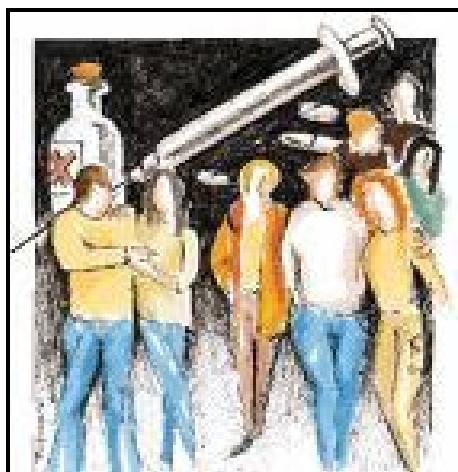


Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία
«Οι προοπτικές της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα»



Σπουδάστριες:

Τάτση Παρασκευή

Λιάκουρα Έλλη

Εισηγητής:

Δρ. Ιωάννης Δρίτσας

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

Πάτρα 2008

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για την διεκπαιρέωση της παρούσας εργασίας σημαντική και ευπρόσδεκτη υπήρξε η συμβολή πολλών ανθρώπων που με την ηθική συμπαράστασή τους μας ενθάρρυναν μέχρι τέλους στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που προέκυψαν για την ολοκλήρωση της εργασίας.

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο καθηγητή μας Δρ. Δρίτσα Ιωάννη για την καθοδήγησή του και την συμπαράσταση.

Τις ειλικρινείς μας ευχαριστίες στους Επιστημονικά Υπευθύνους των Κέντρων Πρόληψης που επισκεφθήκαμε και όλο το επιστημονικό προσωπικό τους για τη βοήθεια που μας παρείχαν προκειμένου να ολοκληρωθεί η έρευνά μας.

Τέλος ευχαριστούμε όλους όσους συνέβαλαν με τον τρόπο τους στη συγγραφή αυτή της μελέτης, για την υποστήριξη και τον χρόνο τους που μας αφιέρωσαν

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης απασχολεί διεθνώς εδώ και αρκετές δεκαετίες πληθώρα επιστημόνων και ερευνητών. Στην Ελλάδα οι επιστήμονες ασχολήθηκαν διεξοδικά με το πρόβλημα όταν άρχισε να γίνεται λόγος για τις ανησυχητικές διαστάσεις που παίρνει το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει σε μια συνοπτική παρουσίαση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης και της πρόληψης αυτού του φαινομένου. Προσπαθούμε να φωτίσουμε όσο περισσότερο μπορούμε το πρόβλημα της εξάρτησης και να συμβάλουμε στην ευαισθητοποίηση των υπευθύνων για την ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης.

Τέλος, επιδιώκουμε να καταγράψουμε τις αντιλήψεις και τις τάσεις που επικρατούν σήμερα στη χώρα μας γύρω από το πρόβλημα των εξαρτησιογόνων ουσιών και να αποτυπώσουμε τις απόψεις των στελεχών των κέντρων πρόληψης όσον αφορά τα προγράμματα που υλοποιούν.

Συγκεκριμένα η μελέτη περιλαμβάνει τα παρακάτω κεφάλαια:

Στο 1^ο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης. Ορίζονται και αναλύονται ευρέως αποδεκτοί ορισμοί που έχουν σχέση με την τοξικοεξάρτηση.

Στο 2^ο κεφάλαιο περιγράφονται τα αίτια της χρήσης παράνομων ουσιών καθώς και τα χαρακτηριστικά των χρηστών. Παρουσιάζονται οι κοινωνικοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ατομικοί παράγοντες που ωθούν ένα άτομο στην χρήση. Πριν όμως από την παρουσίαση των αιτιολογικών παραγόντων γίνεται μια σύντομη παρουσίαση των στατιστικών στοιχείων σχετικά με την χρήση και κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών τόσο στον Ελλαδικό χώρο όσο και σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο 3^ο κεφάλαιο αναφέρονται οι κατηγορίες των εξαρτησιογόνων ουσιών και τα πιο γνωστά είδη ναρκωτικών σε καθεμία από αυτές.

Στο 4^ο κεφάλαιο αναφέρονται πληροφορίες σχετικά με την στρατηγική κατά των ναρκωτικών στην Ελλάδα και στην Ευρώπη καθώς επίσης και το ελληνικό και ευρωπαϊκό νομοθετικό πλαίσιο.

Στο 5^ο κεφάλαιο ορίζεται η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Αναφέρονται οι αρχές της πρόληψης καθώς και τα είδη αυτής. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα τρία εκπαιδευτικά μοντέλα (γνωστικό, συναισθηματικό, ψυχοκοινωνικό) στην εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης. Τέλος, επισημαίνεται η αποτελεσματικότητα και η αξιολόγηση του έργου της πρόληψης ώστε αυτό να έχει επιτυχία.

Στο 6^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται κάποια από τα προγράμματα πρόληψης που υλοποιούνται τόσο στην Ελλάδα όσο και σε χώρες της Ε.Ε.

Τέλος στο κεφάλαιο 7^ο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Ακολουθούν οι εισηγήσεις – προτάσεις μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	4

Κεφάλαιο 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Το πρόβλημα	12
1.2. Σκοπός της μελέτης	14
1.3. Ορισμοί όρων	15

Κεφάλαιο 2

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

2.1.Εισαγωγή	19
2.2.Γενικά στοιχεία για τα χαρακτηριστικά των χρηστών	20
2.2.1.Θάνατοι από ναρκωτικά την τελευταία δεκαετία	20
2.2.2.Στοιχεία για τα χαρακτηριστικά των χρηστών	21
2.3. Η έκταση της χρήσης ουσιών στον μαθητικό και γενικό πληθυσμό	23
2.3.1. Στην Ελλάδα	23
2.3.1.1.Ναρκωτικά	23
2.3.1.1.1. Στοιχεία για την χρήση στον γενικό πληθυσμό	24
2.3.1.1.2. Στοιχεία για την χρήση στον μαθητικό πληθυσμό	25
2.3.1.2.Οινοπνευματώδη	28
2.3.1.2.1. Στοιχεία για την χρήση στον γενικό πληθυσμό	28
2.3.1.2.2. Στοιχεία για την χρήση στον μαθητικό πληθυσμό	32
2.3.2. Η Έκταση της χρήσης στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο	34
2.3.3. Στοιχεία από έρευνες σε ειδικούς πληθυσμούς	37

2.4.Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες	41
2.4.1.Χαρακτηριστικά κοινωνίας και οι επιπτώσεις τους στους νέους	45
2.4.2.Οι κοινωνικές συνθήκες	47
2.4.3.Ο ρόλος του σχολείου	51
2.4.4.Η διαθεσιμότητα των ουσιών	52
2.4.5.Η οικογένεια	53
2.4.5.1.Ο ρόλος της οικογένειας	54
2.4.5.2.Η οικογένεια του τοξικομανή	57
2.4.6.Η επίδραση των συνομηλίκων	65
2.5.Ατομικοί παράγοντες	65
2.5.1.Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας	65
2.5.2.Κοινωνικές αξίες	67
2.5.3.Χαρακτηριστικά προσωπικότητας	67
2.5.4.Ψυχοπαθολογία	71
2.5.5.Ψυχικές διαταραχές	73
2.5.6. Η χρήση ναρκωτικών και οι ψυχιατρικές διαταραχές	75
2.5.7.Χρήση άλλων ουσιών	76
2.6. Ανακεφαλαίωση	78

Κεφάλαιο 3

ΟΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

3.1. Εισαγωγή	81
3.2. Οι κατηγορίες των εξαρτησιογόνων ουσιών	82
3.2.1. Ψευδαισθησιογόνες	82
3.2.2. Διεγερτικές	86
3.2.3. Κατασταλτικές	88
3.2.4. Οπιούχες	89
3.2.5. Διαλύτες – Καπνός – Αλκοόλ	91
3.3. Ανακεφαλαίωση	93

Κεφάλαιο 4

Η ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

4.1. Εισαγωγή	95
4.2. Θεσμικό πλαίσιο	98
4.3. Μείωση της ζήτησης	98
4.3.1. Πρόληψη	99
4.3.2. Θεραπεία	101
4.3.3. Επανένταξη	102
4.4. Μείωση της προσφοράς	103
4.5. Η ευρωπαϊκή στρατηγική για τα ναρκωτικά	104
4.6. Πολυμορφία στις στρατηγικές των ευρωπαϊκών χωρών	104
4.7. Στρατηγικές και σχέδια δράσης για τις παράνομες ουσίες με αναφορά στις νόμιμες ουσίες	105
4.8. Στρατηγικές και σχέδια δράσης αποκλειστικά για τις παράνομες ουσίες	106
4.9. Παράλληλες στρατηγικές ή σχέδια δράσης	106
4.10. Η αντιμετώπιση των νόμιμων και παράνομων ουσιών	106
4.10.1. Πρόληψη	107
4.10.2. Θεραπεία	107
4.11. Λόγοι επέκτασης των προληπτικών και θεραπευτικών προγραμμάτων στις νόμιμες ουσίες	108
4.12. Περιβαλλοντικές προσεγγίσεις	108
4.13. Νομοθετικό πλαίσιο	111
4.13.1. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση	111
4.13.2. Στην Ελλάδα	112
4.14. Ανακεφαλαίωση	115

Κεφάλαιο 5

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

5.1. Εισαγωγή	117
5.2. Ορισμός του προβλήματος	120
5.3. Είδη πρόληψης	121
5.4. Αρχές πρόληψης	122
5.5. Πολιτική πρόληψης	127
5.6. Εκπαιδευτικά μοντέλα στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης	129
5.6.1. Γνωστικό μοντέλο	129
5.6.2. Συναισθηματικό μοντέλο	130
5.6.3. Ψυχοκοινωνικό μοντέλο	130
5.7. Αποτελεσματικότητα	131
5.8. Προϋποθέσεις για το έργο της πρόληψης	132
5.9. Αξιολόγηση του έργου της πρόληψης	133
5.10. Ανακεφαλαίωση	138

Κεφάλαιο 6

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

6.1.Εισαγωγή	140
6.2.Προγράμματα πρόληψης που εφαρμόζονται στην Ελλάδα	141
6.2.1.Η πορεία του ΟΚΑΝΑ κατά το 2004-2005	141
6.2.2.Το έργο της «Πρότασης»	142
6.2.2.1.Προγράμματα με ομάδες εθελοντών	142
6.2.2.1.1.Ομάδα 7 στον αέρα	142
6.2.2.1.2.«Φύσει πρόληψη»	142
6.2.2.1.3.Ομάδα εκπαιδευτικών	142
6.2.2.1.4.Ομάδα οικονομικής στήριξης και επικοινωνίας	143
6.2.2.2.Κέντρο δημιουργικής απασχόλησης (Κ.Δ.Α.)	143
6.2.2.2.1.Ομάδα εμπυχωτών	143

6.2.2.2.2.Ομάδα γονείς «εν δράσει»	144
6.2.2.2.3.Διομαδικές και ευρύτερες δραστηριότητες	144
6.2.2.2.4.Προγράμματα ημέρας δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	144
6.2.2.3.Περιοδικό πρόσωπο	145
6.2.2.4.Προσέλκυση – εκπαίδευση νέων μελών	145
6.2.3.Προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης στον χώρο της οικογένειας	146
6.2.4.Δράσεις της κίνησης «Πρόταση» και του κέντρου πρόληψης του νομού Αχαΐας	147
6.2.5.Πρόγραμμα «αγγίζοντας τον κύκλο»	151
6.2.6.Πρόγραμμα «στηρίζομαι στα πόδια μου»	153
6.2.7.Πρόγραμμα πρωτοβάθμιας πρόληψης (ομάδα πυρήνας- εκπαίδευση συνομηλίκων)	155
6.2.8. Πρόγραμμα πρωτοβάθμιας πρόληψης μέσα από τις διεργασίες και τα βιώματα της ομάδας των μαθητών γυμνασίου	156
6.2.9. Πρόγραμμα προώθησης της πρόληψης στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση	158
6.2.10.Ομάδα πρωτογενούς πρόληψης κατά των ναρκωτικών – 2 χρόνια δράσης από το ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	159
6.2.11.«Ο κήπος με τις 11 γάτες» το χρονικό μιας παράστασης	160
6.2.12.Πιλοτικό πρόγραμμα αγωγής υγείας για την πρόληψη χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών σε μαθητές γυμνασίου	161
6.2.13.Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης σε σχολές μαθητείας του Ο.Α.Ε.Δ.	164
6.2.14.Κέντρο πρόληψης «Αριάδνη» Ν. Θεσπρωτίας	167
6.3. Ξένα προγράμματα	169
6.3.1.Το κάλεσμα του πολίτη- το κάλεσμα του νέου (leve civiche, leve giovannilli) Ιταλία	169
6.3.2.Οι φάσεις του προγράμματος- το κάλεσμα των νέων	171

6.3.3.Η βραδιά της παρουσίασης και η ανεπίσημη επαφή	171
6.3.4.Η συνέντευξη	172
6.3.5.Η εκπαίδευση	173
6.3.6.Η δράση- η εθελοντική παρέμβαση	174
6.3.7.Η εκπαιδευτική διαδικασία που υλοποιείται από τον επαγγελματία	175
6.3.8.Τι/ ποιος χρειάζεται με σκοπό να προχωρήσει το πρόγραμμα	176
6.3.9.Το ερευνητικό πρόγραμμα blueprint	177
6.3.9.1.Η στρατηγική του blueprint	177
6.3.9.2.Βάση προηγούμενων ερευνητικών ευρημάτων	178
6.3.9.3.Ένα πολυπαραγοντικό πρόγραμμα	178
6.4. Ανακεφαλαίωση	180

Κεφάλαιο 7

ΕΡΕΥΝΑ

7.1. Υλικο - μεθοδος	181
7.2. Υλοποίηση της ερευνητικής διαδικασίας	184
7.3. Αποτελεσματα	192
7.4. Συζήτηση	226
7.5. Συγκριση αποτελεσμάτων	229

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ **234**

- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ **237**

- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ **241**

- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ **241**

- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ **242**

- ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ **247**

Κεφάλαιο 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Το πρόβλημα

Τα τελευταία χρόνια η διάδοση της τοξικομανίας υπήρξε εκρηκτική κυρίως μεταξύ της νεολαίας. Την κατάσταση κάνει ακόμα πιο σοβαρή το γεγονός ότι με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται μια έντονη κάθοδος του μέσου όρου της ηλικίας των παιδιών που κάνουν χρήση ναρκωτικών. Είναι κάτι που πριν λίγα χρόνια θα θεωρούνταν αδιανόητο για την χώρα μας, ότι μπορούσε να υπάρχουν χρήστες παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών στην ηλικία των 12 ή 13 χρονών.

Η Ελλάδα από απλός διαμετακομιστικός σταθμός – πέρασμα – μετατράπηκε σε τόπο κατανάλωσης ναρκωτικών ουσιών. Το αποτέλεσμα είναι να θεωρούνται τα ναρκωτικά σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα. Αποτελούν ένα ακόμα εθνικό πρόβλημα, αφού υπονομεύουν την βιολογική υπόσταση, υποβαθμίζοντας την ψυχική και διανοητική κατάσταση των νέων. Εκτός από την ποσοτική αύξηση της χρήσης και την επέκταση της στις μικρότερες ηλικίες εντοπίζεται και ένα ποιοτικό στοιχείο που χαρακτηρίζει την ελληνική πραγματικότητα. Αυτό το στοιχείο είναι ότι τώρα η χρήση δεν περιορίζεται όπως παλαιότερα σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού.

Σήμερα όμως αποτελεί γενικότερο κοινωνικό φαινόμενο που διαπερνά τις κοινωνικές τάξεις, τα αστικά κέντρα, τις αγροτικές περιοχές και προπαντός τις ηλικίες. Στις μέρες μας χρήστης είναι και ο νέος της εύπορης οικογένειας που μεγάλωσε με τις ανέσεις, αλλά και ο νέος άνεργος που βιώνει τα αδιέξοδα και τα στεγανά της σημερινής πραγματικότητας. Με άλλα λόγια χρήστης μπορεί αν είναι ή να γίνει οποιοσδήποτε ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ή ηλικίας.

Οι κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος είναι μεγάλες και ανησυχητικές, ιδιαίτερα για το μέλλον της νεολαίας. Εκτός όμως από αυτόν τον κίνδυνο, στο όλο ζήτημα μια σοβαρή διάσταση είναι η συνήθεια της χρήσης των ναρκωτικών από την κοινωνία, φαινόμενο φυσιολογικά δεμένο με την πραγματικότητα.

Η έξαρση του φαινομένου δεν είναι θεομηνία που είναι αδύνατο να αντιμετωπιστεί, ούτε «μόδα» που θα περάσει με νομοσχέδια και αστυνομικά μέτρα. Είναι φαινόμενο στενά δεμένο με την κρίση της ελληνικής κοινωνίας. Η κρίση αυτή ευθύνεται για τα αδιέξοδα που συσσωρεύονται και αγκαλιάζουν όλα τα επίπεδα ζωής, πλήττοντας ιδιαίτερα τους νέους.

Ο πανικός και η κινδυνολογία άνοιξε το δρόμο σε επικίνδυνες απόψεις όπως, η νομιμοποίηση ως αντιμετώπιση του προβλήματος ή η ελεγχόμενη χορήγηση παραβλέποντας τη σπουδαιότητα της πρόληψης.

1.2. Σκοπός μελέτης

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εξεταστούν οι προοπτικές της (πρωτογενούς) πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στον ελλαδικό χώρο. Πως δηλαδή η πρόληψη, που όταν οργανωθεί σωστά μπορεί να αποτελέσει τη μόνη διέξοδο στο πρόβλημα της εξάρτησης, υλοποιείται και γίνεται αποδεκτή από την κοινωνία και το κράτος.

Πιο συγκεκριμένα, οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

1. Να ερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της πρόληψης.
2. Να ερευνηθεί η αναγκαιότητα της πρόληψης .
3. Να επισημανθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα στελέχη των κέντρων πρόληψης.
4. Να παρουσιαστεί ο ρόλος του εθελοντισμού στην πρόληψη.
5. Να παρουσιαστούν και να αναλυθούν επίκαιρες προτάσεις για την βελτίωση των προγραμμάτων πρόληψης και της λειτουργίας των κέντρων πρόληψης όπως δίνονται από τα στελέχη αυτών.

1.3. Ορισμοί όρων

Πρόληψη: Κατά την Χουρδάκη (1992) «Πρόληψη είναι η σταδιακή διαμόρφωση συγκροτημένης, θετικής και υπεύθυνης προσωπικότητας του νέου ανθρώπου, που θα έχει ο ίδιος τη δύναμη να πει όχι στο σταυροδρόμι των ναρκωτικών ένα όχι θαρρετό προς κάθε απειλή ζωής». (Χουρδάκη, 1992)

Σύμφωνα με την Παναγιωτοπούλου (1992): «Πρόληψη είναι η προσπάθεια εντοπισμού και στη συνέχεια καταπολέμησης και εξάλειψης όλων εκείνων των αιτιών που συμβάλλουν στην γένεση του προβλήματος των ναρκωτικών όλα δε τα προτεινόμενα μέτρα αποβλέπουν στο να καταστήσουν τα νεαρά άτομα ικανά να αντιστέκονται στην πρόκληση των ναρκωτικών». (Παναγιωτοπούλου, 1990)

Κατά τον Castelli (1994) «Η λέξη πρόληψη μπορεί να έχει διαφορετική σημασία για τα άτομα ανάλογα με τις γνώσεις, τις εμπειρίες, τα στερεότυπα. Η πρόληψη χρησιμοποιείται ως λέξη μόδας, πρόληψη ονομάζεται κάθε μικρή ή μεγάλη κοινωνική παρέμβαση, μια ενημέρωση με την έννοια της καταστολής, του κοινωνικού ελέγχου. Το σωστό είναι να εντάξουμε την πρόληψη σε μια επιμορφωτική – εκπαιδευτική διαδικασία». (Castelli, 1994)

Σύμφωνα με τους ειδικούς, πρόληψη χωρίζεται σε τρία επίπεδα, την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.

Πρωτογενής πρόληψη:

Σύμφωνα με τον Μαδιανό, (1989) «Η πρωτογενής πρόληψη είναι εκείνη που έχει ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων στην οποία εμπλέκονται πολλές επαγγελματικές ομάδες. Βασικός στόχος των προληπτικών προγραμμάτων είναι ο ίδιος ο γενικός πληθυσμός της κοινότητας, που

εκπαιδεύεται συστηματικά σε θέματα ψυχικής υγείας με στόχο την προαγωγή της». (Μαδιανός, 1989)

Κατά τον Πασσά, (1994) «Στην πρωτογενή πρόληψη εντάσσονται όλες οι δραστηριότητες που στοχεύουν στο να μην χρησιμοποιήσουν τα άτομα ποτέ ουσίες». (Πασσάς, 1994)

Σύμφωνα με την Χουρδάκη, (1992) πρωτογενής πρόληψη είναι: «Όλες εκείνες οι δραστηριότητες που θα έχουν στόχο τη διαμόρφωση θετικής και συγκροτημένης προσωπικότητας του εφήβου – νέου ώστε να μπορεί να πει όχι στα ναρκωτικά και να προτιμήσει ένα θετικό τρόπο ζωής» (Χουρδάκη, 1992)

Δευτερογενής πρόληψη:

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (1989) «Ο τύπος αυτής της πρόληψης στοχεύει σε άτομα που ήδη νοσούν, ώστε να βοηθήσουν έγκαιρα και εδώ ο γενικός πληθυσμός είναι ο στόχος της δευτερογενούς πρόληψης» (Μαδιανός, 1989)

Κατά τον Πασσά, (1994) «Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει την προσπάθεια κινητοποίησης του χρήστη για θεραπεία και την οργάνωση της θεραπευτικής υποδομής» (Πασσάς, 1994)

Τριτογενής πρόληψη:

Σύμφωνα με τον Πασσά (1994) «Η τριτογενής πρόληψη οργανώνει την ομαλή κοινωνική επανένταξη των χρηστών που τελειώνουν τα θεραπευτικά προγράμματα» (Πασσάς, 1994).

Ψυχοδραστική Ουσία: ονομάζεται κάθε ουσία που, όταν εισέρχεται στον ανθρώπινο οργανισμό, προκαλεί κυρίως, αλλαγή στην εγκεφαλική λειτουργία,

το επίπεδο αντίληψης, την κριτική ικανότητα και τη συναισθηματική διάθεση του ατόμου. Η εισαγωγή τους στο ανθρώπινο σώμα, μπορεί να γίνει με κατάποση, καπνίζοντας, ενδοφλεβίως ή με εισπνοή. Ο όρος αυτός και το συνώνυμο του ψυχοτρόπες ουσίες, είναι και ο πιο ουδέτερος και περιγραφικός όρος για όλα τα είδη ουσιών, είτε είναι νόμιμα (π.χ. αλκοόλ), είτε παράνομα (Ζλατάνος, 2004).

Εξαρτησιογόνες ουσίες: στην κατηγορία αυτή ανήκουν όλες οι ψυχοδραστικές ουσίες που μπορούν να οδηγήσουν σε εξάρτηση, σωματική ή και ψυχική (ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ, 2003).

Παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες: Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι εξής ουσίες: Αμφεταμίνες, Ινδική Κάνναβη (Χασίς), Κοκαΐνη, Κρακ, το όπιο και τα παράγωγα του, Μαγικά Μανιτάρια, Έκσταση.

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

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

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

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

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

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

Κεφάλαιο 2

ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ

2.1. Εισαγωγή

Η χρήση και η κατάχρηση ουσιών είναι ένα φαινόμενο πολυαιτιολογικής προέλευσης και καθορίζεται από την αλληλεπίδραση ποικίλων παραγόντων. Ο βαθμός συμμετοχής των διαφόρων παραγόντων διαφοροποιείται σε συνάρτηση με το είδος της ουσίας (π.χ. κοινωνικά αποδεκτή ή καταδικαστέα), με το βαθμό ή το στάδιο της χρήσης (π.χ. δοκιμή, ευκαιριακή χρήση, εξάρτηση), τους τρόπους της χρήσης της ουσίας (π.χ. ενδοφλέβια χρήση, από τη μύτη ή το στόμα), τη βαρύτητα εξάρτησης, τις προκαλούμενες επιπλοκές, τη δυνατότητα διακοπής της χρήσης ή της ανταπόκρισης στη θεραπεία. (Μάτσα, 2001)

Σε γενικές γραμμές, η κοινωνική στάση απέναντι στην ουσία παίζει καθοριστικό ρόλο στη στάση και αντίληψη που έχει διαμορφώσει ο ίδιος ο έφηβος για αυτήν, ενώ οι πιέσεις της παρέας, τα οικογενειακά πρότυπα χρήσης, η διαφήμιση και ο βαθμός διαθεσιμότητας της ουσίας αποτελούν τους κύριους παράγοντες για τη δοκιμή των περισσότερο κοινωνικά αποδεκτών ουσιών, όπως ο καπνός και τα οينوπνευματώδη. Για τις παράνομες ουσίες, ατομικοί παράγοντες (προσωπικότητα, δομή οικογένειας, ψυχοπαθολογία) φαίνεται πως υποκαθιστούν τη σημασία των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, επενεργώντας εκλυτικά σε συνδυασμό με τη διαθεσιμότητα της ουσίας, τη συχνότητα της χρήσης αλλά και την υποτροπή μετά από θεραπεία. Γενικά, πάντως οι αιτιολογικοί παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση παράνομων, κυρίως, ουσιών στους εφήβους επιδέχονται μια σχηματική ομαδοποίηση στις ακόλουθες δύο μεγάλες κατηγορίες. Στην πρώτη υπάγονται οι κοινωνικοί-περιβαλλοντικοί παράγοντες και περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης κοινωνίας, το βαθμό της διαθεσιμότητας της ουσίας, την έκθεση του

ατόμου σε αυτή, το πολιτισμικό πλαίσιο χρήσης, την επίδραση της οικογένειας και των συνομηλίκων. Στη δεύτερη υπάγονται ατομικοί παράγοντες και περιλαμβάνουν την προσωπικότητα, τη συμπεριφορά ή την ενδεχόμενη ψυχοπαθολογία του ατόμου. (Μάτσα, 2001). Ας δούμε όμως πρώτα κάποια σημαντικά στοιχεία για τα χαρακτηριστικά των χρηστών.

2.2. Γενικά στοιχεία για τα χαρακτηριστικά των χρηστών

Υπάρχει πληθώρα ερευνών, που έχουν ασχοληθεί με το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, από διαφορετική οπτική γωνία κάθε φορά. Παρακάτω, θα εξετάσουμε το χαρακτηριστικά των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως προκύπτουν από τους θανάτους από εξαρτησιογόνες ουσίες την τελευταία δεκαετία, τις επιδημιολογικές έρευνες στο μαθητικό και γενικό πληθυσμό, και τέλος έρευνες σε χρήστες που παρακολουθούν Προγράμματα Απεξάρτησης.

2.2.1. Θάνατοι από ναρκωτικά την τελευταία δεκαετία

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ (2007), το έτος 2006 αναφέρθηκαν 273 θάνατοι από ναρκωτικά, από τους οποίους οι 173 (63,4%) έχουν επιβεβαιωθεί με τις κατάλληλες τοξικολογικές αναλύσεις. Από τους βεβαιωθέντες θανάτους, ένα ποσοστό 97,7% σχετίζονται με τη χρήση ηρωίνης, 0,6% με τη χρήση κοκαΐνης και 1,7% με τη χρήση άλλων ψυχοτρόπων ουσιών, εκτός από κοκαΐνη, μορφίνη και το συνδυασμό κάνναβης και αλκοόλ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2007)

Ειδικότερα:

- Η πλειοψηφία των θανόντων ήταν άνδρες (89,6%), ελληνικής καταγωγής (96,0%), άγαμοι (90,8%) και άνεργοι (83,2%).
- Το 50,9% των θανόντων ήταν ηλικίας 21-30 ετών, το 46,8% μεγαλύτεροι των 30 ετών και το 2,3% μικρότεροι των 21 ετών.

Από το 1998 και μετά η πλειοψηφία των θανόντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών, ενώ από το 2000 και μετά παρατηρείται μείωση στο ποσοστό των θανόντων στην ηλικιακή ομάδα μέχρι 21 ετών.

- Στην περιοχή της Αττικής το ποσοστό των θανάτων ήταν 36,4%, στην περιοχή της Θεσσαλονίκης 25,4% και στη λοιπή χώρα 38,2%. Από το 2002 και μετά το ποσοστό των θανόντων στην Αττική παρουσιάζει μείωση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τη λοιπή χώρα παρουσιάζει αύξηση.

Συγκρίνοντας τους βεβαιωθέντες θανάτους από ναρκωτικά, το 2006 παρατηρείται μείωση (44,9%) σε σύγκριση με το 2005 αλλά η μείωση αυτή αναμένεται να είναι σημαντικά μικρότερη (περίπου 20%) όταν ολοκληρωθεί από τις αρμόδιες αρχές η διαδικασία της καταγραφής και επεξεργασίας. (ΕΚΤΕΠΝ, 2007)

2.2.2. Στοιχεία για τα χαρακτηριστικά των χρηστών με βάση έρευνα του ΚΕΘΕΑ

Τα στοιχεία που παρατίθενται παρακάτω τα έχει επεξεργαστεί το Τμήμα Έρευνας Αξιολόγησης - Τεκμηρίωσης του ΚΕΘΕΑ και αφορούν προαιρετικές συνεντεύξεις σε εξαρτημένα άτομα τα οποία απευθύνθηκαν κατά τη διάρκεια του 1998 και 1999 στα δέκα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕΘΕΑ στην Αθήνα, στον Πειραιά, στο Βόλο, στη Λάρισα, στη Θεσσαλονίκη και στο Ηράκλειο Κρήτης. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά το 1998 ζήτησαν θεραπευτική βοήθεια 1.632 άτομα, ενώ το 1999 ο αριθμός των ατόμων ανήλθε στα 1.766 άτομα, υπήρξε, δηλαδή, μια αύξηση της τάξης του 8% περίπου. (ΚΕΘΕΑ, 2000)

Οι άνδρες αποτελούν σταθερά την πλειοψηφία (85%), αφού γενικά οι άνδρες χρήστες υπερτερούν κατά πολύ των γυναικών και στο γενικό πληθυσμό. Το 1999, σε σύγκριση με το 1998, παρατηρείται μια ανοδική τάση του μορφωτικού επιπέδου ιδιαίτερα των ανδρών, αφού μειώνεται το ποσοστό όσων έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό και αυξάνεται αυτό των αποφοίτων ανωτέρων σχολών. Παραμένει σταθερή η αριθμητική υπεροχή των γυναικών σε

σχέση με τους άνδρες στις «ανώτερες» εκπαιδευτικές βαθμίδες (από το λύκειο και πάνω). Το ποσοστό των ανέργων αυξάνεται, ενώ αντίστοιχα μειώνεται το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν σταθερή απασχόληση. Οι περισσότεροι από τους μισούς ξεκίνησαν τη χρήση στην ηλικία μεταξύ 15 και 19 ετών, ενώ ο ένας στους τρεις περίπου σε μικρότερη ηλικία. Μικρός είναι ο αριθμός των χρηστών (6,4%) που αρχίζουν να χρησιμοποιούν παράνομες ουσίες σε ηλικία άνω των 21 ετών (ΚΕΘΕΑ, 2000).

Ηλικιακά, η πορεία της χρήσης ξεκινά στην ηλικία των 16 περίπου ετών με κάνναβη για τους περισσότερους, ενώ στην ηλικία των 19 περίπου ετών ξεκινά η χρήση της κύριας ουσίας, που για ένα ποσοστό υψηλότερο του 70 είναι η ηρωίνη. Ένα χρόνο μετά ο χρήστης περνά στην ενέσιμη χρήση, όπου παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα έως ότου αποφασίσει να ζητήσει βοήθεια. Οι άνδρες αρχίζουν θεραπεία γύρω στα 27 τους χρόνια, ενώ οι γυναίκες στο 24 τους έτη. Όσον αφορά τη συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, το 1999 περισσότεροι από τους μισούς δηλώνουν ενδοφλέβια χρήση ή και κοινή χρήση σύριγγας με άλλους χρήστες. Από τους χρήστες που δηλώνουν ότι έχουν εξεταστεί για ηπατίτιδα (B και C) και γνωρίζουν το αποτέλεσμα της εξέτασης το 38% είναι θετικοί (ΚΕΘΕΑ, 2000).

Στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης παρέμβασης στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης διαπιστώνεται η ανάγκη συνεργασίας της οικογένειας με τη σχολική κοινότητα, η ενεργός συμμετοχή των γονέων στα σχολικά δρώμενα και η απόκτηση κοινού τρόπου επικοινωνίας μεταξύ γονέων και παιδιών. Η έντονη ανησυχία των γονέων σε σχέση με την αυξανόμενη χρήση ουσιών, η έλλειψη γνώσεων σε θέματα που σχετίζονται με τα αίτια και την αντιμετώπιση της χρήσης και η συγκεχυμένη εικόνα για την έννοια της πρωτογενούς πρόληψης οδηγεί στη διαμόρφωση αιτημάτων για παρέμβαση.

Οι αιτίες του φαινομένου της εξάρτησης εντοπίζονται στο σύγχρονο μοντέλο ζωής που καλλιεργεί τον ανταγωνισμό, την ανασφάλεια, την μοναξιά,

την αποδυνάμωση των ανθρωπίνων σχέσεων και αγνοεί τις ανάγκες για ασφάλεια, επικοινωνία, δημιουργία, προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη.

Η αντιμετώπιση του φαινομένου προϋποθέτει την δημιουργία και προώθηση ενός διαφορετικού τρόπου ζωής μέσα από την ανάληψη της προσωπικής ευθύνης σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη διαδικασιών πρόληψης είναι η εθελοντική συμμετοχή όλων. Γιατί, πρόληψη σημαίνει αλλαγή του σύγχρονου τρόπου ζωής που ξεκινάει από τη διάθεση για συμμετοχή σε διαδικασίες προσωπικής αλλαγής. Δομικό συστατικό της πρόληψης είναι η ΟΜΑΔΑ, όπου τα μέλη και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους αξιοποιούνται για την προσωπική τους ανάπτυξη και την οργάνωση δράσεων πρόληψης στην κοινότητα (κοινωνική ανάπτυξη). (Λιάππας, 2003)

2.3. Η έκταση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών στον μαθητικό και γενικό πληθυσμό

2.3.1. Στην Ελλάδα

2.3.1.1. Ναρκωτικά

Η Ελλάδα, τόσο στο γενικό όσο και στο μαθητικό πληθυσμό, τοποθετείται μεταξύ των χωρών με τα χαμηλότερα ποσοστά στην επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών. Στους ηλικίας 16 ετών εφήβους, οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης είναι η Δημοκρατία της Τσεχίας, η Ελβετία, η Ιρλανδία και οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Σχετικά υψηλά ποσοστά χρήσης παρατηρούνται γενικά σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης και της Αμερικής, όπου ο ένας σχεδόν στους τρεις εφήβους ηλικίας 16 ετών έχει κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας.

Οι χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης ανήκουν στη Βόρεια και Νότιο-Ανατολική Ευρώπη, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Όπως στην Ελλάδα, έτσι και στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες η χρήση παράνομων ουσιών από τον πληθυσμό αφορά κυρίως την χρήση κάνναβης. Τα ευρήματα της έρευνας

ESPAD (σε μαθητές 16 ετών) επιβεβαιώνονται και από την έρευνα HBSC/WHO σε μαθητές 15 ετών.

Όπως προκύπτει από τα ευρήματα, η Ελλάδα εμφανίζει συγκριτικά μεγάλα ποσοστά επικράτησης για κάθε συχνότητα χρήσης κάνναβης (πειραματισμός, τακτική ή βαριά χρήση).

Μεταξύ των χωρών με τα υψηλότερα με τα υψηλότερα ποσοστά βαριάς χρήσης κάνναβης είναι η Μεγάλη Βρετανία (ειδικά η Αγγλία και η Σκωτία), η Ισπανία, η Γαλλία και το Βέλγιο. Αντίθετα η Ελλάδα μαζί με την Φιλανδία, τη Μάλτα και τη Σουηδία, εμφανίζει χαμηλότερα ποσοστά βαριάς χρήσης κάνναβης. (ΕΚΤΕΠΙΝ, 2005)

Στη συνέχεια παραθέτουμε περισσότερα και αναλυτικότερα στοιχεία για την έκταση της χρήσης στον γενικό και μαθητικό πληθυσμό στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, όπως δημοσιεύθηκαν στις Ετήσιες Εκθέσεις του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. για την κατάσταση των Ναρκωτικών και των Ουνοπνευματωδών στην Ελλάδα το 2004, 2005 και 2006.

2.3.1.1.1. Στοιχεία για την χρήση στον γενικό πληθυσμό

Το 2006 το ΕΚΤΕΠΙΝ/ΕΠΙΨΥ σε συνεργασία με το Εργαστήριο Ψυχολογικής Συμβουλευτικής Φοιτητών του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών υλοποίησε έρευνα σχετικά με τις στάσεις του γενικού πληθυσμού τριών ελληνικών πόλεων (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Ηράκλειο Κρήτης) όσον αφορά τη χρήση και την απεξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες. (ΕΚΤΕΠΙΝ, 2007)

Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν συνολικά 702 άτομα ηλικίας 15-64 ετών του γενικού πληθυσμού των τριών πόλεων. Το ερωτηματολόγιο το οποίο σχεδιάστηκε αποκλειστικά για να μετρήσει το βαθμό κοινωνικής αποδοχής των εξαρτημένων ή απεξαρτημένων ατόμων, περιελάμβανε μόνο μια ερώτηση σχετικά με την χρήση ουσιών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ερώτησης αυτής, πειραματική χρήση ή και χρήση έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή, κάποιας ναρκωτικής ουσίας αναφέρει το 19,4% των ερωτωμένων. Η χρήση αφορά κυρίως την χρήση μαριχουάνας/χασίς (19,3%). Χρήση κάποιας άλλης ναρκωτικής ουσίας (εκτός μαριχουάνας) αναφέρει το 3,2% των ερωτωμένων. Υψηλότερο ποσοστό ανδρών (24,8%) από ό,τι γυναικών (14%), και υψηλότερο ποσοστό νεαρών ενηλίκων (20-30 ετών, 31,8%) από ό,τι των άλλων ηλικιακών ομάδων αναφέρουν χρήση έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή.

Οι κάτοικοι της περιοχής των Αθηνών (23,6%) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα χρήσης σε σύγκριση με τους κατοίκους της Θεσσαλονίκης (16,9%) και του Ηρακλείου Κρήτης (15,2%).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επαναλαμβανόμενης τα τελευταία (23) είκοσι τρία χρόνια πανελλήνιας έρευνας του ΕΠΠΨΥ στο γενικό πληθυσμό το 2004 (με πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.774 ατόμων ηλικίας 12-64 ετών), το 8,6% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών αναφέρουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει μια ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη ουσία. Στην κατηγορία παράνομες ουσίες περιλαμβάνονται η κάνναβη, το κρακ, το LSD, η κοκαΐνη, η ηρωίνη και η ουσία «έκσταση». (ΕΚΤΕΠΝ, 2005)

Υψηλότερο ποσοστό εμπειρίας με παράνομες ουσίες παρουσιάζεται στους άνδρες (13,3% έναντι 3,9% στις γυναίκες) και στις ηλικιακές ομάδες 25-35 ετών (12,4%) και 18-24 ετών (11,9%). Πρόσφατη χρήση, δηλαδή χρήση μέσα στους δώδεκα τελευταίους μήνες, δηλώνει ότι έχει κάνει το 4,8% του πληθυσμού ηλικίας 18-24 ετών και το 2,8% του πληθυσμού ηλικίας 25-35 ετών.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνουμε ότι σχεδόν ένας στους δέκα Έλληνες έχει δοκιμάσει έστω και μια φορά στη ζωή του κάποια παράνομη ουσία και ότι η χρήση παράνομων ουσιών είναι μεγαλύτερη στις μητροπολιτικές περιοχές. συγκεκριμένα, το ποσοστό στην Αθήνα φτάνει στο 12,4% ενώ στη Θεσσαλονίκη στο 7,8%. Ακολουθούν οι αστικές περιοχές

(7,3%) με τα χαμηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (5,8%). (ΕΚΤΕΠΝ, 2007)

Η περισσότερο διαδεδομένη ουσία στον πληθυσμό είναι η κάνναβη, και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες παράνομες ουσίες. Το ποσοστό επικράτησης της χρήσης κάνναβης ήταν το 2004, 8,6% για το γενικό πληθυσμό ηλικίας 12-64 ετών και το 2003, 9,5% για τους εφήβους ηλικίας 13-18 ετών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2005)

Σε σχέση με τη δεκαετία του '90, στις αρχές της δεκαετίας του 2000 η επικράτηση της χρήσης εμφανίζει τάσεις μείωσης. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από την μελέτη των στατιστικών στοιχείων των ερευνών που διεξήχθησαν την εικοσαετία 1984-2004. μεταξύ 1984 και 1998 υπήρξε ανοδική τάση και ακολούθως μια τάση μείωσης μεταξύ 1998 και 2004.

2.3.1.1.2. Στοιχεία για την χρήση στον μαθητικό πληθυσμό

Τα τελευταία διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία για την χρήση παράνομων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό είναι από την έρευνα ESPAD, την οποία υλοποίησε το ΕΠΠΨΥ το 2003 σε 8.658 μαθητές ηλικίας 14-17 ετών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2004)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μια φορά στη ζωή του δηλώνει ότι έχει κάνει το 10% των εφήβων ηλικίας 14-17 ετών, ενώ η χρήση αυξάνεται με την ηλικία. Ένας στους τρεις εφήβους (3,4%) που ανέφεραν εμπειρία χρήσης κάποιας παράνομης ουσίας έχει απλώς δοκιμάσει κάποια παράνομη ουσία και αντίστοιχα το 6,6% έχουν κάνει χρήση τουλάχιστον 3 φορές σε όλη τη ζωή.

Στην ηλικία των 17-18 ετών, το ποσοστό εμπειρίας στην χρήση έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή ανέρχεται στο 16% με τα αγόρια να σημειώνουν υπερδιπλάσιο ποσοστό (22%) σε σύγκριση με τα κορίτσια (10%). Συχνότερη χρήση (περισσότερες από δέκα φορές σε όλη τη ζωή) έχει κάνει το 7% των μαθητών της ηλικίας αυτής (9% τα αγόρια και 4% τα κορίτσια).

Σχεδόν διπλάσιο ποσοστό εφήβων ηλικίας 13-18 ετών σε Αθήνα (12,3%) και Θεσσαλονίκη (12,6%) αναφέρει εμπειρία χρήσης κάποιας παράνομης ουσίας από ό,τι στις υπόλοιπες αστικές (πόλεις άνω των 10.000 κατοίκων, 8,2%) και ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές (πόλεις κάτω των 10.000 κατοίκων, 6,7%). Στους μαθητές ηλικίας 17-18 ετών, οι δύο στους δέκα (19,8%) αναφέρουν χρήση κάνναβης έστω και μια φορά στη ζωή τους, ενώ το ίδιο ισχύει και για το ένα στα τέσσερα αγόρια αυτής της ηλικίας (26,4%). Η επικράτηση της χρήσης άλλων παράνομων ουσιών κυμαίνεται μεταξύ 0,2% (GHB) και 2% (ουσία «έκσταση»). (ΕΚΤΕΠΙΝ, 2004)

Το 2003, εισπνεόμενες ουσίες αναφέρει ότι έχει χρησιμοποιήσει έστω και μια φορά το 13,4% των εφήβων ηλικίας 13-18 ετών και το 7,1% μέσα στον τελευταίο χρόνο. Η χρήση εισπνεόμενων ουσιών αναφέρεται από περισσότερα αγόρια από ό,τι κορίτσια. Χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών χαπιών (χωρίς σύσταση ιατρού) αναφέρεται από το 3,9% των εφήβων, περισσότερο από τα κορίτσια. αναβολικές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί από το 1,3% των εφήβων, με τα αγόρια να υπερβαίνουν σε ποσοστό τα κορίτσια (2,2% και 0,5% αντίστοιχα).

Το 2004 δημοσιεύθηκε μελέτη με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης της χρήσης κάνναβης νωρίς στην εφηβεία με ψυχωσικά συμπτώματα αργότερα σε μεγάλη ηλικία. Η μελέτη αυτή βασίστηκε σε έρευνα που υλοποιήθηκε το 2001 στα πλαίσια διαχρονικής (longitudinal) έρευνας με τον τίτλο «Ελληνική Έρευνα Κοορτής» (βασισμένη στην Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα / National Perinatal Survey) σε 3.500 εφήβους ηλικίας 18 ετών (45% αγόρια).

Σύμφωνα με τη μελέτη, το 6% των εφήβων αναφέρουν χρήση κάνναβης έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή. Ειδικότερα, το 2% των ερωτηθέντων χρησιμοποίησαν κάνναβη μόνο μια φορά στη ζωή τους, το 1,4% δύο έως τέσσερις φορές, το 1,5% πέντε ή και περισσότερες φορές, ενώ το 0,9% έκανε συστηματική χρήση. Η χρήση άλλων ουσιών ήταν πολύ χαμηλότερη του 1%. Μεταξύ αυτών που ανέφεραν χρήση κάνναβης έστω και μια φορά σε όλη τη

ζωή, ο ένας στους τέσσερις ανέφερε πρώτη χρήση πριν την ηλικία των 15 ετών. Σε σύγκριση με τα κορίτσια, τα αγόρια αναφέρουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό χρήσης κάνναβης (8% έναντι 4% των κοριτσιών) ή άλλων ουσιών (1,7% έναντι 0,3% των κοριτσιών).

2.3.1.2. Οιοπνευματώδη

Το ζήτημα της κατανάλωσης οιοπνευματωδών αποτελεί ένα από τα πλέον σημαντικά ζητήματα σε εθνικό αλλά και διεθνές επίπεδο. Η έκταση της κατανάλωσης, η συχνότητα, το πλαίσιο, καθώς και οι αντιλήψεις σχετικά με την κατανάλωση οιοπνευματωδών, αποτελούν ζητήματα τα οποία χρήζουν εξετάσεως, προκειμένου να διερευνηθεί το σύνθετο αυτό φαινόμενο.

Το ΕΚΤΕΠΝ ξεκίνησε το 2002 τόσο την καταγραφή των προσφερόμενων υπηρεσιών μείωσης της ζήτησης για προβλήματα σχετικά με την εξάρτηση από το αλκοόλ, όσο και τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την έκταση της κατανάλωσης οιοπνευματωδών στον ελληνικό πληθυσμό. Συλλέγει στοιχεία και σχετικά με τις πωλήσεις οιοπνευματωδών. Πηγή πληροφόρησης αποτελούν οι έρευνες που υλοποιούνται στη χώρα και αφορούν την κατανάλωση και την πώληση οιοπνευματωδών. Όσον αφορά την κατανάλωση, βασική πηγή πληροφόρησης αποτελούν οι επαναλαμβανόμενες πανελλήνιες επιδημιολογικές έρευνες που υλοποιεί το ΕΠΨΥ, οι οποίες αφορούν το γενικό πληθυσμό ηλικίας 12-64 ετών, καθώς και το μαθητικό πληθυσμό. (ΕΚΤΕΠΝ, 2003)

2.3.1.2.1. Στοιχεία για την χρήση στον γενικό πληθυσμό

Τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία για την έκταση της κατανάλωσης οιοπνευματωδών προέρχονται από την έρευνα στο γενικό πληθυσμό (12-64 ετών) για την χρήση παράνομων και νόμιμων εξαρτησιογόνων ουσιών, που πραγματοποιήθηκε το 2004 από το ΕΠΨΥ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2005)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, σχεδόν όλοι οι Έλληνες (ηλικίας 12-64 ετών) έχουν δοκιμάσει έστω και μια φορά στη ζωή τους κάποιο οينوπνευματώδες, ενώ 3 στους 4 (74,1%) έχουν καταναλώσει έστω και ένα οينوπνευματώδες τον τελευταίο χρόνο. Πρόσφατη κατανάλωση οينوπνευματωδών (έστω και μια φορά τον τελευταίο μήνα) αναφέρει το 65,8% του συνόλου, ενώ υπερβολική κατανάλωση (τουλάχιστον πέντε οينوπνευματώδη στην καθισιά, τουλάχιστον μια φορά τον τελευταίο μήνα) αναφέρει το 10% του συνόλου. Τέλος το 12,2% του πληθυσμού αναφέρει τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης τον τελευταίο χρόνο, ενώ τουλάχιστον δέκα περιστατικά μέθης αναφέρει το 0,8% του συνόλου.

Οι άνδρες καταναλώνουν οينوπνευματώδη σε υψηλότερο ποσοστό από τις γυναίκες, ενώ η διαφορά των ποσοστών μεταξύ των δύο φύλων αυξάνεται ανάλογα με τη συχνότητα και την ποσότητα της κατανάλωσης.

Όσον αφορά την κατανάλωση οينوπνευματωδών σε σχέση με την ηλικία, στους άνδρες παρατηρείται αύξηση της κατανάλωσης με την αύξηση της ηλικίας, ενώ στις γυναίκες παρατηρούνται αυξομειώσεις μεταξύ των διαφορετικών ηλικιών. Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, οι νεαροί ενήλικες ηλικίας 18-24 ετών αναφέρουν το υψηλότερο ποσοστό υπερβολικής κατανάλωσης και μέθης.

Η συχνή κατανάλωση οينوπνευματωδών είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, ακολουθούν η Θεσσαλονίκη και τα υπόλοιπα αστικά κέντρα, ενώ στην περιοχή της πρωτεύουσας (Αττική) το ποσοστό συχνής κατανάλωσης είναι μικρότερο. (ΕΚΤΕΠΝ, 2005)

Όσον αφορά την οδήγηση σε συνδυασμό με την κατανάλωση οينوπνευματωδών, το 16,4% του συνόλου αναφέρουν ότι κατά το τελευταίο εξάμηνο πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας, οδήγησαν 1-2 φορές αφού είχαν καταναλώσει 3 ή περισσότερα οينوπνευματώδη (ποτήρια), ενώ 6% του συνόλου αναφέρουν ότι έπραξαν κάτι παρόμοιο αφού είχαν καταναλώσει τουλάχιστον 6

οινοπνευματώδη (ποτήρια). Οδήγηση μετά από κατανάλωση οινοπνευματωδών αναφέρεται περισσότερο από τους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Περίπου 3 στα 4 άτομα αναφέρουν ως σπουδαιότερο λόγο για την κατανάλωση οινοπνευματωδών την παρέα, ενώ τα μισά περίπου αναφέρουν το κέφι. Άλλοι λόγοι που αναφέρονται, σε χαμηλά ποσοστά, είναι η αλλαγή της διάθεσης, η χαλάρωση, η γεύση, η συνήθεια.

Διαχρονικά (από το 1998 που υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία) παρατηρείται μείωση του ποσοστού των ατόμων που οδηγούν αφού πρώτα έχουν καταναλώσει οινοπνευματώδη. (ΕΚΤΕΠΝ, 2007)

Συνήθως, ο ένας στους τρεις ερωτώμενους καταναλώνει οινοπνευματώδη στο «σπίτι» (31,9%) ή στο «σπίτι κάποιου άλλου» (5,5%), ενώ η πλειοψηφία των ερωτωμένων (ποσοστό 61,9%) αναφέρει κατανάλωση οινοπνευματωδών εκτός σπιτιού και κυρίως σε χώρους διασκέδασης όπως «μπαρ/ντίσκο/κλαμπ» (28,5%), «ταβέρνα/εστιατόριο» (19,2%) και «καφενείο/καφετέρια» (14,2%).

Οι γυναίκες αναφέρουν κατανάλωση οινοπνευματωδών στο «σπίτι» σε υψηλότερο ποσοστό από τους άνδρες (42,3% και 33,6% αντίστοιχα), οι οποίοι αναφέρουν κατανάλωση οινοπνευματωδών κυρίως σε χώρους διασκέδασης και ιδιαίτερα σε «μπαρ/ντίσκο/κλαμπ» (30%). Όσον αφορά την κατανάλωση οινοπνευματωδών στους διάφορους χώρους διασκέδασης, οι γυναίκες συνήθως καταναλώνουν οινοπνευματώδη σε χώρους, οι οποίοι δεν αποτελούν μέρη αποκλειστικής κατανάλωσης αλκοόλ, όπως οι ταβέρνες και τα εστιατόρια, ως συνοδευτικό του φαγητού, ενώ οι άνδρες προτιμούν σε μεγαλύτερο ποσοστό να καταναλώνουν οινοπνευματώδη σε χώρους διασκέδασης όπως «καφενεία/καφετέριες» και «μπαρ/ντίσκο/κλαμπ». (ΕΚΤΕΠΝ, 2006)

Επίσης, διαφοροποίηση στους τύπους κατανάλωσης οινοπνευματωδών εμφανίζεται μεταξύ ατόμων διαφορετικών ηλικιών. Τα πιο νεαρά άτομα καταναλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στους χώρους διασκέδασης, και κυρίως στους χώρους αποκλειστικής κατανάλωσης οινοπνευματωδών, ενώ αντίθετα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας

καταναλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό στο σπίτι ή στην ταβέρνα/εστιατόριο. Ο διαφορετικός τρόπος διασκέδασης, ο οποίος φαίνεται να καθορίζει τον τόπο της κατανάλωσης οινοπνευματωδών, αποτελεί ίσως μια πιθανή εξήγηση αυτής της διαφοροποίησης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2006)

Τα κυριότερα προβλήματα που αναφέρουν οι ερωτώμενοι και σχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνευματωδών είναι οι μεταπτώσεις της διάθεσης (11,7%), η πρόκληση συμπεριφοράς για την οποία αργότερα μετανιώνουν (9,2%), η αδυναμία λογικής σκέψης (8,2%). Επίσης, άλλα προβλήματα είναι η μείωση της ενεργητικότητας και τα προβλήματα με τα μέλη της οικογένειας. Τέλος, ένα ακόμη ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα που αναφέρεται είναι η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ (επικίνδυνη οδήγηση). Οι άνδρες αναφέρουν σε υψηλότερο ποσοστό την ύπαρξη όλων των παραπάνω προβλημάτων σε σύγκριση με τις γυναίκες, γεγονός το οποίο ίσως οφείλεται στα μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης – τόσο συχνής όσο και βαριάς κατανάλωσης.

Περισσότεροι από 6 στους 10 ερωτώμενους (64,9%) θεωρούν επικίνδυνη την κατανάλωση οινοπνευματωδών (τουλάχιστον πέντε οινοπνευματώδη ποτά κάθε Σαββατοκύριακο σε καθημερινή βάση). Αντίθετα, το 34% θεωρούν ότι αυτή η κατανάλωση είναι ακίνδυνη, ενώ, τέλος, το 1,1% των ατόμων δεν διατυπώνουν σαφή άποψη για το ζήτημα. Το ποσοστό των γυναικών που θεωρούν επικίνδυνη την κατανάλωση οινοπνευματωδών είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των ανδρών (70,4% και 59,3% αντίστοιχα).

Τέλος, οι αντιλήψεις του κοινού όσον αφορά την αντιμετώπιση της κατανάλωσης οινοπνευματωδών από την Πολιτεία παρουσιάζουν μια σχετικά αυστηρή εικόνα. Σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι (94,4%) συμφωνούν με την άποψη ότι πρέπει να τιμωρείται αυστηρά η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, ενώ περίπου 7 στους 10 συμφωνούν με την πώληση οινοπνευματωδών μόνο από ορισμένα καταστήματα τα οποία θα έχουν ειδική άδεια πώλησης. Αντίθετα, μόνο το 13% των ερωτωμένων συμφωνούν με την ελαστικότερη αντιμετώπιση της κατανάλωσης οινοπνευματωδών, όπως η πώληση αλκοόλ σε εφήβους, ενώ

το 12,4% των ερωτωμένων θεωρούν ότι η νομοθεσία σχετικά με τα οινόπνευματώδη θα έπρεπε να είναι λιγότερο αυστηρή από την ισχύουσα, για την οποία, όπως εμφανίζεται από τις απαντήσεις των ερωτωμένων, μόλις 2 στους 5 αναφέρουν ότι είναι ενήμεροι.

Σε γενικές γραμμές οι άνδρες είναι υπέρ της ηπιότερης αντιμετώπισης της χρήσης οινόπνευματώδων σε υψηλότερο ποσοστό από τις γυναίκες. Παρομοίως, οι νεαροί έφηβοι (18-24 ετών) τείνουν περισσότερο υπέρ της εφαρμογής μιας ηπιότερης αντιμετώπισης στην κατανάλωση οινόπνευματώδων, σε αντίθεση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα οποία είναι υπέρ της εφαρμογής αυστηρότερων μέτρων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2007)

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να δούμε τα επιδημιολογικά στοιχεία της χρήσης οινόπνευματώδων στον μαθητικό πληθυσμό.

2.3.1.2.2. Στοιχεία για την χρήση στον μαθητικό πληθυσμό

Τα παρακάτω επιδημιολογικά στοιχεία προκύπτουν από την πανελλήνια έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ που διεξήχθη το 2003.

Σχεδόν όλοι οι έφηβοι έχουν δοκιμάσει κάποιο οινόπνευματώδες ποτό (95,8%). Το 38,5% των εφήβων έχει αναφέρει ότι έχει πει τουλάχιστον 40 φορές σε όλη τη ζωή κάποιο οινόπνευματώδες ποτό. Οι 3 στους 10 εφήβους αναφέρουν ότι έχουν καταναλώσει 20 ή/και περισσότερες φορές κάποιο ποτό στη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών, ενώ το 15,9% τουλάχιστον 10 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες. Η κατανάλωση οινόπνευματώδων αυξάνει με την ηλικία, ενώ το ποσοστό των αγοριών που καταναλώνουν οινόπνευματώδη είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των κοριτσιών. Παρόμοια είναι η εικόνα σχετικά με την υπερβολική ανά περίπτωση κατανάλωση οινόπνευματώδων (5 ή/και περισσότερα ποτά τουλάχιστον 3 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες) και τα περιστατικά μέθης (τουλάχιστον 3 περιστατικά τους 12 τελευταίους μήνες). Και στις δύο περιπτώσεις τα ποσοστά των αγοριών και των εφήβων μεγαλύτερης

ηλικίας είναι υψηλότερα από των κοριτσιών και των εφήβων μικρότερης ηλικίας αντίστοιχα. (ΕΚΤΕΠΝ, 2004)

Πρώτα στις προτιμήσεις των εφήβων έρχονται τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά, δεύτερη προτίμησή τους αποτελούν τα εμφιαλωμένα αλκοολούχα χαμηλής περιεκτικότητας αλκοόλ (alcopops), ενώ ακολουθούν το κρασί και η μπίρα. Η ηλικία πρώτης δοκιμής διαφέρει ανάλογα με το είδος του ποτού. Για την μπίρα και το κρασί η μέση ηλικία πρώτης δοκιμής είναι τα 12,9 έτη, ενώ για τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά (π.χ. ούισκι, βότκα, τεκίλα) τα 14,2 έτη. Τα αγόρια πραγματοποιούν την πρώτη δοκιμή έξι μήνες -κατά μέσο όρο- νωρίτερα από τα κορίτσια. Η μέση ηλικία πρώτης μέθης είναι τα 14,8 έτη.

Κατά την τελευταία εικοσαετία (1984-2003) η κατανάλωση οινοπνευματωδών από τους εφήβους παραμένει σταθερή με μικρές διακυμάνσεις. Συχνή κατανάλωση οινοπνευματωδών (τουλάχιστον 6 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες) φαίνεται να κάνει σχεδόν ένας στους τρεις εφήβους, με εξαίρεση το 1998, όπου παρατηρήθηκε μείωση, ενώ το 2003 παρατηρείται επάνοδος στα προηγούμενα επίπεδα (29% το 1984, 30,8% το 1993, 24,8% το 1998 και 29% το 2003). Παρόμοια είναι η διαχρονική πορεία και της υπερβολικής, ανά περίπτωση, κατανάλωσης οινοπνευματωδών από τους εφήβους. Όσον αφορά τη μέθη, για τα έτη που υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία (1993-2003) η τάση είναι αυξητική. Το 1984 το 9,2% των εφήβων δηλώνει τρία τουλάχιστον περιστατικά μέθης στη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό το 1998 είναι 10,9% και το 2003 12,4%. (ΕΚΤΕΠΝ, 2004)

Ενδιαφέρον είναι ότι κατά την τελευταία εικοσαετία οι αντιλήψεις των εφήβων για τους κινδύνους από την κατανάλωση οινοπνευματωδών έχουν μεταβληθεί σημαντικά. Οι έφηβοι φαίνονται καλύτερα ενημερωμένοι για τις αρνητικές συνέπειες του ποτού. Συγκεκριμένα, το 2003 το 32,2% των εφήβων θεωρούν ακίνδυνη την κατανάλωση 1-2 ποτών σχεδόν κάθε μέρα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό το 1984 είναι σχεδόν διπλάσιο (62,1%). Ίδια είναι η εικόνα και για την κατανάλωση 4-5 ποτών σχεδόν κάθε μέρα. Το 2003 τη θεωρούν

ακίνδυνη το 8,3% των εφήβων, ενώ το 1984 το ποσοστό ήταν αρκετά υψηλότερο (25,1%).

Σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι Έλληνες έφηβοι (ηλικίας 16 ετών), ενώ εμφανίζουν σχετικά υψηλό ποσοστό κατανάλωσης οινοπνευματωδών, παρουσιάζουν χαμηλό ποσοστό υπερβολικής και προβληματικής κατανάλωσης (περιστατικά μέθης).

Συγκεκριμένα, το 35% των εφήβων δηλώνει πως έχει καταναλώσει τουλάχιστον 40 φορές σε όλη τη ζωή κάποιο οινοπνευματώδες ποτό (43% τα αγόρια και 28% τα κορίτσια), ποσοστό που κατατάσσει την Ελλάδα στις 10 χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά (το υψηλότερο ποσοστό εμφανίζουν οι έφηβοι της Δανίας, 50%, ενώ το χαμηλότερο της Τουρκίας, 7%)

Αντίθετα, στην υπερβολική ανά περίπτωση κατανάλωση οινοπνευματωδών (5 ή/και περισσότερα οινοπνευματώδη ποτά τουλάχιστον 3 φορές τις τελευταίες 30 ημέρες) οι Έλληνες έφηβοι εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά (11%) συγκριτικά με τις άλλες χώρες (υψηλότερο ποσοστό εμφανίζουν οι έφηβοι της Ιρλανδίας, 32%, ενώ το χαμηλότερο οι έφηβοι της Τουρκίας, 5%). Όσον αφορά τη μέθη, το 2% των Ελλήνων εφήβων (3% τα αγόρια και 2% τα κορίτσια αναφέρουν πως έχουν μεθύσει τουλάχιστον 10 φορές τον τελευταίο χρόνο, ποσοστό που κατατάσσει την Ελλάδα στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά. (ΕΚΤΕΠΝ, 2004)

Η πλειοψηφία των εφήβων σε όλες τις χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα θεωρούν ότι η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών σχετίζεται με την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων, με προβλήματα υγείας, με την εγκληματικότητα, καθώς και οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα.

2.3.2 Η Έκταση της χρήσης στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο

Κάβναβη: υπολογίζεται ότι έχουν δοκιμάσει εβδομήντα εκατομμύρια Ευρωπαίοι, δηλαδή σχεδόν το 1/4 των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών. Σε εθνικό επίπεδο, τα ποσοστά κυμαίνονται από 2% έως 37%, με χαμηλότερη επικράτηση

στη Βουλγαρία, τη Μάλτα και τη Ρουμανία και υψηλότερη στη Δανία (36,5%), στη Γαλλία (30,6%), στη Βρετανία (29,8%) και στην Ιταλία (29,3%). Είκοσι τρία εκατομμύρια Ευρωπαίοι, περίπου το 7% των ενηλίκων 15-64 ετών, έχουν κάνει χρήση κατά το τελευταίο έτος και 13,4 εκατομμύρια (4%) τον τελευταίο μήνα. Τα διαχρονικά στοιχεία δείχνουν ότι η χρήση της κάνναβης παρουσίασε μεγάλη αύξηση, σε όλα σχεδόν τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τη δεκαετία του '90, αύξηση η οποία συνεχίστηκε μέχρι πρόσφατα σε αρκετές χώρες. Τα τελευταία χρόνια, όμως, εμφανίζονται ενδείξεις σταθεροποίησης σε ορισμένες χώρες, ιδιαίτερα σε αυτές που παραδοσιακά εμφανίζουν υψηλά ποσοστά (ΕΚΠΙΝΤ 2007).

Στη Βόρεια Αμερική (Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδάς) περισσότεροι από 29 εκατομμύρια ενήλικες (10,3%) χρησιμοποιούν κάνναβη (ΟΗΕ 2006). Το 2005, στις Ηνωμένες Πολιτείες 19,7 εκατομμύρια άτομα (8,1%), ηλικίας 12 ετών και άνω έκαναν χρήση κάποιας παράνομης ουσίας κατά τον τελευταίο μήνα, από αυτούς τα 14,6 εκατομμύρια (6%) έκαναν χρήση μαριχουάνας, ποσοστό σταθερό από το 2003 (SAMHSA 2006).

Η κοκαΐνη έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια σε πολλά κράτη της Ευρώπης στη δεύτερη κατά προτίμηση ουσία μετά τη κάνναβη. Περισσότεροι από 12 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πειραματίζονται με την ουσία, αντιπροσωπεύοντας το 4% του ενήλικου πληθυσμού. Σε εθνικό επίπεδο, τα ποσοστά κυμαίνονται από 0,2% σε 11,5%, με υψηλότερα ποσοστά στην Ισπανία, στην Ιταλία και στη Βρετανία.

Η χρήση κοκαΐνης κατά τον τελευταίο χρόνο αφορά τουλάχιστον 4,5 εκατομμύρια Ευρωπαίους, ενώ 2 εκατομμύρια κάνουν συστηματικότερη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα (ΕΚΠΙΝΤ 2007). Ο ίδιος περίπου αριθμός συστηματικών χρηστών (2,4 εκατομμύρια) συναντάται και στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2005 (SAMHSA 2006).

Η τάση σταθεροποίησης στη χρήση κοκαΐνης, η οποία επισημάνθηκε το 2005 στην Ευρώπη, φαίνεται να ανακόπτεται το 2006, τουλάχιστον στην ομάδα

των νεαρών ενηλίκων (15-34 ετών), όπου παρατηρείται αυξητική τάση. Οι δύο χώρες με τα υψηλότερα παραδοσιακά ποσοστά, η Ισπανία και η Βρετανία, δεν εμφανίζουν περαιτέρω αύξηση (ΕΚΠΙΝΤ 2007).

Η δοκιμή αμφεταμινών στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίζεται ότι αφορά περίπου 3,5 εκατομμύρια, το 11% του ενήλικου πληθυσμού 15-64 ετών, ενώ 2 εκατομμύρια έχουν κάνει χρήση κατά τον τελευταίο χρόνο. Τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 0,1% και 3,6% στα διάφορα κράτη, όμως στη Δανία και στη Βρετανία ανέρχονται σε 6,9% και 11,5% αντίστοιχα (ΕΚΠΙΝΤ 2007).

Σχεδόν 1,5 εκατομμύριο Ευρωπαίοι (ποσοστό περίπου 3%) πειραματίζονται με την ουσία «Έκσταση» και 3 εκατομμύρια χρησιμοποιούν την ουσία συστηματικότερα, δηλαδή κατά το τελευταίο έτος. Στα μισά από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης η επικράτηση φτάνει μέχρι το 2,5% ή και χαμηλότερα, ενώ υψηλότερα ποσοστά αναφέρουν η Βρετανία (7,2%), η Τσεχία (7,1%), η Ισπανία (4,4%) και η Σλοβακία (4,0%).

Η δοκιμή του LSD αφορά από το 0,2% έως το 5,5% των ενηλίκων Ευρωπαίων, ενώ τα 2/3 των χωρών αναφέρουν ποσοστά από 0,4% σε 1,7% (ΕΚΠΙΝΤ 2007).

Η χρήση της ουσίας «Έκσταση» αφορά κατά κύριο λόγο την Ευρώπη, αν και φαίνεται πως κερδίζει σιγά σιγά έδαφος και στον υπόλοιπο κόσμο. Στη Βόρεια Αμερική, πάντως, και ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο πειραματισμός με την ουσία μειώθηκε ελαφρώς από το 2003 έως το 2005 (ΟΗΕ 2006).

Η προβληματική χρήση, δηλαδή η χρήση ηρωίνης, διατηρείται γενικά στα ίδια επίπεδα ή και μειώνεται τα τελευταία χρόνια. Τάση μείωσης παρουσιάζει επίσης και η επίπτωση στους νέους χρήστες. Πρόσφατα στοιχεία από τα κράτη-μέλη τοποθετούν την προβληματική χρήση ηρωίνης μεταξύ μίας και τριών περιπτώσεων ανά 1.000 κατοίκους (ΕΚΠΙΝΤ 2007). Στις Ηνωμένες

Πολιτείες, η χρήση ηρωίνης παρέμεινε σταθερή κατά την περίοδο 2003-2005 (ΟΗΕ 2006).

2.3.3. Στοιχεία από έρευνες σε ειδικούς πληθυσμούς

Η έρευνα «*Η κουλτούρα της διασκέδασης των νέων ως εργαλείο για την πρόληψη συμπεριφορών κινδύνου*», η οποία πραγματοποιήθηκε την άνοιξη του 2006, αποτέλεσε μέρος ευρωπαϊκού προγράμματος με τον ομώνυμο τίτλο, το οποίο συντονίζει το Ευρωπαϊκό Ερευνητικό Ινστιτούτο για την Πρόληψη των Κινδύνων στους Εφήβους και τους Νέους (IREFREA) και υλοποιείται σε εννέα ευρωπαϊκές πόλεις (Αθήνα, Βενετία, Βιέννη, Βερολίνο, Λίβερπουλ, Λισαβόνα, Λουμπλιάνα, Πάλμα, Πράγα) κατά τη χρονική περίοδο 2005-2008. Σκοπός του προγράμματος είναι η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών και τις επιπτώσεις τους στο περιβάλλον της διασκέδασης, με στόχο τη βελτίωση της πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών σε αυτό το περιβάλλον.

Στόχοι της έρευνας

Οι κυριότεροι στόχοι της έρευνας ήταν οι εξής:

- Διερεύνηση των προτύπων και των βασικών παραγόντων της χρήσης ναρκωτικών και άλλων σχετικών κινδύνων υγείας στο περιβάλλον της διασκέδασης.
- Επιβεβαίωση της άποψης ότι η υιοθέτηση κυρίαρχων προτύπων διασκέδασης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για χρήση ναρκωτικών και άλλες επικίνδυνες συμπεριφορές (βία, επικίνδυνη οδήγηση κ.ά.) στο περιβάλλον της διασκέδασης.
- Διερεύνηση της σχέσης των νέων με τις παρέες φίλων, για την καλύτερη κατανόηση των μηνυμάτων που σχετίζονται με τη διασκέδαση, καθώς και την πιθανή αξιοποίηση των ομάδων αυτών ως εργαλείου πρόληψης.

Μεθοδολογία

Μέγεθος δείγματος. Το δείγμα αποτέλεσαν 168 νεαροί θαμώνες νυχτερινών κέντρων διασκέδασης, ηλικίας 15-30 ετών.

Δειγματοληψία. Η επιλογή του δείγματος βασίστηκε στη μέθοδο της χιονοστιβάδας (snowball method) και πραγματοποιήθηκε εντός και εκτός του περιβάλλοντος νυχτερινής διασκέδασης. Η μέθοδος αυτή εφαρμόστηκε ως εξής – το αρχικό δείγμα αποτέλεσαν οκτώ (8) άτομα, τα οποία πληρούσαν τα παρακάτω κριτήρια ως προς τη σχέση τους με τη νυχτερινή διασκέδαση, το φύλο και την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα:

- δύο άνδρες κάτω των 19 και δύο άνω των 19 ετών, οι οποίοι σύχναζαν σε mainstream nightclubs και risk nightclubs, αντίστοιχα
- δύο γυναίκες κάτω των 19 και δύο άνω των 19 ετών, οι οποίες σύχναζαν σε mainstream nightclubs και risk nightclubs, αντίστοιχα

Κάθε άτομο του δείγματος που συναινούσε να συμμετέχει στην έρευνα πρότεινε δύο άλλα γνωστά του άτομα που δεν ανήκαν στην παρέα των στενών φίλων του και ήταν επίσης θαμώνες mainstream ή risk nightclubs.

Αποτελέσματα

Κοινωνικο - δημογραφικό προφίλ

Η μέση ηλικία των ατόμων του δείγματος ήταν τα 21,04 έτη και το 47,3% ήταν άνδρες. Το 65% των ατόμων ζούσαν με την οικογένειά τους, ενώ ένας στους πέντε (21,6%) ζούσαν μόνοι τους. Το 42,8% φοιτούσαν στο λύκειο ή ήταν τελειόφοιτοι λυκείου και το 47,6% είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Το 39,2% είχαν προσωρινή ή μόνιμη εργασία και μόνο το 8,8% ανέφεραν ότι ήταν άνεργοι. Το μέσο ετήσιο εισόδημά τους έφτανε τα 7.000 €

Πρότυπα διασκέδασης

Σύμφωνα με τα στοιχεία, μια νυχτερινή έξοδος το Σαββατοκύριακο διαρκεί περίπου πέντε ώρες και ο αριθμός επισκέψεων των νεαρών θαμώνων σε

κέντρα νυχτερινής διασκέδασης κατά μέσο όρο είναι δύο κλαμπ / μπαρ κάθε φορά. Το κόστος μιας νυχτερινής εξόδου φτάνει κατά μέσο όρο τα 35 €

Οι σημαντικότεροι λόγοι για την επιλογή ενός κλαμπ / μπαρ ήταν για τη συντριπτική πλειονότητα των ερωτωμένων το είδος της μουσικής (99,4%), το γεγονός ότι «συχνάζουν οι φίλοι τους εκεί» (84%), ότι «είναι ασφαλές μέρος» (68,4%), «καλό μέρος για χορό» (66,1%) και «οι τουαλέτες είναι καθαρές» (60,4%). Οι μισοί σχεδόν (52,3%) ανέφεραν ότι επιλέγουν ένα κλαμπ / μπαρ για τα φτηνά αλκοολούχα ποτά του, ένας στους τέσσερις (27,4%) επειδή «δεν υπάρχει πρόβλημα να καπνίσεις κάνναβη μέσα στο χώρο» και ένας στους πέντε (19,1%) επειδή «είναι εύκολο να πάρεις ναρκωτικά μέσα στο χώρο».

Υγεία

Όσον αφορά την ψυχολογική τους κατάσταση, οι μισοί σχεδόν (50,6%) ανέφεραν ότι το τελευταίο έτος έχουν αισθανθεί μία ή περισσότερες φορές «λυπημένοι ή απελπισμένοι ώστε να διακόψουν τις συνήθειες δραστηριοτήτες τους για μικρό χρονικό διάστημα» και ένας στους δεκαπέντε (6,5%) ότι «έχει σκεφτεί κάποια στιγμή σοβαρά την αυτοκτονία».

Χρήση αλκοόλ και παράνομων ουσιών

Πάνω από τους μισούς νεαρούς θαμώνες (ποσοστό 65,5%) κάνουν χρήση αλκοόλ τουλάχιστον δύο μέρες την εβδομάδα. Επίσης, το 62,5% ανέφεραν ότι είχαν μεθύσει τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο μήνα.

Οι πιο δημοφιλείς παράνομες ουσίες μεταξύ των νεαρών θαμώνων ήταν η κάνναβη, η κοκαΐνη και η ουσία «Έκσταση». Επίσης, ο ένας περίπου στους έξι (15,5%) κάνει συχνή χρήση κάνναβης (τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα).

Οι ουσίες LSD, ηρωίνη / άλλα οπιοειδή, κεταμίνη, ψευδαισθησιογόνα μανιτάρια και υπνωτικά / ηρεμιστικά αφορούν αποκλειστικά δοκιμή και πρόην χρήση.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η επικράτηση της χρήσης κοκαΐνης έχει αυξηθεί σημαντικά σε σχέση με παλαιότερα (11,9% το 1998,

έναντι 25% το 2006), κι επίσης έχει αυξηθεί η χρήση της ουσίας «Έκσταση» (12,5% το 1998, έναντι 18,5% το 2006).

Τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι νεαροί θαμώνες λόγω της χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών το τελευταίο έτος ήταν τα εξής:

- α) καβγάδες ή λογομαχίες (32,9%),
- β) ασθένεια (32,3%),
- γ) προβλήματα με τους φίλους ή τον ερωτικό σύντροφο (27,5%),
- δ) προβλήματα με τους γονείς (25,1%),
- ε) έλλειψη χρημάτων ή χρέη (23,4%).

Το 45,8% των νεαρών θαμώνων βρέθηκαν σε όχημα που ο οδηγός του βρισκόταν υπό την επήρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών, το 32,1% ανέφερε ότι οδήγησαν ενώ ήταν μεθυσμένοι και το 16,1% ενώ βρισκόταν υπό την επίδραση ναρκωτικών.

Συμπεράσματα

Οι νεαροί θαμώνες εκδηλώνουν γενικά τις παρακάτω συμπεριφορές κινδύνου:

- υψηλό ποσοστό συχνής χρήσης αλκοόλ και μέθης
- υψηλό ποσοστό δοκιμής ή χρήσης κάνναβης
- σημαντική αύξηση της επικράτησης της χρήσης κοκαΐνης
- αύξηση της επικράτησης της χρήσης της ουσίας «Έκσταση»
- σημαντικό ποσοστό οδήγησης σε κατάσταση μέθης
- προβλήματα λόγω χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών, όπως επιθετική συμπεριφορά, προβλήματα υγείας και προβλήματα στις σχέσεις με γονείς και φίλους ή ερωτικό σύντροφο
- μη ασφαλής σεξουαλική ζωή όσον αφορά τις ερωτικές επαφές σε κατάσταση μέθης και σε μικρότερο βαθμό τις ερωτικές επαφές χωρίς χρήση προφυλακτικού.

2.4. Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης κοινωνίας και οι επιπτώσεις τους στους νέους, η διαθεσιμότητα των ουσιών, η οικογένεια και η επίδραση των συνομηλίκων.

Αρκετοί ψυχαναλυτές προσπάθησαν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης, θεωρώντας τα ναρκωτικά υποκατάστατο της σεξουαλικής ικανοποίησης και αποτέλεσμα των τραυματικών εμπειριών στην πρώιμη παιδική ηλικία, που καθηλώνουν το άτομο στο στοματικό στάδιο. Στη βάση αυτής της θεώρησης τα ψυχικά τραύματα και τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής θεωρούνται παράγοντες επικινδυνότητας για την κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ψυχότροπων ουσιών. Υπό το πρίσμα αυτό η χρήση ψυχότροπων ουσιών εμφανίζεται ως μηχανισμός αυτοθεραπείας τον οποίο υιοθετούν ορισμένα άτομα προκειμένου να αντιμετωπίσουν αρνητικά συναισθήματα προερχόμενα από τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Οι ουσίες χρησιμοποιούνται, δηλαδή, ώστε να μειώσουν το μετατραυματικό άγχος και να ενισχύσουν τα θετικά συναισθήματα.

Συγκεκριμένα, ο Wurmser (1984) θεωρεί ότι η τοξικοεξάρτηση έχει τις ρίζες της στα παιδικά τραύματα και αναφέρεται ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου το παιδί εκτίθεται σε ασυνήθιστα νοσηρές καταστάσεις βίας, σεξουαλικής κακοποίησης, εγκατάλειψης, σκληρότητας, ψεύδους και προδοσίας. Τα γεγονότα αυτά έρχονται να δημιουργήσουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή έντονες συναισθηματικές εσωτερικές συγκρούσεις και άγχος. Μπορεί, μάλιστα, να οδηγήσουν σε αμφισβήτηση ακόμη και της αξίας του ίδιου του ατόμου και της ανθρώπινης ζωής. Τέτοια γεγονότα γεννούν επίσης εχθρότητα απέναντι σε κάθε μορφή εξουσίας, τάσεις επαναστατικότητας και περιφρόνησης των άλλων και του εαυτού, σκληρότητα, αλλά και ένα «σκοτεινό συναίσθημα τεράστιας ενοχής, σχεδόν μυθικής διάστασης» (Wurmser, 1985, σελ. 90).

Αρκετές μελέτες (Clark, 1977) υποστηρίζουν την άποψη ότι η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία σχετίζονται άμεσα με

την εξάρτηση από ψυχότροπες ουσίες στην εφηβεία. Αποτελέσματα έρευνας (Clark et al., 1997) έδειξαν ότι έφηβοι με πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση σε ποσοστό που έφτανε στα 32% για τις γυναίκες και 39% για τους άνδρες, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά σε μια ομάδα μη χρηστών ήταν 5% για τις γυναίκες και 3% για τους άνδρες. Παρόμοια στοιχεία προέκυψαν και από άλλες έρευνες, όπου διαπιστώθηκε ότι τα περιστατικά σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης μεταξύ των ατόμων που είχαν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών ήταν από 2 έως και 5 φορές περισσότερα από ό,τι για τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα εξάρτησης. Ποιοτική μελέτη που αφορούσε γυναίκες χρήστριες ουσιών στην Ελλάδα και βασιζόταν στην ανάλυση των βιογραφιών τους έδειξε ότι 20% των γυναικών έκαναν χρήση μαζί με κάποιο μέλος της οικογένειας, ενώ το 80% εγκατέλειψε την οικογένεια σε ηλικία 14-18 ετών, έχοντας ήδη υποστεί σεξουαλική κακοποίηση (Pouloroulos et al., 2000).

Άλλες έρευνες διαπίστωσαν επίσης ότι έφηβοι που έκαναν κατάχρηση ουσιών είχαν βιώσει αρνητικά γεγονότα ζωής, συμμετέχοντας ως μάρτυρες σε περιστατικά έντονης βίας (πυροβολισμούς, ληστεία, μαχαίρωμα κ.ά.). Αρνητικά γεγονότα ζωής όπως είναι η απόλυση των γονέων από την εργασία ή η παρατεταμένη ασθένεια των γονέων έχουν αντίστοιχα συνδεθεί με σοβαρή χρήση ουσιών στην εφηβεία (Wills et al., 1992).

Η χρήση ψυχότροπων ουσιών έστω και προσωρινά εξουδετερώνει τα έντονα συναισθήματα αμφιβολίας και άγχους που κυριεύουν το άτομο. Απενεργοποιώντας, ωστόσο, ανεπιθύμητα συναισθήματα και σκέψεις, η χρήση αυτή περιορίζει σημαντικά και άλλες λειτουργίες, όπως την εσωτερική σταθερότητα της διάθεσης και του συναισθήματος, τη δυνατότητα αυτοπαρατήρησης, την αντίληψη των ορίων της εξωτερικής πραγματικότητας και την φροντίδα του εαυτού (Wurmser, 1984, σελ. 232). Η χρήση ουσιών αποτελεί τρόπο αποφυγής των συναισθημάτων και των παρορμήσεων του πόνου, του άγχους και της ντροπής, που βιώνονται ως απειλή από το άτομο.

Συνεπώς, σύμφωνα με αυτή η θεώρηση για την αιτιολογία της χρήσης, η θεραπεία δεν μπορεί παρά να είναι ψυχαναλυτική και να βασίζεται στην ανάλυση του υπερεγώ. Η μοραλιστική όμως αντιμετώπιση της συμπεριφοράς του χρήστη, σύμφωνα πάντα με την πιο πάνω θεωρία, είναι αντιπαραγωγική, καθώς το πρόβλημα δεν είναι το ελάχιστο ανεπτυγμένο «υπερεγώ» αλλά ακριβώς το αντίθετο. Ο Θεραπευτής χρειάζεται επομένως να προσφέρει μια «ισχυρή συναισθηματική παρουσία» και μια «στάση ζεστή, ευγενική και ευέλικτη» (Wurmser, 1985, σελ. 94) παρά μια ηθικοπλαστική προσέγγιση.

Μια άλλη θεώρηση, βασισμένη σε ευρήματα της θεραπείας των χρηστών ουσιών, στηρίζεται στην άποψη ότι πίσω από τα προ βλήματα των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών βρίσκονται μάλλον ελλείψεις, αδυναμίες, ανεπάρκεια του «εγώ» και του «εαυτού» παρά συγκρούσεις των ψυχικών παραγόντων (Khantzian, 1980). Συχνά οι χρήστες εμφανίζονται στους θεραπευτές μεγαλομανιακοί, ανεύθυνοι και χειριστικοί, ενώ συγχρόνως δείχνουν να αγνοούν τους κινδύνους που ενέχει η χρήση ουσιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Khantzian (1980) δίνει έμφαση στο σημαντικό ρόλο που παίζει η ουσία την οποία χρησιμοποιεί κάθε χρήστης. Έτσι, θεωρεί ότι οι χρήστες ηρωίνης αναζητούν την ηρεμιστική δράση της ουσίας ως ανακούφιση στην εσωτερική επιθετικότητα που αισθάνονται, ενώ οι χρήστες κοκαΐνης χαρακτηρίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από προϋπάρχουσα χρόνια κατάθλιψη την οποία προσπαθούν να αντιμετωπίσουν με την ουσία της προτίμησής τους.

Δύο άλλες θεωρίες για την κατανόηση της εξάρτησης προϋποθέτουν σοβαρή διαταραχή στην πρώιμη αναπτυξιακή φάση (Krystal, 1977). Η μία προσπαθεί να εξηγήσει τη χρήση ουσιών βάσει των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Σύμφωνα με αυτήν, η ουσία βιώνεται συμβολικά από το χρήστη ως το πρωταρχικό μητρικό αντικείμενο και έτσι αντικαθιστά τις λειτουργίες που συνήθως αποδίδονται στη μητρική φιγούρα. Ο χρήστης επομένως σχετίζεται με την ουσία βάσει της διαταραγμένης σχέσης που είχε με τη μητρική φιγούρα, και μεγαλώνοντας «λαχταρά να ενωθεί με το ιδανικό του αντικείμενο, ενώ

ταυτόχρονα το φοβάται πολύ» (Krystal, 1977, σελ. 243). Στην περίπτωση αυτή ο Krystal (1977) και άλλοι αναλυτές (Kernberg, 1975· Rinsley, 1988) αντιλαμβάνονται την κατάχρηση ουσιών ως παραλλαγή της οριακής παθολογίας.

Η σχέση του χρήστη με την ουσία κατάχρησης είναι η εκδραμάτιση στην ενήλικη ζωή των πρωτόγονων, βρεφικών φαντασιώσεων. Οι συνήθως έντονες, ασταθείς προσωπικές σχέσεις, η οργισμένη συμπεριφορά, τα προβλήματα με τη φροντίδα του εαυτού και η παρορμητική χρήση ουσιών αποτελούν όλα μέρος ενός συνεχούς καταστροφικού δράματος, το οποίο ο Krystal (1978) θεωρεί ότι είναι το «βασικό δίλημμα» του χρήστη ουσιών.

Η δεύτερη θεωρία του ίδιου αναλυτή υποστηρίζει ότι οι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών χαρακτηρίζονται από διαταραγμένες συναισθηματικές λειτουργίες. Αυτή η κατάσταση είναι γνωστή ως «αλεξιθυμία». Σύμφωνα με την εν λόγω θεωρία, οι εξαρτημένοι διαφέρουν από άλλα άτομα στο ότι δεν αναγνωρίζουν τις γνωσιακές πλευρές των συναισθηματικών καταστάσεων. Αυτό σημαίνει ότι οι αλεξιθυμικοί, αντί να βιώνουν ως διαφορετικά τα συναισθήματα της «στενοχώριας», του «θυμού» και της «χαράς», έχουν την τάση να τα βιώνουν ως συνολικές σωματικές καταστάσεις και εντάσεις. Έτσι, είναι δύσκολο να αξιοποιήσουν τα συναισθήματά τους ως οδηγούς για την κατανόηση του εαυτού τους, με αποτέλεσμα να περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό μια σημαντική πηγή πληροφοριών και ανατροφοδότησης. Οι καταστάσεις συναισθηματικής διέγερσης αποτελούν για αυτούς πηγή άγχους το οποίο προσπαθούν να το αποβάλουν με την κατάχρηση ουσιών.

Η θεωρία αυτή συνοδεύεται από απαισιοδοξία για τα αποτελέσματα της θεραπείας των χρηστών, καθώς αντιμετωπίζει τη χρήση ουσιών ως σοβαρή οριακή παθολογία (Krystal, 1977). Οι υποστηρικτές της ίδιας θεωρίας πιστεύουν ότι η θεραπεία είναι σημαντικό να γίνεται σε ένα πρόγραμμα που απασχολεί πολλούς θεραπευτές, ώστε να αποφεύγονται όσο είναι δυνατόν τα φαινόμενα της μεταβίβασης τα οποία σε διαφορετική περίπτωση θα είναι πολύ

έντονα και δύσκολο να τα διαχειριστεί μόνο ένας θεραπευτής. Από την άλλη πλευρά θεωρείται σημαντικό να αποτελούν επίκεντρο της θεραπείας η φροντίδα του εαυτού και η απόκτηση ανοχής απέναντι στα συναισθήματα. Ωστόσο, αυτό είναι μόνο το πρώτο βήμα της θεραπείας: Πρέπει να ακολουθείται από την ανάλυση της αμφιθυμίας και της επιθετικότητας που εκδραματίζεται από τον πελάτη μέσα από τη χρήση ουσιών.

Άλλοι αναλυτές (McDougall, 1989) υποστηρίζουν ότι η κατάχρηση ουσιών ανήκει στο φάσμα των συμπεριφορών εξάρτησης όπου περιλαμβάνονται οι διαταραχές της διατροφής και οι σχέσεις εξάρτησης, οι οποίες δεν είναι τίποτα άλλο από ψυχοσωματικές διαταραχές. Τα ψυχοσωματικά φαινόμενα είναι η εξωτερίκευση των εμπειριών, ενώ οι εξαρτήσεις ένας μηχανισμός χειρισμού των ασυνείδητων συναισθημάτων και φόβων αλλά και μέρος του «άλλου εαυτού» που πλάθει το άτομο προκειμένου να απαλύνει όσα συναισθήματα βιώνει ως επικίνδυνα για την ύπαρξή του. Ωστόσο, η McDougall (1989) είναι πιο αισιόδοξη από άλλους αναλυτές για τα αποτελέσματα της θεραπείας, παρόλο που τη θεωρεί μακρόχρονη και δύσκολη διαδικασία.

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες έχουν δεχτεί αρκετή κριτική κυρίως λόγω των μεθοδολογικών τους περιορισμών αλλά και της απαισιοδοξίας με την οποία αντιμετωπίζουν τα αποτελέσματα της θεραπείας. Εξάλλου, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι χρήστες ουσιών αποτελούν μια ετερογενή ομάδα και ότι οι συμπεριφορές εξάρτησης καθορίζονται από ποικίλους πολιτισμικούς, ψυχολογικούς, συμπεριφοριστικούς και βιολογικούς παράγοντες.

2.4.1. Χαρακτηριστικά της σύγχρονης κοινωνίας και οι επιπτώσεις τους στους νέους

Αρκετά από τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης μεταβιομηχανικής κοινωνίας έχουν κάνει το άτομο ευάλωτο στην αναζήτηση διαφόρων μορφών φυγής από τα καθημερινά προβλήματα. Μερικοί από τους κοινωνικούς παράγοντες με τις ειδικότερες επιπτώσεις τους στους νέους, που μπορούν να

επιτελέσουν είτε αιτιολογικό ρολο στην κατάχρηση ουσιών είτε να αποτελέσουν συνθήκη διατήρησης και ενίσχυσης της εξαρτητικής συμπεριφοράς παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω:

- Τα «κοινωνικά ξεριζώματα» που απομονώνουν από την ευρύτερη οικογένεια, αφαιρούν από το άτομο το αίσθημα του «ανήκειν» σε μια κοινωνική ομάδα, του αφαιρούν την ταυτότητα και ευνοούν τη δημιουργία υποπολιτιστικών ομάδων.
- Η εξασθένηση των παραδοσιακών αξιών και θεσμών. Η εκκλησία, το σχολείο, η οικογένεια ασκούν περιορισμένο ρόλο με συνέπεια την εξασθένηση ιδανικών ή και την απουσία ιδανικών. Το άτομο είναι πιο ελεύθερο στη σημερινή κοινωνία, αλλά και περισσότερο εγκαταλειμμένο στον εαυτό του.
- Η ανεπάρκεια του εκπαιδευτικού συστήματος. Απρόσωπο και απαιτητικό, με έμφαση στη συσσώρευση, όχι πάντα απαραίτητων γνώσεων, δεν παρέχει ευκαιρίες για την κοινωνικοποίηση του παιδιού.
- Η αλλαγή στη δομή της οικογένειας. Η ευρεία οικογένεια φθίνει και επικρατεί η πυρηνική οικογένεια που και αυτή πάσχει. Οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια αλλάζουν ή και αντιστρέφονται, οι συναισθηματικοί δεσμοί εξασθενούν και οι συνακόλουθες δυσλειτουργίες οδηγούν σε διαρκώς αυξανόμενα ποσοστά στη διάλυση της οικογένειας. Το παιδί στερείται έτσι όλο και περισσότερο από πρότυπα ταύτισης.
- Η «φαρμακευτική κοινωνία». Επακόλουθο της εκρηκτικής παραγωγής νέων ουσιών από τις φαρμακευτικές βιομηχανίες. Η υγεία και η προσαρμογή των ατόμων εξαρτάται, όλο και περισσότερο, από τις φαρμακευτικές ουσίες. Το φάρμακο περιβάλλεται με μαγικές ιδιότητες και διαρκώς πληθαίνουν τα γονεϊκά πρότυπα φυγής από τις δυσχέρειες της καθημερινής ζωής με την χρήση κάποιας ουσίας.
- Η «καταναλωτική κοινωνία». Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, η διαφήμιση δημιουργούν ένα κλίμα ευδαιμονισμού και καλλιεργούν στο άτομο την τάση για

άμεση ικανοποίηση και εξάλειψη οποιασδήποτε ανάγκης με την χρήση κάποιου προϊόντος (Κοκκέβη, 1988:367)

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά έχουν ειδικότερες επιπτώσεις στους νέους. Για πολλούς νέους σήμερα είναι αισθητή η ανησυχία για την επαγγελματική τους προοπτική, για το ενδεχόμενο να μείνουν άνεργοι ή να ζήσουν στο περιθώριο. Η παράταση των σπουδών, εξάλλου, οδηγεί στην παράταση της οικονομικής εξάρτησης και την καθυστέρηση της ψυχολογικής ωρίμανσης. Ο νέος σήμερα είναι υπερπροστατευμένος από τους γονείς, είναι πιο εύθραυστος. Η αγωνιστικότητά του για την ζωή είναι μειωμένη. Επιπλέον, ο γρήγορος ρυθμός τεχνολογικής ανάπτυξης επιτείνει την ανισότητα στις γνώσεις και δυσκολεύει την επικοινωνία γονιού-παιδιού, μεγαλώνοντας το χάσμα ανάμεσα στις γενιές. Όλα τα παραπάνω ευοδώνουν τη δυσλειτουργία των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και συντελούν στην προσχώρηση σε ομάδες συνομηλίκων που διαμορφώνουν τη δική τους κουλτούρα που, πολύ συχνά, ενώ προβάλλεται ως αντίδραση στον κατεστημένο τρόπο ζωής, γίνεται αντικείμενο εμπορικής εκμετάλλευσης. Όλες οι τεχνικές του σύγχρονου μάρκετινγκ χρησιμοποιούνται για να δημιουργήσουν νέες ανάγκες και νέες επιθυμίες. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, καθώς και η αυξανόμενη δυνατότητα μετακινήσεων, ενισχύουν τη διάδοση της «κουλτούρας των νέων» και τη διεθνοποιούν ως κοινωνικό φαινόμενο (Κοκκέβη, 1988:368).

2.4.2. Οι κοινωνικές συνθήκες

Σύμφωνα με ορισμένους μελετητές, οι κοινωνικές συνθήκες αποτελούν σημαντικό παράγοντα για τη γένεση όχι μόνο της εξάρτησης αλλά και άλλων φαινομένων, όπως είναι η αυτοκτονία και η παραβατική συμπεριφορά. Ο Durkheim (1887) ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε στην έννοια της «ανομίας» στις σύγχρονες κοινωνίες, περιγράφοντας το φαινόμενο της «ανομικής αυτοκτονίας». Αναλύοντας τους παράγοντες που οδηγούν στην αυτοκτονία

αναφέρει ότι όσο πιο χαλαρή είναι η κοινωνική αλληλεγγύη και η κοινωνική συνείδηση τόσο τα ποσοστά αυτοκτονίας αυξάνονται. Οι έντονες κοινωνικές αναταραχές και οι μεγάλες μεταβολές κυρίως σε οικονομικό επίπεδο (οικονομική καταστροφή ή και άνθιση) μπορούν να προκαλέσουν το φαινόμενο της «κοινωνικής ανομίας» που εκφράζεται με κρίση αξιών και επηρεάζει τις σχέσεις των ατόμων τόσο σε οικογενειακό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να οδηγήσει ορισμένα άτομα σε αυτοκτονία. Η κατάχρηση ουσιών, άλλωστε, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια συμβολική μορφή ανομικής αυτοκτονίας.

Ο Merton (1968) αναφέρθηκε επίσης σε μια κατάσταση ανομίας που εμφανίζεται στη σύγχρονη καταναλωτική κοινωνία όπου υπάρχει μεγάλη αντίφαση και σύγκρουση ανάμεσα στους κανόνες, τις αξίες και τα μέσα τα οποία υιοθετούνται από τα άτομα, με αποτέλεσμα να επικρατεί σύγχυση και αβεβαιότητα. Ο ίδιος θεωρεί ότι η ανομία ταυτίζεται με την αστάθεια και συνδέεται με την απώλεια του ηθικού και την αποθεσμοποίηση. Σε αυτή την κατάσταση ορισμένα άτομα αισθάνονται ξένα προς το περιβάλλον τους, και απορρίπτοντας τους σκοπούς και τα μέσα που υιοθετούνται από την κοινωνία οδηγούνται σε απόσυρση. Οι τοξικομανείς και οι αλκοολικοί αποτελούν συγκεκριμένα παραδείγματα ανθρώπων που αποσύρθηκαν κοινωνικά. Ο Fromm (1942) επίσης αναφέρεται στην ηθική μοναξιά που βιώνει ο άνθρωπος στις σύγχρονες αναπτυγμένες κοινωνίες όπου επικρατεί ανομία.

Με αυτή την έννοια η κατάχρηση ουσιών θεωρείται σύμπτωμα μιας δυσλειτουργικής κοινωνίας η οποία οδηγεί ορισμένα μέλη της στην περιθωριοποίηση, φτάνοντας πολύ συχνά να τα θεωρεί υπεύθυνα για μια σειρά από άλλα κοινωνικά προβλήματα και να τα στιγματίζει (Κουκουτσάκη, 2002). Οι εξαρτημένοι χρήστες παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών αποτελούν μια από τις κοινωνικές ομάδες που βιώνουν αυτές τις συνέπειες του κοινωνικού στιγματισμού και του αποκλεισμού (Τσαούσης, 1980).

Οποιοσδήποτε διαφοροποιείται κοινωνικά θεωρείται ότι παραβιάζει τα κυρίαρχα «ιδεατά» κοινωνικά πρότυπα περί ταυτότητας, η οποία προσδιορίζεται από «εσωτερικά» ή «εξωτερικά» χαρακτηριστικά και δεν καλύπτει τις προσδοκίες της πλειοψηφίας ως προς τα γνωρίσματα που θα έπρεπε να έχει. Όπως αναφέρει ο Goffman (1963), άτομα με σωματικές ιδιαιτερότητες, ιδιαιτερότητες στο χαρακτήρα ή διαφορές σε σχέση με τη φυλή, το φύλο, τη θρησκεία ή την εθνικότητα εντάσσονται σε κατηγορίες οι οποίες υφίστανται τον κοινωνικό στιγματισμό και πολύ συχνά τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Η διαδικασία του στιγματισμού είναι ιδιαίτερα ισχυρή απέναντι σε εκείνους που «δεν συμμορφώνονται» με τις βασικές επιταγές της κυρίαρχης ομάδας, κυρίως σε θέματα «ηθικής».

Προκειμένου να διατηρήσει τη συνοχή της, η κυρίαρχη ομάδα υιοθετεί συνήθως μια θεωρία ή ιδεολογία που ανάγει μια άλλη μικρότερη, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ομάδα σε αποδιοπομπαίο τράγο. Είναι γνωστό ότι μια ομάδα μπορεί να επιτύχει τη συνοχή και την ενότητά της προβάλλοντας προς τα έξω την εσωτερική της εχθρότητα. Σε πολλές περιπτώσεις εξασφαλίζει την ενότητά της καθιστώντας ένα ιδιαίτερο μέλος της αποδιοπομπαίο τράγο. Έτσι, όσοι αποκλίνουν έστω και λίγο από αυτήν, εξυπηρετούν μια «χρήσιμη» λειτουργία, αποτελώντας τη δικλείδα για εκτόνωση των εντάσεων και τη βάση για ψευτοενότητα και ψευτοαλληλεγγύη.

Στην πραγματικότητα, πρόκειται για μια διαδικασία μετάθεσης των ευθυνών. Στις δυσλειτουργικές κοινωνικές ομάδες συνήθως δεν υπάρχει εξέλιξη και μέσα σε αυτές γεννιούνται διάφορα συναισθήματα, όπως ο θυμός, η δυσπιστία και ο φθόνος. Έτσι, δημιουργείται η ανάγκη να αποφορτιστεί η ομάδα, χωρίς όμως τον κίνδυνο να πληγεί ή να καταστραφεί. Τα περισσότερα μέλη της ομάδας υιοθετούν συνειδητά ή ασυνείδητα την άποψη ότι για αυτά που συμβαίνουν ή θα συμβούν στο εσωτερικό της υπεύθυνα είναι τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν κάποια διαφορά από τα μέλη της κυρίαρχης ομάδας. Συνήθως, τα μέλη που επιλέγονται είτε αποβάλλονται, είτε πρέπει να μετακινηθούν προς την

περιφέρεια, ή να «θεραπευτούν» σε έναν «ιδιαιτέρο» χώρο προκειμένου να «προστατευτεί» η ομάδα από τους κινδύνους ή τη «μόλυνση». Σύμφωνα με αυτή την άποψη, ακόμη και η ίδια η θεραπεία δεν μπορεί παρά να στιγματίσει τους ανθρώπους που κάνουν κατάχρηση ουσιών και να τους οδηγήσει σε απομόνωση.

Η ιδιαίτερα μεγάλη έκταση του προβλήματος στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο, ιδιαίτερα μάλιστα σε περιοχές όπου ενδημεί η ανεργία και η περιθωριοποίηση, αντικατοπτρίζει τις επικρατούσες συνθήκες οι οποίες πιθανόν να συνεισφέρουν στην εμφάνισή του. Μια άλλη ένδειξη της κοινωνικής διάστασης του προβλήματος είναι η διαφοροποιημένη, συνήθως αυξημένη χρήση ουσιών, ανάμεσα σε εθνικές μειονότητες των εν λόγω χωρών.

Ένας άλλος παράγοντας πιθανόν ενδεικτικός της σημασίας του κοινωνικού περιβάλλοντος στην εμφάνιση της χρήσης ουσιών είναι η επικράτηση της χρήσης στις διάφορες χώρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις χώρες της Μεσογείου, της Βόρειας Ευρώπης και της Αμερικής, τόσο σε σχέση με την επικράτηση της χρήσης ουσιών στους εφήβους όσο και στις άλλες ηλικιακές ομάδες. Για παράδειγμα, η δοκιμή κάνναβης τουλάχιστον μια φορά στη ζωή κυμαίνεται από 7-10% στην Πορτογαλία και στη Φιλανδία, ενώ φτάνει στο 30% στο Ηνωμένο Βασίλειο και στο 36,9% στις ΗΠΑ, οι οποίες παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με οποιαδήποτε χώρα της Ε.Ε. (ΕΚΤΕΠΝ, 2003). Στην Ελλάδα τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται από 10 έως 12% (ΕΚΤΕΠΝ, 2004). Επίσης, η προβληματική χρήση ουσιών (ενέσιμη χρήση ή μακροχρόνια συστηματική χρήση οπιούχων, κοκαΐνης ή και αμφεταμινών) καθώς και η ενέσιμη χρήση παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών (ΕΚΠΙΝΤ, 2003).

Ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα αφορά τη διαθεσιμότητα της κάθε ουσίας και τη δημιουργία κουλτούρας που «ευνοεί» τη χρήση. Όταν μια ουσία είναι εύκολα διαθέσιμη, συνήθως αυξάνεται και η διάδοσή της. Ορισμένοι

αναφέρουν το παράδειγμα του καπνού και του αλκοόλ των οποίων η χρήση αυξάνεται συνεχώς. Η χρήση κάθε ουσίας, η φαρμακευτική της δράση και οι ιδιότητες που της αποδίδονται σε κάθε χρονική στιγμή από διαφορετικές κοινωνικές ομάδες διαμορφώνουν μια ορισμένη υποκουλτούρα και καθορίζουν τον τρόπο λήψης της και το πλαίσιο μέσα στο οποίο χρησιμοποιείται. Επίσης, η αυστηρή νομοθετική αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών χωρίς αντικειμενικά κριτήρια μπορεί να δημιουργήσει κατηγορίες «παρανόμων» και «αποκλινόντων», οι οποίοι είναι αναγκασμένοι να ζουν στο περιθώριο για να εξασφαλίσουν την ουσία. Οι υψηλές τιμές των παράνομων ψυχότροπων ουσιών οδηγούν τους χρήστες, λόγω οικονομικής ανάγκης, σε μια σειρά από εγκληματικές πράξεις (κλοπές, ληστείες κ.ά), προκειμένου να εξασφαλίσουν χρήματα για τη δόση τους. Με αυτό τον τρόπο περιθωριοποιούνται ακόμη περισσότερο, στιγματίζονται, και η έννοια «τοξικομανής» ταυτίζεται με την έννοια «εγκληματίας». Οι Lindesmith και Gagnon (1967) υποστηρίζουν ότι η κοινωνική τάξη, το επάγγελμα, η θρησκεία, η περιοχή και η χρονική στιγμή είναι σημαντικοί παράγοντες για να θεωρηθεί μια συμπεριφορά αποκλίνουσα ή παράνομη, ενώ ο Gossop (1993) κάνει εκτενή αναφορά στις πολιτισμικές μεταβλητές που επηρεάζουν τη χρήση ναρκωτικών στις διάφορες χώρες του κόσμου.

Οι υποστηρικτές της άποψης ότι το κοινωνικό περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της εξάρτησης από ψυχότροπες ουσίες αναφέρονται συχνά στο γεγονός ότι πολλοί Αμερικανοί βετεράνοι του Βιετνάμ διέκοψαν τη χρήση ηρωίνης, από την οποία είχαν εξαρτηθεί στη διάρκεια του πολέμου, αμέσως μόλις επέστρεψαν στο σπίτι τους.

2.4.3. Ο ρόλος του σχολείου

Η χρήση και κατάχρηση ουσιών έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται με μια αρνητική συμπεριφορά η οποία εκφράζεται και στο σχολικό περιβάλλον. Παράλληλα, η χρήση ψυχότροπων ουσιών, που εμφανίζεται στην περίοδο της

εφηβείας, συνδέεται και με άλλου τύπου αρνητικές συμπεριφορές όπως η διακοπή από το σχολείο και η παραβατικότητα.

Οι έφηβοι που κάνουν σοβαρή χρήση ουσιών αποκóπτονται βαθμιαία από το σχολικό περιβάλλον και εμφανίζουν προβληματική συμπεριφορά η οποία εκφράζεται με συχνές απουσίες, κακή επίδοση στα μαθήματα και υψηλά ποσοστά αποβολών (Crundall, 1993· Swadi, 1992).

Η αιτιολογική σχέση μεταξύ του σχολικού περιβάλλοντος και της κατάχρησης ουσιών δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς. Δεν είναι γνωστό αν η χρήση οδηγεί σε προβληματική συμπεριφορά στο σχολείο ή αν η αδυναμία ένταξης ενός εφήβου στο σχολείο μπορεί να οδηγήσει στη χρήση.

Σε μια μελέτη (Dishion et al., 1991) έγινε εμφανές ότι η κακή σχολική επίδοση και η απόρριψη από τους μη παρεκκλίνοντες ομότιμους στο σχολείο σχετίζονταν με την ένταξη αυτών των ατόμων σε ομάδες εφήβων με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Αυτές οι συναναστροφές οδηγούν σε έλλειψη ενδιαφέροντος για στο σχολείο, σε συχνές απουσίες, σε ακόμα πιο κακές επιδόσεις και συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών.

Η ευρύτερη κοινότητα επίσης μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς η διαθεσιμότητα των ουσιών σχετίζεται με αυξημένη χρήση και διακίνηση. Η αντίληψη της κοινότητας και η στάση που αυτή διαμορφώνει απέναντι στις ουσίες επηρεάζει το σχολικό περιβάλλον και κατά συνέπεια τους εφήβους που συμμετέχουν σε αυτό.

2.4.4. Η διαθεσιμότητα των ουσιών

Ο βαθμός διαθεσιμότητας της συγκεκριμένης ουσίας, ο βαθμός έκθεσης του ατόμου σε αυτή και οι κοινωνικές αντιδράσεις στη χρήση της αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην πιθανότητα να τη χρησιμοποιήσει το άτομο, καθώς και στο βαθμό διάδοσής της στον πληθυσμό. Έτσι, οι ουσίες κοινωνικά παραδεκτές στις δυτικές κοινωνίες, όπως ο καπνός και τα οινόπνευματώδη, είναι οι περισσότερο διαδεδομένες ψυχοτρόπες ουσίες σήμερα. Τα

ψυχοφάρμακα (ιδιαίτερα τα ηρεμιστικά και τα υπνωτικά) έχουν, επίσης, μεγαλύτερη διάδοση από αυτή που θα δικαιολογούσαν οι ενδείξεις για θεραπευτική τους χρήση. Σε αυτό συντελεί η σχετικά εύκολη απόκτηση της ιατρικής συνταγής, αλλά και η καλλιεργημένη στον πληθυσμό αντίληψη πως πρόκειται για φάρμακα που δεν βλάπτουν. Μια παρόμοια διαμορφωμένη αντίληψη και στάση απέναντι στις ουσίες μπορεί να οδηγήσει το άτομο από τη δικαιολογημένη χρήση τους στην κατάχρηση, δηλαδή, τη χρήση χωρίς ιατρική σύσταση. Για τα ναρκωτικά, η κοινωνικά στάση και αντίδραση είναι τελείως διαφορετική. Θεωρούνται εξαιρετικά επικίνδυνες ουσίες, καταδικάζεται κοινωνικά η χρήση τους και η διαθεσιμότητα τους είναι περιορισμένη, αφού η κυκλοφορία τους γίνεται μόνο παράνομο (Κοκκέβη, 1988:368).

2.4.5. Η οικογένεια

Οι οικογενειακοί παράγοντες επιδρούν στη χρήση ναρκωτικών με ποικίλους τρόπους. Η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια, η αντικοινωνική ή εγκληματική συμπεριφορά των γονιών και οι ακατάλληλες μορφές διαπαιδαγώγησης συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά, στα πλαίσια της οποίας εμφανίζεται και η χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Σωστές διαπροσωπικές σχέσεις και σταθερότητα στους συναισθηματικούς δεσμούς με την οικογένεια, αντίθετα, προστατεύουν το νέο από την χρήση ναρκωτικών. Απουσία στενής σχέσης με τους γονείς, έλλειψη παρακολούθησης και εποπτείας του παιδιού, έλλειψη ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητές του, έλλειψη ή ασυνέπεια στις μεθόδους πειθαρχίας, όπως και υπερβολική συναισθηματική εμπλοκή με το παιδί, υπερβολική αυστηρότητα ή, αντίθετα, παραχωρητικότητα, καθώς και χαμηλές προσδοκίες από μέρους των γονιών για εκπαίδευση των παιδιών τους, αναφέρονται στους αιτιολογικούς παράγοντες της χρήσης ναρκωτικών. Η οικογένεια επιδρά στη χρήση ουσιών και μέσω των προτύπων που προσφέρει στον έφηβο. Οι έφηβοι που καπνίζουν ή πίνουν οινοπνευματώδη έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό γονείς

που καπνίζουν ή πίνουν. Οι χρήστες ναρκωτικών έχουν, επίσης, σε υψηλότερο ποσοστό γονείς που καπνίζουν, πίνουν ή χρησιμοποιούν άλλες φαρμακευτικές εξαρτησιογόνες ουσίες. Τέλος, γονείς, με προβλήματα ψυχικής υγείας και αλκοολισμό απαντώνται, επίσης, με μεγαλύτερη συχνότητα στις οικογένειες όσων κάνουν χρήση ναρκωτικών.

2.4.5.1. Ο ρόλος της οικογένειας

Ο ρόλος των γονέων στην έναρξη της χρήσης ψυχότροπων ουσιών και αλκοόλ στην εφηβεία μπορεί να είναι σημαντικός, καθώς σήμερα έχει αποδειχθεί ότι οι πιθανότητες ανάπτυξης μιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών αυξάνονται μέσα από διαδικασίες μάθησης και μίμησης των πρακτικών της οικογένειας. Η συσχέτιση ανάμεσα σε ένα ιστορικό αλκοολισμού στην οικογένεια και σε σοβαρές μορφές εξάρτησης (Donovan, 1986· Steinglass, 1988· Baumrind, 1990) αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο της επίδρασης της οικογένειας ως στενού κοινωνικού κυττάρου.

Σχετικές μελέτες (Wills et al., 1994· Hops et al., 1996) έχουν δείξει ότι η αυξημένη χρήση ουσιών από τους εφήβους συνδέεται με τη χρήση ψυχότροπων ουσιών από τους γονείς, ενώ προς αυτή την κατεύθυνση «συνεισφέρουν» και άλλοι παράγοντες, όπως η έλλειψη επικοινωνίας, συναισθηματικών δεσμών, ορίων, οι ανεπίλυτες συγκρούσεις και οι αντιθέσεις μέσα στην οικογένεια (Turner, 1995). Η κατάχρηση ουσιών από τους γονείς πιθανόν οδηγεί σε αναποτελεσματικές γονικές πρακτικές, σε κακή σχέση γονέων-παιδιών, σε οικογενειακή δυσλειτουργία και σε αυξημένο περιβαλλοντικό άγχος (Chassin et al., 1991).

Σε ποιοτική έρευνα (Pollo, 2001) που πραγματοποιήθηκε παράλληλα σε τρεις ευρωπαϊκές χώρες (Ιταλία, Ελλάδα, Δανία) έγινε εμφανές ότι οι χρήστες ουσιών είτε αντιμετώπισαν στη διάρκεια της εφηβείας κάποιο σοβαρό οικογενειακό πρόβλημα, όπως διαζύγιο των γονέων, μετανάστευση, φυσική ή συναισθηματική απουσία του πατέρα, είτε Παρέστησαν μάρτυρες σε σκηνές

σωματικής και λεκτικής κακοποίηση της μητέρας. Οι περισσότεροι χρήστες ανέφεραν επίσης ότι από την παιδική τους ηλικία είχαν έρθει σε επαφή με τη χρήση ουσιών και 50% αυτών δήλωσε ότι έχει αδέρφια χρήστες, ή συγγενείς αλκοολικούς είτε χρήστες παράνομων ουσιών.

Η οικογένεια ως πρωταρχικός παράγοντας κοινωνικοποίησης επιδρά έμμεσα ή άμεσα στη στάση και στη συμπεριφορά των νεαρών μελών της, με τη συνεχή αλληλεπίδραση και τη μίμηση των οικογενειακών προτύπων και πρακτικών. Οι έφηβοι που μεγαλώνουν σε οικογένειες όπου γίνεται χρήση ουσιών από τους γονείς έχουν περισσότερες πιθανότητες από άλλους να υιοθετήσουν αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς, το οποίο έμαθαν μέσα στην οικογένειά τους και με το οποίο προσπαθούν να δια χειριστούν τις συναισθηματικές τους δυσκολίες, τις ανησυχίες, το άγχος και τα αδιέξοδά τους.

Είναι σαφές ότι το φαινόμενο της χρήσης ουσιών στην εφηβεία εμφανίζεται και σε οικογένειες στις οποίες κανένας από τους δύο γονείς δεν είναι χρήστης. Υπάρχουν αρκετά παιδιά και έφηβοι των οποίων οι γονείς δεν κάνουν χρήση ουσιών. Κινδυνεύουν ωστόσο να εμφανίσουν το πρόβλημα της χρήσης, εάν προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες που εμποδίζουν τη φυσιολογική τους ανάπτυξη (Lowe & Foxcroft, 1993). Η ζωή σε αυτές τις οικογένειες είναι συχνά χαοτική, απρόβλεπτη, τυχαία και ασυνεπής, και οι σχέσεις μεταξύ των γονέων ιδιαίτερα δυσλειτουργικές.

Συμπερασματικά, λοιπόν, ο κίνδυνος υιοθέτησης από τα παιδιά αρνητικών μορφών συμπεριφοράς όπως η εξάρτηση είναι αυξημένος σε οποιαδήποτε δυσλειτουργική οικογένεια και όχι μόνο σε οικογένειες όπου οι γονείς κάνουν χρήση. Στις δυσλειτουργικές οικογένειες τα παιδιά είναι συχνά παραμελημένα, χωρίς όρια, γίνονται «αποδιοπομπαίοι τράγοι» και έχουν ελάχιστα παραδείγματα σταθερής συμπεριφοράς τα οποία μπορούν να ακολουθήσουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις παρατηρείται έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς και σχέσεις που είναι «παθολογικές»· ένα πλαίσιο, δηλαδή, που εμποδίζει τη συναισθηματική ωρίμανση του παιδιού. Μια

προοπτική μελέτη Johnson & Pandina, 1991) έδειξε ότι η γονική εχθρότητα και η έλλειψη ζεστασιάς σχετίζονται με αυξημένη χρήση αλκοόλ και μαριχουάνας. Ορισμένοι ερευνητές (Steinberg, 1987· Capaldi & Patterson, 1991) υποστηρίζουν ότι παιδιά τα οποία προέρχονται από μονογονεϊκές οικογένειες εμφανίζουν πιο συχνά προβληματική συμπεριφορά, συμπεριλαμβανόμενης της κατάχρησης ουσιών. Το διαζύγιο των γονέων επίσης φαίνεται ότι συνδέεται με την κατάχρηση αλκοόλ ιδιαίτερα μεταξύ των αγοριών (Needle et al., 1990). Οι ίδιοι ερευνητές καταδεικνύουν ότι ο δεύτερος γάμος, που αποκαθιστά τη δομή της οικογένειας, είναι περισσότερο ωφέλιμος για τα αγόρια παρά για τα κορίτσια όσον αφορά στην περαιτέρω κατάχρηση ουσιών. Επίσης, η παρουσία του πατέρα ή του πατριού μειώνει την επίδραση της πίεσης από φίλους για αυξημένη χρήση ουσιών σε εφήβους που ζουν σε αστικές περιοχές. Η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών και η απώλεια ενός σημαντικού προσώπου από τη ζωή του παιδιού, ιδιαίτερα αν κάτι τέτοιο συμβεί πριν την ηλικία των 11 χρόνων, αποτελούν επιπλέον παράγοντες επικινδυνότητας (Werner & Smith, 1992).

Στο επίπεδο των ρόλων, μελέτες περιγράφουν έναν πατέρα που μπορεί να είναι αυταρχικός ή βίαιος (συνήθως κάνει χρήση αλκοόλ), αλλά εύκολα ελεγχόμενος από τη μητέρα, ή έναν πατέρα ο οποίος είναι απόμακρος, συναισθηματικά απών και χωρίς ισχύ μέσα στην οικογένεια, σε σύγκριση με τη μητέρα η οποία τον αμφισβητεί μέσω του παιδιού Stanton, Todd and Associates, 1982). Άλλες μελέτες αναφέρονται σε μια μητέρα υπερπροστατευτική, η οποία έχει πέραν του δέοντος επιτρεπτική σχέση με το παιδί-χρήστη και η οποία θεωρεί «ότι το παιδί της ήταν εύκολο στο μέγαλωμα και ποτέ δεν είχε ιδιαίτερα προβλήματα». Γενικά, όταν δεν δίνονται σαφείς κατευθύνσεις και επιτρέπονται αρκετές μορφές συμπεριφοράς χωρίς όρια, αυξάνονται οι πιθανότητες ο έφηβος να εμπλακεί στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Η χρήση ουσιών λειτουργεί «εξισορροπιστικά» για το οικογενειακό σύστημα, επιτρέποντας την έκφραση και λειτουργία ορισμένων συμπεριφορών και απαγορεύοντας άλλες. Το αποτέλεσμα είναι σε ορισμένες οικογένειες η χρήση να θεωρείται μέρος της οικογενειακής ζωής και να δυσκολεύει τα μέλη της να δεχτούν αλλαγές ή να προσαρμοστούν σε νέες καταστάσεις (Steinglaas, 1988). Μερικές φορές η οικογένεια χρησιμοποιεί ασυνείδητα το πρόβλημα της χρήσης ουσιών για να δώσει προσωρινές λύσεις στα προβλήματα που την απασχολούν. Ενώ, από τη μια πλευρά, το ίδιο το οικογενειακό σύστημα μπορεί να συντηρεί τη χρήση ουσιών, από την άλλη, αυτή μπορεί να αποτελεί ταυτόχρονα αιτία ή αποτέλεσμα της οικογενειακής δυσλειτουργίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα σημαντικό ποσοστό των χρηστών ψυχότροπων ουσιών (32,7%) ξεκινά τη θεραπεία του λόγω οικογενειακών πιέσεων (ΚΕΘΕΑ, 2003).

Από τα πιο πάνω στοιχεία φαίνεται ότι το οικογενειακό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην έναρξη της χρήσης ουσιών. Οι οικογενειακές συγκρούσεις, η κοινωνική απομόνωση, η χρήση ουσιών από τους γονείς, η κακοποίηση, συναισθηματική, λεκτική ή σωματική, συνεισφέρουν στην εμφάνιση του φαινομένου. Ωστόσο, η οικογένεια δεν αποτελεί το μοναδικό εξωγενή παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει τους εφήβους στη χρήση ουσιών. Η ομάδα των ομότιμων και το σχολείο μπορούν επίσης να δημιουργήσουν συνθήκες προσφυγής στη χρήση όταν δεν καλύπτουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των εφήβων για κοινωνικοποίηση.

2.4.5.2. Η οικογένεια του τοξικομανή

Από τις μέχρι σήμερα μελέτες έχει επιβεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει ένα ειδικό, παθολογικό προφίλ, ένας ειδικός τύπος δομικής οργάνωσης του τοξικομανή. Υπάρχουν, όμως, ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, που τη διαφοροποιούν από άλλες οικογένειες που δυσλειτουργούν. Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να τα βρει κανείς και σε άλλες οικογένειες, εδώ όμως

παίρνουν παθολογικά ακραίες μορφές. Σ' αυτή την οικογένεια παρατηρείται μεγάλη συχνότητα χωρισμών, διαζυγίων, ψυχικών διαταραχών (ιδιαίτερο κατάθλιψη), χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ. Υπάρχει μεγάλος βαθμός ενδοοικογενειακής σύγκρουσης, που συνήθως εκφράζεται με άμεσο και πρωτόγονο τρόπο. Όπως χαρακτηριστικά περιγράφει ο S. Minuchin, «αυτές οι οικογένειες έχουν μεγάλη δυσκολία να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Αισθάνονται στερημένες από αγάπη, στοργή και ενδιαφέρον και αυτή η κατάσταση συναισθηματικής αποστέρησης δημιουργεί στο μέλη μια τρομακτική αίσθηση θυμού. Αυτός ο θυμός καταπιέζεται από το φόβο ότι, αν εκδηλωθεί, θα προκαλέσει ακόμη μεγαλύτερη απόρριψη και έλλειψη αγάπης και ότι η απώλεια ελέγχου μπορεί να πυροδοτήσει επιθετικές παρορμήσεις. Έτσι, αντί να εκφράσει άμεσα το θυμό του το παιδί αυτής της οικογένειας τον εκφράζει έμμεσα με τις πράξεις του» (Μάτσα, 1994:85). Κάνοντας χρήση ναρκωτικών το παιδί βγάζει όλο το θυμό του στους γονείς του, αφού η οικογενειακή ζωή περιγράφεται απ' αυτές τις οικογένειες ως ανιαρή, στεγνή, χωρίς παλμό. Ο καθένας αισθάνεται απομονωμένος από τον άλλο, χωρίς επαφή. Η επικοινωνία πραγματοποιείται με πρωταρχικά αρνητικούς τρόπους, μέσα από κριτική, το παράπονο, τις διορθώσεις, τις μομφές. Η αληθινή, άμεση επικοινωνία λείπει, αφού χρειάζεται πάντα η παρεμβολή κάποιου «τρίτου» ως ενδιάμεσου. Το παιδί μιλά στη μητέρα για να τα ακούσει ο πατέρας, ο πατέρας μιλά στο παιδί για να το ακούσει η μητέρα κ.ο.κ.. Οι σχέσεις ανάμεσα στα μέλη δεν έχουν σαφή όρια. Πολύ συχνά γίνονται ανοιχτές συμμαχίες ανάμεσα στα μέλη (πατέρας-κόρη, μητέρα-υιός) που ανατρέπουν την ιεραρχική οργάνωση της οικογένειας, χωρίζοντας τους γονείς σε στρατόπεδα. Η οικογένεια αυτή λειτουργεί με ελάχιστους ή καθόλου κανόνες. Τα παιδιά παίρνουν συγκεκριμένα ή και διπλά μηνύματα για το τι είναι σωστό και τι λάθος, τι επιτρέπεται και τι απαγορεύεται. Σχεδόν ποτέ δεν υπάρχει κοινή άποψη των γονιών, μια κοινή γραμμή στις στάσεις τους απέναντι στα παιδιά. Μέσα σ' αυτή τη χαοτική κατάσταση η χρήση ναρκωτικών γίνεται το μέσον για να προσελκύσει το παιδί

την προσοχή και το ενδιαφέρον ο τρόπος για να ζητήσει βοήθεια, εξάλλου από μικρό αυτά το παιδί είχε μάθει να δημιουργεί προβλήματα για να το προσέξουν (Μάτσα,1994:86).

Ο πατέρας είναι συνήθως απών συναισθηματικό (ή και φυσικά), αδιάφορος, αναποτελεσματικός, απορριπτικός, βίαιος προς το παιδί, αλλά εύκολα χειραγωγούμενος από τη μητέρα (αχυράνθρωπος), που κατέχει κυρίαρχη θέση. Η μητέρα περιγράφεται ως υπερπροστατευτική με συμβιωτικού τύπου σχέσεις με τον τοξικομανή. Ελέγχει τα ρούχα, τους χώρους, τα προσωπικά του αντικείμενα, τις διαπροσωπικές σχέσεις του. Του συμπεριφέρεται σαν παιδί που χρειάζεται προστασία και καθοδήγηση. Το θεωρεί αδύναμο και ανεπαρκές, δεν το αφήνει να χειραφετηθεί. Παίζει συνήθως το ρόλο του ενδιάμεσου, ανάμεσα στον πατέρα και το παιδί. Η δική της σχέση με τον πατέρα είναι συχνά ανταγωνιστική. Είναι μύθος, λοιπόν, όπως τονίζει ο D. Stanton ότι ο τοξικομανής είναι ο άνθρωπος χωρίς οικογένεια, «πεταμένος στο δρόμο». Αντίθετα, διατηρεί στενές σχέσεις με τους γονείς, ζει μαζί τους μέχρι μεγάλης ηλικίας, όπως διαφαίνεται από αρκετές έρευνες. Ακόμα και μετά το γάμο του (με τοξικομανή συνήθως) επισκέπτεται συχνά τους γονείς του, ενώ είναι πολύ πιθανό να χωρίσει γρήγορα και να ξαναγυρίσει «ηττημένος» στην πατρική του οικογένεια (Μάτσα,1994:86).

Πολλοί ερευνητές θέτουν το ερώτημα, «γιατί ενώ πολλά παιδιά δοκιμάζουν ναρκωτικά ένας μεγάλος αριθμός από αυτά δεν συνεχίζουν τη χρήση, ενώ ένας άλλος μικρός αριθμός γίνονται εξαρτημένοι;». Οι περισσότεροι από τους ερευνητές αναζητούν τα αίτια αυτού του φαινομένου στον τρόπο οργάνωσης της οικογένειας. Η ανθρώπινη οικογένεια είναι ένα κοινωνικά σύστημα που λειτουργεί διαμέσου σχημάτων αλληλεπίδρασης, που εγκαθιδρύουν σχέσεις επικοινωνίας και δίνουν τη δυνατότητα επιτέλεσης των αναγκών για την ύπαρξη λειτουργιών. Το σύστημα της οικογένειας είναι διαφοροποιημένο. Εκτελεί τα καθήκοντά του διαμέσου υποσυστημάτων. Υποσυστήματα είναι τόσο τα άτομα της οικογένειας, όσο και οι δυνάδες (ο

σύζυγος-η σύζυγος, πατέρας-μητέρα κλπ.), αλλά και μεγαλύτερες ομαδοποιήσεις, που γίνονται με βάση τη γενεά, το φύλο ή το καθήκον. Μέσα από τη λειτουργία των υποσυστημάτων εξασφαλίζεται η αμοιβαιότητα που απαιτείται για την ανθρώπινη επικοινωνία. Ανάμεσα στα υποσυστήματα πρέπει να υπάρχουν ξεκάθαρα όρια. Μόνον έτσι μπορούν αυτά να εκπληρώσουν το ρόλο τους, ως ενότητες με διαφοροποιημένες λειτουργίες. Το σύστημα πρέπει να είναι σε θέση να ανταποκρίνεται συνεχώς στις απαιτήσεις αλλαγής του, διατηρώντας όμως ταυτόχρονα και τη συνέχειά του, διασφαλίζοντας την ανεξάρτητη ταυτότητά του, δίνοντας στα μέλη του την αίσθηση ότι ανήκουν σ' αυτό το σύνολο. Κάποιες φορές η οικογένεια απαντά στις απαιτήσεις αλλαγής της αυξάνοντας την ακαμψία των τρόπων αλληλεπίδρασης των μελών της. Το φάσμα των δυνατών επιλογών στενεύει πολύ και τα μέλη της οικογένειας απαντούν με στερεότυπο τρόπο στα ερωτήματα που μπαίνουν ανάμεσά τους και με το εξωοικογενειακό περιβάλλον. Έτσι, η οικογένεια γίνεται ένα κλειστό σύστημα και τα μέλη της βιώνουν τον εαυτό τους ως ανίκανο για αλλαγή. Η ακαμψία αυτού του συστήματος και η στερεοτυπία στις αντιδράσεις του μπορεί να οδηγήσουν στο να θεωρηθεί από το ίδιο το σύστημα ένα μέλος του ως «παρεκκλίνον», ως φορέας της δικής του δυσλειτουργίας. Κατά τον D. Reilly, είναι το οικογενειακό σύστημα εκείνο που δημιουργεί στα μέλη του μια ευαλωτότητα προς συμπεριφορές χρήσης ουσιών και αυξάνει την επιρροή που ασκούν πάνω του οι τοξικομανείς, οι περιθωριακοί, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και οι διάφορες υποκοουλτούρες (Μάτσα, 1994:87).

Το σύμπτωμα της τοξικομανίας λοιπόν εμφανίζεται μέσα στην οικογένεια κάποια στιγμή ως λύση κάποιων προβλημάτων της. Είναι η παράδοξη λύση στο βασανιστικό πρόβλημα, όπως το βιώνει ο έφηβος και η οικογένεια του, να μείνει ή να φύγει από το σπίτι. Η καταφυγή στις ουσίες είναι η απάντηση του εφήβου στον έντονο φόβο του αποχωρισμού του από την οικογένεια, καθώς και στον ίδιο φόβο που δοκιμάζουν οι γονείς στις πρώτες απόπειρες ανεξαρτητοποίησής του. Η τοξικομανία ως τρόπος ζωής επικυρώνει την πλήρη

εξάρτηση (οικονομική και άλλη) από την οικογένεια, την αποτυχία του να ανεξαρτητοποιηθεί από αυτήν. Μέσα από τη χρήση των ουσιών ο τοξικομανής αποκτά τη ψευδαίσθηση της ανεξαρτησίας, του αντικομφορμισμού, ενώ στην πραγματικότητα είναι απόλυτα εξαρτημένος από τους γονείς του για να τον συντηρήσουν και να τον φροντίσουν. Κατά καιρούς φεύγει από το σπίτι, κάνει την επανάστασή του για να πάει στους «ομοίους» του, επιστρέφει όμως και πάλι στην πατρική στέγη για να μην πεθάνει. Καταφέρνει μ' αυτόν τον τρόπο να φεύγει μένοντας και να μένει φεύγοντας, συντηρώντας και αναπαράγοντας τους οικογενειακούς δεσμούς αμοιβαίας εξάρτησης. Είναι η συμπεριφορά της «ψευδο-εξατομίκευσης». Η ανικανότητα του να εγκαταλείψει την οικογένεια λειτουργεί προστατευτικά για να διατηρείται η ενότητά της. Μια επαπειλούμενη απομάκρυνσή του προκαλεί πανικό. Ο χωρισμός βιώνεται ως ισοδύναμο θανάτου. Πάνω του ασκείται τεράστια πίεση για να μη φύγει. Η οικογένεια είναι διατεθειμένη να κάνει τα πάντα αρκεί να τον κρατήσει στους κόλπους της. Του δίνει χρήματα που ξέρει πως θα χρησιμοποιηθούν για τη δόση του, κάνει πως δεν καταλαβαίνει όταν η χρήση γίνεται μέσα στο σπίτι κλπ.. Αυτές οι σχέσεις χαρακτηρίζουν το φαινόμενο που περιγράφεται ως «οικογενειο-εξάρτηση» ή «ενδοεξάρτηση». Η ίδια η εξάρτηση ως τρόπος ζωής χρησιμοποιείται ως τρόπος επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας. Μέσα από αυτήν αναζητάται η προσοχή, το ενδιαφέρον, η αγάπη, η προστασία του ενός από τον άλλο και ιδιαίτερα του τοξικομανή από όλους.

Η τοξικομανία λοιπόν πρέπει να ιδωθεί σαν μια συμπεριφορά που αποτελεί το τελικό στάδιο μιας σύγκρουσης που έχει τις ρίζες της στο παρελθόν και στην οποία ενέχεται το οικογενειακό σύστημα στο σύνολό του. Το σύστημα αυτό, με κύρια διαταραχή την αδυναμία αληθινής επικοινωνίας των μελών του, έχει αποτύχει στα δύο βασικά του καθήκοντα με τα οποία είναι επιφορτισμένο: πρώτον, να κοινωνικοποιήσει το παιδί και δεύτερον, να σταθεροποιήσει την ανεξάρτητη και ολοκληρωμένη προσωπικότητα του κάθε μέλους. Να καταφέρει με άλλα λόγια να κάνει τα μέλη του να αισθάνονται καλά, εξασφαλίζοντας στον

καθένα μια διαλεκτική σχέση ανάμεσα στους δύο βασικούς συντελεστές της προσωπικής του ταυτότητας, την αίσθηση εξάρτησης από την οικογένεια σαν κυτταρική κοινωνική μονάδα στην οποία ανήκει και την αίσθηση της αυτονομίας, της δυνατότητας να οργανώσει τη ζωή του ανεξάρτητα από αυτήν. Αναφορικά με την οικογένεια του τοξικομανή ιδιαίτερη μνεία πρέπει να αναφερθεί η έρευνα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κατά την περίοδο από τον Μάιο του 1989 έως το Δεκέμβριο του 1992, οπότε και εξετάστηκαν 54 οικογένειες. Είναι χαρακτηριστικό ότι στο 28% των οικογενειών του δείγματος ο πατέρας είναι απών για ποικίλους λόγους: θάνατος, διαζύγιο, μακρόχρονη απουσία για επαγγελματικούς λόγους κλπ., ενώ σε μόνο μια οικογένεια απουσιάζει η μητέρα και αυτό λόγω θανάτου. Στο 26% των οικογενειών ένας γονιός, συνήθως ο πατέρας, είναι άρρωστος ή ανάπηρος (καρδιοπάθεια, καρκίνος, βαριά ψυχοσωματικά συμπτώματα, κατάθλιψη, αλκοολισμός). Δηλαδή, στο 54% περίπου των οικογενειών λείπει μια ισχυρή πατρική παρουσία. Αυτό είναι ένα σημαντικό στοιχείο που αναφέρεται και στη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά δεν πρέπει να θεωρείται ως μοναδική αιτία του προβλήματος της τοξικομανίας. Ένα άλλο στοιχείο που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι στο 28% των περιπτώσεων υπήρξε θάνατος ή έντονη απειλή θανάτου κάποιου μέλους της οικογένειας (Πομίνι,1993:2-5)

Από την παρατήρηση των τρόπων αλληλοεπίδρασης των οικογενειών που συνεργάστηκαν στην έρευνα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών προέκυψαν μερικά ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά για τις οικογένειες ουσιοεξαρτημένων όπως τα παρακάτω:

Υπερεμπλοκή ενός γονέα, συνήθως του αντίθετου φύλου, στη σχέση με το παιδί χρήστη. Ενώ στη βιβλιογραφία ο άλλος γονιός, συνήθως ο πατέρας, περιγράφεται σαν απόμακρος, περιφερειακός, μη συμμετέχων, στις οικογένειες του δείγματος παρατηρείται μια «παθητικού τύπου εμπλοκή» του ενός γονιού, συχνά το ίδιο συναισθηματικά φορτισμένη με τον «ενεργητικά εμπλεγμένο» γονιό.

Ασάφεια στα όρια μεταξύ των υποσυστημάτων. Διαγενεακές συμμαχίες, αντιφατικό ή συγκρουόμενα μηνύματα από τους γονείς. Οι γονείς συνήθως δεν έχουν ξεκάθαρες συμπεριφορές απέναντι στο μέλος- χρήστη και δίνουν αντιφατικά μηνύματα. Συχνά, ένας γονιός παρεμβαίνει στη σχέση ανάμεσα στον άλλο γονιό και τον χρήστη (τριγωνοποίηση) και παρεμποδίζει τις προσπάθειες του άλλου να επιβάλλει κανόνες συμπεριφοράς με αποτέλεσμα οποιοδήποτε προσπάθεια επιβολής πειθαρχίας στον χρήστη να αποτυγχάνει.

Η επικοινωνία είναι γεμάτη ένταση, εχθρότητα και παίρνει συχνά εκρηκτικό χαρακτήρα. Η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας είναι εστιασμένη στο πρόβλημα «χρήση» και συχνό αυτό γίνεται κύριο κανάλι επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς.

Όταν υπάρχουν αδέρφια οι ρόλοι γίνονται πιο ευδιάκριτοι: το «καλό» και το «κακό» παιδί. Δεν είναι σπάνιο να παρατηρείται ότι το παιδί- χρήστης ήταν κάποτε πιο καλό, έξυπνο, μελετηρό και στο οποία ένας ή και οι δύο γονείς είχαν ιδιαίτερη αδυναμία.

Η συμπεριφορά των αδελφών μπορεί να είναι διαφόρων ειδών: ανοικτή εχθρότητα ή και αδιαφορία. Συχνά, παρατηρείται υπερεμπλοκή και μετάθεση σε γονεϊκό ρόλο κάποιου αδελφού. Σε αυτήν την περίπτωση και αυτός ο αδελφός ή η αδελφή καθυστερεί την αυτονόμησή του από την οικογένεια, ή εμπλέκεται πιο στενά στο οικογενειακό σύστημα. Στο υποσύστημα των αδελφών συνήθως διασπάται η γενεακή συμμαχία (παιδιά έναντι γονέων).

Οι συγγενείς, όλως παραδόξως, είναι συχνά οι τελευταίοι που αντιλαμβάνονται την ύπαρξη της χρήσης, παρ' όλες τις πολυάριθμες ενδείξεις που ο χρήστης αφήνει μέσα στο σπίτι ή τις φανερές αλλαγές στη συμπεριφορά του, που πολλές φορές προϋπάρχουν από μήνες ή χρόνια. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί σαν προσπάθεια άρνησης μιας δυσάρεστης πραγματικότητας που δεν ξέρει κανείς πώς να την αντιμετωπίσει, που παίρνει όμως και τη μορφή σιωπηλής αποδοχής σε μια συμπεριφορά, η οποία διατηρεί την οικογενειακή ομοιότητα.

Στις περιπτώσεις προσπάθειας λύσης του προβλήματος από την πλευρό του χρήστη, συχνά η οικογενειακή συναισθηματική ατμόσφαιρα φορτίζεται με περισσότερη ένταση, άγχος, δυσπιστία με αποτέλεσμα ο χρήστης να βρίσκει σε αυτό μια ακόμη δικαιολογία για υποτροπή (Πομίνι,1993:5-6).

Ο ρόλος της οικογένειας φαίνεται να είναι σημαντικός στο πεδίο της ουσιοεξάρτησης. Η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια και η λανθασμένη διαπαιδαγώγηση συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά, μέσα στο πλαίσιο της οποίας εμφανίζεται και η χρήση παράνομων ουσιών. Στις οικογένειες των χρηστών συναντούμε συχνότερα γονείς με προβλήματα ψυχικής υγείας ή γονείς που είναι εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες. Συμπεριφορές και απόψεις του γονικού περιβάλλοντος σχετικά με τη χρήση και κατάχρηση ουσιών φαίνεται ότι επηρεάζουν και διαμορφώνουν ανάλογες μελλοντικές συμπεριφορές των παιδιών τους. Πέρα όμως από αυτά, στην πράξη αποδεικνύεται αρκετά δύσκολο να επισημάνει κανείς τους συγκεκριμένους προδιαθεσικούς παράγοντες και να καθορίσει με σαφήνεια τον τρόπο με τον οποίο οι παράγοντες αυτοί συσχετίζονται και επιδρούν στις μελλοντικά εμφανιζόμενες συμπεριφορές ουσιοκατάχρησης των απογόνων.

Οι γονείς θεωρούνται οι βασικότεροι παιδαγωγοί των παιδιών, αφού παίζουν τον πλέον σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών, στη συναισθηματική και στην κοινωνική τους ανάπτυξη.

Οι ραγδαίες κοινωνικές και πολιτισμικές αλλαγές έχουν επηρεάσει σημαντικά τις σχέσεις του ζευγαριού, αλλά και το ρόλο του καθενός από τους δύο γονείς και έχουν αποδυναμώσει τους οικογενειακούς δεσμούς.

Οι γονείς εκφράζουν ανασφάλειά, ανησυχία και δυσκολία ανταπόκρισης στις πολλαπλές απαιτήσεις του ρόλου τους και αυτό αφορά, ως Επί το πλείστον, τους γονείς εφήβων. Έντονη είναι η ανάγκη των γονέων για καθοδήγηση και συμβουλευτική σχετικά με την ανατροφή των παιδιών τους και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στις σχέσεις τους με αυτά.

2.4.6. Η επίδραση των συνομηλίκων

Η επίδραση των συνομηλίκων αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες στην έναρξη χρήσης ουσιών. Η παρέα, και ιδιαίτερα οι στενοί φίλοι που χρησιμοποιούν ναρκωτικά, η στάση των φίλων απέναντι στις ουσίες, αλλά και η αντίληψη που έχει ο έφηβος για τη χρήση ουσιών από τους άλλους συνιστούν καθοριστικούς παράγοντες της δικής του συμπεριφοράς. Στην κατάχρηση κάποιας ουσίας, όμως, καθώς και στην εμπλοκή του ατόμου με «βαρύτερες» ουσίες από τη μαριχουάνα, φαίνεται να παίζουν σημαντικότερο ρόλο παράγοντες που συνδέονται με την παθολογία της οικογένειας ή με τα σαφώς αποκλίνοντα ψυχολογικά χαρακτηριστικά ή τη ψυχοπαθολογία του ατόμου (Κοκκέβη, 1988:369-370).

2.5. Ατομικοί παράγοντες

Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται παράγοντες, όπως τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας, οι κοινωνικές αξίες, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ύπαρξη ψυχοπαθολογίας και η χρήση άλλων ουσιών.

2.5.1. Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας

Δεν είναι καθόλου τυχαίο πως η κατεξοχήν ηλικία έναρξης χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών είναι η εφηβεία. Ένα από τα χαρακτηριστικά της εφηβείας είναι η έντονη επιθυμία και η τάση του εφήβου να απαντήσει νέες εμπειρίες, να πειραματιστεί με νέες καταστάσεις, να δοκιμάσει νέες μορφές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής. Μέσω αυτής της διαδικασίας αποκτά σιγά-σιγά αυτονομία, ανεξαρτησία, καθώς και επιδεξιότητες που θα του επιτρέψουν να λειτουργήσει αποτελεσματικά μέσα στον κόσμο των ενηλίκων. Η επιρροή και επίδραση των γονιών και της οικογένειας υποχωρεί και τη θέση της παίρνει η επίδραση των συνομηλίκων. Ακόμα χαρακτηριστικό του εφήβου αποτελεί αυτό που ονομάστηκε «εφηβική ατρωτότης», η αντίληψη, δηλαδή, που διακατέχει

τον έφηβο πως δεν απειλείται από τους κινδύνους που εμπεριέχει μια ρισκοκίνδυνη ή αντίθετη προς την υγεία συμπεριφορά.

Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά κάνουν τον έφηβο ευάλωτο στη χρήση ουσιών. Αναφορικά με το κάπνισμα και τη χρήση οιοπνευματωδών, σημαντικό ρόλο παίζουν οι στάσεις που διαμορφώνει το άτομο απέναντι στις ουσίες αυτές όσα μεγαλώνει. Στάσεις που διαμορφώνονται μέσα στην οικογένεια παρακολουθώντας τα πρότυπα που του προσφέρουν οι γονείς ή τα μεγαλύτερα αδέρφια. Η πίεση των συνομηλίκων στην κατάλληλη στιγμή αποτελεί έναν από τους βασικότερους καθοριστικούς παράγοντες για το πρώτο τσιγάρο, όπως και για τη χρήση οιοπνευματωδών έξω από την οικογένεια. Πετυχαίνει, έτσι, ο έφηβος την κοινωνική αποδοχή από τους συνομηλίκους, μοιράζονται μαζί τις νέες εμπειρίες. Μπορεί ακόμα να βρίσκει έτσι τρόπους να ελέγξει τη συναισθηματική του κατάσταση, να τονώσει τη μειωμένη του αυτοπεποίθηση, να αυτοπροσδιοριστεί ως άνδρας», ως ανεξάρτητος ή ως χειραφετημένη κοπέλα. Σημαντικό ρόλο στη συνέχιση της συμπεριφοράς παίζουν τόσο οι φυσιολογικές αντιδράσεις που προκαλεί η ουσία στον οργανισμό, όσο και οι κοινωνικές ενισχύσεις που θα δεχτεί το άτομο για τη συμπεριφορά του. Αν η φυσιολογική επίδραση της ουσίας στον οργανισμό είναι θετική και είναι θετικές και οι ενισχύσεις από το κοινωνικό περιβάλλον του εφήβου, τότε η συμπεριφορά τείνει να επαναλαμβάνεται. Με τη συνεχιζόμενη χρήση, η ουσία επιζητείται όλο και περισσότερο γιο τις φυσιολογικές της ιδιότητες (Κοκκέβη,1988:370).

Η εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος στη ζωή του ανθρώπου και χαρακτηρίζεται από την ανάγκη να βρίσκεται κανείς σε μια ομάδα η οποία έχει τις ίδιες αξίες και τους ίδιους στόχους με αυτόν. Μελέτες προοπτικής έχουν δείξει ότι η χρήση ουσιών από τους ομότιμους αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε προβληματική χρήση.

Η ανάγκη του «ανήκειν» και η πίεση για ομοιογένεια πιθανόν να έχουν ως αποτέλεσμα, υπό ορισμένες συνθήκες, την κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών,

όταν ο έφηβος υιοθετεί ανάλογη συμπεριφορά προκειμένου να γίνει αποδεκτός από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Μολονότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στη χρήση ή και την κατάχρηση, η πίεση των ομότιμων θεωρείται σημαντική γιατί αυτοί διαμορφώνουν τη στάση απέναντι στις ουσίες, διευκολύνουν την πρόσβαση σε αυτές και μερικές φορές ενισχύουν τη συμπεριφορά χρήσης και κατάχρησης (Oetting & Beauvais, 1986).

Οι ομότιμοι μπορεί επίσης να αποτελέσουν το πρότυπο που τείνει να μιμηθεί ο έφηβος (σε μια μελέτη που έγινε βρέθηκε ότι η σοβαρότερη χρήση μαριχουάνας συνδεόταν με τον παραδειγματισμό / υιοθέτηση ενός μοντέλου συμπεριφοράς) (Brook et al., 1992).

2.5.2. Κοινωνικές αξίες

Στάσεις, αξίες, πεποιθήσεις συμβατές με αυτές της κοινωνίας, δηλαδή, η διατήρηση «δεσμών» με την υφιστάμενη κοινωνία, έχει αποδειχτεί πως προστατεύουν το άτομο τόσο από την αντικοινωνική συμπεριφορά, όσο και από τη χρήση ναρκωτικών. Στους κοινωνικούς αυτούς δεσμούς περιλαμβάνονται οι δεσμοί με τους γονείς και την οικογένεια, το ενδιαφέρον για το σχολείο και την εκπαίδευση και η αποδοχή των βασικών κοινωνικών αξιών. Αντίθετα, αναφέρεται ότι η απομάκρυνση από τις καθιερωμένες κοινωνικές αξίες, όπως και το μειωμένα θρησκευτικό αίσθημα, σχετίζεται θετικά με τη χρήση ναρκωτικών. Θετική συσχέτιση με την έναρξη χρήσης ναρκωτικών παρουσιάζει και η θετική στάση απέναντι στη χρήση τους (Κοκκέβη, 1988).

2.5.3. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Μια ποικιλία χαρακτηριστικών προσωπικότητας, όπως έντονη ανάγκη για ανεξαρτησία, εξέγερση, αντίσταση στις παραδοσιακές μορφές εξουσίας, ανοχή στην αποκλίνουσα συμπεριφορά, χαρακτηριστικό, δηλαδή, τυπικά των εφήβων που απομακρύνονται από το κοινωνικά καθιερωμένα, συνδέονται με την έναρξη και τη συνέχιση της χρήσης ναρκωτικών. Ακόμα, η χρήση ναρκωτικών

συνδέεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλή σχολική επίδοση και χαμηλό επίπεδο εκπαιδευτικής φιλοδοξίας για το μέλλον (Κοκκέβη, 1988).

Πέρα από τις ψυχαναλυτικές, άλλες ψυχολογικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι η χρήση ουσιών συνδέεται με την αναζήτηση νέων εμπειριών ιδιαίτερα κατά την εφηβεία, και με την ανάγκη του εφήβου για έντονη συγκινησιακή φόρτιση και νέα ερεθίσματα (Cloninger et al., 1988). Αρκετοί ερευνητές έχουν επίσης αναφερθεί στο θέμα της «ιδιοσυγκρασίας» η οποία αφορά τα ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου, τη νοητική του υπόσταση και ένα συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας. Η ιδιοσυγκρασία σχετίζεται με τα βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά που ενυπάρχουν κατά τη βρεφική ηλικία και αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς κάθε ατόμου (Kaminer, 1994). Η ιδιοσυγκρασία έχει συνδεθεί με γενετικούς παράγοντες, στους οποίους σύμφωνα με κάποιους μελετητές οφείλεται το 40% έως 60% της προσωπικότητας του ατόμου, αλλά και με επιδράσεις που δέχεται το άτομο στην πρώιμη παιδική ηλικία. Τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας εμφανίζουν σχετική σταθερότητα στο χρόνο και τις συνθήκες, ωστόσο είναι δυνατόν να επηρεαστούν από κοινωνικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες (Kiesler, 1999). Σύμφωνα με κάποιες μελέτες (Lerner & Vicary 1984· Windle, 1991· Wills et al., 2000) έφηβοι που κάνουν κατάχρηση ουσιών, και ιδιαίτερα καπνού, αλκοόλ, μαριχουάνας και οπιούχων, εμφανίζουν στην παιδική ηλικία συμπτώματα του συνδρόμου της «δύσκολης ιδιοσυγκρασίας».

Ως σύνδρομο της «δύσκολης ιδιοσυγκρασίας» (Thomas & Chess, 1984) θεωρείται η κατάσταση ενός παιδιού η οποία χαρακτηρίζεται από κακή διάθεση, δυσκολίες προσαρμογής σε νέες καταστάσεις, έλλειψη συγκέντρωσης, έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις σε ερεθίσματα και ανωμαλίες σε βασικές βιολογικές λειτουργίες όπως είναι η διατροφή και ο ύπνος. Τα συμπτώματα αυτά χαρακτηρίζουν ένα «δύσκολο παιδί», σε αντίθεση με το «εύκολο παιδί» το οποίο δείχνει ενδιαφέρον στα νέα ερεθίσματα, προσαρμόζεται στις νέες

καταστάσεις, έχει ευχάριστη διάθεση και ομαλές βιολογικές λειτουργίες. Επίσης, η υπερκινητικότητα και η ελλειμματική προσοχή στην παιδική ηλικία έχουν συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία (Fergusson, 1993).

Η κοινωνική ψυχολογία, εξάλλου, δίνει έμφαση στη σημασία της περιόδου της εφηβείας, στη διάρκεια της οποίας το άτομο προσπαθεί να βρει την ταυτότητά του, να κατανοήσει τον κόσμο γύρω του και να προσαρμοστεί σε αυτόν. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας ενεργοποιούνται διάφοροι μηχανισμοί με στόχο την προσαρμογή του ατόμου στις αναπτυξιακές απαιτήσεις, ενώ ψυχολογικοί και γνωστικοί παράγοντες επιδρούν στη διαδικασία απόκτησης της νέας ταυτότητας. Οι παράγοντες αυτοί, στους οποίους περιλαμβάνονται η ψυχολογική πίεση, η (μη) αυτοεκτίμηση, η (μη) αυτοαποτελεσματικότητα και η ματαίωση των προσδοκιών συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την εκδήλωση προβληματικών συμπεριφορών.

Αρκετές μελέτες (Dawes et al., 2000) προσπάθησαν να συσχετίσουν την ψυχολογική πίεση με τη χρήση ουσιών, και υποστηρίζουν ότι ο βαθμός ψυχολογικής πίεσης εξαρτάται από τα ίδια τα άτομα. Οι έρευνες αυτές έχουν δείξει ότι τα περισσότερα άτομα που κάνουν χρήση αλκοόλ και άλλων ψυχότροπων ουσιών θεωρούν ότι η χρήση βοηθά στη μείωση της ψυχολογικής πίεσης. Οι ατομικές διαφορές όμως είναι επίσης σημαντικές, ενώ η επίδραση της ψυχολογικής πίεσης στις αλλαγές της συμπεριφοράς χρήσης είναι ακόμη αδιευκρίνιστες (Aseltine & Gore, 2000).

Ένα μοντέλο που αποσαφηνίζει τη σχέση ανάμεσα στην ψυχολογική πίεση, την ικανότητα αντίστασης και τις άλλες παραμέτρους της προσωπικότητας αφενός, σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών στην εφηβεία αφετέρου, είναι αυτό της κοινωνικής ψυχολογικής πίεσης (Rhodes & Jason, 1990). Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση σε ατομικούς και οικογενειακούς παράγοντες, στις στρατηγικές αντιμετώπισης της πίεσης και σε ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των εφήβων. Σύμφωνα με το ίδιο μοντέλο, εκτός από το οικογενειακό περιβάλλον και την

αλληλεπίδρασή του με το φιλικό πλαίσιο, περιβαλλοντικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί και γνωστικοί παράγοντες αλλά και η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας μπορούν να χρησιμεύσουν ως βάση για την πρόβλεψη της μελλοντικής συμπεριφοράς και αξίζει να ληφθούν υπόψη. Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες, ωστόσο, ασχολούνται κυρίως με το κάπνισμα και την πειραματική χρήση αλκοόλ χωρίς να αναφέρονται σε σοβαρότερες μορφές εξάρτησης. Η θετική στάση ενός και μόνο ατόμου απέναντι στη χρήση δεν επαρκεί για να εξηγήσει τις τελευταίες (Piko, 2001).

Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης το ενδιαφέρον που έχουν οι έφηβοι για τη γνώμη σημαντικών προσώπων στη ζωή τους. Ο βαθμός στον οποίο ο έφηβος τείνει να συμφωνήσει ή να διαφωνήσει με τη γνώμη αυτών των προσώπων, δηλαδή το κίνητρο να υποταχθεί (Fishbein & Ajzen, 1975), για παράδειγμα, στις απόψεις της ομάδας των συνομηλίκων σε σχέση με τις ουσίες, μπορεί να επηρεάσει την απόφασή του να κάνει χρήση ουσιών. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι επίσης μια άλλη έννοια που χρησιμοποιείται συχνά και θεωρείται ότι σχετίζεται με συγκεκριμένες δραστηριότητες στις οποίες το άτομο καλείται να ανταποκριθεί. Η αυτοαποτελεσματικότητα επιδρά σε όλες τις μορφές της συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης και της απόκτησης νέας συμπεριφοράς, της απαγόρευσης της υπάρχουσας συμπεριφοράς και της αντιαπαγόρευσης της συμπεριφοράς (Bandura, 1997). Ουσιαστικά σχετίζεται με την πεποίθηση του ατόμου ότι διαθέτει τις απαραίτητες ικανότητες και μπορεί να αλλάξει μια βλαπτική για την υγεία του συμπεριφορά (π.χ. διακοπή του καπνίσματος), εάν το θελήσει.

Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας έχει ιδιαίτερη αξία όχι μόνο για την πρόληψη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και την απεξάρτηση, αλλά και για τη συντήρηση της αποχής από τη χρήση και για την πρόληψη της υποτροπής (DiClemente et al., 1995). Ο βαθμός αυτοαποτελεσματικότητας επιδρά στις επιλογές των ατόμων, στην προσπάθεια που καταβάλλουν για κάθε εργασία, στο χρόνο που διαθέτουν για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που

προκύπτουν και στις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, ενώ οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας διαφέρουν ως προς το βάθος, το βάρος και τη γενίκευση (Kok et al., 1991).

2.5.4. Ψυχοπαθολογία

Η αντικοινωνική συμπεριφορά στην παιδική ηλικία και, γενικότερα, η επιρρέπεια σε προβληματική και αποκλίνουσα συμπεριφορά αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα χρήσης ναρκωτικών. Η χρήση ναρκωτικών αποτελεί μια μορφή προβληματικής συμπεριφοράς μέσα σ' ένα πλέγμα άλλων μορφών αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Τα καταθλιπτικό συναίσθημα έχει, επίσης, επισημανθεί στους παράγοντες επικινδυνότητας τόσο στην έναρξη, όσα και στη συνέχιση της χρήσης ουσιών, που λειτουργεί σαν ένα είδος αυτοθεραπευτικής συμπεριφοράς. Τέλος, η χρήση ναρκωτικών αποτελεί για ορισμένους ισοδύναμο αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Αρκετοί από τους τοξικομανείς καταλήγουν αργά ή γρήγορο στην αυτοκτονία (Lempriere / Feline κ.ά., 1995).

Όταν βλέπουμε χρήστες ναρκωτικών, τείνουμε να αποδίδουμε τα προβλήματά τους στη χρήση ναρκωτικών. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές, οι χρήστες παρουσιάζουν διαταραχές στην ψυχική υγεία τους, τις οποίες συχνά δεν είμαστε σε θέση να εντοπίσουμε.

Η συννοσηρότητα, ή «διπλή διάγνωση», ορίστηκε το 1995 από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) ως «η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής».

Η συννοσηρότητα συχνά υποτιμάται και η διάγνωση της δεν γίνεται σωστά. Υπάρχουν δύο κύριες ομάδες χρηστών ναρκωτικών που εμφανίζουν συννοσηρότητα, με διαφορετικό προφίλ η καθεμία. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο άτομα με ψυχιατρικές νόσους ενώ η δεύτερη ομάδα χαρακτηρίζεται από την εξάρτηση από ναρκωτικά. Σήμερα, περίπου το 30-50 % των ψυχιατρικών ασθενών στην Ευρώπη πάσχει από ψυχική νόσο

καθώς και από διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών, κυρίως αλκοόλ, καταπραϋντικών ή κάνναβης. Το προφίλ των εισαχθέντων σε κέντρα θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων οι οποίοι εμφανίζουν συννοσηρότητα διαφέρει· οι διαγνώσεις που επικρατούν είναι η χρήση ηρωίνης, αμφεταμινών ή κοκαΐνης καθώς και μία ή περισσότερες διαταραχές της προσωπικότητας. Ακολουθούν οι διαγνώσεις κατάθλιψης και άγχους και, σε μικρότερο βαθμό, η διάγνωση ψυχωτικών διαταραχών. Οι διακρίσεις αυτές έχουν επιπτώσεις στην επιλογή των βέλτιστων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Και οι δύο ομάδες συχνά χρειάζονται συνδυασμένες αλλά διαφορετικές φαρμακολογικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις, παρατεταμένης διάρκειας. Η συνύπαρξη διαταραχών της προσωπικότητας και κατάχρησης ναρκωτικών περιγράφηκε μόνο πρόσφατα στον γενικό πληθυσμό. Η αμερικανική επιδημιολογική έρευνα για το αλκοόλ και τις συναφείς καταστάσεις (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions) καθορίζει με σαφήνεια τη σχέση ανάμεσα στις διαταραχές λόγω χρήσης ναρκωτικών και τις διαταραχές της προσωπικότητας, λαμβάνοντας υπόψη ότι περίπου οι μισοί από τους χρήστες ναρκωτικών πάσχουν από μία τουλάχιστον διαταραχή της προσωπικότητας.

Στα δείγματα κλινικής επικράτησης των εξαρτημένων από ναρκωτικά ασθενών, οι διαταραχές της προσωπικότητας (50-90 %) αποτελούν τη μορφή συννοσηρότητας με τη μεγαλύτερη επικράτηση, και ακολουθούν οι συναισθηματικές διαταραχές (20-60 %) και οι ψυχωτικές διαταραχές (15-20 %). Οι διαταραχές που σχετίζονται με αντικοινωνική προσωπικότητα παρατηρούνται σε ποσοστό 25 % σε αντιπροσωπευτικά κλινικά δείγματα. Οι πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι η ψυχοπαθολογία συνήθως προηγείται της χρήσης ναρκωτικών. Η πρόγνωση των ψυχιατρικών προβλημάτων επιδεινώνεται στις περιπτώσεις πρώιμης έναρξης χρήσης ναρκωτικών και μακροχρόνιας συνεχούς χρήσης ναρκωτικών. Υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των προαναφερθέντων συνδρόμων και μερική επικάλυψη, γεγονός που σημαίνει ότι το ίδιο πρόσωπο, πέραν των διαταραχών που συνδέονται με τα ναρκωτικά,

μπορεί να πάσχει από μία ή περισσότερες από αυτές τις διαταραχές. Τα ευρωπαϊκά δεδομένα που είναι διαθέσιμα παρουσιάζουν μια ετερόκλητη εικόνα. Σύμφωνα με διάφορες κλινικές μελέτες, το 14-96 % των περιπτώσεων παρουσιάζει διαταραχές της προσωπικότητας, με κυρίαρχες μορφές τις αντικοινωνικές και τις οριακές διαταραχές, η κατάθλιψη αφορά το 5-72 % των περιπτώσεων και οι αγχώδεις διαταραχές το 4-32 % των περιπτώσεων. Οι μεγάλες διακυμάνσεις, οι οποίες οφείλονται πιθανώς στη διαφορετική εστίαση της διαγνωστικής αξιολόγησης και στο είδος του επιλεγέντος δείγματος, υπογραμμίζουν την έλλειψη συγκρίσιμων δεδομένων μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε. Οι διακυμάνσεις ως προς το διαγνωστικό επίκεντρο καταδεικνύουν την ανάγκη για πιο διαρθρωμένες μελέτες με καλά καθορισμένα χαρακτηριστικά δειγμάτων και μέσα αξιολόγησης σε ολόκληρη την ΕΕ. (EMCDDA, 2006)

2.5.5. Ψυχικές διαταραχές και χρήση ναρκωτικών

Η χρήση της κάνναβης μπορεί να προκαλέσει ψυχικές διαταραχές που προσομοιάζουν με τις πρωτογενείς ψυχικές διαταραχές όπως οι αγχώδεις, οι συναισθηματικές ή οι ψυχωτικές διαταραχές. Στη διαφορική διάγνωση μεταξύ των ψυχικών διαταραχών που προκαλούνται από τη χρήση της κάνναβης και των πρωτογενών ψυχικών διαταραχών ο κλινικός λαμβάνει υπόψη, εκτός από τα απαραίτητα τεκμήρια για χρήση της ουσίας, την χρονική σχέση ανάμεσα στην έναρξη και τη λήξη της χρήσης και την έναρξη και τη λήξη των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Εφόσον τα συμπτώματα προηγούνται της έναρξης χρήσης της ουσίας ή επιμένουν επί μακρό μετά το πέρας της οξείας τοξίκωσης (περισσότερο από 4 εβδομάδες) και ενώ το άτομο απέχει της ουσίας, τότε η διαταραχή θεωρείται ως μη προκληθείσα από τη χρήση της ουσίας ή ως επιμένουσα διαταραχή. Ένα πρόσθετο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο αποτελεί η παρουσία μη τυπικών της πρωτογενούς διαταραχής χαρακτηριστικών όπως για παράδειγμα η άτυπη ηλικία έναρξης. Η διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στην ψυχική διαταραχή που προκαλείται από την ουσία και την κατάσταση της οξείας

τοξίκωσης τεκμηριώνεται από την Παρουσία συμπτωμάτων που υπερβαίνουν τα αναμενόμενα από την απλή τοξίκωση και που η σοβαρότητά τους απαιτεί την κλινική προσοχή και παρέμβαση.

Θα πρέπει ακόμα να σημειωθεί ότι τίθεται πάντα το ερώτημα κατά πόσον η χρήση της κάνναβης συμμετέχει στην εκδήλωση των ψυχικών διαταραχών ως πρωτογενής αιτιολογικός παράγων ή ως εκλυτικός επί προϋπάρχουσας ευάλωτης προσωπικότητας, ψυχοπαθολογικής επιρρέπειας ή λανθάνουσας ψυχικής διαταραχής.

Οι αναφερόμενες από το DSM-IV ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με τη χρήση της κάνναβης είναι:

Παραληρηματική διαταραχή τοξίκωσης: Πέρα από τις διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες και την αντίληψη που οφείλονται στην τοξίκωση από την κάνναβη και που είναι δυνατό να εμφανιστούν ακόμα και μετά από μικρές δόσεις κάνναβης, η τοξίκωση μπορεί να προκαλέσει και μακρύτερης διάρκειας (έως και 10 ημερών) οργανικού τύπου διαταραχές όπως σύγχυση, αποδιοργάνωση της σκέψης, συναισθηματική αστάθεια, παραλήρημα και ψευδαισθήσεις.

Ψυχωτική διαταραχή: Υψηλές δόσεις κάνναβης μπορεί να προκαλέσουν παροδικές παρανοειδείς διαταραχές ή σε σπάνιες περιπτώσεις τυπικές ψυχωτικές διαταραχές ή να λειτουργήσουν ως ευοδωτικός επιταχυντικός παράγοντας στην εκδήλωση σχιζοφρενικής διαταραχής.

Αγχώδης διαταραχή: Έντονο άγχος αλλά και κρίσεις πανικού αποτελούν ένα αρκετά συνηθισμένο φαινόμενο της τοξίκωσης από κάνναβη. Η εμφάνισή τους σχετίζεται με τη δόση, έχει σύντομη διάρκεια και εμφανίζεται συχνότερα στους μη έμπειρους χρήστες. Οι αντιδράσεις αυτές τροφοδοτούνται από παρανοειδείς σκέψεις που δημιουργούν περίεργους και υπερβολικούς φόβους.

Μη οριζόμενες αλλιώς διαταραχές: Εδώ κατατάσσονται άλλα συμπτώματα που είναι δυνατόν να προκαλέσει η τοξίκωση όπως κατάθλιψη, υπομανία, διαταραχές ύπνου, συμπτώματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Οι

διαταραχές αυτές είναι συνήθως αναστρέψιμες μετά από σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή της χρήσης.

Τέλος υποστηρίζεται, χωρίς να έχει επιβεβαιωθεί, ότι η χρόνια χρήση της κάνναβης προκαλεί το σύνδρομο απουσίας κινήτρων που χαρακτηρίζεται από απώλεια ενδιαφέροντος και επιδιώξεων, απάθεια, δυσκολία στη συγκέντρωση και κοινωνική απόσυρση. Και εδώ πάλι είναι δύσκολο να εκτιμηθεί αν η χρήση της κάνναβης αποτελεί πρωτογενή αιτιολογικό παράγοντα στο σύνδρομο ή αν τα συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του ατόμου προδιαθέτουν για τη χρήση της. Δεν θα πρέπει να υποτιμάται παρόλα αυτά η ενδεχόμενη επίδραση στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ανθρώπου, καθώς μελέτες σε ζώα αποδεικνύουν ότι η παρατεταμένη χορήγηση Δ-9-THC φαίνεται να προκαλεί δομικές και λειτουργικές μεταβολές στους νευρώνες του ιππόκαμπου.

Η χρήση της κάνναβης συνδέεται με ιστορικό διαταραχής της συμπεριφοράς, διαταραχής αντικοινωνικού τύπου καθώς και διαταραχής του συναισθήματος κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Η επιδημιολογική εικόνα της χρήσης της κάνναβης σχετίζεται με τη σημασία των παραπάνω προδιαθεσικών παραγόντων. Όπως δείχνουν μελέτες στον μαθητικά πληθυσμό στη χώρα μας όπου η χρήση είναι συγκριτικά με άλλες χώρες λιγότερο εκτεταμένη, οι προαναφερθέντες παράγοντες διαταραχής συμπεριφοράς και συναισθήματος φαίνονται να παίζουν, μεταξύ άλλων, αποφασιστικό ρόλο στην έναρξη ή και στη συνέχιση και διατήρηση της χρήσης της κάνναβης.

2.5.6. Η προβληματική χρήση ναρκωτικών και οι ψυχιατρικές διαταραχές

Οι συστηματικές διαγνωστικές μελέτες αναφέρουν ότι περίπου το 80 % των ασθενών με διάγνωση εξάρτησης από ναρκωτικά εμφανίζει επίσης ψυχιατρική συννοσηρότητα.

Η αξιολόγηση ρουτίνας των χρηστών ναρκωτικών για ψυχιατρικές διαταραχές κατά την έναρξη της θεραπείας φαίνεται ότι αποτελεί την εξαίρεση και όχι τον κανόνα. Κατά συνέπεια, πολλοί εισαχθέντες για θεραπεία που

εμφανίζουν συννοσηρότητα ξεκινούν τη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων χωρίς να υποβάλλονται σε θεραπεία για τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν. Ακόμη και όταν διαγιγνώσκεται η συννοσηρότητα, συνήθως δεν εξετάζεται στις μεταγενέστερες παρεμβάσεις θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων ή, στην περίπτωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών, δεν οδηγεί σε θεραπεία απεξάρτησης από τα ναρκωτικά. Ωστόσο, ορισμένες ψυχιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων οι οποίες διαθέτουν ειδικές γνώσεις και στους δύο τομείς ή συνεργάζονται στενά επιτυγχάνουν πολύ καλά αποτελέσματα με ασθενείς που εμφανίζουν συννοσηρότητα.

Οι εισαχθέντες για θεραπεία που εμφανίζουν συννοσηρότητα συχνά πάσχουν από «πολλαπλή συννοσηρότητα», δεδομένου ότι με τη συννοσηρότητα σχετίζονται σοβαρές σωματικές ασθένειες καθώς και κοινωνικά προβλήματα, προβλήματα στέγασης και εργασίας. Η χρήση ναρκωτικών συχνά υποδηλώνει την ανικανότητα συμμόρφωσης με ένα φαρμακευτικό θεραπευτικό πρόγραμμα, επιτείνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο το πρόβλημα αντιμετώπισης των ψυχωτικών επεισοδίων ή των καταθλιπτικών επεισοδίων.

Σε ό,τι αφορά τα ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, διάφορες μελέτες κάνουν λόγο για απόπειρες αυτοκτονίας στο 50 % περίπου των εισαχθέντων για θεραπεία που εμφανίζουν συννοσηρότητα, γεγονός που συχνά αντικατοπτρίζει την ύπαρξη προβλημάτων στην οικογένεια, το σχολείο και στις σχέσεις με τους

συνομηλικούς τους. Πολλές γυναίκες χρήστες ναρκωτικών υπήρξαν συχνά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και τραυματισμών κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας. Η πρώιμη έναρξη χρήσης ναρκωτικών αποτελεί αρνητικό παράγοντα πρόγνωσης, δεδομένου ότι, με την πάροδο του χρόνου, το πρόβλημα επιδεινώνεται περισσότερο για αυτή την ομάδα από ό,τι για τους υπόλοιπους χρήστες ναρκωτικών. (EMCDDA, 2006)

2.5.7. Χρήση άλλων ουσιών

Έναν άλλο σημαντικό προγνωστικό παράγοντα στη χρήση παράνομων ουσιών αποτελεί και η συστηματική ή και βαριά χρήση νόμιμων ουσιών, όπως ο καπνός, τα οινόπνευματώδη, η χρήση ψυχοφαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, καθώς και η ηλικία έναρξης χρήσης. Όσο μικρότερη η ηλικία έναρξης, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εξάρτησης από τη συγκεκριμένη ουσία ή εμπλοκής και με «βαρύτερες» ουσίες. Σχεδόν το 100% των Ελλήνων μαθητών που έχουν πάρει παράνομες ναρκωτικές ουσίες καπνίζουν και περίπου τα 3/4 από αυτούς είναι «βαρείς» καπνιστές, καπνίζουν, δηλαδή, πάνω από 5 τσιγάρα την ημέρα. Παρόμοιο φαινόμενο παρατηρείται και με την κατάχρηση οινόπνευματωδών. Επίσης, τα 3/4 περίπου των μαθητών που έχουν πάρει ναρκωτικά έχουν χρησιμοποιήσει και ψυχοτρόπα φάρμακα, χωρίς ιατρική σύσταση (Κοκκέβη, 1988).

Τα στοιχεία που προκύπτουν από την έρευνα στα μαθητικό πληθυσμό της χώρας μας δίνουν ενδείξεις για μια προοδευτική και κατά στάδια συσσωρευτική χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Το φαινόμενο αυτό της σταδιακής εμπλοκής με ουσίες, αρχίζοντας από τις κοινωνικά αποδεκτές, όπως τα οινόπνευματώδη, ο καπνός, και προχωρώντας σε ουσίες, όπως η μη ιατρική χρήση ψυχοφαρμάκων, η χρήση μαριχουάνας και στη συνέχεια βαρύτερων ναρκωτικών, με πιθανό τελικό στάδιο την ηρωίνη, αλλά και η τάση για ταυτόχρονη χρήση πολλών ουσιών έχει επισημανθεί και σε άλλες μελέτες. Η σταδιακή εμπλοκή του ατόμου στη χρήση όλο και βαρύτερων ουσιών δεν σημαίνει πως υπάρχει απαραίτητα και αιτιολογική σχέση ανάμεσα στις διάφορες ουσίες. Η έναρξη της χρήσης ναρκωτικών πριν την ηλικία των 15 ετών συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο κατάχρησης και εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, αλλά και με προβλήματα αλκοολισμού και αντικοινωνικής προσωπικότητας (Κοκκέβη, 1988:372).

2.6. Ανακεφαλαίωση

Η χρήση και η κατάχρηση ουσιών είναι ένα φαινόμενο πολυαιτιολογικής προέλευσης και καθορίζεται από την αλληλεπίδραση ποικίλων παραγόντων. Ο βαθμός συμμετοχής των διαφόρων παραγόντων διαφοροποιείται σε συνάρτηση με το είδος της ουσίας, με το βαθμό ή το στάδιο της χρήσης, τους τρόπους της χρήσης της, τη βαρύτητα εξάρτησης, τις προκαλούμενες επιπλοκές, τη δυνατότητα διακοπής της χρήσης ή της ανταπόκρισης στη θεραπεία.

Σε γενικές γραμμές, η κοινωνική στάση απέναντι στην ουσία παίζει καθοριστικό ρόλο στη στάση και αντίληψη που έχει διαμορφώσει ο ίδιος ο έφηβος για αυτήν, ενώ οι πιέσεις της παρέας, τα οικογενειακά πρότυπα χρήσης, η διαφήμιση και ο βαθμός διαθεσιμότητας της ουσίας αποτελούν τους κύριους παράγοντες για τη δοκιμή των περισσότερο κοινωνικά αποδεκτών ουσιών, όπως ο καπνός και τα οινόπνευματώδη.

Αρκετά από τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης μεταβιομηχανικής κοινωνίας έχουν κάνει το άτομο ευάλωτο στην αναζήτηση διαφόρων μορφών φυγής από τα καθημερινά προβλήματα. Μερικοί από τους κοινωνικούς παράγοντες με τις ειδικότερες επιπτώσεις τους στους νέους, που μπορούν να επιτελέσουν είτε αιτιολογικό ρόλο στην κατάχρηση ουσιών είτε να αποτελέσουν συνθήκη διατήρησης και ενίσχυσης της εξαρτητικής συμπεριφοράς είναι:

- Τα «κοινωνικά ξεριζώματα»
- Η εξασθένηση των παραδοσιακών αξιών και θεσμών
- Η ανεπάρκεια του εκπαιδευτικού συστήματος
- Η αλλαγή στη δομή της οικογένειας
- Η «φαρμακευτική κοινωνία
- Η «καταναλωτική κοινωνία

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά έχουν ειδικότερες επιπτώσεις στους νέους. Για πολλούς νέους σήμερα είναι αισθητή η ανησυχία για την επαγγελματική

τους προοπτική, για το ενδεχόμενο να μείνουν άνεργοι ή να ζήσουν στο περιθώριο.

Η χρήση και κατάχρηση ουσιών έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται με μια αρνητική συμπεριφορά η οποία εκφράζεται και στο σχολικό περιβάλλον. Παράλληλα, η χρήση ψυχότροπων ουσιών, που εμφανίζεται στην περίοδο της εφηβείας, συνδέεται και με άλλου τύπου αρνητικές συμπεριφορές όπως η διακοπή από το σχολείο και η παραβατικότητα. Οι έφηβοι που κάνουν σοβαρή χρήση ουσιών αποκόπτονται βαθμιαία από το σχολικό περιβάλλον και εμφανίζουν προβληματική συμπεριφορά η οποία εκφράζεται με συχνές απουσίες, κακή επίδοση στα μαθήματα και υψηλά ποσοστά.

Η αιτιολογική σχέση μεταξύ του σχολικού περιβάλλοντος και της κατάχρησης ουσιών δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς. Δεν είναι γνωστό αν η χρήση οδηγεί σε προβληματική συμπεριφορά στο σχολείο ή αν η αδυναμία ένταξης ενός εφήβου στο σχολείο μπορεί να οδηγήσει στη χρήση.

Οι οικογενειακοί παράγοντες επιδρούν στη χρήση ναρκωτικών με ποικίλους τρόπους. Η δυσλειτουργία μέσα στην οικογένεια, η αντικοινωνική ή εγκληματική συμπεριφορά των γονιών και οι ακατάλληλες μορφές διαπαιδαγώγησης συνδέονται με την ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς στα παιδιά, στα πλαίσια της οποίας εμφανίζεται και η χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. Σωστές διαπροσωπικές σχέσεις και σταθερότητα στους συναισθηματικούς δεσμούς με την οικογένεια, αντίθετα, προστατεύουν το νέο από την χρήση ναρκωτικών. Απουσία στενής σχέσης με τους γονείς, έλλειψη παρακολούθησης και εποπτείας του παιδιού, έλλειψη ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητές του, έλλειψη ή ασυνέπεια στις μεθόδους πειθαρχίας, όπως και υπερβολική συναισθηματική εμπλοκή με το παιδί, υπερβολική αυστηρότητα ή, αντίθετα, παραχωρητικότητα, καθώς και χαμηλές προσδοκίες από μέρους των γονιών για εκπαίδευση των παιδιών τους, αναφέρονται στους αιτιολογικούς παράγοντες της χρήσης ναρκωτικών.

Η επίδραση των συνομηλίκων αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες στην έναρξη χρήσης ουσιών. Η παρέα, και ιδιαίτερα οι στενοί φίλοι που χρησιμοποιούν ναρκωτικά, η στάση των φίλων απέναντι στις ουσίες, αλλά και η αντίληψη που έχει ο έφηβος για τη χρήση ουσιών από τους άλλους συνιστούν καθοριστικούς παράγοντες της δικής του συμπεριφοράς.

Υπάρχει πληθώρα ερευνών, που έχουν ασχοληθεί με το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης, από διαφορετική οπτική γωνία κάθε φορά.

Η Ελλάδα, τόσο στο γενικό όσο και στο μαθητικό πληθυσμό, τοποθετείται μεταξύ των χωρών με τα χαμηλότερα ποσοστά στην επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών. Όπως προκύπτει από τα ευρήματα, η Ελλάδα εμφανίζει συγκριτικά μεγάλα ποσοστά επικράτησης για κάθε συχνότητα χρήσης κάνναβης (πειραματισμός, τακτική ή βαριά χρήση).

Σύμφωνα με στοιχεία της έρευνας, πειραματική χρήση ή και χρήση έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή, κάποιας ναρκωτικής ουσίας αναφέρει το 19,4% των ερωτωμένων. Η χρήση αφορά κυρίως την χρήση μαριχουάνας/χασίς (19,3%). Χρήση κάποιας άλλης ναρκωτικής ουσίας (εκτός μαριχουάνας) αναφέρει το 3,2% των ερωτωμένων. Υψηλότερο ποσοστό ανδρών (24,8%) από ό,τι γυναικών (14%), και υψηλότερο ποσοστό νεαρών ενηλίκων (20-30 ετών, 31,8%) από ό,τι των άλλων ηλικιακών ομάδων αναφέρουν χρήση έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή.

Κεφάλαιο 3

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

3.1. Εισαγωγή

Ο άνθρωπος από πολύ παλιά ένιωθε την ανάγκη να παρέμβει στον ψυχικό του κόσμο και να αλλάξει τα συναισθήματα και τη διάθεσή του. Η ανάγκη αυτή τον ώθησε να ανακαλύψει ορισμένες φυσικές ουσίες που είχαν την ιδιότητα να επιδρούν στο σώμα και την ψυχή του.

Η ουσιοεξάρτηση αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό και πολύπλοκο φαινόμενο καθώς αναπτύσσεται σε πολλά επίπεδα και αφορά όλες τις παραμέτρους της ανθρώπινης ύπαρξης, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, ηθικές, βιολογικές και άλλες. (Μάτσα, 2001)

Σύμφωνα με την Μαλλιώρα (2006) το φαινόμενο αυτό απασχολεί την διεθνή κοινότητα εδώ και πολλές δεκαετίες. Συνιστά σημαντική απειλή για την ευημερία και τη συνοχή της κοινωνίας καθώς είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί. Η διαχρονική μεταβολή και η ταχύτητα αλλαγής των δεδομένων του προβλήματος δυσκολεύει περισσότερο την αντιμετώπισή του. Η αύξηση της χρήσης ουσιών κατά τον ελεύθερο χρόνο, ιδίως στους χώρους διασκέδασης, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ, οι αυξητικές τάσεις στη χρήση ουσιών, η συννοσηρότητα στους χρήστες είναι κάποια από τα αίτια που εμποδίζουν την πλήρη αντιμετώπισή του.

Έρευνες, που διεξάγονται κατά καιρούς, αποδεικνύουν τις ανησυχητικές διαστάσεις που λαμβάνει το φαινόμενο της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και της τοξικοεξάρτησης. Η χρήση ναρκωτικών αρχίζει σε νεαρή ηλικία, και συχνά πριν από την ενηλικίωση.

Σύμφωνα με την Μάτσα (2001) όλες οι ουσίες που μπορούν να γίνουν αντικείμενο τοξικομανιακής χρήσης καλύπτουν θεμελιακά ελλείμματα στον

ψυχισμό του ανθρώπου. Παίρνουν τη θέση μιας απουσίας αινιγματικής, την απουσία συνάντησης με το κοινωνικό είναι.

Για τον λόγο αυτό για να κατανοηθεί σε βάθος αυτό το φαινόμενο θα πρέπει να αποκτηθεί μια πληρέστερη αντίληψη των ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων που οδηγούν και συμβάλουν, ολοένα και μικρότερες ηλικίες, στην χρήση και κατάχρηση ουσιών.

3.2. Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες χωρίζονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες, τις ψευδαισθησιογόνες, τις διεγερτικές, τις κατασταλτικές και τις οπιούχες. Παρακάτω θα αναλυθούν κάποιες από τις πιο γνωστές εθιστικές ουσίες που υπάρχουν.

3.2.1. Ψευδαισθησιογόνες ουσίες

Τα ψευδαισθησιογόνα ή ψυχομιμητικά ή ψυχεδελικά ή φαντασιογόνα περιλαμβάνουν διάφορα ναρκωτικά που έχουν σαν κοινό γνώρισμα τη δημιουργία ψευδαισθήσεων ή την εμφάνιση συμπτωμάτων πραγματικής ψύχωσης.

Τα ναρκωτικά αυτής της ομάδας αποδιοργανώνουν το φιλτράρισμα που κάνει φυσιολογικά ο εγκέφαλος στα διάφορα αισθητήρια ερεθίσματα που προκαλούν έντονη ψυχική εξάρτηση.

Η χρήση ψυχεδελικών ναρκωτικών είναι ένα μαζικό φαινόμενο με σοβαρές σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Τα ψυχεδελικά ναρκωτικά μεταβάλλουν τη συνείδηση, επιδρώντας αρνητικά στα συναισθήματα, τη σκέψη και τις συνειδητές αντιδράσεις του χρήστη.

3.2.1.1. LSD

Το LSD είναι μια ουσία που ανακαλύφθηκε τη δεκαετία του 1920 και χρησιμοποιήθηκε ως ψυχοτρόπος το 1943. Μελετήθηκε εργαστηριακά κατά της

σχιζοφρένειας και εγκαταλείφθηκε από τους επιστήμονες το 1960. Έπειτα, επανεμφανίστηκε παράνομα από το κίνημα της RAVE μουσικής. Το LSD κυκλοφορεί στο εμπόριο σε χάπια ή σε μορφή ζελατίνης ή ακόμα και σε μερικά κομμάτια απορροφητικό χαρτί που είναι εμποτισμένο με την ουσία. Σπάνια γίνεται η χρήση του ενδοφλέβια. Οργανικά, το LSD προκαλεί διαστολή της κόρης του ματιού, ελαφριά αύξηση της αρτηριακής πίεσης, τους καρδιακούς παλμούς και της θερμοκρασίας του σώματος, ναυτία, ρίγος κοκκίνισμα και τρέμουλο.

Τα ψυχολογικά αποτελέσματα της λήψης είναι αλλοιώσεις στην εικόνα του σώματος, των αντικειμένων, στην ακοή και στην αίσθηση του χρόνου, ωστόσο όμως, η όραση είναι πολύ πιο ζωντανή και έντονη από το συνηθισμένο. Οι συναισθηματικές μεταβολές κατά την διάρκεια της επήρειας είναι άλλοτε ευχάριστες και άλλοτε δυσάρεστες ή τρομακτικές. Το LSD είναι ένα από τα πιο επικίνδυνα ψευδαισθησιογόνα, αφού προκαλεί εμφάνιση παρατεταμένης ψύχωσης, τάση αυτοκτονίας, ενεργοποίηση λανθάνουσας προηγούμενης ψύχωσης και εμφάνιση της δράσης εβδομάδες ή μήνες μετά την διακοπή.

3.2.1.2. Χασίς ή ινδική κάνναβη

Η ιδική κάνναβη είναι θαμνώδες φυτό και καλλιεργείται για τις ίνες, για τους σπόρους και την ρετσίνη του. Συναντάται σε μορφή αποξηραμένων φύλλων, σε πλάκες αποξηραμένου ρετσινιού και σε υγρή μορφή. Προκαλεί ιλαρότητα, τάση για πολυλογία, ευφορία, αλλά και καταστολή. Επίσης αυξάνει τους χρόνους αντίδρασης, περιορίζει την ικανότητα της μάθησης και απώλεια της αίσθησης του χρόνου. Σε χαμηλές δόσεις δεν εμφανίζονται οι ψευδαισθησιογόνες ιδιότητες, αλλά το άτομο απλά νιώθει πως βρίσκεται σε κατάσταση μέθης.

Σωματικά, εμφανίζονται συμπτώματα όπως, ερεθισμός του αναπνευστικού συστήματος, ναυτία, εμετός, μυϊκή αδυναμία, ακούσιες σπαστικές κινήσεις, ξηρότητα του στόματος και διέγερση της όρεξης. Σε

ατομικό επίπεδο, παρατηρούνται πτώσεις χασισομανών από τα παράθυρα στην προσπάθειά τους να αιωρηθούν ή να πετάξουν στον αέρα, λόγω του αισθήματος ελάττωσης μέχρι και εξαφάνισης του σωματικού βάρους. Ακόμα, άτομα που παθαίνουν βαρύτερη διαταραχή στο συναίσθημα παρουσιάζουν επιθετικές τάσεις.

3.2.1.3. Μεσκαλίνη

Η μεσκαλίνη είναι ένα ψευδαισθησιογόνο αλκαλοειδές που βρίσκεται σε ξεραμένα φύλλα του κάκτου πεγιότ και μπορεί να φαγωθεί ή να μασηθεί. Υπάρχει επίσης και σε μορφή ταμπλέτας και κάψουλας. Η μεσκαλίνη ήταν ένα από τα πρώτα παραισθησιογόνα που απομονώθηκαν χημικά και παρόλο που δεν ανήκει στην ίδια χημική κατηγορία με το LSD έχουν παρόμοια δράση στον εγκέφαλο.

3.2.1.4. Μαγικά μανιτάρια

Είναι είδη μανιταριών που τρώγονται ωμά και προκαλούν μια αίσθηση ευτυχίας, αστείας διάθεσης, εκρήξεις γέλιου και γενικά ευφορίας.

3.2.1.5. Ψυλοσυμβίνη

Είναι ένα ψευδαισθησιογόνο αλκαλοειδές που υπάρχει στα μανιτάρια και τους προσδίδει την ψυχοδραστική τους ιδιότητα και εμφανίζεται σε μορφή σκόνης ή κάψουλας. Προκαλεί τις ίδιες επιδράσεις με αυτές των Μαγικών Μανιταριών.

3.2.1.6. PCP

Η ουσία αυτή χρησιμοποιήθηκε ως αναισθητικό το 1959 και το κυριότερο χαρακτηριστικό ήταν ότι το άτομο αποδεσμεύεται απ' όλες τις αισθήσεις του και δεν αισθάνεται πόνο κατά την διάρκεια των εγχειρήσεων. Συχνά όμως οι ασθενείς παρουσίαζαν μεγάλη ταραχή, παραισθήσεις και παραλογισμό.

Τα αποτελέσματα με την χρήση του PCP ήταν η αυξημένη ευαισθητοποίηση στα εξωτερικά ερεθίσματα, αποστασιοποίηση, ανάταση της διάθεσης, μέθη και χαλάρωση. Επίσης όμως προκαλούσε και διαταραχές αντίληψης, ανησυχία, αποπροσανατολισμό άγχος, αλλά και παράνοια υπερδιέγερση, ευερεθιστότητα νοητική σύγχυση και προβλήματα ομιλίας.

3.2.1.7. DMT

Είναι χημική ουσία σε μορφή λευκών κρυστάλλων, που είναι λεπτοί σαν σκόνη και εξάγονται από τις ρίζες δέντρων. Λαμβάνεται από στόμα ή καπνίζεται σε πίπα, σε ένα στρώμα ξεραμένου δυόσμου. Προκαλεί μια πλήρη ψυχεδελική εμπειρία που αρχίζει λίγα λεπτά μετά το κάπνισμα και διαρκεί περίπου 45 λεπτά.

3.2.1.8. MDA

Είναι η χημική ουσία, που ονομάζεται μεθυλένιο- διοξυαμφεταμίνη. Η ισχυρή δόση προκαλεί μια εμπειρία που μοιάζει με αυτή του LSD ιδιαίτερα τοξική και επικίνδυνη όταν λαμβάνεται σε υπερβολικές δόσεις. Μόνο 3 χιονόμπαλες μπορεί να οδηγήσουν στην ζώνη θανάτου.

3.2.1.9. Κεταμίνη

Η ουσία αυτή είναι σε μορφή σκόνης, σε κάψουλα ή ταμπλέτα. Μπορεί να φαγωθεί ή να ληφθεί με εισπνοή από την μύτη. Προκαλεί ολική ακινησία, εξωσωματικές εμπειρίες, αμνησία, εμετούς, μούδιασμα. Εξαφανίζεται η αντίληψη του χρόνου και δημιουργεί την αίσθηση πως βρίσκεσαι σε μια κατάσταση ύπνωσης για αρκετές ώρες, με εικόνες να εμφανίζονται σαν να παίζει κάποια ταινία στο βίντεο του μυαλού. Μικρή ποσότητα μπορεί να προκαλέσει ισχυρές επιδράσεις, ενώ η δράση της είναι γρήγορη και έντονη.

3.2.2. Διεγερτικές ουσίες

Στις Η.Π.Α. και στη Δυτική Ευρώπη η καφεΐνη του καφέ και του τσαγιού ήταν το μόνο διαθέσιμο διεγερτικό μέχρι που εμφανίστηκε, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, κοκαΐνη και τα σκευάσματα της κόκας.

Οι αμφεταμίνες – τα πιο ισχυρά τεχνητά διεγερτικά παρασκευάσματα – χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στην ιατρική τη δεκαετία του '30 και πέρασε άλλη μια δεκαετία πριν εμφανιστούν έξω από τις κλινικές σαν τοξικές ουσίες, με ευρύτατη κατάχρηση.

3.2.2.1. Κοκαΐνη

Η κόκα προέρχεται από τα φύλλα του φυτού «ερυθρόξυλο κόκα» και πρόκειται για μια ουσία με βραχεία διεγερτική επίδραση αλλά και ιδιότητες αναισθητικού. Είναι άοσμη, λευκή κρυσταλλική σκόνη που συνήθως εισπνέεται από την μύτη αλλά μπορεί να διαλυθεί και να γίνει ενέσιμη. Η κοκαΐνη θεωρείται ένα κοινωνικό ναρκωτικό από τους χρήστες, γιατί διευκολύνει τις κοινωνικές συναλλαγές και δημιουργεί ευφορία, αίσθηση ικανοποίησης, μείωση της κούρασης και της όρεξης και φλυαρία. Μόλις τελειώσει η επίδραση της ουσίας δημιουργείται μια κατάσταση δυσφορίας, ευερεθιστότητας και ανησυχίας. Εάν η ουσία αυτή λαμβάνεται συνεχώς μπορεί να προκαλέσει ψευδαισθήσεις, τοξική ψύχωση, παράνοια και σύγχυση.

Σωματικά, ο χρήστης παρουσιάζει, αύξηση καρδιακών παλμών και αρτηριακής πίεσης, διεύρυνση της κόρης του οφθαλμού, ταχύπνοια ναυτία, εμετούς, διάρροια, υπερθερμία και σε μερικές περιπτώσεις λιποθυμία και σπασμούς που μπορεί να οδηγήσουν σε αμνησία, παράλυση, κώμα και θάνατο.

3.2.2.2. Κρακ

Το κρακ είναι κοκαΐνη σε μορφή μικρών σβόλων που μπορούν να καπνιστούν. Η ουσία αυτή φτάνει στον εγκέφαλο πολύ γρήγορα και προκαλεί

όμοια συμπτώματα με αυτά της κοκαΐνης. Το κراك είναι εξαιρετικά εθιστική ουσία και μπορεί να εξελιχθεί στο πιο σημαντικό πράγμα στην ζωή του χρήστη.

3.2.2.3. Αμφεταμίνες

Οι αμφεταμίνες είναι χημικές ουσίες με διεγερτική δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Προκαλούν αύξηση της καλής διάθεσης, μείωση της κούρασης και ελάττωση της όρεξης και του ύπνου. Δημιουργεί αισθήματα ευεξίας, αυξημένη αυτοπεποίθηση, υπερκινητικότητα και εντύπωση οξείας πνευματικής διαύγειας και αφομοίωσης γνώσεων. Με την μακροχρόνια όμως χρήση εμφανίζονται κατάπτωση και κόπωση, οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις, αδιαθεσία, νευρικότητα και λειτουργικές διαταραχές.

Το σοβαρότερο όμως αποτέλεσμα είναι η «αμφεταμινική ψύχωση», δηλαδή η στερεότυπη αναζήτηση και οι επίμονες εξεταστικές κινήσεις με έντονα ευχάριστη αίσθηση περιέργειας. Τέλος παρουσιάζονται επεισόδια υποψίας, παραισθήσεων, καταδίωξης, αδικαιολόγητων φόβων και σοβαρής παράνοιας.

3.2.2.4. ΚΑΤ

Είναι φλοιός ενός φυτού που είναι πράσινο και πυκνόφυλλο. Μπορεί να μασηθεί και να χρησιμοποιηθεί για την παρασκευή αφεψήματος. Είναι διεγερτική ουσία που δημιουργεί την αίσθηση ευφορίας, κάνοντας τον χρήστη ομιλητικό.

3.2.2.5. Αντικαταθλιπτικά

Είναι χημικές ουσίες που παρασκευάζονται από τις φαρμακευτικές εταιρίες και χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο σοβαρών ψυχασθενειών όπως για παράδειγμα της κατάθλιψης. Το βασικό χαρακτηριστικό τους είναι ότι δημιουργούν καλή διάθεση.

3.2.3. Κατασταλτικές ουσίες

Τα φάρμακα που είχαν στη διάθεσή τους οι γιατροί, μέχρι τον 19^ο αιώνα, για τους «ανήσυχους και αγχώδεις» ασθενείς περιοριζόταν κυρίως σε ουσίες – παράγωγα του οπίου και σε παρασκευάσματα που περιείχαν αλκοόλη.

Τότε άρχισαν να παράγονται πρόσθετα κατασταλτικά, όπως τα βρωμιούχα άλατα – όλα όμως είχαν μειονεκτήματα. Παρόλα αυτά, λίγα χρόνια μετά την πρώτη χρήση των βαρβιτουρικών άρχισε να αναφέρεται ότι προκαλούν μέθη ανάλογη με αυτή των οιοπνευματωδών και παρατηρήθηκε ότι μερικοί άνθρωποι τα χρησιμοποιούσαν σταθερά και επαναληπτικά. Μέχρι το 1927 οι επιστήμονες είχαν βρει ότι η βαρβιτόλη δημιουργούσε «χωρίς καμία αμφιβολία, εθισμό».

3.2.3.1. Βαρβιτουρικά

Βαρβιτουρικά ονομάζονται τα παράγωγα του βαρβιτουρικού οξέος και ταξινομούνται σε τέσσερις ομάδες, με κριτήριο την ταχύτητα δράσης: υπερταχεία, ταχεία, μέση και βραδεία. Η ουσία αυτή είναι υπνοκαταπραϋντική και κυκλοφορεί με την μορφή σκόνης, σε κάψουλες. Η καταπράυνση και η ηρεμία, μαζί με τον ευπρόσδεκτο ύπνο που προκαλεί το φάρμακο αυτό, μπορεί να γίνει εξαιρετικά εθιστικό στον χρήστη, όχι όμως στις συνιστώμενες θεραπευτικές δόσεις, άλλα σε δόση οχταπλάσια από την κανονική που να παίρνεται σε χρονικό διάστημα 6-8 μηνών.

Οι χρήστες βιώνουν μια κατάσταση λήθης, σύγχυσης και σκότους ενώ συχνά ξεφεύγουν από την πραγματικότητα. Πολύ συχνά μπορεί να γίνουν νευρικοί και κακόκεφοι. Οι χρόνιοι χρήστες παρουσιάζουν συμπτώματα ελαφριάς διέγερσης, λογόρροιας και έντονης ευαισθησίας που συχνά μεταβάλλεται σε ευερεθιστότητα και ανησυχία. Κατά την οξεία δηλητηρίαση με βαρβιτουρικά παρατηρούνται πονοκέφαλοι, ρίγη, υποθερμία, αταξία στο βάδισμα, υπόταση, ψευδαισθήσεις που ακολουθούν υπνηλία, απώλεια αισθήσεων, κώμα, ενώ η συνεχής χρήση μπορεί να προκαλέσει μυϊκή εξάρτηση.

3.2.3.2. Ηρεμιστικά

Τα ηρεμιστικά έχουν την μορφή χαπιών και μπορεί να γίνει επίσης και ενδοφλέβια η χρήση τους. Δημιουργούν ένα αίσθημα ηρεμίας, καταπράυνσης του άγχους και βοηθούν στην καταπολέμηση της αϋπνίας. Η χρήση ηρεμιστικών για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλεί εξάρτηση.

3.2.4. Οπιούχες ουσίες

Άλλη μια κατηγορία ναρκωτικών που αποκαλούνται κατ' εξοχήν ναρκωτικά είναι τα οπιούχα ναρκωτικά, στα οποία υπάγονται το όπιο και τα παράγωγα αυτού, μορφίνη και ηρωίνη.

Τα οπιούχα με τη μορφή φαρμάκων τα χρησιμοποιούσαν ευρύτατα στην Ευρώπη, στην Αγγλία και στις ΗΠΑ κατά το μεγαλύτερο μέρος του 19^{ου} αιώνα. Παρόλο που το σύνδρομο στέρησης από τα οπιούχα είχε περιγραφεί ήδη από το 1700, δεν είχε παρόλα αυτά αποθαρρύνει ούτε τους γιατρούς, που συνέχιζαν να δίνουν τις συνταγές, ούτε και το κοινό που συνέχιζε να τα παίρνει.

3.2.4.1. Όπιο

Το όπιο είναι αποξηραμένος και συμπυκνωμένος χυμός που προέρχεται από το φυτό «υπνοφόρος παπαρούνα». Η πρόσληψη του οπίου γίνεται με το κάπνισμα, την οπιοφαγία και την οπιοποσία. Η ουσία αυτή προκαλεί στην αρχή αίσθημα ηρεμίας, ευφορίας και αυξημένης ερωτικής επιθυμίας. Έπειτα, ακολουθεί γλυκός ύπνος με ηδονικά όνειρα. Η μεγάλη ποσότητα προκαλεί τρομώδες παραλήρημα.

3.2.4.2. Μορφίνη

Είναι αγνή τοξική ουσία, παράγωγο του οπίου και 10 φορές ισχυρότερο από αυτό. Χρησιμοποιείται ως ισχυρό παυσίπονο. Η καθαρή μορφίνη είναι άσπρη κρυσταλλική σκόνη, άοσμη και πικρή. Η μορφίνη δρα στο Κεντρικό

Νευρικό Σύστημα όπου η κύρια ενέργειά της είναι η καταστολή του πόνου. Δρα και στο κέντρο της αναπνοής, όπου αυτή είναι και η επικίνδυνη δράση της. Η επίδρασή της προκαλεί υπνηλία, βραδυκαρδία, σιελόρροια, ιδρώτες, ναυτία, εμετό, πτώση της αρτηριακής πίεσης, κατακράτηση ούρων.

3.2.4.3. Μεθαδόνη

Είναι αναλγητικά που προέρχονται από το όπιο ή συχνά συνθετικές μορφές οπίου σε χάπια ή υγρή μορφή. Η ουσία αυτή δρα όπως τα αναλγητικά στο νευρικό σύστημα και επιβραδύνουν τους χτύπους της καρδιάς και το ρυθμό αναπνοής. Δημιουργούν μια αίσθηση ευφορίας, με την απουσία πόνου.

3.2.4.4. Κωδεΐνη

Η ουσία αυτή παρασκευάζεται από την μορφίνη ή την θηβαΐνη. Είναι ελαφρύ παυσίπονο και αντιβηχικό με μορφή διαφόρων σιροπιών και προκαλεί ανοχή και έντονη σωματική και ψυχική εξάρτηση.

3.2.4.5. Ηρωίνη

Είναι παράγωγο της μορφίνης πολύ πιο ισχυρό απ' αυτήν, με μορφή άσπρης κρυσταλλικής σκόνης, πικρή και άοσμη. Λαμβάνεται από την μύτη, με κάπνισμα ή ενδοφλέβια όταν διαλυθεί με νερό. Άμεσα, διεγείρει και ενεργοποιεί τους οπιοειδείς υποδοχείς του εγκεφάλου και χαρίζει μια αίσθηση ζεστασιάς και ευφορίας. Οι χρήστες το περιγράφουν σαν «ξαφνικό κύμα ζέστης» αρχικά, που συνοδεύεται από μια κατάσταση ηρεμίας, χαλάρωσης και νωθρότητας. Ο σωματικός και ψυχικός πόνος εξαφανίζεται ενώ η νοητική λειτουργία μένει ανεπηρέαστη. Εκδηλώνεται συστολή της κόρης του ματιού, ιδρώτας, ρίγη, ναυτία και εμετός.

Με την μακροχρόνια χρήση δημιουργείται ανοχή, ισχυρότατη ψυχική και σωματική εξάρτηση, ανάγκη λήψης της ουσίας κάθε 4-6 ώρες, υπόταση,

ανορεξία, υποθερμία, δυσκοιλιότητα, αναπνευστικά προβλήματα και σεξουαλική ανικανότητα.

3.2.5 Διαλύτες

Είναι αναθυμιάσεις από πολλά βιομηχανικά και οικιακά προϊόντα όπως καθαριστικά υγρά, ασετόν, υγρό αναπτήρων, αντιψυκτικά, κλπ. Οι διαλύτες εμποτίζονται σε πανί και εισπνέονται από εκεί. Όταν ο χρήστη εισπνέει τις τοξικές αναθυμιάσεις από τα προαναφερόμενα προϊόντα, ο εγκέφαλος στερείται οξυγόνου. Νιώθοντας ότι δηλητηριάζεται και σε κατάσταση σύγχυσης αποσύρεται σε μια κατάσταση ονείρου και του δημιουργούνται παραισθήσεις.

Οι ουσίες αυτές προκαλούν επίσης ευφορία, σύγχυση, φυσική χαλάρωση, πονοκέφαλο, εμετούς. Η παρατεταμένη χρήση προκαλεί ασθένειες στο συκώτι τα νεφρά και τον εγκέφαλο και λόγω της μείωσης της κριτικής ικανότητας προκαλούν επιθετικότητα, βίαιες και παραβατικές συμπεριφορές.

3.2.6. Καπνός

Προέρχεται από αποξηραμένα φύλλα του φυτού *nicotiana tabacum* και περιέχει την δηλητηριώδη ουσία νικοτίνη και πίσσα καθώς και άλλες 1200 χημικές ουσίες. Η ανοχή στον χρήστη αναπτύσσεται πολύ γρήγορα και νιώθει την ανάγκη ν' αυξήσει τα τσιγάρα μέχρις ότου σταθεροποιηθεί σ' έναν συγκεκριμένο αριθμό τσιγάρων την ημέρα. Το κάπνισμα προκαλεί έντονη σωματική και ψυχική εξάρτηση και με την διακοπή του παρουσιάζονται συμπτώματα μελαγχολίας και ευερεθιστότητας, στέρησης και ανησυχίας.

Προκαλεί επίσης πολλές σωματικές ασθένειες όπως, καρδιαγγειακές παθήσεις, καρδιακές ανακοπές, καρκίνο του στόματος, του λαιμού και του φάρυγγα, κακή κυκλοφορία του αίματος και μείωση της γονιμότητας στις γυναίκες.

3.2.7. Αλκοόλ

Είναι μια ουσία που προέρχεται από την ανάμειξη φρούτων, λαχανικών και δημητριακών, με μαγιά και ζάχαρη. Το αλκοόλ σε μικρή ποσότητα βοήθα στην πρόληψη καρδιακών παθήσεων, σε μεγάλη ποσότητα όμως μπορεί να προκαλέσει μέθη και η μακροχρόνια χρήση του μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση. Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ψυχική και σωματική, ύπουλη και μακροχρόνια. Εάν διακοπεί το αλκοόλ δημιουργούνται συμπτώματα στέρησης, τρεμούλιασμα των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων, ταχυκαρδία, εφίδρωση, άγχος, πονοκέφαλοι και αϋπνία.

Το σύνδρομο στέρησης μπορεί να εξελιχθεί σε Delirium Tremens που εκδηλώνεται με ταχυκαρδία, εφίδρωση, οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις, παραλήρημα και ψυχοκινητική διέγερση. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα που έχουν κάποια ταυτόχρονη σωματική ασθένεια και μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο. Η χρόνια χρήση αλκοόλ, μπορεί ακόμη να προκαλέσει βρογχίτιδα, πνευμονία, φυματίωση καρδιοπάθεια και πολλές φορές θάνατο που οφείλεται από την καταστροφή του ήπατος.

3.3. Ανακεφαλαίωση

Η ουσιοεξάρτηση αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό και πολύπλοκο φαινόμενο καθώς αναπτύσσεται σε πολλά επίπεδα και αφορά όλες τις παραμέτρους της ανθρώπινης ύπαρξης, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτιστικές, ηθικές, βιολογικές και άλλες. Έρευνες, που διεξάγονται κατά καιρούς, αποδεικνύουν τις ανησυχητικές διαστάσεις που λαμβάνει το φαινόμενο της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και της τοξικοεξάρτησης. Η χρήση ναρκωτικών αρχίζει σε νεαρή ηλικία, και συχνά πριν από την ενηλικίωση.

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες χωρίζονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες, τις ψευδαισθησιογόνες, τις διεγερτικές, τις κατασταλτικές και τις οπιούχες.

Τα ψευδαισθησιογόνα ή ψυχομιμητικά ή ψυχεδελικά ή φαντασιογόνα περιλαμβάνουν διάφορα ναρκωτικά που έχουν σαν κοινό γνώρισμα τη δημιουργία ψευδαισθήσεων ή την εμφάνιση συμπτωμάτων πραγματικής ψύχωσης.

Στις Η.Π.Α. και στη Δυτική Ευρώπη η καφεΐνη του καφέ και του τσαγιού ήταν το μόνο διαθέσιμο διεγερτικό μέχρι που εμφανίστηκε, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, κοκαΐνη και τα σκευάσματα της κόκας.

Οι αμφεταμίνες – τα πιο ισχυρά τεχνητά διεγερτικά παρασκευάσματα – χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στην ιατρική τη δεκαετία του '30 και πέρασε άλλη μια δεκαετία πριν εμφανιστούν έξω από τις κλινικές σαν τοξικές ουσίες, με ευρύτατη κατάχρηση.

Τα φάρμακα που είχαν στη διάθεσή τους οι γιατροί, μέχρι τον 19^ο αιώνα, για τους «ανήσυχους και αγχώδεις» ασθενείς περιοριζόταν κυρίως σε ουσίες – παράγωγα του οπίου και σε παρασκευάσματα που περιείχαν αλκοόλη. Τότε άρχισαν να παράγονται πρόσθετα κατασταλτικά, όπως τα βρωμιούχα άλατα – όλα όμως είχαν μειονεκτήματα. Παρόλα αυτά, λίγα χρόνια μετά την πρώτη χρήση των βαρβιτουρικών άρχισε να αναφέρεται ότι προκαλούν μέθη ανάλογη με αυτή των οινοπνευματωδών και παρατηρήθηκε ότι μερικοί άνθρωποι τα χρησιμοποιούσαν σταθερά και επαναληπτικά.

Στις εξαρτησιογόνες ουσίες εντάσσονται οι διαλύτες που είναι αναθυμιάσεις από πολλά βιομηχανικά και οικιακά προϊόντα όπως καθαριστικά υγρά, ασετόν, υγρό αναπτήρων, αντιψυκτικά, κλπ., ο καπνός και το αλκοόλ.

Κεφάλαιο 4

Η ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

4.1. Εισαγωγή

Η Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά, η οποία ανακοινώθηκε το 2006 και αφορά την περίοδο 2006-2012, στηρίζεται σε δύο πυλώνες προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα των ναρκωτικών, που είναι η μείωση της ζήτησης και η μείωση της προσφοράς ναρκωτικών ουσιών. Επίσης, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη και την καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος, καθώς και στην παρακολούθηση, την αξιολόγηση και την επιστημονική έρευνα του προβλήματος.

Η Εθνική Στρατηγική, ως ένα γενικότερο κείμενο αρχών και αξιών, αποτελεί τη βάση για το σχεδιασμό ενός ολοκληρωμένου Εθνικού Σχεδίου Δράσης (ΕΣΔ) για τα Ναρκωτικά. Μέσω του σχεδίου αυτού θα αναπτυχθεί ο επιχειρησιακός σχεδιασμός και ο αναγκαίος προγραμματισμός των δράσεων για την επιτυχή υλοποίηση των στόχων της Εθνικής Στρατηγικής (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2006).

Το Δεκέμβριο του 2006 κατατέθηκε στην Ολομέλεια της Βουλής η Έκθεση της Διακομματικής Κοινοβουλευτικής Επιτροπής για τη μελέτη και την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών.

Η Επιτροπή συγκροτήθηκε το Μάιο του 2004, συνεχίζοντας το έργο της προηγούμενης Διακομματικής Επιτροπής, που είχε συσταθεί το 2000. Οι εργασίες της διήρκεσαν από 3 Ιουνίου 2004 έως 31 Δεκεμβρίου 2006. Σε αυτό το διάστημα πραγματοποιήθηκαν 47 συνεδριάσεις, στις οποίες κλήθηκαν σε ακρόαση υπουργοί, υφυπουργοί, εκπρόσωποι της πολιτείας, των φορέων και ειδικοί επιστήμονες. Στην Έκθεση της Επιτροπής περιλαμβάνονται, πέραν των ήδη γνωστών, επιστημονικών και κοινωνικών απόψεων και αντιλήψεων, όλες οι πτυχές του προβλήματος σε διεθνές και, ιδίως, σε εθνικό επίπεδο

(Διακομματική Κοινοβουλευτική Επιτροπή για τη μελέτη και αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, 2006).

Σύμφωνα με την εισήγηση του προέδρου της Επιτροπής, η χρήση και η διάδοση των εξαρτησιογόνων ουσιών –νόμιμων και παράνομων– παρόλο που αποτελούν ένα παγκόσμιο πρόβλημα, πρέπει να αντιμετωπίζονται, κατά κύριο λόγο, σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, κατά κύριο λόγο εξαιτίας

του προσδιορισμού τους από τις ειδικές συνθήκες κάθε περιοχής. Στην εισήγησή του, ο πρόεδρος της Επιτροπής κάνει λόγο για την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά, τις εκθέσεις του ΟΗΕ, καθώς και για την αξιολόγηση του προηγούμενου Ευρωπαϊκού Σχεδίου Δράσης (2000-2004), ενώ αναγνωρίζει ότι «στη χώρα μας οι δράσεις είναι εν πολλοίς περιστασιακές και ενίοτε επιχειρούνται κατά το δοκούν, χωρίς μεθοδολογία αξιολόγησης». Επίσης, αναγνωρίζει την απουσία στρατηγικού οργάνου για την ολοκληρωμένη δράση κατά των ναρκωτικών, ενώ για τον ΟΚΑΝΑ αναφέρει ότι, παρόλο που είχε συντονιστικό ρόλο, ο ρόλος του έχει εκφυλιστεί και αποδιοργανωθεί από αυτή την ουσιαστική του αποστολή. Επιπλέον, επισημαίνει την καθυστέρηση στο σχεδιασμό και την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

Σύμφωνα με τον πρόεδρο της Επιτροπής, «για την εξασφάλιση ενός ολοκληρωμένου αποτελεσματικού συστήματος μείωσης της ζήτησης και της προσφοράς είναι αναγκαία η λήψη μιας σειράς αλληλοσυμπληρούμενων μέτρων, που θα επιτύχουν τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών και της εξάρτησης, με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση των υγειονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων» (Διακομματική Κοινοβουλευτική Επιτροπή για τη μελέτη και την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, 2006).

Αυτό το σύστημα πρέπει να περιλαμβάνει:

- Μέτρα για την πρόληψη της δοκιμής και έναρξης της χρήσης για απόκτηση εμπειριών ή άλλους λόγους
- «Ενημέρωση – εκπαίδευση», ώστε να αξιοποιηθούν κατά το Σύνταγμα τα ΜΜΕ, πανελλήνια αλλά και τοπικά, από ειδικούς. Στην εκπαίδευση πρέπει

να αναπτυχθούν καθολικά και σε σταθερή βάση όλες οι προβλεπόμενες διεργασίες πρόληψης και συμβουλευτικής.

- Ανάπτυξη μέτρων αποτροπής και καταστολής της χρήσης και διάδοσης εξαρτησιογόνων ουσιών σε ολόκληρη την Επικράτεια, αξιόπιστα και αποτελεσματικά, με διεθνή συμμετοχή και συνεργασία.

- Μέτρα για την αποτροπή της εγκατάστασης της εξάρτησης σε όσους επιχειρούν δοκιμή.

- Έγκαιρη παρέμβαση για τη μείωση της βλάβης στην υγεία, αλλά και της κοινωνικής βλάβης από τα ναρκωτικά.

- Δημιουργία ευχερώς προσβάσιμων θεραπευτικών προγραμμάτων, ποικίλου προσανατολισμού και καλώς στοχοποιημένων, συμπεριλαμβανομένης και ολοκληρωμένης ψυχοκοινωνικής και φαρμακολογικής περίθαλψης, τα οποία θα καλύπτουν τις ανάγκες όλων των εξαρτημένων.

- Πρόβλεψη αποτελεσματικών προγραμμάτων επαγγελματικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, συνδυασμένων με εκστρατείες καταπολέμησης του «στίγματος» των ναρκωτικών.

Τα μέλη της Επιτροπής διατύπωσαν την άποψη ότι πρέπει να προγραμματισθεί γενικευμένη συζήτηση επί του θέματος στην Ολομέλεια, σε επίπεδο Αρχηγών Κομμάτων. Επίσης έκριναν αναγκαία τη σύσταση και τη λειτουργία Ειδικής Μόνιμης Επιτροπής κατά των εξαρτήσεων και υπέρ της ποιότητας ζωής, στις αρμοδιότητες της οποίας θα περιλαμβάνεται και η άσκηση κοινοβουλευτικού ελέγχου, επί όλων των αρχών και φορέων που συνδέονται με το πρόβλημα της αντιμετώπισης των ναρκωτικών.

Τον Ιούνιο του 2007, ύστερα από ενέργειες του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εξαγγέλθηκε το προσχέδιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης και τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση των αρμόδιων για το ζήτημα των ναρκωτικών φορέων.

Οι βασικοί επιχειρησιακοί στόχοι του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι επτά:

- Η καθολική εξασφάλιση του δικαιώματος στη θεραπεία και η σταδιακή εξαφάνιση της λίστας αναμονής.
- Η εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες πρόληψης και ενημέρωσης.
- Η εξασφάλιση επιπλέον οικονομικών πόρων για προληπτική πολιτική.
- Η συνολική μείωση της ζήτησης εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Η καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού και η κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών στη μάχη κατά της εξάρτησης.
- Η δημιουργία σταθερού πλαισίου συνεργασίας με όλους τους συναρμόδιους φορείς, τον κόσμο της παραγωγής και της εργασίας, για την κοινωνική επανένταξη των πρώην χρηστών.
- Η ανάδειξη της Ελλάδας σε διεθνές περιφερειακό κέντρο καινοτομίας και γνώσης για το ζήτημα της εξάρτησης.

Το προσχέδιο αναφέρεται σε δράσεις μείωσης της ζήτησης, με βασικό άξονα τη σταδιακή ενσωμάτωση του προγράμματος υποκατάστασης στο ΕΣΥ και τη μετονομασία του ΟΚΑΝΑ σε Εθνικό Κέντρο Απεξάρτησης.

4.2. Θεσμικό πλαίσιο

Όλα τα ζητήματα που αφορούν τα ναρκωτικά ρυθμίζονται πλέον από το νόμο 3459/2006, ο οποίος ψηφίστηκε το 2006 και αφορά την κωδικοποίηση των διατάξεων για τα ναρκωτικά. Επίσης, για τη σαφή οριοθέτηση του θεσμικού πλαισίου αναμένεται το τελικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, μέσω του οποίου θα αποσαφηνιστούν τόσο οι εμπλεκόμενοι φορείς όσο και ο βαθμός δέσμευσής τους στην καταπολέμηση του ζητήματος των ναρκωτικών.

4.3.Μείωση της ζήτησης

Η μείωση της ζήτησης συνεχίζει να αποτελεί, σύμφωνα με την Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά αλλά και με τις εξαγγελίες των υπευθύνων, τον έναν από τους δύο πυλώνες ανάπτυξης και εφαρμογής αποτελεσματικών

δράσεων. Τόσο μέσα από την ίδρυση νέων Κέντρων Πρόληψης και την ενίσχυση των υπαρχόντων, όσο και μέσω της ενίσχυσης και επέκτασης των προγραμμάτων υποκατάστασης, γίνεται προσπάθεια για μείωση της ζήτησης ναρκωτικών ουσιών στο γενικό πληθυσμό, αλλά και σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού, μέσω εξειδικευμένων και στοχευμένων δράσεων.

4.3.1. Πρόληψη

Η πολιτική του OKANA σχετικά με ζητήματα της πρωτοβάθμιας πρόληψης βασίζεται στο σύγχρονο πολιτισμό της υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης και πηγάζει από τη νέα Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά. Βασικοί στόχοι αυτής της πολιτικής αποτελούν:

- Η ικανοποιητική προστασία της υγείας, της ευημερίας και της κοινωνικής συνοχής.
- Η μείωση της βλάβης την οποία επιφέρουν τα ναρκωτικά στην ψυχική και τη σωματική υγεία του χρήστη, αλλά και στην κοινωνία συνολικά.
- Η επίτευξη υψηλού επιπέδου ασφάλειας για το ευρύ κοινό, μέσω της ανάπτυξης αποτελεσματικών παρεμβάσεων σε εθνικό και διακρατικό επίπεδο.

Ειδικότερα, ο προγραμματισμός του OKANA για την πρόληψη, σύμφωνα με σχετικό κείμενο του Οργανισμού, προβλέπει τις παρακάτω δράσεις:

- Ενίσχυση της συμμετοχής της κοινωνίας των πολιτών, μέσω της διασφάλισης της αποτελεσματικής συνεργασίας με την κοινωνία των πολιτών με βάση την Πράσινη Βίβλο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης ως προς τη δημόσια παρενόχληση και τις αναπαραστάσεις της κοινής γνώμης.
- Ενημέρωση των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, των ειδικών ομάδων, των γονέων, των στελεχών κοινωνικών και άλλων υπηρεσιών, καθώς και ατόμων που καθορίζουν πολιτικές και παίρνουν μέρος στη λήψη αποφάσεων.
- Οργάνωση εκπαιδευτικού συστήματος για το προσωπικό του OKANA, των Κέντρων Πρόληψης και άλλων φορέων.

- Ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης ομοτίμων, ώστε οι νέοι να αποκτήσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα στους χώρους εκπαίδευσης, εργασίας και διασκέδασης.

- Σταθεροποίηση της υλοποίησης των υπογεγραμμένων μνημονίων συνεργασίας, τόσο με το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας όσο και με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

- Διατήρηση και ενίσχυση των υπαρχόντων Κέντρων Πρόληψης.

- Δημιουργία Δικτύων Υπηρεσιών OKANA, για τον καλύτερο συντονισμό και την αξιοποίηση των δυνατοτήτων των Μονάδων OKANA και των Κέντρων Πρόληψης.

- Ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης στους επαγγελματίες πρόληψης.

- Βελτίωση της δυνατότητας πρόσβασης των προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία, καθώς και της αποτελεσματικότητάς τους, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία.

- Καθορισμός σαφούς πλαισίου τελικής και ενδιάμεσης αξιολόγησης των δράσεων πρόληψης.

Όσον αφορά τον αριθμό των Κέντρων Πρόληψης, μέχρι και τα μέσα του 2007 αυξήθηκαν σε 70, με τη δημιουργία ενός νέου Κέντρου Πρόληψης στο Δήμο Νέας Ιωνίας.

Το 2006 σταμάτησε η χρηματοδότηση του Κέντρου Εκπαίδευσης για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και την προαγωγή της υγείας από τον OKANA με συνέπεια να διακοπεί η λειτουργία του. Το Κέντρο, το οποίο λειτούργησε στο ΕΠΙΨΥ από το 1995, εκπαίδευσε περισσότερα από 1.800 στελέχη πρόληψης και άλλους επαγγελματίες του χώρου.

4.3.2. Θεραπεία

Το 2006 λειτουργούσαν συνολικά στη χώρα μία (1) εξειδικευμένη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης, πενήντα τέσσερα (54) θεραπευτικά προγράμματα / μονάδες και τρεις (3) Μονάδες Άμεσης Πρόσβασης.

Σε σύγκριση με το 2005, λειτούργησε μία νέα δομή θεραπείας εσωτερικής διαμονής από τη Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ) στην Αθήνα. Επιπλέον, με στόχο την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της ψυχιατρικής συννοσηρότητας λειτούργησαν δύο (2) ειδικά προγράμματα στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη (από το ΨΝΑ και το ΨΝΘ αντίστοιχα).

Το 2007 ιδρύθηκε μονάδα υποκατάστασης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών (Ρίο), η οποία λειτουργεί με την επιστημονική υποστήριξη του ΟΚΑΝΑ.

Ειδικότερα, ο προγραμματισμός του ΟΚΑΝΑ για τη θεραπεία, σύμφωνα με σχετικό κείμενο του Οργανισμού, προβλέπει τις παρακάτω δράσεις:

- Ίδρυση νέας μονάδας υποκατάστασης στη Θεσσαλονίκη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, μετά τη σχετική έγκριση της Συγκλήτου του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ) και του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου.
- Ίδρυση νέας μονάδας υποκατάστασης στην Κατερίνη, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου, μετά τη σχετική έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του, με την επιστημονική ευθύνη του ΟΚΑΝΑ.
- Προώθηση, σε συνεργασία με το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της υπαγωγής των ήδη υπάρχουσών μονάδων υποκατάστασης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και ανάληψη της εκπαίδευσης του προσωπικού, της επιστημονικής υποστήριξης και αξιολόγησής τους.
- Γεωγραφική επέκταση του προγράμματος υποκατάστασης, με ίδρυση νέων μονάδων στο προαναφερόμενο πλαίσιο.

- Αύξηση, κατά 1.500 επιπλέον άτομα, της ενεργού δύναμης των μονάδων της Αθήνας.

4.3.3. Επανένταξη

Το 2006 λειτουργούσαν 19 εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης, τρεις δομές περισσότερες από αυτές του 2005. Το σύνολο σχεδόν των κέντρων κοινωνικής επανένταξης –πέρα από τις υπηρεσίες υποστήριξης και φροντίδας– παρέχουν κινητοποίηση και υποστήριξη σε θέματα σπουδών ή και κατάρτισης, αλλά και συμβουλευτική σε εργασιακά θέματα, προκειμένου να ενισχύσουν τους πρώην χρήστες στην εργασιακή τους επανένταξη. Επίσης, ολοκληρωμένες υπηρεσίες επαγγελματικής κατάρτισης, προώθησης στην απασχόληση, καθώς και υποστηρικτικές υπηρεσίες παρέχονται στα Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ). Σήμερα λειτουργούν στη χώρα ΕΚΚΕΕ από τον ΟΚΑΝΑ, το ΚΕΘΕΑ και το ΨΝΑ σε διάφορες πόλεις (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Λάρισα, Ηράκλειο Κρήτης). Επίσης, μέσω του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ), συνεχίζονται τα προγράμματα κατάρτισης και προώθησης στην αγορά εργασίας των ανεξαρτημένων ατόμων. Η προώθηση περιλαμβάνει μέτρα τόνωσης της επαγγελματικής τους ταυτότητας, καθώς και προγράμματα επιδότησης τόσο νέων θέσεων εργασίας, μέσω της επιδότησης των εργοδοτών, όσο και των ίδιων των ανεξαρτημένων ατόμων, ώστε να ιδρύσουν και να αναπτύξουν τη δική τους επιχείρηση (νέοι ελεύθεροι επαγγελματίες).

Παράλληλα, το 2006 ξεκίνησε η υλοποίηση του β' κύκλου της Κοινοτικής Πρωτοβουλίας EQUAL. Η πρωτοβουλία αυτή αποτελεί εργαλείο της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για την απασχόληση, χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και στόχο έχει την πειραματική εφαρμογή και διάδοση νέων τρόπων καταπολέμησης των διακρίσεων και της ανισότητας στον τομέα της απασχόλησης. Η Κοινοτική Πρωτοβουλία EQUAL έχει σχεδιαστεί για να στηρίξει μια οριζόντια προσέγγιση στη χάραξη πολιτικής και στις

υπηρεσίες στις οποίες θα έχουν πρόσβαση πολλαπλές κατηγορίες αποκλεισμένων ή απειλούμενων με αποκλεισμό από την αγορά εργασίας ομάδων του πληθυσμού. Οι δράσεις που αφορούν τα άτομα με πρόβλημα από τη χρήση ουσιών αποσκοπούν στην ανάπτυξη πολιτικών και μέτρων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Συγκεκριμένα, οι δράσεις που προβλέπονται για τα ανεξαρτημένα άτομα αφορούν τη διερεύνηση των στάσεων του κοινού σε σχέση με την κοινωνική επανένταξη των ανεξαρτημένων ατόμων, τη διαγνωστική μελέτη των αναγκών των ανεξαρτημένων ατόμων στη μεταθεραπευτική υποστήριξη και την πρόληψη της υποτροπής, τη μελέτη του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου και την κατάρτιση προτάσεων για τη βελτίωσή του, όπου αυτό είναι δυνατό.

Επίσης, προβλέπεται η ανάπτυξη παροχής ποιοτικών υπηρεσιών στα ανεξαρτημένα άτομα στη μεταθεραπευτική κοινωνική και επαγγελματική ενσωμάτωση, την πρόληψη της υποτροπής και την προώθηση στην απασχόληση. Στόχοι του προγράμματος είναι η δημιουργία και η αναδιοργάνωση των προστατευμένων παραγωγικών εργαστηρίων, η επαγγελματική κατάρτιση των ανεξαρτημένων ατόμων και η ανάπτυξη δικτύου επιχειρήσεων για την προώθηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης. Τέλος, προβλέπονται δράσεις για την ενημέρωση, την πληροφόρηση και την ευαισθητοποίηση των επιχειρήσεων και των κοινωνικών εταίρων σχετικά με τους στόχους του προγράμματος, καθώς και για τη δημοσιότητα και την προβολή του έργου.

4.4. Μείωση της προσφοράς

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης αλλά και την Εθνική Στρατηγική, η ανάπτυξη συνεργασιών για την αντιμετώπιση του ζητήματος των ναρκωτικών και γενικότερα της καταπολέμησης του οργανωμένου εγκλήματος και της τρομοκρατίας αποτελεί ζήτημα υψίστης σημασίας. Σε αυτό το πλαίσιο συνεχίστηκαν και το 2006 οι προσπάθειες της χώρας μας για τη σύναψη

συνεργασιών με άλλες χώρες. Σε εθνικό επίπεδο, το 2006 υπήρξαν αυξομειώσεις, ανά ουσία, των κατασχεθεισών ποσοτήτων ναρκωτικών ουσιών

4.5. Η ευρωπαϊκή στρατηγική για τα ναρκωτικά

Η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά (2005-2012) αποτυπώνει με σαφήνεια τις προσδοκίες της για τη μείωση της ζήτησης: «Τα μέτρα μείωσης της ζήτησης ναρκωτικών πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα υγειονομικά και κοινωνικά προβλήματα που προκαλεί η χρήση παρανόμων ψυχοτρόπων ουσιών και η πολυτοξικομανία σε συνδυασμό με νόμιμες ψυχοτρόπες ουσίες όπως ο καπνός, το οινόπνευμα και τα φάρμακα».

Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης (2005-2008), αναφέρει επίσης την εξασφάλιση εκτεταμένων, αποτελεσματικών και αξιολογημένων προγραμμάτων πρόληψης, που να καλύπτουν τόσο τις νόμιμες όσο και τις παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες, καθώς και την πολυτοξικομανία, και την υπαγωγή τους στα σχολικά προγράμματα ή την εκτεταμένη εφαρμογή τους.

4.6. Πολυμορφία στις στρατηγικές των ευρωπαϊκών χωρών

Τα 25 από τα 27 κράτη-μέλη και τη Νορβηγία, διαθέτουν Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά. Η Αυστρία η Μάλτα και η Ιταλία δεν έχουν Εθνική Στρατηγική. Στην Αυστρία υπάρχουν 9 περιφερειακές στρατηγικές για τις ισάριθμες περιφέρειες της χώρας, οι οποίες περιλαμβάνουν και τις νόμιμες ουσίες, καθώς και εξαρτήσεις που δεν έχουν σχέση με ουσίες, όπως ο τζόγος και οι διαταραχές της διατροφής. Η Μάλτα ετοιμάζει Στρατηγική για το 2007. Οι υπάρχουσες εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά μπορούν να διακριθούν σε τρεις τύπους, ανάλογα με το βαθμό στον οποίο προβλέπουν δράσεις για νόμιμες ουσίες: α) αυτές που διαθέτουν ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα για όλες τις ουσίες, β) αυτές που η πρόβλεψη για τις νόμιμες ουσίες περιορίζεται στη πρόληψη, τη θεραπεία και το συντονισμό, και γ) αυτές που αναφέρονται

αποκλειστικά στις παράνομες ουσίες, ενώ οι νόμιμες εντάσσονται στη γενικότερη πολιτική για τη δημόσια υγεία.

4.7. Στρατηγικές και σχέδια δράσης για τις παράνομες ουσίες με αναφορά στις νόμιμες ουσίες

Επτά χώρες (το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία, η Δημοκρατία της Τσεχίας, η Κύπρος, η Νορβηγία και η Ρουμανία) από τα 27 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαθέτουν Στρατηγικές που προβλέπουν δράσεις σφαιρικά για όλες τις ουσίες. Όλες αυτές οι στρατηγικές χαρακτηρίζονται από μια συνεκτική και ολιστική θεώρηση του ζητήματος της εξάρτησης.

Οι νόμιμες ουσίες, στις οποίες γίνεται αναφορά, είναι σχεδόν πάντα οι ίδιες. Το αλκοόλ αναφέρεται σε όλες τις στρατηγικές των έξι χωρών, και ο καπνός επίσης σε όλες εκτός της Νορβηγίας. Η αιτιολογία για τη συμπερίληψη των νόμιμων ουσιών στις πολιτικές τους διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στο Βέλγιο θεωρείται ότι η χρήση ουσιών είναι ζήτημα δημόσιας υγείας και από αυτήν την άποψη η διάκριση μεταξύ νόμιμων και παράνομων ουσιών δεν έχει νόημα. Στην Δημοκρατία της Τσεχίας το σκεπτικό είναι ότι οι νόμιμες ουσίες μπορούν, εξ ίσου με τις παράνομες, να οδηγήσουν σε εξάρτηση, η οποία αποτελεί μείζον κοινωνικό και ιατρικό πρόβλημα. Στη Γαλλία υιοθετείται μια προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία οι αιτίες και οι συνέπειες των της εξάρτησης είναι ενιαίες ανεξάρτητα από τη νομική κατάσταση της ουσίας που την προκαλεί. Η Γερμανία επικαλείται τη δυσκολία διάκρισης μεταξύ των ομάδων χρηστών διαφόρων ουσιών, λόγω της πολυτοξικομανίας.

Το κοινό σημείο των παραπάνω προσεγγίσεων είναι ότι δίνουν έμφαση στη συμπεριφορά μάλλον παρά στην ουσία.

Έξι κράτη-μέλη διαθέτουν Στρατηγικές που αφορούν τις παράνομες ουσίες, έχουν, όμως, σαφείς αναφορές στις νόμιμες (η Δανία, η Εσθονία, η Ιρλανδία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία και η Ισπανία)¹. Στις χώρες αυτές η αναφορά στις νόμιμες ουσίες γίνεται είτε μέσα από προβλεπόμενες δράσεις για

την πρόληψη και τη θεραπεία, είτε με τη σύνδεση Στρατηγικών για το αλκοόλ και τον καπνό.

4.8. Στρατηγικές και σχέδια δράσης αποκλειστικά για τις παράνομες ουσίες

Σε δώδεκα κράτη μέλη οι Στρατηγικές αφορούν τις παράνομες ουσίες μόνο (Βουλγαρία, η Ελλάδα, η Βρετανία, η Λετονία, η Λιθουανία, το Λουξεμβούργο, η Ουγγαρία, η Πολωνία, η Σλοβακία, η Σλοβενία, η Σουηδία και η Φινλανδία).

4.9. Παράλληλες στρατηγικές ή σχέδια δράσης

Δεκατρία κράτη διαθέτουν ξεχωριστή Στρατηγική για την αντιμετώπιση της χρήσης και της εξάρτησης από τον καπνό και δώδεκα για το αλκοόλ, ενώ εννέα από αυτά τα κράτη διαθέτουν και για τα δύο (Βρετανία, Γερμανία, Ισπανία, Λετονία, Λιθουανία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Σλοβακία και Σουηδία). Εκτός των ναρκωτικών, Στρατηγική μόνο για τον καπνό έχουν τέσσερις χώρες (Βέλγιο, Δανία, Εσθονία, και Γαλλία), ενώ μόνο για το αλκοόλ μόνο η Ιρλανδία.

Στις χώρες που υπάρχουν ξεχωριστές Στρατηγικές για νόμιμες και παράνομες ουσίες ο συντονισμός των δράσεων ανήκει είτε στο ίδιο είτε σε διαφορετικά Υπουργεία.

4.10. Η αντιμετώπιση των νόμιμων και παράνομων ουσιών στην πράξη

Ανεξάρτητα από τον τύπο των Εθνικών τους Στρατηγικών, όλες οι χώρες αναφέρουν ότι τα παραδοσιακά προγράμματα πρόληψης απευθύνονται στη χρήση και την κατάχρηση όλων των ουσιών, νόμιμων και παράνομων, στοχεύοντας στη συμπεριφορά της εξάρτησης μάλλον παρά στο είδος της ουσίας. Αντίθετα, η συμπερίληψη των νόμιμων ουσιών στα θεραπευτικά προγράμματα είναι λιγότερο συχνή.

4.10.1. Πρόληψη

Το Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης ζητά από τα κράτη-μέλη να εξασφαλίσουν την εφαρμογή εκτεταμένων, αποτελεσματικών και αξιολογημένων σχολικών προγραμμάτων πρόληψης, που να καλύπτουν τόσο τις νόμιμες όσο και τις παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες, καθώς και την πολυτοξικομανία. Επί πλέον, το Σχέδιο Δράσης καλεί την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα κράτη-μέλη να στοχεύσουν, όσο αυτό είναι δυνατό, στις συμπεριφορές κινδύνου και στην εξάρτηση γενικά από ουσίες, όπως το αλκοόλ, τα ψυχοδραστικά φάρμακα, τα αναβολικά και τον καπνό, με στόχο τη σημαντική μείωση στα επόμενα 5 χρόνια, της επικράτησης και της επίπτωσης της χρήσης των ουσιών αυτών, ιδιαίτερα στους εφήβους.

Σταδιακά, δίνεται περισσότερη έμφαση στην εξάρτηση και την πρόληψή της παρά στις διάφορες ουσίες μεμονωμένα. Συχνά ο κύριος στόχος είναι η καθυστέρηση της έναρξης χρήσης νόμιμων ουσιών αφού έχει αποδειχτεί ότι όσο πιο νωρίς ξεκινά κανείς τη χρήση μιας νόμιμης ουσίας, τόσο αυξάνεται ο μελλοντικός κίνδυνος χρήσης κάποιας παράνομης.

Αυτό ισχύει περισσότερο για το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση των οποίων εξαρτάται άμεσα από πολιτισμικούς παράγοντες, όπως η κοινωνική αποδοχή και η διαθεσιμότητα.

4.10.2. Θεραπεία

Σε ορισμένες χώρες, η θεραπεία για προβλήματα από τη χρήση νόμιμων ουσιών θεωρείται συμπληρωματική αυτής για την εξάρτηση από παράνομες ουσίες.

Τα τελευταία χρόνια κερδίζει έδαφος η ενσωμάτωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων για τις νόμιμες ουσίες με τις παραδοσιακές παρεμβάσεις για τις παράνομες. Η τάση αυτή είναι ιδιαίτερα ορατή στο Βέλγιο, τη Γαλλία, τη Γερμανία και την Ισπανία, χώρες στις οποίες η πολιτική για τα ναρκωτικά επεκτείνεται και στις νόμιμες ουσίες.

Σε σχετικό ερώτημα του Ευρωπαϊκού Κέντρου, 17 κράτη – μέλη δήλωσαν ότι οι περισσότερες θεραπευτικές υπηρεσίες απευθύνονται σε εξαρτημένα άτομα γενικά, ενώ 10 κράτη- μέλη απάντησαν ότι τα θεραπευτικά προγράμματα αφορούν αποκλειστικά εξαρτημένους από ναρκωτικά.

4.11. Λόγοι επέκτασης των προληπτικών και θεραπευτικών προγραμμάτων στις νόμιμες ουσίες

Τα ερευνητικά στοιχεία δείχνουν ότι όσο περισσότερο καθυστερεί η έναρξη του καπνίσματος και της κατανάλωσης οινοπνευματωδών τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων εξάρτησης στο μέλλον. Γι' αυτό, οι επιστημονικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις καθολικής πρόληψης που εφαρμόζονται στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση επικεντρώνονται στο αλκοόλ και τον καπνό, ενώ παράλληλα, οι διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη τονίζουν τη στοχοποίηση «όλων των ουσιών» ως απαραίτητο άξονα μιας στρατηγικής για τη πρόληψη (Pentz 2003).

Οι αιτίες για τα παραπάνω, που είναι ίδιες σε όλες σχεδόν τις χώρες, περιλαμβάνουν αλλαγές στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, και νεοεμφανιζόμενες ουσίες και τάσεις στη χρήση. Μια επιδημιολογική έρευνα στη Δανία το 2002 κατέδειξε σαφή σχέση μεταξύ της εκτεταμένης χρήσης αλκοόλ και καπνού και της πειραματικής χρήσης παράνομων ουσιών σε ομάδες νεαρών ατόμων.

Στις περισσότερες χώρες η επέκταση των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι αποτέλεσμα της αύξησης της πολυτοξικομανίας ουσιών. Στο Λουξεμβούργο η διάκριση μεταξύ της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών θεωρείται επίπλαστη, εξαιτίας της εκτεταμένης πολυτοξικομανίας.

4.12. Περιβαλλοντικές προσεγγίσεις

Οι περιβαλλοντικές προσεγγίσεις στη πρόληψη λειτουργούν στο επίπεδο των κοινωνικών και πολιτισμικών προτύπων. Η καθολική πρόληψη παρεμβαίνει

σε επίπεδο πληθυσμού, η επικεντρωμένη σε επίπεδο ευπαθών ομάδων και η ενδεδειγμένη σε ατομικό επίπεδο, η περιβαλλοντική λειτουργεί σε επίπεδο κοινωνίας, κυρίως επιχειρώντας τη διαμόρφωση στάσεων απέναντι στις νόμιμες ουσίες.

Οι περιβαλλοντικές προσεγγίσεις στη πρόληψη λειτουργούν σε δύο άξονες: α) στην αλλαγή των κοινωνικών προτύπων για τη χρήση και β) στη χρήση νόμιμων ουσιών ως προγνωστικό παράγοντα της παράνομης χρήσης.

α) Τα κοινωνικά πρότυπα και οι αξίες σε σχέση με την κατάχρηση ουσιών

Ένας από τους καθοριστικούς γνωστικούς παράγοντες στη διαμόρφωση της σχετικής με τη χρήση συμπεριφοράς των εφήβων είναι η αντίληψή τους για την κοινωνική αποδοχή της χρήσης στο περιβάλλον τους, που λειτουργεί ως πρότυπο. Συνεπώς, η αμφισβήτηση των προτύπων αυτών είναι ένα αποτελεσματικό στοιχείο προληπτικών παρεμβάσεων (Hansen 1992, Paglia and Room 1999. Cuijpers 2002).

Στο πλαίσιο αυτό, η αντίληψη περί δημόσιας προώθησης και αποδοχής της χρήσης των νομίμων ουσιών παίζει σημαντικό ρόλο και η απήχηση μιας στρατηγικής πρόληψης διακυβεύεται εάν τα μηνύματα που φιλοδοξεί να περάσει (π.χ. αυτοέλεγχος και κριτική στάση απέναντι στη χρήση) δεν ενισχύονται από τα κοινωνικά πρότυπα και τις περιβαλλοντικές συνθήκες γενικά, π.χ. στάσεις του κοινωνικού συνόλου απέναντι στην (ανεξέλεγκτη) χρήση νόμιμων ουσιών

Η κοινωνική αποδοχή της χρήσης νόμιμων ουσιών εξασθενεί την αξιοπιστία των προληπτικών μέτρων, επειδή διοχετεύει στους εφήβους το μήνυμα ότι η αποδοκιμασία των παράνομων ναρκωτικών οφείλεται σε νομικούς λόγους και όχι σε πραγματική ανησυχία για τις επιβλαβείς συνέπειες της χρήσης.

Με αυτό το σκεπτικό, αρκετές χώρες (η Γαλλία, η Νορβηγία, η Ρουμανία, η Σουηδία και η Φινλανδία) προβλέπουν στις Στρατηγικές τους για το αλκοόλ

και τον καπνό, την αλλαγή των κοινωνικών προτύπων και τη μείωση της κοινωνικής αποδοχής της χρήση νόμιμων ουσιών. Αυτό ήταν και το σκεπτικό της Οδηγίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2003 για τη διαφήμιση των προϊόντων καπνού (Οδηγία 2001/37/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 5ης Ιουνίου 2001, σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση των προϊόντων καπνού).

β) Το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ ως προγνωστικοί παράγοντες της παράνομης χρήσης

Υπάρχουν αρκετές ερευνητικές αποδείξεις ότι το κάπνισμα και η συχνή ή βαριά κατανάλωση οινοπνεύματος στα πρώτα χρόνια της εφηβείας αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για την μετέπειτα εμφάνιση κοινωνικών προβλημάτων και χρήσης παράνομων ουσιών (Gil et al. 2002, DeVries et al. 2003, Orlando et al. 2005, Paddock 2005).

Μέτρα για τον έλεγχο της χρήσης των νόμιμων ουσιών που στοχεύουν στην προστασία της υγείας, υπάρχουν σε πολλές χώρες, αλλά μόνο η Δανία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιταλία, η Ολλανδία και η Νορβηγία αναφέρουν σαφώς ότι η υιοθέτηση τέτοιων μέτρων στοχεύει, εκτός των άλλων, και στην ενίσχυση της πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών.

Είναι προφανές, ότι η αλλαγή των στάσεων δεν είναι μόνο θέμα πολιτικής αλλά και πολιτισμού και παράδοσης. Τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας μπορούν να συνεισφέρουν. Έχει αποδειχτεί ότι η καμπάνιες στα ΜΜΕ δεν αλλάζουν τη συμπεριφορά, μπορούν, όμως, να συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση, και επομένως να στηρίζουν μια περιβαλλοντική πολιτική για το σύνολο του πληθυσμού, παρότι, ίσως, δεν καταφέρουν να αποτρέψουν τη χρήση.

4.13. Νομοθετικό πλαίσιο

4.13.1. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η πρώτη νομοθετική κίνηση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας στον τομέα των ναρκωτικών ήταν να επικυρώσει το άρθρο 12 της Συνθήκης Ηνωμένων Εθνών του 1988 ενάντια στην παράνομη κυκλοφορία ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών.

Η ανάπτυξη της νομοθεσίας σχετικά με τα ναρκωτικά εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης άρχισε πραγματικά με την Συνθήκη του Μάαστριχτ που υιοθετήθηκε το 1992 και ήταν η πρώτη Ευρωπαϊκή Συνθήκη που αναφέρθηκε συγκεκριμένα στο φαινόμενο των ναρκωτικών. Στο άρθρο 129 όρισε ότι «(...) Η κοινοτική δράση θα κατευθυνθεί προς την πρόληψη των ασθενειών, και ιδιαίτερα των σημαντικότερων μαστιγών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, με την προώθηση της έρευνας στις αιτίες τους και τη μετάδοσή τους, καθώς επίσης και στην παροχή πληροφοριών και εκπαίδευσης για την υγεία.

Η συνθήκη του Άμστερνταμ, που υιοθετήθηκε το 1997, αποτέλεσε ένα νέο βήμα για την καταπολέμηση του φαινομένου. Άλλαξε ελαφρώς το κείμενο του σχετικού άρθρου με τη δημόσια υγεία και ιδιαίτερα την παροχή σχετικά με τα ναρκωτικά και έτσι συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών στη μείωση της ζήτησης, την ανταλλαγή πληροφοριών και την πρόληψη.

Καμία νομοθεσία από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα δε ρυθμίζει άμεσα την χρήση και την κατοχή ναρκωτικών δεδομένου ότι δεν υπάρχει καμία νομική βάση για να το κάνει αυτό. Εντούτοις ένας κανονισμός της Ευρωπαϊκής Κοινότητας δημιούργησε το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA) προκειμένου να συλλεχθούν αξιόπιστες και συγκρίσιμες στατιστικές.

Το EMCDDA δημιουργήθηκε το 1993 και καταστάθηκε πλήρως λειτουργικό το 1995. στους στόχους του περιλαμβάνεται η παραγωγή αντικειμενικών, αξιόπιστων και συγκριτικών στοιχείων, η μείωση της ζήτησης,

ο σχεδιασμός εθνικών στρατηγικών και πολιτικών, ο έλεγχος του εμπορίου των ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών και οι επιπτώσεις του φαινομένου των ναρκωτικών για τον χρήστη, τον παραγωγό και την χώρα διέλευσης.

4.13.2. Στην Ελλάδα

Το νομοθετικό πλαίσιο στον ελληνικό χώρο για τα ναρκωτικά διαγράφεται μέσα από τους Νόμους 1729/87, 2161/93, τους νόμους που τροποποιούν και επεξηγούν άρθρα αυτών, διάφορες υπουργικές αποφάσεις (Υ4α/48566, ΔΥΓ3γ/οικ. 11306, ΔΥΓ3γ/οικ. 3866) και προεδρικά διατάγματα (88/2004 και 63/2005).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του νομικού πλαισίου είναι η αυστηρότητά του έναντι αυτών που εμπορεύονται ή παρασκευάζουν ουσίες και η επιείκειά του έναντι των χρηστών. Ακόμη ο νόμος δύναται να αντιμετωπίζει διαφορετικά τα άτομα, ανάλογα με τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ατόμου και ουσίας. Επομένως διακρίνει πέντε κατηγορίες ατόμων που σχετίζονται με ουσίες.

- απλός χρήστης
- απλός εξαρτημένος
- απλός χρήστης ή εξαρτημένος και ταυτόχρονα δράστης αξιόποινων πράξεων
- έμπορος (παρασκευή, καλλιέργεια, εισαγωγή, προμήθεια, πώληση, μεταφορά, διάθεση)
- ενήλικο ή ανήλικο άτομο για όλα τα παραπάνω

Όσον αφορά την απλή χρήση (χωρίς διαπιστωμένη εξάρτηση), αυτή τιμωρείται με φυλάκιση. Εφόσον όμως ο απλός χρήστης, ο οποίος κατέχει ή προμηθεύεται ναρκωτικά για αποκλειστικά δική του χρήση, δεν έχει τιμωρηθεί έως τότε για έγκλημα ναρκωτικών και το επιθυμεί μπορεί να ενταχθεί και να παρακολουθήσει κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Το πρόγραμμα που θα παρακολουθήσει ορίζεται από το δικαστήριο. Εάν υπάρχει επιτυχής παρακολούθηση διάρκειας συνήθως έξι μηνών το δικαστήριο κρίνει το δράστη

ατιμώρητο. Διαφορετικά ο δράστης δικάζεται για την υπόθεση που παραπέμφθηκε.

Εφόσον κάποιος δράστης εντός 24 ωρών από τη σύλληψη δηλώσει τοξικομανία διατάσσεται διενέργεια πραγματογνωμοσύνης η οποία αποφαινεται εντός 48 ωρών για την ύπαρξη ή μη εξάρτησης, για το είδος (σωματική ή ψυχική) εξάρτησης, το βαθμό της, την ουσία, την ημερήσια δόση και την προτεινόμενη αγωγή.

Σε αντίθεση με τον απλό χρήστη εάν η κατηγορία ενός εξαρτημένου αφορά αποκλειστικά ίδια χρήση τότε το άτομο παραμένει ατιμώρητο εφόσον δεν είναι σε θέση να αποβάλλει την εξάρτηση με τις δικές του δυνάμεις. Για το λόγο αυτό εάν ο χρήστης επιθυμεί μπορεί να εισαχθεί σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα για τη σωματική απεξάρτηση και στη συνέχεια να παρακολουθήσει κάποιο άλλο πρόγραμμα για την ψυχική απεξάρτηση.

Εάν κάποιος που είναι είτε απλός χρήστης είτε τοξικομανής διαπράξει κάποια αξιόποινη πράξη, μπορεί να μην επιβληθεί ποινή ή η ποινή να είναι μειωμένη. Αυτό θα συμβεί μόνο εάν οι ιδιαίτερες συνθήκες καταδείξουν μείωση ή και αποκλεισμό καταλογισμού.

Παύση της ποινικής δίωξης («ευεργέτημα») μπορεί να επιτευχθεί και με την απόφαση του εξαρτημένου να προσέλθει οικιοθελώς για θεραπεία ακόμη και αν κατηγορείται για εμπορία, παρασκευή, χρήση ή και εγκλήματα διευκόλυνσης της χρήσης. Το «ευεργέτημα» δίνεται μόνο για μια φορά και δεν ισχύει για εγκλήματα κατά ζωής, προσωπικής ελευθερίας, βιασμό, διακεκριμένη κλοπή ή ληστεία.

Τα εγκλήματα όπως η εισαγωγή, η εμπορία, η διακίνηση, η καλλιέργεια, η παρασκευή, η νόθευση, η πλαστογράφηση ιατρικών συνταγών με σκοπό την διακίνηση, η ανάμειξη ουσιών σε τρόφιμα ή ποτά, επιφέρουν ποινές δεκαετούς κάθειρξης και μεγάλα χρηματικά πρόστιμα.

Οι ποινές προσαυξάνονται εάν στα προαναφερθέντα εγκλήματα συμμετέχει δράστης υπάλληλος σε υπηρεσία που ασχολείται με τα ναρκωτικά ή

άτομο που προωθεί ναρκωτικά σε χώρους όπως σχολεία, χώροι άθλησης, κατασκηνώσεις, φροντιστήρια, ιδρύματα κλπ. Με τις διατάξεις περί εμπορίας παραπέμπονται και οι γιατροί και οι φαρμακοποιοί που κάνουν κατάχρηση της ιδιότητάς τους.

Ισόβια κάθειρξη επιβάλλεται σε περιπτώσεις εμπορίας συνδυαζόμενης με άλλες επιβαρυντικές καταστάσεις όπως η χρησιμοποίηση ανηλίκων για την τέλεση αυτών των πράξεων, η διοχέτευση ναρκωτικών σε ανηλίκους, η κατ' επάγγελμα ενέργεια και η υποτροπή.

Τέλος οι ανήλικοι χρήστες ή εξαρτημένοι δικάζονται από τα δικαστήρια ανηλίκων και τους επιβάλλονται αναμορφωτικά μέτρα, θεραπευτικά μέτρα ή ποινικός σωφρονισμός.

Τα αναμορφωτικά μέτρα διακρίνονται σε εξωιδρυματικά, όπως επίπληξη, επιμέλεια γονέων, επιμέλεια ειδικού επιμελητή ανηλίκων κλπ. και σε ιδρυματικά όπως εγκλεισμός σε κατάστημα αγωγής.

Τα θεραπευτικά μέτρα προβλέπονται στις περιπτώσεις που ο ανήλικος έχει εθιστεί σε κάποια ουσία και παρουσιάζει σωματική ή ψυχική εξάρτηση. Η εξάρτηση διαπιστώνεται από έκθεση πραγματογνωμοσύνης και το δικαστήριο επιβάλλει στον ανήλικο την παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος.

Τέλος οι έφηβοι που κρίνονται από το δικαστήριο επικίνδυνοι να διαπράξουν και άλλα εγκλήματα στο μέλλον τιμωρούνται με ποινικό σωφρονισμό διάρκειας έξι μηνών έως δέκα ετών.

4. 14. Ανακεφαλαίωση

Η Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά, η οποία ανακοινώθηκε το 2006 και αφορά την περίοδο 2006-2012, στηρίζεται σε δύο πυλώνες προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα των ναρκωτικών, που είναι η μείωση της ζήτησης και η μείωση της προσφοράς ναρκωτικών ουσιών. Επίσης, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη και την καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος, καθώς και στην παρακολούθηση, την αξιολόγηση και την επιστημονική έρευνα του προβλήματος.

Για την εξασφάλιση ενός ολοκληρωμένου αποτελεσματικού συστήματος μείωσης της ζήτησης και της προσφοράς είναι αναγκαία η λήψη μιας σειράς αλληλοσυμπληρούμενων μέτρων, που θα επιτύχουν τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών και της εξάρτησης, με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση των υγειονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων.

Αυτό το σύστημα πρέπει να περιλαμβάνει: Μέτρα για την πρόληψη της δοκιμής και έναρξης της χρήσης, ενημέρωση – εκπαίδευση, ανάπτυξη μέτρων αποτροπής και καταστολής της χρήσης και διάδοσης εξαρτησιογόνων ουσιών, μέτρα για την αποτροπή της εγκατάστασης της εξάρτησης σε όσους επιχειρούν δοκιμή, έγκαιρη παρέμβαση για τη μείωση της βλάβης στην υγεία, αλλά και της κοινωνικής βλάβης από τα ναρκωτικά.

Οι βασικοί επιχειρησιακοί στόχοι του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι επτά: Η καθολική εξασφάλιση του δικαιώματος στη θεραπεία και η σταδιακή εξαφάνιση της λίστας αναμονής. Η εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες πρόληψης και ενημέρωσης. Η εξασφάλιση επιπλέον οικονομικών πόρων για προληπτική πολιτική. Η συνολική μείωση της ζήτησης εξαρτησιογόνων ουσιών. Η καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού και η κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών στη μάχη κατά της εξάρτησης. Η δημιουργία σταθερού πλαισίου συνεργασίας με όλους τους συναρμόδιους φορείς, τον κόσμο της παραγωγής και της εργασίας, για την κοινωνική

επανεξέταση των πρώην χρηστών. Η ανάδειξη της Ελλάδας σε διεθνές περιφερειακό κέντρο καινοτομίας και γνώσης για το ζήτημα της εξάρτησης.

Το νομοθετικό πλαίσιο στον ελληνικό χώρο για τα ναρκωτικά διαγράφεται μέσα από τους Νόμους 1729/87, 2161/93, τους νόμους που τροποποιούν και επεξηγούν άρθρα αυτών, διάφορες υπουργικές αποφάσεις (Υ4α/48566, ΔΥΓ3γ/οικ. 11306, ΔΥΓ3γ/οικ. 3866) και προεδρικά διατάγματα (88/2004 και 63/2005). Τα βασικά χαρακτηριστικά του νομικού πλαισίου είναι η αυστηρότητά του έναντι αυτών που εμπορεύονται ή παρασκευάζουν ουσίες και η επιείκειά του έναντι των χρηστών. Ακόμη ο νόμος δύναται να αντιμετωπίζει διαφορετικά τα άτομα, ανάλογα με τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ατόμου και ουσίας. Επομένως διακρίνει πέντε κατηγορίες ατόμων που σχετίζονται με ουσίες. Οι κατηγορίες αυτές είναι ο απλός χρήστης, ο απλός εξαρτημένος, ο απλός χρήστης ή εξαρτημένος και ταυτόχρονα δράστης αξιόποινων πράξεων, έμπορος (παρασκευή, καλλιέργεια, εισαγωγή, προμήθεια, πώληση, μεταφορά, διάθεση) και το ενήλικο ή ανήλικο άτομο για όλα τα παραπάνω.

Κεφάλαιο 5

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Εισαγωγή

Στην χώρα μας το φαινόμενο της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών, ως κοινωνικό πρόβλημα, άρχισε να εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80. Μέχρι τότε αφορούσε περισσότερο μια περιθωριακή ομάδα του πληθυσμού και περιοριζόταν στις μεγάλες πόλεις ενώ η αντιμετώπισή του αφορούσε περισσότερο τις διωκτικές αρχές παρά την επιστημονική κοινότητα. Οι επιδημιολογικές έρευνες ήταν σπάνιες, ενώ μεγάλη σημασία δίνονταν στην καταστολή των περιθωριακών ατόμων σε μια προσπάθεια να αποφευχθεί η «μόλυνση» του υγιούς πληθυσμού.

Οι πρώτες συστηματικές παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης ξεκίνησαν στην Ελλάδα στις αρχές του '80, συμμετέχοντας σε τριετές πιλοτικό πρόγραμμα που διοργάνωσε το Συμβούλιο της Ευρώπης (1986-1989). Την εφαρμογή του πιλοτικού αυτού προγράμματος ανέλαβε αρχικά η ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτειο) και αργότερα δημιουργήθηκε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). Το πρόγραμμα έδωσε για πρώτη φορά τη δυνατότητα συστηματικής εφαρμογής και αξιολόγησης μιας νέας φιλοσοφίας και πρακτικής στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης.

Το νεοσύστατο ΕΠΨΥ ξεκίνησε, στις αρχές του '90, και αφού είχε ολοκληρώσει την πανελλαδική έρευνα για την χρήση ναρκωτικών στον γενικό και μαθητικό πληθυσμό, μια προσπάθεια μεταφοράς της απαραίτητης τεχνογνωσίας για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην χώρα μας. Οργάνωσε εκπαιδεύσεις επαγγελματιών στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, συμμετείχε σε τριετές πρόγραμμα του δήμου Αθηναίων για την ευαισθητοποίηση των νέων απέναντι

στην εξάρτηση, οργάνωσε μια σειρά από παρεμβάσεις σε συνεργασία με δήμους της Αθήνας και της επαρχίας (Αγ. Δημήτριος, Καλλιθέα, Πάτρα, κ.ά.).

Και έτσι το 1995 δημιουργήθηκε ο ΟΚΑΝΑ που αποτελεί προϊόν της ανάγκης για μια εθνική πολιτική κατά της ουσιοεξάρτησης. Την ίδια χρονιά εξαγγέλει την δημιουργία ενός δικτύου Κέντρων Πρωτογενούς πρόληψης σε όλη την Ελλάδα αναθέτοντας στο ΕΠΠΨΥ την εκπαίδευση των επαγγελματιών που θα τα στελεχώνουν. Τα κέντρα αυτά δημιουργήθηκαν σε συνεργασία του ΟΚΑΝΑ και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Λειτουργούν σε νομαρχιακό επίπεδο, εκτός από αυτά της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης που λειτουργούν σε δημοτικό ή διαδημοτικό επίπεδο και αποτελούν το δίκτυο των υπηρεσιών πρωτογενούς πρόληψης της χρήσης ουσιών στην Ελλάδα.

Οι βασικοί τους στόχοι είναι η μελέτη των αναγκών και των ιδιαιτεροτήτων της τοπικής κοινότητας, η προσαρμογή των παρεμβάσεων στις ιδιαιτερότητες αυτές και η εμπλοκή των τοπικών αρχών και φορέων στην πρόληψη. Σήμερα λειτουργούν 64 κέντρα πρόληψης σε όλη την επικράτεια με προοπτική σύμφωνα με το σχεδιασμό του ΟΚΑΝΑ, την σταδιακή αύξηση τους. Επίσης, με τη δημιουργία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ) και σε συνεργασία με τα αντίστοιχα κέντρα του Ευρωπαϊκού δικτύου, άρχισε το 1994 η συστηματική καταγραφή των διαστάσεων του φαινομένου στην χώρα μας.

Στις αρχές του '80 παρατηρήθηκε και σε ευρωπαϊκό επίπεδο μια συστηματική μελέτη του φαινομένου των ουσιοεξαρτήσεων. Πραγματοποιήθηκαν επιστημονικά τεκμηριωμένες έρευνες σε όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης προσφέροντας την ευκαιρία συγκριτικής μελέτης του φαινομένου. Τα ερευνητικά δεδομένα κατέδειξαν την αλματώδη αύξηση της χρήσης και κατάχρησης ουσιών και στην χώρα μας αποδεικνύοντας την αναποτελεσματικότητα της εκστρατείας «ενημέρωσης».

Επιπλέον τόσο τα επιδημιολογικά όσο και τα κλινικά δεδομένα από το χώρο της θεραπείας ανέδειξαν την πολυπλοκότητα του φαινομένου της χρήσης,

το σημαντικό βαθμό επίδρασης των ψυχολογικών παραγόντων καθώς και την αλληλεπίδραση αυτών με παράγοντες και σχέσεις στο οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται.

Η συνολική αντιμετώπιση του φαινομένου, και ιδιαίτερα η παρέμβαση σε πρωτογενές επίπεδο, αναδείχθηκε πλέον ως αναγκαιότητα. Τα ερευνητικά δεδομένα μελετήθηκαν και προτάθηκαν βασικές αρχές σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης:

- Η γνώση για τις συνέπειες της χρήσης δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την αποφυγή της.
- Η πρόληψη είναι μια σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία που στοχεύει στην ανάδειξη και συνειδητοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων της χρήσης.
- Η πρόληψη δεν είναι υπόθεση μόνο των ειδικών αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών και φορέων που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα).

Το περιεχόμενο και η μεθοδολογία εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των πληθυσμιακών ομάδων στις οποίες απευθύνονται, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες τους και τα αιτήματά τους όπως αυτά εκφράζονται.

Η εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης μπορεί να έχει αποτέλεσμα μόνο στο βαθμό που εντάσσεται σε ένα πλαίσιο μακρόπνοης πολιτικής της τοπικής κοινότητας αλλά και γενικότερα της χώρας.

Οι πρώτες προσπάθειες πρωτογενούς πρόληψης βασίστηκαν στην πληροφόρηση και στη διαφώτιση. Το μήνυμα που μεταδιδόταν έδινε έμφαση στους κινδύνους και τις ολέθριες επιπτώσεις από την χρήση και στόχευε στη δημιουργία συναισθηματικών αντιδράσεων φόβου. Οι πληροφορίες των μηνυμάτων αυτών ήταν τις περισσότερες φορές υπερβολικές, γεγονός που είχε ως συνέπεια την αμφισβήτηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους από τους δέκτες και ιδιαίτερα από τα νεαρά άτομα.

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως οι πληροφορίες που δίδονται και δεν παίρνουν υπόψη τα χαρακτηριστικά της ομάδας στην οποία ανήκουν οι δέκτες (ηλικία, ενδεχόμενη προηγούμενη εμπειρία με χρήση ουσιών κλπ), κινδυνεύουν να οδηγήσουν σε αντίθετα από τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα όπως, για παράδειγμα, προκαλώντας την περιέργεια των νέων και την επιθυμία τους για δοκιμή.

5.2. Ορισμός του προβλήματος

Η συμπεριφορά της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, χαρακτηρίζεται, όπως και κάθε άλλη καταναλωτική συμπεριφορά, από δυο συνιστώσες: (α) της ζήτησης και (β) της προσφοράς. Στα δυο αυτά μέτωπα επικεντρώνεται και η μάχη για την αντιμετώπιση του προβλήματος. (Κοκκέβη, 2006)

Παρόλα αυτά, σήμερα γίνεται όλο και περισσότερο φανερό πως, όσο υπάρχει ζήτηση, η μάχη στο μέτωπο της προσφοράς, ακόμα και με τη λήψη δρακόντειων μέτρων, είναι μάταιη όσο τα κέρδη στο επίπεδο των παραγωγών, των μεσαζόντων και των μεταπωλητών παραμένουν τεράστια. (Κοκκέβη, 2006)

Είναι επίσης προφανές πως, ακόμα κι αν οι διεθνείς και κυβερνητικές προσπάθειες κατάφεραν να ελέγξουν την παραγωγή φυσικών προϊόντων, όπως του οπίου ή της κοκαΐνης, υπάρχει πάντα η δυνατότητα κατασκευής συνθετικών προϊόντων με ανάλογη επίδραση με αυτή των παράνομων ουσιών, ο έλεγχος των οποίων είναι πολύ δύσκολος. Πρόκειται για ουσίες που κατασκευάζονται σε παράνομα εργαστήρια, μετά από τροποποίηση της μοριακής δομής γνωστών και ελεγχόμενων από το νόμο φαρμάκων. Με τις ουσίες των σχεδιαστών σπάζουν δυο από τους κρίκους της αλυσίδας στη μάχη ενάντια στην προσφορά των παράνομων φυσικών ουσιών, δηλαδή οι διεθνείς διπλωματικές προσπάθειες κατά της παραγωγής και ο τελωνειακός έλεγχος. Με άλλο λόγια, όσο υφίσταται ζήτηση, ο εφοδιασμός της αγοράς με ναρκωτικά θα διαιωνίζεται με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

5.3. Είδη πρόληψης

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 «παρακίνηση» τους να αλλάξουν τον τρόπο ζωής προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Η εκπαίδευση και η πληροφόρηση παίζουν ένα ζωτικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Ο σκοπός μπορεί να είναι η άμεση προαγωγή μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς (όπως η παύση, η 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 δυνατό να διδαχτούν οι νέοι άνθρωποι πως μπορούν να διατηρούν την ακεραιότητά τους σε διαφορετικά πλαίσια. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

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 παίζουν σημαντικό ρόλο στην

πρόληψη της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς χωρίς καν να το συνειδητοποιήσουν. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Δευτερογενής πρόληψη εννοούμε την αντιμετώπιση ενός προβλήματος στην εμφάνισή του. περιλαμβάνει δραστηριότητες που στοχεύουν στην απεξάρτηση των χρηστών.

5.4. Αρχές πρόληψης

Αυτές οι αναθεωρημένες αρχές πρόληψης που παρουσιάζονται παρακάτω έχουν προκύψει από μελέτες που χρηματοδοτούνται από το Εθνικό Ινστιτούτο της Χρήσης Ναρκωτικών (National Institute of Drug Abuse). (N.I.D.A., 2005)

Αρχή 1:

Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να ενισχύσουν τους προστατευτικούς παράγοντες και να αναστρέψουν ή να μειώσουν τους παράγοντες κινδύνου.

Ο κίνδυνος να γίνει κάποιος χρήστης ουσιών περικλείει τη σχέση μεταξύ του αριθμού και του είδους των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων.

Ο πιθανός αντίκτυπος του συγκεκριμένου κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων αλλάζει με την ηλικία. Για παράδειγμα, παράγοντες κινδύνου μέσα στην οικογένεια έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στα νεαρά παιδιά, ενώ η συναναστροφή με ομάδες χρηστών μπορεί να είναι σημαντικότερος παράγοντες κινδύνου για έναν έφηβο.

Η πρόωρη επέμβαση στους παράγοντες κινδύνου συχνά έχει μεγαλύτερη επίδραση από ότι η αργότερη επέμβαση στην αλλαγή του τρόπου ζωής ενός παιδιού μακριά από τα προβλήματα και προς τις θετικές συμπεριφορές.

Ενώ οι παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν όλους τους ανθρώπους, οι παράγοντες αυτοί μπορούν να έχουν διαφορετικές επιδράσεις ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα και το περιβάλλον του ατόμου.

Αρχή 2:

Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να εξετάζουν όλες τις μορφές της χρήσης ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένων την χρήση των νόμιμων ουσιών (καπνός, αλκοόλ), την χρήση παράνομων ουσιών (μαριχουάνα, ηρωίνη) και την ακατάλληλη χρήση των νομίμως αποκτειθήσων ουσιών, φαρμακευτικών συνταγών.

Αρχή 3:

Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να εξετάσουν τον τύπο της κατάχρησης στην τοπική κοινωνία, να στοχεύσουν στους παράγοντες κινδύνου που μπορούν να τροποποιηθούν, και να ενισχύσουν τους προσδιορισμένους προστατευτικούς παράγοντες.

Αρχή 4:

Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να προσαρμοστούν στους συγκεκριμένους κινδύνους για τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού όπως η ηλικία, το φύλο και η εθνικότητα για να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων.

Αρχή 5:

Τα προγράμματα πρόληψης που βασίζονται στην οικογένεια, πρέπει να ενισχύσουν τους οικογενειακούς δεσμούς και σχέσεις και να συμπεριλάβουν τις γονεϊκές ικανότητες, εξάσκηση στην ανάπτυξη, συζήτηση και την επιβολή οικογενειακών πολιτικών στην κατάχρηση ουσιών και κατάρτιση στην εκπαίδευση και πληροφόρηση για τα ναρκωτικά.

Οι οικογενειακοί δεσμοί είναι η βάση της σχέσης μεταξύ γονέων και παιδιών. Οι δεσμοί μπορούν να ισχυροποιηθούν μέσω της εκπαίδευσης ικανοτήτων στην γονεϊκή υποστήριξη παιδιών, στην επικοινωνία γονέα-παιδιού και στην γονική συμμετοχή.

Ο γονικός έλεγχος και επίβλεψη είναι σημαντικός για την πρόληψη της χρήσης ουσιών. Αυτές οι δεξιότητες μπορεί να ενισχυθούν με την κατάρτιση στο να θέτουν κανόνες, με τεχνικές για έλεγχο των δραστηριοτήτων, έπαινο για αρμόζουσα συμπεριφορά, και συνεπής πειθαρχία που επιβάλλει τους καθορισμένους κανόνες.

Η εκπαίδευση και πληροφόρηση για τα ναρκωτικά για τους γονείς ή τους κηδεμόνες ενισχύουν τι μαθαίνουν τα παιδιά για τα επιβλαβή αποτελέσματα των ναρκωτικών και δίνει ευκαιρίες για οικογενειακή συζήτηση σχετικά με την χρήση παράνομων και νόμιμων ουσιών.

Οι συνοπτικές στραμμένες στην οικογένεια επεμβάσεις για τον γενικό πληθυσμό μπορούν να αλλάξουν θετικά συγκεκριμένες γονεϊκές συμπεριφορές που μπορούν αργότερα να μειώσουν τους κινδύνους κατάχρησης ουσιών.

Αρχή 6:

Προληπτικά προγράμματα μπορούν να σχεδιαστούν για να παρέμβουν από το νηπιαγωγείο και να προσδιορίσουν παράγοντες κινδύνου τόσο για κατάχρηση ουσιών, όσο και για επιθετική συμπεριφορά, μαθησιακές δυσκολίες και ελλιπής κοινωνικές δεξιότητες.

Αρχή 7:

Τα προγράμματα πρόληψης για παιδιά δημοτικού πρέπει να στοχεύσουν στην βελτίωση της ακαδημαϊκής και κοινωνικο-συναισθηματικής μάθησης έτσι ώστε να εξετάζουν τους παράγοντες κινδύνου όπως την πρώιμη επιθετικότητα, την σχολική αποτυχία, και την εγκατάλειψη του σχολείου.

Η εκπαίδευση πρέπει να εστιάσει στις παρακάτω δεξιότητες:

- αυτοέλεγχο,
- συναισθηματική αντίληψη,
- επικοινωνία,
- επίλυση κοινωνικών προβλημάτων, και

- εκπαιδευτική υποστήριξη, ιδιαίτερα στο διάβασμα.

Αρχή 8:

Τα προγράμματα πρόληψης για μαθητές γυμνασίου και λυκείου πρέπει να αυξήσουν την ακαδημαϊκή και κοινωνική ικανότητα με τις ακόλουθες δεξιότητες:

- συνήθειες μάθησης και ακαδημαϊκή υποστήριξη,
- επικοινωνία
- ομαδικές σχέσεις
- αυτό-αποτελεσματικότητα και ασφάλεια
- ενίσχυση των αντιναρκωτικών τοποθετήσεων και
- ενίσχυση των προσωπικών υποχρεώσεων ενάντια στην κατάχρηση ουσιών.

Αρχή 9:

Τα προγράμματα πρόληψης που στοχεύουν στον γενικό πληθυσμό στα βασικά σημεία μετάβασης όπως η μετάβαση στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, μπορούν να παραγάγουν ευεργετικά αποτελέσματα ακόμη και μεταξύ των υψηλού κινδύνου οικογενειών και των παιδιών. Τέτοιες παρεμβάσεις δεν επιλέγουν τους πληθυσμούς κινδύνου και, επομένως, μειώνουν τον στιγματισμό και προωθούν την σύνδεση στο σχολείο και την κοινότητα.

Αρχή 10:

Τα κοινοτικά προγράμματα πρόληψης που συνδυάζουν δύο ή περισσότερα αποτελεσματικά προγράμματα, όπως τα προγράμματα που βασίζονται στην οικογένεια και τα σχολικά προγράμματα, μπορούν να είναι περισσότερο αποτελεσματικά από ένα μόνο πρόγραμμα.

Αρχή 11:

Τα κοινοτικά προγράμματα πρόληψης που πλησιάζουν τον πληθυσμό σε πολλαπλά περιβάλλοντα – π.χ. σχολεία, λέσχες, εκκλησιαστικούς οργανισμούς, και τα ΜΜΕ – είναι περισσότερο αποτελεσματικά, όταν παρουσιάζουν τα σύμφωνα, πανκοινοτικά μηνύματα σε κάθε περιβάλλον.

Αρχή 12:

Όταν οι κοινότητες προσαρμόζουν τα προγράμματα έτσι ώστε να ταιριάζουν με τις ανάγκες τους, τους κοινοτικούς κανόνες ή με τις διαφορετικές πολιτιστικές απαιτήσεις, πρέπει να διατηρούν τα βασικά στοιχεία της αρχικής επέμβασης, τα οποία περιλαμβάνουν:

- δομή (πως είναι οργανωμένο και δομημένο το πρόγραμμα)
- περιεχόμενο (τις πληροφορίες, δεξιότητες και στρατηγικές του προγράμματος), και την παράδοση (πως το πρόγραμμα προσαρμόζεται, εκτελείται, και αξιολογείται).

Αρχή 13:

Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να είναι μακροπρόθεσμα με επαναλαμβανόμενες επεμβάσεις (δηλ. συμπληρωματικά προγράμματα) για να ενισχύσουν τους αρχικούς στόχους πρόληψης. Η έρευνα δείχνει ότι τα πλεονεκτήματα/οφέλη από τα προγράμματα πρόληψης (μέσης εκπαίδευσης) σε παιδιά γυμνασίου ελαττώνονται χωρίς την συνέχιση των προγραμμάτων στο λύκειο.

Αρχή 14:

Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των δασκάλων στις καλές πρακτικές διαχείρισης της τάξης, όπως την επιβράβευση στην αρμόζουσα συμπεριφορά των μαθητών. Τέτοιες τεχνικές βοηθούν να

ενθαρρυνθεί η θετική συμπεριφορά των μαθητών, το ακαδημαϊκό κίνητρο και ο σχολικός δεσμός.

Αρχή 15:

Τα προγράμματα πρόληψης είναι περισσότερο αποτελεσματικά όταν υιοθετούν διαλογικές τεχνικές, όπως την ομαδική συζήτηση και τα παιχνίδια ρόλων, που επιτρέπουν την ενεργό συμμετοχή στην μάθηση για την χρήση ουσιών και στην ενίσχυση των δεξιοτήτων.

Αρχή 16:

Τα προγράμματα πρόληψης που βασίζονται στην έρευνα μπορούν να είναι οικονομικών αποδοτικά. Πρόσφατη έρευνα (στην Αμερική) έδειξε ότι για κάθε δολάριο που επενδύεται στην πρόληψη, αποταμιεύονται μέχρι και 10 δολάρια στη θεραπεία του αλκοόλ ή άλλης κατάχρησης ουσιών.

5.5. Πολιτική πρόληψης

Η πολιτική αποτελεί πάντοτε το θεμέλιο των δραστηριοτήτων πρόληψης, τουλάχιστον εάν αυτές εφαρμόζονται με οργανωμένο τρόπο. Για την αξιολόγηση της πολιτικής της πρόληψης και των προτεραιοτήτων που έχουν προσδιορίσει οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής, είναι απαραίτητη η εδραίωση του πλαισίου πολιτικής. Συνήθως, η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα πρόληψης θεωρείται εθελοντική, αν και οι γνώμες στο θέμα αυτό ποικίλλουν και η νομοθεσία διαφέρει από χώρα σε χώρα. Για ορισμένες μορφές πρόληψης αυτό αποτελεί επίσης και μια σημαντική συνθήκη για την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις δραστηριότητες πρόληψης που στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς.

Στην πολιτική της πρόληψης, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους χρονικούς περιορισμούς. Ελάχιστο προβλήματα μπορούν να παίξουν καταλυτικό ρόλο μέσα σε ένα δεδομένο χρονικό πλαίσιο. Η πολιτική της

πρόληψης θα πρέπει να δηλώνει τη γεωγραφική κλίμακα του προβλήματος, δηλαδή που συναντάται και πως πρέπει να αντιμετωπιστεί. Μερικές φορές, ο περιορισμός των δραστηριοτήτων σε μια περιοχή ή χώρα δεν είναι πολύ χρήσιμος γιατί απαιτείται μια συντονισμένη προσπάθεια σε ευρωπαϊκή ή διεθνή κλίμακα. Αυτό φυσικά δεν αποκλείει τη συμβολή των τοπικών προσπαθειών – ακριβώς το αντίθετο. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Για να βασίζεται στην κοινωνική υποστήριξη, η πολιτική της πρόληψης πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τις κοινωνικές, πολιτικές ή ηθικές επιπτώσεις που συνοδεύουν την εισαγωγή των προγραμμάτων πρόληψης. Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης μπορούν και αυτά να συμβάλλουν άθελά τους στη μη επιθυμητή διάδοση και υποστήριξη ηθικών ή πολιτικών στάσεων. Ένα ανάλογο παράδειγμα είναι όταν η πρόληψη των ναρκωτικών συνδέεται με τις μειονότητες. Στην πρακτική της πρόληψης των προβλημάτων σχετικά με το αλκοόλ και να ναρκωτικά υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να γίνουν ακούσιες και ανεπιθύμητες συνδέσεις οι οποίες είναι δυνατόν να υπονομεύσουν πλήρως τους πραγματικούς στόχους των δραστηριοτήτων 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 μονάδες, όπως στο σχολείο, την οικογένεια ή τον εργασιακό χώρο. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Η πρακτική της πρόληψης που αφορά στην κατάχρηση των οινόπνευματων και τον αλκοολισμό έχει μακρά ιστορία. Πως μπορεί κανείς να προλάβει τη χρήση και/ή την κατάχρηση μιας ουσίας όταν υπάρχει τόσο έντονη επιθυμία για αυτή και η χρήση της είναι τόσο βαθιά ριζωμένη στις πολιτιστικές συνήθειες; Η πρόληψη της χρήσης και/ή κατάχρησης των ναρκωτικών είναι ακόμη πιο πολύπλοκη γιατί η διακίνηση και η κατανάλωση των ναρκωτικών γίνεται στο σκοτάδι. Για τους περισσότερους ανθρώπους,

αυτός ο λόγος αρκεί για να τους αποτρέψει από τη χρήση ναρκωτικών. Αλλά για ορισμένες μικρές ομάδες της κοινωνίας, τα μέλη των οποίων κατέχουν μια κοινωνικά περιθωριακή ή ψυχολογικά ασταθή θέση, αυτός ακριβώς μπορεί να είναι ο παράγοντας που αυξάνει την πιθανότητα να υποκύψουν στον πειρασμό. Η σχέση μεταξύ των ψυχολογικών διαταραχών και των πολιτισμικών περιστάσεων απαιτεί συνεχή αναθεώρηση της υπάρχουσας γνώσης και των συστημάτων ταξινόμησης, κάτι που αποτελεί μια διαρκή απειλή υπονόμησης της ίδιας της διεργασίας συσσώρευσης γνώσης (λ.χ. για τον «εθισμό»). Από αυτή την άποψη, η πολιτισμική αντίληψη της αποδοχής της κατανάλωσης οινόπνευματων και της ποσότητας που καταναλώνεται στην κοινωνική ζωή ποικίλλει έντονα από χώρα σε χώρα. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

5.6. Εκπαιδευτικά μοντέλα στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης

Οι προσεγγίσεις για την πρόληψη της χρήσης ουσιών έχουν βασιστεί σε τρία βασικά μοντέλα:

- Γνωστικό
- Συναισθηματικό
- Ψυχοκοινωνικό

5.6.1. Γνωστικό μοντέλο

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως, η επαρκής γνώση για τις επιπτώσεις της χρήσης ουσιών μπορεί να διαμορφώσει μία αρνητική στάση απέναντι στις ουσίες και κατά συνέπεια να μειώσει την πιθανότητα χρήσης. Η υπόθεση είναι ότι οι έφηβοι κάνουν χρήση γιατί δεν έχουν την απαραίτητη πληροφόρηση για τις συνέπειες, με αποτέλεσμα να έχουν διαμορφώσει μία θετική ή ουδέτερη στάση ως προς τη δοκιμή. Προγράμματα που βασίζονται σε αυτό το μοντέλο χρησιμοποιούν συνήθως παραδοσιακές μεθόδους διδασκαλίας.

Μελέτες που έχουν γίνει αποδεικνύουν ότι η απλή γνώση δεν επιφέρει απαραίτητα την ανάλογη αλλαγή στις στάσεις (Williams et al., 1985). Αντίθετα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η επικέντρωση της προσοχής απλά και μόνο στην παροχή γνώσεων και πληροφοριών, μπορεί να οδηγήσει σε αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα (Pickens, 1985). Ακόμη και αν υποθέσουμε ότι υπάρχει αλλαγή στη στάση, δεν είναι απαραίτητο ότι αυτή θα επηρεάσει και τη συμπεριφορά.

Το κύριο πρόβλημα είναι ότι οι στάσεις δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας που διαμορφώνει μία συμπεριφορά. Η απόφαση που μπορεί να πάρει κάποιος να καπνίσει, να πει ή να χρησιμοποιήσει άλλες ουσίες επηρεάζεται από πολλούς κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες σε συνδυασμό με τις στάσεις και τις αξίες του ίδιου του ατόμου γενικότερα. Η ενημέρωση, λοιπόν, είναι σημαντική αλλά θα πρέπει να καλύπτει μόνο ένα μέρος ενός ευρύτερου προγράμματος Αγωγής Υγείας.

5.6.2. Συναισθηματικό μοντέλο

Σε αντίθεση με το γνωστικό μοντέλο που επικεντρώνεται στην ουσία, το συναισθηματικό μοντέλο επικεντρώνεται στο άτομο. Το μοντέλο αυτό προτείνει την εκτίμηση των ατομικών αναγκών και αξιών του ατόμου και τη διερεύνηση του ρόλου που οι ουσίες μπορούν να παίξουν ως προς την κάλυψη αυτών των αναγκών. Ο στόχος είναι η μείωση της χρήσης μέσα από τη βελτίωση της αυτογνωσίας και της ικανότητας του ατόμου να αποφασίζει συνειδητά και υπεύθυνα.

5.6.3. Ψυχοκοινωνικό μοντέλο

Το πιο πρόσφατο μοντέλο, το μοντέλο των κοινωνικών δεξιοτήτων, βασίζεται στη θεωρητική άποψη ότι τα άτομα κάνουν κατάχρηση ουσιών επειδή δεν έχουν τις ψυχοκοινωνικές δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να καλύψουν τις ανάγκες τους με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους. Τρεις τεχνικές

ακολουθούνται για την εφαρμογή του μοντέλου αυτού: διαμόρφωση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία, εκμάθηση δεξιοτήτων για την αντίσταση στις κοινωνικές επιρροές που προωθούν την κατάχρηση ουσιών και ενίσχυση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων (επικοινωνία, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων).

Σε ένα πρόγραμμα που βασίζεται στο μοντέλο αυτό, οι έφηβοι διδάσκονται πώς να αναγνωρίζουν τις πιέσεις των συνομηλίκων και άλλων και πώς να αντιστέκονται σε αυτές. Για παράδειγμα οι έφηβοι μαθαίνουν και δοκιμάζουν, με ασκήσεις, συγκεκριμένους τρόπους αντίδρασης που μπορούν να χρησιμοποιήσουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με τέτοιες πιέσεις. Τέτοιοι τρόποι μπορεί να είναι:

- να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους αρνούνται
- να δώσουν χιουμοριστικές απαντήσεις
- να προτείνουν εναλλακτικές δραστηριότητες

Το παιχνίδι ρόλων είναι μία μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνά στα προγράμματα που βασίζονται στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο. Η μέθοδος αυτή δίνει την ευκαιρία στους νέους να αναπτύξουν επιχειρηματολογία και να αναπαραστήσουν τρόπους αντίστασης στις κοινωνικές επιρροές. (Telch et al., 1982)

5.7. Αποτελεσματικότητα

Η γενική αποτυχία των χωρών, που έχουν στρατευθεί συστηματικά στον αγώνα της πρόληψης της τοξικομανίας, εδώ και είκοσι περίπου χρόνια, θέτει πολλά ερωτήματα γύρω από το αν υπάρχει ή όχι δυνατότητα πρόληψης του τόσο σοβαρού προβλήματος, που απειλεί σήμερα τους νέους όλων των χωρών ανεξαρτήτως γεωγραφικών συνόρων, πολιτικών καθεστώτων, κοινωνικών τάξεων και ηλικίας.

Η συμπεριφορά της εξάρτησης από τα ναρκωτικά χαρακτηρίζεται από δύο συνιστώσες: α) της ζήτησης, και β) της προσφοράς. Επομένως, η μάχη για

την αντιμετώπιση του φαινομένου επικεντρώνεται στα δύο αυτά μέτωπα. Παρόλα αυτά, σήμερα αποδεικνύεται πως όσο υπάρχει ζήτηση, η μάχη για τη μείωση της προσφοράς, ακόμη κι αν ληφθούν δρακόντεια μέτρα, είναι μάταιη, όσο τα κέρδη είναι τεράστια. Επίσης, ακόμα και αν οι διεθνείς και κυβερνητικές προσπάθειες κατάφερναν να ελέγξουν την παραγωγή φυσικών προϊόντων (όπιο, κοκαΐνη), δε θα μπορούσαν να ελέγξουν την παρασκευή συνθετικών προϊόντων. Με άλλα λόγια, όσο υφίσταται ζήτηση, ο εφοδιασμός της αγοράς με ναρκωτικά θα διαιωνίζεται με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Παρόλο που καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες στον τομέα της καταπολέμησης της εξάρτησης, δε θα μπορούσε σχεδόν καμία από τις χώρες που καταβάλλουν προσπάθειες για την καταπολέμηση του φαινομένου, να ισχυριστεί όπως ανακάλυψε κατάλληλες και αποτελεσματικές μεθόδους για την πρόληψη του προβλήματος. Η αποτυχία αυτή των χωρών να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, τόσο με την πρωτογενή όσο και με τη δευτερογενή πρόληψη, επιβεβαιώνεται άλλωστε από τα υπέρογκα ποσά που ξοδεύονται στον τομέα της τριτογενούς πρόληψης. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Τέλος, η κατάλληλη οικονομική υποστήριξη θα έδινε ώθηση στην έρευνα και αυτή, με τη σειρά της, θα μπορούσε να προσδιορίσει τις προϋποθέσεις που θα εξασφάλιζαν την επιτυχία των προληπτικών προγραμμάτων. Μόνο έτσι οι προληπτικές προσπάθειες θα μπορούσαν να στραφούν στην εφαρμογή προγραμμάτων αποδεδειγμένα αποτελεσματικών και αποδοτικών από την άποψη κόστους – οφέλους.

5.8. Προϋποθέσεις για το έργο της πρόληψης

Είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα καλό σύστημα εθνικής υποστήριξης το οποίο θα διευκολύνει την ανάπτυξη του έργου της πρόληψης σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο και θα ενισχύει τη λειτουργία των περιφερειακών κέντρων πρόληψης. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Οι διαθέσιμες γνώσεις και δεξιότητες είναι επιθυμητό να συγκεντρώνονται σε εθνικό επίπεδο. Οι εθνικοί οργανισμοί μπορούν να δημιουργήσουν ένα κέντρο αναφοράς και πληροφόρησης. Επιπλέον, μια κίνηση προς τη σωστή κατεύθυνση θα ήταν η διασφάλιση –εκ μέρους των εθνικών οργανισμών– ότι η εμπειρία και η εξειδικευμένη γνώση που οικοδομείται σε μια περιφέρεια μεταφέρεται επιτυχώς και σε άλλα μέρη της χώρας. Ο σχεδιασμός προγραμμάτων είναι ένα τόσο δύσκολο έργο που δεν θα πρέπει να περιμένουμε από τα στελέχη πρόληψης να το επιτελέσουν μόνοι τους. Για το λόγο αυτό, θα ήταν χρήσιμος ο διαχωρισμός του έργου αυτού σε δύο τμήματα: γενικός σχεδιασμός σε εθνικό επίπεδο και πρακτική δουλειά σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999: 45)

Το έργο των εθνικών υπηρεσιών είναι να καταστήσουν τις περιφερειακές και διεθνείς πρωτοβουλίες πιο προσιτές και να διοχετεύουν πληροφορίες. Όμως, η δομή στήριξης δεν πρέπει να εξυπηρετεί μόνο το χώρο των οργανισμών και των ομάδων που εμπλέκονται άμεσα στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Βέβαια, εκεί όπου αυτές οι ομάδες και οι οργανισμοί είναι λιγστοί και σε μεγάλη απόσταση μεταξύ τους συνεπάγεται ότι οι εθνικές υπηρεσίες πρέπει να καλύπτουν μια κατά πολύ μεγαλύτερη ομάδα-στόχο. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

5.9. Αξιολόγηση του έργου της πρόληψης

Έννοιες κλειδιά στην αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης είναι η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα¹. Η επιτυχία ενός προγράμματος

¹ Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ο αποσκοπούμενο στόχος μιας δραστηριότητας πρόληψης επιτυγχάνεται ουσιαστικά στην πράξη. Όσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα επίτευξης του στόχου, τόσο μεγαλύτερη είναι η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης δραστηριότητας πρόληψης. Η αποδοτικότητα αναφέρεται στο πώς τα μετρούμενα αποτελέσματα ανταποκρίνονται στο κόστος επίτευξής τους. Όσο πιο χαμηλό είναι το κόστος επίτευξης ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος, τόσο πιο αποδοτική είναι η συγκεκριμένη δραστηριότητα πρόληψης. Το αρχικό ερώτημα που πρέπει να απαντηθεί πριν επιχειρήσουμε την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού έργου πρόληψης, είναι κατά πόσο ένα συγκεκριμένο είδος παρέμβασης θα αποδώσει σε μια πειραματική και πλήρως ελεγχόμενη κατάσταση. Η αξιολόγηση που απαιτείται για να αποδειχτεί αυτό αναφέρεται στη δραστηριότητα της παρέμβασης. Εάν μια παρέμβαση είναι δραστική, και πάλι δεν γνωρίζουμε αν μπορεί να εφαρμοστεί αποτελεσματικά ούτε αν μπορεί να υλοποιηθεί στην πράξη.

πρόληψης –η πρόληψη ενός προβλήματος (ή μιας μορφής συμπεριφοράς)- εκφράζεται στο βαθμό της αποτελεσματικότητάς του. στην πράξη, ο μέγιστος βαθμός επιτυχίας σπάνια επιτυγχάνεται από ένα πρόγραμμα πρόληψης. Στην πρόληψη της χρήσης οινόπνευματων και ναρκωτικών, η αποτελεσματικότητα παραμένει αρκετά περιορισμένη. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999: 48)

Εκτός από την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, ένα πρόγραμμα πρόληψης μπορεί να αξιολογηθεί σύμφωνα με το βαθμό αποδοτικότητάς του. Αυτό εκφράζει το κατά πόσο η επένδυση του οργανωτικού φορέα (ή της ομάδας-στόχου) βρίσκεται σε ευθεία αναλογία με τα προσδοκώμενα οφέλη. Ο προσδιορισμός της αποδοτικότητας ενός προγράμματος πρόληψης προϋποθέτει τη μέτρηση της αποτελεσματικότητάς του. Πάρα πολλές φορές, όμως, δεν αντλείται κανένα συμπέρασμα. Αυτό μπορεί να υπονομεύσει την υποστήριξη της κοινότητας για καλώς εννοούμενα προγράμματα πρόληψης. Για να το θέσουμε αλλιώς, εάν το κόστος είναι υψηλό για ένα πολύ ισχυρό αποτέλεσμα, το πρόγραμμα πρόληψης δε θα υποστηριχθεί. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Τα στελέχη πρόληψης έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι μεγάλης κλίμακας, ενδεδειγμένες μελέτες των αποτελεσμάτων και της αποδοτικότητας οδηγούν σε καλύτερα συμπεράσματα απ' ό,τι οι επιμέρους αξιολογήσεις μεμονωμένων σχεδίων δράσης. Τα καλά προγράμματα πρόληψης απαιτούν μεγάλες επενδύσεις. Αν σε μια τέτοια σε βάθος διερεύνηση, το κόστος της μελέτης έχει μια λογική σχέση με τη φύση και το μέγεθος του προβλήματος πρόληψης, τότε η επένδυση αξίζει τον κόπο. Έτσι, αποφεύγεται η σπατάλη χρημάτων, σε μεταγενέστερο στάδιο, σε ένα αναποτελεσματικό πρόγραμμα πρόληψης. Εκτός από την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, είναι σημαντική και η συνεχής αξιολόγηση της διαδικασίας ενός εξελισσόμενου προγράμματος πρόληψης. Εκτός του ότι βελτιώνει την ποιότητα του έργου της πρόληψης, παρέχει και χρήσιμες γνώσεις σε εκείνους

που υλοποιούν προγράμματα αλλού. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Ένα μεγάλο μέρος της δουλειάς για την πρόληψη των οίνοπνευματωδών και των ναρκωτικών παίρνει τη μορφή της εκπαίδευσης και πληροφόρησης για την υγεία. Τα στελέχη πρόληψης και οι επιστήμονες μοιράζονται την άποψη ότι η μετάδοση νέων πληροφοριών, σε ορισμένες περιστάσεις, δεν επαρκεί για την επίτευξη μιας μόνιμης αλλαγής στη συμπεριφορά. Οι άνθρωποι δεν επιλέγουν έναν υγιή τρόπο ζωής βασισμένοι απλώς σε «ορθολογικά» κίνητρα. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Η υπάρχουσα γνώση όσον αφορά στα αποτελέσματα της εκπαίδευσης και πληροφόρησης για την υγεία δεν είναι ακόμα αρκετή. Σε γενικές γραμμές, είναι αληθές να πούμε ότι η χρησιμότητα της διάδοσης πληροφοριών για την άσκηση επιρροής στη συμπεριφορά, όπως το κάπνισμα, δεν κρίνεται ως ιδιαίτερα μεγάλη. Είναι διαφορετικό αν ο στόχος είναι η πληροφόρηση των νέων ανθρώπων που δεν έχουν προηγούμενη εμπειρία με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά. Αλλά και εδώ φαίνεται η επιρροή των φίλων και των συνομηθίκων και η συχνά ελκυστικότητα της συμμετοχής σε συναρπαστικές καταστάσεις έχει, συχνά, περισσότερη βαρύτητα από το μήνυμα της πρόληψης.

Παρόλο που η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα πολλών προγραμμάτων πρόληψης δεν είναι γνωστή, αυτό δεν σημαίνει ότι είναι κατ' ανάγκη αναποτελεσματικά. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων αυτό δεν ισχύει και το μόνο που λείπει είναι η απαιτούμενη γνώση για τη διεξαγωγή μιας σωστής αξιολόγησης. Μέσα από την καλύτερη τεκμηρίωση και καταγραφή όμως τα προγράμματα αυτά μπορούν να ενισχυθούν και, στη συνέχεια, να αξιολογηθούν ως προς την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά τους. (Jaan van der Stel, Deborah Voordemind, 1999)

Σήμερα η πρόληψη της τοξικομανίας, προκειμένου να είναι αποτελεσματική, έχει αναπτυχθεί σε μια ολόκληρη επιστήμη. Με άλλα λόγια είναι το λιγότερο αφελές να θεωρούμε ότι άτομα και φορείς - επιστημονικοί ή

μη - που επιθυμούν να ασχοληθούν με την πρόληψη, θα έχουν αποτέλεσμα στις ενέργειές τους. Αντίθετα μάλιστα, εφόσον δεν λειτουργούν στο πλαίσιο μιας συντονισμένης πολιτικής και λείπει η κατάλληλη εκπαίδευση, πιθανό είναι οι πρωτοβουλίες να καταλήξουν όταν αντίθετο από το επιθυμητό αποτέλεσμα. Στοιχεία που δίνουν μελέτες αξιολόγησης προληπτικών παρεμβάσεων, που έχουν στηριχτεί σε επιστημονική μεθοδολογία, δείχνουν ότι η πρόληψη δεν είναι μύθος. Μπορεί να γίνει πραγματικότητα.

Για να είναι αποτελεσματική η πρόληψη είναι απαραίτητο να υπάρχει μια καλή ισορροπία ανάμεσα στα μέτρα που στόχο έχουν τη μείωση της προσφοράς (κατασταλτικά μέτρα) και σε αυτά που στόχο έχουν τη μείωση της ζήτησης (κοινωνικά και εκπαιδευτικά μέτρα).

Είναι αναγκαίο, με άλλα λόγια, να ακολουθείται μια συντονισμένη, πολυμέτωπη και πολυεπίπεδη κοινωνική πολιτική, που επιδίωξη της είναι η απομάκρυνση της ουσίας από τον χρήστη, η δημιουργία συνθηκών ζωής όπου το νεαρό άτομο θα έχει τη δυνατότητα να καλύπτει τις ανάγκες του χωρίς να καταφεύγει σε καταστρεπτικές διεξόδους, και τέλος η εκπαίδευση των νέων, ώστε να αναπτύξουν τις κατάλληλες δεξιότητες για σωστές επιλογές συμπεριφοράς και τρόπου ζωής, κυρίως όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με δύσκολες συνθήκες. Ιδιαίτερη σημασία έχει η αξιολόγηση κάθε δράσης και σχεδίου με στόχο τη βελτίωσή τους. Είναι λάθος να περιμένουμε αποτελέσματα άμεσα. Τα αποτελέσματα μπορούν να γίνουν ορατά μόνο μετά από την εφαρμογή μιας σταθερής πολιτικής πρόληψης, με τα χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν, σε μια επαρκή προοπτική χρόνου.

Για να είναι αποτελεσματική η πρόληψη θα πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις εξαρτησιογόνες ουσίες, ανεξάρτητα από το εάν αυτές είναι νόμιμες και κοινωνικά αποδεκτές (καπνός, αλκοόλ, ψυχοδραστικά φάρμακα) ή παράνομες (ναρκωτικά). Αυτά για δύο βασικούς λόγους ο πρώτος λόγος είναι ότι τόσο ο καπνός όσο και το αλκοόλ έχουν αποδειχθεί ως ισχυρά εξαρτησιογόνες ουσίες με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία, καθώς και στην κοινωνική και ψυχολογική

κατάσταση σε ό,τι αφορά στο αλκοόλ. Η κοινωνία μας υποτιμούσε και ίσως εξακολουθεί να υποτιμά τους κινδύνους από τις ουσίες αυτές έναντι των ναρκωτικών, γιατί υπάρχει μια σημαντική διαφορά ανάμεσά τους. Οι επιπτώσεις δηλαδή από το τσιγάρα και τα αλκοόλ εμφανίζονται μετά από αρκετά μακρύτερο χρονικό διάστημα από ό,τι οι επιπτώσεις από τα ναρκωτικά. Ο δεύτερος λόγος για τον οποίο η πρόληψη θα πρέπει να περιλαμβάνει και τις νόμιμες ουσίες είναι ότι υπάρχει μια στενή συσχέτιση ανάμεσα στη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών. Τα νεαρά άτομα συνήθως ξεκινούν από το κάπνισμα και το αλκοόλ, για να καταφύγουν στη συνέχεια στα χάπια και στα ναρκωτικά. Καλλιεργείται δηλαδή μια κουλτούρα χρήσης που αυξάνει τους κινδύνους σε άτομα με κάποια πιθανή προδιάθεση να ακολουθήσουν μια πορεία, που καταλήγει στην εξάρτηση από τα ναρκωτικά χωρίς να το συνειδητοποιούν και αρνούμενοι την πραγματικότητα. Μελέτες έχουν δείξει ότι σε όσο μικρότερη ηλικία αρχίζει το άτομο να καπνίζει συστηματικά ή να πίνει συστηματικά αλκοόλ τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες χρήσης ναρκωτικών αλλά και εξάρτησης από αυτά.

5.10. Ανακεφαλαίωση

Στην χώρα μας το φαινόμενο της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών, ως κοινωνικό πρόβλημα, άρχισε να εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80. Οι επιδημιολογικές έρευνες ήταν σπάνιες, ενώ μεγάλη σημασία δίνονταν στην καταστολή των περιθωριακών ατόμων σε μια προσπάθεια να αποφευχθεί η «μόλυνση» του υγιούς πληθυσμού.

Οι πρώτες συστηματικές παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης ξεκίνησαν στην Ελλάδα στις αρχές του '80, συμμετέχοντας σε τριετές πιλοτικό πρόγραμμα που διοργάνωσε το Συμβούλιο της Ευρώπης (1986-1989).

Η συνολική αντιμετώπιση του φαινομένου, και ιδιαίτερα η παρέμβαση σε πρωτογενές επίπεδο, αναδείχθηκε αργότερα ως αναγκαιότητα. Τα ερευνητικά δεδομένα μελετήθηκαν και προτάθηκαν βασικές αρχές σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης:

- Η γνώση για τις συνέπειες της χρήσης δεν αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την αποφυγή της.
- Η πρόληψη είναι μια σύνθετη και μακρόχρονη διαδικασία που στοχεύει στην ανάδειξη και συνειδητοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων της χρήσης.
- Η πρόληψη δεν είναι υπόθεση μόνο των ειδικών αλλά απαιτεί την εμπλοκή όλων των θεσμών και φορέων που συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των νέων (οικογένεια, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα).

Η συμπεριφορά της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, χαρακτηρίζεται, όπως και κάθε άλλη καταναλωτική συμπεριφορά, από δυο συνιστώσες: (α) της ζήτησης και (β) της προσφοράς. Στα δυο αυτά μέτωπα επικεντρώνεται και η μάχη για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Παρόλα αυτά, σήμερα γίνεται όλο και περισσότερο φανερό πως, όσο υπάρχει ζήτηση, η μάχη στο μέτωπο της προσφοράς, ακόμα και με τη λήψη δρακόντειων μέτρων, είναι μάταιη όσο τα κέρδη στο επίπεδο των παραγωγών, των μεσαζόντων και των μεταπωλητών παραμένουν τεράστια.

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.

Δευτερογενής πρόληψη εννοούμε την αντιμετώπιση ενός προβλήματος στην εμφάνισή του. περιλαμβάνει δραστηριότητες που στοχεύουν στην απεξάρτηση των χρηστών.

Οι προσεγγίσεις για την πρόληψη της χρήσης ουσιών έχουν βασιστεί σε τρία βασικά μοντέλα:

- Γνωστικό
- Συναισθηματικό
- Ψυχοκοινωνικό

Η γενική αποτυχία των χωρών, που έχουν στρατευθεί συστηματικά στον αγώνα της πρόληψης της τοξικομανίας, εδώ και είκοσι περίπου χρόνια, θέτει πολλά ερωτήματα γύρω από το αν υπάρχει ή όχι δυνατότητα πρόληψης του τόσο σοβαρού προβλήματος, που απειλεί σήμερα τους νέους όλων των χωρών ανεξαρτήτως γεωγραφικών συνόρων, πολιτικών καθεστώτων, κοινωνικών τάξεων και ηλικίας.

Παρόλο που καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες στον τομέα της καταπολέμησης της εξάρτησης, δε θα μπορούσε σχεδόν καμία από τις χώρες που καταβάλλουν προσπάθειες για την καταπολέμηση του φαινομένου, να ισχυριστεί όπως ανακάλυψε κατάλληλες και αποτελεσματικές μεθόδους για την πρόληψη του προβλήματος. Η αποτυχία αυτή των χωρών να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, τόσο με την πρωτογενή όσο και με τη δευτερογενή πρόληψη, επιβεβαιώνεται άλλωστε από τα υπέρογκα ποσά που ξοδεύονται στον τομέα της τριτογενούς πρόληψης.

Κεφάλαιο 6

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

6.1. Εισαγωγή

Η Πρόληψη στον εθισμό από τις διάφορες εξαρτησιογόνες ουσίες αποτελεί τον πιο σοβαρό παράγοντα, στη μάστιγα των ναρκωτικών, ιδιαίτερα όταν όλα τα στοιχεία δείχνουν αυξητικές τάσεις στη χρήση ουσιών για όλο και πιο νεαρές ηλικίες.

Έτσι λοιπόν, η πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών αποτελεί καθολική προτεραιότητα. Περιλαμβάνει μέτρα που αποβλέπουν στην αποτροπή της χρήσης, στην ενδυνάμωση των στοιχείων της προσωπικότητας του ατόμου-στόχου και στη βελτίωση του ευρύτερου οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Επιδιωκόμενοι στόχοι της πρόληψης είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων, όπως η ικανότητα κρίσης, η ατομική και κοινωνική υπευθυνότητα, η ενεργητική και δημιουργική στάση στη ζωή, η έκφραση πρόσφορων συναισθημάτων και άλλων στοιχείων της προσωπικότητας, που, αν δεν μηδενίσουν, σίγουρα ελαττώνουν την πιθανότητα κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών.

Ειδικές ομάδες-στόχοι είναι οι νέοι, οι ομάδες με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, οι μετανάστες, οι εργαζόμενοι στη νυχτερινή διασκέδαση, οι ιερόδουλες, οι στρατευμένοι και οι φυλακισμένοι.

Παράλληλα, όμως, η ευαισθητοποίηση, ενημέρωση και κινητοποίηση των προσώπων που έρχονται σε επαφή με τα άτομα αυτών των ομάδων (εκπαιδευτικοί, γονείς, στρατιωτικοί, εργαζόμενοι στις φυλακές, προπονητές κ.α.) όχι μόνο συμβάλλει στην πρόληψη, αλλά διευκολύνει την αναγνώριση της παθολογικής συμπεριφοράς και κάνει αποτελεσματική την παρέμβαση του ειδικού στα πρώτα στάδια του προβλήματος (έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη παρέμβαση).

6.2. Προγράμματα πρόληψης που εφαρμόζονται στην Ελλάδα

6.2.1. Η πορεία του ΟΚΑΝΑ κατά το 2004-2005

Ο ΟΚΑΝΑ κατά την διάρκεια του έτους 2004-2005 συντέλεσε στο να λειτουργήσουν 65 κέντρα πρόληψης. Οι κυριότερες δράσεις τους σε συνεργασία με την α' και β' βαθμού τοπική αυτοδιοίκηση ήταν:

- Περισσότερες από 1.645 παρεμβάσεις στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση.
- Περισσότερες από 1.287 παρεμβάσεις στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση
- Πάνω από 1.377 παρεμβάσεις σε γονείς.
- Πάνω από 1.433 παρεμβάσεις σε ομάδες εφήβων.
- Πάνω από 213 παρεμβάσεις στις ένοπλες δυνάμεις.
- Περισσότερες από 545 εκδηλώσεις και ημερίδες.
- Περισσότερες από 136 παρεμβάσεις σε εθελοντές.
- Περισσότερες από 1.201 παρεμβάσεις στην ευρύτερη κοινότητα.

Ο ΟΚΑΝΑ, ακόμη, ανανέωσε 43 προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης, δημιούργησε 2 νέα κέντρα πρόληψης στον νομό Λακωνίας και στο δήμο Ηρακλείου Κρήτης, ολοκλήρωσε τις διαδικασίες για την ίδρυση και την λειτουργία άλλων 5 κέντρων πρόληψης, ενημέρωσε την τοπική κοινωνία σχετικά με τον εθνικό σχεδιασμό για την ίδρυση κέντρων πρόληψης, σχεδίασε τριετή προγράμματα δράσης και οικονομικών προϋπολογισμών για την έναρξη ή την ανανέωση της λειτουργίας των κέντρων πρόληψης, επόπτευε τις επιστημονικές ομάδες των κέντρων πρόληψης και συνεργαζόταν με τα διοικητικά τους συμβούλια, συνεργαζόταν με τα κέντρα πρόληψης για την δημιουργία ενημερωτικών ηλεκτρονικών περιοδικών και ιστοσελίδων, συμμετείχε σε ευρωπαϊκά προγράμματα και δημιούργησε φυλλάδια για εφήβους

με στόχο την ενημέρωσή τους για τις δυνατότητες υποστήριξης που μπορούν να βρουν στα κέντρα πρόληψης. Ο ΟΚΑΝΑ φρόντισε επίσης, να εκπαιδεύσει το προσωπικό των κέντρων πρόληψης και έκανε προσπάθειες να βελτιώσει την λειτουργία τους.

6.2.2.. Το έργο της «Πρότασης»

6.2.2.1. Προγράμματα με ομάδες εθελοντών.

6.2.2.1.1. Ομάδα 7 στον αέρα

Σκοπός της ομάδας αυτής, είναι να αξιοποιηθεί το ραδιόφωνο για να προωθηθεί η πρωτογενής πρόληψη στην νεανική και εφηβική ηλικία. Προσπαθεί λοιπόν, να προωθήσει ένα διαφορετικό και δημιουργικό τρόπο ψυχαγωγίας των ακροατών της ηλικίας αυτής, να μεταδώσει ένα θετικό τρόπο σκέψης για να έχουν οι ακροατές την δυνατότητα να αντλήσουν εναλλακτικές λύσεις για τον τρόπο χειρισμού των δυσκολιών τους και γενικότερα να προωθήσουν έναν διαφορετικό τρόπο, μια διαφορετική ποιότητα ζωής για τους νέους.

6.2.2.1.2. «Φύσει πρόληψη»

Η ομάδα αυτή, ασχολείται με ζητήματα που αφορούν την υποβάθμιση της σημασίας του περιβάλλοντος και των ανθρώπινων σχέσεων στις σύγχρονες πόλεις. Αξιοποιώντας λοιπόν ερεθίσματα από το περιβάλλον, προσπαθεί να δείξει ένα διαφορετικό τρόπο ζωής, προωθώντας την πρόληψη στην τοπική κοινότητα.

6.2.2.1.3. Ομάδα εκπαιδευτικών

Τα μέλη που ανήκουν στην ομάδα αυτήν, έχουν την δυνατότητα, να αισθάνονται ότι ανήκουν κάπου, να μοιράζονται τις επιτυχίες και τις δυσκολίες τους, να επικοινωνούν και να συνεργάζονται με άτομα που έχουν κοινούς στόχους και προβληματισμούς, να αναπτυχθούν ως άτομα και να γίνουν

καλύτεροι άνθρωποι, εκπαιδευτικοί, αναπτύσσοντας τις δεξιότητες τους και μειώνοντας τις αδυναμίες τους. Ακόμα, μπορούν να έρθουν σε επαφή με τους μαθητές τους, να επικοινωνήσουν μαζί τους, να ακούσουν τις απόψεις, τις σκέψεις και τα όνειρά τους και να τους βοηθήσουν να αγαπήσουν το σχολείο, τον εαυτό τους και την ίδια την ζωή. Τέλος, μπορούν να ενεργοποιηθούν και να μεταφέρουν την εμπειρία τους σε άλλους εκπαιδευτικούς.

6.2.2.1.4. Ομάδα οικονομικής στήριξης και επικοινωνίας.

Σκοπός της ομάδας αυτής είναι να προβληθεί το έργο της «Πρότασης» στην τοπική κοινότητα, να εξασφαλιστούν οικονομικοί πόροι και να προωθηθεί η επικοινωνία τόσο μεταξύ των μελών της «Πρότασης» όσο και του φορέα με την κοινότητα.

6.2.2.2. Κέντρο δημιουργικής απασχόλησης (Κ.Δ.Α.)

Η «Πρόταση» το 1993 δημιούργησε το Κ.Δ.Α. για να ανταποκριθεί στις ομάδες των νέων για δημιουργία. Σκοπός του Κ.Δ.Α. είναι να προσφέρει στους νέους ευκαιρίες μέσα από την συμμετοχή τους σε ομάδες ενδιαφερόντων, προωθώντας έτσι την πρωτογενή πρόληψη μέσα από παιδαγωγικές λειτουργίες. Αξιοποιεί ακόμα, τους εθελοντές-εμψυχωτές που ανήκουν στην ομάδα της «Πρότασης».

6.2.2.2.1. Ομάδα εμψυχωτών

Η ομάδα αυτή έχει στόχο, να μοιράζονται οι εμψυχωτές τις εμπειρίες τους από τις ομάδες των παιδιών και να ενημερώνονται μεταξύ τους για την πορεία των ομάδων τους. Ακόμα, οι εμψυχωτές λαμβάνουν μέρος στην ομάδα αυτήν για να αλληλοστηρίζονται και να αλληλοεκπαιδούνται. Το έργο τους είναι να εμψυχώνουν τις ομάδες των παιδιών που λειτουργούν στο Κ.Δ.Α. και αυτές είναι οι εξής: ομάδα κουκλοθέατρου, ομάδα θεατρικής αγωγής, ομάδα

κατασκευών και μια πειραματική ομάδα που αποτελείται από αλβανάκια και τσιγγανόπουλα.

6.2.2.2.2. Ομάδα γονείς «εν δράσει»

Η ομάδα αυτή αποφασίζει για το έργο που θα παράγει ως ομάδα και το οποίο θα συνδέεται με την πρόληψη. Την ευθύνη για το έργο έχει η ίδια η ομάδα και στηρίζεται από την «Πρόταση». Το έργο της είναι η υλοποίηση ραδιοφωνικής εκπομπής, η ενημέρωση των σχολείων και η στήριξη του Κ.Δ.Α. μέσα από συγκεκριμένες δράσεις.

6.2.2.2.3. Διομαδικές και ευρύτερες δραστηριότητες.

Η «Πρόταση» σχεδιάζει και υλοποιεί πολλές και σημαντικές δραστηριότητες ανάλογα με τις ανάγκες και με γνώμονα το μεγαλύτερο και ουσιαστικό όφελος της πρόληψης. Μερικές από αυτές είναι: η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά σεμινάρια, συνέδρια, ημερίδες, η ανάπτυξη πανελλαδικού δικτύου φορέων πρόληψης που ξεκίνησε και συντόνιζε η «Πρόταση», η συμμετοχή στην ίδρυση πανελλήνιας ομοσπονδίας εθελοντικών μη κυβερνητικών οργανώσεων, το Κ.Δ.Α. είναι μέλος του εθνικού συμβουλίου νεολαίας, η «Πρόταση» είναι μέλος του διεθνές δικτύου παραγωγικών σχολείων, συμμετέχει στα συνέδριά του, έχει δημιουργήσει διακρατικές συνεργασίες σε θέματα «παραγωγικής μάθησης» και κατέχει την θέση προεδρίας του διοικητικού συμβουλίου. Ακόμη, είναι μέλος του διεθνούς οργανισμού για την εκπαίδευση στην κοινότητα και συμμετέχει στο πρόγραμμα «πάρε τον καφέ σου, κτίσε το μέλλον σου».

6.2.2.2.4. Προγράμματα ημέρας δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης

Τα προγράμματα αυτά πραγματοποιούνται στον χώρο του Κ.Δ.Α. και διαρκούν τρεις ώρες. Τα προγράμματα αυτά είναι: α) «γνωρίζω- συμμετέχω- κινητοποιούμαι» και στόχος του είναι η ενημέρωση και η πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών, β) « περι-βάλλω» και στόχος του είναι η ενημέρωση

και η ευαισθητοποίηση για την προστασία του περιβάλλοντος, γ) «γνωρίζω-συμμετέχω-κινητοποιούμαι για την ασφάλεια μου» και στόχος του είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση για την πρόληψη των ατυχημάτων στους σχολικούς χώρους και στον δρόμο για το σχολείο.

Τα προγράμματα αυτά στηρίζονται στην ευρύτερη αντίληψη της «Πρότασης» ότι η πρόληψη αποτελεί μια βαθιά παιδαγωγική διαδικασία και γι' αυτό η «Πρόταση» συνεργάζεται με τους εκπαιδευτικούς φορείς για να ενισχύσει την προσπάθεια των εκπαιδευτικών στη διαμόρφωση συμπεριφορών και στάσεων των μαθητών στην κατεύθυνση της προληπτικής εκπαίδευσης. Ακόμα, στοχεύουν στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μαθητών.

6.2.2.3. Περιοδικό πρόσωπο

Το περιοδικό «Πρόσωπο» εκδίδεται από την «Πρόταση» από το 1994 και είναι τριμηνιαίο με πανελλαδική κυκλοφορία. Σκοπός της έκδοσής του είναι να υπάρχει ένα έντυπο στον χώρο της πρόληψης που θα παρέχει γνώσεις και πληροφορίες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, παιδαγωγικά κ.α.

6.2.2.4. Προσέλκυση – εκπαίδευση νέων μελών

Η «πρόταση» για να μπορεί να εξελίσσεται, ενσωματώνει στις ομάδες της νέα μέλη – εθελοντές. Για να γίνει κάποιος μέλος στον φορέα αυτόν, θα πρέπει να κλείσει ραντεβού για να έρθει σε επαφή και να ενημερωθεί για τις δράσεις του. Στην συνέχεια, θα συμμετέχει σε σεμινάριο εκπαίδευσης νέων εθελοντών. Στο σεμινάριο αυτό θα μπορέσει το νέο μέλος να γνωρίσει το έργο, τις δράσεις και τον τρόπο λειτουργίας του φορέα μέσα από έναν βιωματικό και δημιουργικό τρόπο. Μετά το τέλος του σεμιναρίου, το νέο μέλος, κάνει αίτηση στο διοικητικό συμβούλιο και εντάσσεται σε μια από τις ομάδες έργου που λειτουργούν στην «Πρόταση».

6.2.3. Προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης στον χώρο της οικογένειας

Η οικογένεια παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση μιας υγιούς προσωπικότητας του παιδιού.

Η οικογένεια, πολλές φορές καλείται να επιλύσει πολύ σοβαρά προβλήματα. Αυτό οδηγεί σε δυσάρεστα συναισθήματα και άσχημο κλίμα μέσα στην οικογένεια. Αργότερα, όταν τα παιδιά, βρίσκονται στην εφηβική ηλικία, οι σχέσεις και τα όρια επαναδιαπραγματεύονται, τα παιδιά αμφισβητούν τις αξίες και τις αρχές και απαιτούν περισσότερα δικαιώματα. Έτσι λοιπόν, η οικογένεια μπορεί να καταλήξει σε πεδίο συγκρούσεων, αμφισβήτησης και απογοήτευσης και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χρήση ουσιών από τους εφήβους.

Τα θέματα λοιπόν, που αποτελούν βασικά σημεία του σχεδιασμού προγραμμάτων πρόληψης σε ομάδες γονιών είναι η επικοινωνία, η αυτοεκτίμηση, τα όρια, η επίλυση συγκρούσεων και ο χειρισμός δυσάρεστων συναισθημάτων. Βασική αρχή για τα προγράμματα πρόληψης είναι ότι δεν υπάρχει ένας σωστός τρόπος ανατροφής των παιδιών και δεν υπάρχουν τέλειοι γονείς.

Το πρόγραμμα χωρίζεται σε δυο φάσεις. Στην πρώτη φάση διεξάγονται δίωρες συναντήσεις ενημέρωσης με γονείς σε συνεργασία με τους διευθυντές σχολείων και τους συλλόγους γονέων και κηδεμόνων. Στόχος της πρώτης φάσης είναι η έγκυρη ενημέρωση των γονιών στο θέμα των εξαρτήσεων, στην φιλοσοφία των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης και στον ρόλο της οικογένειας στην πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Στην δεύτερη φάση πραγματοποιούνται σεμινάρια εκπαίδευσης γονέων, διάρκειας δέκα δίωρων εβδομαδιαίων συναντήσεων. Στο πρόγραμμα μετέχουν 13-15 μέλη, τα οποία εξέφρασαν το ενδιαφέρον τους για συμμετοχή στη συνάντηση ενημέρωσης.

Στόχος της δεύτερης φάσης είναι να βρεθούν τρόποι έτσι ώστε οι γονείς να κατανοήσουν τις ανάγκες και τη συμπεριφορά, τη δική τους και των παιδιών τους και να μπορέσουν να συζητούν μεταξύ τους κοινά προβλήματα και

ανησυχίες. Ακόμα, στη φάση αυτή γίνεται μια προσπάθεια να ευαισθητοποιηθούν οι γονείς και να κατανοήσουν την σημασία του εθελοντισμού και να κινητοποιηθούν σαν εθελοντές στις δράσεις του κέντρου πρόληψης.

Τα θέματα που διαπραγματεύονται στις συναντήσεις των σεμιναρίων είναι **οι εξαρτήσεις, η φιλοσοφία της πρόληψης και ο ρόλος του γονιού στην ανάπτυξη υγιούς προσωπικότητας του παιδιού και του εφήβου, η επικοινωνία** δηλαδή το να μάθει ο γονιός να ακούει το παιδί του και να κατανοεί τι αισθάνεται και γιατί αισθάνεται έτσι το παιδί του χωρίς να το κριτικάρει και να παρουσιάζει τον εαυτό του σαν παντογνώστη, **τα συναισθήματα και ο χειρισμός τους, η αυτοεκτίμηση** δηλαδή το να μπορεί κάποιος να αναγνωρίζει τα θετικά σημεία του εαυτού του, **η οριοθέτηση** δηλαδή το να είναι ικανός κάποιος να βάζει όρια στον εαυτό του, αλλά και στους άλλους, **η επίλυση συγκρούσεων, η προσαρμοστικότητα** δηλαδή το να μπορεί κάποιος να δέχεται ευέλικτα καινούργιες συνθήκες χωρίς να αδιαφορεί για τις ανάγκες του αλλά και για τις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του, **η υπευθυνότητα** δηλαδή το να λύνει κάποιος τα προβλήματά του έχοντας ο ίδιος την ευθύνη και όχι μεταθέτοντάς την στους άλλους, **η αποδοχή της πραγματικότητας** που σημαίνει να μπορεί κάποιος να βρει τρόπους να αντιμετωπίσει τις συνθήκες που βρίσκεται, **η αποδοχή- η εμπιστοσύνη – η ενθάρρυνση** που σημαίνει να δέχεται ο γονιός το παιδί του όπως είναι, να πιστεύει στο παιδί του και να το ενθαρρύνει για να καλλιεργηθεί η εκτίμηση του παιδιού στον εαυτό του, **ο εθελοντισμός και η πρόληψη.**

6.3. Δράσεις της κίνησης «Πρόταση» και του κέντρου πρόληψης του νομού Αχαΐας

Τα τελευταία 18 χρόνια, στο νομό Αχαΐας έχει δημιουργηθεί ένα οργανωμένο δίκτυο παρεμβάσεων στον τομέα της πρόληψης. Η «Πρόταση» και το κέντρο πρόληψης παρόλο που είναι δυο φορείς με διαφορετική δομή,

λειτουργούν ωστόσο σε κοινούς δρόμους, με κοινή φιλοσοφία και μεθοδολογία προσπαθώντας μέσα από πολλές δυσκολίες να εξελιχθούν.

Στην σημερινή εποχή η ουσιοεξάρτηση έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις. Είναι ένα φαινόμενο σύνθετο και πολυπαραγοντικό και συνεχώς αυξάνεται στις ομάδες των νέων σε όλα τα οικονομικά και κοινωνικά στρώματα. Γι' αυτό απαιτείται μια συνεχή εκπαιδευτική διαδικασία με στόχο την φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου καθώς και την εκπαίδευση σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες που θα του εξασφαλίσουν μια καλή ζωή.

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των νέων δεν θα μπορούσαν να έχουν αποτέλεσμα εάν δεν υπάρξουν αλλαγές στην οικογένεια, στο σχολείο, αλλά και στην ευρύτερη κοινότητα. Έτσι οι φορείς αυτοί ενεργούν αρχικά στο ίδιο το άτομο, ενισχύοντας την προσωπικότητά του, ενδυναμώνοντάς το και ενεργοποιώντας το, στην οικογένεια που είναι ένας πολύ βασικός κοινωνικός θεσμός, προσπαθώντας να την ενισχύσουν, να βελτιώσουν την επικοινωνία των μελών της και να την βοηθήσουν να αναπτύξει λειτουργικές σχέσεις μέσα σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης, στο σχολείο στοχεύοντας να ενισχύσουν το τον παιδαγωγικό του ρόλο στη φάση ανάπτυξης και κοινωνικοποίησης του ατόμου και τέλος στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον προσπαθώντας να προτείνουν μια άλλη ποιότητα ζωής στην καθημερινότητα των ανθρώπων.

Ως προς το σχολείο και την οικογένεια, οι φορείς αυτοί, έδρασαν κάνοντας βραχείες παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σε μαθητές γυμνασίου και λυκείου, για να ενημερωθούν οι μαθητές έγκυρα για τις εξαρτησιογόνες ουσίες και για την πρόληψη ατυχημάτων. Ακόμα ενημέρωσαν μαθητές της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για το θέμα των νόμιμων εξαρτησιογόνων ουσιών. Πληροφόρησαν τους γονείς για τον ρόλο της οικογένειας στην πρόληψη, σε συνεργασία με τους συλλόγους γονέων και κηδεμόνων και δημιούργησαν προγράμματα εκπαίδευσης γονέων μέσα από βιωματικά σεμινάρια με στόχο την καλυτέρευση των σχέσεων στην οικογένεια. Πραγματοποιήθηκαν επίσης, προγράμματα ενημέρωσης των εκπαιδευτικών για

τον ρόλο της πρόληψης στα σχολεία και προγράμματα εκπαίδευσης δασκάλων και καθηγητών για την ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου που μπορεί να διαδραματίσει η σχολική κοινότητα. Ακόμα, σε συνεργασία με την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια αγωγή υγείας, εκπαιδεύτηκαν 60 εκπαιδευτικοί σε προγράμματα αγωγής υγείας και τέλος, σε συνεργασία με το τμήμα αγωγής υγείας της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, δημιουργήθηκε ένα δίκτυο 9 σχολείων που εφαρμόστηκαν προγράμματα αγωγής υγείας για την πρόληψη της χρήσης του αλκοόλ.

Σχετικά με την κοινότητα οι φορείς αυτοί δημιούργησαν ένα δίκτυο εθελοντών που επιδιώκουν την πρόληψη της κοινότητας. Έτσι, λειτούργησαν οχτώ μονάδες εθελοντών στην κίνηση «Πρόταση», οι οποίες ενημέρωναν την κοινότητα σε θέματα πρόληψης, διοργάνωναν εκδηλώσεις, εξέδιδαν το περιοδικό «Πρόσωπο» και εμπύχωναν την δημιουργική απασχόληση των νέων, πέντε μονάδες εθελοντών σε περιφερειακούς δήμους, οι οποίες αποτελούνταν από πολίτες που είχαν αναλάβει να προωθήσουν την πρόληψη στην περιοχή τους, συνέχισαν την ομάδα εθελοντών γιατρών, νοσηλευτών κ.λ.π. που στηρίζουν και συντονίζουν τις δράσεις για το αλκοόλ, πραγματοποίησαν το σεμινάριο των «νέων μελών στην πρόληψη», το οποίο είναι πρόγραμμα εκπαίδευσης των εθελοντών για την πρόληψη και τέλος είχαν την επιστημονική ευθύνη του προγράμματος για την αντιμετώπιση του προβλήματος του αλκοόλ στο οποίο έγιναν συναντήσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης σε ομάδες αστυνομικών, δημοτικών αστυνομικών, δημοσιογράφων και μελών του συλλόγου εστίασης.

Σχετικά με την δημιουργική απασχόληση, πραγματοποίησαν ομάδες παιδιών και εφήβων που λειτουργούν στο κέντρο δημιουργικής απασχόλησης και στόχος των ομάδων αυτών ήταν η εμπύχωση των παιδιών, η ομαδική συμμετοχή, η καλυτέρευση της προσωπικής ανάπτυξης και αυτοεκτίμησης και η λήψη ευθυνών και πρωτοβουλιών μέσα από την δημιουργική απασχόληση.

Δημιουργήθηκαν επίσης, πειραματικές ομάδες που αποτελούνταν από παιδιά και εφήβους Roma που εκπαιδεύτηκαν στην «επικοινωνία χωρίς βία».

Ως προς τα διακρατικά προγράμματα, στο Κ.Δ.Α. υλοποιήθηκε το πρόγραμμα «δάφνη», με συντονιστές από την Ισπανία, Φινλανδία, Εσθονία, Πολωνία και Ελλάδα και στόχος του ήταν να ευαισθητοποιηθούν οι μαθητές σε θέματα ρατσισμού και ξενοφοβίας. Επίσης, υλοποιήθηκε το πρόγραμμα *europlescomenius*, διάρκειας δυο ετών, το οποίο ξεκίνησε από τα μέλη του *ineps* και προέβλεπε τρεις εκπαιδεύσεις εκπαιδευτικών από την Ευρώπη στην παραγωγική μάθηση και τις εναλλακτικές παιδαγωγικές προσεγγίσεις. Στο δίκτυο του *ineps* (*international network of productive schools*), η «Πρόταση» συνεχίζει να κατέχει την προεδρία για πέμπτη συνεχή χρονιά και κλείνοντας έχουν δρομολογηθεί δυο ευρωπαϊκά προγράμματα από το Λουξεμβούργο και τη Φινλανδία που αφορούν το πρώτο τον κοινωνικό αποκλεισμό των νέων (*grundvig*) και το δεύτερο την «ειρήνη στο σχολείο» (*comenius*).

Το κέντρο πρόληψης και η κίνηση «Πρόταση», δραστηριοποιήθηκαν και στο θέμα της χρήσης του αλκοόλ από ανήλικους. Στόχος του προγράμματος είναι να αποθαρρυνθούν οι νέοι να καταναλώνουν αλκοόλ. Στο πρόγραμμα αυτό συμμετέχουν ακόμα εκτός από τον δήμο Πάτρας, η αστυνομική διεύθυνση Αχαΐας, η εισαγγελία εφετών, ο δικηγορικός σύλλογος, ο σύλλογος δημοσιογράφων, ο σύλλογος εστίασης και αναψυχής, η δημοτική αστυνομία και ο ΕΦΕΤ.

Ο κύριος σκοπός του προγράμματος είναι η πρόληψη της χρήσης αλκοόλ από ανήλικους νέους και η διαπαιδαγώγηση τόσο των νέων όσο και της τοπικής κοινότητας έτσι ώστε μελλοντικά οι νέοι που θα ενηλικιώνονται να απέχουν από την χρήση και την κατάχρηση ως ενήλικες.

Το πρόγραμμα αυτό εφαρμόστηκε στην Πάτρα και ολοκλήρωσε την πρώτη του φάση, που είχε διάρκεια ένα χρόνο πειραματικής εφαρμογής (1/5/2004- 30/6/2006).

Οι δράσεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν οι εξής: α) τελικός σχεδιασμός του προγράμματος και υπογραφή κοινωνικού συμβολαίου απ' όλους τους εταίρους, β) δημοσιοποίηση του προγράμματος και αξιοποίηση των Μ.Μ.Ε. για να ευαισθητοποιηθεί η κοινή γνώμη, γ) καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης με έρευνα σε χώρους ψυχαγωγίας νέων, δ) μελέτη του ισχύοντος νόμου και διαμόρφωση προτάσεων για να ενισχυθεί το θεσμικό πλαίσιο, ε) δικτύωση με εκπαιδευτικούς φορείς, ενώσεις γονέων, εκπαιδευτικών και νέων έτσι ώστε να γίνει γνωστό το πρόβλημα στην κοινότητα, στ) διανομή φυλλαδίων και αφισών σε χώρους ψυχαγωγίας για να αποτραπεί η χρήση αλκοόλ.

6.2.4. Πρόγραμμα «αγγίζοντας τον κύκλο»

Το πρόγραμμα «αγγίζοντας τον κύκλο» είναι ένα πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης που απευθύνεται στους μαθητές της στ' δημοτικού, διαρκεί είκοσι διδακτικές ώρες και υλοποιείται στον χώρο του σχολείου. Το πρόγραμμα αυτό διαφέρει από τα τυποποιημένα προγράμματα που μεταφράζονται και εφαρμόζονται σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Είναι σχεδιασμένο, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένες ανάγκες και στις ιδιαίτερες συνθήκες του ελληνικού χώρου. Η ιδέα για την δημιουργία του γεννήθηκε το 1993 από την «Πρόταση», η οποία πίστευε ότι η πρόληψη πρέπει να εφαρμόζεται και σε μικρές ηλικίες.

Από την πρώτη στιγμή που εφαρμόστηκε το πρόγραμμα στον νομό Αχαΐας, είχε θετική ανταπόκριση και από τους μαθητές, οι οποίοι μέσα από έναν ευχάριστο και δημιουργικό τρόπο έπαιρναν γνώσεις, αλλά και από τους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι παρατηρούσαν ότι ο τρόπος που εφαρμόζονταν το πρόγραμμα ήταν ελκυστικός για τα παιδιά και παράλληλα ανακάλυπταν οι ίδιοι τρόπους και τεχνικές που μπορούσαν να εφαρμόσουν και στην καθημερινή τους διδασκαλία.

Το πρόγραμμα αυτό φυσικά από το 1993 εξελίχθηκε, εμπλουτίστηκε και βελτιώθηκε. Αυτό, οφειλόταν στην αλληλεπίδραση των στελεχών και των

εθελοντών της «Πρότασης» με τους μαθητές αλλά και από τις απόψεις, τις γνώσεις και την εμπειρία των εκπαιδευτικών.

Οι λόγοι για τους οποίους ξεκίνησε αυτό το πρόγραμμα πρόληψης των εξαρτησιογόνων ουσιών στο δημοτικό σχολείο, ήταν ότι τα παιδιά του δημοτικού σχολείου, δεν έχουν ακόμα παγιωμένες αντιλήψεις, αξίες και στάσεις και μπορούν ν' αλλάξουν τους επιζήμιους για την υγεία τους τρόπους συμπεριφοράς τους καθώς και να υιοθετήσουν τρόπους ζωής που θα προάγουν την υγεία τους. Ένας ακόμα λόγος, είναι ότι η πρόληψη είναι αποτελεσματική όταν ξεκινήσει πριν την ηλικία εμφάνισης του προβλήματος. Επίσης, οι δάσκαλοι στο δημοτικό, αναπτύσσουν μια ιδιαίτερη σχέση με τα παιδιά, δημιουργούν στενές επαφές μαζί τους και πολλές φορές οι δάσκαλοι αποτελούν πρότυπα για τα παιδιά και τέλος η παρέμβαση στους μαθητές του δημοτικού δεν γίνεται για την χρήση παράνομων ουσιών, με τις οποίες δεν έχουν έρθει ακόμα σ' επαφή, αλλά για τις νόμιμες που συναντούν καθημερινά στο περιβάλλον τους.

Ο βασικός σκοπός του προγράμματος, είναι η ενίσχυση της προσωπικότητάς τους, των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και των διαπροσωπικών τους σχέσεων, έτσι ώστε να έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις δυνάμεις τους για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, χωρίς να καταφεύγουν σε συμπεριφορές που θα καταστρέψουν την ψυχική και την σωματική τους υγεία.

Μερικοί ακόμα στόχοι του προγράμματος, είναι η αντικειμενική πληροφόρηση και η παροχή γνώσεων στους μαθητές για τις ουσίες, η ενίσχυση των προσωπικών τους δεξιοτήτων όπως, το πώς θα πρέπει να λειτουργούν μέσα σε μια ομάδα, πώς θα οριοθετούν και θ' αντιλαμβάνονται τον προσωπικό τους χώρο μέσα στην ομάδα, πώς θα εκτιμούν και θα έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους έτσι ώστε να τονίζουν τα θετικά σημεία της προσωπικότητάς τους και να βελτιώνουν τις αδυναμίες τους, με ποιόν τρόπο θα πρέπει ν' αντισταθούν στην πίεση της παρέας των συνομηλίκων, πώς θα κατανοούν και θα επεξεργάζονται τα

μηνύματα των διαφημίσεων και πως θα επιλύουν τις συγκρούσεις και τις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν.

Η μεθοδολογία του προγράμματος είναι η βιωματική προσέγγιση και η ενεργητική μάθηση. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η μουσική, τα πειράματα, το παίξιμο ρόλων, το θεατρικό παιχνίδι, τα ερωτηματολόγια και η έρευνα, οι διαφημίσεις από περιοδικά και οι εικόνες.

Η αξιολόγηση του προγράμματος έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί βοηθά στο να βελτιώνεται και να εξελίσσεται το πρόγραμμα. Δίνεται η δυνατότητα σε κάθε μέλος να εκφράσει την σκέψη του, την άποψή του, τα συναισθήματά του και τον τρόπο που βίωσε την διαδικασία. Τα παιδιά με την διαδικασία αυτή αισθάνονται ότι είναι ενεργά μέλη της ομάδας καθ' όλη την διάρκεια του προγράμματος και ο συντονιστής μέσα από την ανατροφοδότηση αποκτά μια πλήρη εικόνα για το πώς πήγε το πρόγραμμα, αν επιτεύχθηκαν οι στόχοι, εάν έγιναν αντιληπτοί από τους μαθητές, εάν ικανοποιήθηκαν οι προσδοκίες των μαθητών και ποια είναι τα τελικά αποτελέσματα του προγράμματος. Το πρόγραμμα αξιολογείται ακόμη και από την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους μαθητές.

6.2.5. Πρόγραμμα «στηρίζομαι στα πόδια μου»

Το πρόγραμμα «στηρίζομαι στα πόδια μου» απευθύνεται στους μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και επιδιώκει την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, μέσα από τις ατομικές και κοινωνικές δραστηριότητες των μαθητών. Στόχος του προγράμματος είναι να βοηθήσει τους μαθητές, να αναπτύξουν ικανότητες και δεξιότητες έτσι ώστε να μπορούν να αποφασίζουν συνειδητά και υπεύθυνα για το θέμα της χρήσης ουσιών.

Το πρόγραμμα αυτό επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη ενός μοντέλου αποτελεσματικής παρέμβασης για την πρόληψη της χρήσης ουσιών και την αγωγή υγείας στον χώρο του σχολείου, εμπλέκοντας όλο το προσωπικό που εργάζεται εκεί, στη δημιουργία κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού για μαθητές

που φοιτούν στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση και στην εκπαίδευση των καθηγητών που θα χρησιμοποιήσουν το υλικό.

Σε μερικά σχολεία οι έφηβοι ανέλαβαν να είναι συντονιστές του προγράμματος και δημιουργήθηκαν και προγράμματα για γονείς.

Το πρόγραμμα αυτό συνδυάζει όλα τα μοντέλα παρέμβασης (γνωστικό, συναισθηματικό, ψυχοκοινωνικό) για να είναι καλύτερα τα αποτελέσματα πρόληψης. Στηρίζεται δηλαδή σε ένα σύνθετο μοντέλο που περιλαμβάνει την ανάπτυξη της ικανότητας των μαθητών να αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους, την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους και τους παράγοντες που τους επηρεάζουν.

Το πρόγραμμα χωρίζεται σε πέντε θεματικές ενότητες:

- Ταυτότητα και αυτοεκτίμηση, δηλαδή, να αποκτήσουν οι μαθητές αυτοεκτίμηση που είναι και η βάση όλων των άλλων τομέων που σχετίζονται με την προσωπική ανάπτυξη των μαθητών. (οι άνθρωποι με χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι πιθανό να κάνουν χρήση ναρκωτικών και η αυτοεκτίμηση μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη.)
- Κατανόηση επιρροών, δηλαδή, να αποκτήσουν οι μαθητές επίγνωση των επιρροών και των πιέσεων που επηρεάζουν τις αποφάσεις τους.
- Αυτοπεποίθηση και αποφασιστικότητα, δηλαδή, να αναπτύξουν οι μαθητές ένα συναίσθημα ευθύνης απέναντι στην ζωή τους, να βελτιωθεί η επικοινωνία τους ώστε να γίνει πιο άμεση και ειλικρινής και να παίρνουν τις αποφάσεις τους σεβόμενοι και τα δικαιώματα των άλλων.
- Συναισθήματα, δηλαδή, να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τα συναισθήματα και να βρουν εναλλακτικούς τρόπους έκφρασης των συναισθημάτων.
- Λήψη αποφάσεων, δηλαδή, να αναπτύξουν οι νέοι την ικανότητα να λαμβάνουν αποφάσεις που ανταποκρίνονται στις επιθυμίες τους.

Η μεθοδολογία του προγράμματος αυτού είναι της ενεργητικής μάθησης και επιτρέπουν την πλήρη συμμετοχή των μαθητών. Το πρώτο στάδιο, είναι αυτό της δράσης και ονομάζεται «ενεργώ/ βιώνω». Οι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται είναι το παίξιμο ρόλων, τα παιχνίδια, τα κουίζ, οι αναπαραστάσεις, οι συζητήσεις περιπτώσεων και ο ελεύθερος συνειρμός. Στο δεύτερο στάδιο, που ονομάζεται «ανταλλάσσω εμπειρίες», τα μέλη μπορούν να σκέφτονται και να συγκρίνουν τις εμπειρίες τους. Στο τρίτο στάδιο, που αποκαλείται, «κατανοώ και ερμηνεύω» τα μέλη καλούνται να κατανοήσουν το υλικό, τις πληροφορίες και την εμπειρία των προηγούμενων σταδίων. Στο τέταρτο στάδιο, που ονομάζεται «γενικεύω», γενικεύονται οι υποθέσεις οι αρχές και τα συμπεράσματα των προηγούμενων σταδίων. Στο τελευταίο στάδιο, που λέγεται «εφαρμόζω», γίνεται μια εποπτεία για το τι έχει εμπεδωθεί, σε ποιο βαθμό οι αντιλήψεις άλλαξαν και κατά πόσο αποκτήθηκαν νέες δεξιότητες.

Η αξιολόγηση του προγράμματος αυτού στην Ιρλανδία, έδειξε ότι η εφαρμογή του είχε επίδραση στις απόψεις τις στάσεις και τις συμπεριφορές σχετικά με την χρήση ουσιών. Οι μαθητές είχαν λιγότερο θετικές απόψεις και στάσεις για την χρήση ουσιών καθώς επίσης, δήλωσαν και μειωμένη χρήση ουσιών.

6.2.6. Πρόγραμμα πρωτοβάθμιας πρόληψης (ομάδα πυρήνας- εκπαίδευση συνομηλίκων)

Το πρόγραμμα αυτό, δημιουργήθηκε από την μονάδα απεξάρτησης αλκοολικών- τοξικομανών- Ψ.Ν.Α. του τμήματος εφήβων και νέων. Οι γενικοί στόχοι του προγράμματος είναι η πληροφόρηση και η ευαισθητοποίηση όσον αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες της εξάρτησης.

Βασικό σημείο είναι η δημιουργία και η παρέμβαση της ομάδας πυρήνα στο σχολείο. Η ομάδα αυτή αποτελείται από 6 μαθητές, 3 εκπαιδευτικούς, 1 υπεύθυνο και 1 βοηθό από το τμήμα εφήβων.

Η πρώτη φάση του προγράμματος, περιλαμβάνει την εκπαίδευση της ομάδας, που έχει διάρκεια 30 διδακτικές ώρες και 10 θεματικές ενότητες.

Η δεύτερη φάση περιλαμβάνει την παρέμβαση της ομάδας πυρήνα στην σχολική κοινότητα, η οποία εποπτεύεται από το τμήμα εφήβων.

Το πρόγραμμα διαρκεί ένα σχολικό έτος και η αξιολόγηση γίνεται σε δυο επίπεδα. Αρχικά, με ερωτηματολόγια, με την μελέτη των πρακτικών συνεδριών της ομάδας και με ατομικές συζητήσεις, αξιολογείται η ομάδα συμμετεχόντων και έπειτα, αξιολογούνται οι αποδέκτες της δραστηριότητας της ομάδας.

Οι κύριες δυσκολίες του προγράμματος είναι η επιλογή ουσιαστικών εκπροσώπων των μαθητών, η συνέπεια, η προσαρμογή σε διαδικασίες ομάδας, η αλλαγή του τρόπου σκέψης και κλίματος στην ομάδα και στο σχολείο και η διαφοροποίηση στερεοτύπων και ρόλων.

6.2.7. Πρόγραμμα πρωτοβάθμιας πρόληψης μέσα από τις διεργασίες και τα βιώματα της ομάδας των μαθητών γυμνασίου

Το κέντρο θεραπείας εξαρτημένων ατόμων το φθινόπωρο του 1996, δημιούργησε ένα πιλοτικό πρόγραμμα πρόληψης που εφαρμόστηκε στο 2^ο γυμνάσιο Δραπετσώνας.

Κύριος στόχος του προγράμματος ήταν η δημιουργία συνθηκών, στο σχολικό χώρο, που προάγουν έναν υγιή τρόπο ζωής, αντίθετο από αυτόν της εξάρτησης.

Το πρόγραμμα στόχευε σε τρία επίπεδα, των μαθητών, των εκπαιδευτικών και των γονέων.

Η ομάδα αποτελείτε από 25 μαθητές της γ' γυμνασίου, ηλικίας δεκατεσσάρων και δεκαπέντε ετών. Η τάξη της γ' γυμνασίου επιλέχθηκε λόγω του ότι τα παιδιά βρίσκονταν σε πιο ώριμη ηλικία, διένυαν μια κρίσιμη μεταβατική περίοδο αλλά και γιατί σ' αυτήν την ηλικία διαμορφώνουν αξίες, ιδανικά και στόχους.

Στόχος των παρεμβάσεων λοιπόν, ήταν η ευαισθητοποίηση και η ενημέρωση σχετικά με τις εξαρτήσεις και η δημιουργία πυρήνων πρόληψης για την εδραίωση και την αύξηση των αποτελεσμάτων της ενίσχυσης των μαθητών.

Το πρώτο στάδιο περιελάμβανε γνωριμία με τις συνέπειες, την αιτιολογία της χρήσης και την απομυθοποίησή της. Μια πρώτη διαπίστωση που έγινε, ήταν ότι η ομάδα ήταν πολύ ενημερωμένη σχετικά με την χρήση ουσιών και γι' αυτό η προσέγγιση αναπροσαρμόστηκε για να ανταποκριθεί στο επίπεδο γνώσεων και εμπειριών της ομάδας.

Η απομυθοποίηση λειτούργησε περισσότερο προς την πλευρά των εκπαιδευτικών, παρά προς των μαθητών ενώ για τα αίτια χρήσης ουσιών η πλειοψηφία της ομάδας απάντησε ότι είναι η ανάγκη του εφήβου για αποδοχή και αναγνώριση.

Επίσης αναπροσαρμόστηκε και η θεματολογία, αφού η ομάδα των εφήβων ήθελε να αναλυθεί οτιδήποτε σχετίζεται με την δημιουργία σχέσεων. Έτσι μια σειρά θεμάτων που σχετίζονταν με τα πρότυπα και την νεολαία ακυρώθηκαν. Ακόμα, έγινε μια βιωματική άσκηση με βάση οικογενειακές σκηνές, τέθηκε το θέμα ανάληψης ευθυνών, τα μέλη δημιούργησαν μια ταινία μικρού μήκους που αφορούσε την εφηβεία με θέματα την ελευθερία, την φιλία, την αντίδραση, τα βάσανα, την αγάπη, τις σχέσεις, τον έρωτα και τις σχέσεις, έτσι ώστε να εξερευνήσουν τα μέλη τη φάση της εφηβείας έτσι όπως την βιώνουν προσωπικά, να μπορέσει το κάθε άτομο να εκφράσει το δυναμικό του και τις ανάγκες του, σαν ομάδα να δουλέψουν τις μεταξύ τους σχέσεις και να έχουν τα μέλη την ευκαιρία να δουν ολοκληρωμένα την δουλειά τους. Τέλος, πραγματοποιήθηκε μια συνάντηση της ομάδας των μαθητών με την ομάδα καθηγητών.

6.2.9. Πρόγραμμα προώθησης της πρόληψης στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Το πρόγραμμα αυτό, δημιουργήθηκε από το ΚΕ.Θ.Ε.Α., βασιζόμενο στις θεμελιώδεις αρχές της πρόληψης που είναι η ενημερότητα- ενεργοποίηση- συμμετοχή- συνεργασία- δημιουργικότητα.

Στόχος του προγράμματος είναι η δημιουργία πυρήνων στο σχολικό περιβάλλον από ομάδες καθηγητών, γονέων και μαθητών με σκοπό την δραστηριοποίηση και την αποτελεσματική διαχείριση των προβλημάτων του σχολείου. Ακόμα, αποσκοπεί στην πρόληψη παραβατικών συμπεριφορών, όπως η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, στην προώθηση της ψυχικής και σωματικής υγείας, στο να βοηθήσει τη σχολική κοινότητα να υιοθετηθούν αξίες και να βελτιωθούν οι δεξιότητες επικοινωνίας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι στάσεις υπευθυνότητας και αντίστασης στις διάφορες μορφές απάθειας.

Βασική προτεραιότητα του προγράμματος, είναι να ενεργοποιήσει όλους τους νέους προς μια κατεύθυνση δημιουργικών δραστηριοτήτων για να τους εντάξει ενεργά στην κοινωνική διαντίδραση. Έτσι λοιπόν, το πρόγραμμα θα επικεντρωθεί αρχικά σε ένα τμήμα, αλλά τα οφέλη θα καλύψουν όλη την σχολική κοινότητα.

Οι δραστηριότητες του προγράμματος, οι οποίες εξασφαλίζουν την εμπλοκή του λυκείου αλλά και την αξιοποίηση των ευεργετικών αποτελεσμάτων από όλη την σχολική κοινότητα, είναι η έκδοση περιοδικού, η δημιουργία βάσης δεδομένων και άλλες. Οι ομάδες θα έχουν διάρκεια 50 ώρες το έτος, συγκεκριμένα θα πραγματοποιηθούν 25 δίωρες συναντήσεις και οι μέθοδοι που θα εφαρμόσει το πρόγραμμα είναι θεωρητικές διαλέξεις σε εξειδικευμένα θέματα, οι ομάδες δημιουργικής απασχόλησης, οι άσκησης αναπαραστάσεως και οι βιωματικές ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης.

Η αξιολόγηση θα εστιαστεί στις συμπεριφορές και συνήθειες, στην κοινωνική συμμετοχή, στην γνώμη και στάση σε γενικές κοινωνικές και πολιτικές απόψεις, στην γνώμη και στάση σε σχέση με το αλκοόλ, τον καπνό

και τις εξαρτησιογόνες ουσίες, στις προσδοκίες σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο και στα σημαντικά προσωπικά χαρακτηριστικά δηλαδή, τον βαθμό αυτοεκτίμησης, αυτοσεβασμού και αυτογνωσίας. Βασικό μεθοδολογικό εργαλείο θα είναι το ερωτηματολόγιο.

6.2.10. Ομάδα πρωτογενούς πρόληψης κατά των ναρκωτικών – 2 χρόνια δράσης από το ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Τον Φεβρουάριο και τον Μάρτιο του 1997 πραγματοποιήθηκε ένας κύκλος πρόληψης κατά των εθιστικών ουσιών στα λύκεια της επαρχίας του Λαγκαδά.

Η ενημέρωση αυτή οργανώθηκε και εκτελέστηκε μετά από επανειλημμένες συνεδριάσεις της ομάδας πρόληψης για να συζητηθεί ο τρόπος που θα γινόταν η ενημέρωση. Προτιμήθηκε από την ομάδα πρόληψης η προφορική ανάλυση σύμφωνα με την ιδεολογία του θεραπευτικού προγράμματος του Ψ.Ν.Θ. η ενημέρωση είχε διάρκεια μιας διδακτικής ώρας και η εισηγήσεις των ομιλητών ήταν σύντομες με θετικά μηνύματα ζωής ενώ υπήρχε και χρόνος για την υποβολή ερωτήσεων από τους ενδιαφερόμενους. Η ενημέρωση πραγματοποιήθηκε στις τάξεις των μαθητών χωρίς να υπάρχουν οι καθηγητές τους, για να μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα. Οι καθηγητές ενημερώνονταν παράλληλα στο γραφείο τους. Η επιτροπή συνεδρίαζε μετά από κάθε ενημέρωση για να επεξεργαστεί τα θέματα και τα ερωτήματα που έθεταν οι μαθητές.

Σχετικά με την ομάδα των μαθητών, η ομάδα ενημέρωσης διαπίστωσε ότι, οι μαθητές έδειξαν μεγάλο ενδιαφέρον στις περισσότερες περιπτώσεις. Συμμετείχαν ικανοποιητικά στις συζητήσεις και παρέμεναν στις θέσεις του μετά την λήξη της διδακτικής ώρας, ζητώντας να συνεχιστεί η ενημέρωση. Ακόμα, προέκυψε το αίτημα και για άλλες επαφές. Η πλειοψηφία των μαθητών είχαν γνώση του θέματος από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και από το φιλικό περιβάλλον τους και κάποιοι από αυτούς δήλωσαν ότι κάνουν χρήση νόμιμων

ουσιών όπως τσιγάρο και αλκοόλ καθώς και ότι υπάρχουν άτομα, που συναναστρέφονται και κάνουν χρήση ουσιών.

Όσον αφορά την ομάδα των καθηγητών, διαπιστώθηκε ότι, δεν έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το θέμα πλην ελάχιστων εξαιρέσεων. Οι καθηγητές δεν συμμετείχαν στις συζητήσεις και δεν υπήρξε αίτημα άλλων επαφών. Ακόμα, δεν υπήρχε ικανοποιητική γνώση του θέματος από την πλευρά τους και οι πηγές της γνώσης τους είναι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και η αρθρογραφία. Οι τρόποι, που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα εάν υπάρξει υποψία για κάποιο μαθητή, ποικίλλουν και τις περισσότερες φορές οι καθηγητές νιώθουν αμήχανοι, ανέτοιμοι και ανίσχυροι για να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Τέλος, παραπέμπουν στους γονείς και στην πολιτεία την προστασία των μαθητών.

Σχετικά με τους γονείς, με τους οποίους η ομάδα ενημέρωσης ασχολήθηκε ελάχιστα για αντικειμενικούς λόγους, προκύπτει ότι, η στάση που κρατούν οι γονείς απέναντι στο πρόβλημα, μπορεί να χαρακτηριστεί αμήχανη. Νιώθουν συνήθως φόβο κυρίως από την ενημέρωση των μέσων μαζικής ενημέρωσης και θεωρούν ότι το πρόβλημα αυτό δεν αφορά τους ίδιους. Ακόμα, δεν συνειδητοποιούν την δική τους ευθύνη για την έλλειψη προστασίας των παιδιών τους σχετικά με τις εξαρτήσεις και αναθέτουν τον ρόλο αυτό στο σχολείο, τους καθηγητές και την πολιτεία.

6.2.11. «Ο κήπος με τις 11 γάτες» το χρονικό μιας παράστασης

Τον Μάρτιο του 1996, δημιουργήθηκε η ομάδα παρέμβασης νέων για την προαγωγή υγείας, η οποία αποτελείται από νέους 14-20 χρονών και στόχος τους είναι η ενημέρωση των νέων για την πρόληψη των εξαρτήσεων. Γι' αυτό, οργάνωσαν μια θεατρική παράσταση με μηνύματα πρόληψης, θεωρώντας ότι, στην πρόληψη θα ήταν πιο χρήσιμο να αξιοποιείται η δημιουργικότητα και η φαντασία των παιδιών. Το κείμενο που επιλέχθηκε ήταν «ο κήπος με τις 11 γάτες», το οποίο έχει γραφτεί από ειδικούς και θίγει ζητήματα που αφορούν

τους αιτιολογικούς παράγοντες της χρήσης, χρησιμοποιώντας την γλώσσα του παραμυθιού.

Στόχοι αυτής της προσπάθειας ήταν η εκπαίδευση των ηθοποιών- μελών στα θέματα της πρόληψης και η σύνδεση της πρόληψης με τον πολιτισμό, την καλλιτεχνική δραστηριότητα και την δημιουργία.

6.2.12. Πιλοτικό πρόγραμμα αγωγής υγείας για την πρόληψη χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών (καπνού- αλκοόλ- ναρκωτικών) σε μαθητές γυμνασίου

Η επιστημονική ομάδα του συμβουλευτικού σταθμού καταπολέμησης ναρκωτικών του νομού Ιωαννίνων, εφάρμοσε ένα πιλοτικό πρόγραμμα σε 600 μαθητές της β' και γ' γυμνασίου για την πρόληψη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών.

Η ομάδα, δημιούργησε το πρόγραμμα αυτό βασιζόμενη στη διεθνή βιβλιογραφία για τα προγράμματα αλλαγής στάσης στα στοιχεία που ήταν διαθέσιμα για τον συγκεκριμένο πληθυσμό- στόχο.

Το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε σε 450 μαθητές το έτος 1995-1996 και σε άλλους 760 το έτος 1996-1997. Κάθε φορά που ολοκληρωνόταν ένας κύκλος, το υλικό αναπροσαρμοζόταν ανάλογα με τις παρατηρήσεις που προέκυπταν.

Βασικός στόχος του προγράμματος, δεν ήταν μόνο η πληροφόρηση των μαθητών, αλλά και η αλλαγή της στάσης τους απέναντι στην χρήση των ουσιών. Γενικότερα, αποσκοπούσε στο να αποτρέψει τους μαθητές να δοκιμάσουν και να πειραματιστούν με τις ουσίες αλλά και να κάνει τους ήδη χρήστες να σκεφτούν σοβαρά, την διακοπή των ουσιών.

Η εκπαιδευτική διαδικασία βασίζεται στο ομαδοκεντρικό σύστημα και τα θέματα παρουσιάζονται υπό μορφή συζήτησης. Κατά την υλοποίηση του προγράμματος χρησιμοποιούνται βιωματικές, συμπεριφορολογικές και

γνωσιακές τεχνικές, δραματοποίηση, ανάλυση ιστοριών, παίξιμο ρόλων, άσκηση ικανοτήτων, εφαρμογή προτύπων, παιχνίδια.

Ιδιαίτερο ρόλο στο πρόγραμμα, έπαιζε ο συντονιστής της ομάδας. Ήταν απαραίτητο να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στο να σέβεται το κάθε μέλος αλλά και ολόκληρη την ομάδα, να δημιουργεί κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης μέσα στην ομάδα και να είναι καλός ακροατής χωρίς να έχει κριτική ή επικριτική διάθεση.

Το πρόγραμμα διαρκεί 2 διδακτικές ώρες κάθε εβδομάδα σε κάθε τμήμα και ολοκληρώνεται σε εφτά συναντήσεις και χωρίζεται σε εφτά κύκλους.

Στον πρώτο και δεύτερο κύκλο όπου, διενεργείται η πρώτη επαφή και η γνωριμία, μια συζήτηση για το κάπνισμα, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, στόχος είναι, η θεμελίωση της συνοχής της ομάδας και η απάντηση ερωτημάτων των μαθητών με ακριβή και τεκμηριωμένο τρόπο χωρίς εκφοβιστικές τακτικές και ψευδοσυναισθηματισμούς.

Στον τρίτο κύκλο, πραγματοποιείται συζήτηση με θέμα τα στερεότυπα, τη δημιουργία προτύπων, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τη διαφήμιση. Στόχος της συζήτησης είναι να λαμβάνουν ελεύθερα αποφάσεις για τον εαυτό τους χωρίς να είναι καθοριστική η επίδραση των στερεοτύπων και των προτύπων στην ζωή τους και να αναγνωρίζουν τα κρυμμένα μηνύματα στις διαφημίσεις και στον τρόπο ζωής που προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και να αναπτύξουν δεξιότητες αντίστασης.

Στον τέταρτο κύκλο, αναλύεται η φιλία και η σημασία της παρέας. Στόχος είναι να επισημανθεί ότι συχνά από την παρέα δεχόμαστε πιέσεις να υιοθετήσουμε συμπεριφορές που αυτή επιβάλλει και να εκπαιδευτούν οι μαθητές σε δεξιότητες άρνησης.

Στον πέμπτο κύκλο, κεντρικό θέμα είναι η εικόνα που έχει ο καθένας για τον εαυτό του. Σκοπός της συζήτησης αυτής είναι να συνειδητοποιήσουν οι μαθητές την αξία του εαυτού τους ως μέσο προσωπικής προόδου και βελτίωσης

των σχέσεων τους με τους άλλους και να εκπαιδευτούν στο να γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους και να αυξήσουν την αυτοεκτίμηση τους.

Στον έκτο κύκλο, πραγματοποιήθηκε μια κουβέντα σχετικά με το πώς γίνεται η επικοινωνία με τους άλλους. Στόχος ήταν να αναδειχτεί η αξία της επικοινωνίας ως παράγοντας προσωπικής επιτυχίας και βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων και να εκπαιδευτούν οι μαθητές σε δεξιότητες επικοινωνίας.

Στον έβδομο και τελευταίο κύκλο, η συζήτηση έχει ως θέμα τα συναισθήματα και το άγχος και στόχος της είναι να συνειδητοποιήσουν οι μαθητές, τον ρόλο που παίζει ο τρόπος επεξεργασίας και εκδήλωσης των συναισθημάτων στην ζωή και να εκπαιδευτούν στο χειρισμό αγχογόνων καταστάσεων.

Η αξιολόγηση των στόχων του προγράμματος, πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 350 μαθητών της β' και της γ' γυμνασίου κατά το σχολικό έτος 1994-1995 με την βοήθεια εγκεκριμένου, ανώνυμου και κλειστού τύπου ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν από τους μαθητές κατά την διάρκεια μιας διδακτικής ώρας χωρίς να παρευρίσκονται οι εκπαιδευτικοί και με την διαβεβαίωση ότι τα στοιχεία θα ήταν απόρρητα. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε πριν και μετά το τέλος του προγράμματος. Για την αξιολόγηση χρησιμοποιήθηκε και ομάδα ελέγχου 340 μαθητών, που δεν παρακολούθησε το πρόγραμμα. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε και στην συγκεκριμένη ομάδα την ίδια χρονική περίοδο που μοιράστηκε και στα άτομα που παρακολούθησαν το πρόγραμμα. Η αξιοπιστία των μετρήσεων του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με την μέθοδο ελέγχου- επανελέγχου σε δείγμα 100 μαθητών, σε διάστημα 15 ημερών μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης διανομής.

Η αξιολόγηση του προγράμματος έδωσε ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η συχνότητα χρήσης καπνού, αλκοόλ και ναρκωτικών μειώθηκε στους μαθητές που παρακολούθησαν το πρόγραμμα. Επίσης μειώθηκε και η περιστασιακή

χρήση αλκοόλ και καπνού, ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές αλλαγές. Το ποσοστό των μαθητών που προβλέπουν για τον εαυτό τους ότι θα καπνίζουν στο μέλλον, ανεξάρτητα αν τώρα καπνίζουν ή όχι, μειώθηκε μετά την παρακολούθηση του προγράμματος ενώ στην ομάδα ελέγχου υπήρχε μια μικρή αύξηση μη στατιστικά σημαντική. Σημαντική μείωση επίσης, παρατηρήθηκε και στο ποσοστό των μαθητών που προβλέπουν για τον εαυτό τους συχνή χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών στο μέλλον, ανεξάρτητα αν τώρα κάνουν χρήση ή όχι.

Ακόμα, το πρόγραμμα ενίσχυσε τις δεξιότητες άρνησης των μαθητών και η πλειοψηφία που παρακολούθησε το πρόγραμμα θέλει να επαναληφθεί, το έκρινε λειτουργικό και θεώρησε ότι δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης που τους επέτρεπε να εκφράζουν πράγματα που ήθελαν. Επίσης, οι μαθητές απάντησαν ότι αισθάνονται καλύτερα ενημερωμένοι πάνω στο θέμα της χρήσης ναρκωτικών, τσιγάρου και αλκοόλ και περισσότερο έτοιμοι να επιλέξουν την προσωπική τους στάση όσον αφορά την χρήση καπνού, αλκοόλ και ναρκωτικών.

6.2.13. Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης σε σχολές μαθητείας του Ο.Α.Ε.Δ.

Ο Ο.Α.Ε.Δ. το 1998, σε συνεργασία με το τμήμα πρόληψης της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και με την συμβολή του βρετανικού εκπαιδευτικού οργανισμού, υλοποίησε δυο διήμερα εκπαιδευτικά εργαστήρια τον Μάρτιο και τον Ιούνιο 1998 με κεντρικό θέμα την ευαισθητοποίηση στην πρόληψη της χρήσης ουσιών στο σχολείο.

Ακόμα, τον Ιανουάριο του 1999, ξεκίνησε ένα πεντάμηνο σεμινάριο 20 συνολικά ωρών, για 15 καθηγητές με στόχο, να ενημερωθούν οι καθηγητές για το πρόβλημα της χρήσης και της κατάχρησης των εθιστικών ουσιών, να κατανοήσουν τις στρατηγικές και τις αρχές της πρόληψης μέσα στο σύστημα του σχολείου και να γίνει μια πρώτη προσέγγιση και διερεύνηση των

δυνατοτήτων για την διαχείριση περιστατικών χρήσης ουσιών από τους μαθητές.

Στο σεμινάριο χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ενεργητικής μάθησης μέσα από την διεργασία και την ομαδική δουλειά.

Στην αξιολόγηση, οι περισσότεροι καθηγητές ανέφεραν ότι το σεμινάριο ανταποκρίθηκε στους στόχους του, ένιωσαν αρκετά κινητοποιημένοι και ήθελαν να δουλέψουν περισσότερο πάνω στην πρόληψη στο σχολείο. Θεώρησαν ότι η πιο χρήσιμη εμπειρία του σεμιναρίου ήταν η σημασία της ανθρώπινης σχέσης και η προσπάθεια συλλογικής αντιμετώπισης του προβλήματος καθώς και η εργασία σε μικρές ομάδες, η οποία τους δυσκόλεψε και τους εντυπωσίασε συγχρόνως.

Ακόμα, διαπιστώθηκε ότι υπήρχε, μεγάλη ανάγκη από την πλευρά των καθηγητών για πληροφόρηση και ανταλλαγή απόψεων και στάσεων πάνω στην χρήση ουσιών και την εξάρτηση, επιθυμία για ομαδική δουλειά και συγχρόνως μεγάλη δυσκολία για αποδοχή της συνεργασίας και σύνθεσης των απόψεων μεταξύ των ατόμων που απαρτίζουν την ομάδα και δυσκολία απομάκρυνσης από τον ρόλο του καθηγητή και της έκφρασης προσωπικών στάσεων απέναντι σε θέματα πρόληψης.

Αφού ολοκληρώθηκαν τα σεμινάρια τον Μάιο του 1999, οι καθηγητές, κατέθεσαν προτάσεις για να συνεχιστεί η συνεργασία και να δημιουργηθούν ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης στα Τ.Ε.Ε. μαθητείας για ένα σχολικό έτος.

Το Τ.Ε.Ε. μαθητείας του Ρέντη εξέφρασε την ανάγκη, να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα πρόληψης με τελικό στόχο μια ομάδα μαθητών και ενδιάμεσο στόχο μια ομάδα καθηγητών. Η οργάνωση άρχισε τον Οκτώβριο του 1999 με την διεύθυνση του σχολείου και το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε τον Μάιο του 2000, και θα αποτελούνταν από 10 δίωρες συναντήσεις με τους μαθητές και 10 δίωρες συναντήσεις με τους καθηγητές. Κεντρικός στόχος της παρέμβασης ήταν η προώθηση του κλίματος πρόληψης σε όλη την σχολική κοινότητα. Καθ' όλη

την διάρκεια του προγράμματος υπήρξε αξιολόγηση για να σχεδιαστούν νέοι κύκλοι λειτουργίας του προγράμματος την επόμενη χρονιά στο ίδιο σχολείο, αλλά και σε άλλα.

Κατά την αξιολόγηση, τα συμπεράσματα της ομάδα των καθηγητών ήταν ότι, το πρόγραμμα αποτελούσε για τους συμμετέχοντες μια ουσιαστική διαδικασία, οι συμμετέχοντες χαρακτηρίζονταν από διάθεση για την δυνατότητα επεξεργασίας των προσωπικών αναγκών μέσα στην ομάδα, όπως βιώματα, συναισθήματα κ.λ.π., αν και η ομάδα αποτελούνταν από άτομα με διαφορετικό προφίλ, πολύ σύντομα απέκτησε συνοχή και ανέπτυξε ουσιαστικές σχέσεις, η συμμετοχή στο πρόγραμμα βοήθησε στον επαναπροσδιορισμό του ρόλου των συμμετεχόντων ως εκπαιδευτικών και στην αποδοχή της σημασίας και της αξίας της πρόληψης στο πλαίσιο του σχολείου και ότι βελτίωσαν σημαντικά τις γνώσεις τους σε θέματα πρόληψης και εξάρτησης.

Ως προς την ομάδα των μαθητών διαπιστώθηκε ότι, οι συμμετέχοντες βελτίωσαν την επικοινωνία τους, τις σχέσεις τους και εξέφρασαν τις δυσκολίες τους και τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν.

Επίσης, ταυτόχρονα με το πρόγραμμα που πραγματοποιούνταν στο Τ.Ε.Ε.. Ρέντη, ξεκίνησε η οργάνωση και η εφαρμογή των εκπαιδευτικών τριημέρων σε καθηγητές των Τ.Ε.Ε.. μαθητείας στην περιφέρεια. Τα προγράμματα αυτά ήταν η απάντηση στα αιτήματα και ερωτήματα πολλών σχολών μαθητείας τα οποία, συνδέονταν με την αγωνία των ανθρώπων του σχολείου για βοήθεια των μαθητών που κάνουν χρήση ουσιών, την στήριξη των μαθητών στις επιλογές της ζωής που σχετίζονται με αξίες και διαπροσωπικές σχέσεις, την κινητοποίηση των μαθητών για μάθηση και αντίσταση σε διάφορες μορφές απάθειας και απομόνωσης.

Υλοποιήθηκαν συνολικά από τον Οκτώβριο του 2000, 5 εκπαιδευτικά εργαστήρια α' κύκλου στη Θεσσαλονίκη, το Ωραιόκαστρο, στην Αργολίδα, στην Θεσσαλία και την ρόδο και 3 εργαστήρια β' κύκλου στην Θεσσαλονίκη, στο Ωραιόκαστρο και στην Αργολίδα.

Στόχος των εργαστηρίων, ήταν η δημιουργία πυρήνων από ομάδες καθηγητών μέσα στα Τ.Ε.Ε.. μαθητείας με σκοπό την δραστηριοποίηση σε θέμα πρόληψης και την αποτελεσματική διαχείριση προβλημάτων χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών από μαθητές στα σχολεία.

Στην αξιολόγηση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες, απάντησαν στα ερωτηματολόγια ότι, η συμμετοχή τους στα εργαστήρια πλούτισε τις γνώσεις τους και απέκτησαν κατάλληλες βάσεις πάνω στο θέμα της εξάρτησης και της πρόληψης, ξεκαθάρισαν και επαναπροσδιόρισαν την θέση και την στάση τους σε πολλά θέματα που δεν εντοπίζονται μόνο στο θέμα των ναρκωτικών, όπως τον ρόλο τους σαν εκπαιδευτικοί, αλλά και στις ανθρώπινες σχέσεις γενικότερα.

6.2.14. Κέντρο πρόληψης «Αριάδνη» Ν. Θεσπρωτίας

Το κέντρο πρόληψης «Αριάδνη» εφαρμόζει προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε εφήβους και το περιεχόμενό τους είναι διαφορετικό από τα σεμινάρια. Δημιούργησαν λοιπόν, αθλητικές, περιβαλλοντικές και πολιτιστικές δραστηριότητες. Γενικότερα δημιουργήθηκαν νέοι τρόποι για να γίνει η προσέγγιση των νέων στις δράσεις του κέντρου και να προβληθούν μηνύματα και στάσεις ζωής με νόημα. Έτσι, οργανώθηκαν ομάδες τοξοβολίας, κατάβασης με καγιάκ, κράφτ, διοργανώθηκαν εκδρομές, κατασκήνωση στο ποτάμι, αξιοποιώντας όλα τα παραπάνω για συζητήσεις με τους εφήβους και για ομάδες δουλειάς στη φύση. Ακόμη, με αφορμή την φιλοξενία της κινητής ομάδας του ΚΕ.Θ.Ε.Α. «Πήγασος» δημιουργήθηκαν θεατρικά δρώμενα. Όλα αυτά, έγιναν εργαλεία και αποδείχτηκαν αποτελεσματικά όσον αφορά τον αριθμό των εφήβων. Επίσης, πραγματοποιήθηκε σεμινάριο ευαισθητοποίησης του τοπικού τύπου κατά το οποίο, ο υπεύθυνος ραδιοφώνου πρότεινε ν' αξιοποιηθεί ο τοπικός ραδιοφωνικός σταθμός και έτσι δημιουργήθηκε η ραδιοφωνική εκπομπή του κέντρου πρόληψης με τίτλο « είμαστε στον αέρα».

Η πρώτη εκπομπή έγινε με αφορμή τα τρία χρόνια λειτουργίας του κέντρου πρόληψης και ήταν μαγνητοσκοπημένη. Έπειτα, έγιναν ζωντανές

εκπομπές, που ήταν ψυχαγωγικού χαρακτήρα. Στην πορεία όμως, εμπλουτίστηκαν με νέα, σχόλια του τύπου και ρεπορτάζ των εφήβων με θέματα που τους απασχολούσαν.

Καθόρισαν επίσης, τα θέματα της εκπομπής, δηλαδή, σε ποιους θα απευθύνονται, τι μηνύματα θα στέλνει η εκπομπή στην κοινότητα, τι μουσική θα παίζει και πως θα είναι μετρήσιμη η ακροαματικότητα.

Ακόμα, έγινε ένα σεμινάριο προετοιμασίας για τα νέα παιδιά που έδειξαν ενδιαφέρον και ήθελαν να συμμετάσχουν στην εκπομπή.

Η αξιολόγηση του προγράμματος έγινε με την βοήθεια ερωτηματολογίου, που δημιούργησε η ομάδα και συμπληρώθηκε με τα στοιχεία όσων επικοινωνήσαν τηλεφωνικά.

Κατέγραψαν λοιπόν, ότι η εκπομπή ακούγεται κυρίως από μαθητές γυμνασίου και λυκείου σε επίπεδο περιοχής εμβέλειας του σταθμού. Η εκπομπή επίσης είχε απήχηση, σε γονείς και καθηγητές. Έτσι λοιπόν, το συμπέρασμα που βγήκε είναι ότι η δράση του ραδιοφώνου μπορεί να αποτελέσει εκπαιδευτική δραστηριότητας πρόληψης.

Οι απαντήσεις των εφήβων οδήγησαν στο συμπέρασμα, ότι έχουν ανάγκη να εκτονώνουν την περίσσια ενεργητικότητά τους με θετικούς τρόπους και ενισχύει την πραγματοποίηση δράσεων του κέντρου πρόληψης όχι μόνο με σεμινάρια και ομιλίες αλλά και με άλλες ενεργητικές μεθόδους μάθησης. Η παραπάνω δράση εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα από μια ομάδα είκοσι περίπου εφήβων του δήμου Ηγουμενίτσας.

6.3. Ξένα προγράμματα

6.3.1. Το κάλεσμα του πολίτη- το κάλεσμα του νέου (leve civiche, leve giovanilli) Ιταλία

Το πρόγραμμα αυτό, θεωρείται μια πρωτογενής μικρή παρέμβαση σε άτομα ηλικίας 18-30 ετών περίπου. Σκοπός του προγράμματος είναι να ενεργοποιήσει τον νεανικό πληθυσμό μέσα από τρόπους ενδυνάμωσης του ρόλου τους ως πολίτες. Η μεθοδολογία της παρέμβασης στοχεύει στην ανάπτυξη της κοινότητας, δηλαδή μια ανεπτυγμένη κοινότητα έχει την δυνατότητα ν' αναγνωρίζει τις ανάγκες της και ταυτόχρονα να είναι ικανή, να καλύψει η ίδια τις ανάγκες αυτές.

Η έννοια της παρέμβασης προσδιορίζεται σαν μια κοινωνική δράση με στόχο να μειώσει τους παράγοντες κινδύνου και να ενισχύσει τους προστατευτικούς παράγοντες απέναντι στους νέους. Αποτελεί λοιπόν, μια πολύπλοκη δράση ενδυνάμωσης της προσωπικότητας και της ψυχοκοινωνικής υγείας του νεανικού πληθυσμού με στόχο να μειωθεί το πρόβλημα μέσα από την ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους, σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Ο στόχος αυτός, μπορεί να επιτευχθεί δουλεύοντας σε τρεις τομείς: στον πληθυσμό των νέων, στην τοπική κοινότητα και στην τοπική αυτοδιοίκηση.

Σχετικά με τον πληθυσμό των νέων, δουλειά στην πρόληψη σημαίνει ότι θα πρέπει να δοθεί αξία στην οντότητα του νέου, προσφέροντας τους την ευκαιρία να αποκτήσουν εμπειρία μέσα από την ενεργή εμπλοκή τους στην κοινότητα, δουλεύοντας πάνω σε θετικές συμπεριφορές, εκτιμώντας τις ικανότητες τους και θεωρώντας τους ως πηγή και όχι ως πρόβλημα. Ακόμα, θα πρέπει να ενδυναμωθεί η ανάπτυξη του νέου, αναγνωρίζοντας την ευθύνη τους, ενδυναμώνοντας τους κοινωνικούς τους ρόλους σαν παράγοντες στην τοπική κοινότητα, έχοντας εμπιστοσύνη στις γνώσεις και τις δεξιότητές τους, εκπαιδεύοντας τους σε νέες τακτικές και δυνατότητες, ζητώντας τους να δεσμευτούν σε καθήκοντα, κανόνες και προετοιμασίες. Η πρόληψη στους νέους

επίσης, επιτυγχάνεται με το να δοθούν απαντήσεις στις ανάγκες τους, με το να είναι πρωταγωνιστές στις ζωές τους και στο περιβαλλόμενο κοινωνικό πλαίσιο, με το να είναι ανεξάρτητοι από τους ενήλικες και με το να στηρίζονται και να υποστηρίζονται (με απόσταση) από συγκεκριμένους ενήλικες και με το να είναι χρήσιμοι και εκτιμώμενοι από τους άλλους. Τέλος, η πρόληψη στους νέους επιτυγχάνεται με τον σεβασμό στις ιδιαιτερότητες τους, με το να είναι μέλη κοινωνικών ομάδων, με το να μαθαίνουν και να αυξάνουν τις γνώσεις τους και με το να «υπηρετούν» τους άλλους και την κοινότητα.

Για την επίτευξη της πρόληψης, η τοπική κοινότητα θα πρέπει να γίνει υπεύθυνη για τον νεανικό πληθυσμό. Αυτό σημαίνει ότι οι φορείς της τοπικής κοινότητας θα πρέπει να εμπλακούν περισσότερο και να ενισχυθούν έτσι ώστε να ασχοληθούν με την εκπαίδευση των νέων, οι πολίτες θα πρέπει να ενεργοποιηθούν έτσι ώστε να προλαμβάνουν τις ασθένειες της νεολαίας, η κοινότητα θα πρέπει να ευαισθητοποιηθεί στο συγκεκριμένο θέμα και να εκπαιδευτεί ώστε να εκτιμήσει την θετικότητα που πηγάζει από τους νέους και να ενισχυθεί ώστε να δημιουργηθεί ένα δίκτυο υπηρεσιών και φορέων. Ακόμα, οι εθελοντικές υπηρεσίες θα πρέπει να υποδέχονται τους νέους και να τους εκπαιδεύουν και ο φορέας που ασχολείται με τον νεανικό πληθυσμό θα πρέπει να τους παρακινεί στο να εμπλακούν σε εκπαιδευτικές διαδικασίες.

Όσον αφορά την προσφορά της τοπικής αυτοδιοίκησης στον τομέα της πρόληψης, θα πρέπει να επενδύσει οικονομικούς και προσωπικούς πόρους σε προγράμματα πρόληψης για νέους, να ενισχύσει και να προτρέψει τους νέους ώστε να γίνουν ενεργοί πολίτες και να τους αναγνωρίσει την ιδιότητα αυτή, να θεωρήσει τους νέους ως μια κρυφή δύναμη και όχι ως βάρος, να αναγνωρίσει τους νέους ως σημαντικούς πολιτικούς συνομιλητές, να οργανώσει συναντήσεις με την νεολαία με σκοπό τον διάλογο και την επαφή, να διευκολύνει την εμπλοκή των νέων σε δράσεις και φορείς της κοινότητας και τέλος να χτίσει μια ανοιχτή και υγιή κοινότητα για όλους τους πολίτες που να σηματοδοτεί ένα ασφαλές περιβάλλον για τον νεανικό πληθυσμό.

6.3.2. Οι φάσεις του προγράμματος- το κάλεσμα των νέων

Η τοπική αυτοδιοίκηση που αποτελεί φορέα «κλειδί» για όλο το πρόγραμμα, καλεί τους νέους της τοπικής αρμοδιότητας του και τους κάνει την πρόταση για την βοήθεια της κοινότητας. Το κάλεσμα γίνεται μέσω μιας επιστολής, που γράφτηκε από τον δήμαρχο. Η επιστολή καλεί τους νέους να απαντήσουν στην πρόταση, ενεργοποιώντας προσωπικές δράσεις, ικανότητες για το καλό του καθενός καθώς και της κοινότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι νέοι καλούνται να πάρουν μέρος σ' ένα βραδινό γεγονός, μια συνάντηση, όπου μια συγκεκριμένη πρόταση θα παρουσιαστεί και θα διευκρινιστεί, με όλες τις λεπτομέρειες σε όσους επιθυμούν να συμμετάσχουν.

6.3.3. Η βραδιά της παρουσίασης και η ανεπίσημη επαφή

Με την βραδιά της παρουσίασης δίνεται η δυνατότητα στην πλειοψηφία, να συμμετάσχει καθώς και η ευκαιρία στους νέους, να διαπιστώσουν ποιος κάνει την πρόταση αλλά και να γνωρίσουν και άλλους νέους που θέλουν να μάθουν περισσότερα γι' αυτήν την πρωτοβουλία. Το κλίμα και η ατμόσφαιρα πρέπει να είναι προσεγμένα, διότι αποτελούν την πρώτη εντύπωση της πρωτοβουλίας, γι' αυτό και πρέπει να είναι φιλική, δελεαστική νεανική, ευχάριστη και λειτουργική. Τα βασικά στοιχεία που πρέπει να δοθούν για το πρόγραμμα εκείνης της βραδιάς είναι: «ποιος κάνει την πρόταση, τι προσφέρεται, τι ζητείται, τι χρειάζεται από τους νέους, τι μπορούν να κάνουν οι νέοι, που μπορούν οι νέοι να συμμετάσχουν εθελοντικά, ποιος φορέας έχει προσφερθεί μέχρι στιγμής να φιλοξενήσει την εθελοντική δουλειά, πόσο πρόκειται να διαρκέσει η δέσμευση;».

Οι φορείς και οι υπηρεσίες στις οποίες θα συμμετάσχουν οι νέοι, θα είναι καλό να παρευρίσκονται έχοντας κάποιο έντυπο υλικό, έτσι ώστε να υπάρχει μια εικόνα για το τι γίνεται. Οι νέοι που θα συμμετάσχουν, θα πρέπει να έχουν ένα πιθανό σενάριο για το πώς θα δράσουν στην κοινότητα.

Σκοπός αυτής της συνάντησης είναι να μπου οι νέοι στην διαδικασία να λάβουν μια άτυπη αρχική απόφαση για το αν και με ποιο τρόπο θα πάρουν μέρος στην δράση που τους προτείνεται. Οι νέοι, θα πρέπει να υποστηρίζονται από επαγγελματίες συντονιστές για να αισθάνονται ασφάλεια και εμπιστοσύνη, για να βοηθιούνται στην εθελοντική τους δράση. Οι συντονιστές αυτοί, θα πρέπει να έρθουν σε επαφή με τους νέους για να βολιδοσκοπήσουν τις διαθέσεις, τις προθέσεις, τις ιδέες και τα λοιπά και για να κρατήσουν τις διευθύνσεις και τα τηλεφωνά τους έτσι ώστε να μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί τους και να κανονίσουν την συνέντευξη με τον καθένα από αυτούς. Η ατμόσφαιρα θα πρέπει να συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση, δηλαδή να περιλαμβάνει μουσική και άλλες δραστηριότητες για νέους. Μέχρι το τέλος της βραδιάς, θα πρέπει να ξεκαθαριστεί: «τι προσφέρεται στους νέους στην πρόταση του προγράμματος, τι απαιτείται (π.χ. Δέσμευση 2-3 ώρες εβδομαδιαίως για εννιά μήνες), ποιοι παράγοντες εμπλέκονται, τι μπορεί να ζητηθεί στους νέους από τους φορείς:».

6.3.4. Η συνέντευξη

Οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα πρέπει να επικοινωνήσουν σύντομα με τον ενδιαφερόμενο έτσι ώστε η θετική ατμόσφαιρα και τα συναισθήματα που προέκυψαν από την βραδιά παρουσίασης να είναι ακόμα ζωντανά και διαθέσιμα. Αυτό, δείχνει επίσης ότι το πρόγραμμα είναι αξιόπιστο και σοβαρό. Η συνέντευξη παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, διότι ο νέος συναντάει έναν πολύ σημαντικό ενήλικα που ενδιαφέρεται για τις προσδοκίες και τις επιθυμίες των νέων και είναι ικανός να κατανοήσει τα ζητήματα και τους φόβους του καθώς και ν' ακούσει τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντά του.

Κατά την διάρκεια της συνέντευξης ο επαγγελματίας θα πρέπει να επαναλάβει στον ενδιαφερόμενο όλες τις λεπτομέρειες του προγράμματος, να πραγματοποιηθεί η γνωριμία και η προσπάθεια κατανόησης των αναγκών του νέου, να αναγνωριστούν οι δεξιότητες που ο ενδιαφερόμενος θέλει ν'

αξιοποιήσει και να τεθούν οι πρώτες βάσεις για την συνέχεια ανάλογα με τη διαθεσιμότητα και τις δυνατότητες του προσωπικού.

Ο συντονιστής ακόμα, θα μπορούσε να παρουσιάσει κάποιες από τις ήδη υπάρχουσες ιδέες για εθελοντική δραστηριοποίηση και να τονίσει οι μελλοντικά μπορεί να εκδηλωθεί ενδιαφέρον για παρέμβαση και από άλλους εθελοντικούς φορείς. Ωστόσο και ο νέος θα μπορέσει να προτείνει αντίστοιχους χώρους για υλοποίηση.

Στην φάση αυτή, τα πράγματα μπορούν να παραμείνουν ανοιχτά και να οριστούν κατά την εκπαιδευτική πρόοδο. Δεν χρειάζεται να είναι αυστηρά και τελεσίδικα. Είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί μια θετική, θερμή και ώριμη σχέση εμπιστοσύνης έτσι ώστε όλα τα προβλήματα να αντιμετωπίζονται και να συζητιούνται εύκολα και στην ώρα τους ανάμεσα στους συντονιστές και τους νέους. Ακόμη, ο επαγγελματίας θα πρέπει να έχει έναν χώρο για να μπορεί ο νέος να τον βρει όποτε τον χρειαστεί.

6.3.5. Η εκπαίδευση

Η εκπαίδευση, ενισχύει τις γνώσεις και τις ικανότητες όσων πρόκειται να λάβουν μέρος στο πρόγραμμα. Έτσι λοιπόν, είναι μια καλή ευκαιρία για να ξανασυζητηθεί το πρόγραμμα, να γνωστοποιηθεί η περιοχή δράσης και οι παράγοντες που εμπλέκονται, να συζητηθούν θέματα πολιτιστικά, κοινωνικά, εκπαιδευτικά αλλά και ζητήματα προσωπικά πάνω στο θέμα του εθελοντισμού και να προετοιμαστούν τα ζητήματα που αφορούν την δράση.

Είναι πιθανόν, κατά την εκπαίδευση, οι νέοι να κάνουν πιο συγκεκριμένο το ενδιαφέρον τους για τον εθελοντισμό, να το αυξήσουν και να το επιβεβαιώσουν. Ακόμη, οι νέοι μπορούν να γνωριστούν μεταξύ τους, να αλληλεπιδράσουν, να κοινωνικοποιηθούν και να δημιουργήσουν σημαντικές σχέσεις.

Η διαδικασία λοιπόν, περιλαμβάνει κάποιες ώρες εκπαίδευσης, κάποιες ώρες κοινωνικοποίησης, κάποιες ώρες για συναντήσεις με τον διοργανωτή φορέα και κάποιες ώρες για επισκέψεις στους εμπλεκόμενους φορείς.

Ένας μικρός, αλλά σημαντικός στόχος της εκπαίδευσης είναι να δημιουργηθεί μια ομάδα νέων που θα δουλεύουν στην ατμόσφαιρα και τις σχέσεις που θ' αναπτυχθούν. Η ομάδα αποτελεί ένα εξαιρετικά σημαντικό εργαλείο και χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα στην φάση αυτή.

Οι συμμετέχοντες στην εκπαίδευση είναι η τοπική κοινότητα, οι άνθρωποι που θα εμπλακούν στον εθελοντισμό, οι ανάγκες τους και η τελική ομάδα στόχου της παρέμβασης.

Τα θέματα που θα διαπραγματευτούν κατά την εκπαίδευση είναι: « η γνώση της περιοχής της παρέμβασης (δηλαδή πως θα την γνωρίσουν, πως θα σχεδιαστεί ένας χάρτης με πιθανές πηγές κ.λ.π), η κοινότητα και η κοινωνική παρέμβαση στην κοινότητα, η δουλειά με την ομάδα, ομάδες δράσης, δυναμική ομάδας, οι σχέσεις βοήθειας, η διαπροσωπική επικοινωνία, οι ευκολίες και οι δυσκολίες των νέων, η πρόληψη και οι παρεμβατικές δράσεις σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού, κοινωνική δικτύωση και η κοινωνική εργασία».

Η εκπαίδευση διεξάγεται από επαγγελματίες ή από ανθρώπους που εργάζονται στους φορείς. Η μεθοδολογία της εκπαίδευσης πρέπει να είναι βιωματική, να βασίζεται σε εμπειρίες, να εμπεριέχει μεθόδους ενεργητικής μάθησης και να δίνει την ευκαιρία ανταλλαγής εμπειριών και απόψεων. Οι ώρες της εκπαίδευσης πρέπει να είναι βραδινές ή απογευματινές, για να εξυπηρετεί όσους εργάζονται και όσους σπουδάζουν και να διαρκεί μέχρι τρεις ώρες. Η χρονική περίοδος που θα πρέπει να διαρκεί η εκπαίδευση δεν θα πρέπει να ξεπερνά τους δυο μήνες και θα πρέπει να βασίζεται στις ανάγκες των νέων που συμμετέχουν σχετικά με τον χρόνο, την εβδομάδα, τις μέρες, τον τόπο κ.λ.π. Η εκπαίδευση είναι μια προσφορά, υλοποιείται δωρεάν και δεν είναι απαραίτητη για όποιον θέλει να δραστηριοποιηθεί εθελοντικά.

6.3.6. Η δράση- η εθελοντική παρέμβαση

Η παρέμβαση που θα πραγματοποιηθεί με τον φορέα, είναι απαραίτητο να γίνει με πολύ σχολαστικό τρόπο και οι επιθυμίες, οι πόθοι, τα ενδιαφέροντα, τα

ιδανικά, οι ικανότητες και οι συμπεριφορές των νέων θα πρέπει να είναι σεβαστά όπως επίσης και η δομή του διοργανωτή φορέα και των εθελοντικών οργανώσεων. Η εμπειρία που θα αποκτήσουν οι νέοι θα πρέπει να είναι ευχάριστη και διασκεδαστική, για να αποτελεί ένα καλό κίνητρο.

Η επαφή με την εθελοντική οργάνωση θα πρέπει να γίνει αρκετό καιρό πριν ξεκινήσει το πρόγραμμα. Εάν, οι νέοι αναφέρουν κάποιο μέρος που θα ήθελαν να προσφέρουν κάποια εθελοντική εργασία, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες να επικοινωνήσουν με τον φορέα αυτόν, πριν ξεκινήσει η δράση.

Τα θέματα που θα πρέπει να προσδιοριστούν ανάμεσα στον φορέα και σε όσους εργάζονται στο πρόγραμμα είναι τα εξής: θα πρέπει να γίνει ένας καλός σχεδιασμός της εργασίας, τις δράσεις που θ' αναλάβουν οι νέοι και ο καθορισμός συγκεκριμένου και απαραίτητου χρόνου για εποπτεία της παρέμβασης. Οι νέοι, θα πρέπει να συζητούν τα προβλήματα που προκύπτουν με τον επόπτη καθώς και το που θα πραγματοποιείται η δράση που αναλαμβάνουν.

Τέλος, για να προστατεύεται και ο νέος εθελοντής αλλά και η οργάνωση που θα φιλοξενήσει την δράση, το πρόγραμμα θα πρέπει να στηρίζεται σ' ένα σύστημα που να προωθεί «ασφαλές δίκτυο» και να είναι σύμφωνο με την τοπική αυτοδιοίκηση.

6.3.7. Η εκπαιδευτική διαδικασία που υλοποιείται από τον επαγγελματία

Ο πυρήνας του προγράμματος και της παρέμβασης είναι η εκπαιδευτική διαδικασία. Ο υπεύθυνος του προγράμματος θα πρέπει να εστιάσει την προσοχή του σε τρεις παράγοντες:

- στο άτομο- νέο, που χρειάζεται υποστήριξη, βοήθεια για να διαλέξει την καλύτερη εμπειρία και να ανακαλύψει το περιβάλλον και την παρέμβαση. Επίσης, θα πρέπει να βοηθηθεί για ν' αντιμετωπίσει τις δυσκολίες και τα προβλήματα.

- στην ομάδα των νέων που θα λάβει μέρος στην δράση και που χρειάζεται βοήθεια και υποστήριξη. Στον συγκεκριμένο παράγοντα, ο υπεύθυνος θα πρέπει να δώσει μεγάλη προσοχή, διότι η ομάδα είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο και θ' αποτελέσει το έναυσμα της επόμενης χρονιάς. Άρα ο υπεύθυνος θα πρέπει να κάνει την σωστή σύσταση της ομάδας, να ενισχύσει την επικοινωνία των μελών και να δημιουργήσει ευχάριστη ατμόσφαιρα. Οι νέοι δεν θα πρέπει να αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι κατά την διάρκεια του προγράμματος και θα πρέπει να παίρνουν ανατροφοδότηση από τους επαγγελματίες.

- στους τοπικούς φορείς και στην οργάνωση που χρειάζονται επίσης υποστήριξη, για να μπορούν να υποδέχονται θερμά τον νέο και για να αντιλαμβάνονται τα προβλήματα που προκύπτουν. Η εμπειρία αυτή μπορεί να βοηθήσει τους φορείς να αξιολογήσουν προηγούμενες εμπειρίες με εθελοντές, να τους κάνει να κατανοήσουν γιατί λίγοι άνθρωποι είχαν προσεγγίσει τον φορέα ως εθελοντές, τι θα μπορούσε να γίνει, ώστε να είναι περισσότερο δελεαστικό γι' αυτούς και πως μπορούν ν' αξιοποιήσουν τους εθελοντές. Μ' αυτόν τον τρόπο, δεν θα νιώθει και ο φορέας εγκαταλελειμμένος.

Έτσι λοιπόν, για τους τρεις αυτούς παράγοντες θα πρέπει οι συναντήσεις να έχουν καθοριστεί από πριν ώστε όλοι να νιώθουν ότι θα λάβουν εφικτή βοήθεια. Οι αρμοδιότητες των επαγγελματιών είναι: τηλεφωνήματα, συναντήσεις με τους φορείς και με τους νέους, ανταλλαγή πληροφοριών, οργάνωση της βραδιάς παρουσίασης, ανταπόκριση στις δράσεις, ανατροφοδότηση, ενημέρωση της τοπικής αυτοδιοίκησης για το πρόγραμμα και η δημιουργία ενός τοπικού δικτύου.

6.3.8. Τι/ ποιος χρειάζεται με σκοπό να προχωρήσει το πρόγραμμα

Η δράση είναι πιθανόν να πραγματοποιηθεί σε μεγάλους δήμους ή κοινότητες, γι' αυτό ο τοπικός φορέας θα πρέπει να προσλάβει έναν ή δυο επαγγελματίες, οι οποίοι θα εργαστούν για ο πρόγραμμα δεκαπέντε ώρες εβδομαδιαίως και θα πρέπει να έχουν εκπαιδευτικές ικανότητες, ικανότητα για δικτύωση με την

τοπική κοινότητα και ικανότητα στην δουλειά με νέους, ομάδες και κοινότητα. Η δυναμικότητα είναι ένα βασικό προσόν που θα πρέπει να έχουν, καθώς και η δυνατότητα μετακίνησης είναι ιδιαίτερα χρήσιμη. Ακόμα, χρειάζονται ένας ή περισσότεροι εκπαιδευτές, οι οποίοι θα πρέπει να έχουν μια καλή εμπειρία στην εκπαίδευση με νέους. Οι εκπαιδευτές αυτοί, μπορεί να είναι και άνθρωποι που ήδη δουλεύουν στους τοπικούς φορείς της κοινότητας, όπως για παράδειγμα οι δάσκαλοι.

Σχετικά με ο διοικητικό μέρος, χρήσιμο θα ήταν να υπάρχει ένα γραφείο και ένα μέρος που θα χρησιμοποιηθεί σαν αρχείο. Ακόμα, χρειάζεται ένα τηλέφωνο και ένας ηλεκτρονικός υπολογιστής. Το γραφείο αυτό, θα μπορούσε ν' αποτελέσει και έναν χώρο για τις ατομικές συνεντεύξεις.

Τέλος, όσον αφορά την εκπαίδευση, θα πρέπει να υπάρχει μια κατάλληλα διαμορφωμένη αίθουσα, για να είναι λειτουργική για την βιωματική εκπαίδευση.

6.3.9. Το ερευνητικό πρόγραμμα blueprint

Τα αποτελέσματα του προγράμματος αυτού, θα βοηθήσουν στο να σχεδιαστεί μια εκπαιδευτική διαδικασία, για την χρήση και την πρόληψη ουσιών στην Αγγλία και να δημιουργήσει μια επιστημονική βάση διεθνώς. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που θα δημιουργηθεί θα πληροφορεί, θα προκαλέσει την αλλαγή συμπεριφοράς και στάσεων και θ' αναπτύξει μια σειρά δεξιοτήτων, οι οποίες, θα οδηγήσουν το άτομο σε ασφαλείς και υγιείς συμπεριφορές σχετικά με την χρήση ουσιών.

6.3.10. Η στρατηγική του blueprint

Το πρόγραμμα αυτό, υιοθετεί τον ορισμό, που δίνει το τμήμα των ναρκωτικών και του εγκλήματος των ηνωμένων εθνών: « το ναρκωτικό είναι η ουσία εκείνη, την οποία, παίρνουν οι άνθρωποι για ν' αλλάξουν τον τρόπο που αισθάνονται, σκέφτονται ή συμπεριφέρονται». Συγχρόνως, θεωρεί ότι στα ναρκωτικά

περιλαμβάνονται και φάρμακα, ευμετάβλητες ουσίες, καπνό, αλκοόλ, καφεΐνη και άλλες παρόμοιες ουσίες. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα blueprint εφαρμόζεται σε είκοσι εννέα σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, σε 1εα περιοχές, εκ των οποίων τα είκοσι τρία ακολουθούν το πρόγραμμα και τα υπόλοιπα έξι συνεχίζουν τα ήδη υπάρχοντα εκπαιδευτικά προγράμματα, έτσι ώστε να αποτελέσουν ένα συγκριτικό δείγμα.

6.3.11. Βάση προηγούμενων ερευνητικών ευρημάτων

Το blueprint στηρίζεται σε έρευνες που έχουν δώσει αποδεδειγμένα ευρήματα και αρχές αποτελεσματικής πρακτικής για να σχεδιάσει το ερευνητικό του πρόγραμμα, για να μπορεί να ταιριάζει με το ήδη υπάρχον εκπαιδευτικό πλαίσιο για τα ναρκωτικά. Έχει αποδειχτεί ότι η εκπαίδευση συντελεί στην μείωση της χρήσης ή στην καθυστέρηση στην εμφάνιση και αρχή της χρήσης ουσιών. Σύμφωνα με την έρευνα των Dusenbury's & Falco's «ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τα ναρκωτικά για να είναι αποτελεσματικό, χρειάζεται να βασίζεται σε επιστημονικά ερευνητικά ευρήματα, να χρησιμοποιεί διαδραστικές εκπαιδευτικές μεθόδους, να περιλαμβάνει εκπαίδευση και υποστήριξη δασκάλων, να καλύπτει επαρκώς τα μαθήματα (επαρκής διδακτικές ώρες), να ευαισθητοποιείται σε θέματα πολυπολιτισμικότητας μέσα στην τάξη και να απευθύνεται χωρίς διακρίσεις σε όλες τις διαφορετικές ομάδες μέσα στην τάξη, να αξιολογούνται, να περιλαμβάνουν και άλλες κοινωνικές ομάδες (γονείς, κοινότητα, μέσα μαζικής ενημέρωσης) κ.ο.κ.».

6.3.12. Ένα πολυπαραγοντικό πρόγραμμα

Το πρόγραμμα αυτό δημιουργήθηκε λαμβάνοντας υπόψη πολλούς επιμέρους παράγοντες βασισμένο σε παλιότερες έρευνες που έδειξαν ότι τέτοια προγράμματα είναι αποτελεσματικότερα από εκείνα που βασίζονται μόνο στις σχολικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Το πρόγραμμα βασίζεται σε πέντε παράγοντες για να επιτύχει τους στόχους του.

- Παράγοντας 1^{ος} – τα σχολεία

Στα σχολεία πραγματοποιούνται σε δεκαπέντε μαθήματα με μια εντατική και συμμετοχική σειρά που θα διαρκέσουν δυο χρόνια, ενώ παράλληλα θα υπάρχουν και έξι σχολεία που θα λειτουργήσουν ως δείγμα σύγκρισης.

- Παράγοντας 2^{ος} – οι γονείς

Οι γονείς εκπαιδεύονται στις γονεϊκές δεξιότητες μέσα από πρακτικά εργαστήρια και ειδικά σχεδιασμένα υλικά.

- Παράγοντας 3^{ος} – η κοινότητα

Η κοινότητα διασφαλίζει την συνεργασία και την συμμετοχή άλλων φορέων σχετικά με την πρόληψη.

- Παράγοντας 4^{ος} – το νομοθετικό πλαίσιο υγείας

Το νομοθετικό πλαίσιο υγείας θα συμβάλλει στην μείωση των πωλήσεων αλκοόλ, καπνού και εξαρτησιογόνων ουσιών στους ανήλικους, μέσω της ανάπτυξης της γνώσης.

- Παράγοντας 5^{ος} – τα μέσα μαζικής ενημέρωσης

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, θα συμβάλλουν στην πληροφόρηση και στην απασχόληση των μελών της ευρύτερης κοινότητας σχετικά με τα ναρκωτικά, εκεί όπου υπάρχουν τα είκοσι τρία σχολεία.

6.4. Ανακεφαλαίωση

Όπως παρατηρήθηκε, τα προγράμματα πρόληψης, ήδη έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται στην Ελλάδα, στοχεύοντας κυρίως τον πληθυσμό των παιδιών, των εφήβων και της οικογένειας. Οι δράσεις τους πραγματοποιούνται στο σχολικό περιβάλλον, σε χώρους που δημιουργήθηκαν από τα Κέντρα Πρόληψης όπως για παράδειγμα τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης, ακόμα και σε ραδιοφωνικούς σταθμούς, προκειμένου να προσελκύσουν το νεανικό κόσμο. Τα μέσα που χρησιμοποιούν για να ευαισθητοποιήσουν τον πληθυσμό, είναι τα σεμινάρια, η ενημέρωση των ομάδων που απευθύνονται, οι ραδιοφωνικοί σταθμοί και τα περιοδικά.

Είναι θετικό λοιπόν, ότι και στην Ελλάδα έχει αρχίσει να δίνεται η πρέπει σημασία στην Πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών και ότι με τα προγράμματα που έχουν δημιουργηθεί, έχει αρχίσει η κοινωνία να ευαισθητοποιείται και να ενδιαφέρεται για την μεγαλύτερη μάστιγα του αιώνα μας. Ακόμα, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τα Κέντρα Πρόληψης είναι πολύ σημαντικό να εισπράττουν την υποστήριξη των κατάλληλων Φορέων, ώστε να μπορέσουν να συνεχίσουν το δύσκολο έργο τους στην ελληνική κοινωνία και να το αναπτύξουν ακόμη περισσότερο, φτάνοντας το στο επίπεδο των Ευρωπαϊκών προγραμμάτων που είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα και επιτυχημένα. Γι' αυτό λοιπόν, είναι απαραίτητο να δοθεί από τους αρμόδιους η ίδια σημασία που δίνεται και στην θεραπεία των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Κεφάλαιο 7

ΕΡΕΥΝΑ

7.1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο το οποίο και απευθυνόταν σε επιστημονικά στελέχη των κέντρων πρόληψης. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από είκοσι τρεις 23 ερωτήσεις όλες κλειστού τύπου εκτός από τέσσερις (4). Όλες ήταν εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Απρίλιο ως τον Ιούνιο του 2008 στην Αθήνα, Λειβαδιά, Χαλκίδα, Χανιά, Ρέθυμνο, Αγρίνιο, Πάτρα, Καλαμάτα, Καρπενήσι, Σπάρτη, Άμφισσα, Λαμία, Άργος, Ηράκλειο, Κοζάνη, Γρεβενά, Ιωάννινα, Ημαθία, Σάμος, Θεσσαλονίκη και Καστοριά. Οι ερωτώμενοι συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στο Κέντρο Πρόληψης όπου εργάζονταν.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 10 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου.
- Ο χώρος εργασίας του ερωτώμενου.
- Η ιδιότητα του ερωτώμενου και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:
- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια
- όχι άμεση σχέση ερωτώμενου με την διαδικασία και λειτουργία του Κέντρου Πρόληψη.

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν 79 ερωτηματολόγια από τα 100 που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας Κέντρο Πρόληψης. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS για Windows. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ

7.2. ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

7.2.1 Η μεθοδολογία της έρευνας

α) Κατεύθυνση της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσει ποιες είναι οι προοπτικές της πρόληψης σύμφωνα με την άποψη των Στελεχών των Κέντρων Πρόληψης.

Μέχρι σήμερα και με βάση την βιβλιογραφική διερεύνηση, έχει πραγματοποιηθεί μόνο μία ερευνητική επιστημονική μελέτη, που να αφορά την άποψη των Στελεχών Πρόληψης ως προς τις προοπτικές της. Η παρούσα εργασία θα επιδιώξει να οδηγήσει στη συλλογή δεδομένων και εξαγωγή συμπερασμάτων, που θα είναι διαθέσιμα και άμεσα αξιοποιήσιμα από οποιονδήποτε ασχολείται με την πρόληψη.

β) Μεθοδολογική προσέγγιση

Η παρούσα έρευνα είναι μελέτη περίπτωσης τύπου επισκόπησης (Cohen & Manion, 1997, σ.123,152-153).

Οι ερευνητές επέλεξαν κέντρα πρόληψης και αντίστοιχους εκπαιδευτικούς. Η έρευνα μελετάει την άποψη των Στελεχών για την πορεία της πρόληψης και τις προοπτικές αυτής. Παράλληλα εξετάζει αν και σε πόσο βαθμό η τοπική κοινότητα και η κοινωνία εμπλέκονται και συνεργάζονται για την υλοποίηση των προγραμμάτων. Επίσης ποια είναι η άποψη των Στελεχών για τον τρόπο υλοποίησης των προγραμμάτων και την αποτελεσματικότητα αυτών. Τέλος ποια είναι η άποψη των Στελεχών και οι προτάσεις τους για να την βελτίωση των προγραμμάτων πρόληψης.

Απώτερος σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει, με βάση συγκεκριμένα κριτήρια - όπως, αναφέρθηκαν - είναι να μελετήσει ποιες είναι οι προοπτικές στην πρόληψη εξαρτησιογόνων ουσιών.

7.2.2 Τα εργαλεία της έρευνας

Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων της έρευνας έγινε χρήση του παρακάτω ερευνητικού εργαλείου:

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από ερωτήσεις κυρίως κλειστού αλλά και ορισμένες ανοικτού τύπου, για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή ποσοτικοποίηση των απαντήσεων, χωρίς ταυτόχρονα να χαθεί πληροφορία από τις απαντήσεις και τις στάσεις των ερωτώμενων (Bell, 2001). Η τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα καθώς και με την πιλοτική μελέτη που προηγήθηκε της κύριας ερευνητικής διαδικασίας.

Στάδια υλοποίησης της έρευνας: Τα στάδια μέσα από τα οποία ολοκληρώθηκε η ερευνητική διαδικασία είναι τα παρακάτω (Cohen & Manion 1997, σ. 124):

- Καθορισμός δείγματος και επιλογή της μεθοδολογίας
- Σχεδιασμός των ερευνητικών εργαλείων (ερωτηματολόγιο)
- Πιλοτική μελέτη σε μικρό υποσύνολο του δείγματος
- Βελτιώσεις των ερευνητικών εργαλείων και του δείγματος
- Κυρίως ερευνητική μελέτη
- Κωδικοποίηση – ανάλυση δεδομένων

Έτσι, ως προς τη συλλογή των πληροφοριών η προσέγγιση της έρευνας ήταν ταυτόχρονα ποσοτική εφόσον μερικές πληροφορίες ποσοτικοποιούνται αλλά και ποιοτική εφόσον δίνεται έμφαση σε ερμηνείες, εξηγήσεις και στάσεις ανθρώπων χρησιμοποιώντας τα ακριβή λόγια τους (Faulkner, 1999, σ. 27).

7.2.3 Η επιλογή των δεδομένων της έρευνας

7.2.3.1 Πληθυσμός

Ο πληθυσμός-στόχος της έρευνας εντοπίστηκε σε κέντρα πρόληψης της Αθήνας, Λειβαδιάς, Χαλκίδας, Χανιά, Ρέθυμνο, Αγρίνιο, Πάτρας, Καλαμάτας, Καρπενήσι, Σπάρτης, Άμφισσας, Λαμίας, Άργος, Ηράκλειο, Κοζάνης, Γρεβενά, Ιωάννινα, Ημαθία, Σάμος, Θεσσαλονίκη και Καστοριά και στη συνέχεια

επιλέχθηκε το δείγμα με κατάλληλη μέθοδο δειγματοληψίας, η οποία και αναλύεται παρακάτω στην σχετική παράγραφο, που αφορά την επιλογή του δείγματος.

Πληθυσμός – Στόχος της έρευνάς μας ήταν τα Στελέχη των Κέντρων Πρόληψης των παραπάνω πόλεων.

7.2.3.2 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε αφορά 25 κέντρα πρόληψης ενώ η μέθοδος επιλογής του δείγματος ήταν η τυχαία δειγματοληψία, γιατί μόνο έτσι μπορεί να διατηρηθεί η αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού αλλά και να τηρηθούν οι κανόνες και οι περιορισμοί της στατιστικής αξιοπιστίας.

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της έρευνας εξασφαλίστηκαν με βάση συγκεκριμένα κριτήρια (Bell 2001, Cohen & Manion,1997):

- το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού όπως ήδη αναλύθηκε σε προηγούμενη παράγραφο.
- τα στοιχεία δε θα αλλοιωθούν αφού θα συλλεχθούν με την διανομή των ερωτηματολογίων στο χώρο εκπαίδευσης.
- το ερωτηματολόγιο θα διανεμηθεί και θα συλλεχθεί από τους ίδιους τους ερευνητές «επί τόπου» (in situ).
- η συλλογή των δεδομένων θα γίνει κυρίως με ερωτήσεις κλειστού τύπου και η ανάλυση τους θα είναι ποσοτική.

Η όλη ερευνητική διαδικασία θα δομηθεί έτσι ώστε τα παραπάνω να εξασφαλισθούν.

Το δείγμα θα επιλεγεί με βάση τον κάθε κατάλογο των κέντρων πρόληψης (Bell 2001, Cohen & Manion,1997). Επίσης θα επιλεγεί ένα στέλεχος από κάθε κέντρο για την λήψη εστιασμένης συνέντευξης.

7.2.3.3 Η διαδικασία της συλλογής των δεδομένων

α) Ερωτηματολόγιο

Για να αυξηθεί ο βαθμός εγκυρότητας περιεχομένου, το ερωτηματολόγιο όπως ήδη τονίσθηκε και συντάχθηκε με βάση τους ερευνητικούς άξονες εντοπίσθηκε σε στοιχεία που συλλέχθηκαν με προσωπική παρουσία της ερευνήτριας, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορεί να μην απαντήσει στις ερωτήσεις αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (Bell, 2001).

Η έρευνα διενεργήθηκε τον Απρίλιο του 2007, μετά από την σχετική άδεια των επιστημονικά υπευθύνων των κέντρων. Πιο συγκεκριμένα το δεύτερο 15ήμερο του Απριλίου 2007, στα επιλεγμένα κέντρα, στις ώρες που αυτά λειτουργούσαν και πιο ειδικά κατά την διάρκεια ειδικού χρόνου που παραχωρήθηκε από τα στελέχη, διανεμήθηκε και συλλέχθηκε από τους ίδιους τους ερευνήτες το ερωτηματολόγιο, το οποίο είχε την μορφή που παρουσιάζεται στα Παραρτήματα .

Πριν την διαδικασία διανομής και λήψης των ερωτηματολογίων η ερευνήτρια πραγματοποιούσε μια μικρή εισαγωγή και ανέλυε το σκοπό της έρευνας, έτσι ώστε να δοθεί η απαραίτητη προσοχή και οι απαντήσεις να συμπληρωθούν με την απαραίτητη ειλικρίνεια και υπευθυνότητα.

7.2.4 Πιλοτική έρευνα

Η πιλοτική μελέτη προηγήθηκε της κύριας και καθορίστηκαν, τα παρακάτω (Bell, 2001, σ. 134):

- Ο χρόνος συμπλήρωσης τους ερωτηματολογίου
- Η ύπαρξη ασαφών ερωτήσεων
- Οι πιθανές αντιρρήσεις για την διατύπωση ερωτήσεων
- Η πιθανή παράλειψη κάποιου θέματος
- Η ποιότητα των οδηγιών

- Η ποιότητα και η εμφάνιση του ερωτηματολογίου
- Πιθανά σχόλια πάνω στην διαδικασία

Μα βάση τα συμπεράσματα από τα παραπάνω στοιχεία πραγματοποιήθηκε η πιθανή διόρθωση τους ερωτηματολογίου της κύριας έρευνας. Το αρχικό ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 3 στελέχη. Με βάση τη πιλοτική μελέτη η οποία διενεργήθηκε:

- Τροποποιήθηκε ένας αριθμός ερωτήσεων από το ερωτηματολόγιο, διότι τα «προκατασκευασμένα» ερωτηματολόγια πρέπει να τροποποιούνται και να δοκιμάζονται μέσω πιλοτικών μελετών (Faulkner, 1999, σ.91-95) ενώ
- Επαναδιατυπώθηκε ένας αριθμός από τις ερωτήσεις της συνέντευξης με στόχο την καλύτερη κατανόηση των ερωτηθέντων.

Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου που τελικά διανεμήθηκε και της συνέντευξης που καταγράφηκε παρατίθεται στα Παραρτήματα.

7.2.5. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση Των Δεδομένων

Μετά την συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν. Έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό Υπολογιστή με την χρήση του στατιστικού πακέτου του SPSS 13.0. Μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών, αναλύθηκαν οι σχέσεις των απαντήσεων με βάση τα ατομικά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων, τα οποία επιδρούν όπως ήδη αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια στην εκπαίδευση ενηλίκων με πίνακες συνάφειας, στατιστική σημαντικότητα και δείκτες συνάφειας.

Συγκεκριμένα, η χρήση του SPSS στην έρευνα σήμερα, χρησιμοποιείται ευρέως από ακαδημαϊκά ιδρύματα, ερευνητικά κέντρα κ.λ.π. και οι εφαρμογές του SPSS αφορούν τις διαδικασίες μετά από την συλλογή των δεδομένων, τα οποία αναλύονται για να βγουν ορισμένα αποτελέσματα. Για να γίνει αυτό ακολουθήθηκε κάποια διαδικασία, η οποία συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω

στάδια, τα οποία περιλαμβάνει και η παρούσα έρευνα:

1. Κατοχύρωση των δεδομένων με αυστηρή αρίθμηση και καταγραφή των ερωτηματολογίων.
2. Έλεγχος των δεδομένων, για την αξιόπιστη καταχώρησή τους στο στατιστικό πρόγραμμα.
3. Διενέργεια στατιστικών ελέγχων.
4. Ανάλυση και μελέτη των αποτελεσμάτων (πίνακες συχνοτήτων και πίνακες συνάφειας).
5. Παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

7.2.7. Αξιοπιστία- εγκυρότητα

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών δείχνει ότι οι εκπαιδευόμενοι αποτελούν την πιο αξιόπιστη και έγκυρη πηγή πληροφόρησης όταν οι πληροφορίες που δίνουν αφορούν την απλή περιγραφή των γεγονότων που γίνονται στην τάξη κατά την εκπαίδευση και όχι προσωπικές ερμηνείες και κρίσεις για το τι γίνεται. (Δημητρόπουλος, 1991, Harris, 1987, Κασσωτάκης, 1990). Για τον λόγο αυτό οι ερωτήσεις συντάχθηκαν με τον συγκεκριμένο τρόπο .

Οποιαδήποτε διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών κι αν επιλεγεί, πρέπει να υπολογιστεί σε τι βαθμό είναι πιθανό να είναι αξιόπιστη και έγκυρη. Έτσι *αξιοπιστία* είναι «ο βαθμός στον οποίο ένα τεστ ή μία διαδικασία παράγει ίδια αποτελέσματα κάτω από σταθερές συνθήκες σε όλες τις περιπτώσεις»(Bell, 2001,σελ.107). Γενικώς ένα εργαλείο μέτρησης είναι αξιόπιστο, εφόσον τα αποτελέσματα είναι σταθερά σε επαναληπτικούς ελέγχους.

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας των δεδομένων γίνεται στο στάδιο της πιλοτικής διατύπωσης των ερωτήσεων. Η αξιοπιστία αξιολογείται με διάφορες μεθόδους, όπως αυτή της επαναχορήγησης του ίδιου τεστ λίγο καιρό μετά την πρώτη διεξαγωγή του, τη μέθοδο των εναλλασσομένων τύπων, όπου δίνονται ισοδύναμες εκδοχές των ιδίων θεμάτων και τ' αποτελέσματα συσχετίζονται κλπ.

Εδώ επιλέχθηκε επαναχορήγηση του ίδιου τεστ κατά την διάρκεια της πιλοτικής έρευνας (Bell, 2001, Κυριαζή, 1999).

Η εγκυρότητα είναι ο έλεγχος του κατά πόσο ένα θέμα μετρά ή περιγράφει αυτό που υποτίθεται ότι πρέπει να μετρά ή να περιγράφει. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα εργαλείο μέτρησης δεν μπορεί να είναι έγκυρο όταν είναι αναξιόπιστο. Από την άλλη πλευρά, η αξιοπιστία δεν συνεπάγεται και την εγκυρότητα, καθότι μπορεί το εργαλείο να διακατέχεται από σταθερότητα και συνοχή, αλλά να μην αντιπροσωπεύει το χαρακτηριστικό για το οποίο κατασκευάστηκε (Κυριαζή, 1999).

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της παρούσας έρευνας επιχειρήθηκε να εξασφαλιστεί με βάση τα συγκεκριμένα κριτήρια:

- Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού, όπως ήδη αναλύθηκε σε προηγούμενη παράγραφο.
- Τα στοιχεία δεν αλλοιώθηκαν αφού το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε και συλλέχθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή επί τόπου.
- Η συλλογή των δεδομένων έγινε κυρίως με ερωτήσεις κλειστού τύπου και η ανάλυση τους ήταν ποσοτική.
- Διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη η οποία και χρησιμοποιήθηκε εκτός των άλλων και για την επαναληψιμότητα των απαντήσεων.

7.2.8. Ανάλυση των δεδομένων στον Η/Υ

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS 13.0 για Windows. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής

καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας στο έβδομο κεφάλαιο.

7.2.9. Οι περιορισμοί της έρευνας

Οι περιορισμοί που προέκυψαν κατά την διάρκεια της έρευνας ήταν:

- Η δυσκολία στην διάθεση ικανοποιητικού χρόνου για τα ερωτηματολόγια, λόγω φόρτου εργασίας. Έγιναν κάποιες αλλαγές ως προς το χρόνο διεξαγωγής “ώστε να εξασφαλιστεί η συνεργασία μας” (Παπαγεωργίου, 1998, σ. 31)

Καταβλήθηκε όμως κάθε δυνατή προσπάθεια προκειμένου να δοθεί απαραίτητος χρόνος αλλά και να καταγραφούν όπως ελέγχθηκαν προφορικά οι απαντήσεις των ερωτώμενων έτσι ώστε τα αποτελέσματα της έρευνας να δώσουν την πληρέστερη και αντιπροσωπευτικότερη δυνατή εικόνα για το υπό διερεύνηση θέμα.

7.3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

Α. Δημογραφικά στοιχεία

ΕΡΩΤΗΜΑ 1^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ:

1. Φύλο

Άνδρας

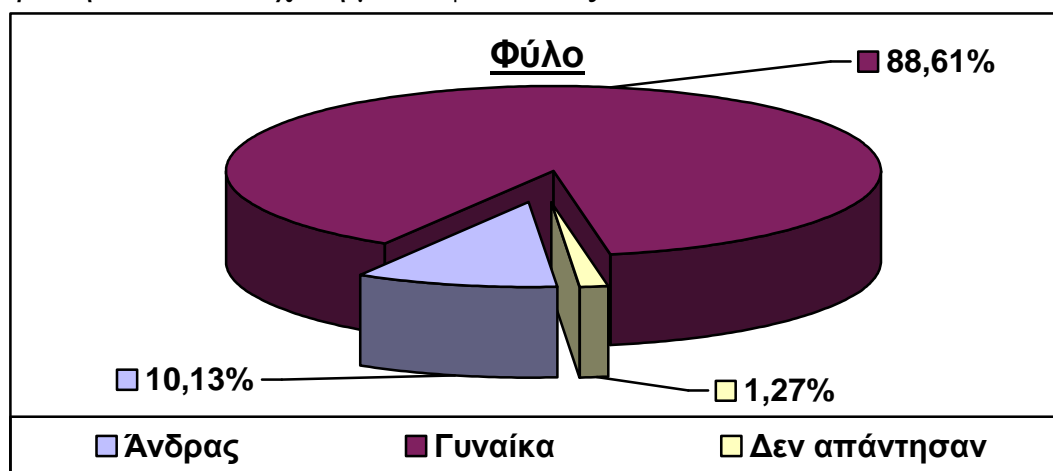
Γυναίκα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Άνδρας	8	10,13%
Γυναίκα	70	88,61%
Δεν απάντησαν	1	1,27%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 88,61%) απάντησε ότι είναι γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους.



ΕΡΩΤΗΜΑ 2^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 2. Χρόνια υπηρεσίας στο Κέντρο

1 - 3

4 - 7

8 - 11

11 και άνω

Άλλο.....

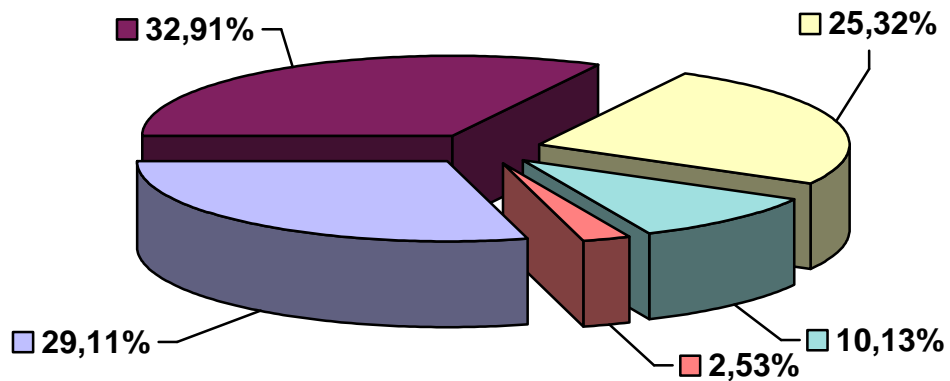
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με τα χρόνια υπηρεσίας στο Κέντρο Πρόληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
1 - 3	23	29,11%
4 - 7	26	32,91%
8 - 11	20	25,32%
11 και άνω	8	10,13%
Άλλο...	2	2,53%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 62,03%) του επιστημονικού προσωπικού των ελληνικών Κέντρων Πρόληψης παρέχει τις υπηρεσίες του από 1 έως 7 χρόνια.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο τους.

Χρόνια υπηρεσίας στο Κέντρο Πρόληψης



1 - 3 Χρόνια υπηρεσίας
8 - 11 Χρόνια υπηρεσίας
Άλλο...

4 - 7 Χρόνια υπηρεσίας
11 και άνω

ΕΡΩΤΗΜΑ 3^ο

- ΕΚΦΩΝΗΣΗ:** **3. Ειδικότητα.**
- Ψυχολόγος
- Κοινωνικός
Λειτουργός
- Κοινωνιολόγος
- Άλλο.....

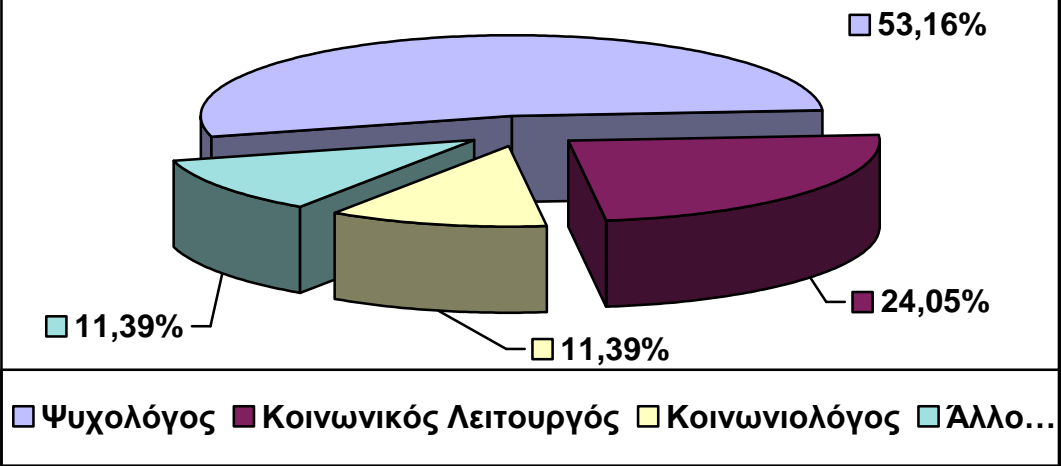
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με την ειδικότητα που έχουν τα επιστημονικά στελέχη του Κέντρου Πρόληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ψυχολόγος	42	53,16%
Κοινωνικός Λειτουργός	19	24,05%
Κοινωνιολόγος	9	11,39%
Άλλο...	9	11,39%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 53,16%) των ερωτηθέντων του επιστημονικού προσωπικού των ελληνικών Κέντρων Πρόληψης έχει ειδικότητα ψυχολόγου.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με την ειδικότητα που έχουν τα επιστημονικά στελέχη του Κέντρου Πρόληψης.

Ειδικότητα



ΕΡΩΤΗΜΑ 4^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 4. Ποιοι παράγοντες, κατά την άποψή σας συμβάλλουν στην επιτυχή πορεία του προγράμματός σας;

(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις).

Συνεργασία με φορείς της κοινότητας

Συνεχής επιμόρφωση των Στελεχών

Επαρκής στελέχωση

Ομάδες δράσεις στο χώρο των Κέντρων Πρόληψης

Εθελοντική δράση

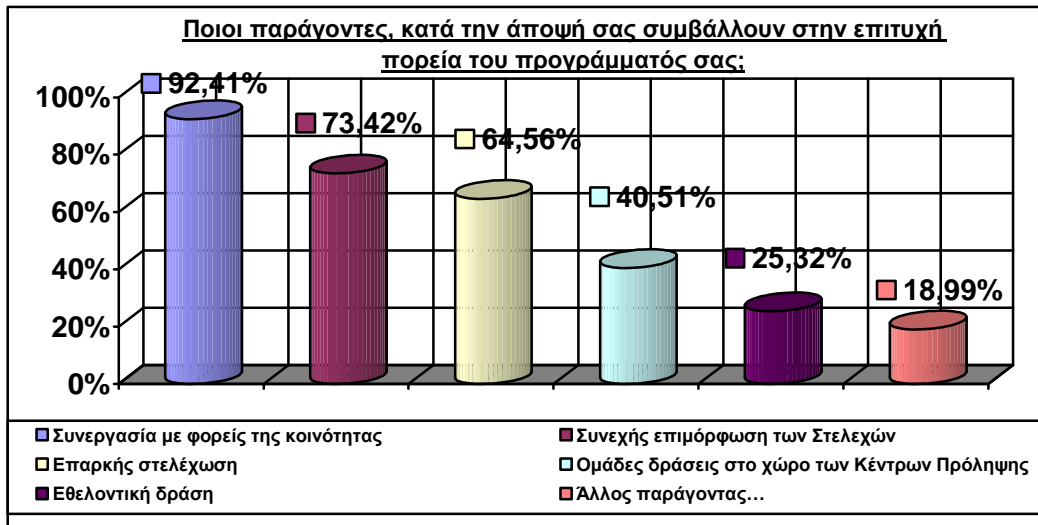
Άλλος παράγοντας...

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με ποιους παράγοντες θεωρούν, κατά την άποψή τους, ότι συμβάλλουν στην επιτυχή πορεία του προγράμματός τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Συνεργασία με φορείς της κοινότητας	73	92,41%
Συνεχής επιμόρφωση των Στελεχών	58	73,42%
Επαρκής στελέχωση	51	64,56%
Ομάδες δράσεις στο χώρο των Κέντρων Πρόληψης	32	40,51%
Εθελοντική δράση	20	25,32%
Άλλος παράγοντας...	15	18,99%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 92,41%) του επιστημονικού προσωπικού κατά την άποψή του θεωρεί ότι η Συνεργασία με φορείς της κοινότητας συμβάλει στην επιτυχή πορεία του προγράμματος.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με ποιους παράγοντες, κατά την άποψή τους συμβάλλουν στην επιτυχή πορεία του προγράμματός τους.



ΕΡΩΤΗΜΑ 5^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 5. Θεωρείται ότι επαρκούν τα Κέντρα πρόληψης για την κάλυψη των αναγκών, όπως αυτές εμφανίζονται στον ελλαδικό χώρο;

Ναι

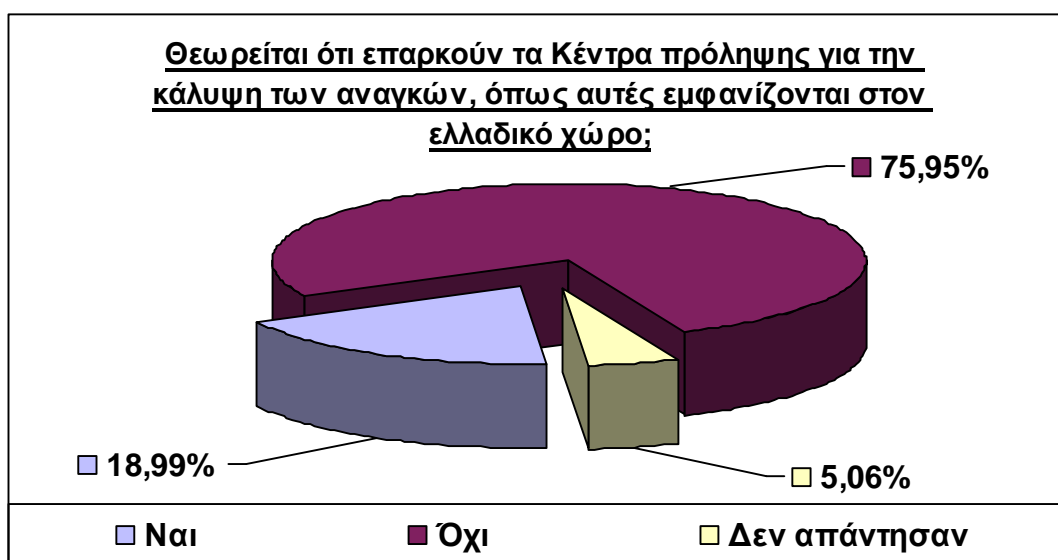
Όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι επαρκούν ή όχι τα Κέντρα πρόληψης για την κάλυψη των αναγκών, όπως αυτές εμφανίζονται στον ελλαδικό χώρο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	15	18,99%
Όχι	60	75,95%
Δεν απάντησαν	4	5,06%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 74,68%) απάντησε αρνητικά ότι δηλαδή θεωρούν ότι δεν επαρκούν τα Κέντρα πρόληψης για την κάλυψη των αναγκών, όπως αυτές εμφανίζονται στον ελλαδικό χώρο.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι επαρκούν ή όχι τα Κέντρα πρόληψης για την κάλυψη των αναγκών, όπως αυτές εμφανίζονται στον ελλαδικό χώρο.



ΕΡΩΤΗΜΑ 6.α°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 6. α) Κρίνετε τη στελέχωση του Κέντρου σας επαρκή ως προς την επιστημονική ιδιότητα των στελεχών του;

Ναι

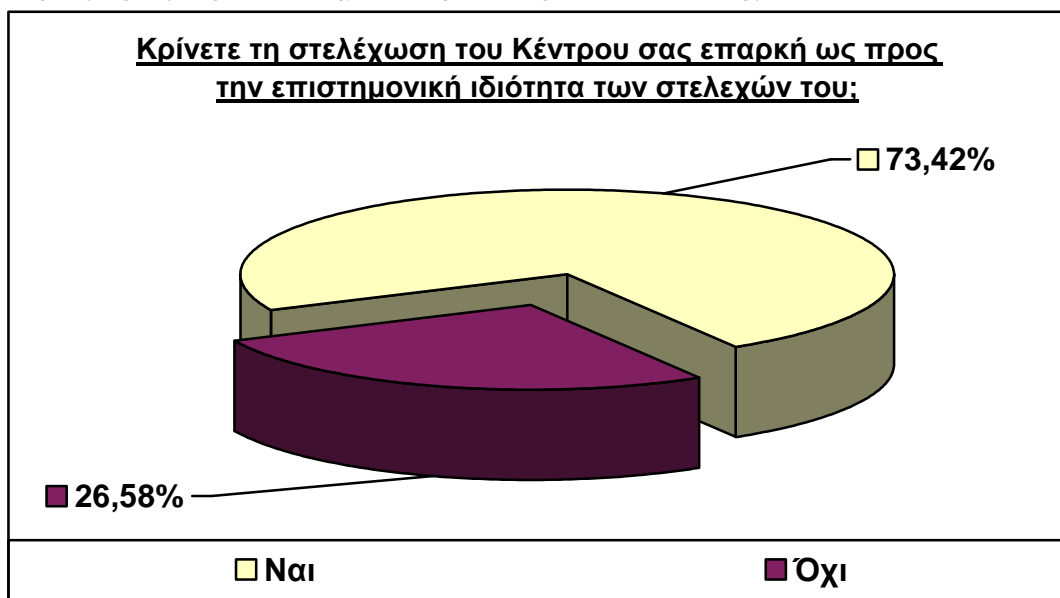
Όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κρίνουν τη στελέχωση του Κέντρου τους επαρκή ως προς την επιστημονική ιδιότητα των στελεχών του.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	58	73,42%
Όχι	21	26,58%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 73,42%) απάντησε θετικά δηλαδή ότι θεωρούν τη στελέχωση του Κέντρου τους επαρκή ως προς την επιστημονική ιδιότητα των στελεχών του.

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κρίνουν τη στελέχωση του Κέντρου τους επαρκή ως προς την επιστημονική ιδιότητα των στελεχών του.



ΕΡΩΤΗΜΑ 6.β°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 6. β) Αν όχι, πώς θεωρείτε ότι η στελέχωση θα ήταν επαρκής;

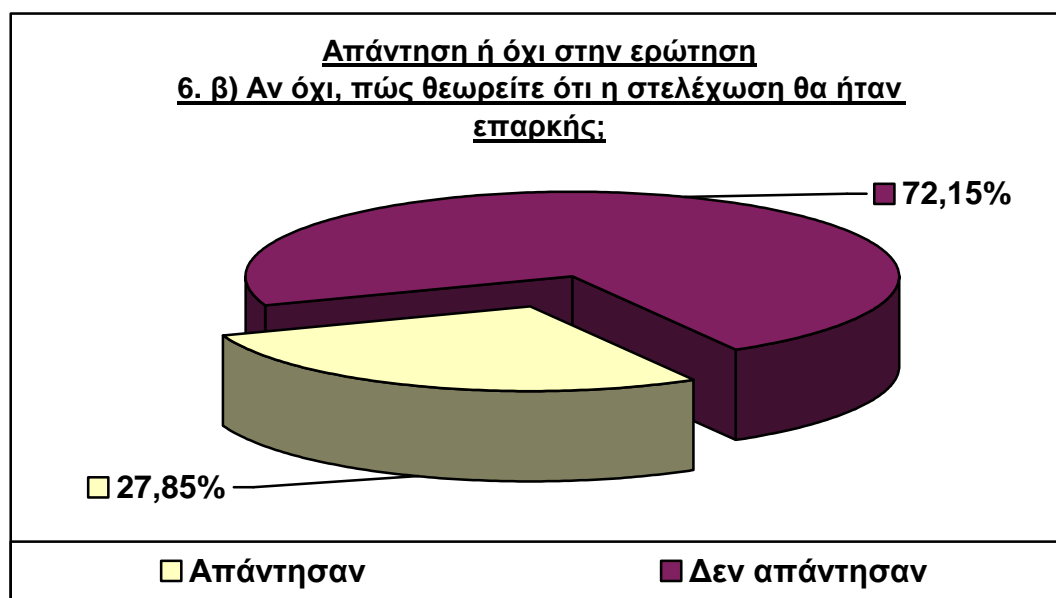
.....
.....
.....
.....

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.β: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν απάντησαν ή όχι στην ερώτηση για το πώς θεωρούν ότι η στελέχωση θα ήταν επαρκής.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Απάντησαν	22	27,85%
Δεν απάντησαν	57	72,15%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 72,15%) δεν απάντησε στην ερώτηση για το πώς θεωρούν ότι η στελέχωση θα ήταν επαρκής.

ΣΧΗΜΑ 6.β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν απάντησαν ή όχι στην ερώτηση για το πώς θεωρούν ότι η στελέχωση θα ήταν επαρκής.



ΕΡΩΤΗΜΑ 7^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 7. Πιστεύετε ότι η στελέχωση του Κέντρου σας είναι επαρκής για την κάλυψη των αναγκών της Τοπικής Κοινότητας;

Ναι

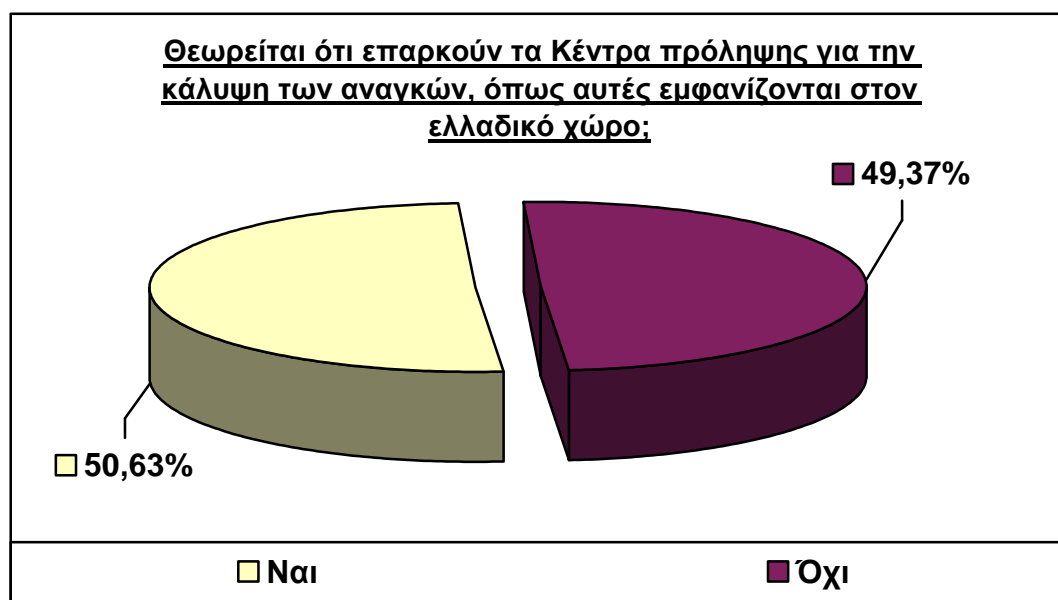
Όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η στελέχωση του Κέντρου τους είναι επαρκής για την κάλυψη των αναγκών της Τοπικής Κοινότητας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	40	50,63%
Όχι	39	49,37%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 50,63%) απάντησε θετικά ότι δηλαδή θεωρούν ότι η στελέχωση του Κέντρου τους είναι επαρκής για την κάλυψη των αναγκών της Τοπικής Κοινότητας.

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι η στελέχωση του Κέντρου τους είναι επαρκής για την κάλυψη των αναγκών της Τοπικής Κοινότητας.



ΕΡΩΤΗΜΑ 8^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 8. Πιστεύετε ότι το έργο του Κέντρου σας είναι γνωστό στην ευρύτερη τοπική κοινότητα;

Καθόλου

Λίγο

Αρκετά

Πολύ

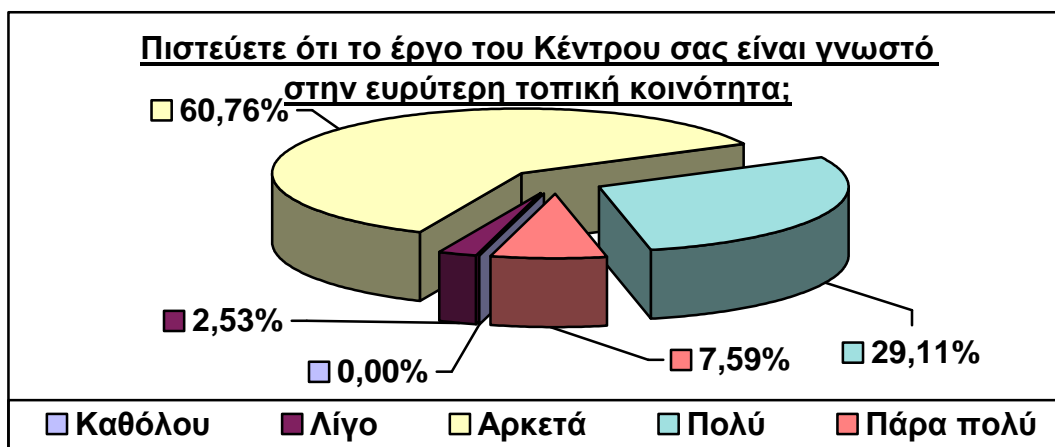
Πάρα πολύ

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι το έργο του Κέντρου τους είναι γνωστό στην ευρύτερη τοπική κοινότητα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	0	0,00%
Λίγο	2	2,53%
Αρκετά	48	60,76%
Πολύ	23	29,11%
Πάρα πολύ	6	7,59%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 60,76%) ερωτηθέντων απάντησε ότι πιστεύει ότι το έργο του Κέντρου τους είναι γνωστό **αρκετά** στην ευρύτερη τοπική κοινότητα.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι το έργο του Κέντρου τους είναι γνωστό στην ευρύτερη τοπική κοινότητα.



ΕΡΩΤΗΜΑ 9.α^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 9. α) Ανταποκρίνεται η Τοπική Κοινότητα στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης;

Καθόλου

Λίγο

Αρκετά

Πολύ

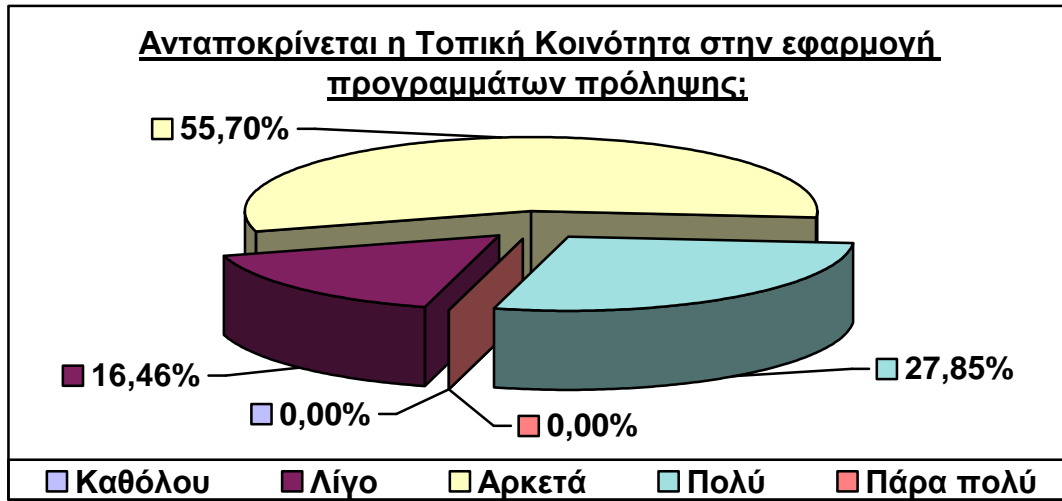
Πάρα πολύ

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.α: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι ανταποκρίνεται η Τοπική Κοινότητα στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	0	0,00%
Λίγο	13	16,46%
Αρκετά	44	55,70%
Πολύ	22	27,85%
Πάρα πολύ	0	0,00%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 55,70%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι πιστεύει ότι ανταποκρίνεται **αρκετά** η Τοπική Κοινότητα στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.

ΣΧΗΜΑ 9.α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι ανταποκρίνεται η Τοπική Κοινότητα στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.



ΕΡΩΤΗΜΑ 9.β°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 9. β) Με ποιους τρόπους το επιτυγχάνει αυτό;

Συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης

Συνεργασία με τοπικούς φορείς

Εθελοντισμός

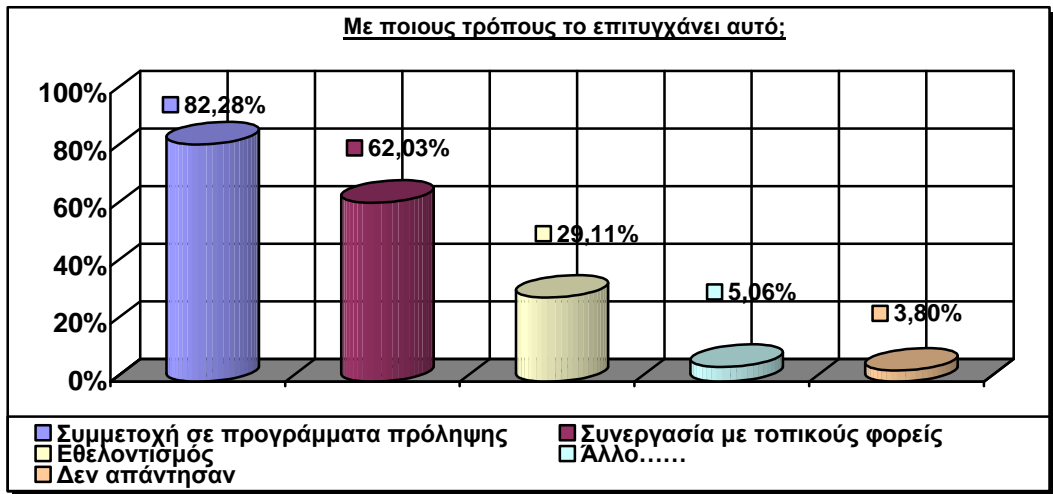
Άλλο.....

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.β: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιους τρόπους πιστεύουν ότι επιτυγχάνει να ανταποκρίνεται η Τοπική Κοινότητα στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης	65	82,28%
Συνεργασία με τοπικούς φορείς	49	62,03%
Εθελοντισμός	23	29,11%
Άλλο.....	4	5,06%
Δεν απάντησαν	3	3,80%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 82,28%) απάντησε ότι πιστεύουν ότι αυτό επιτυγχάνει με την συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης

ΣΧΗΜΑ 9.β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιους τρόπους πιστεύουν ότι επιτυγχάνει να ανταποκρίνεται η Τοπική Κοινότητα στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.



ΕΡΩΤΗΜΑ 10^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 10. Είστε ικανοποιημένοι από τα υπάρχοντα προγράμματα εκπαίδευσης που απευθύνονται στα Στελέχη Πρόληψης;

Καθόλου

Λίγο

Αρκετά

Πολύ

Πάρα πολύ

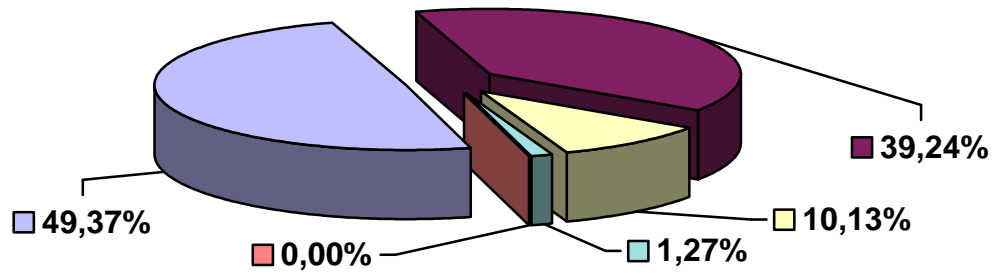
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νιώθουν ικανοποιημένοι από τα υπάρχοντα προγράμματα εκπαίδευσης που απευθύνονται στα Στελέχη Πρόληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	39	49,37%
Λίγο	31	39,24%
Αρκετά	8	10,13%
Πολύ	1	1,27%
Πάρα πολύ	0	0,00%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 49,37%) των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά ότι δηλαδή δεν νιώθουν **καθόλου** ικανοποιημένοι από τα υπάρχοντα προγράμματα εκπαίδευσης που απευθύνονται στα Στελέχη Πρόληψης.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν νιώθουν ικανοποιημένοι από τα υπάρχοντα προγράμματα εκπαίδευσης που απευθύνονται στα Στελέχη Πρόληψης.

Είστε ικανοποιημένοι από τα υπάρχοντα προγράμματα
εκπαίδευσης που απευθύνονται στα Στελέχη Πρόληψης;



■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Αρκετά ■ Πολύ ■ Πάρα πολύ

ΕΡΩΤΗΜΑ 11.α^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 11. α) Θεωρείτε αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης έτσι όπως αναπτύσσονται στις μέρες μας στον ελλαδικό χώρο;

Ναι

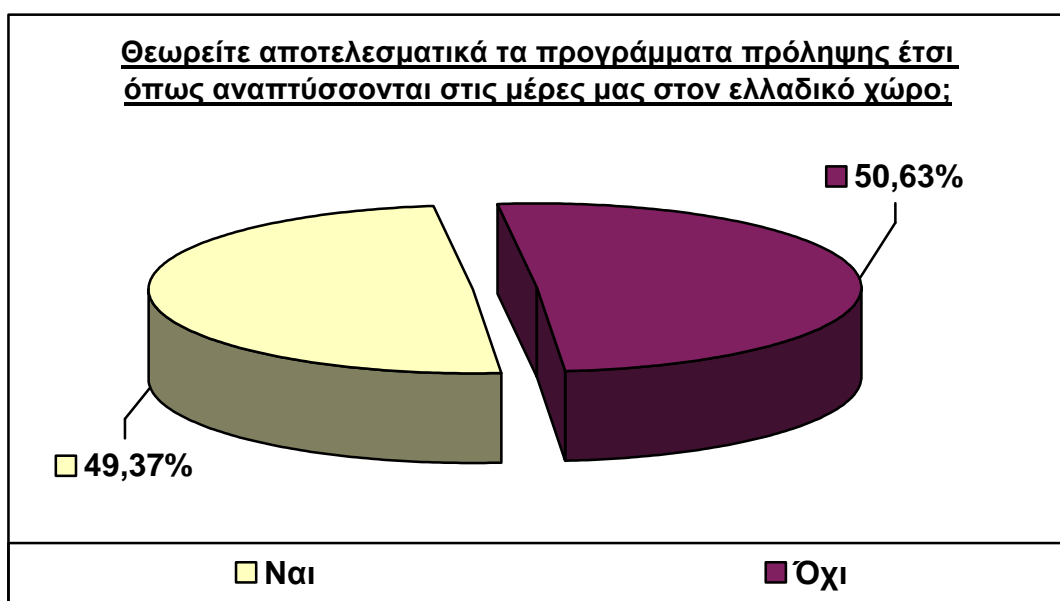
Όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.α: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης έτσι όπως αναπτύσσονται στις μέρες μας στον ελλαδικό χώρο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	39	49,37%
Όχι	40	50,63%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 50,63%) απάντησε αρνητικά ότι δηλαδή δεν θεωρούν αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης έτσι όπως αναπτύσσονται στις μέρες μας στον ελλαδικό χώρο.

ΣΧΗΜΑ 11.α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης έτσι όπως αναπτύσσονται στις μέρες μας στον ελλαδικό χώρο.



ΕΡΩΤΗΜΑ 11.β°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 11. β) Που πιστεύετε ότι οφείλεται η αναποτελεσματικότητα των προγραμμάτων;
(Εάν στην ερώτηση 11.α) έχετε απαντήσει θετικά, πηγαίνετε στην ερώτηση 12)

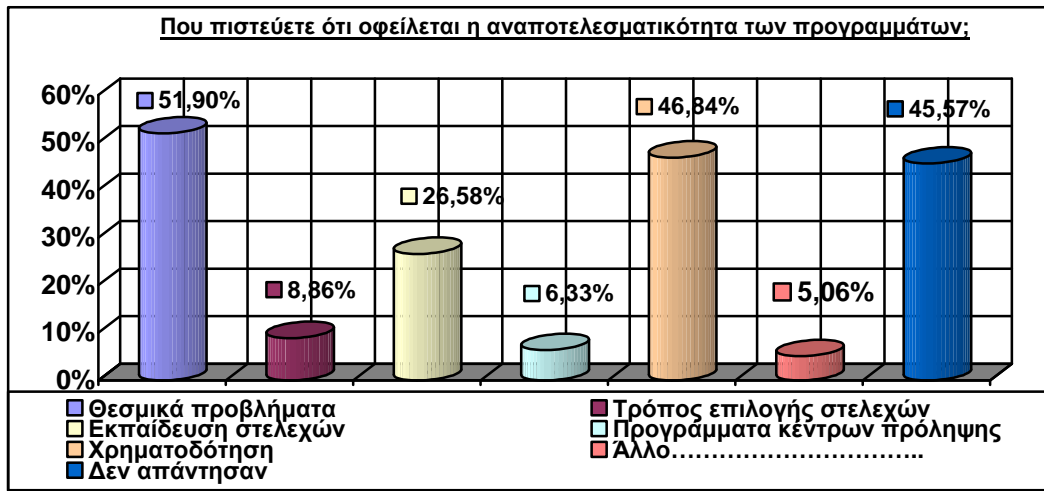
- Θεσμικά προβλήματα
- Τρόπος επιλογής στελεχών
- Εκπαίδευση στελεχών
- Προγράμματα κέντρων πρόληψης
- Χρηματοδότηση
- Άλλο.....

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.β: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το που πιστεύουν ότι οφείλεται η αναποτελεσματικότητα των προγραμμάτων.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Θεσμικά προβλήματα	41	51,90%
Τρόπος επιλογής στελεχών	7	8,86%
Εκπαίδευση στελεχών	21	26,58%
Προγράμματα κέντρων πρόληψης	5	6,33%
Χρηματοδότηση	37	46,84%
Άλλο.....	4	5,06%
Δεν απάντησαν	36	45,6%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 51,90%) απάντησε ότι πιστεύουν ότι η αναποτελεσματικότητα των προγραμμάτων οφείλεται σε θεσμικά προβλήματα.

ΣΧΗΜΑ 11.β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το που πιστεύουν ότι οφείλεται η αναποτελεσματικότητα των προγραμμάτων.



ΕΡΩΤΗΜΑ 12.α^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 12. α) Πιστεύετε ότι τα Κέντρα Πρόληψης στην Ελλάδα ακολουθούν κοινή πολιτική όσον αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών;

Ακολουθείται κοινή πολιτική

Δεν ακολουθείται κοινή πολιτική

Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

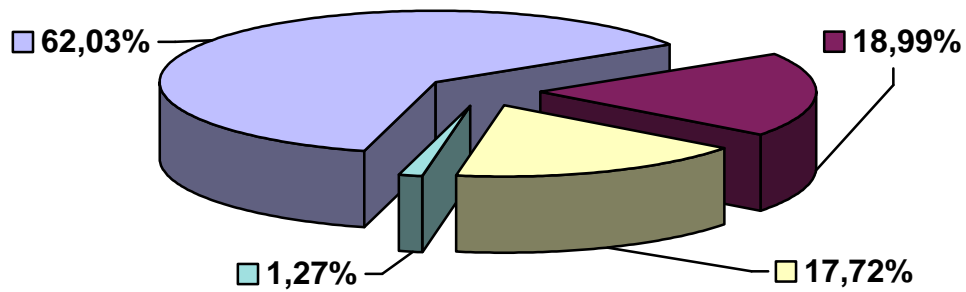
ΠΙΝΑΚΑΣ 12.α: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι τα Κέντρα Πρόληψης στην Ελλάδα ακολουθούν κοινή πολιτική όσον αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ακολουθείται κοινή πολιτική	49	62,03%
Δεν ακολουθείται κοινή πολιτική	15	18,99%
Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ	14	17,72%
Δεν απάντησαν	1	1,27%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 62,03%) των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι τα Κέντρα Πρόληψης στην Ελλάδα **ακολουθούν κοινή πολιτική** όσον αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

ΣΧΗΜΑ 12.α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι τα Κέντρα Πρόληψης στην Ελλάδα ακολουθούν κοινή πολιτική όσον αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Πιστεύετε ότι τα Κέντρα Πρόληψης στην Ελλάδα ακολουθούν κοινή πολιτική όσον αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών;



■ Ακολουθείται κοινή πολιτική

■ Δεν ακολουθείται κοινή πολιτική

■ Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

■ Δεν απάντησαν

ΕΡΩΤΗΜΑ 12.β°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 12. β) Δώστε μια σύντομη περιγραφή αυτής της «κοινής πολιτικής»

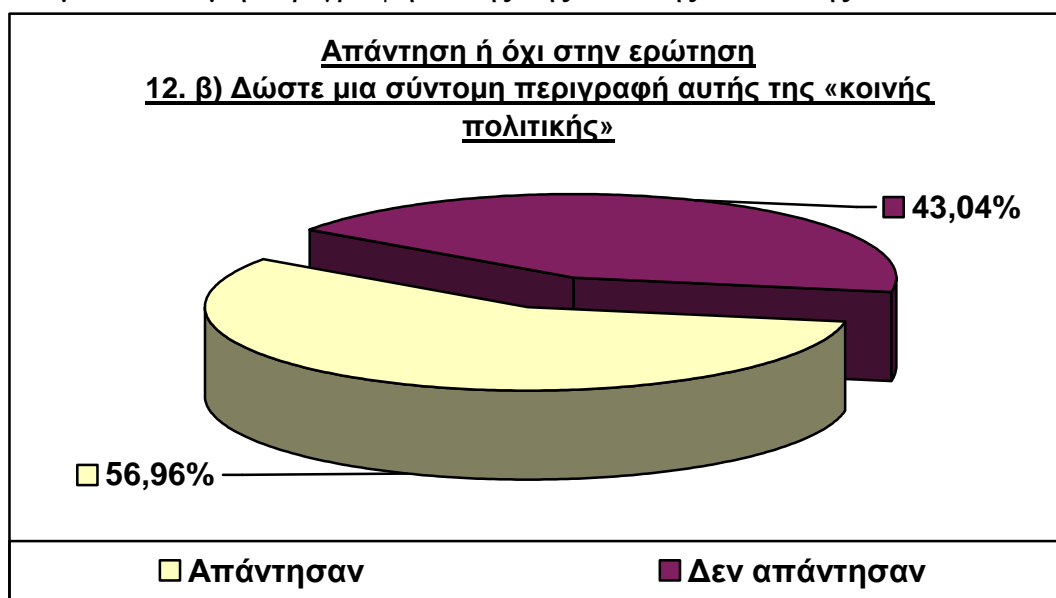
.....
.....
.....
.....

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.β: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν απάντησαν ή όχι στην ερώτηση για το εάν έδωσαν μια σύντομη περιγραφή αυτής της «κοινής πολιτικής».

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Απάντησαν	45	56,96%
Δεν απάντησαν	34	43,04%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 56,96%) **απάντησε** στην ερώτηση για το πώς θεωρούν ότι η στελέχωση θα ήταν επαρκής.

ΣΧΗΜΑ 12.β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν απάντησαν ή όχι στην ερώτηση για το εάν έδωσαν μια σύντομη περιγραφή αυτής της «κοινής πολιτικής».



ΕΡΩΤΗΜΑ 13^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: Κατά τη γνώμη σας τα προγράμματα πρόληψης στον ελλαδικό χώρο ακολουθούν μια θετική εξελικτική πορεία;

Καθόλου

Λίγο

Αρκετά

Πολύ

Πάρα πολύ

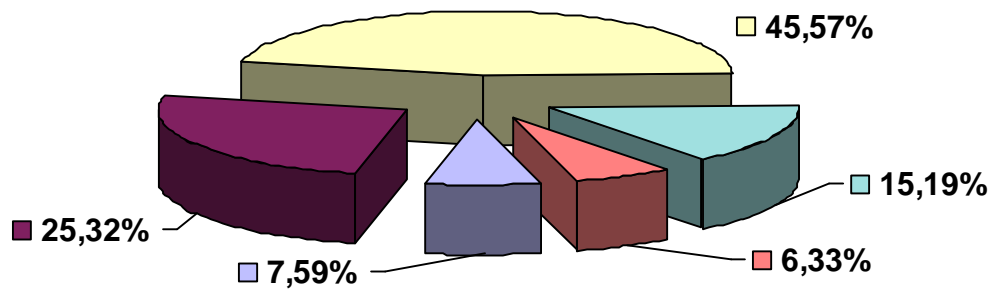
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν κατά τη γνώμη τους τα προγράμματα πρόληψης στον ελλαδικό χώρο ακολουθούν μια θετική εξελικτική πορεία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	6	7,59%
Λίγο	20	25,32%
Αρκετά	36	45,57%
Πολύ	12	15,19%
Πάρα πολύ	5	6,33%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 45,57%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι κατά τη γνώμη τους τα προγράμματα πρόληψης στον ελλαδικό χώρο ακολουθούν μια **αρκετά** θετική εξελικτική πορεία.

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν κατά τη γνώμη τους τα προγράμματα πρόληψης στον ελλαδικό χώρο ακολουθούν μια θετική εξελικτική πορεία.

Είστε ικανοποιημένοι από τα υπάρχοντα προγράμματα
εκπαίδευσης που απευθύνονται στα Στελέχη Πρόληψης;



■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Αρκετά ■ Πολύ ■ Πάρα πολύ

ΕΡΩΤΗΜΑ 14^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 14. Πιστεύετε ότι συμβαδίζουν με τις σύγχρονες ανάγκες, έτσι όπως αυτές εμφανίζονται και συνεχώς διαφοροποιούνται;

Καθόλου

Λίγο

Αρκετά

Πολύ

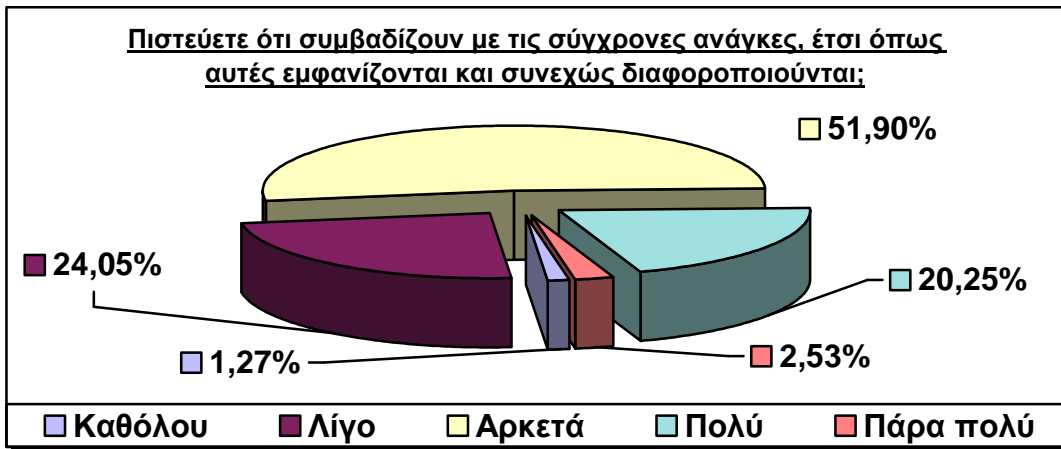
Πάρα πολύ

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι τα προγράμματα πρόληψης συμβαδίζουν με τις σύγχρονες ανάγκες, έτσι όπως αυτές εμφανίζονται και συνεχώς διαφοροποιούνται.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	1	1,27%
Λίγο	19	24,05%
Αρκετά	41	51,90%
Πολύ	16	20,25%
Πάρα πολύ	2	2,53%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 51,90%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι πιστεύουν ότι τα προγράμματα πρόληψης συμβαδίζουν **αρκετά** με τις σύγχρονες ανάγκες, έτσι όπως αυτές εμφανίζονται και συνεχώς διαφοροποιούνται.

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι τα προγράμματα πρόληψης συμβαδίζουν με τις σύγχρονες ανάγκες, έτσι όπως αυτές εμφανίζονται και συνεχώς διαφοροποιούνται



ΕΡΩΤΗΜΑ 15.α^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 15. α) Στο κέντρο όπου εργάζεστε λειτουργεί εθελοντική ομάδα συνεργατών;

Ναι

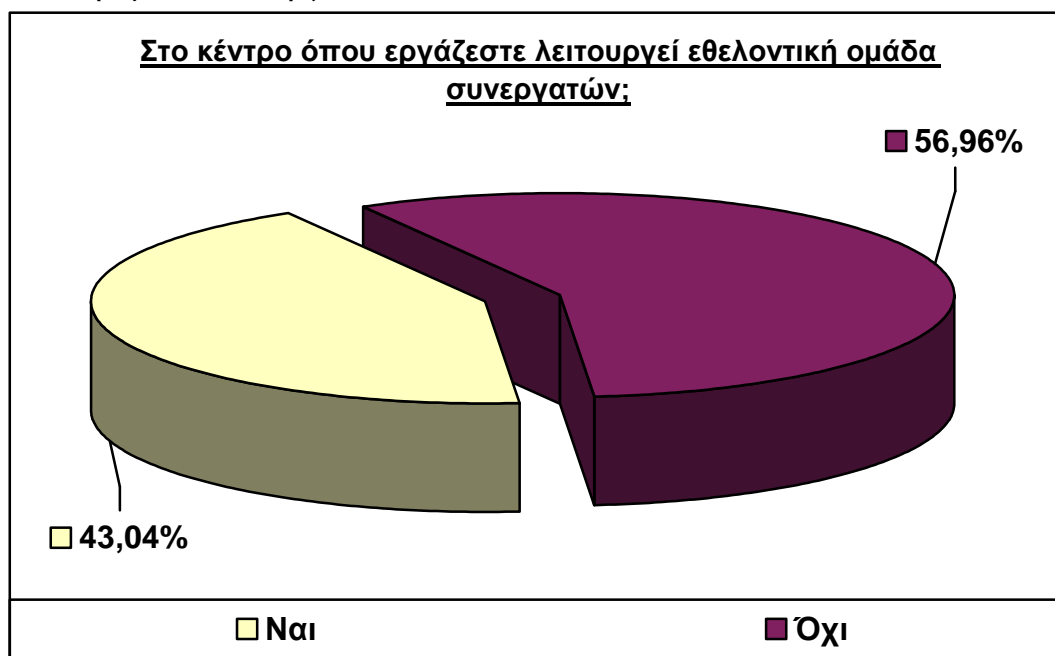
Όχι

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.α: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν στο κέντρο όπου εργάζονται λειτουργεί εθελοντική ομάδα συνεργατών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ναι	34	43,04%
Όχι	45	56,96%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 56,96%) απάντησε αρνητικά ότι δηλαδή στο κέντρο όπου εργάζονται δεν λειτουργεί εθελοντική ομάδα συνεργατών.

ΣΧΗΜΑ 15.α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν στο κέντρο όπου εργάζονται λειτουργεί εθελοντική ομάδα συνεργατών.



ΕΡΩΤΗΜΑ 15.β°

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 15 β) Αν ναι στην ερώτηση 15, σε ποιες ακριβώς δραστηριότητες συμμετέχουν οι εθελοντές;

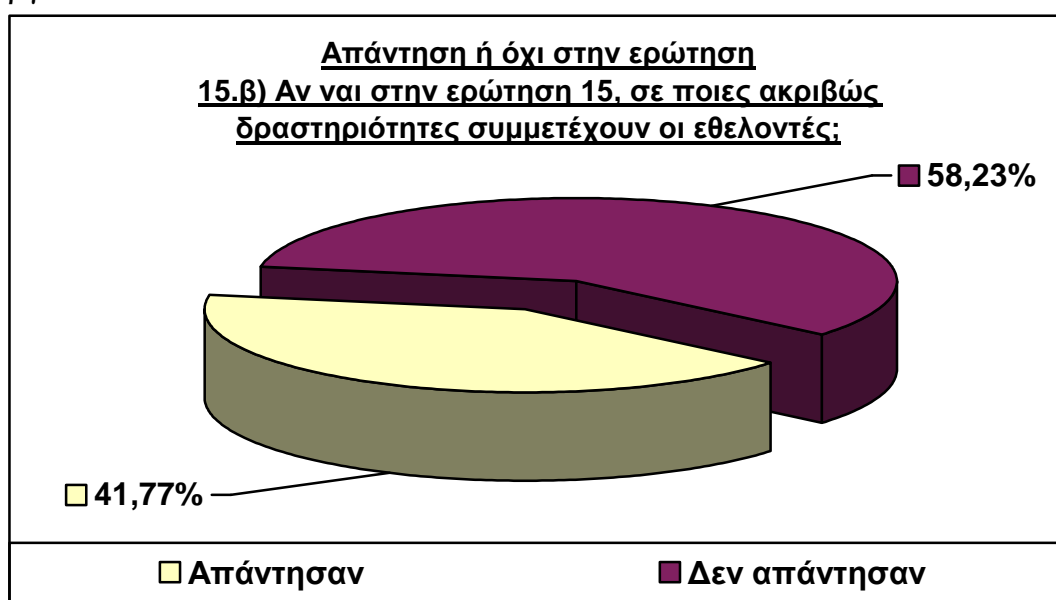
.....
.....
.....
.....

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.β: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν απάντησαν ή όχι στην ερώτηση για το σε ποιες ακριβώς δραστηριότητες συμμετέχουν οι εθελοντές της εθελοντικής ομάδας συνεργατών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Απάντησαν	33	41,77%
Δεν απάντησαν	46	58,23%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 58,23%) **δεν απάντησε** στην ερώτηση για το σε ποιες ακριβώς δραστηριότητες συμμετέχουν οι εθελοντές της εθελοντικής ομάδας συνεργατών.

ΣΧΗΜΑ 15.β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν απάντησαν ή όχι στην ερώτηση για το σε ποιες ακριβώς δραστηριότητες συμμετέχουν οι εθελοντές της εθελοντικής ομάδας συνεργατών.



ΕΡΩΤΗΜΑ 16^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 16. Πόσο σημαντική κρίνετε την ύπαρξη του εθελοντισμού στον τομέα της πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών;

Καθόλου

Λίγο

Αρκετά

Πολύ

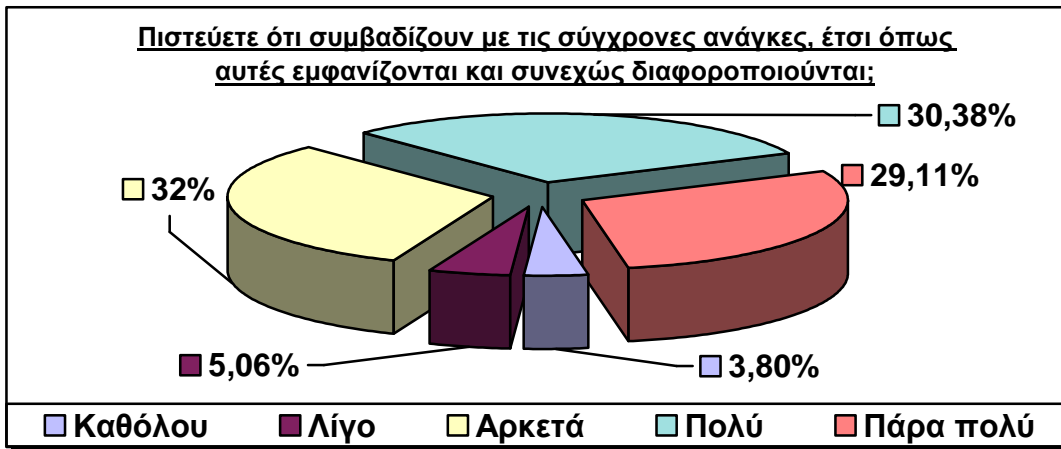
Πάρα πολύ

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσο σημαντική κρίνουν την ύπαρξη του εθελοντισμού στον τομέα της πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Καθόλου	3	3,80%
Λίγο	4	5,06%
Αρκετά	25	31,65%
Πολύ	24	30,38%
Πάρα πολύ	23	29,11%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Σημαντικό τμήμα (ποσοστό 51,90%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι πιστεύουν ότι τα προγράμματα πρόληψης συμβαδίζουν **αρκετά** με τις σύγχρονες ανάγκες, έτσι όπως αυτές εμφανίζονται και συνεχώς διαφοροποιούνται.

ΣΧΗΜΑ 16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το εάν πιστεύουν ότι τα προγράμματα πρόληψης συμβαδίζουν με τις σύγχρονες ανάγκες, έτσι όπως αυτές εμφανίζονται και συνεχώς διαφοροποιούνται



ΕΡΩΤΗΜΑ 17

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 17. Πως βλέπετε το μέλλον της πρόληψης;

Αισιόδοξα

Αισιόδοξα αλλά με
προϋποθέσεις

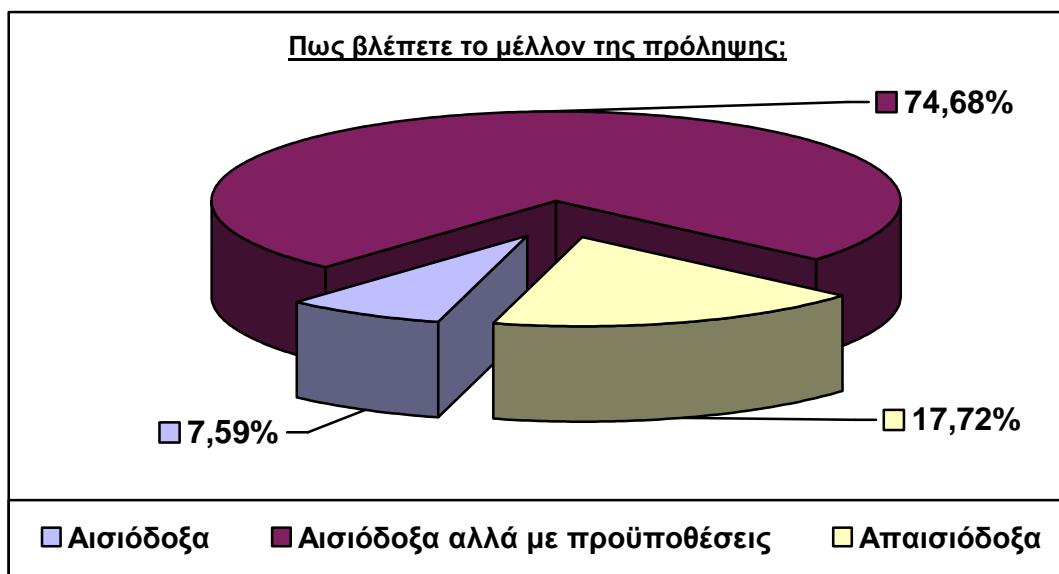
Απαισιόδοξα

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το πως βλέπουν το μέλλον της πρόληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Αισιόδοξα	6	7,59%
Αισιόδοξα αλλά με προϋποθέσεις	59	74,68%
Απαισιόδοξα	14	17,72%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία (ποσοστό 74,68%) των ερωτηθέντων είναι, σε σχέση με το πως βλέπουν το μέλλον της πρόληψης, **αισιόδοξοι αλλά με προϋποθέσεις**.

ΣΧΗΜΑ 17: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το πως βλέπουν το μέλλον της πρόληψης.



ΕΡΩΤΗΜΑ 18^ο

ΕΚΦΩΝΗΣΗ: 18. Θα θέλατε να κάνετε κάποια πρόταση - παρατήρηση, σχετικά με την καλύτερη λειτουργία και εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης;

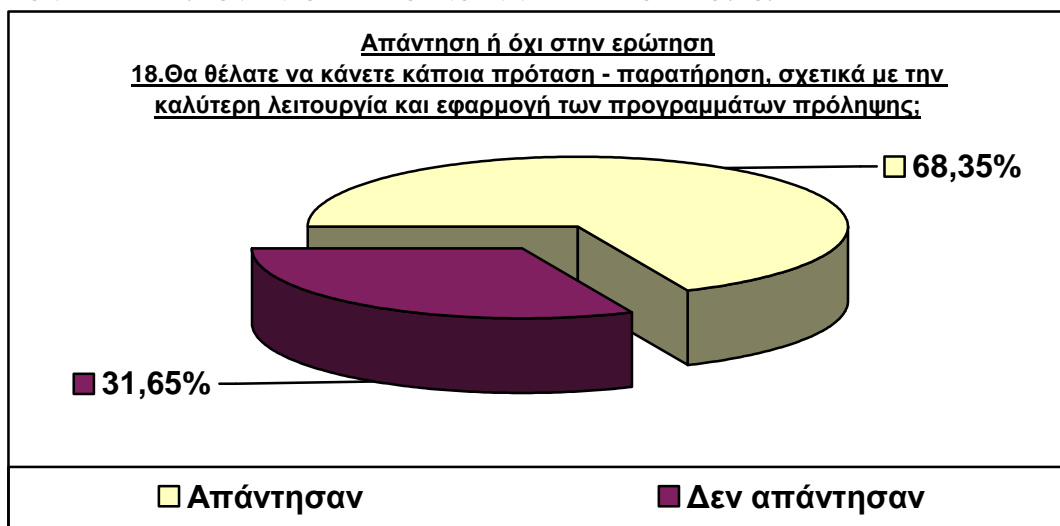
.....
.....
.....
.....

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν απάντησαν ή όχι στην ερώτηση για το αν θα ήθελαν να κάνουν κάποια πρόταση - παρατήρηση, σχετικά με την καλύτερη λειτουργία και εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Απάντησαν	54	68,35%
Δεν απάντησαν	25	31,65%
ΣΥΝΟΛΟ	79	100%

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 68,35%) **απάντησε** στην ερώτηση για το αν θα ήθελαν να κάνουν κάποια πρόταση - παρατήρηση, σχετικά με την καλύτερη λειτουργία και εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης.

ΣΧΗΜΑ 18: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 79 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν απάντησαν ή όχι στην ερώτηση για το αν θα ήθελαν να κάνουν κάποια πρόταση - παρατήρηση, σχετικά με την καλύτερη λειτουργία και εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης.



7.3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 88,61%) απάντησε ότι είναι γυναίκες.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 62,03%) του επιστημονικού προσωπικού των ελληνικών Κέντρων Πρόληψης παρέχει τις υπηρεσίες του από 1 έως 7 χρόνια.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 53,16%) των ερωτηθέντων του επιστημονικού προσωπικού των ελληνικών Κέντρων Πρόληψης έχει ειδικότητα ψυχολόγου.

Η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 92,41%) του επιστημονικού προσωπικού κατά την άποψή του θεωρεί ότι η Συνεργασία με φορείς της κοινότητας συμβάλει στην επιτυχή πορεία του προγράμματος.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 74,68%) απάντησε αρνητικά ότι δηλαδή θεωρούν ότι δεν επαρκούν τα Κέντρα πρόληψης για την κάλυψη των αναγκών, όπως αυτές εμφανίζονται στον ελλαδικό χώρο.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 73,42%) απάντησε θετικά δηλαδή ότι θεωρούν τη στελέχωση του Κέντρου τους επαρκή ως προς την επιστημονική ιδιότητα των στελεχών του.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 72,15%) δεν απάντησε στην ερώτηση για το πώς θεωρούν ότι η στελέχωση θα ήταν επαρκής.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 50,63%) απάντησε θετικά ότι δηλαδή θεωρούν ότι η στελέχωση του Κέντρου τους είναι επαρκής για την κάλυψη των αναγκών της Τοπικής Κοινότητας.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 60,76%) ερωτηθέντων απάντησε ότι πιστεύει ότι το έργο του Κέντρου τους είναι γνωστό **αρκετά** στην ευρύτερη τοπική κοινότητα.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 55,70%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι πιστεύει ότι ανταποκρίνεται **αρκετά** η Τοπική Κοινότητα στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 82,28%)

απάντησε ότι πιστεύουν ότι αυτό επιτυγχάνει με την συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης

Η πλειοψηφία (ποσοστό 49,37%) των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά ότι δηλαδή δεν νιώθουν **καθόλου** ικανοποιημένοι από τα υπάρχοντα προγράμματα εκπαίδευσης που απευθύνονται στα Στελέχη Πρόληψης.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 50,63%) απάντησε αρνητικά ότι δηλαδή δεν θεωρούν αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης έτσι όπως αναπτύσσονται στις μέρες μας στον ελλαδικό χώρο.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 51,90%) απάντησε ότι πιστεύουν ότι η αναποτελεσματικότητα των προγραμμάτων οφείλεται σε θεσμικά προβλήματα.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 62,03%) των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι τα Κέντρα Πρόληψης στην Ελλάδα **ακολουθούν κοινή πολιτική** όσον αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 56,96%) **απάντησε** στην ερώτηση για το πώς θεωρούν ότι η στελέχωση θα ήταν επαρκής.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 45,57%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι κατά τη γνώμη τους τα προγράμματα πρόληψης στον ελλαδικό χώρο ακολουθούν μια **αρκετά** θετική εξελικτική πορεία.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 51,90%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι πιστεύουν ότι τα προγράμματα πρόληψης συμβαδίζουν **αρκετά** με τις σύγχρονες ανάγκες, έτσι όπως αυτές εμφανίζονται και συνεχώς διαφοροποιούνται.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 56,96%) απάντησε αρνητικά ότι δηλαδή στο κέντρο όπου εργάζονται δεν λειτουργεί εθελοντική ομάδα συνεργατών.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 58,23%) **δεν απάντησε** στην ερώτηση για το σε ποιες ακριβώς δραστηριότητες συμμετέχουν οι εθελοντές της εθελοντικής ομάδας συνεργατών.

Σημαντικό τμήμα (ποσοστό 51,90%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι πιστεύουν ότι τα προγράμματα πρόληψης συμβαδίζουν **αρκετά** με τις σύγχρονες ανάγκες, έτσι όπως αυτές εμφανίζονται και συνεχώς διαφοροποιούνται.

Η πλειοψηφία (ποσοστό 74,68%) των ερωτηθέντων είναι, σε σχέση με το πως βλέπουν το μέλλον της πρόληψης, **αισιόδοξοι αλλά με προϋποθέσεις**.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 68,35%) **απάντησε** στην ερώτηση για το αν θα ήθελαν να κάνουν κάποια πρόταση - παρατήρηση, σχετικά με την καλύτερη λειτουργία και εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης.

7.4. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Θεωρήσαμε χρήσιμο να παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας, με παρόμοιο περιεχόμενο, που πραγματοποιήθηκε το 2001 και είχε τίτλο:

«Προοπτικές στην πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών όπως διαγράφονται από τα στελέχη των κέντρων πρόληψης»

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο-Αύγουστο του 2001 και συμπεριλήφθηκαν όλα τα στελέχη των 61 Κέντρων Πρόληψης που υπάρχουν στην Ελλάδα.

- Από αυτά το 47% απάντησαν και το 53% δεν απάντησαν.
- Το 83% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και το 17% ήταν άνδρες.
- Σχετικά με τα χρόνια υπηρεσίας των ερωτηθέντων στα Κέντρα Πρόληψης το 64% απασχολείται 1-3 χρόνια το 22% απασχολείται 4-7 χρόνια και το 10% 8-11 χρόνια.
- Η θέση υπηρεσίας που κατέχουν οι ερωτηθέντες είναι: το 89% ανήκει στο Επιστημονικό προσωπικό, στο Διοικητικό προσωπικό και το 1% ανήκει και στο Επιστημονικό και στο Διοικητικό προσωπικό.
- Οι ειδικότητες των στελεχών των Κέντρων Πρόληψης είναι το 33% Ψυχολόγοι, το 27% Κοινωνικοί Λειτουργοί και το 15% Κοινωνιολόγοι.

Στην ερώτηση εάν κρίνουν την στελέχωση των Κέντρων επαρκή ως προς την επιστημονική ιδιότητα των στελεχών τους το 38% απάντησε αρνητικά δικαιολογώντας τη θέση τους τονίζοντας το 18% την αναγκαιότητα για ενίσχυση των Κέντρων με επιστημονικό προσωπικό και το 9% ενίσχυση με επιστημονικό προσωπικό πιο εξειδικευμένο, ενώ το 62% θεωρεί ότι η στελέχωση των Κέντρων είναι επαρκής.

Ακόμα, το 76% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η στελέχωση των Κέντρων Πρόληψης δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών της τοπική Κοινότητα ενώ

το 24% πιστεύει ότι είναι ικανοποιητική. Από αυτό διαφαίνεται η ανάγκη της λειτουργίας περισσότερων Κέντρων Πρόληψης ανά Νομό.

Στην ερώτηση για το ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην επιτυχή πορεία του προγράμματος, τα στελέχη απάντησαν ότι σπουδαίο ρόλο παίζει η συνεργασία με τους φορείς της Κοινότητας, η συνεχής επιμόρφωση των Στελεχών, η επαρκής στελέχωση, η ύπαρξη ομάδων δράσης στον χώρο των Κέντρων Πρόληψης και η Εθελοντική δράση.

Σχετικά με το αν κρίνουν τα Στελέχη το έργο των Κέντρων τους γνωστό στην ευρύτερη Κοινότητα, το 55% θεωρεί ότι είναι αρκετά γνωστά τα προγράμματα που εφαρμόζουν.

Όσον αφορά την ανταπόκριση της Τοπικής Κοινότητας στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, το 64% απάντησε ότι υπάρχει αρκετή συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης, το 53% απάντησε ότι υπάρχει αρκετή συνεργασία με τους τοπικούς φορείς και το 50% απάντησε ότι υπάρχει αρκετή υποβολή αιτημάτων.

Ακόμα, στο ερώτημα, εάν λειτουργεί εθελοντική ομάδα συνεργατών στα Κέντρα Πρόληψης, το 68% απάντησε ότι δεν υπάρχει εθελοντική ομάδα ενώ το 32% απάντησε ότι λειτουργεί.

Στην ερώτηση αν τα Κέντρα Πρόληψης επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών στον ελλαδικό χώρο το 88% θεωρεί ότι δεν επαρκούν ενώ το 12% πιστεύει ότι επαρκούν. Επίσης, το 48% των ερωτηθέντων απαντά ότι είναι αρκετά ικανοποιημένο από τα υπάρχοντα προγράμματα εκπαίδευσης των Στελεχών των Κέντρων και το 32% ότι είναι λίγο ικανοποιημένο.

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης στον ελλαδικό χώρο το 62% τα αξιολογεί αρκετά αποτελεσματικά, το 23% λίγο και το 9% πολύ. Επίσης, σύμφωνα με το 59% των Στελεχών των Κέντρων, θεωρούν ότι τα προγράμματα ακολουθούν μια αρκετά θετική εξελικτική πορεία και συμβαδίζουν με τις σύγχρονες ανάγκες

Ακόμα, για το αν ακολουθείται κοινή πολιτική σχετικά με την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, το 74% πιστεύει ότι ακολουθείται κοινή διότι, τα περισσότερα Κέντρα ανήκουν στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. και εποπτεύονται από αυτόν, η βασική εκπαίδευση όλων των Στελεχών πρόληψης είναι ενιαία και πραγματοποιείται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. σε συνεργασία με το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ και το ΚΕ.Θ.Ε.Α. και ότι τα Στελέχη των Κέντρων από όλη την Ελλάδα έχουν την ευκαιρία να συνευρίσκονται κάθε δυο χρόνια με τις συναντήσεις του Πανελλαδικού Δικτύου Φορέων Πρόληψης και κάθε χρόνο με τη διοργάνωση, από τον ίδιο φορέα Ημερίδων ανταλλάσσοντας εμπειρίες, μεθόδους και επιστημονικά εργαλεία.

Το 24% θεωρεί ότι δεν ακολουθείται κοινή πολιτική και ένα 2% απάντησε ότι δεν γνωρίζει.

Σχετικά, με το αν η ύπαρξη του εθελοντισμού στον τομέα της πρόληψης είναι σημαντική, το 34% απάντησε ότι είναι αρκετά, το 32% πολύ και το 19% πάρα πολύ. Ακόμα, το 42% των ερωτηθέντων, θεωρεί ότι η έννοια του εθελοντισμού είναι λίγο ανεπτυγμένη στον τομέα της πρόληψης και το 35% θεωρεί ότι είναι ελάχιστα ανεπτυγμένη.

Στην ερώτηση για το αν θα ήθελαν τα Στελέχη Πρόληψης να κάνουν κάποια παρατήρηση για τον τρόπο λειτουργίας των Κέντρων, οι απαντήσεις ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη εντάσσεται το Θεσμικό πλαίσιο, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και η Χρηματοδότηση. Τα Στελέχη, θεωρούν ότι η χρηματοδότηση θα πρέπει να αυξηθεί περισσότερο από την Τοπική Κοινότητα, οι φορείς θα πρέπει να εμπλέκονται περισσότερο και τα Κέντρα θα πρέπει να ενισχύονται οικονομικά από έναν ανώτατο φορέα ταυτόχρονα με την υποστήριξη του Ο.ΚΑ.ΝΑ..

Στην δεύτερη κατηγορία εντάσσεται η εκπαίδευση των Στελεχών, η εξειδίκευση και η δικτύωση φορέων Πρόληψης. Παρατηρήθηκε λοιπόν, ότι τα Στελέχη χρειάζονται συνεχή εκπαίδευση, επιμόρφωση και εξειδίκευση και περισσότερη

στήριξη από επιστημονικούς φορείς. Παράλληλα, είναι απαραίτητο να δικτυωθούν μεταξύ τους τα Κέντρα Πρόληψης και να συνεργάζονται.

Τέλος, στην τρίτη κατηγορία εντάσσονται οι δράσεις και τα Προγράμματα των Κέντρων Πρόληψης. Σ' αυτό το σημείο, αναφέρεται ότι ο αριθμός και το περιεχόμενο των δράσεων, τα Κέντρα Πρόληψης, ακολουθούν ενιαία πολιτική. Όμως, σε πολλές περιπτώσεις δεν προηγείται έρευνα για τον σχεδιασμό ενός προγράμματος που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της Τοπικής Κοινότητας. Τα περισσότερα Κέντρα λειτουργούν με βάση ένα τυποποιημένο μοντέλο- πρότυπο που έχει προταθεί. Οι δράσεις λοιπόν θα πρέπει να εξειδικεύονται περισσότερο, ανάλογα με τις ανάγκες και τα γνωρίσματα της τοπικής κοινότητας όπου εφαρμόζονται. Ακόμα, είναι σημαντικό, παράλληλα να λειτουργούν Συμβουλευτικοί Σταθμοί δευτερογενούς πρόληψης, όπου δεν υπάρχει δομή τριτογενούς πρόληψης.

Σχετικά, με το αν έχουν τα Στελέχη, να διατυπώσουν μια καινοτόμο πρόταση που να αφορά την λειτουργία και την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, οι ερωτηθέντες δεν είχαν να καταθέσουν κάποια καινοτόμο πρόταση. Οι προτάσεις που έκαναν, αναφέρονταν στα προγράμματα, δηλαδή, να σχεδιάζονται βάση των οικονομικών και κοινωνικών αναγκών μιας περιοχής, να ανταποκρίνονται και σε ομάδες διαφορετικής πολιτισμικής κουλτούρας, να υπάρχουν περισσότερες γραμμές τηλεφωνικής βοήθειας, όπου θα μπορούν να συμμετάσχουν οι εθελοντές και στην ένταξη των προγραμμάτων της Αγωγής Υγείας της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στο ωρολόγιο πρόγραμμα για να επιτευχθούν ουσιαστικά αποτελέσματα. Αναφορά γίνεται επίσης, στην Τοπική Κοινότητα και στην Κρατική στήριξη, δηλαδή, προτείνουν να υπάρχει στήριξη από το Υπουργείο Παιδείας έτσι ώστε να ενταχθούν τα προγράμματα πρόληψης στην υποχρεωτική εκπαίδευση. Τέλος, αναφέρονται στην εξειδικευμένη εκπαίδευση των εργαζόμενων στα Κέντρα Πρόληψης, και στην εκπαίδευση στο εξωτερικό όπου τα προγράμματα πρόληψης εφαρμόζονται πολλά χρόνια. Ακόμα, θεωρούν ότι θα πρέπει να πραγματοποιείται

εκπαίδευση σε θέματα πρόληψης, στο σχολείο, στους γονείς και σε άλλες κοινωνικές ομάδες.

Τελειώνοντας η έρευνα, θέτει το ερώτημα στα Στελέχη, για το πώς βλέπουν το μέλλον της πρόληψης στην Ελλάδα. Η σημαντική πλειοψηφία απαντά ότι βλέπει το μέλλον αισιόδοξα αλλά με προϋποθέσεις. Αυτό θα συμβεί, αν υπάρξει διυπουργικός συντονισμός, αν καταφέρουν τα Κέντρα να λειτουργήσουν ως πόλος κοινωνικής δικτύωσης στις τοπικές κοινωνίες, με προϋπόθεση τη συνεχή υποστήριξη και πλαισίωσή τους με άλλες δομές ψυχικής υγείας. Ακόμα, θα πρέπει να αξιολογηθεί ο επαναπροσδιορισμός των προληπτικών προγραμμάτων, η πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών θα πρέπει να εδραιωθεί σε όλους τους Νομούς της Ελλάδας, ανταποκρινόμενη στις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες, η στελέχωση των Κέντρων θα πρέπει να είναι επαρκείς και θα πρέπει να υπάρχει συνεχής και εξειδικευμένη εκπαίδευση των Στελεχών. Επίσης η πρόληψη βασιζόμενη στον εθελοντισμό θα συντελέσει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην αποφυγή της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.

Ένα ποσοστό ερωτώμενων απάντησε πως βλέπει το μέλλον της πρόληψης στην Ελλάδα αισιόδοξα, διότι ο τομέας της πρόληψης αρχίζει να γίνεται γνωστός και αποτελεί πραγματική ανάγκη και τέλος ένα ποσοστό ερωτώμενων βλέπει δυσοίωνα το μέλλον της πρόληψης εξαιτίας του ενδιαφέροντος της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε μια πολιτική μείωσης της βλάβης και εξαιτίας του ελληνικού κράτους και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, που δεν στηρίζουν ουσιαστικά τα Κέντρα Πρόληψης.

Κεφάλαιο 8

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως έχει ήδη περιγραφεί, το ζήτημα της εξάπλωσης των παράνομων ουσιών έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις παγκοσμίως και δεδομένης της επίδρασης τους στην εύπλαστη προσωπικότητα του εφήβου, αξίζει ξεχωριστής αντιμετώπισης, από τους ερευνητές, τις αρχές, τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς. Η χρησιμότητα περαιτέρω μελέτης των γενεσιουργών αιτίων του προβλήματος αλλά και η σπουδαιότητα του τομέα πρόληψης είναι αδιαμφισβήτητη. Γι' αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίσουμε το ζήτημα εν τη γενέσει.

Τα πορίσματα από διάφορες μελέτες αποδεικνύουν ότι η χρήση παράνομων ουσιών σπάνια αποτελεί την πρώτη ένδειξη του προβλήματος της εφηβείας. Η χρήση αλκοόλ, η αντικοινωνική συμπεριφορά, η αδικαιολόγητη απουσία από το σχολείο, εμφανίζονται σε νεαρότερη ηλικία, γεγονός που θα πρέπει να θορυβήσει τους γονείς και να στρέψουν το ενδιαφέρον τους στο παιδί. Ωστόσο επειδή πάντοτε είναι προτιμότερο το να προλαμβάνεις απ' το να θεραπεύεις, οι γονείς θα πρέπει από νωρίς να καλλιεργήσουν τις συνθήκες εκείνες που θα αποτρέψουν το παιδί τους απ' το να καταφύγει στις διάφορες ουσίες. Σε γενικές γραμμές πρέπει να γνωρίζουν ότι η πρόληψη σημαίνει ενίσχυση της ικανότητας των παιδιών να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις δύσκολες καταστάσεις της ζωής. Οι γονείς μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη με τους εξής τρόπους:

1. Τα παιδιά πρέπει να έρχονται στη ζωή εφόσον είναι επιθυμητό και όταν οι ενήλικοι είναι προετοιμασμένοι να δημιουργήσουν μία ζεστή και θετική σχέση μαζί του.

2. Μην υπερπροστατευέτε το παιδί και αφήνετε του τη δυνατότητα να αναλαμβάνει μικρές ευθύνες και πρωτοβουλίες σε κάποια πράγματα. Δίνετε του ευκαιρίες για διάλογο, συζήτηση και κατανόηση.

3. ενισχύετε την αυτοπεποίθηση του παιδιού και την εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Ενθαρρύνετε τις ιδέες των παιδιών σας για να λύνουν μόνα τους τα προβλήματα τους. Έτσι μαθαίνουν να κάνουν σωστές επιλογές Και να στηρίζονται στις δυνάμεις τους.

4. αποδεχτείτε το παιδί σας όπως είναι, και αποφεύγετε τις συγκρίσεις με τους συνομηλίκους του. Βέβαια πρώτα πρέπει να αποδεχτείτε τον εαυτό σας για να μπορέσετε έπειτα να αποδεχτείτε το παιδί σας.

5. η εφηβεία είναι μία περίοδος που γεννά έντονους προβληματισμούς και όπου οι σχέσεις του παιδιού με τους γονείς δοκιμάζονται. Κρατήστε την ισορροπία, δίνοντας συμβουλές αλλά αποφεύγοντας την κριτική, τα κηρύγματα, τον εκφοβισμό και τις πιέσεις. Γίνεται σύμμαχος με τα παιδιά σας.

6. αφήνετε τους εφήβους να βιώνουν τις συνέπειες των πράξεων τους. Είναι το καλύτερο μάθημα ζωής που μπορείτε να τους δώσετε.

7. να ξέρετε ότι οι έφηβοι χρειάζονται να ενταχθούν σε ομάδες συνομηλίκων για να μπορέσουν να γίνουν ανεξάρτητοι, χωρίς αυτή τους η ανάγκη να σημαίνει ότι δε σας χρειάζονται πια. Γι' αυτό μην αποξενώνετε το παιδί σας από τους φίλους του και από διάφορες αθλητικές, πολιτικές κ.α. ομάδες που τυχόν ανήκει.

8. η σχέση σας με το σύζυγό σας επιδρά στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού σας. Είναι ανάγκη να υπάρχει κατανόηση ανάμεσα στους συζύγους. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, το διαζύγιο είναι προτιμότερο για το παιδί εφόσον οι χειρισμοί του είναι αξιοπρεπείς και πολιτισμένοι.

9, αν θέλετε τω παιδιά σας να σέβονται τις ανάγκες σας, σεβαστείτε πρώτα τις δικές τους. Επίσης για να μάθει να ζητάει συγγνώμη, μη διστάζετε να ζητάτε πρώτα εσείς όταν κρίνετε ότι είναι απαραίτητο.

10. περάστε στα παιδιά σας ιδανικά και αξίες ώστε να μπορούν να αγωνιστούν και να χαράξουν τη δική τους πορεία στη ζωή και να μπορούν να λένε «όχι» στους κινδύνους που καιροφυλακτούν.

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των προοπτικών της πρόληψης στην Ελλάδα και η περιγραφή των προγραμμάτων πρόληψης,

Ξεκινήσαμε αυτή την εργασία, κάνοντας μια αποτίμηση της κατάστασης του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης στην χώρας, ερευνώντας το ποσοστό των χρηστών και τα χαρακτηριστικά αυτών. Φυσική απόρροια των παραπάνω ήταν να διερωτηθούμε για ποιο λόγο τόσες χιλιάδες άτομα στρέφονται στην χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Και παίρνοντας σαν δεδομένο το γεγονός ότι οι Έλληνες χρήστες είναι χιλιάδες, αναρωτηθήκαμε γιατί η πρόληψη, που όλοι την αναφέρουν και κανείς δεν την κάνει πράξη, δεν λειτουργεί. Γιατί τα προγράμματα πρόληψης, όχι μόνο δεν είναι γνωστά στο ευρύτερο κοινό αλλά δεν είναι και αποτελεσματικά;

Κατά την εκπόνηση της εργασίας και κυρίως κατά την διαδικασία της συλλογής των ερευνητικών δεδομένων διαπιστώσαμε ότι για να μπορούμε να λέμε ότι έχουμε κατάλληλα σχεδιασμένα προγράμματα πρόληψης, τα οποία αποδίδουν έργο πρέπει:

- Να υπάρχει συνεργασία με τους φορείς της κοινότητας
- Να υπάρχουν προγράμματα εκπαίδευσης κατάλληλα για τα στελέχη της πρόληψης
- Να επιλυθούν τα θεσμικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα κέντρα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- Γιαννακοπούλου Σμαρώ – Αγγέλου Μαρία, «Μεγάλωσε και μείνε», εκδ. Ταξιδευτής, Αθήνα, 2006
- Γραμματεία Νέας Γενιάς, Εθνικό Ιδρυμα νεότητας, «Ναρκωτικά: Πρόληψη-Θεραπεία και Κοινωνική Επανένταξη», Θεσσαλονίκη, 1995
- Εκπαιδευτικό υλικό Αγωγής Υγείας, Εγχειρίδιο για τον Εκπαιδευτικό, Αθήνα, 1996
- ΕΚΤΕΠΝ, «Ετήσια Εκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα, 2004», 2005, Αθήνα.
- ΕΠΙΨΥ – ΟΚΑΝΑ, “Εγχειρίδιο Πρόληψη: Οιοπνευματώδη, Ναρκωτικά και Καπνός”, Αθήνα, 1999, εκδ. ΕΠΙΨΥ
- ΕΠΙΨΥ, «Ετήσια Εκθεση ΕΠΙΨΥ 2005», Αθήνα, 2006
- ΕΠΙΨΥ, «Ετήσια Εκθεση ΕΠΙΨΥ 2006», Αθήνα, 2007
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, «Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες», Αθηνά, 2003
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Διευθυντής Καθηγητής Κ.Ν. ΣΤΕΦΑΝΗΣ Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, Αθηνά, 2005
- Η Προώθηση της πρόληψης στις σχολές μαθητείας: Πρακτικά Δημερίδας, Ωραιόκαστρο 16-17 Μαΐου 2002
- Καλαρρύτης Γιώργος, «Η χρήση ουσιών στην εφηβεία και η αντιμετώπισή της – Σημερινή κατάσταση και προοπτικές», Ηράκλειο Κρήτης, 1997
- Κίνηση «Πρόταση», “Η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία”, Πάτρα, 2007

- Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ», «Ενημερωση για τις εξαρτησιογόνες ουσίες και το νομοθετικό πλαίσιο», Πάτρα, 2006
- Κοκκέβη Α., «Η επίδραση της χρόνιας χρήσης καννάβεως στις νοητικές λειτουργίες», Διδακτορική διατριβή, Ιωάννινα, 1976
- Κοκκέβη Α., Στεφανής Κ., «Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: Η διαχρονική πορεία της χρήσης», Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994
- Κοκκέβη, Α., «Αμφισβητήσεις και αλήθειες γύρω από την τοξικομανία»
- Κοκκέβη, Α., «Η πρόληψη της τοξικομανίας: Μύθος ή πραγματικότητα;»
- Λιάππας Γ., «Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση», εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 2003
- Μάτσα Κ., «Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές», εκδ. Άγρα, Αθήνα, 2001
- Μεσημέρης Σ., «Η ψυχολογία των τοξικομανών», εκδ. Ταμασσός, 1999
- Περιοδικό «ΠΡΟΣΩΠΟ», τεύχος 36, Πέλιου Μαρία Κοιν. Λειτουργός του Κέντρου Πρόληψης του Ν. Αχαΐας
- Περιοδικό «ΠΡΟΣΩΠΟ», τεύχος 37, Ευαγγελία Κώτσια, κοινωνική Λειτουργός- στέλεχος πρόληψης
- Περιοδικό «ΠΡΟΣΩΠΟ», τεύχος 41, Γιάννα Ζορμπά
- Περιοδικό «Πρόσωπο», τεύχος 45, Alessandro Carbone, Metodi LTD, Μιλάνο Ιταλία
- Παπαγιάννη-Δούρου Α., «Κ.Π «ΑΡΙΑΔΝΗ», Περιοδικό πρόσωπο, τεύχος 35
- Πουλόπουλος Χαράλαμπος, «Εξαρτήσεις – Οι θεραπευτικές κοινότητες», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2005
- Χουρδάκη Μ., «Ναρκωτικά – Πρόληψη: Πρωτογενής τομέας», 1995
- ΕΠΙΨΥ, «Στρατηγικές για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία υπο το πρίσμα της Ε.Ε.», Αθήνα, 2004

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Bergeret J., «Τοξικοεξάρτηση και Προσωπικότητα», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
- Claudia Black, “Αυτό δε θα συμβεί ποτέ σε εμένα- Ζώντας με τις εξαρτήσεις», εκδ. Κριτική, 2006
- ELDD, «Young people and drugs – a legal overview», emcdda, 2003
- Fernando Mendes et al., «Family Relationship and Primary Prevention of Drug Use in Early Adolescences», IREFREA, 1999
- Fernando Mendes et al., «Family: The challenge of Prevention of Drug Use», IREFREA, 2000
- National Institute of health, “Drug Abuse prevention for the general population”, 2002
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), “Preventing Drug Use among Children and Adolescent”, New York, 2003
- Pickens K., «Drug Education. The effects of giving information», Journal of alcohol and drug education, 1985
- Williams R., Ward D., Gray L., «The persistence of experimentally induced cognitive change: A neglected dimension in the assessment of drug prevention programs», Journal of Drug Education, 15
- Prevention Plus II, “Tools for creating and sustaining drug-free communities”
- Prevention Plus III, “Assesing alcohol and other drug prevention programmes at the school and community level”
- Stefanis, S., Dornbush, R., Fink, M., (editors), „Hashish: Studies of long-term use“, Raven Press, 1997

Λιαδίκτυο

- <http://eldd.emcdda.eu.int>
- <http://europa.eu.int/eur-lex/>
- <http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/?version=1>
- www.elisad.uni-bremen.de
- www.hbsc.org/publications/reports.html
- www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1
- <http://annualreport.emcdda.europa.eu/el/home-el.html>
- <http://candidates.emcdda.europa.eu/en/page66-en.html>
- www.educational-center.gr
- www.okana.gr

Άρθρα – Εγκυκλοπαίδειες

- «3^η Πανελλαδική Συνάντηση Φορέων για την Πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών», Θεσσαλονίκη, 1997
- «4^η Πανελλαδική Συνάντηση Φορέων Πρόληψης», Ηράκλειο Κρήτης, 2000
- «Το έργο της Πρότασης», φυλλάδιο πληροφοριών από την Κίνηση-Πρόταση», 2006
- «Χρυσή Υγεία», «Ναρκωτικά- AIDS», εκδ. Δομική, Αθήνα, 2002

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

Προς Τον Επιστημονικό Υπεύθυνο του Κέντρου Πρόληψης

.....

Αγαπητέ Κύριε/Κυρία

Επικοινωνούμε μαζί σας για να σας ενημερώσουμε σχετικά με την έρευνα που πραγματοποιούμε όσον αφορά τις συνθήκες λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης στην χώρα μας.

Η έρευνα πραγματοποιείται από τις υπογράφουσες, σπουδάστριες του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας, με επιβλέποντα τον επίκουρο καθηγητή του τμήματος Δρ. Ιωάννη Δρίτσα.

Τα στοιχεία και τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας με τίτλο «*Οι προοπτικές της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα*».

Σκοπός της έρευνας είναι να ερευνηθούν οι συνθήκες λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης και οι προοπτικές στην πρόληψη εξαρτησιογόνων ουσιών όπως αυτές γίνονται κατανοητές από το επιστημονικό προσωπικό των κέντρων πρόληψης που λειτουργούν στην Ελλάδα.

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιείται ανώνυμο ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο το οποίο και απευθύνεται στα επιστημονικά στελέχη των κέντρων πρόληψης. Το ερωτηματολόγιο, αποτελείται από 19 ερωτήσεις όλες κλειστού τύπου εκτός από μία. Όλες είναι εναλλακτικών απαντήσεων.

Τα στοιχεία θα συλλεχθούν με προσωπική επαφή. Να σημειωθεί ότι ο ερωτώμενος μπορεί να μην απαντήσει στις ερωτήσεις μας και ότι ανά πάσα στιγμή μπορεί να διακόψει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τέλος, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και διαρκεί περίπου 10 λεπτά της ώρας.

Σας Ευχαριστούμε ιδιαίτερα

Λιάκουρα Έλλη

Τάτση Παρασκευή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο

Άνδρας
Γυναίκα

2. Χρόνια υπηρεσίας στο Κέντρο

1 - 3
4 - 7
8 - 11
11 και άνω
Άλλο.....

3. Ειδικότητα.

Ψυχολόγος
Κοινωνικός Λειτουργός
Κοινωνιολόγος
Άλλο.....

4. Ποιοι παράγοντες, κατά την άποψή σας συμβάλλουν στην επιτυχή πορεία του προγράμματός σας;

(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις).

Συνεργασία με φορείς της κοινότητας
Συνεχής επιμόρφωση των Στελεχών
Επαρκής στελέχωση
Ομάδες δράσεις στο χώρο των Κέντρων Πρόληψης
Εθελοντική δράση
Άλλος παράγοντας.....

5. Θεωρείται ότι επαρκούν τα Κέντρα πρόληψης για την κάλυψη των αναγκών, όπως αυτές εμφανίζονται στον ελλαδικό χώρο;

Ναι
Όχι

6. α) Κρίνετε τη στελέχωση του Κέντρου σας επαρκή ως προς την επιστημονική ιδιότητα των στελεχών του;

Ναι
Όχι

6. β) Αν όχι, πώς θεωρείτε ότι η στελέχωση θα ήταν επαρκής;

.....
.....
.....

7. Πιστεύετε ότι η στελέχωση του Κέντρου σας είναι επαρκής για την κάλυψη των αναγκών της Τοπικής Κοινότητας;

Ναι
Όχι

8. Πιστεύετε ότι το έργο του Κέντρου σας είναι γνωστό στην ευρύτερη τοπική κοινότητα;

Καθόλου
Λίγο
Αρκετά
Πολύ
Πάρα πολύ

9. α) Ανταποκρίνεται η Τοπική Κοινότητα στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης;

Καθόλου
Λίγο
Αρκετά
Πολύ
Πάρα πολύ

9. β) Με ποιους τρόπους το επιτυγχάνει αυτό;

Συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης
Συνεργασία με τοπικούς φορείς
Εθελοντισμός
Άλλο.....

10. Είστε ικανοποιημένοι από τα υπάρχοντα προγράμματα εκπαίδευσης που απευθύνονται στα Στελέχη Πρόληψης;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

11. α) Θεωρείτε αποτελεσματικά τα προγράμματα πρόληψης έτσι όπως αναπτύσσονται στις μέρες μας στον ελλαδικό χώρο;

- Ναι
- Όχι

11. β) Που πιστεύετε ότι οφείλεται η αναποτελεσματικότητα των προγραμμάτων; (Εάν στην ερώτηση 11-α έχετε απαντήσει θετικά, πηγαίνατε στην ερώτηση 12)

- Θεσμικά προβλήματα
- Τρόπος επιλογής στελεχών
- Εκπαίδευση στελεχών
- Προγράμματα κέντρων πρόληψης
- Χρηματοδότηση
- Άλλο.....

12. α) Πιστεύετε ότι τα Κέντρα Πρόληψης στην Ελλάδα ακολουθούν κοινή πολιτική όσον αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών;

- Ακολουθείται κοινή πολιτική
- Δεν ακολουθείται κοινή πολιτική
- Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ

12. β) Δώστε μια σύντομη περιγραφή αυτής της «κοινής πολιτικής»

.....

.....

.....

13. Κατά τη γνώμη σας τα προγράμματα πρόληψης στον ελλαδικό χώρο ακολουθούν μια θετική εξελικτική πορεία;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

14. Πιστεύετε ότι συμβαδίζουν με τις σύγχρονες ανάγκες, έτσι όπως αυτές εμφανίζονται και συνεχώς διαφοροποιούνται;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

15. α) Στο κέντρο όπου εργάζεστε λειτουργεί εθελοντική ομάδα συνεργατών;

- Ναι
- Όχι

15 β) Αν ναι στην ερώτηση 15, σε ποιες ακριβώς δραστηριότητες συμμετέχουν οι εθελοντές;

.....

.....

.....

16. Πόσο σημαντική κρίνετε την ύπαρξη του εθελοντισμού στον τομέα της πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

17. Πως βλέπετε το μέλλον της πρόληψης;

Αισιόδοξα

Αισιόδοξα αλλά με προϋποθέσεις

Απαισιόδοξα

18. Θα θέλατε να κάνετε κάποια πρόταση - παρατήρηση, σχετικά με την καλύτερη λειτουργία και εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης;

.....

.....

.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ
ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

*** Νομός Ιωαννίνων**

1. Συμβουλευτικός Σταθμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Ιωαννίνων με διακριτικό τίτλο «Σ.Σ.Κ.Ν.Ν.Ι.» και έδρα την πόλη των Ιωαννίνων

Παπαδοπούλου 11 - 454 44 Ιωάννινα

Τηλ. : 2651 – 0 - 25595, 33649 & Fax: 2651 - 0 - 33649 Γραμμή SOS: 2651 –0 - 25595

*** Νομός Αττικής (Ζωγράφου)**

2. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών και Προαγωγής της Υγείας με διακριτικό τίτλο «Κ.Ε.Π.Χ.Ε.Ο.» και έδρα το Δήμο Ζωγράφου

Ανακρέοντος 60 - 157 71 Ζωγράφου

Τηλ. & Fax: 21- 0 – 7778542

*** Νομός Κέρκυρας**

3. Δημοτική Μονάδα Πρόληψης Κατά των Εξαρτησιογόνων Ουσιών & AIDS με διακριτικό τίτλο ΔΗ.ΜΟ.Π. «ΝΙΚΟΣ ΜΩΡΟΣ» και έδρα την πόλη της Κέρκυρας

Καποδιστρίου 9 - 491 00 Κέρκυρα

Τηλ. : 2661 - 0 - 41111, 36327 & Fax: 2661 - 0 - 41111

*** Νομός Τρικάλων**

4. Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης Νομού Τρικάλων με έδρα την πόλη των Τρικάλων

Βίκτωρος Ουγκώ 2 (Πλατεία Χατζηπέτρου) 1^{ος} όροφος - 421 00 Τρίκαλα

Τηλ. : 2431 - 0 - 75555 & Fax: 2431 – 0 - 79875

*** Νομός Ευβοίας**

5. Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών Νομού Ευβοίας με έδρα την πόλη της Χαλκίδας

Μπαλαλαίων 7 - 341 00 Χαλκίδα Ευβοίας

Τηλ. : 2221 - 0 - 78118 & Fax: 2221 – 0 - 78118

*** Νομός Ξάνθης**

6. Κέντρο Ενημέρωσης και Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ξάνθης με έδρα την πόλη της Ξάνθης

Βασ. Σοφίας 1 - 671 00 Ξάνθη

Τηλ. : 2541 - 0 - 74444 & Fax: 2541 - 0 - 74444

*** Νομός Καρδίτσας**

7. Πρόταση Κοινωνικής Παρέμβασης Νομού Καρδίτσας με διακριτικό τίτλο «Κέντρο Πρόληψης Ενάντια στην Εξάρτηση» και έδρα την πόλη της Καρδίτσας

Πλαστήρα 12, 4^{ος} όροφος - 431 00 Καρδίτσα

Τηλ. : 2441 - 0 - 74477 & Fax: 2441 - 0 - 76304

*** Νομός Πιερίας**

8 Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ψυχοδραστικών Ουσιών Νομού Πιερίας με διακριτικό τίτλο «ΑΤΡΑΚΤΟΣ» και έδρα την πόλη της Κατερίνης

Εθν. Σταδίου 1 (ΚΕΓΕ) - 601 00 Κατερίνη Πιερίας

Τηλ. : 2351 - 0 - 78614 & Fax: 2351 - 0 - 78614

*** Νομός Ρεθύμνου**

9. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνης με έδρα την πόλη του Ρεθύμνου

Δημοκρατίας 32 (έναντι ΟΑΕΔ) - 741 00 Ρέθυμνο Κρήτης

Τηλ. : 2831 - 0 - 50100, 55899 & Fax: 2831 - 0 - 55899

*** Νομός Άρτας**

10. Κέντρο Πρόληψης Νομού Άρτας με διακριτικό τίτλο «Κ.Π.Ν. Άρτας» και έδρα την πόλη της Άρτας

Νόρμαν 13 & Σκουφά - 471 00 Άρτα

Τηλ. : 2681 - 0 - 23126-7 & Fax: 2681 - 0 - 23127

*** Νομός Φλώρινας**

11. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Φλώρινας με έδρα την πόλη της Φλώρινας

Μεγάλου Αλεξάνδρου 111 - 531 00 Φλώρινα

Τηλ. : 2385 - 0 - 46041, 45086 & Fax: 2385 - 0 - 44674

*** Νομός Βοιωτίας**

12. Πρόταση Ζωής – Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών με διακριτικό τίτλο «ΠΡΟΤΑΣΗ ΖΩΗΣ» και έδρα την πόλη της Λιβαδειάς

Τσόγκα 7 – 321 00 Λιβαδειά Βοιωτίας

Τηλ. : 2261 - 0 - 81566 & Fax: 2261 - 0 - 81565

Παράρτημα Θηβών:

Εφέσσου 10 - 322 00 Θήβα – Βοιωτίας

Τηλ. & Fax: 2262 - 0 – 21923 Τηλ.: 2262-0-28971

*** Νομός Έβρου**

13. Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Έβρου με διακριτικό τίτλο «ΕΛΠΙΔΑ» και έδρα την πόλη της Αλεξανδρούπολης

Διονυσίου Σολωμού 2 – 681 00 Αλεξανδρούπολη Έβρου

Τηλ. & Fax : 2551 - 0 – 37242

*** Νομός Καβάλας**

14. Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Καβάλας με έδρα την πόλη της Καβάλας

Ύδρας 11 Πλατεία Αγ. Νικολάου – 65302 Καβάλα

Τηλ. : 251 - 0 - 620318 Fax: 251 – 0- 620319

*** Νομός Ηλείας**

15. Κέντρο Πρόληψης από την Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ηλείας με διακριτικό τίτλο «ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ» και έδρα την πόλη της Αμαλιάδας

Ελευθερίου Βενιζέλου 29 – 272 00 Αμαλιάδα Ηλείας

Τηλ. : 2622 - 0 - 29710-11 & Fax: 2622 - 0 - 29711

*** Νομός Θεσσαλονίκης (Δήμος Συκεών)**

16. Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας με διακριτικό τίτλο «ΠΥΞΙΔΑ» και έδρα το Δήμο Συκεών Θεσσαλονίκης

Επταπυργίου 150 – 566 26 Συκιές Θεσσαλονίκης

Τηλ. : 231 - 0 - 202015, 204453 & Fax: 231 - 0 - 202015, 204453

*** Νομός Αχαΐας**

17. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αχαΐας με έδρα την πόλη της Πάτρας

Αγ. Γεωργίου 104 – 262 25 Πάτρα

Τηλ. : 261 - 0 - 623290, 226948 & Fax: 261 - 0 - 623290, 226948

*** Νομός Ζακύνθου**

18. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ζακύνθου με διακριτικό τίτλο «Η ΣΤΟΡΓΗ» και έδρα την πόλη της Ζακύνθου

Κουτούζη 82 – 291 00 Ζάκυνθος

Τηλ. : 2695 - 0 – 24963, 24964 & Fax: 2695 - 0 - 41210

*** Νομός Αττικής (Δήμος Αθηναίων)**

19. – 22. Κέντρο Πρόληψης Εξάρτησης - Αγωγής Υγείας Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία «ΑΘΗΝΑ ΥΓΕΙΑ» με έδρα το Δήμο Αθηναίων

(4) Κέντρα Πρόληψης (1^ο, 2^ο, 3^ο, 5^ο Διαμέρισμα).

Λιοσίων 22 – 104 38 Αθήνα

Τηλ. : 21 - 0 - 7221707 & Fax: 21 - 0 – 7221520

1^ο Διαμέρισμα: «ΠΑΛΛΑΣ ΑΘΗΝΑ» Στουρνάρη 21 – 104 34 Αθήνα

Τηλ.: 21 - 0 - 3800038, FAX:210 3835879

2^ο Διαμέρισμα: «ΑΘΗΝΑ ΠΡΟΜΑΧΟΣ» Αίνου 1 & Βουλιαγμένης – 116 31 Αθήνα

Τηλ.: 210 - 9270096 & Fax: 21 - 0 – 9270096

3^ο Διαμέρισμα: «ΠΡΟΝΑΙΑ ΑΘΗΝΑ» Ελασίδων 30 & Κων/πόλεως – 118 54 Βοτανικός

Τηλ.: 21 - 0 - 3424024,3413483 & Fax: 21 - 0 – 3413483

info@kentro-prolipsis.gr,

5^ο Διαμέρισμα: «ΑΛΕΑ ΑΘΗΝΑ» Γαλατσίου 1 & Πατησίων – 111 41 Αθήνα

Τηλ. & Fax: 21 - 0 - 2114566

Kentro04@yahoo.com,

*** Νομός Χίου**

23. Κέντρο Πρόληψης Κατά της Χρήσης Ναρκωτικών Νομού Χίου με διακριτικό τίτλο «Κέντρο Πρόληψης Χίου» και έδρα την πόλη της Χίου

Ροδοκανάκη 4 – 821 00 Χίος

Τηλ. : 2271 - 0 – 40704, 20838 & Fax: 2271 - 0 - 40704

*** Νομός Μαγνησίας**

24. «ΠΡΟΤΑΣΗ ΖΩΗΣ» Νομού Μαγνησίας με έδρα την πόλη του Βόλου

Ελ.Βενιζέλου 7- Δημητριάδος(4^{ος} όροφος) – 383 33 Βόλος

Τηλ.: 2421 - 0 - 38030, 38050 & Fax: 2421 - 0 - 38095

*** Νομός Αττικής (Περιστέρη)**

25. ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ Δήμου Περιστερίου με διακριτικό τίτλο «ΟΔΟΠΟΡΙΚΟ» και έδρα το Δήμο Περιστερίου

Κρυστάλλη 49 –Τ.Κ. 121 31 Περιστέρη

Τηλ.: 21 - 0 -5786888 & Fax: 21 - 0 - 5723734

*** Νομός Αττικής (Άλιμος, Αργυρούπολη, Ελληνικό και Γλυφάδα)**

26. «Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης» Διαδημοτική Επιχείρηση Δήμων Αλίμου, Αργυρούπολης, Ελληνικού και Γλυφάδας με έδρα το Δήμο Ελληνικού

Λ. Βουλιαγμένης – Είσοδος πρώην Αμερικάνικης Βάσης, Δήμος Ελληνικού

Τ. Κ.: 167 77, Τηλ.: 21 - 0 - 9622633 & Fax: 21 - 0 – 9605380

Δήμος Αλίμου: Υπηρεσία Κοινωνικής Μέριμνας

Γερουλάνου 19 – 174 55 Άλιμος

Τηλ: 21-0 - 9887016 & Fax: 21 - 0 – 9850339

Δήμος Αργυρούπολης: Κέντρο Πρόληψης & Ενημέρωσης

Αγίας Βαρβάρας 36, Τ.Κ. 164 – 52 Αργυρούπολη

Τηλ. 210 9961000 & FAX: 210 9961971

Δήμος Γλυφάδας: Κεντρική Κοινωνική Υπηρεσία

Ελευθερίου Βενιζέλου & Ηρακλείου 19 – 166 75 Γλυφάδα

Τηλ.: 21 - 0 – 9647021 & Fax : 21 - 0 - 9643162

Δήμος Ελληνικού: Κεντρική Κοινωνική Υπηρεσία

25^{ης} και Αγίας Τριάδας – 167 77 Ελληνικό

Τηλ.: 21 - 0 - 9610353 & Fax: 21 - 0 – 9602466

*** Νομός Αιτωλοακαρνανίας**

27. Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Αιτωλοακαρνανίας με διακριτικό τίτλο «ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ» και έδρα την πόλη του Αγρινίου

Φλώρας Καραπαπά 3 — 301 00 Αγρίνιο

Τηλ.: 2641 - 0 - 28770, 55275 & Fax: 2641 - 0 - 28770

*** Νομός Χανίων**

28. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Χανίων με έδρα την πόλη των Χανίων

Βύρωνος 35 – 731 34 Χανιά

Τηλ.: 2821 - 0 – 28166, 51214 & Fax: 2821 - 0 – 28166

*** Νομός Θεσσαλονίκης (Δήμος Καλαμαριάς)**

29. Κέντρο Πρόληψης για την Καταπολέμηση των εξαρτησιογόνων ουσιών με διακριτικό τίτλο «ΕΛΠΙΔΑ» και έδρα το Δήμο Καλαμαριάς Θεσσαλονίκης

Ησιόδου 10 – 55132 Ν. Κρήνη Θεσσαλονίκης

Τηλ.: 231 - 0 - 442044 & Fax: 231 – 0 - 442043

*** Νομός Κοζάνης**

30. Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Νομού Κοζάνης με διακριτικό τίτλο «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ» και έδρα την πόλη της Κοζάνης

Πλατεία Λασσάνη 11 – 501 00 Κοζάνη

Τηλ.: 2461 - 0 - 21077 & Fax: 2461 - 0 - 21077

*** Νομός Κυκλάδων**

31. – 32. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών ΘΗΣΕΑΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ με διακριτικό τίτλο «ΘΗΣΕΑΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ» και έδρα την πόλη της Ερμούπολης Σύρου (2 Κέντρα Πρόληψης : Σύρος & Πάρος)

ΠΑΡΟΣ: Τηλ.: 2284 – 0 - 24745 & Fax: 2284 - 0 - 28011

Τ. Θ. 43 Παροικιά – 84 400 Πάρος

ΣΥΡΟΣ: Τηλ.: 2281 - 0 - **85149**,83000, 82378, 85666 & Fax: 2281- 0 - **79180**,82376

Καποδιστρίου 22 – 841 00 Ερμούπολη Σύρος

*** Νομός Φθιώτιδας**

33. « Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης Κατά των Ναρκωτικών- Νομού Φθιώτιδας» με διακριτικό τίτλο «ΚΕΠΕΝ-Ν. Φθιώτιδος» και έδρα την Λαμία.

Λεωνίδου 9-11 -- 351 00 Λαμία

Τηλ.: 2231 - 0 - 33940 & Τηλ., Fax : 2231 - 0 - 33781

*** Νομός Δωδεκανήσου (Κως)**

34. Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών με διακριτικό τίτλο «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» και έδρα την πόλη της ΚΩ

Αλεξάνδρου Διάκου 4 – 853 00 Κως

Τηλ.: 2242 - 0 - 24728, 27620 & Fax : 2242- 0 – 24793,

*** Νομός Μεσσηνίας**

35. Κέντρο Ενημέρωσης – Πληροφόρησης και Ευαισθητοποίησης για Ψυχοδραστικές Ουσίες Κ.Ε.Π.Ε.Ψ.Ο. Νομού Μεσσηνίας και έδρα την πόλη της Καλαμάτας

Αμφείας 3 – 241 00 Καλαμάτα

Τηλ.: 2721 - 0 - 84009,88021 & Fax :2721 - 0 - 24633

*** Νομός Καστοριάς**

36. Κέντρο Ενημέρωσης και Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Νομού Καστοριάς με διακριτικό τίτλο «ΔΙΕΞΟΔΟΣ» και έδρα την πόλη της Καστοριάς

Μητροπόλεως 25 – 521 00 Καστοριά

Τηλ.: 2467 - 0 -23278, 24578 & Fax: 2467 - 0 - 23278

*** Νομός Θεσπρωτίας**

37. Κέντρο Πρόληψης της χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Θεσπρωτίας με διακριτικό τίτλο «ΑΡΙΑΔΝΗ» και έδρα την πόλη της Ηγουμενίτσας

Κυρα Βασιλικής 10 – 461 00 Ηγουμενίτσα

Τηλ.: 2665 - 0 - 25140 & Fax: 2665 - 0 - 28885

*** Νομός Ροδόπης**

38. Κέντρο Πρόληψης της χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ροδόπης με διακριτικό τίτλο «ΟΡΦΕΑΣ» και έδρα την πόλη της Κομοτηνής

Δημάρχου Δημητρίου Μπλέτσα 19 – 691 00 Κομοτηνή
Τηλ.: 2531 - 0 - 81750, 81751 & Fax: 2531 - 0 - 81752

*** Νομός Χαλκιδικής**

39. Κέντρο Πρόληψης για τα Ναρκωτικά Νομού Χαλκιδικής με διακριτικό τίτλο «ΠΝΟΗ» και έδρα την πόλη του Πολυγύρου

22ας Απριλίου 1, περιοχή Νομαρχίας – 631 00 Πολύγυρος Χαλκιδικής
Τηλ. 2371 - 0 - 23145, 23609 & Fax: 2371 - 0 - 23609

*** Νομός Λάρισας**

40. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Λάρισας με διακριτικό τίτλο «ΟΡΦΕΑΣ» και έδρα την πόλη της Λάρισας

Κούμα 37 – 41222 Λάρισα
Τηλ. 241 – 0 – 555935, 555940 & Fax: 241 - 0 - 555938

*** Νομός Λέσβου (Μυτιλήνη)**

41. Κέντρο Πρόληψης για μια Ζωή χωρίς Εξαρτήσεις Νομού Λέσβου με διακριτικό τίτλο «ΠΝΟΗ» και έδρα την πόλη της Μυτιλήνης

Ελευθερίου Βενιζέλου 35 – 81100 Μυτιλήνη
Τηλ.: 2251 - 0 - 20600 & Fax: 2251 - 0 - 29333

*** Νομός Κορινθίας**

42. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κορινθίας με διακριτικό τίτλο «ΔΙΟΛΚΟΣ» και έδρα την πόλη της Κορίνθου

Εθνικής Ανεξαρτησίας 61 – 20100 Κόρινθος
Τηλ.: 2741 - 0 - 75991-2 & Fax: 2741 - 0 - 75990

*** Νομός Θεσσαλονίκης (Δήμος Θεσσαλονίκης)**

43-44. Κέντρα Πρόληψης και Ενημέρωσης Δήμου Θεσσαλονίκης για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες με διακριτικό τίτλο «ΣΕΙΡΙΟΣ» και έδρα το Δήμο Θεσσαλονίκης
Κέντρο Πρόληψης Κεντρικού Τομέα Δήμου Θεσσαλονίκης

Αγίας Σοφίας 28 – 54622 Θεσσαλονίκη
Τηλ. & Fax: 231 - 0 – 260715

Κέντρο Πρόληψης Ανατολικού Τομέα Δήμου Θεσσαλονίκης

Κων. Καραμανλή 60 2^{ος} όροφος – 54642 Θεσσαλονίκη

Τηλ. & Fax: 231 0 860781

*** Νομός Γρεβενών**

45. Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Νομού Γρεβενών με διακριτικό τίτλο «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ» και έδρα την πόλη των Γρεβενών

Κωνσταντίνου Ταλιαδούρη (τέρμα) – 51100 Γρεβενά

Τηλ.: 2462 - 0 - 87091-4 & Fax: 2462 - 0 - 87090

*** Νομός Πρέβεζας**

46. Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών και άλλων Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Πρέβεζας με διακριτικό τίτλο «ΚΕ.ΠΡΟ.ΝΑ.Π.» και έδρα την πόλη της Πρέβεζας

Λεωφόρος Ειρήνης 66 – 48100 Πρέβεζα

Τηλ.: 2682 - 0 - 60778 & Fax: 2682 - 0 - 60294

*** Νομός Σάμου**

47. Κέντρο Πρόληψης και Αγωγής Υγείας Νομού Σάμου, Φάρος με διακριτικό τίτλο «ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΜΟΥ ΣΑΜΟΥ» και έδρα την πόλη της Σάμου

Θεμιστοκλή Σοφούλη 261 – 83100 Σάμος

Τηλ: 2273 - 0 - 87070, 87071, 23443 & Fax: 2273 - 0 - 23441

*** Νομός Δωδεκανήσου (Ρόδος)**

48. Κέντρο Πρόληψης της χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών και της Προαγωγής της Υγείας με διακριτικό τίτλο «ΔΙΟΔΟΣ» και έδρα την πόλη της Ρόδου

Ερυθρού Σταυρού 37 – 85100 Ρόδος

Τηλ.: 2241 - 0 - 77205 & Fax: 2241 - 0 – 33857

*** Νομός Λευκάδας**

49. Κέντρο Πρόληψης της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών Νομού Λευκάδας με έδρα την πόλη της Λευκάδας

1^ο χλμ. Λευκάδας - Νυδριού – 31100 Λευκάδα.

Τηλ. : 2645 - 0 - 24248 & Fax : 2645 - 0 - 23176

*** Νομός Αρκαδίας**

50. Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης των Ναρκωτικών Νομού Αρκαδίας με διακριτικό τίτλο «Κ.Π.Ν.Ν.Α.» και έδρα την πόλη της Τρίπολης

Αποστολοπούλου 2 – 22100 Τρίπολη

Τηλ, & Fax: 271- 0 – 235243

*** Νομός Θεσσαλονίκης (Δήμος Αμπελοκήπων)**

51. Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης Δυτικού Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες με διακριτικό τίτλο «ΔΙΚΤΥΟ ΑΛΦΑ» και έδρα το Δήμο Αμπελοκήπων Θεσσαλονίκης

Κέννεντυ 32 – 56123 Αμπελόκηποι, Θεσσαλονίκη

Τηλ : 231 - 0 - 729090. & Fax: 231 - 0 - 729091

*** Νομός Αττικής (Χολαργός, Αγία Παρασκευή)**

52. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας Δήμων Χολαργού και Αγίας Παρασκευής με διακριτικό τίτλο «ΑΡΓΩ» και έδρα το Δήμο Χολαργού

Εθν. Αντίστασης 52– 15562 Χολαργός

Τηλ. : 21 - 0 - 6561466, 6520505 & Fax: 21 - 0 - 6520505

*** Νομός Αττικής (Καλλιθέα, Ταύρος, Μοσχάτο)**

53. Κέντρο Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Εξάρτησης Δήμων Καλλιθέας-Ταύρου-Μοσχάτου με διακριτικό τίτλο «ΣΤΑΘΜΟΣ» και έδρα το Δήμο Καλλιθέας

Πατριάρχου Γρηγορίου Ε' 65 – 17676 Καλλιθέα

Τηλ. 21 - 0 – 9537215, 9537216, 9533488 & Fax: 21 - 0 - 9537215.

*** Νομός Κεφαλληνίας & Ιθάκης**

54. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κεφαλληνίας και Ιθάκης με διακριτικό τίτλο «ΑΠΟΠΛΟΥΣ» και έδρα την πόλη του Αργοστολίου

Σουηδίας (πρώην κτίριο Παιδιατρικού, Γενικού Νοσοκομείου Κεφαλληνίας) – 28100 Αργοστόλι.

Τηλ.: 2671 - 0 - 27320 & Fax: 2671 - 0 – 27321

Ταχυδρομική Θυρίδα 194

*** Νομός Σερρών**

55. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Σερρών με διακριτικό τίτλο «ΟΑΣΙΣ» και έδρα την πόλη των Σερρών

Πλατεία Εμπορίου – Δημοτική Αγορά – 62124 Σέρρες

Τηλ.: 2321 - 0 - 53222 & Fax: 2321 - 0 – 28170

*** Νομός Πέλλας**

56. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Πέλλας με διακριτικό τίτλο «ΟΡΑΜΑ» και έδρα την πόλη της Έδεσσας

Φιλίππου 38 – 58200 Έδεσσα.

Τηλ.: 2381 - 0 – 51174, 51175 & Fax: 2381 - 0 - 51189

*** Νομός Κιλκίς**

57. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κιλκίς με διακριτικό τίτλο «ΝΗΡΕΑΣ» και έδρα την πόλη του Κιλκίς

Βυζαντίου 10 – 61100 Κιλκίς.

Τηλ.: 2341 - 0 – 75311 & Fax: 2341 - 0 – 75312

*** Νομός Ημαθίας**

58. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ημαθίας με διακριτικό τίτλο «ΠΡΟΣΒΑΣΗ» και έδρα την πόλη της Βέροιας

Όλγανου 19 – 59100 Βέροια.

Τηλ.: 2331 - 0 – 73125 & Fax: 2331 - 0 - 76125

*** Νομός Αττικής (Αιγάλεω, Αγία Βαρβάρα, Χαϊδάρη)**

59. Κέντρο Πρόληψης Εξάρτησης – Αγωγής Υγείας Δήμων Αγίας Βαρβάρας, Αιγάλεω, Χαϊδαρίου με διακριτικό τίτλο «ΑΡΗΕΙΣ» και έδρα το Δήμο Αιγάλεω

Σμύρνης 28 (2^{ος} όροφος) – 12242 Αιγάλεω.

Τηλ. & Fax: 210 – 5313243

*** Νομός Αττικής (Κηφισιά)**

60. Κέντρο Πρόληψης Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Δήμου Κηφισιάς με διακριτικό τίτλο «ΠΡΟΝΟΗ» και έδρα το Δήμο Κηφισιάς

Πάρου 2 κ Χρήστου Λαδά, 14562 Κηφισιά

Τηλ.: & Fax: 210 – 8082673

*** Νομός Αττικής (Αχαρνές)**

61. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Δήμου Αχαρνών με διακριτικό τίτλο «ΔΙΕΞΟΔΟΣ» και έδρα το Δήμο Αχαρνών

Πλατεία Αγίου Νικολάου 3, 13671 Αχαρνές

Τηλ.: 210 – 2403182 & Fax: 210 – 2409016

*** Νομός Αττικής (Ηλιούπολη, Ύμηττός)**

62. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Διαδημοτική Εταιρεία Δήμων Ηλιούπολης – Ύμηττού με έδρα το Δήμο Ηλιούπολης

Κρήτης 2 & Πάρου 18, 16310 Ηλιούπολη

Τηλ.: 210 – 9949890 & Fax: 210 – 9949891

*** Νομός Αργολίδας**

63. Κέντρο Ενημέρωσης Ευαισθητοποίησης Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών με διακριτικό τίτλο «ΕΛΠΙΔΑ ΖΩΗΣ» Νομού Αργολίδας

Μακαρίου 8, 21200 Άργος

Τηλ.: 27510-61265 & Fax: 27510-61265

*** Νομός Λακωνίας**

64. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ν. Λακωνίας με έδρα την πόλη της Σπάρτης

Αρχιδάμου 151, 23100 Σπάρτη

Τηλ.: 27310-23440 & Fax: 27310-23480

*** Δήμος Ηρακλείου Κρήτης**

65. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών με διακριτικό τίτλο «Κ.Ε.Σ.Α.Ν.» και έδρα την πόλη του Ηρακλείου

Μίνωος 8 & Μιχαήλ Αρχαγγέλου, Θέρισος 71304 Ηράκλειο Κρήτης

Τηλ.: 281 – 0 – 253190, 313222 & Fax: 281 – 0 - 253190

*** Νομός Αττικής (Ίλιον, Πετρούπολη, Καματερό)**

66. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών των Δήμων Ιλίου, Πετρούπολης, Καματερού με διακριτικό τίτλο «ΦΑΕΘΩΝ» και έδρα το Δήμο Ιλίου

Αγ. Νικολάου 21 & Εφύρας, 13123 Ίλιον

Τηλ.: 210 - 2690011, & Fax: 210 – 2693337

*** Νομός Λέσβου (Λήμνος)**

67. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών με διακριτικό τίτλο «ΠΟΛΙΟΧΝΗ» και έδρα το Δήμο Μύρινας Λήμνου

Λεωφόρος Δημοκρατίας 27, 81400 Μύρινα Λήμνου

Τηλ.: 22540 - 22751 & Fax: 22540 – 22673

*** Νομός Ευρυτανίας**

68. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ευρυτανίας με διακριτικό τίτλο «ΑΛΚΥΟΝΗ» και έδρα την πόλη του Καρπενησίου

Αγγέλων 1, 36100 Καρπενήσι

Τηλ.: 22370 - 22904 & Fax: 22370 – 22907

*** Νομός Αττικής (Νέα Σμύρνη, Αγ. Δημήτριος)**

69. Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες και της Προαγωγής της Υγείας των Δήμων Νέας Σμύρνης και Αγίου Δημητρίου με διακριτικό τίτλο «ΗΛΙΟΣ» και έδρα το Δήμο της Ν. Σμύρνης

Αρτάκης 34, 17124 Ν. Σμύρνη

Τηλ.: 210 – 9336031, 210 - 9336793 & Fax: 210 – 9336793

*** Νομός Αττικής (Νέα Ιωνία)**

70. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Νέας Ιωνίας με διακριτικό τίτλο «ΙΡΙΔΑ» και έδρα το Δήμο της Νέας Ιωνίας.

Πριγκιπονήσων 4, 14231 Νέα Ιωνία Αττικής

Τηλ.: 210 –2715660, 210 – 2715379, 210 – 2798380& Fax: 210 – 2715855