλιξης του φαινομένου φανερώνουν μία ανοδική πορεία από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Την τελευταία 5ετία φαίνεται ότι ο ρυθμός της χρήσης, ιδιαίτερα της κάνναβης, έχει εξαιρετικά επιταχυνθεί.(ΕΚΤΠΕΝ-1998)

Τα επίπεδα χρήσης προσεγγίζουν αυτά των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Το ανδρικό φύλο κρατάει τα σκήπτρα στη χρήση ναρκωτικών, αν και ο ρυθμός της χρήσης την τελευταία δεκαπενταετία είναι σχεδόν εξαπλάσιος για τις γυναίκες.

Η κάνναβη είναι η πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία και χρησιμοποιείται από όλους σχεδόν όσους κάνουν χρήση και άλλων παράνομων ουσιών. Στους μαθητές η χρήση κάνναβης έχει υπερδιπλασιαστεί τα 5 χρόνια (1993-1998). Σε μαθητές 17-18 ετών, 1 στα 3 αγόρια (ποσοστό 27,7%) και περισσότερα από 1 στα 10 κορίτσια (ποσοστό 15,5%) έχουν δοκιμάσει ή κάνουν συστηματικότερη χρήση κάνναβης.

Νέες ουσίες, όπως η «έκσταση» και τα άλλα συνθετικά ναρκωτικά, έχουν κάνει την εμφάνιση τους. Η «έκσταση» εμφανίζει ένα ποσοστό χρήσης 3,1% στους μαθητές και το LSD ποσοστό 2,9%. Οι ουσίες αυτές εμφανίζουν αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Παρατηρείται μεγάλη διάδοση της χρήσης νόμιμων πτητικών ή εισπνεόμενων ουσιών (βενζίνη, κόλλες κ.λ.π). Δύο στα 10 αγόρια (ποσοστό 18,2%) και 1 στα 10 κορίτσια (ποσοστό 9,7%) κάνουν χρήση τέτοιων ουσιών.(ΕΚΤΠΕΝ-1998)

Αύξηση εντοπίζεται και στη χρήση αναβολικών ουσιών (ποσοστό 6,4% στα αγόρια και 3,2% στα κορίτσια). Το φαινόμενο της πολλαπλής χρήσης είναι αρκετά διαδεδομένο με διαφορετικού τύπου ναρκωτικών και νόμιμων ουσιών.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η χρήση ουσιών όπως της κάνναβης, αλκοόλ, συνθετικών ναρκωτικών (αμφεταμίνες, «έκσταση», LSD) συνδέονται με τη νυχτερινή διασκέδαση των νέων. Η χρήση καπνού είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη. Το 35% των μαθητών (17-18 χρόνων) καπνίζει συστηματικά. Επίσης ιδιαίτερο πρόβλημα παρατηρείται και στο αλκοόλ όπου το 16% των αγοριών κάνει συχνή χρήση και το 8,6% αντίστοιχα των κοριτσιών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών συμβαδίζουν και η βαρύτητα μάλιστα της παράνομης χρήσης φαίνεται να συμβαδίζει με τη βαρύτητα της χρήσης αλκοόλ και καπνού, πολλαπλασιάζοντας τη βλαβερή συνέπεια στην υγεία των χρηστών. (ΕΤΕΠΝ-1998).

3.6.1 Πρόληψη του ΚΕ.Θ.Ε.Α

Ο Τομέας Πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης της χρήσης ουσιών καθώς και εκπαίδευσης επαγγελματιών στους τομείς αυτούς σε όλη την Ελλάδα. Συνεργάζεται με την τοπική αυτοδιοίκηση, το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, εκπαιδευτικούς φορείς, ομοειδείς με το ΚΕ.Θ.Ε.Α. οργανισμούς και διεθνείς φορείς ή

δίκτυα πρόληψης. Στις δραστηριότητές του συγκαταλέγεται και η πραγματοποίηση επιστημονικών και ενημερωτικών εκδόσεων.

3.6.1.1 Η μεθοδολογία της πρόληψης

Τα προγράμματα πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. σχεδιάζονται με βάση τις ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ομάδων στις οποίες απευθύνονται. Συνδυάζουν στοιχεία από διαφορετικές επιστημονικές προσεγγίσεις με βασικό άξονα την εκπαίδευση σε κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες, οι οποίες λειτουργούν ως προληπτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη επιβλαβών, για το άτομο, μορφών συμπεριφοράς, όπως η εξάρτηση. Κύριο μεθοδολογικό εργαλείο αποτελεί η δουλειά σε ομάδες, η βιωματική και ενεργητική μάθηση, μέσα από συζήτηση, ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης, δημιουργική έκφραση, ασκήσεις αναπαραστάσεων (role playing), και η παροχή αντικειμενικής και κατάλληλης για κάθε ηλικιακή ομάδα ενημέρωσης. Η αξιολόγηση των προγραμμάτων αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της εφαρμογής τους.

3.6.2. Προγράμματα και δραστηριότητες

α) Προγράμματα πρόληψης για εκπαιδευτικούς

Απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς όλων των βαθμίδων και ανάλογα με τις ανάγκες τους έχουν:

1.Βραχυχρόνιο ενημερωτικό χαρακτήρα

Περιλαμβάνουν ενημέρωση γύρω από την εξάρτηση, τις εξαρτησιογόνες ουσίες, την αιτιολογία της χρήσης ουσιών, τους στόχους και τη μεθοδολογία της πρόληψης.

2.Μακροχρόνιο εκπαιδευτικό χαρακτήρα

Περιλαμβάνουν ενημέρωση γύρω από τη φύση και την αιτιολογία της εξάρτησης, βιωματική εκπαίδευση στη μεθοδολογία της πρόληψης και στη διερεύνηση του ρόλου των εκπαιδευτικών σε αυτήν, ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών, ώστε να είναι σε θέση να σχεδιάζουν, να εφαρμόζουν και να αξιολογούν παρεμβάσεις πρόληψης στη σχολική τάξη, ενθάρρυνση τους για δημιουργία πυρήνων πρόληψης στο σχολείο και δικτύων συνεργασίας με υπηρεσίες και φορείς της ευρύτερης κοινότητας.

β) Προγράμματα πρόληψης για παιδιά, εφήβους και νέους

Απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους όλων των βαθμίδων της εκπαίδευσης και το περιεχόμενό τους διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά κάθε ηλικιακής ομάδας. Στοχεύουν:

- ✓ Στην καλλιέργεια των προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων που λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στη χρήση ουσιών όπως επικοινωνία, αυτοεκτίμηση, υπευθυνότητα, λήψη αποφάσεων μετά από κριτική σκέψη, αναγνώριση, έκφραση και διαχείριση συναισθημάτων, επίλυση συγκρούσεων, αντίσταση σε πιέσεις κ. ά.
- ✓ Στη δημιουργία κλίματος ομαδικότητας, συνεργασίας και αλληλεγγύης στην τάξη που ευνοεί τη μάθηση και την προσωπική εξέλιξη.
- ✓ Στη δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.
- ✓ Στην αντικειμενική ενημέρωση και στην ευαισθητοποίηση σχετικά με τη χρήση και την κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ουσιών.

γ) Προγράμματα πρόληψης για γονείς

Απευθύνονται σε γονείς και, ανάλογα με τις ανάγκες τους, μπορεί να έχουν:

1. Βραχύχρονο ενημερωτικό χαρακτήρα

Αφορούν κυρίως ενημερωτικές ομιλίες γύρω από το μέγεθος, την αιτιολογία και την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών.

2. Μακροχρόνιο εκπαιδευτικό χαρακτήρα: Σχολές γονέων και εργαστήρια

Η διάρκεια και το περιεχόμενο τους ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες των ενδιαφερομένων. Εκτός από την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση γύρω από τις διάφορες πτυχές του προβλήματος των ναρκωτικών, στοχεύουν στην ανάπτυξη των γονικών δεξιοτήτων, στην ενίσχυση της επικοινωνίας και των σχέσεων στην οικογένεια και στην ενθάρρυνση των γονιών για στενότερη συνεργασία με το σχολείο.

δ) Πρότυπα ολοκληρωμένα σχολικά προγράμματα

Πρόκειται για μακροχρόνια προγράμματα που αφορούν το σύνολο μιας σχολικής κοινότητας και προϋποθέτουν τη συνεργασία και τη συμμετοχή όλων των μελών της, μαθητών, γονιών και εκπαιδευτικών. Δουλεύοντας και με τις τρεις αυτές ομάδες τα προγράμματα ενισχύουν τους προσωπικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που οδηγούν τα παιδιά σε υγιείς επιλογές, καθυστερώντας ή αποτρέποντας τη χρήση ουσιών. Τα προγράμματα αυτά ενισχύουν τις κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες των μαθητών, παρέχουν υποστήριξη σε γονείς και εκπαιδευτικούς, ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις απαιτήσεις του ρόλου τους και επιδιώκουν την ενσωμάτωση των αρχών και της μεθοδολογίας της πρόληψης στην καθημερινή σχολική πρακτική.

Το 2003 το ΚΕ.Θ.Ε.Α. απέσπασε το πρώτο βραβείο αποτελεσματικότητας του διεθνούς ιδρύματος πρόληψης MENTOR, ανάμεσα σε 150 υποψηφιότητες από 49 χώρες, για το μακροχρόνιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης που εφάρμοσε στη σχολική κοινότητα του 132ου Δημοτικού Σχολείου Αθηνών τη διετία 2000-2002.

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. διατηρεί με τον ΟΑΕΔ πολύπλευρη συνεργασία για την προαγωγή της πρόληψης στις σχολές μαθητείας του, η οποία, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνει: βραχυχρόνια και μακροχρόνια προγράμματα για μαθητές και

εκπαιδευτικούς, διοργάνωση ημερίδων με αντικείμενο την πρόληψη και λειτουργία συμβουλευτικού σταθμού στο Τ.Ε.Ε. Ηρακλείου Αττικής.

3.6.3 Κοινοτικά προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης σε όλη την Ελλάδα

Για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και ενημέρωσης σε όλη την Ελλάδα, και ιδίως σε περιοχές που δεν διαθέτουν υπηρεσίες σχετικές με το φαινόμενο της εξάρτησης, λειτουργεί από το 1989 η Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ. Με ένα ειδικά διαμορφωμένο, διώροφο λεωφορείο πραγματοποιούνται ολιγοήμερες αποστολές, ύστερα από αίτημα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και σε συνεργασία μαζί της και με άλλους τοπικούς φορείς. Η κινητή μονάδα πραγματοποιεί επίσης παρεμβάσεις σε ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα, φεστιβάλ νεολαίας, πολιτιστικές εκδηλώσεις κ.ά. Ο ΠΗΓΑΣΟΣ απευθύνεται στο σύνολο της τοπικής κοινωνίας με ειδικότερες ομάδες-στόχους: γονείς, εκπαιδευτικούς, μαθητές, επαγγελματίες υγείας, στελέχη τοπικής αυτοδιοίκησης, Αστυνομία, στρατευμένους κ.ά. Στόχος είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση γύρω από την εξάρτηση, τις βασικές αρχές πρόληψης και το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει κάθε ομάδα στην προώθηση της. Για τη διάδοση των μηνυμάτων της πρόληψης στο ευρύ κοινό διοργανώνονται καλλιτεχνικές, αθλητικές και οικολογικές εκδηλώσεις, ενώ στο χώρο του λεωφορείου πραγματοποιούνται ατομικές και ομαδικές συναντήσεις ενημέρωσης και συμβουλευτικής υποστήριξης που απευθύνονται και σε χρήστες ουσιών ή τα μέλη του στενού οικογενειακού και προσωπικού τους περιβάλλοντος.

3.6.4 Προγράμματα πρόληψης για ομάδες υψηλού κινδύνου

Τα προγράμματα σχεδιάζονται και πραγματοποιούνται από τη Μονάδα Πρόληψης ΙΚΑΡΟΣ. Απευθύνονται σε πληθυσμιακές ομάδες που, λόγω των

συνθηκών ζωής τους, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμπλοκής στη χρήση και στην κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ουσιών (ανήλικοι περιστασιακοί χρήστες ουσιών, έφηβοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες, κακοποιημένες γυναίκες και παιδιά κ.ά.).

3.6.5 Προγράμματα επιμόρφωσης επαγγελματιών στην πρόληψη

Απευθύνονται σε επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με το πρόβλημα των ναρκωτικών μέσα από την άσκηση του επαγγέλματός τους: στελέχη κοινωνικών υπηρεσιών, επαγγελματίες υγείας, φαρμακοποιούς, αστυνομικούς, ιερείς κ.ά. Ανάλογα με τις ανάγκες των ενδιαφερομένων πραγματοποιούνται:

1. Βραχύχρονιες παρεμβάσεις ενημερωτικού χαρακτήρα

Παρέχουν σφαιρική πληροφόρηση γύρω από την εξάρτηση, τις αρχές και τη μεθοδολογία της πρόληψης, το ρόλο κάθε επαγγελματικής ομάδας σε αυτήν, καθώς και ενημέρωση για την παραπομπή περιστατικών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.

2. Εκπαιδευτικά προγράμματα

Προάγουν την τεχνογνωσία γύρω από την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης, ώστε οι εκπαιδευόμενοι να μπορούν να προχωρήσουν οι ίδιοι στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση ανάλογων προγραμμάτων.

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει αναλάβει την παροχή εκπαίδευσης και εποπτείας στα στελέχη των κέντρων πρόληψης που λειτουργούν με τη συνεργασία του Ο.ΚΑ.ΝΑ. (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών) και της τοπικής αυτοδιοίκησης σε διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας, καθώς και των στελεχών του Κέντρο Πρόληψης του Ιδρύματος Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Αρχιεπισκοπής Αθηνών.

Στις παρεμβάσεις του για την πρόληψη της χρήσης ουσιών σε παιδιά και εφήβους και για την εκπαίδευση γονιών και επαγγελματιών το ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει εκδώσει και χρησιμοποιεί μία σειρά από εγχειρίδια «Ο κήπος με τις 11 γάτες», «Δεξιότητες για παιδιά του δημοτικού». «Εκπαιδύοντας τον Ίκαρο», «Αγωγή υγείας - Διαπροσωπικές σχέσεις (ηλικίες 11 έως 14)».

Στις δραστηριότητες του ο Τομέας Πρόληψης εκπαιδεύει και αξιοποιεί ομάδες εθελοντών, ενώ παρέχει τη δυνατότητα εξάμηνης πρακτικής άσκησης σε φοιτητές και σπουδαστές κοινωνικών επιστημών, ψυχολογίας, ψυχικής υγείας κ.ά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Θεραπεία και Απεξάρτηση

Η τοξικομανία αποτελεί έναν τρόπο ζωής που διαμορφώνεται με άξονα την καταναγκαστική σχέση του ατόμου με τις ουσίες από τις οποίες έχει εξαρτηθεί. Απ' αυτή την άποψη η απεξάρτηση δεν μπορεί να περιορίζεται απλώς και μόνο στη διακοπή της χρήσης και στη τροποποίηση της εξαρτικής συμπεριφοράς. Στόχος της πρέπει να είναι η τροποποίηση πρώτα απ' όλα της ψυχικής λειτουργίας αυτού του ατόμου, ώστε να μπορέσει να ανακουφιστεί από τον ψυχικό του πόνο και να αποχωριστεί οριστικά την ουσία.

Δεν μπορεί, λοιπόν, να νοηθεί θεραπεία απεξάρτησης έξω από έναν διαρκή προβληματισμό και διάλογο γύρω από τις αιτίες της τοξικομανίας, γύρω απ' όλους εκείνους τους λόγους, ατομικούς και κοινωνικούς, που ώθησαν το άτομο σε κάποια κρίσιμη στιγμή της ζωής του να στραφεί στις ουσίες και τελικά να εξαρτηθεί από αυτές. Αυτές τις αιτίες θα πρέπει να τις αναζητήσουμε στο ιστορικό του συγκεκριμένου ατόμου, στην προσωπική ιστορία του, στον τρόπο που λειτουργεί ψυχολογικά, καθώς και στην ιστορία και τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειάς του.

Η απεξάρτηση δεν μπορεί να αποβλέπει παρά στην αποκατάσταση της ελευθερίας σκέψης και δράσης του ατόμου, μέσα από τη βαθιά κατανόηση και τροποποίηση όλων εκείνων των παραγόντων που συνέβαλαν – σε διαφορετικά επίπεδα – στην εγκατάσταση της εξάρτησης (A. Morel). Αυτός ο μεγάλος στόχος μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την ένταξη του ατόμου σ' ένα ειδικά δομημένο θεραπευτικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο θα γίνει δυνατή η αποκατάσταση των βιολογικών λειτουργιών του και η ανασυγκρότηση όχι μόνο της προσωπικότητας, αλλά ολόκληρης της ύπαρξής του. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο εξασφαλίζονται οι όροι για την παρέμβαση των ειδικών θεραπειών και ψυχοθεραπειών στις ψυχολογικές λειτουργίες του. Εδώ σχεδιάζεται η

παρέμβαση των θεραπειών στην οικογένειά του, ώστε να μπορέσει να δεχτεί τις αλλαγές του.

Δύο είναι οι βασικές προϋποθέσεις για να πραγματοποιηθούν όλα αυτά. Η πρώτη αφορά στην απομάκρυνσή του τοξικομανούς από το οικογενειακό και άλλο περιβάλλον και η οργάνωση της ζωής του μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (6 – 7 μηνών στο πρόγραμμα του 18 ΑΝΩ, μικρότερο ή μεγαλύτερο σε άλλα προγράμματα) και η δεύτερη στην ψυχοθεραπεία του.

Στην πραγματικότητα, η θεραπεία απεξάρτησης ανάγεται στη διαλεκτική σύνθεση ψυχοθεραπευτικών και ψυχοεκπαιδευτικών διαδικασιών, που αποβλέπουν στην πραγματοποίηση εκείνων των αλλαγών που θα κάνουν ικανό τον τοξικομανή να συμμετέχει στο κοινωνικό γίγνεσθαι σε πολλά επίπεδα και με πολλούς τρόπους, χωρίς να έχει ανάγκη τις ουσίες για να λειτουργήσει. Αυτή η σύνθεση προϋποθέτει ένα σοβαρό διεπιστημονικό διάλογο ανάμεσα σε όλους τους επιστημονικούς και άλλους κλάδους που εμπλέκονται στη θεραπευτική διαδικασία (την ιατρική, την ψυχολογία, την κοινωνιολογία, την τέχνη). Αυτό σημαίνει ότι οι λειτουργοί αυτών των κλάδων γίνονται οι ίδιοι φορείς του διαλόγου, φέρνοντας στο επίκεντρο του προβληματισμού της θεραπευτικής ομάδας – αλλά και της επιστημονικής κοινότητας γενικότερα - τα κύρια θεωρητικά ζητήματα που αφορούν την εξάρτηση και τη θεραπεία της και ανακινούνται μέσα κλινικής πράξης.

Η θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να γίνει σε εξωτερική βάση, μέσα από τα λεγόμενα «ανοιχτά προγράμματα», όπου ο τοξικομανής διαμένει στο οικείο περιβάλλον· σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί και να εργάζεται και παράλληλα να παρακολουθεί το πρόγραμμα. Μπορεί όμως να γίνει σε εσωτερική βάση, σε θεραπευτικές κοινότητες ή άλλα λεγόμενα «κλειστά» προγράμματα, διαφόρων τύπων, όπου πραγματοποιούνται εξειδικευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις σε ειδικά διαμορφωμένο πλαίσιο με εξειδικευμένο προσωπικό.

Δεν υπάρχουν εκ των προτέρων «καλά» και «κακά» προγράμματα, μαγικές λύσεις ή θεραπεία – πανάκεια. Για να απεξαρτηθεί ο τοξικομανής απαιτούνται κάποιες βασικές προϋποθέσεις:

- i. Η λειτουργία πολλών τύπων προγραμμάτων απεξάρτησης, καλά στελεχωμένων με επαγγελματίες έμπειρους και εκπαιδευμένους, που λειτουργούν μέσα σ' ένα δίκτυο υπηρεσιών.
- ii. Η απόφαση του εξαρτημένου να δώσει ο ίδιος ενεργητικά και να κερδίσει τη μάχη της απεξάρτησής του, επιλέγοντας το πρόγραμμα που του ταιριάζει.
- iii. Το πλαίσιο, το οικογενειακό και κοινωνικό, που θα δημιουργήσει τους όρους της ισότιμης επανένταξής του στο κοινωνικό σύνολο.

4.1.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτημένων ατόμων είναι χρήσιμο και αποτελεσματικό να προτείνονται από τον θεραπευτή αρχικά βραχυπρόθεσμοι θεραπευτικοί στόχοι, που να είναι εύκολοι και αποδεκτοί από το χρήστη και να παρέχουν τη δυνατότητα να αναπτυχθεί μια σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο. Έτσι θα δοθεί η ευκαιρία να τεθούν μελλοντικά πιο ουσιαστικοί μακρόχρονοι στόχοι, που θα μπορούσαν να τρομάξουν το χρήστη και να βλάψουν τη σχέση με το θεραπευτή, εάν είχαν προταθεί από την αρχή. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία αποτελεί πάντα το κλειδί για κάθε θεραπευτική προσπάθεια και δεν φαίνεται να υπάρχει ένας και μόνος τρόπος αντιμετώπισης για όλους τους χρήστες.

Ως άμεσοι θεραπευτικοί στόχοι θα μπορούσαν να αναφερθούν:

- i. η γρήγορη εισαγωγή σε νοσοκομείο στην περίπτωση οξείας ψυχωσικόμορφης αντίδρασης ή έντονων στερητικών συμπτωμάτων,
- ii. η άμεση παραπομπή του χρήστη σε θεραπευτική κοινότητα ή ξενώνα, και
- iii. η μείωση ή σταθεροποίηση της δόσης της ουσίας.

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι είναι:

- i. η απόλυτη και σταθερή αποχή από ουσίες
- ii. η κοινωνική επανένταξη ή εργασιακή αποκατάσταση, και
- iii. η σταθεροποίηση του χρήστη σ' ένα τρόπο ζωής σταθερότερο και πιο προσαρμοστικό.

Σε ένα ορισμένο ποσοστό χρηστών η πλήρης και μόνιμη αποχή δεν είναι εφικτή. Στις περιπτώσεις αυτές είναι χρήσιμο να ενθαρρύνεται ο χρήστης, ώστε να πετύχει τη μείωση και σταθεροποίηση της δόσης ή να έχει περιόδους αποχής. Γενικά η ιεράρχηση των θεραπευτικών στόχων είναι η πλήρης και σταθερή αποχή, αλλά αυτό έχει πάντα ως συνέχεια την κοινωνικοεργασιακή αποκατάσταση του χρήστη. Το κίνητρο του χρήστη για θεραπεία, μολονότι είναι σημαντικό για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, είναι ένας μόνο από τους παράγοντες που το καθορίζουν.

4.1.2 Παράγοντες που διαμορφώνουν το θεραπευτικό σύστημα

Τα βασικά στοιχεία για την έκβαση της θεραπείας είναι πέντε:

- i. Το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης:

Το Drug Abuse Reporting Program (DARP) στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής είναι ίσως ένα από τα μεγαλύτερα ερευνητικά προγράμματα που έχουν ποτέ εκπονηθεί. Μια ιδιαίτερα χρήσιμη ανάλυση έχει γίνει από τους Sells και Simpson στην οποία εκτιμήθηκαν τα θεραπευτικά αποτελέσματα σ' ένα δείγμα χρηστών μετά από την παρέλευση πέντε χρόνων.

Σύμφωνα με την ανάλυση αυτή, την καλύτερη θεραπευτική έκβαση έχουν κατά σειρά: α) οι θεραπευτικές κοινότητες, β) τα θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής βάσης χωρίς συνταγογράφηση φαρμάκων, γ) τα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη και δ) οι θεραπευτικές προσεγγίσεις σε εξωτερική βάση, που περιοριζόταν μόνο στη σωματική απεξάρτηση.

Οι περισσότεροι συγγραφείς φαίνεται να συμφωνούν με την άποψη ότι οι ψυχοθεραπείες ψυχαναλυτικού τύπου δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στη θεραπευτική προσέγγιση της ουσιοεξάρτησης. Γενικά θα πρέπει πάντα να έχουμε υπόψη ότι μια κοινή θεραπευτική προσέγγιση για όλους τους χρήστες είναι μάλλον λανθασμένη τακτική, εξαιτίας του διαφορετικού βαθμού αντικοινωνικής συμπεριφοράς που εμφανίζει ο κάθε χρήστης.

ii. Η εντατικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης.

Στο θέμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης υπάρχουν δύο βασικά ερωτήματα, τα οποία έχουν απασχολήσει αρκετά τους θεραπευτές: α) εάν η οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση έχει καλύτερα αποτελέσματα από τη μη θεραπεία και β) εάν η μικρή θεραπευτική παρέμβαση είναι το ίδιο αποτελεσματική με τα εντατικά και οργανωμένα θεραπευτικά προγράμματα. Όσον αφορά την κατάχρηση των άλλων ουσιών, ο Winica, είκοσι χρόνια πριν, ισχυριζόταν ότι αρκετοί χρήστες σταματούν από μόνοι τους τη χρήση, καθώς μεγαλώνουν στην ηλικία. Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι ο ισχυρισμός αυτός είναι μια υπεραπλούστευση. Οι σύγχρονες επικρατούσες επιστημονικές απόψεις συνοψίζονται στις παρακάτω θέσεις: α) η αποχή από ουσίες είναι πολύ πιθανή τρία χρόνια μετά από την πρώτη χρήση, β) οι νεότεροι χρήστες με μικρότερο χρονικό διάστημα χρήσης εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αποχή από τους παλιούς χρήστες με μακριές ιστορίες χρήσης και γ) οι χρήστες που βρίσκονται σε συστηματική εντατική θεραπεία εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά αποχή από τις ουσίες.

iii. Ο Χώρος της θεραπείας

Έχουν γίνει πολλές συζητήσεις για το εάν οι χρήστες είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζονται σε εσωτερική ή εξωτερική βάση. Οι Sells και Simpson υποστηρίζουν ότι για τους συστηματικούς και «σκληρούς» χρήστες οπιοειδών η εσωτερική νοσηλεία έχει καλύτερα αποτελέσματα, ενώ για όλους τους

«ελαφρότερους» χρήστες η αντιμετώπιση σε εξωτερική βάση είναι το ίδιο αποτελεσματική με την εσωτερική.

iv. Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή

Ο θεραπευτής φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Ο Cartwright υποστηρίζει ότι υπάρχει ένας αριθμός χαρακτηριστικών του θεραπευτή που παίζουν σημαντικό ρόλο για το θετικό αποτέλεσμα της θεραπείας, όπως η κατανόηση των συναισθημάτων του θεραπευόμενου, η εμπειρία του θεραπευτή, το αίσθημα υποχρέωσης και τα θετικά συναισθήματα απέναντι στο εαυτό του, στο χρήστη και στη θεραπευτική διαδικασία. Ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να είναι συστηματικά αναμειγμένος ή πολύ επικριτικός, θα πρέπει να είναι αποφασισμένος να εργαστεί με αντικειμενικότητα, να μην απορρίπτει χρήστες με χαμηλό κίνητρο για θεραπεία και να είναι προετοιμασμένος για δυσκολίες, υποτροπές και αποτυχίες. Γενικά ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει γνώση, εμπειρία και εκπαίδευση σχετικά με το θεραπευτικό του αντικείμενο. Ο θεραπευτής δεν χρειάζεται να είναι απαραίτητα ψυχίατρος ή ψυχολόγος. Εκπαιδευμένοι γενικοί γιατροί, καθώς και πεπειραμένα άτομα σε παραϊατρικά και μη επαγγέλματα είναι δυνατόν να φανούν πολύ χρήσιμα στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης.

v. Τα χαρακτηριστικά του χρήστη

Πέρα από τη νεαρή ηλικία του χρήστη, το μικρό διάστημα χρήσης, την απουσία ενέσιμης χρήσης, το σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον και το χαμηλό δείκτη παράνομων δραστηριοτήτων, που φαίνονται να συνδέονται θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, υπάρχει η άποψη ότι είναι τελικά δύσκολο ν' απομονώσει κανείς με σιγουριά άλλα χαρακτηριστικά του χρήστη τα οποία να έχουν προγνωστική αξία αναφορικά με το αποτέλεσμα. Μία πιθανή εξήγηση γι' αυτό ίσως είναι το γεγονός ότι τα ουσιοεξαρτημένα άτομα αποτελούν ετερογενή πληθυσμό. Οι χρήστες περιγράφονται ως άτομα

παρορμητικά που επιζητούν την άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους και που είναι ανέτοιμα να υποστούν το άγχος που επιφέρει η οποιαδήποτε ματαίωση. Κρίσεις αυτού του τύπου είναι μάλλον φαταλιστικές, δεν βοηθούν και θα πρέπει κατά κανόνα να αποφεύγονται από τους θεραπευτές. Τα ουσιοεξαρτημένα άτομα έχουν υποστεί την επίδραση πολιτισμικών και άλλων παραγόντων και καταστάσεων που πολλές φορές είναι πέρα από τις δυνατότητες του ελέγχου τους. Οι χρήστες είναι συχνά φορτισμένοι με συναισθήματα άγχους, ανεπάρκειας, ενοχών και κοινωνικής απομόνωσης. Όλες αυτές οι καταστάσεις τροφοδοτούν το άτομο και ανατροφοδοτούνται από αυτό σ' ένα φαύλο κύκλο, ο οποίος θα πρέπει να διακοπεί.

4.2.1 Ομαδικού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

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.

Στις ομαδικού τύπου προσεγγίσεις γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί η διαμορφωτική επίδραση της θετικής δύναμης που υπάρχει στους πρώην χρήστες, ώστε να αναπτυχθεί η ικανότητα των υπολοίπων μελών της ομάδας για ρεαλιστικού τύπου προσαρμογές και επανατοποθετήσεις, καθώς και να αυξηθεί η μέριμνά τους για τα καθημερινά προβλήματα, όπως η εργασία και η κατοικία. Οι ομάδες αυτές μπορεί να οργανωθούν σε πλαίσιο νοσοκομείου (σε εσωτερική ή εξωτερική βάση), θεραπευτικής κοινότητας ή άλλων θεραπευτικών κέντρων. Η ομάδα μπορεί να αποτελείται από 3 – 12 (10 – 12) ή από 30 – 50 μέλη. 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 θεραπευτή.

Σε αντίθεση με τις ομάδες στις θεραπευτικές κοινότητες, όπου η διάρκεια της θεραπείας είναι 3 – 6 μήνες, οι ομάδες που οργανώνονται στο πλαίσιο διαφόρων κέντρων ή νοσοκομείων είναι σχεδιασμένες για 10 – 15 συναντήσεις, οι οποίες γίνονται μια φορά την εβδομάδα για 10 – 15 εβδομάδες ή γίνονται καθημερινά για 1 – 2 εβδομάδες. Οι συμμετέχοντες σ' αυτές τις ομάδες άλλοτε μένουν στα σπίτια τους και άλλοτε κατοικούν πρόσκαιρα σε κάποιο ξενώνα που βρίσκεται κοντά στο νοσοκομείο. Σε πολλές περιπτώσεις η ομάδα είναι μέρος ενός ευρύτερου θεραπευτικού προγράμματος νοσοκομείου ή θεραπευτικής κοινότητας. Εισαγωγές διαφόρων χρηστών στην ομάδα γενικώς και αδιακρίτως, ακόμη και όταν είναι εθελοντικές, δεν φαίνεται ότι είναι ο σωστός τρόπος αντιμετώπισης. Συνήθως οι χρήστες έχουν την τάση να συζητούν τις ευχάριστες παρά τις δυσάρεστες πλευρές της χρήσης. Αντίθετα, επιλεγμένες ομοειδείς ομάδες ουσιοεξαρτημένων ατόμων μπορούν να συνεργαστούν και να αλληλοϋποστηριχτούν, πετυχαίνοντας καλά αποτελέσματα.

Ο θεραπευτής πρέπει να συζητάει και να επεξεργάζεται προβλήματα που αφορούν κυρίως το παρόν παρά το παρελθόν. Οι δραστηριότητες στην ομάδα μπορεί να είναι συμβουλευτικές, υποστηρικτικές, ευαισθητικές ή εκπαιδευτικές. Όλοι οι τύποι προσέγγισης είναι χρήσιμοι, με τον όρο ότι η επιλογή των ατόμων πρέπει να γίνεται με σωστά και σταθερά κριτήρια για την κάθε ομάδα. Άτομα με μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές θα πρέπει να αποκλείονται, για να μην αναμειγνύονται με τους άλλους χρήστες. Βαριές περιπτώσεις διαταραχών της προσωπικότητας είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζονται σε ομαδικά σχήματα στο πλαίσιο θεραπευτικής κοινότητας.

Συμπερασματικά, η ομαδική ψυχοθεραπεία θα πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο θεραπευτή, να ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο σκεπτικό, να έχει συγκεκριμένη χρονική διάρκεια, να είναι προσανατολισμένη σε καθορισμένους στόχους και να είναι καλά σχεδιασμένη και δομημένη σχετικά με τον αριθμό των μελών της και τη γενικότερη λειτουργία της.

4.2.2 Ατομικού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η τάση για ατομικού τύπου συμβουλευτική ψυχοθεραπεία, η οποία γίνεται από επαγγελματίες. Η ψυχοθεραπεία αυτή προσφέρεται από ειδικές μονάδες, που είναι συνήθως εγκατεστημένες σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Μέσα από επανειλημμένες συναντήσεις με το χρήστη, γίνεται προσπάθεια να του δοθεί η κατάλληλη ενημέρωση, να συζητηθούν τα προβλήματα και οι σχέσεις του και να κατανοηθούν οι συμπεριφορές που τον οδηγούν στη χρήση. Συνεχής επιδίωξη είναι ο διαχωρισμός ανάμεσα στα τρέχοντα προβλήματα που δημιουργεί η χρήση αυτή καθαυτή και στους υποκειμενικούς παράγοντες που συμμετέχουν, συντηρούν και ενισχύουν τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά.

Σε πολλές περιπτώσεις η εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και ο σχεδιασμός της με βάση τις συγκεκριμένες και μοναδικές ανάγκες του κάθε ατόμου είναι ένα από τα βασικά κλειδιά για την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής προσπάθειας. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη κινήτρων για διακοπή της χρήσης, δια μέσω προσπαθειών που θα καλλιεργήσουν τα θετικά στοιχεία, τα οποία υπάρχουν στην προσωπικότητα του χρήστη, θα αξιοποιήσουν τις κοινωνικές ευκαιρίες του και θα αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις που ενισχύουν τη χρήση της ουσίας.

Ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να παραβλέπει το βασικό θέμα, που είναι η χρήση της ουσίας και οι συναναστροφές που αυξάνουν τη διαθεσιμότητά της. Τα κίνητρα για θεραπεία, αν και ποικίλλουν στους διάφορους χρήστες, είναι δυνατόν να αναπτυχθούν μέσω της συμβουλευτικής προσέγγισης. Πρέπει να τονιστεί ότι η επικέντρωση αποκλειστικά στο πρόβλημα της χρήσης, η παραγνώριση των μηχανισμών που το συντηρούν, η εφαρμογή της ίδιας θεραπευτικής τεχνικής αδιακρίτως και παράβλεψη πιθανών συνοδών ψυχιατρικών διαταραχών (κατάθλιψη – ψύχωση) είναι από τα συνηθέστερα λάθη των άπειρων ψυχοθεραπευτών.

Από την άλλη πλευρά, η ατομική ψυχοθεραπεία η οποία επικεντρώνεται μόνο πάνω στην ευαισθητική διαδικασία, χωρίς παράλληλα ν' ασχολείται με το πρόβλημα της χρήσης, είναι εξίσου αναποτελεσματική. Η ατομική προσέγγιση στα αρχικά της στάδια στοχεύει στην κάμψη των αντιστάσεων του χρήστη για θεραπεία, στην παραμονή του στη θεραπευτική προσπάθεια και στον προσανατολισμό του σε μακράς βάσης θεραπευτικά προγράμματα. Αρχικά γίνεται προσπάθεια να υποστηριχθεί ο χρήστης, ώστε να αντιμετωπίσει τους φόβους και τα συμπτώματα που εμφανίζονται καθώς η δόση της ουσίας μειώνεται. Η προσπάθεια αυτή απαιτεί συνήθως ενεργητική και δραστήρια παρέμβαση από μέρος του θεραπευτή και για το λόγο αυτό ψυχαναλυτικού τύπου τεχνικές δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματικές. Η εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο μπορεί να γίνει πολύ χρήσιμο εργαλείο και να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό τη συμπεριφορά του χρήστη.

Η ατομική ψυχοθεραπεία οφείλει πολλά από τα θετικά της αποτελέσματα στην «ταύτιση» του χρήστη με το θεραπευτή και ιδιαίτερα στην προσπάθεια που κάνει ο θεραπευόμενος ώστε να γίνει εξίσου «ικανός» με το θεραπευτή στο να επιλύει τρέχοντα προβλήματα. Η ατομική ψυχοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν συνδυάζεται (εκεί που πρέπει) με άλλες συμπεριφερολογικού ή γνωσιακού τύπου τεχνικές. Οι γνωσιακές θεραπείες ουσιαστικά είναι προσπάθειες που αποσκοπούν στο να βοηθήσουν το χρήστη να αναγνωρίσει και να τροποποιήσει μη προσαρμοστικούς τρόπους σκέψης. Ο Miller αναφέρει ότι από τους σημαντικότερους γνωσιακούς παράγοντες που εμπλέκονται στο σύνδρομο της ουσιοεξάρτησης είναι η προσδοκιμότητα του χρήστη, η λανθασμένη εκτίμησή του σχετικά με τη αυτοαποτελεσματικότητά του και η προηγούμενη γνώση του αναφορικά με τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις του στερητικού συνδρόμου.

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι θεραπευτές χρησιμοποιούν γνωσιακής κατεύθυνσης – ομαδικά ή ατομικά – θεραπευτικά μοντέλα ως μέρος

των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων, σε αντίθεση με τις ψυχοδυναμικού τύπου τεχνικές, που φαίνεται ότι γίνονται όλο και λιγότερο δημοφιλείς στο πεδίο της θεραπευτικής της ουσιοεξάρτησης. Η ατομική προσέγγιση φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματική για χρήστες που καταφεύγουν στις ουσίες στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν νευρωτικές καταστάσεις και συναισθηματικού τύπου προβλήματα.

4.2.3 Διάφορα άλλα είδη θεραπευτικών προσεγγίσεων

Λόγω της γενικής υπεραπασχόλησης με τη χρήση οπιοειδών, και ειδικότερα της ηρωίνης, πολύ λίγη προσοχή είχε δοθεί μέχρι πρόσφατα σε άτομα ουσιοεξαρτημένα από μη οπιοειδείς ουσίες. Ο αριθμός των ατόμων αυτών δεν είναι καθόλου αμελητέος. Οι χρήστες αυτοί υπάγονται σε δύο κατηγορίες: στα άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών μέσα στο νομικοϊατρικό πλαίσιο και στους «χρήστες των δρόμων», που προμηθεύονται την ουσία μέσα από το παράνομο κύκλωμα. Πολλές φορές ο διαχωρισμός αυτός δεν είναι και τόσο σαφής. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορες υπηρεσίες με σκοπό να βοηθήσουν κυρίως χρήστες αυτών των κατηγοριών.

1) Κέντρα Άμεσης Παρέμβασης και «Ελεύθερες Κλινικές»

Για χρήστες νεαρής ηλικίας που θεωρούν τους εαυτούς τους αντισυμβατικούς και ανήκουν σε διάφορες ομάδες ή υποκουλτούρες, είναι χρήσιμο να υπάρχουν θεραπευτικά κέντρα που να είναι προσαρμοσμένα στον τύπο τους. Το προσωπικό στα κέντρα αυτά έχει ανάλογη εμφάνιση, μιλάει και συμπεριφέρεται με παρόμοιο τρόπο. Ο χρήστης γίνεται εύκολα αποδεκτός και δεν υπάρχουν πολλές διαδικασίες και περιορισμοί για την εισαγωγή του. Βασικές προσφορές των κέντρων αυτών είναι η άμεση βοήθεια για τοξικές αντιδράσεις, απεξάρτηση, στερητικά συμπτώματα, κρίσεις πανικού και

αναδρομικές εμπιώσεις. Τα κέντρα αυτά συνήθως στεγάζονται στους χώρους των επειγόντων περιστατικών των διαφόρων νοσοκομείων.

2) Σταθμοί Γενικής Πληροφόρησης και Παραπομπής

Είναι συνήθως μέρη όπου κάποιος χρήστης με πρόβλημα μπορεί να απευθυνθεί για να πάρει πληροφορίες, οδηγίες ή να παραπεμφθεί μέσω αυτών στο κατάλληλο θεραπευτικό κέντρο. Μερικά από αυτά προσφέρουν και συμβουλευτική βοήθεια από επαγγελματικό προσωπικό που υπάρχει εκεί. Συνήθως είναι στεγασμένα σε διαμερίσματα, σπίτια και γραφεία στο κέντρο της πόλης ή σε νοσοκομεία, εκκλησίες και σχολεία.

3) Ανοικτές Τηλεφωνικές Γραμμές Άμεσης Υποστήριξης.

Τηλεφωνικά κέντρα αυτού του τύπου είναι ευρύτερα διαδεδομένα και παρέχουν βοήθεια όλο το 24ώρο σε άτομα που έχουν πρόβλημα και δεν μπορούν να περιμένουν.

Σε πολλές περιπτώσεις το προσωπικό το αποτελούν εθελοντές ειδικά εκπαιδευμένοι για το σκοπό αυτό. Τα τηλέφωνα αυτά μπορεί να είναι εγκατεστημένα οπουδήποτε, όπως σε νοσοκομεία, σε γραφεία, σε σπίτια ή και σε εκκλησίες. Συνήθως συνεργάζονται με κέντρα που έχουν επαγγελματικό προσωπικό.

4) Συμβουλευτικοί Σταθμοί

Είναι πιο οργανωμένα κέντρα και συνήθως προσφέρουν συστηματικότερη βοήθεια από τα προηγούμενα. Οι δραστηριότητές τους είναι ατομική ή ομαδικού τύπου συμβουλευτική ψυχοθεραπεία και βοηθούν παρεμβαίνοντας σε προβλήματα χρήσης ουσιών, σχέσεων εργασίας και οικογένειας. Οι σταθμοί αυτοί είτε έχουν επαγγελματικό προσωπικό ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και ατόμων για επαγγελματικό προσανατολισμό είτε χρησιμοποιούν προσωπικό αυτών των ειδικοτήτων από

άλλη υπηρεσία με την οποία είναι συνδεδεμένοι. Οι σταθμοί αυτοί υπάρχουν αυτόνομα ή είναι εγκατεστημένοι σε νοσοκομεία και αποτελούν μέρος της λειτουργίας τους.

5) Κέντρα Ημέρας

Είναι υπηρεσίες διαρθρωμένες και οργανωμένες έτσι ώστε χρήστες νεαρής ηλικίας να περνούν το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας εκεί. Συνήθως προσφέρουν ό,τι και οι συμβουλευτικοί σταθμοί και υπάρχει μέριμνα ώστε ο νεαροί χρήστες να μην έρχονται σ' επαφή με τους παλιούς «σκληρούς» χρήστες.

6) Ξενώνες – Ημιπροστατευόμενα Σπίτια – Σπίτια στην Κοινότητα

Οι υπηρεσίες αυτές βοηθούν συστηματικά τους νεαρούς χρήστες οι οποίοι για διάφορους λόγους δεν μπορούν να ζουν με την οικογένειά τους ή δεν έχουν κατοικία. Στις περιπτώσεις που οι υπηρεσίες αυτές δεν είναι σωστά σχεδιασμένες και δεν υπάρχει επαρκής επίβλεψη, γίνονται κέντρα διακίνησης ουσιών αναμειγνύοντας καινούργιους χρήστες με παλιούς, σκληρούς και βαριά διαταραγμένους χρήστες.

7) Ειδικές Ιατρικές Υπηρεσίες

Αποτελούν εξειδικευμένες ιατρικές μονάδες εσωτερικής ή εξωτερικής νοσηλείας, οι οποίες αντιμετωπίζουν σε βραχυπρόθεσμη βάση ποικίλα προβλήματα που πηγάζουν από τη χρήση ουσιών, όπως σωματικά και ψυχολογικά στερητικά συμπτώματα, τοξικές καταστάσεις από υπερδοσολογία, αντιδράσεις πανικού, ψυχωσικού τύπου αντιδράσεις από χρήση ουσιών, τραύματα μολύνσεις από ενέσεις, «κακά ταξίδια» από χρήση ψυχεδελικών ουσιών και γενικότερα ένα μεγάλο φάσμα προβλημάτων σχετικών με χρήση, τα οποία θα τρόμαζαν ένα μη εξειδικευμένο προσωπικό.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια αυξημένη τάση για ίδρυση νοσηλευτικών μονάδων που αντιμετωπίζουν θεραπευτικά χρήστες οιοπνεύματος και χρήστες ουσιών στον ίδιο χώρο.

4.3 Θεραπευτικά Προγράμματα

α) Θεραπευτικές κοινότητες

Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι συνήθως εγκατεστημένες έξω από τα νοσοκομεία και λειτουργούν ως σχετικά αυτόνομοι οργανισμοί. Βασική θεραπευτική τεχνική είναι η ομαδικού τύπου ψυχοθεραπευτική παρέμβαση μέσω της δυναμικής η οποία αναπτύσσεται από τις διάφορες ομάδες των θεραπευομένων και των θεραπευτών.

Οι κλασσικές αρχές λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας βασίζονται στα παρακάτω σημεία:

- 1) Ο όλος σχεδιασμός στηρίζεται στην άποψη ότι οι θεραπευόμενοι έχουν πάντα ανάγκη 24ώρης παραμονής στην κοινότητα.
- 2) Τα μέλη είναι όλοι πρώην χρήστες, αν και σε νεότερες παραλλαγές των κοινοτήτων χρησιμοποιούνται και άλλοι επαγγελματίες στο προσωπικό.
- 3) Όλο το σύστημα είναι αυστηρά ιεραρχημένο με επικεφαλής ένα «δεσποτικό» αρχηγό.
- 4) Οι καθημερινές δραστηριότητες είναι πάντα προσδιορισμένες και συγκεκριμένες και καλύπτουν όλη την ημέρα, από το πρωί έως το βράδυ. Τα μέλη της ομάδας περνούν όλο σχεδόν το χρόνο τους μαζί και αποθαρρύνονται από μοναχικές δραστηριότητες. Απασχολούνται με ομαδική ψυχοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, γυμναστική κλπ.
- 5) Το νέο εισερχόμενο μέλος απομονώνεται από την προηγούμενη ζωή του (φίλους και οικογένεια) και δεν έχει επαφή με τον έξω κόσμο. π.χ. με τηλεφωνήματα, γράμματα ή επισκέψεις. Δεν μπορεί να βγει έξω από το χώρο της κοινότητας χωρίς άδεια.
- 6) Οι παλαιότεροι θεραπευόμενοι λειτουργούν ως μοντέλα για τους νεότερους.
- 7) Η κοινότητα λειτουργεί μέσα από ένα καλά σχεδιασμένο σύστημα ενίσχυσης και τιμωρίας. Όταν ο θεραπευόμενος συμμορφώνεται με

συμπεριφορές που καθορίζει η κοινότητα, αυξάνονται τα προνόμιά του, ενώ αντίθετα, στις περιπτώσεις που παραβαίνει τους κανόνες και τις αρχές της, υφίσταται διάφορες μορφές τιμωρίας.

- 8) Βασική τεχνική της θεραπευτικής ομάδας είναι η χρησιμοποίηση «επιθετικών και σκληρών εκφράσεων» στην προσπάθεια να συμβουλευθούν, να ελέγξουν ή να τροποποιήσουν τις προηγούμενες θέσεις και συμπεριφορές του νέου χρήστη. Γενική αρχή των θεραπευτικών κοινοτήτων κάθε τύπου είναι η απαίτηση από το νέο χρήστη να διακόψει τη χρήση όλων των ουσιών κατά την είσοδό του στο χώρο.

Το στερητικό σύνδρομο ξεπερνιέται μόνο με την ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται από τα άλλα μέλη της κοινότητας. Η διάρκεια των διαφόρων προγραμμάτων ποικίλει από 12 έως 20 μήνες και τις περισσότερες φορές ακολουθεί μια περίοδος «ημιπροστασίας» για τους χρήστες που τελειώνουν επιτυχώς το πρόγραμμα. Πολλοί φαίνεται να συμφωνούν στην άποψη ότι ο χρόνος παραμονής του χρήστη στην κοινότητα σχετίζεται θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Γενικά θα λέγαμε ότι όλες οι θεραπευτικές κοινότητες λειτουργούν επιβλέποντας, συμβουλευοντας και επιτηρώντας συνεχώς τους χρήστες, με τελικό σκοπό να αυξήσουν την ευαισθησία των θεραπευόμενων και να τους εκπαιδεύσουν σ' ένα νέο τρόπο ζωής, που θα είναι πιο αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων τους.

Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι εναντίον της χρήσης φαρμάκων, όπως μεθαδόνη ή ανταγωνιστικές των οπιοειδών και το γεγονός αυτό τις απομονώνει από τις άλλες θεραπευτικές προσπάθειες. Αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων υπάρχουν διχογνωμίες. Συγκριτικές μελέτες ανάμεσα σε χρήστες που τελείωσαν επιτυχώς το πρόγραμμα και χρήστες που το εγκατέλειψαν πρώιμα αναφέρεται ότι μεγάλο ποσοστό των πρώτων εμφανίζει:

- α) σταθερή και πλήρη αποχή από κάθε ουσία

- β) διακοπή των παράνομων δραστηριοτήτων και των εμπλοκών με το νόμο
- γ) καλύτερη κοινωνική και εργασιακή προσαρμογή
- δ) μεγαλύτερη επιτυχία στις σπουδές τους.

Από την άλλη πλευρά ο Smart R. G. (1976), μετά από εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση σε σχετικές εργασίες, εκφράζει αρνητική θέση σχετικά με την θεραπευτική αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων υποστηρίζοντας ότι:

- α) Λιγότερο από το 15% των αρχικών εισαγωγών τελειώνει επιτυχώς το πρόγραμμα.
- β) Από αυτούς 33 – 92% επιτυγχάνει σταθερή αποχή από ουσίες, γεγονός που διαπιστώνεται και στο 22 – 50% των χρηστών που εγκατέλειψαν πρώιμα το πρόγραμμα και
- γ) Ότι πολύ μικρό είναι το ποσοστό των ατόμων που προσαρμόζονται σε εργασιακούς ρόλους διαφορετικούς από τους σχετικούς με την αντιμετώπιση ουσιοεξαρτημένων ατόμων.

Μετά από μελέτη χρηστών που είχαν θητεύσει σε θεραπευτικές κοινότητες, συμπεραίνει ότι αυτό ο τύπος θεραπευτικής προσέγγισης αποτελεί μια εμπειρία που μπορεί άλλους χρήστες να τους ωφελήσει σε σημαντικό βαθμό και άλλους να τους βλάψει σε σημαντικό βαθμό. (Thorley A., 1981).

β) Θεραπεία με φαρμακευτικά υποκατάστατα

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν, σε σύγκριση με την ηρωίνη, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει τόσο η δράση όσο και η αποδρομή τους. Αντίθετα, η ηρωίνη προκαλεί, σχεδόν

αμέσως μετά τη λήψη της, μια κατάσταση ευφορίας («ανέβασμα») που ακολουθείται, σε σύντομο χρονικό διάστημα, από «πτώση». Έτσι, με τα υποκατάστατα αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση.

Στις Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία, σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συνοσηρότητας. Μέλημα του προγράμματος υποκατάστασης είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων – κοινωνικών και υγείας – καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών. Παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα – που το επιθυμούν και μπορούν – να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την ανεξάρτηση. Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε ένα κανονικό τρόπο ζωής που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση.

Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και τη δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων.

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του, από το να παίρνει ένα φάρμακο ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα «στεγνά» προγράμματα (νευροβιολογικές συνιστώσες), και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα. Στα άτομα αυτά οφείλουμε να παρέχουμε τη θεραπεία που χρειάζονται, όπως το κάνουμε και σε άλλους χρόνιους ασθενείς (π.χ. σε όσους πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία ή σχιζοφρένια).

Στην Ελλάδα, από τα τέλη της δεκαετίας του '70, σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων, που είχε ήδη παρατηρηθεί στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση αυτή καταγραφόταν στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις ναρκωτικών κ.λ.π.), οι οποίοι –ιδιαίτερα μετά το 1985– παρουσίαζαν αλματώδη άνοδο. Η κατάσταση αυτή επιβαρυνόταν από την εμφάνιση του ιού του AIDS και την ταχεία εξάπλωσή του στους χρήστες ηρωίνης, ενώ παράλληλα αυξανόταν και η διάθεση όλων των ναρκωτικών, και ιδιαίτερα της ηρωίνης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, προέκυψε η ανάγκη για αλλαγή της νομοθεσίας στη χώρα μας, ώστε να καταστεί δυνατή η φαρμακευτική αντιμετώπιση των χρονίως εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων με τη χορήγηση φαρμακευτικών υποκατάστατων («πρόγραμμα υποκατάστασης»).

γ) Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα

Τα λεγόμενα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην ψυχοκοινωνική θεραπεία και στόχο έχουν την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες και την κοινωνική επανένταξη. Δεν χρησιμοποιούν φάρμακα υποκατάστασης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Τα πρώτα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα αναπτύχθηκαν στη χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80, από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (18 ΑΝΩ) και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α), και είχαν τη μορφή θεραπευτικών κοινοτήτων με εσωτερική παραμονή για διάστημα τουλάχιστον ενός έτους. Ακολούθησε η ανάπτυξη «στεγνών» προγραμμάτων και από άλλους φορείς, όπως το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραλισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων, προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία -από τους προαναφερθέντες και άλλους φορείς- διάφορων τύπων «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, όπως της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου των εξωτερικών ιατρείων, της νυχτερινής διαμονής για τους εργαζόμενους, των ειδικών προγραμμάτων για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα, ή των προγραμμάτων υπό μορφή αυτοβοήθειας. Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ, δημιούργησε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για ενήλικες και εφήβους και συνεργάζεται με άλλους φορείς για την ανάπτυξη ανάλογων προγραμμάτων.

Σήμερα, περίπου το 1/3 των θέσεων θεραπείας στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι νεαρότερα σε ηλικία, και έχουν λιγότερο βεβαρυμένο ιστορικό εξάρτησης. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα

άτομα, πριν αυτά αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

4.4 ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και λειτουργεί από το 1983, με την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης ελληνικής θεραπευτικής κοινότητας (ειδική νομοθετική ρύθμιση με Ν. 1729/1987). Εξυπηρετεί καθημερινά περίπου 3.000 άτομα, χρήστες και μέλη οικογενειών, χάρη σε ένα δίκτυο περισσότερων από 70 μονάδων σε διαφορετικές περιοχές της χώρας. Οι δραστηριότητες του αφορούν επίσης τους τομείς πρωτογενούς πρόληψης, εκπαίδευσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε θέματα τοξικοεξάρτησης και έρευνας. Είναι σύμβουλος οργανισμός του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του ΟΗΕ (ECOSOC) σε θέματα ναρκωτικών, και ένας από τους βασικούς φορείς εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης από Ουσίες.

Τη γενική εποπτεία του ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχει το ενδεκαμελές (+ 3 αναπληρωματικά μέλη) διοικητικό του συμβούλιο που προσφέρει το έργο του σε εθελοντική βάση (αμισθί). Τα εννέα τακτικά και τρία αναπληρωματικά μέλη του διοικητικού συμβουλίου εκλέγονται από τη Γενική Συνέλευση του ΚΕ.Θ.Ε.Α. όπου συμμετέχουν με δικαίωμα ψήφου το προσωπικό αορίστου χρόνου, τα μέλη των κέντρων κοινωνικής επανένταξης, τα μέλη των διοικητικών συμβουλίων των συλλόγων υποστήριξης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και τα μέλη όλων των προηγούμενων διοικητικών του συμβουλίων. Τα δύο μη αιρετά μέλη του διοικητικού συμβουλίου προέρχονται από το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και το διοικητικό συμβούλιο του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (Ν. 3204/2003).

Το διοικητικό συμβούλιο ορίζει το 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 θεραπευτικών προγραμμάτων και των τομέων. Η χάραξη της μακροπρόθεσμης πολιτικής γίνεται από το Συμβούλιο Πολιτικής του ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Σ.ΠΟ.Κ), την ολομέλεια των επικεφαλής των αυτοτελών διοικητικών μονάδων (προγράμματα, μονάδες, τομείς, τμήματα) του ΚΕ.Θ.Ε.Α. από όλη την Ελλάδα. Στα βασικά χαρακτηριστικά του τρόπου λειτουργίας του ΚΕ.Θ.Ε.Α. συγκαταλέγονται η θεραπευτική, διοικητική και οικονομική αποκέντρωση και η συμμετοχικότητα στη λήψη αποφάσεων.

4.4.1 Άνθρωποι και Πόροι

1) Οι Άνθρωποι

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι του ΚΕ.Θ.Ε.Α. ανήκουν στο προσωπικό «πρώτης γραμμής», που προσφέρει υπηρεσίες στα εξαρτημένα άτομα και στις οικογένειες τους. Προέρχονται συνήθως από το χώρο της ψυχικής υγείας και των κοινωνικών επιστήμων ή είναι απόφοιτοι αναγνωρισμένων θεραπευτικών προγραμμάτων με κατάλληλη εκπαίδευση για να εργασθούν στο χώρο της θεραπείας και της πρόληψης.

Εξειδικευμένοι επαγγελματίες στελεχώνουν επίσης τις υπηρεσίες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης επαγγελματιών, της διαχειρίσεις κ.λπ. Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. δεν απασχολεί βοηθητικό ή φυλακτικό προσωπικό. Στα θεραπευτικά του προγράμματα οι καθημερινές εργασίες γίνονται από ομάδες μελών και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας. Στις 31.10.05 το προσωπικό πλήρους απασχόλησης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. αριθμούσε 453 άτομα.

Ευαίσθητοποιημένοι πολίτες που θέλουν να συνεισφέρουν στο έργο του ΚΕ.Θ.Ε.Α. μπορούν να προσφέρουν εθελοντική εργασία, μετά από εκπαίδευση

και κάτω από τη συνεχή εποπτεία και στήριξη του προσωπικού. Πολύπλευρα συμβάλλουν στο έργο του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και οι εθελοντικοί σύλλογοι οικογένειας των θεραπευτικών του προγραμμάτων με δραστηριότητες όπως η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, η προσέλκυση δωρεών, η προσφορά προσωπικής εργασίας (π.χ στη διαμόρφωση κτηρίων για νέες μονάδες, την οργάνωση εκδηλώσεων κ.α.).

2) Οι πόροι

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

4.4.2 Δίκτυο Υπηρεσιών

Το δίκτυο των υπηρεσιών του ΚΕ.Θ.Ε.Α. είναι πανελλαδικής εμβέλειας και καλύπτει διαφορετικές περιοχές της χώρας από τη Θράκη μέχρι την Κρήτη. Περιλαμβάνει:

- ▼ **Συμβουλευτικά κέντρα** για τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους. Βρίσκονται στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, την Αλεξανδρούπολη, την Καβάλα, την Πάτρα, τη Λάρισα, το Βόλο, το Ηράκλειο και τον Άγιο Νικόλαο Κρήτης και τα Δικαστήρια Ανηλίκων Αθηνών.

- ▼ **Μονάδες απεξάρτησης** με βασικό στόχο την ψυχική απεξάρτηση των μελών τους. Διακρίνονται σε:

 - θεραπευτικές κοινότητες ενηλίκων διαμονής και εξωτερικής παρακολούθησης, στη Ραφήνα (**ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**), τη Θεσσαλονίκη (**ΙΘΑΚΗ**), τη Σαλαμίνα (**ΝΟΣΤΟΣ**), τη Λάρισα (**ΕΞΟΛΟΣ**), την Αθήνα (**ΔΙΑΒΑΣΗ**) και το Ηράκλειο Κρήτης (**ΑΡΙΑΔΝΗ**).
 - μονάδες απεξάρτησης εφήβων εξωτερικής ημερήσιας παρακολούθησης στην Αθήνα (**ΣΤΡΟΦΗ**), τον Πειραιά (**ΕΞΑΝΤΑΣ**), το Βόλο (**ΠΙΛΟΤΟΣ**) και την Πάτρα (**ΟΞΥΓΟΝΟ**).
 - ειδικές μονάδες απεξάρτησης στην Αθήνα: για εργαζόμενους χρήστες (**Βραδινό Πρόγραμμα ΔΙΑΒΑΣΗΣ**), για έφηβους περιστασιακούς ή πειραματικούς χρήστες (**ΠΛΕΥΣΗ**), για αποφυλακισμένους και εξαρτημένες μητέρες (**ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ**), για πρόσφυγες και μετανάστες (**MOSAIC**), για εξαρτημένους από αλκοόλ και τυχερά παιχνίδια (**ΑΛΦΑ**), και στη Θεσσαλονίκη (**Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για εξαρτημένες μητέρες**).
- ▼ **Κέντρα κοινωνικής επανένταξης** για μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων που ολοκληρώνουν την προσπάθειά τους, στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, τη Λάρισα και το Ηράκλειο Κρήτης.
- ▼ **Εξειδικευμένα κέντρα κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης** για μέλη και αποφοίτους θεραπευτικών προγραμμάτων, στην Αττική και τη Μακεδονία.
- ▼ **Προγράμματα οικογενειακής υποστήριξης** για τη στήριξη οικογενειών με εξαρτημένα μέλη, στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, την Αλεξανδρούπολη, την Καβάλα, την Πάτρα, τη Λάρισα και το Ηράκλειο Κρήτης.
- ▼ **Προγράμματα για φυλακισμένους και αποφυλακισμένους χρήστες**, στα οποία περιλαμβάνονται η Μονάδα Συμβουλευτικής Κρατουμένων Θεσσαλονίκης που δραστηριοποιείται σε φυλακές της κεντρικής και της

βόρειας Ελλάδας, το Κέντρο Υποδοχής και Επανένταξης Αποφυλακισμένων Θεσσαλονίκης και το Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ με θεραπευτική κοινότητα στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού και Κέντρο Υποδοχής στην Αθήνα. Προγράμματα υποστήριξης κρατούμενων χρηστών λειτουργούν επίσης στο Ηράκλειο Κρήτης.

- ✓ **Το Κέντρο Πολλαπλής Παρέμβασης ΕΞΕΛΙΞΙΣ** για την απεξάρτηση αλλά και την πολύπλευρη στήριξη εξαρτημένων ατόμων που δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε πρόγραμμα θεραπείας. Διαθέτει πρόγραμμα άμεσης πρόσβασης, προσέγγισης χρηστών στο δρόμο, διαγνωστικό κέντρο κ.ά.
- ✓ **Οδοντιατρεία** για μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, και τη Λάρισα.
- ✓ **Εναλλακτικά - Μεταβατικά Σχολεία** στο πλαίσιο θεραπευτικών προγραμμάτων στην Αθήνα (ΣΤΡΟΦΗ), τη Θεσσαλονίκη (ΙΘΑΚΗ), τη Λάρισα (ΕΞΟΔΟΣ) και το Ηράκλειο (ΑΡΙΑΔΝΗ).
- ✓ **Την Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης ΙΘΑΚΗ** για χρήστες ουσιών, τους συγγενείς και τους φίλους τους.
- ✓ **Τον Τομέα Πρόληψης** που περιλαμβάνει τα Τμήματα Πρόληψης στην Πρωτοβάθμια και τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, την Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ και τη Μονάδα Πρόληψης ΙΚΑΡΟΣ (παρεμβάσεις σε ομάδες υψηλού κινδύνου).
- ✓ **Τον Τομέα Εκπαίδευσης** με έδρα την Αθήνα. Οργανώνει προγράμματα εκπαίδευσης για στελέχη πρόληψης και θεραπείας και προγράμματα κατάρτισης για τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων. Εκδίδει το επιστημονικό περιοδικό «Εξαρτήσεις».
- ✓ **Τον Τομέα Έρευνας** με έδρα την Αθήνα. Παρακολουθεί το προφίλ των προσερχόμενων στα θεραπευτικά προγράμματα και αξιολογεί τα προγράμματα θεραπείας, πρόληψης και εκπαίδευσης του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

- ▼ **Ξενώνες Φιλοξενίας** στην Αθήνα και το Ηράκλειο Κρήτης για τα άτομα που παρακολουθούν τα προγράμματα **ΣΤΡΟΦΗ** και **ΑΡΙΑΔΝΗ** αντίστοιχα και προέρχονται από άλλη πόλη ή δεν έχουν οικογενειακή στήριξη.
- ▼ **Το λιθογραφείο ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ** στη Θεσσαλονίκη. Έχει στόχο την αυτοχρηματοδότηση και την επαγγελματική κατάρτιση μελών των θεραπευτικών προγραμμάτων. Σε διαφορετικές πόλεις λειτουργούν με παρόμοιους στόχους δύο ξυλουργεία, δύο αγροκτήματα και ένα εργαστήριο κεραμικής.

4.4.3 Θεραπεία

Η πορεία προς την ανεξάρτηση σηματοδοτείται από διαφορετικές φάσεις. Σε κάθε μία απ' αυτές αντιστοιχεί διαφορετική μονάδα του θεραπευτικού προγράμματος με τους ιδιαίτερους στόχους της. Στη διάρκεια αυτής της πορείας τα προγράμματα προσφέρουν παράλληλη στήριξη στα άτομα του στενού περιβάλλοντος του χρήστη.

Κάθε πρόγραμμα διαθέτει, επίσης, τμήματα που ασχολούνται με θέματα εκπαίδευσης-επιμόρφωσης των μελών του, έρευνας στον πληθυσμό που εξυπηρετεί και διοικητικό-οικονομικές υπηρεσίες.

Με αυτόν τον τρόπο παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες στα εξαρτημένα άτομα και στις οικογένειες τους και εξασφαλίζουν την αυτονομία που απαιτείται, ώστε να ανταποκρίνονται με ευελιξία στις ανάγκες που διαπιστώνουν. Την τελευταία ιδίως πενταετία πολλά θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. έχουν επίσης εντάξει στο δίκτυο των υπηρεσιών τους καινοτόμες μονάδες που στοχεύουν στη στήριξη ομάδων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες (λ.χ. εξαρτημένες μητέρες, εργαζόμενοι χρήστες, έφηβοι παραβάτες που κάνουν χρήση ουσιών).

1. Συμβουλευτικά κέντρα: Ενημέρωση, κινητοποίηση, προετοιμασία

Η πορεία στο θεραπευτικό πρόγραμμα αρχίζει από τα συμβουλευτικά κέντρα (ή κέντρα ενημέρωσης και εισαγωγής). Το πρώτο αυτό στάδιο διαρκεί από 8 έως 10 εβδομάδες περίπου και είναι εξωτερικής παρακολούθησης.

Παρέχοντας ασφαλές περιβάλλον, όπου δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών, τα κέντρα προετοιμάζουν τα εξαρτημένα άτομα για την εισαγωγή τους σε θεραπευτική κοινότητα, ενημερώνοντάς τα για τη λειτουργία της, ενισχύοντας το βαθμό κινητοποίησης τους και ενθαρρύνοντας τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης. Παραπέμπουν για εξετάσεις σε ιατρικές υπηρεσίες της περιοχής και παρέχουν διατροφή και τη δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης. Αποτελούν, επίσης, το χώρο πρώτης επαφής των ατόμων του στενού περιβάλλοντος του χρήστη με το θεραπευτικό πρόγραμμα.

2. Θεραπευτικές κοινότητες: Απεξάρτηση

Η δεύτερη φάση του προγράμματος είναι η θεραπευτική κοινότητα, διάρκειας 12 περίπου μηνών. Αποτελεί το κατεξοχήν στάδιο της θεραπείας. Διακρίνονται σε κοινότητες διαμονής και εξωτερικής ημερήσιας παρακολούθησης («ανοικτές»).

Η συστηματική χρήση ουσιών αποτελεί συνήθως το σύμπτωμα βαθύτερων προβλημάτων ψυχολογικής, διαπροσωπικής ή κοινωνικής προέλευσης. Τα άτομα χρησιμοποιούν τις ουσίες για να νιώθουν καλά ή, απλώς, φυσιολογικά. Η ανάγκη να εξασφαλίσουν τις ουσίες που καταναλώνουν βρίσκεται στο επίκεντρο της ζωής τους και καθορίζει τη δράση και τη συμπεριφορά τους.

Η οργάνωση και οι δραστηριότητες των θεραπευτικών κοινοτήτων έχουν σχεδιαστεί έτσι, ώστε να οδηγούν τα μέλη τους στην αναζήτηση των

γενεσιουργών αιτιών της χρήσης και στη συνολική αλλαγή του τρόπου ζωής και συμπεριφοράς.

Στη θεραπευτική κοινότητα ο πρώην χρήστης μαθαίνει πώς να αποκτήσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στους άλλους, πώς να αντιμετωπίζει το άγχος και τις συγκρούσεις με εποικοδομητικό τρόπο καθώς και ότι το να ζητά βοήθεια δεν σημαίνει ότι είναι αδύναμος. Ανακαλύπτοντας τις ικανότητες του αλλά και τα όρια των δυνατοτήτων του, μαθαίνει ότι δεν είναι «ούτε ο γίγαντας των ονείρων του ούτε ο νάνος των φόβων του».

Για να πετύχουν το στόχο τους, οι θεραπευτικές κοινότητες εφαρμόζουν την αρχή της αυτοβοήθειας. Κάθε μέλος της κοινότητας μαθαίνει πώς να βοηθάει τον εαυτό του με τη στήριξη των άλλων. Έτσι, οι θεραπευτικές κοινότητες μπορούν να οριστούν ως περιβάλλον όπου οι άνθρωποι συνυπάρχουν και συνδέονται λόγω του κοινού τους στόχου: την απεξάρτηση και την επανένταξη στην κοινωνία.

Αν και η προσέλευση είναι εθελούσια, η συμμετοχή στο κοινό καθημερινό πρόγραμμα είναι υποχρεωτική, ως προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας.

Οι βασικοί κανόνες απαγορεύουν τη χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών, τη λεκτική και σωματική βία και τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των μελών.

Για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών διαβίωσης και τη συντήρησή τους οι κοινότητες δεν απασχολούν βοηθητικό προσωπικό, αλλά βασίζονται στην αρχή της αυτοδιαχείρισης, την προσωπική δηλαδή εργασία των μελών τους, που οργανώνονται για το σκοπό αυτό σε ομάδες με συγκεκριμένες αρμοδιότητες (καθαριότητα, κουζίνα, γραμματεία, δημόσιες σχέσεις, διαχείριση κ.ά.) υπό την εποπτεία του θεραπευτικού προσωπικού.

Οι θεραπευτικές κοινότητες παρέχουν στα μέλη τους συστηματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης με πολλαπλούς στόχους: Την κάλυψη βασικών εκπαιδευτικών κενών (γραφή, ανάγνωση, γλώσσα, αριθμητική κ.ά.), την

επανασύνδεση με την εκπαιδευτική διαδικασία, τον επαγγελματικό προσανατολισμό, την επαγγελματική κατάρτιση και την καλλιέργεια προσωπικών ενδιαφερόντων. Με οργανωμένο τρόπο αντιμετωπίζονται, επίσης, τα προβλήματα υγείας και οι νομικές εκκρεμότητες των μελών.

3. Κέντρα κοινωνικής επανένταξης: η ολοκλήρωση της προσπάθειας

Ολοκληρώνοντας τη θεραπευτική κοινότητα το μέλος του προγράμματος περνάει στη φάση της κοινωνικής επανένταξης (ή κοινωνικής δραστηριοποίησης), που διαρκεί 10 έως 12 μήνες περίπου. Για τα μέλη των προγραμμάτων διαμονής τα κέντρα κοινωνικής επανένταξης διαθέτουν ξενώνες, όπου μπορούν να φιλοξενηθούν μέχρι να βρουν δουλειά και δικό τους σπίτι. Στη φάση αυτή στόχος είναι να μάθει το άτομο πώς να λειτουργεί ως ισότιμο μέλος στην κοινωνία, με τη νέα ταυτότητα που απέκτησε κατά την παραμονή του στη θεραπευτική κοινότητα. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στην επαγγελματική κατάρτιση και την επαγγελματική αποκατάσταση, καθώς αυτή αποτελεί προϋπόθεση πλήρους κοινωνικής ένταξης και βασικό παράγοντα για την πρόληψη της υποτροπής.

4. Κέντρα οικογενειακής υποστήριξης: Η δουλειά με την οικογένεια

Η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα απεξάρτησης επηρεάζει θετικά την έκβαση της θεραπείας. Όλα τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. διαθέτουν παράλληλο πρόγραμμα οικογενειακής στήριξης που απευθύνεται στα πρόσωπα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του χρήστη (γονείς, αδέρφια, παιδιά, σύντροφοι-σύζυγοι), και έχει περίπου την ίδια διάρκεια μ' αυτά. Εκεί, ενημερώνονται για τη χρήση, την εξάρτηση και τον τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης του ΚΕ.Θ.Ε.Α., για τον καθοριστικό ρόλο που μπορούν να παίξουν στην έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας, ενώ τους

δίνεται η δυνατότητα να συμμετάσχουν σε διαδικασίες για την εξομάλυνση δυσλειτουργιών στην οικογένεια.

Όταν ένα εξαρτημένο άτομο δεν είναι ενταγμένο σε θεραπευτικό πρόγραμμα, τα μέλη της οικογένειας του μπορούν να παρακολουθούν τα ανεξάρτητα προγράμματα οικογενειακής στήριξης, όπου, εκτός των άλλων, θα εκπαιδευτούν στους τρόπους με τους οποίους μπορούν να παρακινήσουν το εξαρτημένο άτομο, ώστε να ενταχθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης.

5. Προγράμματα υποστήριξης κρατούμενων χρηστών: παρέμβαση στη φυλακή

Τα προγράμματα στήριξης κρατούμενων χρηστών πραγματοποιούνται σε σωφρονιστικά καταστήματα διαφορετικών περιοχών της Ελλάδας. Στόχος τους είναι να παρέχουν ενημέρωση γύρω από την εξάρτηση και τις δυνατότητες θεραπείας και να κινητοποιούν και να προετοιμάζουν για ένταξη σε θεραπεία όσους το επιθυμούν, καθώς ο νόμος δίνει τη δυνατότητα ένταξης σε θεραπευτική κοινότητα στους κρατούμενους χρήστες που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα στη φυλακή.

6. Εκπαίδευση και κατάρτιση

Τα τμήματα εκπαίδευσης των θεραπευτικών προγραμμάτων σχεδιάζουν και εφαρμόζουν προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού, κατάρτισης και επιμόρφωσης των μελών του προγράμματος σε όλες τις φάσεις της θεραπείας. Στόχος είναι να καλυφθούν βασικές εκπαιδευτικές ελλείψεις των μελών, να εντοπισθούν και να καλλιεργηθούν οι κλίσεις και οι ικανότητες τους και να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για τη επαγγελματική τους αποκατάσταση.

7. Έρευνα και τεκμηρίωση

Τα τμήματα έρευνας είναι υπεύθυνα για τη συλλογή και τη διαχείριση στοιχείων που αφορούν το θεραπευτικό πρόγραμμα. Τα στοιχεία αυτά σχετίζονται με το κοινωνιοδημογραφικό προφίλ και τις συνθήκες χρήσης των ατόμων που προσέρχονται στο συμβουλευτικό κέντρο του προγράμματος, τη συνολική κλινική εικόνα των μελών στη θεραπευτική κοινότητα, την κίνηση (εισαγωγές, αποχωρήσεις, ολοκληρώσεις) όλων των φάσεων του προγράμματος κ.ά. Η αξιοποίηση τους έχει στόχο την αξιολόγηση και βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται.

8. Διοίκηση και διαχείριση

Τα τμήματα διοίκησης και οικονομικών των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι υπεύθυνα για την απρόσκοπτη διοικητική και οικονομική-διαχειριστική λειτουργία του προγράμματος. Στις βασικές αρμοδιότητές τους περιλαμβάνεται η κατάρτιση και η τήρηση του ετήσιου προϋπολογισμού του προγράμματος, η ορθολογική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, η προσέλκυση δωρεών, η εφαρμογή των εργασιακών σχέσεων εντός του προγράμματος, η τήρηση αρχείου για το προσωπικό κ.ά.

9. Τα Προγράμματα

Τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. απευθύνονται τόσο στους χρήστες ουσιών όσο και στις οικογένειες τους, είναι δωρεάν και στηρίζονται στην αντιμετώπιση της εξάρτησης χωρίς φαρμακευτικές ουσίες και στην εθελούσια προσέλευση και ενεργητική συμμετοχή του ατόμου. Οι παρεμβάσεις είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των διαφορετικών πληθυσμών εξαρτημένων χρηστών στους οποίους απευθύνονται

(ενήλικες, έφηβοι, φυλακισμένοι και αποφυλακισμένοι, μητέρες, μετανάστες κλπ.).

4.5 Ο.ΚΑ.ΝΑ

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

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ έχει ως κύριους σκοπούς:

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

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ, από την ίδρυση του έως σήμερα, επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης.

Για τη χάραξη και το συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα, κ.ά.) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας

EMCDDA, Ομάδα Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.), ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ).

Στον τομέα της πρόληψης ο Ο.ΚΑ.ΝΑ, σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα στον τομέα της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων.

§ Χάρτης Υπηρεσιών του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ έχει αναπτύξει ένα δίκτυο υπηρεσιών το οποίο διευρύνεται συνεχώς, ώστε να καλυφθούν, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, οι πολύπλευρες ανάγκες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης και μείωσης της βλάβης.

Το δίκτυο υπηρεσιών του Ο.ΚΑ.ΝΑ περιλαμβάνει:

4.5.1 Θεραπεία

Λειτουργούν σήμερα σε όλη την Ελλάδα: 3 «στεγνά» προγράμματα ενηλίκων, 4 «στεγνά» προγράμματα εφήβων, 8 θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης (Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη), 1 ιατρείο υποστήριξης εξαρτημένων ατόμων – σε συνεργασία με το ΙΚΑ (Περιστέρι) και 8 μονάδες υποκατάστασης σε συνεργασία με τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας – Πρόνοιας είτε με τη μορφή αυτόνομων μονάδων (Θεσσαλονίκη – Νοσοκομείο Παπανικολάου, Χανιά – Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων, Ρόδος – Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου & Δήμος Ροδίων) είτε με τη μορφή εξωτερικών ιατρείων σε

συνεργασία με τα κατά τόπους νοσοκομεία (Λαμία, Αγρίνιο, Λιβαδειά, Λάρισα, Χαλκίδα).

Αθήνα-Πειραιάς

- 1 Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού
- 5 Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης σε Αθήνα και Πειραιά

Α' Μονάδα

Β' Μονάδα

Γ' Μονάδα (Πειραιάς)

Δ' Μονάδα

Ε' Μονάδα

- 1 Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων (Μονάδα Εφήβων «Ατραπός»)
- 1 Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Ενηλίκων, σε συνεργασία με την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Πρόγραμμα «Αθηνά»)
- 1 Ιατρείο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων, σε συνεργασία με το ΙΚΑ Περιστερίου

Θεσσαλονίκη

- 4 Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης

Α' Μονάδα

Β' Μονάδα

Γ' Μονάδα, σε συνεργασία με το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Γ. Παπανικολάου»

Δ' Μονάδα

- 1 Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων (Μονάδα Εφήβων «Ναυτίλος»)

- 1 Πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» Ενηλίκων, σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Πάτρα

- 1 Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Ενήλικες - Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών (Συμβουλευτικός Σταθμός, Θεραπευτική Κοινότητα «Γέφυρα», Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης, Πρόγραμμα Οικογένειας)

Λάρισα

- 1 Θεραπευτική Μονάδα Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Γεν. Νοσοκομείο Λάρισας)
- 1 Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων (σε συνεργασία με τη Νομαρχία Λάρισας)

Ρέθυμνο

- 1 Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων

Χανιά

- 1 Θεραπευτική Μονάδα Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων)

Ρόδος

- 1 Θεραπευτική Μονάδα Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Δήμο Ροδίων, την Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Δωδεκανήσου και το Β΄ ΠΕΣΥΠ Νοτίου Αιγαίου)

Λαμία

- 1 Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Γεν. Νομαρχιακό Νοσοκομείο Λαμίας)

Αγρίνιο

- 1 Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Γεν. Νομαρχιακό Νοσοκομείο Αγρινίου)

Χαλκίδα

- 1 Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Γεν. Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας)

Λιβαδειά

- 1 Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων (σε συνεργασία με το Γεν. Νομαρχιακό Νοσοκομείο Λιβαδειάς)

Κοινωνική Επανάταξη

- 1 Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης στην Αθήνα
- 2 Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης, σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη

Υπηρεσίες Άμεσης Πρόσβασης

- 1 Κέντρο Βοήθειας στην Αθήνα (ιατρικές υπηρεσίες, υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας, υπηρεσία «δουλειάς στο δρόμο», υπηρεσία ανταλλαγής συριγγών, υπηρεσία νομικής υποστήριξης, κινητή μονάδα πρώτων βοηθειών)
- 1 Σταθμό Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων στην Αθήνα
- Τηλεφωνική Γραμμή SOS (1031)

Υποστηρικτικές Υπηρεσίες του Ο.ΚΑ.ΝΑ

Για να λειτουργήσουν αποδοτικά οι συνεχώς πολλαπλασιαζόμενες υπηρεσίες του Ο.ΚΑ.ΝΑ απαιτείται άριστη διοικητική και τεχνική υποδομή καθώς και πλαισίωση των υπηρεσιών από άλλες υποστηρικτικές δραστηριότητες. Για το σκοπό αυτό ο Ο.ΚΑ.ΝΑ δημιούργησε τα ακόλουθα τμήματα:

- Πρόληψης
- Εφαρμογών Πρόληψης
- Έρευνας - Αξιολόγησης
- Εκπαίδευσης και Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού
- Πληροφορικής
- Βιβλιοθήκης

4.5.2 Πολιτική του Ο.ΚΑ.ΝΑ στη θεραπεία/ κέντρα υποδοχής και αξιολόγησης και παραπομπών

1) Θεραπεία με φαρμακευτικά υποκατάστατα

Το 1993, με το **Νόμο 2161/1993** (ιδρυτικός νόμος του ΟΚΑΝΑ) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (**ΓΕΟ/25/6-4-95**) προσδιορίζονται οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996, ο ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε το πρώτο στη χώρα μας ΠΠΥ με χορήγηση μεθαδόνης και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη.

Σήμερα, ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει οκτώ Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης σε Αθήνα, Πειραιά και Θεσσαλονίκη. Επίσης, σε συνεργασία με τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας - Πρόνοιας ο Ο.ΚΑ.ΝΑ δημιούργησε 8 Μονάδες Υποκατάστασης, είτε με τη μορφή αυτόνομων μονάδων (Θεσσαλονίκη-Νοσοκομείο Παπανικολάου, Χανιά-Θεραπευτήριο Ψυχικών

Παθήσεων, Ρόδος-Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου & Δήμος Ροδίων) είτε με τη μορφή εξωτερικών ιατρείων σε συνεργασία με τα κατά τόπους νοσοκομεία (Λαμία, Αγρίνιο, Λιβαδειά, Λάρισα, Χαλκίδα), ενώ σε συνεργασία με το ΙΚΑ ξεκίνησε η λειτουργία ενός ακόμη ιατρείου (Περιστέρι).

Ο σχεδιασμός και η λειτουργία νέων μονάδων υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ για την πενταετία 2002-2006 υλοποιείται βάσει του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ναρκωτικά, με στόχο την κάλυψη των 13 υγειονομικών περιφερειών της χώρας.

2) Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ διαθέτει τέσσερις Μονάδες Εφήβων (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Ρέθυμνο) και ένα Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών στην Πάτρα. Με τη συνεργασία του Ο.ΚΑ.ΝΑ λειτουργούν επίσης το Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το «Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας» του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Η ανάγκη αναβάθμισης του συστήματος αξιολόγησης των αναγκών των εξαρτημένων ατόμων που ζητούν θεραπεία, με σκοπό την παραπομπή τους στο καταλληλότερο κατά περίπτωση πρόγραμμα (του Ο.ΚΑ.ΝΑ ή άλλων φορέων) οδήγησε στην ίδρυση από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ μέσα στο 2002 του πρώτου Κέντρου Υποδοχής, Ενημέρωσης, Αξιολόγησης και Παραπομπών στην Αθήνα. Σκοπός της υπηρεσίας αυτής είναι η βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών στα άτομα που υποβάλλουν αίτηση για το πρόγραμμα υποκατάστασης.

Το Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού του Ο.ΚΑ.ΝΑ έχει την ευθύνη για:

- την παραλαβή των αιτήσεων συμμετοχής στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης (ΘΠΥ)

- την ενημέρωση για όλα τα θεραπευτικά προγράμματα και ειδικότερα για το ΘΠΥ, καθώς και τη χορήγηση έντυπου υλικού σε όλους όσους προσέρχονται για να υποβάλουν αίτηση
- τη λήψη ιστορικού και την αξιολόγηση του κάθε περιστατικού, ύστερα από συνέντευξη και με τη χρήση ειδικών διαγνωστικών εργαλείων
- τη συζήτηση με τον αιτούντα, η οποία ανάλογα με την περίπτωση συνοδεύεται από συστάσεις ή και παροτρύνσεις για την παρακολούθηση «στεγνού» προγράμματος
- τη δημιουργία φακέλου ασθενή, όταν πρόκειται να γίνει εισαγωγή στο ΘΠΥ
- τη διαχείριση της λίστας αναμονής των μονάδων της Αθήνας και του Πειραιά για το ΘΠΥ, με αυστηρή τήρηση της σειράς προτεραιότητας σύμφωνα με τον αριθμό πρωτοκόλλου της αίτησης συμμετοχής και τους κανόνες που διέπουν την εισαγωγή στο ΘΠΥ (κατ' εξαίρεση εισαγωγές, επανεισαγωγές, κ.ά.)

Οι Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα απιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.

Αυτό που διαφοροποιεί τα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα («στεγνά»), είναι η χορήγηση απιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη.

Τα φάρμακα αυτά έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή και να διακόψουν τη χρήση της ηρωίνης και των άλλων απιοειδών (σιρόπια, παυσίπονα χάπια) και να βελτιώσουν, την κατάσταση της υγείας τους. Με τη χορήγηση τους είναι δυνατό να διακόψει κάποιος τη χρήση της ηρωίνης, χωρίς να εμφανίσει στερητικό σύνδρομο και χωρίς να βασανίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία να κάνει χρήση ηρωίνης. Η δράση τους διαρκεί πολλές

ώρες (ή και μέρες) και εξαφανίζονται οι γρήγορες και απότομες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί η ηρωίνη. Επίσης, δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, έχουν την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί και μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για χρήση.

Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά:

- είναι ελεγχμένα και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (overdose)
- χορηγούνται δωρεάν και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει (δίνεται έτσι η ευκαιρία να διακοπούν οι δεσμοί με τον κόσμο των ναρκωτικών)
- χορηγούνται υπό μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση της ηρωίνης (αποστήματα, θρομβώσεις, μετάδοση ασθενειών, κλπ)

Στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, παράλληλα με τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Ειδικότερα, παρέχονται:

- Ιατρικές Υπηρεσίες: βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (ADS, ηπατίτιδα, κλπ), ψυχιατρική περίθαλψη, χορήγηση μεθαδόνης
- Ψυχολογικές Υπηρεσίες: ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης, πρόληψη υποτροπής
- Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία
- Κοινωνικές Υπηρεσίες: ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας

- Νομικές Υπηρεσίες: συμβουλές νομικής φύσης, εκπροσώπηση και υπεράσπιση των θεραπευομένων ενώπιον των δικαστηρίων

Στα προγράμματα υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης.

Μονάδες Εφήβων

Οι Μονάδες Εφήβων του Ο.ΚΑ.ΝΑ είναι «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα και απευθύνονται:

- σε εφήβους έως 20 ετών που κάνουν πειραματική, περιστασιακή ή συστηματική χρήση ουσιών
- σε οικογένειες εφήβων που κάνουν χρήση ουσιών και στο ευρύτερο περιβάλλον τους.

Βασική επιδίωξη των Μονάδων Εφήβων είναι η ανάπτυξη δράσεων για την προσέλκυση των εφήβων, η έγκαιρη παρέμβαση για τη διακοπή της χρήσης σε όσους κάνουν ευκαιριακή χρήση ναρκωτικών καθώς και η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, εκπαίδευσης και θεραπείας στους εξαρτημένους εφήβους και τις οικογένειες τους. Οι Μονάδες Εφήβων απευθύνονται ακόμη σε ειδικούς και επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με τους νέους με στόχο την πληροφόρηση και ευαισθητοποίησή τους αλλά και σε φορείς της ευρύτερης κοινότητας (π.χ. σχολεία, αθλητικοί χώροι κλπ) που σχετίζονται με εφήβους και αντιμετωπίζουν περιστατικά χρήσης ουσιών με στόχο την ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας.

Η θεραπευτική προσέγγιση των Μονάδων βασίζεται στη συστημική και οικογενειακή θεραπεία εμπλουτισμένη με στοιχεία του συμπεριφοριστικού μοντέλου και του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων.

Το πρόγραμμα των Μονάδων Εφήβων περιλαμβάνει τρεις φάσεις - το Συμβουλευτικό Σταθμό, το Θεραπευτικό Πρόγραμμα και την Κοινωνική Επανάταξη - όπου παρέχονται οι ακόλουθες υπηρεσίες :

3) Συμβουλευτικός σταθμός

- Ενημέρωση για τις επιπτώσεις της χρήσης και για τους τρόπους αντιμετώπισης
- Ψυχολογική υποστήριξη και κινητοποίηση των εφήβων για διακοπή της χρήσης
- Προετοιμασία για την ένταξη τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα

4) Θεραπευτικό κέντρο

- Ατομικές και ομαδικές συναντήσεις εφήβων με στόχο την προσωπική τους ανάπτυξη και την υιοθέτηση ενός νέου και δημιουργικού τρόπου ζωής που δεν περιλαμβάνει τη χρήση ουσιών (καλλιέργεια δεξιοτήτων για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και επίλυση προβλημάτων και δυσκολιών, για τη δημιουργία υγιών σχέσεων και τη βελτίωση της επικοινωνίας στην οικογένεια, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, ανάληψη προσωπικής ευθύνης).
- Ομαδικές δημιουργικές δραστηριότητες (καλλιτεχνικές, ψυχαγωγικές, αθλητικές, κ.α.) όπου μέσα από τη συμμετοχή μαθαίνουν να συνυπάρχουν με τους άλλους δημιουργικά, να επικοινωνούν, να μοιράζονται και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους.

5) Κοινωνική Επανάταξη

- Εμφύχωση των εφήβων στην προσπάθεια τους για μια νέα πορεία.
- Επανασύνδεση των νέων με την εκπαιδευτική ή επαγγελματική τους ζωή σε συνδυασμό με την απεμπλοκή τους από παράνομες πράξεις.
- Συμβουλευτική σε θέματα επαγγελματικού προσανατολισμού.
- Υποστήριξη για την επαγγελματική τους αποκατάσταση.

Οι γονείς των μελών του προγράμματος υποστηρίζονται σε όλη την πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας και τους παρέχονται, ανάλογα με τη φάση του προγράμματος, οι ακόλουθες υπηρεσίες:

- Ενημέρωση για το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης και πως αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί
- Ενίσχυση του γονεϊκού τους ρόλου με στόχο την υποστήριξη και κινητοποίηση των εφήβων για διακοπή της χρήσης.
- Συμβουλευτική και υποστήριξη με στόχο την αποτελεσματικότερη διαχείριση των οικογενειακών κρίσεων και την αποκατάσταση της επικοινωνίας και της λειτουργικότητας των σχέσεων των μελών της οικογένειας, ώστε να διευκολυνθεί ο έφηβος να απομακρυνθεί σταδιακά και να αυτονομηθεί από το οικογενειακό περιβάλλον.
- Ομαδικές συναντήσεις γονέων με στόχο την αμοιβαία υποστήριξη και την ανταλλαγή κοινών εμπειριών και προβληματισμών.

Επίσης σε γονείς που τα παιδιά τους δεν είναι ενταγμένα στο πρόγραμμα αλλά αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρήσης παρέχεται συμβουλευτική και στήριξη ώστε να ενημερωθούν, να αλλάξουν τη στάση τους απέναντι στη χρήση και να «εκπαιδευτούν» ώστε να παρακινήσουν το εξαρτημένο μέλος της οικογένειας τους να ζητήσει βοήθεια.

Σήμερα λειτουργούν 4 Μονάδες Εφήβων, στην Αθήνα («ΑΤΡΑΠΙΟΣ»), τη Θεσσαλονίκη, το Ρέθυμνο και τη Λάρισα. Η **Μονάδα Εφήβων «ΑΤΡΑΠΙΟΣ»** της Αθήνας βρίσκεται σε πλήρη λειτουργία ενώ στις Μονάδες της Θεσσαλονίκης, του Ρεθύμνου και της Λάρισας λειτουργούν, σε πρώτη φάση τα προγράμματα των Συμβουλευτικών Σταθμών αναπτύσσοντας δράσεις για την προσέλκυση εφήβων και παρέχοντας ενημέρωση, ιατρικές υπηρεσίες, νομική κάλυψη και συμβουλευτική σε εφήβους και τις οικογένειες τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να γίνει μια προσπάθεια μελέτης των ναρκωτικών ουσιών σχετικά με την εφηβική ηλικία, καθώς και η καταγραφή των δράσεων στον τομέα της πρόληψης και της θεραπείας.

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αυτής της μελέτης είναι τα εξής:

1. Οι ναρκωτικές ουσίες δεν ανακαλύφθηκαν πρόσφατα αλλά προϋπήρχαν από τα πανάρχαια χρόνια.
2. Οι έφηβοι σε μεταβατικές φάσεις της ζωής τους γίνονται πιο ευάλωτοι στη χρήση ναρκωτικών ουσιών.
3. Σημαντικός λόγος που οι έφηβοι παίρνουν ναρκωτικά είναι να νιώσουν μια περιστασιακή «ηδονή» ή να «πάψουν» να νιώθουν και να αισθάνονται καταστάσεις που δημιουργούν πόνο.
4. Οι συνέπειες στην υγεία από τη χρήση ουσιών είναι πολύ σοβαρές, ώστε κάποιες φορές μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο.
5. Η κατάχρηση ουσιών τα τελευταία χρόνια έχει αυξήσει τους δείκτες εγκληματικότητας.
6. Η πρόληψη κατά των ναρκωτικών είναι η μόνη θεραπεία που διαρκεί.
7. Χρειάζεται να εκπαιδευτούν οι νέοι και οι ενήλικες για το τι είναι η αλήθεια για τα ναρκωτικά.
8. Οι σωστές προσπάθειες πρόληψης επικεντρώνουν την προσοχή τους στην οικογένεια, στο σχολείο και στους ίδιους τους έφηβους.
9. Τα σχολεία αποτελούν τον πιο κατάλληλο χώρο για παρεμβάσεις της πρόληψης, καθώς μας δίνει την δυνατότητα να προσεγγιστεί το σύνολο των παιδιών.

10.Βασική προϋπόθεση για την απεξάρτηση του τοξικομανή αποτελεί το οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο, που θα δημιουργήσει τους όρους της ισότιμης επανένταξής του στο κοινωνικό σύνολο.

11.Δύο μεγάλοι και σπουδαίοι οργανισμοί που έχουν συμβάλλει ουσιαστικά στην πρόληψη και τη θεραπεία κατά των ναρκωτικών είναι το ΚΕ.Θ.Ε.Α. και ο Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Τέλος οι προτάσεις μας, που προέκυψαν είναι οι εξής:

1. Θα πρέπει να υπάρξει σωστή εκπαίδευση όλων των φορέων που έχουν παρεμβατικό ρόλο στην όλη διαδικασία των ναρκωτικών, όπως είναι οι κοινωνική λειτουργοί, ψυχολόγοι, θεραπευτές κ.α.
2. Να επιδιώξουμε την ευαισθητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας και την εμπλοκή όσο το δυνατόν περισσότερων φορέων, υπηρεσιών και θεσμών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών.
3. Να δοθεί περισσότερη έμφαση στον τομέα της πρόληψης για να μην χρειάζεται η θεραπεία και η επανένταξη.
4. Να αυξηθούν οι εκστρατείες για την ενημέρωση των κινδύνων που προέρχονται από τα ναρκωτικά, από τα Μ.Μ.Ε. στα σχολεία, την οικογένεια και ιδιαίτερα τις μικρές κοινωνίες.
5. Να δημιουργηθούν κέντρα υποστήριξης για τα ναρκωτικά σε κάθε δήμο ή κοινότητα, που θα στελεχώνονται από εξειδικευμένα άτομα που θα βοηθούν τις οικογένειες με προβλήματα χρήσης ουσιών αλλά και τα ίδια τα άτομα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

12. Blumir Guido, Ηρωίνη: Ιστορία και Επιστημονική αλήθεια, (μετάφραση: Αλιβιζάτος Νίκος), Εκδόσεις Α.Α. Λιβάνη και Σια Ε.Ε., «Νέα Σύνορα», Αθήνα 1984.
13. Dolto Fransuaz, Dolto–Tolite Katrine, Έφηβοι: Προβλήματα και Ανησυχίες, (μετάφραση: Παπαγιάννη Ιωάννα), Εκδόσεις Παττάκη, Αθήνα 1990.
14. liot – Wright Susan, Εφηβεία, (μετάφραση: Μαρκαζάνε Έφη), Εκδόσεις Σαββάλλας, Αθήνα 2003.
15. Gossip M., Grant M., Κατάχρηση ουσιών – Πρόληψη και έλεγχος, (μετάφραση: Σιάτρας Δ.Ν.), Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1994.
16. Herbert Martin, Ψυχολογικά Προβλήματα Εφηβικής Ηλικίας, (μετάφραση: Καλαντζή Α.), Β΄ Έκδοση Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
17. Kankrini Loutzi, Τοξικομανείς, (μετάφραση: Καραχάλιου Ντίνα).
18. Lester M. Solorow, Cυχολογ;ia, Ekd;oseiw Hli;adh, Au;hna 1996.
19. Oswald Bell, Οι έφηβοι και τα Προβλήματά τους, (μετάφραση: Μακρίδης Α., Δημήτριος), Εκδόσεις Σώμα Ελλήνων Προσκόπων, Αθήνα 1967.
20. Roporort Rhona, Roporort Robert, Growing Through Life, (μετάφραση: Σόλμαν Μ.), Αθήνα 1980).
21. Αβραμίδης Β. Αθανάσιος, Η απομυθοποίηση των Ναρκωτικών, Εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα, Ιανουάριος 1991.

- 22.Αβραμίδης Β. Αθανάσιος, Η αλήθεια για τα ναρκωτικά, Εκδόσεις Ακρίτας, 1986.
- 23.Αναστασιάδης Κ. Βασίλειος, Ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας. Ο τρόπος αγωγής της εφηβείας στο σχολείο και στην οικογένεια, Εκδόσεις Βιβλιογονία, Αθήνα 1993.
- 24.Γαρυφαλλακής Γιώργης, Ναρκωτικά: Η θρησκεία του καπιταλισμού, Εκδόσεις Μάριος Βερρόπας, Αθήνα 1997.
- 25.Γεωργακόπουλος Χρήστος, Ναρκωτικά και Αυτογνωσία – Ψυχεδέλεια και Διαλογισμός, Εκδοτικό Τυπογραφείο Πατρών Γεωργίου Ι. Πετράκη, Πάτρα 1995.
- 26.Δραγώνα Θάλεια–Ντάβου Μπετίνα, Εφηβεία: Προσδοκίες και Αναζητήσεις, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1990.
- 27.Κούρος Ιωάννης, Ψυχολογικά θέματα παιδιών και εφήβων, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993.
- 28.Λιάππας Α. Γιάννης, Ναρκωτικά – Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα – αντιμετώπιση, Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, Β΄ εκτύπωση, Μάιος 1995.
- 29.Μαρσέλος Μάριος, Εξαρτησιογόνες ουσίες, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Β΄ Ανατύπωση: Φεβρουάριος 2004.
- 30.Μάτσα Κατερίνα, Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της Τοξικομανίας, Εκδόσεις Άγρα, Αθήνα 2001.

- 31.Μελανίτης Γ. Νικόλαος, Η εφηβική ηλικία και τα προβλήματα αυτής (Μετά συντόμου επισκοπήσεως της εξελίξεως από την αρχή της ζωής μέχρι της εφηβείας), Αθήνα 1996.
- 32.Μεσημέρης Α. Σταμάτης, Η Ψυχολογία των ναρκομανών, Εκδόσεις Τάμασος, Αθήνα 1981.
- 33.Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος, Εξαρτήσεις στη ζωή μας, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1990.
- 34.Παρασκευόπουλος Ν. Ιωάννης, Η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση, Εξελικτική ψυχολογία 4^{ος} τόμος, Αθήνα 1986.
- 35.Ποταμιανός Α. Γρηγόρης, Νόμιμες Ουσίες Εξάρτησης, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1991.
- 36.Ρούσης Γ. Αναστάσιος, Ναρκωτικά και Ανήλικοι – Ο ρόλος της Οικογένειας, Εκδόσεις Γρηγόρη, Λέσβος 2005.
- 37.Σακελλαρίου Γ., Ψυχολογία του Εφήβου, Αθήνα 1989.
- 38.Σιάμος Νικόλαος, Νεολαία και Ναρκωτικά, Αχαϊκές Εκδόσεις, Αγρίνιο 1992.
- 39.Τρυφονόπουλος Ι. Σπύρος, Ψυχολογία του Εφήβου, Εκδόσεις Αφοί Τολίδη, Αθήνα 1980.
- 40.Τσιλιχρήστος Νικόλαος, Ναρκωτικά. Όχι, η Ιθάκη δεν είναι εδώ, Εκδόσεις Θ. Καστανιώτη, Αθήνα 1991.
- 41.«Αλκοόλ και Εφηβική ηλικία», Πτυχιακή εργασία, Πάτρα 2004.

42.Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, Ανήλικος και το Περιβάλλον, τόμος Γ΄, Δομική, Αθήνα 1995.

43.Εξαρτήσεις και εφηβεία, Γνωσιο-συμπεριφοριστική Προσέγγιση, Εκπαιδευτικό σεμινάριο, Αθήνα 2005.

Περιοδικά

44.«Τα ναρκωτικά», Πανελλήνια Περιοδική Ενημέρωση, Έτος 1992, Σελ. 9-10.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ / ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΣΤΟ INTERNET

1. <http://www.google.gr/drugs>
2. <http://www.nedlook.net>
3. <http://www.specialeducation.gr>
4. <http://www.prolipsi.Xanthi.gr>.
5. <http://www.pyxida.org.gr>.
6. <http://www.paroutsas.jmc.gr>.
7. <http://www.neasmyrni.net.gr/Doctors/Papagewrgiou>.
8. www.okana.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ