

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟ: ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ Η  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ( ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ )

Μετέχουσες Σπουδές: ΜΑΡΙΝΑΚΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

ΦΡΑΓΚΟΥΛΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

Εποπτεύων Καθηγητής: ΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ

Πτυχιακή εργασία στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής  
Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού  
Ιδρύματος Πάτρας

Πάτρα, Απρίλιος 2009

I. Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας

Υπογραφή:

Υπογραφή:

Υπογραφή:

## II. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μας εργασία, νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τους ανθρώπους εκείνους που μας συντροφεύουν και μας βοήθησαν σε αυτήν την προσπάθεια.

Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε βαθύτατα την επόπτρια μας κα. Νομικού Αντωνία, Κοινωνική Λειτουργό και Επιστημονικό Συνεργάτη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας για την καθοδήγηση και τη συμπαράστασή της,

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε στους επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς Ντελή Ευπραξία, Βαλσάμη Νόρα αλλά και στην Dr. Σικελιανού Δέσποινα Επιστημονική Συνεργάτη του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας οι οποίες είχαν την υπομονή να συμμετέχουν στους προβληματισμούς μας για θέματα σχετικά με την πτυχιακή μας έχοντας τη διάθεση να βοηθήσουν προσφέροντας τη συμπαράσταση και τον ενθουσιασμό τους.

Επίσης ευχαριστούμε τα μέλη της επιτροπής για τη συμβολή τους στην πραγματοποίηση της αξιολόγησης της πτυχιακής.

Τέλος την προσπάθειά μας για την πτυχιακή αυτή την αφιερώνουμε στις οικογένειές μας και ιδιαίτερα στους παππούδες μας Μαρινάκου Ιωάννη και Φραγκούλη Γεωργία αντίστοιχα, για την αμέριστη συμπαράσταση και κατανόηση όλων αυτών των χρόνων.

## ΠΙΝΑΚΑΣ-ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Αναγνώριση-Ευχαριστίες

Περίληψη Μελέτης

Κατάλογος Πινάκων

### Κεφάλαιο 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Το πρόβλημα	2
1.2 Σκοπός της Μελέτης	3
1.3 Ορισμοί Ορών	4-10

### Κεφάλαιο 2: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

2.1 Εισαγωγή	11
2.2 τα είδη των ναρκωτικών	12
2.2.1 τα οπιοειδή, φυσικά, ημισυνθετικά, συνθετικά κ.ά.	13-15
2.2.2. Ηρωίνη : η ακριβοπληρωμένη αυτοκτονία	15-18
2.2.3. Οι αμφεταμίνες	18-20
2.2.4. Το LSD (Lysergic Acid Diethylamide)	20-22
2.2.5. Τα βαρβιτουρικά	22-23
2.2.6. Η μεθαδόνη	23-24
2.2.7. Η κοκαΐνη	24-27
2.2.8. το χασίς... πόρτα και σκαλοπάτι για την ηρωίνη	27-29
2.2.9. Τα οπιούχα	29-34
2.3 Το στερητικό σύνδρομο	34-36
2.4. Χαρακτηριστικά χρήσης	36-38

2.5. Το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης στην Ευρώπη.	38-40
2.6. Η θέση της Ελλάδος μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών	40-41
2.7. Η έκταση της χρήσης στον ελληνικό πληθυσμό.	41-42

### Κεφάλαιο 3: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

3.1. Εισαγωγή	43-45
3.2. Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της ανθρωπιστικής προσέγγισης.	45-47
3.3. η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της οικογενειακής – συστημικής προσέγγισης	48-51
3.4. Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της ψυχοαναλυτικής προσέγγισης	51-56
3.4. Ανακεφαλαίωση	56-57

### Κεφάλαιο 4: «ΣΤΕΓΝΑ» ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

4.1. Εισαγωγή	58
4.2. η ιδεολογία και η φιλοσοφία των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	59-61
4.3. Η έννοια των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	61-62
4.4 Βασικές αρχές των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	62-63
4.5. η διάκριση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	64
4.5.1. Ανοιχτά και κλειστά «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα	64
4.5.2. «Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα ενηλίκων και εφήβων	67
4.5.3.»Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για ειδικές ομάδες εξαρτημένων	68

4.6. Χρόνος παρακολούθησης των «Στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	68
4.7. Θεραπευτικές μέθοδοι των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	68-72
4.8. Τα στάδια της θεραπευτικής πορείας των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	73
4.8.1. Το πρώτο στάδιο της θεραπευτικής πορείας: ο Συμβουλευτικός Σταθμός	73-74
4.8.1.1. Ο τρόπος λειτουργίας του Συμβουλευτικού Σταθμού	74-77
4.8.2. Το δεύτερο στάδιο της θεραπευτικής πορείας: η Θεραπευτική Κοινότητα	78-82
4.8.2.1. Η δημιουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων	82-85
4.8.2.2. Η θεραπευτική κοινότητα SYNANON	85-89
4.8.2.3. Η θεραπευτική κοινότητα DAYTOP	90-96
4.8.2.4. Τα μειονεκτήματα των θεραπευτικών κοινοτήτων SYNANON-DAYTOP	96-97
4.8.2.5. Οι θεραπευτικές κοινότητες στην Ευρώπη	98-99
4.8.2.6. Η ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα	99-101
4.8.2.7. Η λειτουργία των σύγχρονων θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα	101-113
4.8.3. Το τρίτο στάδιο της θεραπευτικής πορείας: το Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης	113-115
4.8.3.1. Ο τρόπος λειτουργίας του Κέντρου Κοινωνικής Επανάταξης	116-118
4.9. Η παρέμβαση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	118-122

4.10 Η θεραπευτική ομάδα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	122-123
4.10.1. Ο Κώδικας Δεοντολογίας για τη θεραπευτική ομάδα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	123-124
4.11 Ανακεφαλαίωση	125

## Κεφάλαιο 5: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

5.1. Εισαγωγή	126-127
5.2. Η έννοια των θεραπευτικών προγραμμάτων με υποκατάστατα	128-129
5.3. Η φιλοσοφία και οι βασικές αρχές των προγραμμάτων υποκατάστασης	129-133
5.4. Οι στόχοι και τα μέσα θεραπείας των προγραμμάτων υποκατάστασης	133-135
5.5. Η ανάπτυξη των προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα	135-136
5.6. Ειδικότερα ζητήματα για τη λειτουργία των κέντρων και θεραπευτικά εργαλεία	137
5.6.1. Επαρκής εξατομικευμένη δοσολογία	137
5.6.2. Ψυχοκοινωνική υποστήριξη	138
5.6.3. Παράλληλη χρήση, υποτροπές	138-139
5.6.4. Αποβολή από το πρόγραμμα	139

5.6.5. Ουροληπίες	140
5.6.6. Δόσεις για το σπίτι (take home)	140-141
5.6.7. Εμπλοκές με διωκτικές και δικαστικές αρχές	141-142
5.6.8. Προσωρινή ένταξη ασθενών από άλλες χώρες	142-143
5.6.9. Ψυχιατρική συνοσηρότητα	143-144
5.7 Ιδιαίτερες ομάδες ουσιοεξαρτημένων στα προγράμματα υποκατάστασης	
5.7.1. Άτομα προσβεβλημένα από τον ιό της ηπατίτιδας και HIV/AIDS	144-145
5.7.2. Εγκυμοσύνη και στερητικό σύνδρομο νεογνών	146-147
5.8. Οι βασικές προϋποθέσεις ένταξης στα προγράμματα υποκατάστασης	147-149
5.8.1. Ηλικία έναρξης θεραπείας υποκατάστασης	149-150
5.8.2. Ο χώρος λειτουργίας των προγραμμάτων Υποκατάστασης	150-151
5.9. Η υπάρχουσα κατάσταση των προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα	151-153
5.10. Η εκτίμηση του θεραπευτή και οι ενδείξεις θεραπείας	154-156
5.11. Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που παρέχονται στα προγράμματα υποκατάστασης	156-160
5.12. Το πλαίσιο χορήγησης υποκατάστατων ουσιών στους τοξικοεξαρτημένους	160-162
5.13. Ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα	162-165
5.14 Ανακεφαλαίωση	165-166



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

6.1. Εισαγωγή	167-168
6.2. Προγράμματα μείωσης της βλάβης	168-169
6.2.1. Φιλοσοφία και βασικοί στόχοι των προγραμμάτων μείωση της βλάβης	169-174
6.2.2. Κέντρα Άμεσης Παρέμβασης	174-177
6.2.3. Εργασία προσέγγισης στον δρόμο (street-work)	177-181
6.3. Θεραπευτικά προγράμματα για ειδικές ομάδες Εξαρτημένων	182
6.3.1. τα διαπολιτισμικά θεραπευτικά προγράμματα	182-185
6.3.2. Θεραπευτικά προγράμματα για εξαρτημένες μητέρες	185-188
6.4. Θεραπευτικά προγράμματα στο πλαίσιο του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης	188-189
6.4.1. Θεραπευτικά προγράμματα για κρατούμενους χρήστες ουσιών	190-191
6.4.2. Προγράμματα για αποφυλακισμένους χρήστες ουσιών	191-193
6.5. Θεραπευτικά προγράμματα αυτοβοήθειας	193-195
6.5.1. Οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι	195-202
6.5.2. Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας	202-204
6.5.2.1. Ανοικτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχοτρόπων ουσιών και Μελών Οικογενειών Χρηστών	204-211
6.6. Το πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης (DETOX-ΨΝΘ)	211-216
6.7. Θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης	216-217
6.8. Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης ψυχολογικής στήριξης	217-219

6.9. προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης	220-221
6.9.1. Εναλλακτικά σχολεία	221-223
6.9.2. Κέντρα εκπαίδευσης-εργαστήρια κατάρτισης	223-230
6.10 Ανακεφαλαίωση	230-231

## Κεφάλαιο 7: ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

7.1 Εισαγωγή	232-233
7.2. οι κύριοι φορείς θεραπευτικών προγραμμάτων για τοξικοεξαρτημένα άτομα	233
7.2.1. Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α)	234-237
7.2.2. Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)	238-240
7.2.3. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών ( Ψ.Ν.Α.)- Μονάδα Απεξάρτησης «18 Άνω»	240-242
7.2.4. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.)	242-245
7.2.5. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών- Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ»	246-247
7.2.6. Το Σωματείο « ΘΗΣΕΑΣ» -Δήμος Καλλιθέας	247-248
7.2.7. Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών	248-249
7.2.8. Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.	249-250
7.3. Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης	250
7.3.1. Τοπική Αυτοδιοίκηση	250-251

7.3.2. Μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί	251
7.3.3. Ιδιωτικές Κλινικές	252
7.3.4. Εκκλησία	252-253
7.4. Αξιολόγηση της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των ελληνικών θεραπευτικών προγραμμάτων	253-255
7.4.1. τα κριτήρια που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων	255-256
7.4.2. Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων	257-259
7.4.3. Αξιολόγηση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	260
7.4.3.1. Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕ.ΘΕ.Α.	260-262
7.4.3.2. Τα μειονεκτήματα των « στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων	262-263
7.4.4. Αξιολόγηση των προγραμμάτων υποκατάστασης	263
7.4.4. 1. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων Υποκατάστασης	264-265
7.4.4.2. Τα μειονεκτήματα των θεραπευτικών προγραμμάτων Υποκατάστασης	265-266
7.5. Ανακεφαλαίωση	267-268

## Κεφάλαιο 8:ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

8.1. Εισαγωγή	269-270
8.2. Παρεμβάσεις κοινωνικής επανένταξης	270

8.3. Εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση	271-272
8.4. Προγράμματα κοινωνικής επανένταξης- αποκατάστασης	273-275
8.5. Δραστηριότητες κοινωνικής και επαγγελματικής Ένταξης	
18 ANΩ	275-277
8.5.1. Εργαστήριο κούκλας	277
8.5.2. Ομάδα βιβλίου	277-278
8.5.3. Ομάδα τέχνης	278
8.5.4. Εργαστήριο Φωτογραφίας	279
8.5.5. Ομάδα δημιουργίας και πολιτισμού	279-280
8.5.6. Ομάδα κοσμήματος	280-281
8.6. Επαγγελματική Επανένταξη	282-285
8.7. Στέγαση	286-287
8.8. Κοινωνική αντίδραση	287-290
8.9. Αξιολόγηση και δυσκολίες παρεμβάσεων κοινωνικής επανένταξης.	290-292
 Κεφάλαιο 9: ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	
9.1. Εισαγωγή	292-293
9.2. Το νομικό πλαίσιο για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα	293-299
9.3. Η κατασταλτική πολιτική	299-308
9.4. Εθνική και Ευρωπαϊκή Στρατηγική	
9.4.1. Το «δικαίωμα στη θεραπεία»	308-312
9.4.2. Καταγραφή δεδομένων	312-314
9.5. Το πλαίσιο καταπολέμησης των «ναρκωτικών»	314-316

9.6. Πρόληψη-Θεραπεία- Κοινωνική Επανάταξη	316-319
9.7. Η εξάρτηση κοινωνικό φαινόμενο	319-323
9.8. Ανακεφαλαίωση	323-324

## Κεφάλαιο 10: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

10.1 Εισαγωγή	325-326
10.2. Ο ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης	326-328
10.3. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην πρόληψη των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών	328-330
10.4. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην θεραπεία Απεξάρτησης	330-331
10.5. Ο ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού στην κοινωνική επανάταξη πρώην ουσιοεξαρτημένων	331-333
10.6. Τα καθήκοντα του κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική μονάδα	333-335
10.6.1. Επαφή Κοινωνικού Λειτουργού με θεραπευόμενο	335-336
10.6.2. Κοινωνική Εργασία με Ομάδες (ΚΕΟ)	
Ουσιοεξαρτημένων	336-338
10.7. Η προσφορά του Κοινωνικού Λειτουργού	338-340

## Κεφάλαιο 11: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Βιβλιογραφία.....348
- Παράρτημα Α: Υπηρεσίες που ασχολούνται με την καταπολέμηση της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα
- Παράρτημα Β:Στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αποτοξίνωσης.

- Πίνακας 1: Θάνατοι οφειλόμενοι σε «ναρκωτικά» 1991-2005

Σχεδιαγράμματα 1 : Στόχοι Υπηρεσιών Κοινωνικής Επανάταξης

### **III. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Είναι ευρύτερα αποδεκτό ότι η ουσιοεξάρτηση είναι ένα σοβαρό κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο έχει πάρει διαστάσεις , σε διεθνές επίπεδο. Η τοξικοεξάρτηση εξαπλώνεται όλο και περισσότερο καθημερινά σε όλο τον πλανήτη ενώ τα πολιτικά συστήματα προσπαθούν να λάβουν μέτρα, για να σταματήσουν τη διάδοση της χρήσης ναρκωτικών ή για να την αντιμετωπίσουν θεραπευτικά. Στην προκείμενη εργασία θα εξετασθούν οι Θεωρητικές Προσεγγίσεις που αγγίζουν το θέμα των ναρκωτικών, Μεγάλη σημασία δίνεται στους φορείς και στις Υπηρεσίες που ασχολούνται για την πρόληψή ή για την αντιμετώπιση και τη θεραπεία του προβλήματος τόσο για τον ελλαδικό χώρο όσο και για τον Ευρωπαϊκό. Στη συνέχεια, γίνεται λόγος για την αποτελεσματικότητα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα Κέντρα Αποτοξίνωσης και οι σχετικές δομές. Επιπλέον, γίνεται μια εκτενής αναφορά στο κομμάτι της κοινωνικής επανένταξης των εξαρτημένων ατόμων καθώς και στο ρόλο που κατέχει η Κοινωνική Εργασία ως Επιστήμη και εκείνος του Κοινωνικού Λειτουργού.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ουσιοεξάρτηση αποτελεί ένα φαινόμενο που αν και μαστίζει τη σύγχρονη εποχή, εντούτοις έχει τις ρίζες του στο παρελθόν. Είναι ευρύτερα γνωστές οι εξελίξεις του προβλήματος. Σύμφωνα με επιστημονικές μελέτες και στατιστικά στοιχεία, το φαινόμενο αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς ενώ το όριο ηλικίας μειώνεται όλο ένα και περισσότερο.

Οι πρώτες προσπάθειες αντιμετώπισης του φαινομένου εστιάστηκαν στη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων. Στόχος τους ήταν η διακοπή της χρήσης. Τα τελευταία χρόνια, οι μελετητές επικεντρώνονται στους αιτιολογικούς παράγοντες που ωθούν ένα άτομο στη χρήση των ναρκωτικών, στις προσδοκίες του από τη χρήση καθώς και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του που καθορίζουν το χρονικό διάστημα που θα εξαρτηθεί η χρήση του.

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης συνδέεται με ένα πλήθος αιτιολογικών παραγόντων κοινωνικοί, οικονομικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί κ.α. για όλους αυτούς τους λόγους η πρόληψη είναι ιδιαίτερα σημαντική αλλά και δύσκολη αν και επιθυμία όλων θα ήταν να είναι η ικανή και αποτελεσματική ώστε να αποτρέπει τον καθέναν μας από τη χρήση.

Τέλος, στο πλαίσιο της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης των τοξικομανών, οι προσπάθειες που γίνονται από τις θεραπευτικές κοινότητες της χώρας μας, είναι πραγματικά αξιόλογες. Θα πρέπει να όμως να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα από όλους τους κρατικούς και μη κρατικούς φορείς στο πρόβλημα που απασχολεί τόσο την Ελλάδα όσο και ολόκληρο τον κόσμο.



## 1.1 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Για κανένα άλλο πρόβλημα δεν έχει γίνει τόσος λόγος όσος έχει γίνει για τα ναρκωτικά. Τα μέσα ενημέρωσης αναφέρονται καθημερινά σε αυτό. Η κοινή γνώμη συγκλονίζεται ακούγοντας καθημερινά για θανάτους από τη χρήση ναρκωτικών και ένας συνεχής φόβος καλλιεργείται γύρω από το θέμα. Όλες οι οικογένειες τρέμουν στην ιδέα ότι είναι δυνατό να πέσουν τα παιδιά τους στην παγίδα αυτή.. ωστόσο ο καλλιεργούμενος φόβος δεν εμποδίζει καθόλου την εξάπλωση των ναρκωτικών παρά τη σχετική κινδυνολογία τα ναρκωτικά διαδίδονται όλο και περισσότερο. Έχει λεχθεί όχι άστοχα ότι το ζήτημα της τοξικομανίας αποτελεί ένα πρόβλημα που λαμβάνει χώρα σε παγκόσμιο επίπεδο πρόληψη ενάντια στη χρήση των ναρκωτικών είναι πολύ σημαντική και ταυτόχρονα δύσκολη. Ο βαθμός δυσκολίας της συγκεντρώνεται στην επιλογή του σωστού τρόπου αντιμετώπισης του τοξικομανή εφόσον κάθε άτομο αποτελεί μια ξεχωριστή προσωπικότητα και κατέχει διαφορετικά κοινωνικό-πολιτικά και οικονομικά χαρακτηριστικά . η συγκεκριμένη εργασία σκιαγραφεί κατά το δυνατότερο τρόπο το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης καθώς και τις ήδη υπάρχουσες δυνατότητες για την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπισή της στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.

## 1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της βιβλιογραφικής μελέτης αυτής είναι να γίνει μια λεπτομερή καταγραφή των χαρακτηριστικών, των ειδών και της κινδυνολογίας εξαρτησιογόνων ουσιών. Εν συνεχεία πραγματοποιείται μια αναλυτικότερη προσπάθεια συλλογής στοιχείων που αφορούν τα προγράμματα, τους οργανισμούς και τα κέντρα που ασχολούνται με την πρόληψη και την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα. Θεωρήσαμε σκόπιμα να εξετάσουμε το θέμα της κοινωνικής επανένταξης των τοξικομανών προκειμένου να αξιολογηθούν οι υπάρχουσες προσπάθειες. Θίγονται ορισμένα σημαντικά σημεία που αφορούν τη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα στη σχέση μεταξύ κράτους και τοξικομανών. Βασικός στόχος είναι η πληρέστερη ενημέρωση σχετικά με το παγκόσμιο φαινόμενο, η ευαισθητοποίηση και ο προβληματισμός καθώς και ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας ως ανθρωποκεντρική Επιστήμη και του Κοινωνικού Λειτουργού ως επαγγελματία απέναντι στην ουσιοεξάρτηση. Τέλος αναφέρονται στοιχεία που υποστηρίζουν ότι οι τοξικομανείς είναι και αυτοί άνθρωποι, όπως όλοι μας και δεν πρέπει να τυγχάνουμε αρνητικής προκατάληψης.

### 1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

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

**Ψυχοδραστική Ουσία:** ονομάζεται κάθε ουσία που, όταν εισέρχεται στον ανθρώπινο οργανισμό, προκαλεί κυρίως, αλλαγή στην εγκεφαλική λειτουργία, το επίπεδο αντίληψης, την κριτική ικανότητα και την 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 **ψυχότροπες ουσίες**, είναι και ο πιο ουδέτερος και περιγραφικός όρος για όλα τα είδη ουσιών, είτε είναι νόμιμα (π. χ. αλκοόλ), είτε παράνομα (Ζλατάνος 2004).

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

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

Mushrooms), Peyote (Πεγίοτ), P. C. P. (Φαινσυκλιδίνη), Έκσταση (MDA ή MDMA), Κεταμίνη και εισπνεόμενα ή πτητικά ([www. educational – center. gr](http://www.educational-center.gr), 5/ 8/ 2007).

**Κατάχρηση:** είναι η επαναλαμβανόμενη χρήση μιας εξαρτησιογόνου ουσίας, που μπορεί είτε να είναι συνεχής, είτε να γίνεται κατά διαστήματα, σε βαθμό που να υπερβαίνει το αποδεκτό της χρήσης απο 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. Κ. Α. Ν. Α. 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 και τη εξάρτηση (Ζλατάνος 2004).

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

**Στερητικό σύνδρομο:** πρόκειται για το σύνολο των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων και συνεπειών, που εμφανίζονται όταν διακόπτεται απότομα ή μειώνεται σημαντικά, η δοσολογία και η συχνότητα της χρήσης μιας ουσίας, στην οποία το άτομο έχει εθιστεί. Ο

χρόνος εμφάνισης των στερητικών συμπτωμάτων εξαρτάται, από την ημιπερίοδο ζωής της ουσίας και τον βαθμό μεταβολισμού της στον οργανισμό του χρήστη. Είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζει ποικιλία συμπτωμάτων, συνήθως αντιθέτων με αυτά που προκαλεί η χρήση (Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 1991 : 293 – 299).

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

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

**Αποτοξίνωση:** είναι η διαδικασία αντιμετώπισης των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου, που εμφανίζεται με την διακοπή της χρήσης (Μάνος, 1997 : 507- 511).

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

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

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

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

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

**Κοινωνική επανένταξη:** ως κοινωνική επανένταξη νοείται « κάθε κοινωνική παρέμβαση με στόχο την ένταξη πρώην ή νυν προβληματικών χρηστών ναρκωτικών στην κοινότητα ». τρείς είναι οι βασικοί άξονες της κοινωνικής επανένταξης : πρώτον η στέγη, δεύτερον η εκπαίδευση και τρίτον η απασχόληση (συμπεριλαμβανόμενης της επαγγελματικής κατάρτισης). Είναι επίσης δυνατό να χρησιμοποιούνται και άλλα μέτρα όπως η συμβουλευτική και η ψυχαγωγία μέσω δραστηριοτήτων. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

Η κοινωνική επανένταξη αποτελεί λιγότερο καθιερωμένη μέθοδο αντιμετώπισης του προβλήματος χρήσης των ναρκωτικών από την προσέγγιση της θεραπείας και κατά συνέπεια είναι πιο αποσπασματική η παρακολούθηση και η υποβολή εκθέσεων στον τομέα αυτό. Ορισμένες χώρες αναφέρουν ποιοτικές αξιολογήσεις των προσπαθειών τους στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης, ωστόσο καμία δεν αναφέρει καλή κάλυψη. Όλες οι χώρες που υποβάλλουν εκθέσεις ( Εσθονία, Ιρλανδία, Μάλτα, Κάτω Χώρες, Ρουμανία, Νορβηγία, Σουηδία) εντοπίζουν αδυναμίες στις υπηρεσίες ή και τα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης που διαθέτουν. Εξαίρεση στον κανόνα αποτελεί η Ελλάδα, όπου υπάρχει ένα σχετικά ευρύ φάσμα προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης αλλά και αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με τον αριθμό πιθανοτήτων που προσεγγίζουν. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006).

**Κοινωνική Εργασία :** ορίζεται η αυτοτελής εφαρμοσμένη επιστήμη που περιλαμβάνει το θεωρητικό, το εμπειρικό και το εφαρμοσμένο σκέλος. Κατευθύνεται σε στόχους και σε αποτελέσματα, υποδεικνύει τρόπους πραγματοποίησης «του δέοντος γενέσθαι» καθώς και εναλλακτικές

λύσεις ως προς ένα αποτέλεσμα και μια μέθοδο. Έχει εκτεταμένο πεδίο εφαρμογών σε όλων των ειδών τις κοινωνικές υπηρεσίες, σε όλο το φάσμα των κοινωνικών προβλημάτων και σε όλους τους κοινωνικούς σχηματισμούς. Βοηθά τα άτομα να βρουν στέγη, εργασία και συναισθηματική υποστήριξη. Εξασφαλίζει την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών, περιφρουρεί την προστασία των κακοποιημένων και παραμελημένων ατόμων. Τέλος, επιμελείται τη ζωή των παραβατικών και των κοινωνικά μειονεκτούντων και περιθωριοποιημένων παιδιών και εφήβων καθώς επίσης μεριμνά για τη διαρκή φροντίδα στα ευάλωτα άτομα κ.λ.π. (Θεανώ Καλλινικάκη, 1998).

**Κοινωνικός λειτουργός :** ο κοινωνικός λειτουργός προσφέρει υποστηρικτικές υπηρεσίες με σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση ανθρωπίνων αναγκών και κοινωνικών προβλημάτων. Οι υπηρεσίες του προσφέρονται στα μέλη κυρίως των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

Το κύριο έργο του κοινωνικού λειτουργού αφορά :

- Στη συμβουλευτική υποστήριξη, κυρίως ατόμων σε «ευπαθή» κοινωνικά στρώματα και βιώνουν ή απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό.
- Στη συνεργασία του με δημόσιους φορείς κοινωνικής Πρόνοιας και οργανώσεις κοινωνικής ασφάλισης με σκοπό την ενημέρωση και την υποστήριξη σε ζητήματα περίθαλψης ή χορήγησης επιδομάτων για άπορους, άτομα με αναπηρίες, ηλικιωμένους, παλινοστούντες, αποφυλακισμένους, άνεργους, τοξικομανείς κ.λ.π.



- Στη συνεργασία με ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας, Νοσοκομεία, Κέντρα Αποτοξίνωσης, Σωφρονιστικά Καταστήματα με σκοπό την κοινωνικοποίηση των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβληματικές καταστάσεις. (Θεανώ Καλλινικάκη, 1998).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

#### 1.1 Εισαγωγή

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

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

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

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

## 2.2 Τα είδη των ναρκωτικών

Με τον όρο ναρκωτικά, κατά την ιατρική και τη φαρμακολογία, ονομάζονται οι ουσίες εκείνες που προκαλούν παράλυση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και είναι οι πολύ γνωστές ακόλουθες κατηγορίες :

1. Τα ψευδαισθησιογόνα, κατασταλτικά του ΚΝΣ, οπιοειδείς ουσίες:  
όπιο, μορφίνη, ηρωίνη, κωδεΐνη, μεθαδόνη, πεθιδίνη, παπαβερίνη
2. Τα κατασταλτικά: οινόπνευμα, βενζοδιαζεπίνες, οικογένεια των  
βαρβιτουρικών (πάνω από 50 είδη). Χάπια, χαπάκια, σιρόπια
3. Διεγερτικές ουσίες του ΚΝΣ: κοκαΐνη, αμφεταμίνη, μεθυλφενιδίνη
4. Προϊόντα ινδικής κάνναβης: μαριχουάνα, χασίς, χασισέλαιο.
5. Ψευδαισθησιογόνα ή ψυχομμητικά: λυσεργικό οξύ (LSD), κρακ ή  
ροκ, βελτιωμένη μορφή κοκαΐνης.
6. ΧΤC (Εκσταση) συνθετικό παράγωγο της αμφεταμίνης.
7. Πεγιότ, μεσκαλίνη, μανιτάρια... (Γαρυφαλάκης, 1997)

### 2.2.1 Τα Οπιοειδή: φυσικά, ημισυνθετικά, συνθετικά κ. ά.

Το όπιο είναι αποξηραμένος χυμός που τρέχει από τις χαρακιές που γίνονται στις άγουρες κωδιές της υπνοφόρου διπλής παπαρούνας, ή μήκων η υπνοφόρος (papaveri somiferum).

Η υπνοφόρος παπαρούνα, που τη λένε και διπλή, επειδή έχει διπλή σειρά πέταλα, σε αντίθεση με την παπαρούνα του αγρού, που έχει μόνο μια σειρά πέταλα, και στην χώρα μας πιο παλιά την χρησιμοποιούσανε σαν λουλούδι καλλωπιστικό, ανθίζει μόνο μια φορά τον χρόνο και μετά ξεραίνεται.

Κωδιά είναι η σκληρή ημισφαιρική βάση της κορυφής του μίσχου της παπαρούνας, όπου στηρίζονται τα πέταλα του άνθους. Όταν είναι πράσινη τότε η κωδιά είναι άγουρη.

Με προσεχτικό χάραγμα, ώστε να μην κοπεί πέρα για πέρα, αλλά μόνο η εξωτερική πλευρά, αρχίζει να τρέχει προς τα έξω ο χυμός σαν άσπρο δάκρυ και γρήγορα στην επαφή του με τον αέρα γίνεται καστανός και σκληραίνει.

- Το όπιο έχει πικρή γεύση και ξεχωριστή δική του μυρωδιά
- Το όπιο καπνίζεται, πίνεται και τρώγεται
- Οπιοφαγία είναι η πρόσληψη της ουσίας με το μάσημα
- Οπιοποσία είναι η πρόσληψη με νερό που περιέχει σε κάποια ποσότητα όπιο.

Πολλές φορές το όπιο τρώγεται ανακατωμένο με άλλες τοξικές και αφροδισιακές ουσίες. Πρόκειται για μια παλιά ανατολίτικη συνήθεια.

Στην χώρα μας οι υπνωτικές ιδιότητες του οπίου, του χυμού της βρασμένης κωδιάς, ήτανε γνωστές από πολύ παλιά.

Ήτανε και είναι και σήμερα το πασίγνωστο αφιόνι, δηλαδή το όπιο που το χρησιμοποιούσανε σε περιπτώσεις κατά του πόνου, σαν αναλγητικό, υπνωτικό, αντιδιαρροιακό, για τον παιδικό βήχα, τον πονοκέφαλο κ. ά.

Είναι γνωστό (κοινώς κάνει «μπάμ») το βλέμμα του ανθρώπου που καπνίζει όπιο του αφιονισμένου!..

Αναφέρεται ιστορικά πως στην έξοδο του Μεσολογγίου, οι μανάδες πότιζαν τα παιδιά τους με αφιόνι για να κοιμηθούν βαριά ώστε να μην τα ακούσουνε οι Τούρκοι, και να γλιτώσουνε μέσα από το γιουρούσι.

Σήμερα η χορήγηση του οπίου υπό μορφή διαλύματος και το κάπνισμα έχουνε αντικατασταθεί από την υποδόρια η ενδοφλέβια ένεση μορφίνης και των παραγώγων της...

Συμπτώματα, συνέπειες: Στην αρχή το όπιο προκαλεί αίσθημα ηρεμίας, ευφορία, και αυξημένη ερωτική επιθυμία. Ακολουθεί ένας πολύ γλυκός ύπνος με όνειρα ηδονικά. Ωστόσο σε πολύ μεγάλη χρήση έχουμε βαριά μέθη με διανοητική σύγχυση, ψευδαισθήσεις και υπνηλία. Σε μεγαλύτερες ποσότητες εκδηλώνεται τρομώδες παραλήρημα όπως στους αλκοολικούς. Πολλές φορές μπορεί να εκδηλωθεί έντονη τάση και επιθυμία για ανθρωποκτονία.

Στην πορεία η χρήση του οπίου μετατρέπεται σε χρόνια δηλητηρίαση που επιφέρει καχεξία και τέλος τον θάνατο. (Γαρυφαλάκης, 1997 ).

Το όπιο το καλλιεργούσαν στην Ινδία κατά την διάρκεια της βρετανικής κυριαρχίας, προκειμένου να το εξάγουν στην Κίνα (τον

επονομαζόμενο πόλεμο του οπίου). Οι πόλεμοι αυτοί ήταν δύο. Ο πρώτος το 1940 – 2 και ο δεύτερος το 1852.

Στον πόλεμο του 1840 η Κίνα, κάτω από σκληρούς όρους ανακωχής, έχασε ολόκληρο το Χονγκ Κονγκ. Στον πόλεμο του 1852 έχασε και το λιμάνι της Σαγκάης, ενώ υποχρεώθηκε να ανοίξει κι αλλά λιμάνια για την ελεύθερη προώθηση του οπίου στο εσωτερικό της χώρας.

Έναν ολόκληρο αιώνα αργότερα, το 1949, όταν επεκράτησε η λαϊκή κινέζικη επανάσταση, οι οπιομανείς στην Κίνα ξεπερνούσαν τα 50 εκατομμύρια!..

Ακόμη και σήμερα, εξήντα χρόνια μετά, και παρά την αυστηρή νομοθεσία και τα κοινωνικά μέτρα, το πρόβλημα παραμένει οξυμένο στην Κίνα.

Ο καπιταλισμός είναι καπιταλισμός και μέχρι να ανατραπεί, το όπιο θα είναι η θρησκεία του.

Η θρησκεία είναι το όπιο του λαού, αλλά σήμερα το όπιο είναι η θρησκεία του καπιταλισμού.

### **2.2.2 Ηρωίνη: η ακριβοπληρωμένη αυτοκτονία!...**

Η ηρωίνη (διακετυλομορφίνη) λοιπόν είναι ένα από τα πολλά ημισυνθετικά παράγωγα της μορφίνης που παρασκευάστηκε από την γερμανική φαρμακοβιομηχανία Μπάγιερ το 1898 για ιατρικούς λόγους.

Η ηρωίνη είναι μια σκόνη κρυσταλλική, άσπρη, πικρή, χωρίς μυρωδιά και πανάκριβη. Ένα γραμμάριο ηρωίνης κοστίζει περισσότερο από ένα γραμμάριο χρυσού.

Η καθαρή ηρωίνη είναι πολύ σπάνια. Στις πιάτσες των τοξικομανών πουλιέται νοθευμένη κατά 90 % με ζάχαρη, αλεύρι, άμυλο και πολλές άλλες λευκές ουσίες.

Τα συμπτώματα από την χρήση ηρωίνης δεν είναι ίδια με τα συμπτώματα της μορφίνης.

Η χρόνια ανοχή και τοξικομανία της ηρωίνης είναι βαρύτερη, ταχύτερη και 100% θανατηφόρα.

Ο κίνδυνος του εθισμού, της εξάρτησης, της ανοχής είναι αναπόφευκτος και ήδη προκύπτει από την πρώτη δόση σε αντίθεση προς αλλά ναρκωτικά που απαιτούνε μήνες ή και χρόνια για να παράγουν το στερεοτικό σύνδρομο.

Όλοι οι τοξικομανείς της ηρωίνης έχουνε ξεκινήσει απο τα λεγόμενα «μαλακά» ναρκωτικά, χασίς, μαριχουάνα, όπιο, βαρβιτουρικά, κοκαΐνη και αλλά και δυστυχώς καταφεύγουν στην ηρωίνη μόνον και μόνο προκειμένου να ανακουφιστούν από το θανατηφόρο σύνδρομο της ανοχής που απαιτεί όλο και πιο μεγάλες και όλο και πιο συχνές δόσεις για να αντιμετωπίσει ο τοξικομανής τους πόνους από την στέρηση ή και τον θάνατο, που πιο συχνά έρχεται από την στέρηση παρά από την χρήση.

Η ηρωίνη θολώνει το μυαλό, δημιουργεί απάθεια, αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης, δυσκολία στην σκέψη, υπνηλία, μείωση της σωματικής δραστηριότητας. Στη συνέχεια παρατηρείται ναυτία, φόβος, εμετός, παραισθήσεις, εφιάλτες, κοιλιακοί πόνοι, πόνοι κωλικού, παρακράτηση ούρων κ. ά. Όσο αυξάνεται η δόση τόσο τα συμπτώματα γίνονται εντονότερα, το άτομο πέφτει σε λήθαργο, δεν τρώει, δεν μπορεί να σηκώσει κεφάλι από την αδυναμία, πέφτει τελικά σε κώμα, οι

αναπνοές λιγοστεύουν, πέφτει η πίεση, πέφτει η θερμοκρασία, το δέρμα παγώνει, το μυϊκό σύστημα παραλύει και ακολουθεί ο θάνατος.

Θάνατος επίσης μπορεί να προέλθει από υπερβολική δόση σε μια προσπάθεια του τοξικομανή να φτάσει γρηγορότερα στο επιθυμητό αποτέλεσμα, όπως επίσης από την νοθευμένη ηρωίνη με οινόπνευμα, όταν μαζί με το ποτό ή μετά το ποτό πάρει ο τοξικομανής την δόση του. Το πιο προηγείται δεν έχει καμία σημασία γιατί ο θάνατος είναι ζήτημα λίγων ωρών.

Συχνές επιπλοκές είναι οι θρομβώσεις των φλεβών, οι μολύνσεις από την παραμέληση των κανόνων αντισηψίας, τα αποστήματα στα μέρη όπου γίνονται οι ενέσεις ή στον εγκέφαλο ή οπουδήποτε αλλού.

Η ψυχική και σωματική εξάρτηση στην ηρωίνη αρχίζει πολύ γρήγορα και σε μερικούς παρατηρείται κίολας από την πρώτη δόση. Φτάνει μέχρι την καταναγκαστική χρήση και την τοξικομανία με όλο το βασανιστικό στερητικό σύνδρομο, την οπισθοδρόμηση και την ακόρεστη δίψα για τα ναρκωτικά.

Τα ναρκωτικά του τόπου της μορφίνης, όπως η ηρωίνη, δεν είναι από την φύση τους καθόλου ελκυστικά και ευχάριστα, ούτε διεγερτικά. Η ένταση της όποιας απόλαυσης – όσες φορές υπάρχει – είναι ανάλογη με την ψυχοπαθολογία του τοξικομανή. (Γαρυφαλάκης, 1997).



## **Η βιομηχανία των ναρκωτικών. Ποιός ανακάλυψε το θανατηφόρο αναλγητικό ηρωίνη**

Η ανοχή, η εξάρτηση, το στερητικό σύνδρομο.

Όπως έχει διαπιστωθεί επιστημονικά, το φάρμακο γίνεται γρήγορα απαραίτητο στο άτομο προκειμένου να αισθάνεται φυσιολογικά και ευχάριστα. Κάπου 12 – 14 ώρες μετά την τελευταία χρήση παρατηρούνται τα εξής συμπτώματα: απλή ανησυχία, παρακλήσεις, απαιτήσεις για νέα δόση, αδιαθεσία, έντονο άγχος, κατάπτωση και απελπισία. Στη συνέχεια λόγω της στέρησης ξεσπούν έντονες νευροφυτικές διαταραχές, εξάψεις, ρίγη, κράμπες στα χέρια και στο στομάχι, ιδρώτας, πληγές στα σκέλια, στα χέρια, στην πλάτη, και αφόρητοι πόνοι που οδηγούν πολύ συχνά στην αυτοκτονία. (Γαρυφαλάκης, 1997).

### **2.2.3 Οι αμφεταμίνες**

Οι αμφεταμίνες είναι συνθετικές ενώσεις με παραπλήσια χημική δομή. Πιο γνωστές είναι η αμφεταμίνη (βεζενδρίνη), η μεθεμεταμίνη και η βεζαμφεταμίνη, που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Οι αμφεταμίνες παρασκευάστηκαν συνθετικά το 1886 και χρησιμοποιήθηκαν στην θεραπευτική έως τα μέσα της δεκαετίας του 1950, επειδή είχαν θεωρηθεί ως φάρμακα ασφαλή.

Ωστόσο προκαλούν ανοχή και ισχυρή ψυχική εξάρτηση.

Η χημική μορφή της αμφεταμίνης έχει πολλές ομοιότητες με τις εγκεφαλικές νευρομεταβιβαστικές ουσίες, την ντοπαρίνη και την νοραδρεναλίνη, με αποτέλεσμα η ίδια και οι παρόμοιες της να αυξάνουνε την δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Η αμφεταμίνη χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά κλινικά το 1935, για νάρκωση, αλλά εξαιτίας των συμπτωμάτων της μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό η θεραπευτική της χρήση.

Ωστόσο οι αμφεταμίνες χρησιμοποιούνται σαν ουσίες ανορεξισιογόνες, για να κόψουν δηλαδή την όρεξη.

Τις χρησιμοποιούν οι αφελείς, οι ανίδεοι, οι νέοι, οι χασισοπότες, οι οπιομανείς όταν δυσκολεύονται να βρουν την συνηθισμένη τους ναρκωτική ουσία. Τις προμηθεύονται είτε με συνταγές γιατρού είτε χωρίς συνταγές από τα φαρμακεία (Γαρυφαλάκης, 1997).

Στις αμφεταμίνες επίσης καταφεύγουν πολλοί αφελείς, για την δημιουργία απατηλών τεχνητών παραδείσων, αισθημάτων ψυχικής γαλήνης και ευεξίας, απατηλής αυξημένης αυτοπεποίθησης, πλαστής πολυμάθειας, και μιας ψευδαίσθησης επαγγελματικής επιτυχίας.

Οι αμφεταμίνες καταναλώνονται είτε με ενέσεις, είτε με κάψουλες είτε με χάπια. Αρκεί μια μικρή δόση από χιλιοστά του γραμμαρίου για να προκαλέσει πνευματική διαύγεια, νευρική υπερένταση, αϋπνία, πονοκέφαλο και ανορεξία.

Στη χρόνια χρήση παρατηρείται μεγάλη απώλεια βάρους, καθημερινές ζωηρές παραισθήσεις, παρανοϊκές ψευδαισθήσεις, μανία καταδιώξεως, ψυχικές καταστάσεις που θυμίζουν σχιζοφρένεια.

Τα θύματα των αμφεταμινών είναι άρρωστοι άνθρωποι. Πάσχουν από μανία καταδιώξεως, μαζεύουν φονικά εργαλεία προκειμένου να αμυνθούν από φανταστικούς εχθρούς και καταλήγουν σε φονικά όπλα προκειμένου να εξοντώσουν τους φανταστικούς εχθρούς τους.

Τυπικά συμπτώματα της δηλητηρίασης από αμφεταμίνες είναι η διανοητική σύγχυση, οι ψυχικές διαταραχές, οι παρανοϊκές ψευδαισθήσεις, το παραλήρημα, το μπέρδεμα στους συνειρμούς, ο τριγμός των οδόντων εξαιτίας της αναπτυσσόμενης αρτηριακής πίεσης, οι ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες και οι αγγειακές βλάβες που μοιάζουν με περιαρτηρίτιδα και παρατηρούνται συχνά στις περιπτώσεις κατάχρησης των διεγερτικών ουσιών. (Γαρυφαλάκης, 1997).

#### **2.2.4 Το LSD (Lysergic Acid Diethylamide)**

Το λυσεργικό οξύ και μερικές άλλες παρόμοιες χημικές ουσίες λαμβάνονται από κάποιον μύκητα, που αναπτύσσεται πάνω από στάχυα των δημητριακών, κυρίως της σίκαλης. Στη συνέχεια, το LSD παράγεται εύκολα και είναι ημισυνθετικό παράγωγο της ουσίας διεθυλαμίδιο του λυσεργικού οξέως.

Κυκλοφορεί σε χάπια, σε μορφή ζελατίνας, σε μικρά κομμάτια απορροφητικού χαρτιού ενώ το 1938 παρασκευάστηκε και συνθετικά.

Το LSD θεωρείται ως το κατεξοχήν ψευδαισθησιογόνο και εκδηλώνει τις φαρμακολογικές του ιδιότητες ακόμη και σε δόσεις των 20, 30 χιλιοστών του χιλιοστού του γραμμαρίου, δηλαδή σε δόσεις αόρατες για το γυμνό μάτι. Λαμβάνεται από το στόμα σε μορφή

διαλύματος. Μια σταγόνα με τη δόση τοποθετείται σε στυπόχαρτο το όπιο στη συνέχεια μπαίνει κάτω από την γλώσσα.

Η δράση του κάνει την εμφάνιση της μετά από 30 – 45 λεπτά της ώρας και διαρκεί έως και 12 ώρες ...

Έχει την ιδιότητα να απορροφάται κάπως γρήγορα από την κυκλοφορία του αίματος. Μια μικρή ποσότητα εισέρχεται στον εγκέφαλο ενώ το μεγαλύτερο μέρος αδρανοποιείται στο συκώτι.

Καταργεί τις μονώσεις των νευρικών κυκλωμάτων και προκαλεί τη λεγόμενη συναισθησία, με το μπέρδεμα, τη διαστρέβλωση και την σύγχυση των αισθήσεων, όπου ο χρήστης ακούει ήχους με τα μάτια, βλέπει χρώματα με τα αυτιά, θεωρεί τα παλαμάκια φρενάρισμα αυτοκινήτου και ξεκουφάζεται από τον παφλασμό της θάλασσας! ....

Όλα εναλλάσσονται γρήγορα. Παλιές και καινούργιες εντυπώσεις μπερδεύονται. Συλλογισμοί και διαλογισμοί ανακατώνονται. Από το υποσυνείδητο βγαίνουν στην επιφάνεια παλιά και λησμονημένα γεγονότα, τα οποία προκαλούν έντονη αναστάτωση με φοβερές μεταπτώσεις στην ψυχική διάθεση ( Γαρυφαλάκης, 1997 )

Ο τοξικομανής βλέπει φίδια, κοριούς και αλλά έντομα να περπατούν επάνω του, κι ακόμη όλα τα αντικείμενα, μαζί με τον εαυτό του, εντελώς παραμορφωμένα.

Το LSD λοιπόν μπορεί να καταστρέψει τους μηχανικούς προστασίας και ελέγχου του νου. Το αποτέλεσμα είναι να επανέλθουν στην συνείδηση απωθημένες, καταπνιγμένες, δυσάρεστες καταστάσεις, ενοχλητικές εμπειρίες και αναμνήσεις, με την ψευδή εντύπωση πως όλα διαδραματίζονται στο παρόν. Ακολουθεί πανικός εξαιτίας της αδυναμίας

του τοξικομανή να αντιδράσει σε έναν κόσμο παραμορφωμένων εντυπώσεων και διαστρεβλωμένης αντίληψης.

Κάτω από την επήρεια τέτοιων εντυπώσεων ο πανικόβλητος τοξικομανής ανοίγει το παράθυρο και πέφτει στο κενό, με την πεποίθηση ότι είναι πουλί ή αλεξιπτωτιστής.

Η ανοχή στην ουσία αναπτύσσεται ταχύτατα μετά απο 3, 4 δόσεις. Δεν εμφανίζεται φυσική εξάρτηση αλλά αντίθετα μια ισχυρότατη ψυχική εξάρτηση. (Γαρυφαλάκης, 1997).

### **2.2.5 Τα βαρβιτουρικά**

Χαρακτηριστικό των βαρβιτουρικών είναι το γεγονός ότι θεραπευτική δόση απέχει ελάχιστα από την τοξική και την θανατηφόρα. Επομένως ο κίνδυνος είναι ορατός εάν η κατανάλωση βαρβιτουρικού συνδυαστεί με οινοποσία.

Η οξεία δηλητηρίαση από βαρβιτουρικά αποτελεί την αιτία του 25 % των θανάτων στη χώρα μας από απόπειρες αυτοκτονίας με δηλητήριο.

Η συνεχής χρήση οδηγεί πάντοτε στη φυσική εξάρτηση και στην ανοχή.

Κατά τη χρόνια δηλητηρίαση ο τοξικομανής βρίσκεται σε παρατεταμένη μισομανιακή κατάσταση, γίνεται πολύ ερεθιστικός, έχει σύγχυση, απώλεια κριτικής ικανότητας, αταξία, αϋπνία και άλλα.

Η απότομη διακοπή των βαρβιτουρικών δείχνει σοβαρή φυσική εξάρτηση, γιατί έπειτα από 30, 40 ώρες παρατηρούνται ναυτία, εμετός, αϋπνία, ρίγος, ακούσιες συσπάσεις των μυών, ενίοτε επιληπτικοί σπασμοί με παραισθήσεις που μοιάζουν με το «ντελίριουμ τρέμενς» των αλκοολικών και με τις πραγματικές ψυχώσεις.

Η ανοχή αφορά περισσότερο την υπνωτική δράση. Μειώνεται σταδιακά ο θεραπευτικός δείκτης και αυξάνονται οι κίνδυνοι για τη ζωή από παράλυση του κέντρου της αναπνοής. (Γαρυφαλάκης, 1997).

### **2.2.6 Η μεθαδόνη**

Η μεθαδόνη είναι ένα ακόμη ύπουλο ναρκωτικό και η μόνη διαφορά που έχει από την ηρωίνη ( το μόνο «θετικό» της, ας πούμε ) είναι ότι η δόση παίρνεται σε δισκία (χαπάκια) από το στόμα, είναι ελεγχόμενη, γιατί δεν υπάρχει χώρος και αιτία νοθείας, εφόσον χορηγείται από τις νοσηλευτικές μονάδες, κι ακόμη σε αντίθεση με την ηρωίνη που η δράση της κρατάει μόνο 2, 3 έως 4 ώρες, η μεθαδόνη κρατάει από 22 έως 24 ώρες και δίνει στον άρρωστο τοξικομανή όλο το χρόνο για να μπορέσει – εάν δεν έχει προβλήματα προχωρημένης εξάρτησης – να εργαστεί, να ξεκουραστεί, να κοιμηθεί κάπου σαν άνθρωπος και να μην ενοχλήσει κανέναν στο διάστημα αυτό

Με αυτά όμως δεν πάει να πει ότι η μεθαδόνη δεν είναι ναρκωτικό και μάλιστα ύπουλο και θανατηφόρο με όλες τις ενέργειες και τις παρενέργειες.

Αυτά τα πιο πάνω, ως πούμε θετικά συμπτώματα, τα εκμεταλλεύτηκε η αντίδραση και μας παρουσίασε την «Αγία Μεθαδόνη» σαν την κολυμπήθρα του Σιλβάμ και σαν την Δευτέρα Παρουσία των παπάδων.

Και εκείνο που μας κρύβουμε και δεν μας λένε είναι πως η Αγία Μεθαδόνη τους δεν είναι για όλους τους τοξικομανείς αλλά μόνο για τους πολύ εξαρτημένους από την ηρωίνη και εάν τυχόν την πάρει ένας νέος τοξικομανής στα πρώτα στάδια της εξάρτησης από το χασίσι ή τα βαρβιτουρικά, μπορεί με την μεθαδόνη να φτάσει στα τελευταία στάδια εξάρτησης ηρωίνης, και ενώ εκεί θα φτάσει κανονικά μέσα σε 3, 5 ή 10 χρόνια, με την μεθαδόνη θα φτάσει μέσα σε λίγους μήνες. (Γαρυφαλάκης, 1997).

### **2.2.7 Η κοκαΐνη**

Η κοκαΐνη θεωρείται ως το πρώτο από τα διεγερτικά ναρκωτικά που προκαλούν ευχάριστη διέγερση και ηδονιστικές ψευδαισθήσεις

Οι τοξικομανείς την καταναλώνουν είτε με την εισπνοή κρυστάλλων από την μύτη (πρέζα) είτε με υποδόρια ένεση – που η ενέργεια της κρατάει μόνο λίγα λεπτά – είτε με ενδοφλέβια ένεση.

Θεραπευτικά η κοκαΐνη έχει χρησιμοποιηθεί σαν τοπικό αναισθητικό λόγω της ικανότητας να παρεμποδίζει την αγωγή νευρικών ερεθισμάτων.

Η απορρόφηση και η είσοδος της στον εγκέφαλο προκαλεί καλή διάθεση, ευφορία, αίσθημα μεγάλης ευεξίας, σωματικής και πνευματικής ξεκούρασης, μεγάλη αντοχή κατά του πόνου, μείωση της όρεξης και ακατάσχετη φλυαρία.

Αλλά η υπερεκτίμηση των ικανοτήτων μαζί με τις παρανοϊκές ιδέες και τις οπτικές, ακουστικές και απτικές παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις – αγκαλιάσματα, φιλιά, χαϊδέματα – μπορούνε να μεταμορφώσουνε το άτομο σε αρκετά επικίνδυνο αντικοινωνικό στοιχείο, περιθωριακό μέχρι και εγκληματικό, έτοιμο για κάθε ηθικό εκβιασμό, συμβιβασμό, προσωπική ταπείνωση, για χάρη ενός γραμμαρίου δόσης.

Η έναρξη των ενεργειών της κοκαΐνης αρχίζει να φαίνεται από το λαχάνιασμα, τη ναυτία, τον εμετό, τη διάρροια, την ταχυκαρδία, τη διεύρυνση της κόρης του οφθαλμού, και πολλά αλλά συμπτώματα που είναι αποτέλεσμα της αύξησης της νοραδρεναλίνης στον οργανισμό.

Η λεγόμενη αφροδισιακή δραστηριότητα παρατείνει τον οργανισμό πέραν του φυσικού και επιτείνει την αντίληψη αισθησιακών ερεθισμάτων.

Όλα όμως αντιστρέφονται και χάνονται την ώρα που αναπτύσσεται η ανοχή στον οργανισμό του τοξικομανή.

Στο εξής απαιτούνται μεγαλύτερες ποσότητες και εφόσον δεν καλύπτονται αρχίζουν οι σπασμοί, οι λιποθυμίες, η παράλυση, για να επακολουθήσουν το κώμα, η αμνησία, ο κωματώδης λήθαργος και ο θάνατος.



Όταν περάσουν οι επιδράσεις μια μικρής δόσης κοκαΐνης, εμφανίζονται ελαφρά συμπτώματα στέρησης, όπως κούραση, κατάθλιψη, ανία και παθητικότητα.

Η δοκιμαστική χρήση οδηγεί στην τακτική. Η τακτική στην χρόνια και πάει λέγοντας. Η χρόνια χρήση οδηγεί πάντα στην ανοχή και την αναγκαστική αύξηση της δόσης, λόγω της έντονης ψυχικής εξάρτησης. Χωρίς την αυξημένη δόση ο τοξικομανής κινδυνεύει να πεθάνει.

Η αχαλίνωτη και διαρκώς αναπτυσσόμενη επιθυμία για την λήψη του ναρκωτικού οδηγεί σε μια πλήρη σωματική και ψυχική κατάρρευση. Ο τοξικομανής γίνεται αιχμάλωτος του πάθους του.

Η απάθεια, η αδιαφορία, η παθητικότητα, η απώλεια κάθε ηθικού φραγμού στην κοινωνική συμπεριφορά, ο εφιαλτικός ύπνος, οι παραισθήσεις, οι οπτικές, γευστικές, ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι υποχόνδριες εκδηλώσεις, η μανία καταδίωξης, η ζηλοτυπία και πολλά άλλα αποτελούν ένα καταστρεπτικό φάσμα για την ψυχική υγεία και κοινωνικές επιπτώσεις από την χρόνια χρήση κοκαΐνης, όπου η αθώα δοκιμή οδηγεί τους ναρκομανείς σ' αυτό το χάλι.

Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι πέρα από τις μολύνσεις, τους επιληπτικούς σπασμούς, τον υψηλό πυρετό, το αίμα στα ούρα και τις τοπικές βλάβες στο βλεννογόνο της μύτης, παρατηρείται και μεγάλη συχνότητα διανοητικής καθυστέρησης στα παιδιά που γεννιούνται από γονείς τοξικομανείς στην κοκαΐνη.

Η κοκαΐνη προκαλεί αιτία συσπάσεως των αγγείων της μήτρας, σε μέτριο βαθμό, με αποτέλεσμα να προκαλούνται κακές κυκλοφοριακές συνθήκες στο έμβρυο...

Από πάρα πολλές μελέτες προκύπτει ότι η όλο και συχνότερη αποκόλληση του πλακούντα, και ο μεγάλος αριθμός αποβολών και πρόωρων τοκετών, η μεγάλη βρεφική θνησιμότητα και η τερατογένεση, αλλά και διάφορες ανωμαλίες στην ανάπτυξη των νεογνών οφείλονται στην κοκαΐνη... (Γαρυφαλάκης 1997)

### **2.2.8 Το χασίς: πόρτα και σκαλοπάτι για την ηρωίνη**

Το χασίσι και η μαριχουάνα προκαλούνε μέθη και μια φανταστική κατάσταση, σαν όνειρο, όχι νυχτερινό, αλλά ξύπνιο και απατηλό.

Οι ιδέες μοιάζουν ασύνδετες, ανεξέλεγκτες και συνέχεια μεταβαλλόμενος, χωρίς ειρμό, έλεγχο και λογική συνέπεια, με θολούρα, ζαλάδα και ιλίγγους. Πολλά ξεχασμένα πράγματα ξανάρχονται στη μνήμη αλλά και πολλά πρόσφατα ξεχνιούνται, έστω κι αν έγιναν πριν λίγες μέρες ή ώρες

Η αντίληψη διαταράσσεται, ο χρόνος κυλάει αργά, τα λεπτά γίνονται ολόκληρες ώρες κάτω από την επίδραση της τετραϋδροκανναβινόλης, δηλαδή του χασίς και της μαριχουάνας.

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος λήψης είναι το κάπνισμα.

Η τετραϋδροκανναβινόλη παραμένει στο αίμα σε υψηλά επίπεδα έως και δώδεκα ολόκληρες ώρες μετά το κάπνισμα, ενώ συνήθως η επίδραση εξαφανίζεται μέσα σε πέντε ώρες.

Παρόλα αυτά παραμένει στο αίμα σε μερικές ποσότητες και ένα μέρος μένει στο λίπος για εβδομάδες ή και μήνες.

Αμέσως μετά το κάπνισμα του χασίς ή της μαριχουάνας προκύπτει ίλιγγος και απώλεια ικανότητας αυτοσυγκέντρωσης μέσα σε ένα πεντάλεπτο, ενώ σε ένα τέταρτο ή μισή ώρα, αρχίζει, μια ευφορία, με διανοητική σύγχυση και απώλεια της αίσθησης του χρόνου. Μισή ή μία ώρα αργότερα εμφανίζεται υπνηλία και δύο ώρες αργότερα ακολουθεί η επάνοδος στην φυσική κατάσταση.

Οι υποκειμενικές επιδράσεις του ναρκωτικού επέρχονται πολύ γρήγορα μετά το κάπνισμα. Το άτομο αισθάνεται μέθη, ζαλάδα, όπως κατά την οινοποσία, ανεβασμένη διάθεση και ευφορία. Αλλά επειδή η υγεία ούτε ξεχνά, ούτε χαρίζει, στέλνει αμέσως πίσω τον λογαριασμό. Η γενική διέγερση καταλήγει γρήγορα στην γενική καταστολή.

Μετά το αίσθημα της γενικής ευδαιμονίας ακολουθούν οπτικές και ακουστικές παραισθήσεις ερωτικού συνήθως περιεχομένου, ομιλητικότητα, υπερκινητικότητα, τρομακτικές σκέψεις, εξαφάνιση αναστολών, εναλλαγή ονείρου και πραγματικότητα, απώλεια λογικού συνειρμού, προσωρινή απώλεια μνήμης και στο τέλος μια εξοντωτική εναλλαγή επιπέδων διέγερσης και καταστολής, με βασανιστικές αμφιβολίες για την πραγματικότητα.

Η αντίδραση του πανικού είναι πιο σπάνια, αλλά εάν συμβεί στρέφεται προς επικίνδυνες καταστάσεις. Αρχίζει με ζάλη, ναυτία, εμετό, συνεχίζεται με ανησυχία, παραλήρημα, μελαγχολία, λυγμούς και κλάματα.

Διάφορες οπτασίες προκαλούν φόβο, ταραχή, αποτροπιασμό, φρίκη, καχυποψία απέναντι στους γύρω που εκδηλώνεται καμιά φορά με ανεξέλεγκτη επιθετικότητα η οποία μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στο έγκλημα.

Οι κίνδυνοι που διατρέχει ο χασισοπότης διακρίνονται σε κοινωνικούς και ατομικούς.

Από κοινωνική άποψη, ο ναρκομανής μετά τα πρώτα καπνίσματα αποσύρεται σιγά, σιγά από την παραγωγή, μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα, αδυνατίζει, εγκαταλείπει την εργασία και καταντά κοινωνικό βάρος.

Το ατομικό δράμα αρχίζει μόλις κλείσει ο δρόμος της δουλειάς και της ζωής. Γιατί ανοίγει αμέσως ο δρόμος της ηρωίνης, της φυλακής και του θανάτου.

Ο ναρκομανής, αν δεν πεθάνει από αδυναμία και ηπατίτιδα θα πεθάνει από τρέλα και με την σύριγγα στο μπράτσο. (Γαρυφαλάκης, 1997).

### **2.2.9 ΤΑ ΟΠΙΟΥΧΑ**

Τα οπιούχα είναι εξαρτησιογόνες ουσίες με πολύ χαμηλή τοξικότητα και δεν προκαλούν βλάβες στις σωματικές και ψυχοδιανοητικές λειτουργίες του χρήστη: «Ακόμη και σε περίπτωση κατάχρησης, δεν προκαλούν φυσικές βλάβες στο νευρικό σύστημα, το ήπαρ ή την καρδιά (σε αντίθεση με το οινόπνευμα και τα βαρβιτουρικά) και δεν παράγουν ψυχωτικές εμπειρίες ( σ' αντίθεση με τις αμφεταμίνες και την κοκαΐνη) » (Lester Grinspoon, καθηγητής ψυχιατρικής στην Ιατρική σχολή του Harvard) .

## ΟΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΠΙΟΥΧΩΝ

### 1) Αναλγητική δράση

Τα οπιούχα και ειδικά η μορφίνη έχουν τεράστια χρησιμότητα στην ιατρική ως αναντικατάστατα αντίδοτα στον πόνο. Η μορφίνη δρα εναντίον κάθε πόνου οποιασδήποτε αιτιολογίας και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με μικρές δόσεις που δεν διαταράσσουν την αναπνοή, την κυκλοφορία, τη συνείδηση και την συμπεριφορά του λήπτη.

Η αναλγητική δράση των οπιούχων οφείλεται στην ιδιότητα τους να αυξάνουν την φυσική αντοχή στα επώδυνα ερεθίσματα και συγχρόνως να τροποποιούν την ψυχική στάση του ατόμου απέναντι στον πόνο, με αποτέλεσμα το άτομο να αντιλαμβάνεται το άλγος αλλά να αδιαφορεί γι' αυτό, λόγω της εξάλειψης του άγχους, του φόβου και της αγωνίας που συνδέονται μαζί του.

Κατά το 19<sup>ο</sup> αιώνα η μορφίνη είχε εφαρμογή σε ένα ευρύ φάσμα ασθενειών και δυσλειτουργιών. Ο Sir William Osler την ονόμασε «φάρμακο του Θεού» και πολλοί γιατροί τη συνταγογραφούσαν ως GOM (God' s own medicine). Το 1880 ο Dr. H. Kane «απαριθμούσε 54 ασθενείς στις οποίες η μορφίνη επιδρούσε ευεργετικά, ανάμεσα στις οποίες η αναιμία, ο διαβήτης, διάφορες νευραλγίες, οι σπασμοί της περιόδου, οι εμετοί της εγκυμοσύνης, ορισμένες ψυχικές διαταραχές, η νυμφομανία κ. ά. » . (Γρίβας, Κλεάνθης, 1995).

## Ηρεμιστική δράση

Όπως προκύπτει από την επιστημονική έρευνα και την μελέτη των εμπειριών των χρηστών τους τα οπιούχα έχουν αξιόλογες ηρεμιστικές δράσεις, επιμέρους έκφραση των οποίων θα πρέπει να αποτελούν τα ανακουφιστικά αποτελέσματα τους απέναντι στο φυσικό πόνο.

Στην έκθεση της έρευνας του ψυχιάτρου George Stevenson και των συνεργατών του για την εξάρτηση από τα οπιούχα (Βρετανική Κολομβία, Βανκούβερ, Καναδάς, 1958), ανάμεσα σ' ένα πλήθος από άκρως ενδιαφέροντα στοιχεία και διαπιστώσεις, περιλαμβάνονται και καταγραφές του είδους των βιωμάτων που έχουν οι εξαρτημένοι από ηρωίνη, όπως τα περιγράφουν οι ίδιοι ενώ βρίσκονται υπό την επίδραση της.

« Κατά τον προηγούμενο αιώνα, ο πόνος που οδηγούσε στην εξάρτηση ήταν σωματικός. Σήμερα είναι κυρίως ψυχικός. Μ' άλλα λόγια, σήμερα η πλειονότητα των εξαρτημένων ανακάλυψε ότι τα οπιούχα τους παρέχουν ανακούφιση από τα άγχη, τις εντάσεις, τα αισθήματα κατωτερότητας και άλλες συναισθηματικές καταστάσεις που δεν μπορούν να τις εξισοροπήσουν με ομαλό τρόπο» (Γρίβας, Κλεάνθης, 1995).

## Ευφορική δράση (rush και high)

Η διάκριση μεταξύ της ευφορικής και της ηρεμιστικής δράσης των οπιούχων είναι δύσκολη και αμφισβητήσιμη, αλλά οι χρήστες της ηρωίνης του δρόμου κάνουν διάκριση ανάμεσα σε δύο καταστάσεις που βιώνονται ως συνέπεια της λήψης της ηρωίνης : το βίωμα του rush και την εμπειρία του high.

Το βίωμα του rush ( ή flash, kick και bang ) είναι μια ιδιαίτερη και μικρής διάρκειας αίσθηση που προκαλείται αμέσως μετά την ενδοφλέβια λήψη μιας δόσης οπιούχων, η οποία περιγράφεται ως «αιφνίδιος μη – κανονικός οργανισμός» ή « ξαφνικό κύμα ζέστης» που εντοπίζεται στα βάθη των σπλάχνων. Το rush προκαλείται μόνο με την ενδοφλέβια χρήση της ηρωίνης, εκδηλώνεται αμέσως μετά την λήψη της ηρωίνης, εκδηλώνεται αμέσως μετά την ένεση, διαρκεί 1-2 λεπτά και ακολουθείται από την εμπειρία του high.

Το βίωμα του high είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ζεστασιά, νωθρότητα, ηρεμία, γαλήνη, χαλάρωση της έντασης και καταπράυνση. Σ' αντίθεση με το rush, η κατάσταση high διαρκεί 4 – 5 ώρες και προκαλείται από οποιαδήποτε ικανή δόση ηρωίνης, ανεξάρτητα από τον τρόπο λήψης της.

Παρά τα κυρίαρχα δαιμονολογικά στερεότυπα, οι χρήστες της ηρωίνης είναι απολύτως παραγωγικοί σε κατάσταση high, αλλά και δεν μπορούν να είναι παραγωγικοί παρά μόνο όταν είναι high.

Στην πρόκληση αυτού του βιώματος του rush στηρίχτηκε η διαδεδομένη αλλά λανθασμένη άποψη ότι οι εξαρτημένοι παίρνουν οπιούχα με σκοπό να βιώσουν την εμπειρία του «αιφνίδιου οργασμού»

και ότι η εμπειρία αυτή δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα για τους εξής λόγους :

1. Όσοι παίρνουν οπιούχα με οποιονδήποτε άλλο τρόπο πλην της ενδοφλέβιας ένεσης δε βιώνουν την εμπειρία του «αιφνίδιου οργανισμού».
2. Όσοι παίρνουν οπιούχα με ενδοφλέβια ένεση βιώνουν αυτή την εμπειρία, αλλά ο τρόπος με τον οποίο την αντιλαμβάνονται εξαρτάται από τον σκοπό της λήψης και τις προσδοκίες του λήπτη : εκείνοι που τα παίρνουν για μη – ιατρικούς λόγους την εκλαμβάνουν ως ευχαρίστηση, ενώ εκείνοι που τα χρησιμοποιούν για θεραπευτικούς σκοπούς δεν την αισθάνονται ως τέτοια.
3. Ο εξαρτημένος αναπτύσσει ανοχή σε σχέση με την αίσθηση του «αιφνίδιου οργανισμού», δεδομένου ότι ύστερα από κάποιο χρονικό διάστημα συστηματικής ενδοφλέβιας λήψης οπιούχων δε βιώνει πλέον αυτή την εμπειρία και μεταπίπτει στην κατηγορία των χρηστών που αγκιστρώνονται σ' αυτά απλώς και μόνο για να αποφύγουν τις δυσάρεστες συνέπειες της στέρησης τους.

Ο χρήστης της «ηρωίνης» του δρόμου συνήθως δε διαθέτει τις οικονομικές δυνατότητες να προμηθεύεται την ποσότητα ηρωίνης που απαιτείται για μια ενδοφλέβια λήψη κάθε 4- 6 ώρες. Εξαιτίας αυτής της αδυναμίας, είναι υποχρεωμένος να εξαντλείται σε μια διπλή προσπάθεια, διακατεχόμενος απο την αγωνία του επερχόμενου στερητικού συνδρόμου ή υποφέροντας τα πρώτα συμπτώματα του.

Πρώτα, πρέπει να βρει τα χρήματα που του χρειάζονται (πράγμα που συνήθως προϋποθέτει πλήθος παράνομων και επικίνδυνων



δραστηριοτήτων) και εν συνεχεία να εξασφαλίσει την αγορά της δόσης του ( πράγμα που προϋποθέτει ότι θα βρει τον «προμηθευτή», θα κάνει τις αναγκαίες συμφωνίες μαζί του και θα τον περιμένει επί ώρες να του φέρει την ποσότητα της ουσίας που συμφωνήθηκε).

Έτσι, όταν επιτέλους βρίσκει ηρωίνη, είναι σε μία κατάσταση που η λήψη της του προκαλεί ένα ακαθόριστο μείγμα αντιδράσεων στις οποίες πρωτεύουσα θέση κατέχει η ανακούφιση από τα στερητικά συμπτώματα και δευτερεύουσα η εμπειρία του «αιφνίδιου οργασμού».  
(Γρίβας, Κλεάνθης, 1995)

### **2.3 Το στερητικό σύνδρομο**

Η βαρύτητα του στερητικού συνδρόμου είναι ανάλογη με το βαθμό της σωματικής εξάρτησης από το ναρκωτικό που χρησιμοποιεί ο τοξικομανής.

Λίγο πριν αρχίσει και γίνεται ανήσυχος, έχει αδυναμία, νυστάζει, τρέχει η μύτη του, τινάζεται στον ύπνο του, έχει κρυάδες και ιδρώτα.

Στη συνέχεια χάνει τις δυνάμεις του και βασανίζεται από εμετούς και ναυτία.

Αρκετά συχνά αρχίζουν ισχυροί πόνοι στα κόκαλα, στους μυς της ράχης, στα χέρια και στα πόδια. Όλο το σώμα ταραάζεται από σπασμούς. Κλοτσάει χωρίς να το καταλαβαίνει και νιώθει τόσο δυνατούς πόνους στα κόκαλα, ώστε νομίζει πως τον χτυπούν μαζί εκατό άνθρωποι.

Όλο αυτό το διάστημα ούτε κοιμάται ούτε και ξεκουράζεται. Στριφογυρνάει στο κρεβάτι, σωριάζεται από αδυναμία στο πάτωμα, βάζει

από το τίποτα τα κλάματα, ενώ από τα μάτια, το στόμα, τη μύτη και τα έντερα εκκρίνονται μεγάλες ποσότητες από βλέννες, σάλια, δάκρυα και υγρά.

Ούτε τρώει, ούτε πίνει, όχι γιατί δεν θέλει ψυχολογικά αλλά γιατί δεν μπορεί. Κάτω από αυτές τις συνθήκες χάνει κιλά, αδυνατίζει, αφυδατώνεται, βρομίζει, μένει αξύριστος, λερώνεται χωρίς να έχει δυνάμεις να πάει μέχρι την τουαλέτα.

Μετά από αυτές τις συνέπειες του στερητικού συνδρόμου δεν είναι δύσκολο να καταλάβει κανείς πόσο αναγκαία είναι για το ναρκομανή η δόση του, προκειμένου να ανακουφιστεί από τους πόνους και τα υπόλοιπα. Γι' αυτό παλεύουνε, φτάνοντας μέχρι και το έγκλημα, και γίνονται κλέφτες, διαρρήχτες, φονιάδες, περιθωριακοί, έτοιμοι για κάθε εκβιασμό και συμβιβασμό, μόνο και μόνο για τη δόση, αφού ο θάνατος δεν έρχεται μόνο με τη σύριγγα και τη θανατηφόρα ηρωίνη αλλά και χωρίς την ηρωίνη, από το στερητικό σύνδρομο. Μπρος γκρεμός και πίσω ρέμα.

Θάνατος με την ηρωίνη και θάνατος χωρίς την ηρωίνη. Αυτό είναι το στερητικό σύνδρομο.

Ορισμένοι ναρκομανείς υποστηρίζουν ότι ύστερα από κάποιο σύντομο διάστημα εξάρτησης η ευχάριστη ενέργεια της ηρωίνης ελαττώνεται και παραμένουν ναρκομανείς μόνο και μόνο από το φόβο του στερητικού συνδρόμου.

Η σοβαρότητα του στερητικού συνδρόμου όπως φαίνεται από την ένταση διαφόρων σημείων και συμπτωμάτων, εξαρτάται από διάφορους παράγοντες.

Είναι απευθείας ανάλογο της ποσότητας του ναρκωτικού που έπαιρνε ο ναρκομανής σε κάθε του δόση.

Όσο πιο σύντομη είναι η διάρκεια του ναρκωτικού τόσο πιο σοβαρό το στερητικό σύνδρομο.

Όσο πιο γρήγορα εμφανίζεται το στερητικό σύνδρομο τόσο πιο σοβαρό είναι.

Μετά τη διακοπή της χορήγησης του ναρκωτικού ο νευροδιαβιβαστής βρίσκει περισσότερους υποδοχείς με αποτέλεσμα να προκαλούνται τα στερητικά συμπτώματα.

Στην εγκυμοσύνη τα ναρκωτικά περνάνε στον πλακούντα και αυτό σημαίνει πως όταν μια γυναίκα μείνει έγκυος, το έμβρυο θα δεχθεί την επίδραση του ναρκωτικού και θα αναπτύξει φυσική εξάρτηση.

Επομένως, σύντομα μετά τη γέννηση, το βρέφος θα αρχίζει να εμφανίζει συμπτώματα στέρησης. (Γαρυφαλάκης, 1997).

## **2.4 Χαρακτηριστικά χρήσης**

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

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

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

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

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

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

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

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

Η μεγάλη πλειοψηφία των χρηστών 81, 2%, άρχισε τη χρήση ναρκωτικών ουσιών με κάνναβη, κατά μέσο όρο στην ηλικία των 16 ετών, το 6, 1% με οπιούχα, κατά μέσο όρο στην ηλικία των 20 ετών και το 5, 5% ξεκίνησε με χάπια, στην ηλικία των 15, 5% ετών. Οι άνδρες

ξεκινούν συχνότερα από ότι οι γυναίκες με κάνναβη, αλλά το αντίθετο ισχύει με τα οπιούχα, όπου το υπερδιπλάσιο ποσοστό γυναικών σε σχέση με τους άνδρες ξεκινούν τη παράνομη χρήση με αυτά. Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες ξεκινούν την παράνομη χρήση ουσιών στην ηλικία των 16 ετών κατά μέσο όρο ( τυπική απόκλιση 3, 5 έτη) (Ε. Κ. ΤΕ. Π. Ν., 2006 :36, ΚΕ. Θ. Ε. Α. 2007 :33).

## **2.5 Η κατάσταση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης στην Ευρώπη**

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

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

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

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

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

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

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

Αναφορικά με την χρήση ηρωίνης και την ενέσιμη χρήση εν γένει, ο αριθμός των τοξικοεξαρτημένων είναι μικρός, σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό της Ευρώπης, αλλά ο αντίκτυπος της προβληματικής χρήσης είναι αρκετά σημαντικός.

Ως προβληματική χρήση, ορίζεται για λειτουργικούς σκοπούς, η ενέσιμη χρήση ή η μακροχρόνια / συστηματική χρήση οπιούχων, κοκαΐνης ή / και αμφεταμινών (Ε. Κ. Π. Ν. Τ. , 2005:63).

Τα ποσοστά επικράτησης της προβληματικής χρήσης διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Μάλιστα, για το διάστημα 1999 – 2003 φαίνεται, πως κυμαίνονται μεταξύ 4 έως 7 περιπτώσεων ανά 1. 000 κατοίκους, ηλικίας από 15 έως 64 ετών, δηλαδή 1, 2 – 2, 1 εκατομμύρια προβληματικών χρηστών στην Ευρώπη, εκ των οποίων περίπου 850. 000 έως 1, 3 εκατομμύρια είναι ενεργοί χρήστες ενέσιμων ψυχοδραστικών ουσιών ( Ε. Κ. Π. Ν. Τ. , 2005: 64).

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

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

## **2.6 Η θέση της Ελλάδας μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών**

Η Ελλάδα τοποθετείται μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, με τα χαμηλότερα ποσοστά στην επικράτηση της χρήσης παράνομων

ψυχοδραστικών ουσιών, τόσο στον γενικό όσο και στον μαθητικό πληθυσμό.

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

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

## **2.7 Η έκταση της χρήσης στον ελληνικό πληθυσμό**

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

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

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



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

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

#### 3.1 Εισαγωγή

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

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

Έτσι, τα τελευταία χρόνια, οι μελέτες επικεντρώνονται στους αιτιολογικούς παράγοντες, που ωθούν ένα άτομο να χρησιμοποιήσει εξαρτησιογόνες ουσίες, στις προσδοκίες του από αυτές και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, που θα καθορίσουν αν το άτομο αυτό θα εξαρτηθεί από μια ουσία, ή αν η περίοδος κατάχρησης θα έχει ορισμένη διάρκεια (Ε. Π. Ι. Ψ. Υ. – Ο. Κ. Α. Ν. Α. 2003).

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3.2 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της ανθρωπιστικής προσέγγισης**

#### **A) Αιτιοπαθογένεια**

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

Πολλοί σύγχρονοι ερευνητές όμως, που ασχολούνται με την αιτιοπαθογένεια της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, αρχίζουν τελευταία να

χρησιμοποιούν απόψεις από την ανθρωπιστική ψυχολογία για να τεκμηριώσουν τις θέσεις τους.

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

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

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

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

## **B ) Θεραπεία**

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

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

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

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

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

### **3.3 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της οικογενειακής – συστημικής προσέγγισης**

#### **A) Αιτιοπαθογένεια**

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

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

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

Συχνά σε τέτοιες περιπτώσεις, το παιδί είναι αυτό που «αναλαμβάνει» να καλύψει το κενό του ενός γονιού, και έτσι παύει να λειτουργεί σαν παιδί και συμπεριφέρεται σαν ενήλικας, δηλαδή «γονεοποιείται». Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των «γονεοποιημένων

παιδιών», αρκετά συχνά στρέφονται στην κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών.

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

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

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

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

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



## **Θεραπεία**

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

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

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

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

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

Στο ατομικό επίπεδο, στόχος είναι η απόκτηση θετικής αυτοεικόνας, η αυτοπραγμάτωση και η ανάληψη κοινωνικών ευθυνών. Στο κοινωνικό επίπεδο, επιδιώκεται η δημιουργία υποστηρικτικού πλαισίου, μέσω της συνεργασίας με φίλους του θεραπευόμενου μη –

εξαρτημένους, με συγγενείς, με οικογένειες που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα και κοινωνικούς φορείς (Ζαφειρίδης 2005).

### **3.4 Η αιτιοπαθογένεια και η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης βάσει της ψυχαναλυτικής προσέγγισης**

#### **A) Θεραπεία**

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

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

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

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

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

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

## **B ) Θεραπεία**

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

Ο Casriel, εκπρόσωπος της ψυχοδυναμικής προσέγγισης, θεωρούσε πως το εξαρτημένο άτομο, είναι εξαρτημένο από τον πόνο.

Εισήγαγε ένα νέο τρόπο ψυχοθεραπείας, το «Bonding», τον οποίο και εισήγαγε ο ίδιος στην αμερικάνικη θεραπευτική κοινότητα DAYTOP. Όρισε το «Bonding», ως την ψυχική κατάσταση, κατά την οποία υπάρχει συναισθηματική και ψυχική εγγύτητα με ένα πρόσωπο. Η εκπλήρωση αυτής της ανάγκης, που ορίζεται ως βασική βιολογική ανάγκη δίνει ευχαρίστηση, ενώ η έλλειψη της, προκαλεί πόνο (Ζαφειρίδης 2005).

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

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

- Οι τοξικοεξαρτημένοι, έστω και αν έχουν κοινά χαρακτηριστικά, δεν είναι ίδιοι.
- Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις διαφέρουν μεταξύ τους, έστω και αν εντάσσονται στην ίδια τυπολογική κατηγορία.
- Η αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση προϋποθέτει την προσφορά υπηρεσιών, σύμφωνα με τις ανάγκες του τοξικοεξαρτημένου ή του ενδιαφερόμενου.
- Κάθε αποτελεσματική στρατηγική, αξιοποιεί το σύνολο των διαθέσιμων δυνάμεων και πόρων, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στην εξειδίκευση, αλλά και στην συνεργασία (Πουλόπουλος 2005).

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

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

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

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

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

Η αποδοχή ενός τοξικοεξαρτημένου σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, θα πρέπει να γίνεται με γνώμονα τις ανάγκες και τις δυνατότητες του, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί σε αυτές, και όχι με

γνώμονα την επάρκεια θέσεων ή την αύξηση του αριθμού των μελών του προγράμματος.

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

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

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

Η κατάσταση αυτή δεν είναι αποκλειστικά ελληνικό φαινόμενο. Σύμφωνα με την Krivanek, για την περιχαράκωση των προγραμμάτων στην Αυστραλία, «ανώφελα καλλιεργείται η εντύπωση, ότι μια συγκεκριμένη θεραπεία είναι η μόνη λύση για όλους τους εξαρτημένους και

*ότι όλα τα άλλα προγράμματα είναι ανεπαρκή. Σε ένα τέτοιο κλίμα δεν μπορούν να υπάρξουν κίνητρα για συνεργασία . Αντιθέτως, ξεκινάει μια διαδικασία ανταγωνισμού μεταξύ των προγραμμάτων, διατυμπανίζοντας το κάθε ένα για την αποκλειστική και οικουμενική αποτελεσματικότητα των ιδιαίτερων μεθόδων που χρησιμοποιούν» (Κωνσταντινίδης 2004).*

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

### **3.5 Ανακεφαλαίωση**

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

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

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

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

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



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΤΑ « ΣΤΕΓΝΑ » ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

#### 4.1 Εισαγωγή

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

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

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

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

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

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

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

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

Οι διαφορετικές όμως συνθήκες λειτουργίας του πρώην χρήστη, η απουσία μιας κοινά αποδεκτής πραγματικότητας και η έλλειψη του απόλυτα ορθού, εμπλέκει μοιραία σε αυτή τη διαδικασία το θεραπευτικό πρόγραμμα με τις αρχές και τις δυνατότητες των θεραπειών του, τον

απεξαρτώμενο με τα βιώματα, τις εμπειρίες, τους στόχους του, τα σημαντικά του πρόσωπα με τις αναμνήσεις ή τις προσδοκίες τους, με στόχο την συν – διαμόρφωση μιας όσο το δυνατόν πιο αποδεκτής πραγματικότητας, την οποία το μέλος έχει δικαίωμα να υιοθετήσει ή όχι ως μελλοντική του στάση ζωής ( Ψ. Ν. Θ. – Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων «ΑΡΓΩ» ).

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

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

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

1. «στη θεμελίωση μιας ριζικά χαρακτηροδόμης»
2. «στην ανάπτυξη μιας προσωπικότητας που θα επιτρέψει στο άτομο να ξεπεράσει την τάση του να καταφεύγει στην αναζήτηση μαγικών λύσεων μέσω των ναρκωτικών». (Ο. Κ. Α. Ν. Α. – Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών «ΓΕΦΥΡΑ» ).

*«Στην καρδιά της προσέγγισης βρίσκεται η αντίληψη, ότι ο χρήστης ουσιών χρειάζεται μια δεύτερη ευκαιρία, για να αναπτυχθεί*

*προσωπικά και συναισθηματικά, επαναπροσδιορίζοντας την προσωπική του ταυτότητα, τους στόχους ζωής του και τις σχέσεις με το προσωπικό και το ευρύτερο περιβάλλον. Η ωριμότητα, η υπευθυνότητα, η εσωτερίκευση ενός συστήματος θετικών αξιών, η ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων ανήκουν στους στόχους της θεραπείας και αποτελούν μια στερεή βάση για να ανακτήσει το άτομο τον έλεγχο της ζωής του και να κάνει εποικοδομητικές επιλογές» (ΚΕ. Θ. Ε. Α. 2007: 3).*

#### **4.3 Η έννοια των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων**

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

Η θεραπεία ανεξάρτησης σε ένα «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα, ανάγεται σε μια διαδικασία ανασυγκρότησης της προσωπικότητας και ολόκληρης της ύπαρξης. Μια διαδικασία μεταμόρφωσης αυτών των «ανθρώπων – σκιών» σε ζωντανές, φωτεινές, δημιουργικές, μαχητικές, κοινωνικές ατομικότητες, που προσπαθούν με

πολλούς τρόπους να αναδεικνύουν τη διαφορετικότητα τους, κατακτώντας την συλλογικότητα (Μάτσα 2001).

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

#### **4.4 Βασικές αρχές των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων**

- Δωρεάν παροχή υπηρεσιών, ώστε να δίνεται η δυνατότητα υποστήριξης σε όλους τους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών και στις οικογένειες τους.
- Παροχή υπηρεσιών χωρίς διακρίσεις, ανεξάρτητα από φυλή, δόγμα, θρησκεία, φύλο, εθνικότητα, σεξουαλικές προτιμήσεις, ηλικία, σωματική κατάσταση των ατόμων που απευθύνονται στα θεραπευτικά προγράμματα.
- Οικειοθελής προσέλευση. Η διαδικασία της απεξάρτησης προϋποθέτει όχι μόνο ένα οργανωμένο θεραπευτικό πλαίσιο, αλλά και την ύπαρξη κινήτρου εκ μέρους του θεραπευόμενου. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η υποχρεωτική θεραπεία έχει συνήθως περιορισμένα αποτελέσματα, καθώς απουσιάζει το στοιχείο της προσωπικής απόφασης και ευθύνης για την αλλαγή τρόπου ζωής

και συμπεριφοράς. Ο θεραπευόμενος διατηρεί το δικαίωμα να διακόψει την παρακολούθηση ανά πάσα στιγμή.

- Αντιμετώπιση της εξάρτησης χωρίς χρήση ουσιών (drug - free program) .

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα δεν χορηγούν φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Ο εξαρτημένος δεν αντιμετωπίζεται ως «ασθενής» που υποβάλλεται παθητικά σε θεραπεία, αλλά συμμετέχει ενεργά σ' αυτήν, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για την αλλαγή συμπεριφοράς του (χρήση, εξάρτηση) και αναζητώντας τα αίτια της. Στόχος είναι να υιοθετήσει το άτομο ένα νέο τρόπο ζωής και συμπεριφοράς και ένα νέο σύστημα αξιών, ώστε να είναι σε θέση να αντεπεξέρχεται στις προκλήσεις και τις δυσκολίες της ζωής, χωρίς να καταφεύγει στην χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Γενική αρχή των θεραπευτικών κοινοτήτων κάθε τύπου είναι η απαίτηση από το νέο μέλος να διακόψει την χρήση όλων των ουσιών κατά την είσοδο του στον χώρο.

- Ενεργητική συμμετοχή. Από την στιγμή που ένα άτομο αποφασίζει να ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα, η συμμετοχή του στις καθημερινές θεραπευτικές, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες είναι προϋπόθεση για την παραμονή του σε αυτό (ΚΕ. Θ. Ε. Α. 2004).

## **4.5 Η διάκριση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων**

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

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

### **4.5.1 Ανοιχτά και κλειστά «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα**

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

Τα «κλειστά» θεραπευτικά προγράμματα, όσα δηλαδή διαθέτουν θεραπευτική κοινότητα διαμονής, απευθύνονται συνήθως σε χρήστες

ουσιών που δεν έχουν δίκτυο κοινωνικής στήριξης ή χρειάζεται να απομακρυνθούν από τον τόπο διαμονής τους κατά την διάρκεια της θεραπείας.

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

- Ο σχεδιασμός τους στηρίζεται στην άποψη ότι οι θεραπευόμενοι έχουν ανάγκη 24ωρης παραμονής στην κοινότητα
- Οι καθημερινές δραστηριότητες είναι πάντα προσδιορισμένες και συγκεκριμένες και καλύπτουν όλη τη διάρκεια της ημέρας. Τα μέλη ενθαρρύνονται να περνούν όλο τον χρόνο τους μαζί και να μην απομονώνονται. Οι συνήθειες δραστηριότητες είναι ομαδική ψυχοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, γυμναστική κτλ.
- Το προσωπικό της κοινότητας αποτελείται συνήθως από πρώην χρήστες. Ωστόσο, σε πιο σύγχρονες παραλλαγές του συγκεκριμένου μοντέλου το προσωπικό πλαισιώνεται και από επαγγελματίες.
- Τα παλαιότερα μέλη λειτουργούν ως πρότυπα για τους νεότερους
- Το νεοεισερχόμενο μέλος, το πρώτο χρονικό διάστημα παραμονής του στην κοινότητα, δεν έχει καθόλου επαφή με την προηγούμενη ζωή του (οικογένεια, φίλους κτλ). Επίσης, δεν μπορεί να βγει έξω από τον χώρο της κοινότητας χωρίς άδεια
- Η κοινότητα συχνά λειτουργεί μέσα από ένα καλά σχεδιασμένο σύστημα ενίσχυσης και «τιμωρίας», όπου η συμπεριφορά του θεραπευόμενου καθορίζει αν θα κερδίζει προνόμια ή αν θα υφίσταται διάφορες μορφές «τιμωρίας». Το σύστημα είναι συχνά αυστηρά ιεραρχημένο με επικεφαλής ένα «δεσποτικό» αρχηγό
- Βασική τεχνική της θεραπευτικής ομάδας είναι η χρησιμοποίηση «επιθετικών και σκληρών εκφράσεων» στην προσπάθεια των



μελών της να συμβουλευθούν, να ελέγξουν ή να τροποποιήσουν τις προηγούμενες θέσεις και συμπεριφορές του εκάστοτε μέλους (Λιάππας, 1999: 262).

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

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

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

#### **4.5.2 «Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα ενηλίκων και εφήβων**

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

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

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

#### **4.5.3 «Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για ειδικές ομάδες εξαρτημένων**

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

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

#### **4.6 Χρόνος παρακολούθησης των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων**

Η διάρκεια των διαφόρων «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων ποικίλει.

Συνήθως, ο χρόνος παρακολούθησης ενός «στεγνού» θεραπευτικού προγράμματος είναι από 18 έως 36 μήνες και περιλαμβάνει όλα τα στάδια θεραπείας (Συμβουλευτικός Σταθμός, Θεραπευτική κοινότητα, Επανένταξη).

#### **4.7 Θεραπευτικές μέθοδοι των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων**

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

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

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

«Το θεραπευόμενο μέλος μαθαίνει να:

- Υιοθετεί καθαρές αρχές και αξίες

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

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

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

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

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

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

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

Μια ακόμη μέθοδος που χρησιμοποιούν συνήθως τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, είναι **η παρέμβαση στην οικογένεια** του χρήστη. Η θεραπεία οικογένειας αποτελεί μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Η προσέγγιση αυτού του τύπου επικεντρώνεται σε τρόπους παρέμβασης στα

προβλήματα της οικογένειας με μια μεθοδολογία που δεν αποκλείει τον χρήστη από αυτές τις διαδικασίες, αλλά τον εντάσσει σε αυτές, καθώς τον αφορούν άμεσα.

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

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

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

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

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα συνήθως έχουν τρία στάδια:

- Ø Συμβουλευτικός σταθμός
- Ø Θεραπευτική Κοινότητα
- Ø Κοινωνική επανένταξη

##### **4.8.1 Το πρώτο στάδιο της θεραπευτικής πορείας : ο Συμβουλευτικός Σταθμός**

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

Οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων είναι «ελεύθεροι» από ουσίες και δεν χορηγούν φάρμακα ή υποκατάστατα ( drug free). Παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον, οπού



δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών, και ετοιμάζουν τα εξαρτημένα άτομα για την εισαγωγή τους στη θεραπευτική κοινότητα, ενισχύοντας, κινητοποιώντας και ενθαρρύνοντας τη μείωση της χρήσης.

Σύμφωνα με το σκεπτικό των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, το συμβουλευτικό κέντρο βοηθά τα υποψήφια μέλη να πάρουν μια ξεκάθαρη απόφαση». Ο Συμβουλευτικός σταθμός είναι επομένως , το πρώτο σκαλοπάτι για τη θεραπεία, ο χώρος της πρώτης επαφής με ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι ένας «καθαρός» χώρος όπου δεν χρειάζεται κανείς να κρύψει τη σχέση του με τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, όποια κι αν είναι αυτή. Το προσωπικό του Συμβουλευτικού Σταθμού παρέχει ενημέρωση, συμβουλευτική και υποστήριξη στα ενδιαφερόμενα μέλη και στις οικογένειες τους (ΚΕ. Θ. Ε. Α. – «ΕΞΟΔΟΣ» Συμβουλευτικός Σταθμός Λάρισας ).

#### **4.8.1.1 Ο τρόπος λειτουργίας του Συμβουλευτικού Σταθμού**

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

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

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

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

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

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

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

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

Ακόμη, σε κάποια θεραπευτικά προγράμματα τα υποψήφια μέλη συμμετέχουν ήδη από το στάδιο αυτό του Συμβουλευτικού Σταθμού, σε ομάδες προετοιμασίας. Στόχος αυτών των ομάδων, που αποτελούνται από άτομα που βρίσκονται στο ίδιο στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας, είναι να μειώσουν τα αμφιθυμικά συναισθήματα που προκαλεί η απόφαση για θεραπεία, αλλά και να απαλύνουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που προκαλεί η διακοπή της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, λειτουργώντας συμβουλευτικά, υποστηρικτικά κ. ά.

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

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

Επομένως, στο διάστημα αυτό, οι ενδιαφερόμενοι οφείλουν να καταβάλουν προσπάθειες για να ελέγξουν τη χρήση (μείωση της ποσότητας και της συχνότητας ) και αν απεμπλακούν από το σύνολο των κοινωνικών σχέσεων που συνδέονται με τη συγκεκριμένη πρακτική (αποφυγή συγχρωτισμού με άλλους χρήστες, απομάκρυνση από τους

οικείους χώρους, τα στέκια, βελτίωση των συνθηκών υγιεινής, επιμέλεια προβλημάτων υγείας, επισκέψεις σε γιατρούς κλπ) (Ανδριάκαινα 2005).

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

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

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

#### **4.8.2 Το δεύτερο στάδιο της θεραπευτικής πορείας : η Θεραπευτική Κοινότητα**

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

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

Με την είσοδο του όμως στην θεραπευτική κοινότητα, το εξαρτημένο άτομο θα γίνει μέλος μιας ομάδας ατόμων, τα οποία συνδέει ένα κοινό πρόβλημα. Η μεταξύ τους αλληλεπίδραση σε συνδυασμό με την οργάνωση και τις δραστηριότητες της θεραπευτικής κοινότητας θα το οδηγήσουν στην αναζήτηση των γενεσιουργών αιτιών της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και θα το βοηθήσουν να έρθει σε πλήρη ρήξη με τον προηγούμενο τρόπο ζωής του.

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

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

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

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

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

θεραπευτική ιδιόλεκτο αποδίδεται ως «ξεκάθαρη απόφαση» (Ανδριάκαινα 2005).

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

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

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

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

*« Είμαι εδώ γιατί τελικά δεν μπορώ να ξεφύγω από τον εαυτό μου,*

*Μέχρι να μάθω ν' αντιμετωπίζω τον εαυτό μου στα μάτια και τις καρδιές σας θα βρίσκομαι σε φυγή.*

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

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

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

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

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

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

Οι περισσότερες θεραπευτικές κοινότητες προσπαθούν να διατηρήσουν ένα πρότυπο οικογένειας, φροντίζοντας τα μέλη και το προσωπικό τους. Τα χαρακτηριστικά της διευρυμένης οικογένειας



βοηθούν τα μέλη να αναβιώσουν τις αναπτυξιακές φάσεις της ζωής τους μέσα στο σύντομο χρονικό διάστημα της παραμονής στην κοινότητα, να καλύψουν τα συναισθηματικά κενά που δημιουργήθηκαν σε αυτές, και συμβάλλουν στην διατήρηση ενός κλίματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

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

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

#### **4.8.2.1 Η δημιουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων**

##### **α) Δημοκρατικές**

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

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

ενεργός συμμετοχή των «μελών της κοινότητας» στην επίλυση των προσωπικών τους θεμάτων στο πλαίσιο των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας που επικρατούσαν.

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

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

Η θεραπευτική κοινότητα εκείνης της εποχής είχε τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

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

«Με την δημιουργία των πρώτων θεραπευτικών κοινοτήτων και την ανάπτυξη τους στα τέλη της δεκαετίας του '50, το κίνημα της αμφισβήτησης πήρε μεγάλες διαστάσεις. Οι προτάσεις για νέους

τρόπους οργάνωσης των δομών της εκπαίδευσης και της ψυχικής υγείας βρήκαν αρκετούς υποστηρικτές, κυρίως μεταξύ των νέων επαγγελματιών. Από την άλλη πλευρά, οι εκπρόσωποι της παραδοσιακής προσέγγισης της ψυχιατρικής και της εκπαίδευσης κράτησαν επικριτική στάση όσον αφορά τις νέες προσεγγίσεις και μεθόδους» (Πουλόπουλος 2004 : 33).

## **β) Ιεραρχημένες**

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

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

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

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

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

#### **4.8.2.2 Η θεραπευτική κοινότητα SYNANON**

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

Τα «games», οι ομαδικές δηλαδή συνεδρίες, που αποτέλεσαν τον πρόδρομο των αντιπαραθετικών ομάδων (encounters), ήταν ο

ακρογωνιαίος λίθος της ανάπτυξης και της αλλαγής των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των μελών, δίνοντας στους συμμετέχοντες τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν μέσα από τις αντιπαραθέσεις τα προβλήματα και να εργαστούν προς την κατεύθυνση της επίλυσης τους (Ζαφειριάδης 1987).

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

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

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

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

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

Το Synanon ήταν εντελώς αυτοχρηματοδοτούμενο, δεν είχε δηλαδή καμία χρηματοδότηση από το κράτος. Για αυτό τα μέλη του είχαν αναπτύξει πολλές επαφές με ιδιώτες και επιχειρήσεις που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν οικονομικά. Το Synanon ήταν νομικά ανεξάρτητο και έπρεπε να λογοδοτεί μόνο στο Διοικητικό Συμβούλιο των διευθυντών

του, που ήταν όλοι ιδρυτές και υποστηρικτές του. Δεν υπήρχε η έννοια του ατομικού, ήταν ένα κοινόβιο «πρωτοχριστιανικού» τύπου, όπου τα χρήματα έμπαιναν σ' ένα κοινό ταμείο και μοιράζονταν σε όλα τα μέλη, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

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

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

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

Στις θεραπευτικές κοινότητες αυτού του τύπου, τις οποίες χαρακτηρίζουν ισχυρές ιδεολογικές και θεοκρατικές αρχές, και στις οποίες τα μέλη πασχίζουν να αποκτήσουν μια νέα, αλλαγμένη ταυτότητα, υπάρχει ο κίνδυνος της μετατροπής σε κοινότητες λατρείας (cult),

κυρίως όταν δεν λειτουργούν ως «ανοιχτά συστήματα» και η εξουσία των ηγετών τους είναι ανεξέλεγκτη.

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

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



#### 4.8.2.3 Η θεραπευτική κοινότητα DAYTOP

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

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

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

Όταν το 1965 αγοράστηκε ένα μεγαλύτερο οίκημα το όνομα του άλλαξε σε «Χωρίο Daytop» και οργανώθηκε σαν ιδιωτική, μη κερδοσκοπική εταιρεία. Το Daytop, διέθετε ως προσωπικό πρώην χρήστες, οι οποίοι πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους αμειβόμενοι. Τον

έλεγχο είχε πια ένα Συμβούλιο Διευθυντών αντί για το Τμήμα Επιτήρησης.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(Sugarman, Ζαφειρίδης 1990 : 164 – 165)

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

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

(Sugarman, Ζαφειρίδης 1990: 165)

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

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

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

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

Το νεοεισερχόμενο μέλος τον πρώτο καιρό βρίσκονταν στην χαμηλότερη βαθμίδα της ιεραρχίας. «Οι εργασίες κατανέμονται με βάση με ιεραρχία που βασίζεται στην «αρχαιότητα», την ατομική πρόοδο και την παραγωγικότητα. Οι νέοι τρώφιμοι αναλαμβάνουν τις πιο απλές εργασίες (π. χ. σφουγγάρισμα, καθάρισμα μπάνιου). Με βάση την

πρόοδο που έχει επιτύχει ο καθένας, βαθμιαία προβιβάζονται και αναλαμβάνουν εργασίες πιο πολύπλοκες και πιο διασκεδαστικές» (Sugarman, Ζαφειρίδης 1990: 13).

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

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

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

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

Ωστόσο βασική αρχή ήταν η απαγόρευση της σωματικής βίας και των απειλών. Το κάθε μέλος υποχρεώνονταν να ακούσει πως τον βλέπουν οι άλλοι και να δεχτεί σκληρή κριτική για την συμπεριφορά του,

ώσπου να καταρρεύσουν οι άμυνες του και να παραδεχθεί την ανάγκη του για αλλαγή (Sugarman, Ζαφειρίδης 1990, Πουλόπουλος 2005).

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

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

#### **4.8.2.4 Τα μειονεκτήματα των θεραπευτικών κοινοτήτων SYNANON – DAYTOP**

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

- Ø Ότι χρησιμοποιούν σκληρές και επιθετικές μεθόδους πειθαρχίας
- Ø Ότι δεν προσελκύουν μεγάλο αριθμό χρηστών
- Ø Ότι αναμειγνύουν παλιούς και «σκληρούς» χρήστες με νέους.

- Ø Ότι δεν κάνουν διαχωρισμό των διαφόρων τύπων ουσιοεξαρτημένων ατόμων ( χρήστες η ηρωίνης και χρήστες χασίς ή άλλων ουσιών συνυπάρχουν στον ίδιο χώρο)
- Ø Ότι δεν τηρούν αρχεία και στοιχεία για μελλοντική παρακολούθηση και αξιολόγηση των χρηστών
- Ø Ότι απο τα άτομα που απευθύνονται σε αυτά για θεραπεία, μικρό ποσοστό παραμένει και τελειώνει με επιτυχία το πρόγραμμα, ενώ πολλοί εγκαταλείπουν πρόωμα την κοινότητα και ξαναρχίζουν την χρήση ουσιών (Λιάππας 1999, Πουλόπουλος 2005) .

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

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



#### 4.8.2.5 Οι θεραπευτικές κοινότητες στην Ευρώπη

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

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

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

Τα πρώτα σημάδια απογοήτευσης για την επιτυχία των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ευρώπη δε άργησαν να φάνουν.

Μάλιστα συνοδεύτηκαν από την αύξηση της χρήσης των «σκληρών ναρκωτικών».

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

Είναι αξιοσημείωτο, πως ενώ αρκετοί πρώην χρήστες βοήθησαν σημαντικά στην δημιουργία των ευρωπαϊκών θεραπευτικών κοινοτήτων μεταδίδοντας την ιδεολογία και τις μεθόδους των αμερικάνικων μοντέλων, όπως οι ίδιοι το είχαν βιώσει, σπάνια θα τους συναντούσε κανείς ανάμεσα στο προσωπικό. Η έλλειψη αποφοίτων και η δυσπιστία των διοικητικών συμβουλίων για το αν θα μπορούσαν να λειτουργήσουν επιτυχώς ως προσωπικό, συνέβαλαν σε αυτό (Πουλόπουλος 2005).

#### **4.8.2.6 Η ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα**

Στο τέλος της δεκαετίας του '70, παρατηρείται και στην Ελλάδα αύξηση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, με κύριο εκπρόσωπο την

ηρωίνη, που εξαπλώνεται με γρήγορους ρυθμούς σε όλη τη χώρα. Ήδη από το 1980 σημειώνονται οι πρώτοι επίσημα δηλωμένοι θάνατοι τοξικοεξαρτημένων και η ελληνική κοινωνία στρέφει το ενδιαφέρον της στο θέμα της εξάρτησης.

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

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

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

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

Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραρισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων, προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα

στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία ( από τους προαναφερθέντες και άλλους φορείς) διαφόρων τύπων θεραπευτικών κοινοτήτων, όπως της ημερήσιας φροντίδας, των θεραπευτικών κοινοτήτων για έφηβους χρήστες, της βραδινής παρακολούθησης για εργαζόμενους χρήστες κτλ. (Ζαφειρίδης 1999).

#### **4.8.2.7 Η λειτουργία των σύγχρονων θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ελλάδα**

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

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

## **α) Είσοδος στην θεραπευτική κοινότητα**

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

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

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

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

ουσίας στον οργανισμό του, την συγκεκριμένη στιγμή, ή για την έλλειψη της (Μάτσα 2001).

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

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

Σε κάποια άλλα (συνήθως στα «κλειστά» θεραπευτικά προγράμματα), η αποτοξίνωση των μελών γίνεται μέσα στην θεραπευτική κοινότητα. Εκεί, το στερητικό σύνδρομο θα ξεπεραστεί με την ψυχολογική στήριξη των υπόλοιπων μελών αλλά και με τη βοήθεια του προσωπικού, που μπορεί και να μην είναι ιατρικό, αλλά είναι αρκετά έμπειρο, ώστε να αντιμετωπίζει τα συνήθη στερητικά συμπτώματα. Σε πολλές περιπτώσεις όταν χρειαστεί, παρέχεται και ιατρική κάλυψη. Ο τρόπος αυτής της αντιμετώπισης είναι κατάλληλος για χρήστες οπιοειδών, αλλά όχι για πολυχρηστές και για τις περιπτώσεις συννοσηρότητες (Λιάππας 1999).

## **β) Χρόνος παραμονής στην θεραπευτική κοινότητα**

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

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

## **γ) Αριθμός μελών**

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

## **δ) Το βασικό θεραπευτικού εργαλείο: ομάδες**

Στις θεραπευτικές κοινότητες πραγματοποιείται μια σειρά από ομαδικές δραστηριότητες, οι οποίες βοηθούν το μέλος στην προσπάθεια για αλλαγή μέσω της ανταλλαγής εμπειρών, της έκφρασης σκέψεων και

συναισθημάτων, της ανάπτυξης δεξιοτήτων και της εκμάθησης διαφορετικών τρόπων αντιμετώπισης των όποιων δυσκολιών .

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

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

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



- *Η εκμάθηση νέων τρόπων επικοινωνίας και η δημιουργία ουσιαστικών διαπροσωπικών σχέσεων* » (Πουλόπουλος , 2005:108- 109).

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

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

### **ε) Ημερήσιο πρόγραμμα**

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

Τα μέλη της θεραπευτικής κοινότητας εργάζονται, εκπαιδεύονται, διασκεδάζουν, τρώνε στο ίδιο χώρο, συναναστρέφονται με τους ίδιους ανθρώπους και ακολουθούν ένα αυστηρά οργανωμένο ωρολόγιο πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων. Όλες οι δραστηριότητες

διαπερνώνται από μια κεντρική φιλοσοφία, ένα κοινό σύστημα αξιών και αρχών που απηχούν τους επίσημους σκοπούς της θεραπείας τους.

### **στ) Εκπαίδευση, δημιουργία, ψυχαγωγία**

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

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

## ζ) Βασικοί κανόνες – Κώδικας δεοντολογίας

Τόσο το προσωπικό, όσο και τα μέλη των κοινοτήτων έχουν την υποχρέωση να σέβονται τους κανόνες που θέτει το θεραπευτικό τους πλαίσιο και να συμμετέχουν ενεργά στο πρόγραμμα και τις δραστηριότητες του. Οι κανόνες έχουν δημιουργηθεί για να προστατεύουν το άτομο αλλά και το σύστημα ως ενιαίο λειτουργικό σύνολο, και να δημιουργούν με πραγματική αίσθηση ασφάλειας, που είναι απαραίτητη ώστε να δίνεται η δυνατότητα στα μέλη να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις δυσκολίες τους και να αναπτύξουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες.

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

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

## η) Προδιαγραφές και στόχοι για τις θεραπευτικές κοινότητες

1. Οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν ένα μοντέλο θεραπείας που αποσκοπεί πρώτα απ' όλα στην απεξάρτηση από παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες μέσα από την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου και απαιτεί την αποχή από ουσίες που μεταβάλλουν την διάθεση (σε αυτές περιλαμβάνονται φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, αλλά χρησιμοποιούνται παράνομα).
2. Τα μέλη της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων καλούνται:
  - α) Να αναγνωρίζουν σε όλα τα άτομα που σχετίζονται με τη θεραπευτική τους κοινότητα τα δικαιώματα που έχουν ως άνθρωποι και ως πολίτες και να δηλώνουν με σαφήνεια Ποιά είναι τα δικαιώματα, τα προνόμια και οι ευθύνες των μελών και του προσωπικού.
  - β) Να δηλώνουν ποιά είναι η φιλοσοφία και οι στόχοι του προγράμματος.
  - γ) Να ορίζουν κανονισμούς για τη θεραπευτική τους κοινότητα οι οποίοι θα παρέχουν προστασία σε περίπτωση φαινομενικής ή πραγματικής κατάργησης της τοπικής ή της εθνικής νομοθεσίας.
  - ε) Να λειτουργούν σε περιβάλλον που παρέχει τις μέγιστες δυνατότητες για σωματική, πνευματική, συναισθηματική και αισθητική ανάπτυξη και το οποίο εγγυάται την ασφάλεια όλων
  - στ) Να διευκολύνουν τη συγκρότηση μιας κοινωνίας / κοινότητας που θα βασίζεται στο μέγιστο δυνατό βαθμό στην ακεραιότητα, την καλή

θέληση και την ανθρωπιά όλων των μελών της και όπου η αξιοπρέπεια του ατόμου θα αποτελεί πρωταρχική.

ζ) Να παρέχουν εκπαίδευση και επαρκή εποπτεία στο προσωπικό.

η) Να λογοδοτούν σε ένα εξωτερικό Διοικητικό Συμβούλιο που συγκαλείται ανά τακτά διαστήματα μέσα στο έτος, προκειμένου να έχει την εποπτεία και την ευθύνη για τις δραστηριότητες του προγράμματος και της κάθε μονάδας.

θ) Να παρουσιάζουν, ύστερα από λογιστικό έλεγχο, ετήσιο οικονομικό απολογισμό που θα επικυρώνεται από τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου.

3 . Το Διοικητικό Συμβούλιο της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων θα απαιτεί τη συμμόρφωση προς τις Προδιαγραφές και τους Στόχους, κάθε φορά που θα εξετάζει αιτήσεις απόκτησης ή ανανέωσης της ιδιότητας του μέλους. Θα απαιτεί επίσης ενεργό συμμόρφωση προς τα κριτήρια που έχει θεσπίσει η Παγκόσμια Ομοσπονδία στο καταστατικό της. (ΚΕ. Θ. Ε. Α. 2007: 54).

### **θ) Χάρτης Δικαιωμάτων των Μελών**

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

1. Υποστηρικτικό περιβάλλον, απαλλαγμένο από εξαρτητικές ουσίες.

2. Θεραπεία ανεξάρτητα από γένος, φυλή, εθνικότητα, χρώμα, δόγμα, πολιτικές πεποιθήσεις, σεξουαλικές προτιμήσεις, οικογενειακή κατάσταση, θρησκεία, καταγωγή, ταυτότητα, ηλικία, ιδιότητα στρατιωτικού ή βετεράνου πολέμου, πνευματική και σωματική αναπηρία, κατάσταση υγείας, ποινικό μητρώο ή καθεστώς κοινωνικής πρόνοιας.
3. Αξιοπρέπεια, σεβασμό, υγεία και ασφάλεια συνεχώς.
4. Γνώση της φιλοσοφίας και των μεθόδων του προγράμματος
5. Ακριβή πληροφόρηση σχετικά με τους τρέχοντες κανονισμούς του προγράμματος, καθώς επίσης και τις κυρώσεις, τα πειθαρχικά μέτρα και τις τυχόν τροποποιήσεις των δικαιωμάτων.
6. Προσφυγή σε θεσμοθετημένη διαδικασία, ώστε να καταγράφονται τα παράπονα τους που αφορούν την εφαρμογή όλων των κανονισμών, των κυρώσεων, των πειθαρχικών μέτρων και των τροποποιήσεων των δικαιωμάτων.
7. Καθορισμό όλων των εξόδων που πρέπει να καταβληθούν, της μεθόδου και του χρονοδιαγράμματος των πληρωμών, καθώς και της διαθεσιμότητας χρημάτων και προσωπικών αντικειμένων κατά τη διάρκεια του προγράμματος, όπως επίσης και κατά τη αποχώρηση από αυτό.
8. Απόρρητο των πληροφοριών που αφορούν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα και όλων των φακέλων των μελών, σύμφωνα με τη νομοθεσία της χώρας.
9. Πρόσβαση στους προσωπικούς φακέλους με βάση οδηγίες εγκεκριμένες από το αρμόδιο όργανο και δικαίωμα προσθήκης δηλώσεων που αντικρούουν ή αποσαφηνίζουν τις πληροφορίες που περιέχονται στους φακέλους αυτούς.

- 10.Αποχώρηση από το πρόγραμμα ανά πάσα στιγμή, χωρίς σωματική ή ψυχολογική παρενόχληση.
- 11.Προσωπική επικοινωνία με συγγενείς και φίλους για ενημέρωση τόσο κατά την εισαγωγή τους στην κοινότητα όσο και μετά, σύμφωνα προς τους κανονισμούς του προγράμματος εκτός και αν δεν επιτρέπεται για λόγους που τεκμηριώνονται από το θεραπευτικό σχεδιασμό.
- 12.Προστασία από πραγματική σωματική τιμωρία ή σχετική απειλή, από σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση και από καταναγκαστικό φυσικό περιορισμό.
- 13.Παροχή θρεπτικής τροφής, ασφαλούς και κατάλληλης στέγης, δυνατότητας για σωματική άσκηση και για επαρκή κάλυψη των αναγκών ατομικής υγιεινής.
- 14.Ιατρική περίθαλψη από επαγγελματίες και δικαίωμα άρνησης της.
- 15.Δυνατότητα να λαμβάνουν νομικές συμβουλές και να εκπροσωπούνται ενώπιον του νόμου, όταν αυτό απαιτείται.
- 16.Τακτική επαφή κάθε μέλους του προγράμματος που είναι γονιός με το παιδί ή τα παιδιά του / της.
- 17.Όταν εργάζονται ως μέλη του προσωπικού, έχουν δικαίωμα σε σαφή καθορισμό των ευθυνών που τους ανατίθενται, σε επαρκή εκπαίδευση, επαρκή στήριξη και εποπτεία από το προσωπικό (συμπεριλαμβανόμενης της αξιολόγησης και της ανατροφοδότησης ), χωρίς εκμετάλλευση και με το δικαίωμα να αρνηθούν τη θέση, χωρίς να τους προσαφθεί γι' αυτό κατηγορία.
- 18.Καθοδήγηση και βοήθεια, όταν αφήνουν το πρόγραμμα για οποιονδήποτε λόγο, σχετικά με άλλες υπηρεσίες υγείας, πηγές οικονομικής βοήθειας και χώρους διαμονής.

19. Προστασία από εκμετάλλευση ( αυτό αφορά επίσης τους γονείς και την οικογένεια του μέλους) προς όφελος του φορέα ή του προσωπικού που εργάζεται σε αυτόν (Κ.Ε. Θ. Ε. Α. 2007 : 55).

#### **4.8.3. Το τρίτο στάδιο της θεραπευτικής πορείας: το Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης**

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

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



Με βάση τις αλλαγές που έχει πραγματοποιήσει μέχρι τώρα στο επίπεδο της ψυχικής οργάνωσης και των λειτουργιών του, το μέλος της Κοινωνικής Επανάταξης σε αυτό το στάδιο είναι πια ικανό να δώσει αξία στη σχέση του με την κοινωνική πραγματικότητα. Βέβαια αυτό δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη την άκριτη αποδοχή του κοινωνικού κατεστημένου και όσων κριτικάριζε ή και καταδίκασε πριν. Συνεπάγεται απλά και μόνο τη δυνατότητα να αντικρίσει την πραγματικότητα κατάματα, χωρίς μύθους και χωρίς φυγές, να αντέξει τις δυσκολίες, τις ματαιώσεις, την απογοήτευση και να αναζητήσει λύσεις στηριγμένο στις δικές του δυνάμεις ( Μάτσα 2003).

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

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

- 1. Επαγγελματική κατάρτιση, δημιουργική εργασία*
- 2. Συμμετοχή σε εκπαιδευτικές και άλλες πνευματικές δραστηριότητες.*
- 3. Καλλιέργεια ενδιαφερόντων, ενθάρρυνση πρωτοβουλιών*
- 4. Συμμετοχή σε αθλητικές και άλλες ομαδικές δραστηριότητες.*
- 5. Συμμετοχή σε καλλιτεχνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες*
- 6. Συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας (ΑΑ και ΝΑ).*

7. *Επεξεργασία στρατηγικών αντιμετώπισης του stress και άλλων καταστάσεων υψηλού κινδύνου.*
8. *Δημιουργία συστήματος κοινωνικών στηριγμάτων*
9. *Δημιουργία νέων σχέσεων. Ανάπτυξη πνεύματος συλλογικότητας και μαχητικότητας.*
10. *Ανάληψη ενός σημαντικού για τον ίδιο και τους άλλους ρόλου στα πλαίσια ενός αυτόνομου, ελευθέρου από ναρκωτικά, αλκοόλ και άλλες ουσίες, νέου τρόπου ζωής με αξίες, ιδανικά, οράματα.*
11. *Επιδίωξη συγκεκριμένων στόχων στη βάση των συγκεκριμένων κάθε φορά αναγκών και στα πλαίσια ενός σταθερά επιδιωκόμενου υψηλού στόχου ζωής.*
12. *Κατάκτηση αυτοεκτίμησης, αυτοελέγχου, αισθήματος προσωπικής επάρκειας.*
13. *Αλλαγή του τρόπου θεώρησης των πραγμάτων και του εαυτού. Διαλεκτική προσέγγιση. Ανάπτυξη της κριτικής σκέψης και συνείδησης, παράλληλα με την συναισθηματική έκφραση. Σεβασμός της διαφορετικότητας.*
14. *Σχεδιασμός, προγραμματισμός μέσα στον χρόνο. Διαλεκτική άρνηση «εδώ και τώρα». Ανάληψη ευθυνών.*
15. *Ανεξαρτησία, σε όλα τα επίπεδα, από την πατρική οικογένεια. Ανεξάρτητη διαμονή.*
16. *Πάλι για την διασφάλιση όλων των ανθρώπινων και δημοκρατικών δικαιωμάτων του, σε σύγκρουση με το επικρατούν κλίμα διακρίσεων και κοινωνικό ρατσισμού (Μάτσα, 2004 :49 – 66).*

#### **4.8.3.1 Ο τρόπος λειτουργίας του Κέντρου Κοινωνικής Επανάταξης**

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

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

Τον κεντρικό ρόλο στο στάδιο της Κοινωνικής Επανάταξης παίζει η εύρεση εργασίας, όχι περιστασιακή, αλλά κατά προτίμηση μόνιμη και μετά από επιλογή του μέλους, καθώς μέσα από αυτήν θα είναι σε θέση να ικανοποιεί τις ανάγκες του, να στηρίζεται στις δικές του δυνάμεις και να καταφέρει να είναι ανεξάρτητο σε όλα τα επίπεδα. Για τον λόγο αυτό το Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης ενός «στεγνού» θεραπευτικού προγράμματος παρέχει επαγγελματικό προσανατολισμό, ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης, πρόσβαση σε εργαστήρια και σε συνεργασία με άλλους φορείς κατευθύνει το μέλος στην επαγγελματική

αποκατάσταση, ώστε να επιλέγεται ελεύθερα τόσο η μορφή, όσο και το περιεχόμενο της επαγγελματικής του θεραπευόμενου μέλους (Ψ. Ν. Α. – Μονάδα Απεξάρτησης « 18 ΑΝΩ», ΚΕ. Θ. Ε. Α. 2006).

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

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

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

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

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

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

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

Η συμβολή της συμμετοχής της οικογένειας στη συνολική θεραπευτική προσπάθεια απεξάρτησης, έχει επισημανθεί από πολλούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Χαρακτηριστικά ο Hubert, σχολιάζοντας

τη σχέση της οικογένειας με την συντήρηση του προβλήματος της εξάρτησης, διατυπώνει την άποψη του ως εξής: «*Αν δεν είσαι μέρος της λύσης, τότε είσαι ένα μέρος του προβλήματος*» (Ζλατάνος, 2005).

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

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

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

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

1. *Άγνοια της εξάρτησης και γενικών γνώσεων για τα ναρκωτικά .*

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

(Ζλατάνος 2005)

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

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

*«Υπάρχουν τρεις βασικοί λόγοι για τους οποίους απαιτείται η εμπλοκή της οικογενείας στη θεραπεία, ο πρώτος είναι για να αλλάξει το εξαρτημένο άτομο τη συμπεριφορά του, ο δεύτερος για να αλλάξουν τα άλλα μέλη τη δική τους συμπεριφορά και στάση που ενισχύει την εξάρτηση, και ο τρίτος για να τροποποιηθεί η δυναμική που αναπτύσσεται μέσα στην*

*οικογένεια και έχει αρνητικές επιπτώσεις για όλα τα μέλη της».*  
(Πουλόπουλος 2005 :132).

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

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

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



τους σε νέες βάσεις στηριγμένα στις δικές τους δυνάμεις (Ζλατάνος 2005).

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

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

#### **4.10 Η θεραπευτική ομάδα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων**

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

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

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

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

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

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

1. Να συμπεριφέρονται ως ώριμα και θετικά πρότυπα.

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

#### 4.11 Ανακεφαλαίωση

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

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

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

#### 5.1 Εισαγωγή

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

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

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

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

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

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

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

## 5.2 Η έννοια των θεραπευτικών προγραμμάτων με υποκατάστατα

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

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

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

Η ουσία χρησιμοποιήθηκε στην κλινική εφαρμογή ως αντιβηχικό, σπασμολυτικό και παυσίπονο. Προκαλεί σωματική και ψυχική εξάρτηση μετά από συστηματική χρήση και το στερητικό σύνδρομο που προκύπτει από την απότομη διακοπή της είναι παρόμοιο ποιοτικά με το στερητικό της μορφίνης και της ηρωίνης, ελαφρά ηπιότερο αλλά, λόγω της μεγάλης

ημιπεριόδου ζωής της μεθαδόνης, διαρκεί πολύ περισσότερες ημέρες και ως εκ τούτου είναι βασανιστικότερο (Λιαππας 1999).

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

Στην αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων της στέρησης μέσα σε ειδικά κέντρα σωματικής αποτοξίνωσης και

Στα «Προγράμματα συντήρησης ή υποκατάστασης με Μεθαδόνη» (Methadone Maintenance Program) (Ζαφειρίδης 1983)

### **5.3 Φιλοσοφία και οι βασικές αρχές των προγραμμάτων υποκατάστασης**

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

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



περιορισμένων και εντατικότερων υπηρεσιών, για ένα ποσοστό μελών του, με στόχο την ανεξάρτηση.

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

Τα προγράμματα υποκατάστασης ξεκίνησαν στην Ελλάδα,

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Η χορήγηση μεθαδόνης από το στόμα εξαφανίζει τους κινδύνους από τις συχνές ενέσεις ηρωίνης (AIDS, ηπατίτιδες, αποστήματα κ.λ.π.)
- 2) Παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης των εξαρτημένων από ειδικευμένο προσωπικό και γίνεται προσπάθεια επανένταξης.
- 3) Η χορήγηση μεθαδόνης κάτω από ιατρική παρακολούθηση σε εξατομικευμένες δόσεις αποκαθιστά την παραγωγικότητα και τη διάθεση για εργασία.
- 4) Η εμπλοκή του χρήστη με το Νόμο ελαττώνεται σημαντικά.
- 5) Αποφεύγεται η διάδοση της χρήσης ηρωίνης από χρόνιους ηρωινομανείς (βαποράκια).
- 6) Ελάττωση κυκλοφορίας ηρωίνης στην παράνομη αγορά. Η παράνομη δράση των εμπόρων δυσκολεύεται.

- 7) Ελάττωση κυκλοφορίας άλλων εθιστικών ουσιών που χρησιμοποιούν οι ηρωινομανείς.
- 8) Η καθημερινή ανάγκη λήψης μεθαδόνης υποχρεώνει τους εξαρτημένους σε συνεχή παρουσία. Τυχόν απουσία θα οφείλεται σε ειδικούς λόγους (ασθένεια, υποτροπή) οι οποίοι εύκολα ελέγχονται.
- 9) Η νοσηλεία ηρωινομανών σε δημόσια ψυχιατρεία και ειδικά κέντρα υψηλού κόστους θα είναι ελαττωμένη.
- 10) Η προσπάθεια της πλήρους και οριστικής απεξάρτησης του εξαρτημένου που μπαίνει σε πρόγραμμα μεθαδόνης είναι η τελική επιδίωξη. Για το λόγο αυτό διατίθενται και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης (Ρογκότης 1994).

#### **5.4 Οι στόχοι και τα μέσα θεραπείας των προγραμμάτων υποκατάστασης**

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

Η εξάρτηση και δει από οπιούχα, είναι μια σύνθετη βιοψυχοκοινωνική πραγματικότητα και η θεραπευτική προσπάθεια απαιτεί γνώση, αξιολόγηση και επίλυση πολλαπλών παραμέτρων. Για παράδειγμα σωματικών, όπως η σωματική εξάρτηση, η πολυτοξικομανία

και οι πιθανές συνοδευτικές ασθένειες, αλλά και ψυχικών παραμέτρων όπως η ψυχαναγκαστική επανάληψη της χρήσης, η γενικότερη ψυχοπαθολογία ως αιτιολογικός παράγων ή ως αποτέλεσμα της χρήσης. Τέλος και κοινωνικών παραμέτρων, όπως για παράδειγμα η διακοπή της εκπαίδευσης, η έλλειψη επαγγέλματος, η ανεργία, οικονομικά προβλήματα, εμπλοκές με τη δικαιοσύνη, εμπλοκές με τα κυκλώματα διακίνησης ουσιών, έλλειψη υγιών κοινωνικών σχέσεων κ.α.

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

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

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

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

### **5.5 Η ανάπτυξη των προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα**

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

Τα προγράμματα είναι αυστηρών προδιαγραφών και υψηλών απαιτήσεων. Υποδέχονται εξαρτημένους άνω των 23 ετών και μετά από μία τουλάχιστον αποτυχημένη προσπάθεια απεξάρτησης, σε ελεύθερα ουσιών προγράμματα. Έχουν ως στόχο την απεξάρτηση. Η μείωση της βλάβης αποτελεί στόχο, μόνο στο βαθμό που υπόκειται σ' αυτόν της απεξάρτησης. Η προσπάθεια να αποτελέσει η μείωση της βλάβης αυτόνομο στόχο, τμήματος τουλάχιστον των προγραμμάτων μεθαδόνης, δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί.

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

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

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

## **5.6 Ειδικότερα ζητήματα για την λειτουργία των κέντρων και θεραπευτικά εργαλεία .**

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

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

### **5.6.1.Επαρκής εξατομικευμένη δοσολογία:**

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



### **5.6.2 Ψυχοκοινωνική στήριξη:**

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

### **5.6.3 Παράλληλη χρήση, υποτροπές:**

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

Για τον έλεγχο της παράλληλης χρήσης, είναι απαραίτητο να είναι ενήμερος ο θεραπευτής και να έχει αναπτύξει τέτοια θεραπευτική σχέση, που επιτρέπει τη συζήτηση αυτών των θεμάτων. Η εξ' αρχής απειλή

αποβολής από το πρόγραμμα δεν είναι επικοδομητική. Στο μέτρο όμως κατά το οποίο, ο θεραπευτής θεωρεί ότι έχει εξαντλήσει τις θεραπευτικές του προσπάθειες και η παράλληλη χρήση θέτει σε κίνδυνο την ασφαλή χορήγηση του υποκατάστατου, μπορεί να διακοπεί η χορήγηση του.

#### **5.6.4 Αποβολή από το πρόγραμμα:**

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

Τέτοιους λόγους κατά κανόνα αποτελούν:

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

### **5.6.5 Ουροληψίες:**

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

### **5.6.6 Δόσεις για το σπίτι (Take home):**

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

Σε κάποιες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, επιβάλλεται η χορήγηση να γίνεται στους χώρους των εξειδικευμένων κέντρων και υπο το διαρκεί έλεγχο του προσωπικού. Πολύ περισσότερο σ' αυτές τις χώρες, γίνεται φανερό ότι αυτό, πολλές φορές, δεν είναι δυνατόν. Ασθένειες που απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο ή και στο σπίτι,

κοινωνικές αναγκαιότητες, εργασία, κόπωση από την καθημερινή και επί χρόνια προσέλευση σε μονάδες, επιβάλλουν τη χορήγηση δόσεων υποκατάστατου στο σπίτι (Take home).

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

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

#### **5.6.7 Εμπλοκές με διωκτικές και δικαστικές αρχές:**

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

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

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

#### **5.6.8 Προσωρινή ένταξη ασθενών από άλλες χώρες:**

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

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

Προϋποθέσεις αυτών των μετακινήσεων είναι:

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

- Η προκαθορισμένη διάρκεια της προσωρινής χορήγησης.

### **5.6.9 Ψυχιατρική συνοσηρότητα:**

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

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

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

Τα εξαρτημένα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας βοηθούνται από τα προγράμματα υποκατάστατων, μέσα από τη δομή του προγράμματος, το οποίο δομεί και τον τρόπο ζωής τους, την παρακολούθηση τους από ψυχιάτρους και ψυχολόγους και τη φαρμακολογική δράση των ουσιών υποκατάστασης. Πολλές φορές όμως

και ιδίως για τα άτομα με μόνιμα, ψυχωσικού χαρακτήρα, προβλήματα ψυχικής υγείας, είναι απαραίτητη η ψυχιατρική νοσηλεία.

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

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

## **5.7 «ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ»**

### **5.7.1 Άτομα προσβεβλημένα από τον ιό της ηπατίτιδας και HIV/AIDS:**

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

Η ηπατίτιδα C αποτελεί πολύ σημαντικό πρόβλημα, καθώς προσβάλλει τη συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών ηρωίνης, που πολλές φορές φθάνει στο 90%. Η ενδοφλέβια χρήση της νοθευμένης

ηρωίνης και ο συνδεδεμένος με αυτή τρόπος ζωής, επιβαρύνει σημαντικά τον πάσχοντα από ηπατίτιδα. Ο καθορισμός της δόσης του υποκατάστατου θα πρέπει να παίρνει υπόψη του την ηπατική λειτουργία του ασθενούς και την επίδρασή της στο μεταβολισμό του υποκατάστατου.

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

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

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

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



### 5.7.2 Εγκυμοσύνη και στερητικό σύνδρομο νεογνών:

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

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

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

Στα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες εξαρτημένες από οποιοειδή, θα πρέπει να αναμένεται η εμφάνιση νεογνικού στερητικού συνδρόμου. Κατά κανόνα το σύνδρομο αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο μιας

μαιευτικής κλινικής, αρκεί το ιατρικό προσωπικό να είναι ενήμερο, πράγμα που διασφαλίζεται με την συνεργασία του θεραπευτικού προγράμματος με την κλινική και αρκεί βέβαια να υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς σε ειδικές μονάδες, στην περίπτωση επιπλοκών.

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

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

## **5.8 Οι βασικές προϋποθέσεις ένταξης στα προγράμματα υποκατάστασης**

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

§ Καταναγκαστική επανάληψη χρήσης της ουσίας.

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

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

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

Θα πρέπει να λαμβάνεται πλήρες ιστορικό, με βιογραφικά στοιχεία, ιστορικό της χρήσης ουσιών, των θεραπευτικών προσπαθειών που προηγήθηκαν, άλλων ασθενειών του χρήστη. Θα πρέπει να γίνονται ιατρικές εξετάσεις με εργαστηριακή υποστήριξη, ψυχιατρική εκτίμηση, λήψη και καταγραφή του κοινωνικού ιστορικού. Οι συνθήκες ζωής του

εξαρτημένου, κατά την περίοδο της εισαγωγής του στο πρόγραμμα, θα πρέπει να συζητούνται διεξοδικά.

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

Ο θεραπευτής οφείλει να ενημερώνει πλήρως τον ασθενή, για τις θεραπευτικές επιλογές που του προσφέρει το πρόγραμμα, για τον τρόπο δράσης, τις παρενέργειες και τις συνέπειες χρήσης των υποκατάστατων που θα χρησιμοποιηθούν. Οφείλει επίσης να γίνεται ενημέρωση, για την επικινδυνότητα της παράλληλης προς τα οπιούχα χρήσης και άλλων ουσιών. Τέλος ο ασθενής θα πρέπει να είναι πλήρως ενήμερος για τις υποχρεώσεις του απέναντι στο πρόγραμμα. (Γαζγαλίδης, 2003).

### **5.8.1 Ηλικία έναρξης θεραπείας υποκατάστασης:**

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

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

Η ηλικία χρήσης, ο χρόνος δηλαδή χρήσης ηρωίνης.

Το επίπεδο ανοχής που έχει αναπτύξει ο εξαρτημένος.

Η κατάσταση της γενικής του υγείας.

Η αλλοτρίωση της καθημερινής ζωής και των προτεραιοτήτων του, σε βαθμό που καθιστά απίθανη την αναζήτηση άλλης μορφής θεραπείας. (Γαζγαλίδης 2003)

### **5.8.2 Ο χώρος λειτουργίας των προγραμμάτων υποκατάστασης:**

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

Η λειτουργία των μονάδων χορήγησης υποκατάστατων, μέσα στον ιστό της πόλης, παράγει κάποια εγγενή προβλήματα. Ο μέσος πολίτης αποδέχεται περισσότερο ένα κλειστό ελεύθερο ουσιών πρόγραμμα, όταν και αυτό δεν έχει εγκατασταθεί ακριβώς στην περιοχή του. Αυτό συμβαίνει πρώτον διότι ένα ελεύθερο ουσιών πρόγραμμα,

ανταποκρίνεται καλύτερα στα στερεότυπα του περί αντιμετώπισης της εξάρτησης, και δεύτερον διότι ένα κλειστό πρόγραμμα, αποσύρει από την κοινή θέα έναν αριθμό εξαρτημένων.

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

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

## **5.9 Η υπάρχουσα κατάσταση των προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα**

Σύμφωνα με το νόμο 2162/ 93 και σχετικές υπουργικές αποφάσεις προσδιόρισαν το πλαίσιο λειτουργίας των προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ελλάδα. Τα υποκατάστατα χορηγούνται μόνο μέσα από εξειδικευμένα κέντρα, με υποχρεωτική την καθημερινή παρουσία των ληπτών.

Δικαιούνται να συμμετέχουν σε αυτά εξαρτημένοι χρήστες ηρωίνης, άνω των 22 ετών, οι οποίοι έχουν μια τουλάχιστον

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

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

Εξχωριστή λίστα αναμονής υπάρχει για κάθε μια από τις δομές Βουπρενορφίνης (εξαίρεση αποτελεί το Ιατρείο Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων Περιστερίου, στο οποίο πραγματοποιούνται εισαγωγικές από την ενιαία λίστα αναμονής του Ο.Κ.Α.Ν.Α. για τις περιοχές της Αθήνας και του Πειραιά) . Συνολικά 535 άτομα βρίσκονται σε αναμονή της ένταξής τους σε 7 προγράμματα Υποκατάστασης Βουπρενορφίνης. Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν 16 μονάδες θεραπείας και αποκατάστασης σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Κ.Α.Ν.Α. 2005 λειτουργούν τα εξής προγράμματα:

§ Προγράμματα Υποκατάστασης

Α' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας

Β' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας

Γ' Μονάδα Υποκατάστασης Πειραιά

Δ' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας

Α' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης

Β' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης

Γ' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης

Θεραπευτική Μονάδα Αντιμετώπισης Εξαρτημένων Χανίων

Ε' Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας Βουπρενορφίνης

§ Εξωτερικά ιατρεία / μονάδες υποκατάστασης σε νοσοκομεία

Μονάδα Υποκατάστασης Λάρισας

Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Λαμίας

Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Λιβαδειάς

Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Βουπρενορφίνης Αγρινίου

Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Βουπρενορφίνης Ρόδου

Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Χαλκίδας

Ιατρείο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων Περιστέρι.

(Ο.Κ.Α.Ν.Α. 2006)



## 5.10 Η εκτίμηση του θεραπευτή και οι ενδείξεις θεραπείας

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

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

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

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

Σήμερα, πρακτικά οι θεραπευτικές επιλογές είναι τρεις.

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

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

**Τα περιορισμένα χρονικά προγράμματα υποκατάστασης**, έχουν ως στόχο την αποχή και την ουσία υποκατάστασης. Είναι κατά κανόνα προγράμματα υψηλότερων απαιτήσεων και απευθύνονται σε σχετικά περιορισμένο πληθυσμό εξαρτημένων. Άτομα μικρής ηλικίας, χαμηλής περιθωριοποίησης και εμπλοκής με την εγκληματικότητα, με καλό υποστηρικτικό περιβάλλον, έχουν ένδειξη συμμετοχής σε τέτοια

προγράμματα. Αλλά ακόμη και εξαρτημένοι που συμμετείχαν σε μακρόχρονα προγράμματα υποκατάστασης και εκτιμάται από τους ίδιους και τους θεραπευτές τους, ότι έχει ωριμάσει το αίτημα της απεξάρτησης και ότι για να κάνουν το βήμα της αποχής, απαιτείται η συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα υψηλότερων προδιαγραφών.

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

### **5.11 Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που παρέχονται στα προγράμματα υποκατάστασης**

#### **Φαρμακολογική άποψη**

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

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

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

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

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

### **Μεθαδόνη:**

Κατηγορία: Οπιοειδή.

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

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

Διάρκεια δράσης: Τουλάχιστον 24 ώρες.

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

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

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

### **Βουπρενορφίνη:**

Κατηγορία: Οπιοειδή.

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

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

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

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

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

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

### **Ναλτρεξόνη:**

Κατηγορία: Οπιοειδή.

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

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

Διάρκεια δράσης: Από μια έως και τρεις μέρες.

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

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

Πλεονεκτήματα: Δεν είναι εξαρτησιογόνος ουσία.

## **5.12 Το πλαίσιο χορήγησης υποκατάστατων ουσιών στους τοξικοεξαρτημένους**

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

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

- ✓ Όλα τα υποκατάστατα είναι οπιοειδή μακράς δράσης και συνεπώς η πραγματική κλινική εικόνα της δραστηριότητας τους, εμφανίζεται μετά τις 3- 4 πρώτες ημέρες χορήγησης.
- ✓ Ο βαθμός ανοχής που έχει αναπτύξει ο εξαρτημένος, είναι διαφορετικός και θα πρέπει να διερευνηθεί από το ιστορικό του, από την κλινική εξέταση πριν την έναρξη της χορήγησης, από την ανάπτυξη ειλικρινούς θεραπευτικής

σχέσης μαζί του, και εν τέλει να πιστοποιηθεί μέσα από τη σταδιακή αύξηση της δοσολογίας του υποκατάστατου.

- ▼ Η ανάπτυξη ανοχής «προδίδεται» από την ποσότητα και τη συχνότητα χρήσης της ηρωίνης. Η παράνομη ηρωίνη πάντως μπορεί να διαφέρει σημαντικά σε καθαρότητα, τόσο στο χρόνο όσο και στο χώρο.
- ▼ Η θεραπευτική δόση του υποκατάστατου ποικίλει, ανάλογα με το θεραπευτικό στόχο. Η έναρξη της χορήγησης γίνεται πάντα από χαμηλές δοσολογίες, η αύξηση είναι σταδιακή και υπο ιατρική παρακολούθηση. Σωστή θεραπευτική δόση, για ένα σύντομο πρόγραμμα υποκατάστασης, είναι αυτή που εξαλείφει τα στερητικά φαινόμενα, ενώ για ένα μεσομακρόχρονο πρόγραμμα, σωστή δόση είναι αυτή που εξαλείφει τα στερητικά φαινόμενα και την «πείνα για ηρωίνη».
- ▼ Μέχρι τη σταθεροποίηση της δόσης, η ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς, είναι καλό, να είναι καθημερινή. Η περίοδος μέχρι τη σταθεροποίηση της δόσης, μπορεί να διαρκέσει από έναν έως τρεις μήνες. Η ανάπτυξη μιας καλής θεραπευτικής σχέσης επιταχύνει τους χρόνους. Περαιτέρω αύξηση της δόσης, μετά τη σταθεροποίηση, θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού για το θεραπευτή. Όπως αντικείμενο προβληματισμού θα πρέπει να αποτελούν και τα πρώιμα αιτήματα μείωσης της δόσης των υποκατάστατων.
- ▼ Μετά τη σταθεροποίηση της δόσης του υποκατάστατου, και εφόσον ο ασθενής απέχει από τη χρήση ηρωίνης για ικανό χρονικό διάστημα, στο οποίο μάλιστα προχωράει και σε σημαντικές αλλαγές του τρόπου ζωής του, μπορεί να



επιχειρηθεί η μείωση της δόσης. Προϋπόθεση για τη σχεδιασμένη μείωση της δόσης είναι η σύμφωνη γνώμη του θεραπευόμενου. Ο θεραπευτής θα πρέπει να παίρνει υπόψη του, ότι η αποχή είναι μόνο μια επιλογή, η συνέχιση του προγράμματος με όρους συντήρησης είναι άλλη.

- ▼ Η προγραμματισμένη μείωση της δόσης των υποκατάστατων, γίνεται με ρυθμούς σαφώς βραδύτερους, από την έναρξη της χορήγησής τους και με διαρκεί εκτίμηση του αποτελέσματος που επιφέρει, τόσο από τον θεραπευτή όσο και από τον θεραπευόμενο. Στις τελευταίες φάσης μείωσης της δόσης, μπορεί να απαιτηθεί φαρμακευτική στήριξη της προσπάθειας, με αντικαταθλιπτικά ή κλονιδίνη.
- ▼ Σε όλη τη διάρκεια της χορήγησής τους, τα υποκατάστατα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως φάρμακα. Η δοσολόγησή τους πρέπει να υπόκειται σε ιατρικούς κανόνες και να μην χρησιμοποιείται ως πειθαρχικό μέσο.
- ▼ Η ασφαλής χορήγηση των υποκατάστατων είναι η πρώτη προτεραιότητα των προγραμμάτων χορήγησης τους. (Γαζγαλίδης 2003)

### **5.13 Ιατρική και ψυχοκοινωνική φροντίδα**

Μετά την ασφαλή χορήγηση υποκατάστατων, η παροχή υπηρεσιών ιατρικής και ψυχοκοινωνικής στήριξης των ασθενών, θα πρέπει να αποτελεί τη σημαντικότερη φροντίδα των προγραμμάτων υποκατάστασης, η στελέχωση, η επάρκεια των χώρων και ο εξοπλισμός

τους, θα πρέπει να ανταποκρίνεται στοιχειωδώς και σ' αυτήν την αναγκαιότητα.

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

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

### **A) Ιατρική φροντίδα**

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

ενημερώνεται και καθοδηγείται για την αντιμετώπιση των παθολογικών καταστάσεων.(Γαζγαλίδης,2002).

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

### **B) Κοινωνική Φροντίδα**

Σχεδιάζεται από τον θεραπευτή, ή τη θεραπευτή, ή την θεραπευτική ομάδα, ανάλογα με το κοινωνικό ιστορικό και τις επίκαιρες ανάγκες του ασθενούς. Στοχεύει στην κινητοποίηση και την ενίσχυση των προσπαθειών του, για τη διασφάλιση των βασικών για τη ζωή αγαθών, την επανασύνδεση του με το κρατικό προνομιακό σύστημα, την απομάκρυνση από τα κυκλώματα χρήσης και διακίνησης παράνομων ουσιών και την εργασιακή ένταξη ή επανένταξη του.(Γαζγαλίδης,2002).

### **Γ) Ψυχοθεραπευτική Φροντίδα**

Υπόκειται στους περιορισμούς ενός ανοικτού μαζικού προγράμματος για εξαρτημένους. Αποκτά ουσιαστικό περιεχόμενο, μόνο με την οικειοθελή και ουσιαστική συμμετοχή του θεραπευόμενου. Μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο εντατική, κατά περίπτωση και

στα διάφορα στάδια εξέλιξης της θεραπευτικής προσπάθειας. Η περίοδος της εισαγωγής και της σταθεροποίησης ενός ατόμου σε πρόγραμμα υποκατάστασης και η περίοδος αποχώρησής του από αυτό, είναι πολύ σημαντικές από την άποψη της ψυχοθεραπευτικής του υποστήριξης. (Γαζγαλίδης,2002).

Ο όρος ψυχοθεραπεία δεν αναφέρεται σε κάποια συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική μέθοδο, άλλα σε κάθε δοκιμασμένη μέθοδο, η οποία αποτελεί «κτήμα» του θεραπευτικού προσωπικού και μπορεί να στοχεύει, στην ενίσχυση του κινήτρου για αλλαγές στη ζωή του χρήστη ουσιών, στην πρόληψη υποτροπών, στο γενικότερο έλεγχο αντικοινωνικών και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, στη θεραπεία ψυχοπαθολογικών φαινομένων. (Γαζγαλίδης,2002).

### **Ανακεφαλαίωση**

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

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

Τα προγράμματα υποκατάστασης διακατέχονται από την ιατροκεντρική θεωρία και βλέπουν τον ουσιοεξαρτημένο ως ασθενή . Στηριζόμενα λοιπόν σε αυτή τη λογική γίνεται χορήγηση μεθαδόνης και

βουπρενορφίνης με σκοπό την αποχή του ασθενή από την ουσία, κυρίως της ηρωίνης .

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

Τα κριτήρια για να γίνει κάποιος ουσιοεξαρτημένος, μέλος ενός προγράμματος υποκατάστατων είναι: να έχει συμπληρώσει το 22 έτος και να έχει αποτύχει τουλάχιστον μία (1) φορά σε ένα στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα .

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

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ .**

#### **6.1 Εισαγωγή**

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

Η φάση την οποία διανύει το άτομο κατά την πορεία του στην χρήση και η επιθυμία του ή όχι για διακοπή της ή όχι, αλλά και η επιλογή των συνθηκών που επιθυμεί να γίνει αυτή, καθορίζουν για παράδειγμα αν το συγκεκριμένο άτομο θα προσεγγίσει ένα «στεγνό» θεραπευτικό

πρόγραμμα ή ένα πρόγραμμα υποκατάστασης, ένα κέντρο μείωσης της βλάβης ή μια ομάδα αυτοβοήθειας, κ.α.

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

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

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

## **6.2 Προγράμματα μείωσης της βλάβης**

Το τελευταία χρόνια, έκαναν την εμφάνισή τους διεθνώς, υπηρεσίες και προγράμματα που απευθύνονται σε ενεργούς χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, με στόχο να δράσουν προληπτικά στην περαιτέρω επιδείνωση της υγείας τους, και να επιχειρήσουν να

βελτιώσουν την καθημερινότητά τους μέσα στην κατάχρηση, ενθαρρύνοντας τους σταδιακά για την αλλαγή στάσης ζωής.

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

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

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

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

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



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

Η προσέγγιση της μείωσης της βλάβης, δεν είναι αντίθετη των προσπαθειών για αποτοξίνωση και αποχή από την χρήση ουσιών, απλώς αναγνωρίζει ότι για πολλούς χρήστες αυτές, αποτελούν μακροπρόθεσμους στόχους. Θεωρεί λοιπόν, επιτυχία και τη μεγαλύτερη μείωση της βλάβης, που είναι η αποχή, αλλά έστω και τη μικρότερη, που μπορεί να είναι, για παράδειγμα η ασφαλέστερη χρήση. (Γαζγαλίδης, 2005)

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

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

Επομένως, τίποτα δεν συνηγορεί στον ανταγωνισμό των προγραμμάτων. Αντίθετα, στο πλαίσιο ενός πλουραλιστικού θεραπευτικού μοντέλου, τα προγράμματα μείωσης της βλάβης και τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα, οφείλουν να συνεργάζονται,

προκειμένου να επιτύχουν τη βέλτιστη κάλυψη των αναγκών των χρηστών. (Γαζγαλίδης, 2005)

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

*« Η στόχευση για τη μείωση της βλάβης:*

- κατανοεί ότι η χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών είναι μέρος της ζωής μας, και επιλέγει να εργαστεί για την ελαχιστοποίηση των βλαβερών συνεπειών τους, παρά να υποβαθμίζει, να αγνοεί ή να καταδικάζει το πρόβλημα*
- αντιλαμβάνεται την κατάχρηση ουσιών ως πολυσύνθετο φαινόμενο, το οποίο στη διαδρομή του, μπορεί να περιλαμβάνει ένα αλληλοδιάδοχο σχήμα συμπεριφορών του χρήστη, από τον εξαιρετικά επικίνδυνο τρόπο χρήσης έως και την αποχή από την χρήση, και θεωρεί ότι ορισμένοι τρόποι χρήσης είναι σαφώς ασφαλέστεροι από άλλους*

- θέτει ως κριτήριο της επιτυχίας των παρεμβάσεων της , την ποιότητα της ατομικής και κοινωνικής ζωής και την υπαρξιακή ευεξία, και όχι απαραίτητα τη διακοπή της χρήσης όλων των ουσιών
- καλεί την κοινότητα στη ρεαλιστική ανάγνωση, της πραγματικότητας , και στην αποφυγή της απόρριψης και της περιθωριοποίησης των χρηστών
- θεωρεί, ότι οι χρήστες ουσιών, θα πρέπει να έχουν ουσιαστική συμμετοχή στο σχεδιασμό των προγραμμάτων και των πολιτικών που τους αφορούν
- θεωρεί, ακόμη, ότι οι ίδιοι οι χρήστες ουσιών, είναι ο σημαντικότερος λειτουργικός παράγοντας για τη μείωση της βλάβης, και ενισχύει την ανταλλαγή πληροφοριών, την αλληλοϋποστήριξη και την αυτοβοήθεια, με στόχο τη διαμόρφωση στρατηγικών , που θα απαντούν στις πραγματικές συνθήκες χρήσης
- αναγνωρίζει ότι αντικειμενικά στοιχεία , όπως είναι η φτώχεια, ο ρατσισμός, ο κοινωνικός αποκλεισμός και άλλες κοινωνικές ανισότητες , επιδρούν τόσο στην ευπροσβλητότητα των ανθρώπων , όσο και στην ικανότητα τους να διαχειρίζονται τις συνέπειες της κατάχρησης ουσιών

- *τέλος , η μείωση της βλάβης δεν αγνοεί, και δεν υποβαθμίζει τις δυνητικά τραγικές συνέπειες, από την παράνομη και νόμιμη κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών» (Γαζγαλίδης, 2005 : 21- 23).*

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

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

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

Ακόμη, η μείωση της βλάβης, επιβάλλει την ιδιαίτερη ενασχόληση με ειδικές ομάδες χρηστών , όπως είναι οι φυλακισμένοι, οι εγκυμονούσες, οι εξωθημένοι στην πορνεία, οι πολυτοξικομανείς ,

επιχειρώντας να προσφέρει πολύτιμα σημεία επαφής του πιο δύσκολου πληθυσμού των εξαρτημένων με την ευρύτερη θεραπευτική διαδικασία.

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

### **6.2.2 Κέντρα Άμεσης Παρέμβασης**

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

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

Οι δραστηριότητες των υπηρεσιών τους , είναι ιδιαίτερα σημαντικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι ενεργοί χρήστες, θεωρούνται

συνήθως « δύσκολοι ασθενείς» και πολλές φορές ανεπιθύμητοι από τις θεσμοθετημένες υπηρεσίες παροχής υγείας (Δρίτσας, 2003).

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

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

α. Παροχή υπηρεσιών σε οργανωμένους χώρους, όπως :

- Λειτουργία Διαγνωστικού Κέντρου και Πολυιατρείου, το οποίο παρέχει πλήρη διάγνωση σωματικής και ψυχικής υγείας, Πρώτες Βοήθειες, οδοντιατρική περίθαλψη, παθολογικό ιατρείο, μικροβιολογικό εργαστήριο.
- Παραπομπή για ιατρικές εξετάσεις (π.χ. HIV/ AIDS, Ηπατίτιδα), σε συνεργαζόμενους φορείς υγείας.
- Ενημέρωση για ασφαλέστερη χρήση ουσιών, οργάνωση ενημερωτικών σεμιναρίων υγείας ( για προφύλαξη από λοιμώδη νοσήματα, HIV/ AIDS), σεμιναρίων για ασφαλέστερη χρήση ουσιών, υπηρεσία ανταλλαγής συριγγών.
- Παρέμβαση σε κατάσταση κρίσης.
- Νομική υποστήριξη.
- Κοινωνική υποστήριξη.

- Ατομική συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, στους ίδιους και στις οικογένειες τους.
- Λειτουργία ελεγχόμενων χώρων συνάντησης ( στέκια), οι οποίοι είναι ασφαλής και «ελεύθεροι» από ουσίες, όπου οι τοξικοεξαρτημένοι, να μπορούν μαγειρέψουν και να φροντίσουν την ατομική τους υγιεινή, καθώς και να ψυχαγωγηθούν , με δραστηριότητες αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου τους ( βιβλιοθήκη, τηλεόραση, βίντεο, επιτραπέζια παιχνίδια).
- Παραπομπή σε θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Κινητοποίηση και υποστήριξη, με στόχο την ενημέρωση και την προετοιμασία εξαρτημένων ατόμων που θέλουν να ενταχθούν σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

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

- Κινητή Ιατρική Μονάδα
  - Πρόγραμμα προσέγγισης χρηστών στο δρόμο ( street work ).
- (Δρίτσας, 2003 : 29 – 30, Γαλαζίδης, 2005)

Τα μέλη του προσωπικού, των Κέντρων Άμεσης Παρέμβασης αναλαμβάνουν σημαντική δράση , κυρίως στη δευτεροβάθμια πρόληψη. Το προσωπικό αποτελείται κατά κύριο λόγο από κοινωνικούς

λειτουργούς , ψυχολόγους, πρώην χρήστες, που εκτιμάται ότι μπορούν να βοηθήσουν και να αντέξουν μια τέτοια επιβάρυνση και σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό, από γιατρούς και νοσηλευτές. (Γαζγαλίδης , 2005).

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

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

(Δρίτσας, 2003)

### **6.2.3 Εργασία προσέγγισης στο δρόμο (Street -work)**

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



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

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

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

Ωστόσο, μέσα από την πιάτσα, είναι ο ίδιος ο χρήστης, και όχι ο street worker που προσδιορίζουν τους κανόνες, το χρόνο και το πλαίσιο της όποιας επαφής.

Για την επίτευξη λοιπόν, του στόχου του ο street worker, θα πρέπει να εγκαθιδρύσει μια φιλική και προσιτή επικοινωνία , χωρίς πιέσεις για αλλαγή και απεξάρτηση, όταν αυτά απέχουν από το αίτημα του ίδιου του χρήστη. (Δρίτσας, 2003, Γαζγαλίδης, 2005).

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

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

- *Η εγκατάσταση επαφών , κυρίως με χρήστες οι οποίοι δεν έρχονται σε επαφή με τα θεραπευτικά προγράμματα και τις υπηρεσίες υγείας, με γνώση και αποδοχή καταρχήν του κώδικα συμπεριφοράς τους και χωρίς την επίδειξη όποιας μονομερούς εξουσίας.*
- *Η μείωση της εγγενούς καχυποψίας, αυτού του περιθωριοποιημένου πληθυσμού απέναντι στους ίδιους τους street workers , αλλά και τα θεραπευτικά προγράμματα, τις υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες (με την προϋπόθεση βέβαια, ότι και τα προγράμματα και τις υπηρεσίες έχουν κάνει το ίδιο από πλευρά τους).*
- *Η παρέμβαση στην κρίση, με παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.*
- *Η παροχή πρώτων βοηθειών και η φροντίδα για ιατρική περίθαλψη, σε περίπτωση παρουσίας τους σε ένα επείγον περιστατικό (π.χ. κώμα).*

- *Η ενημέρωση για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα και τις λοιπές υπηρεσίες υγείας.*
- *Η γενικότερη πληροφόρηση, διαμεσολάβηση και φροντίδα για τη βελτίωση της υγείας των χρηστών και η αποτροπή της υπαρξιακής εξαθλίωσης, μέσα από την κατανόηση , την υποστήριξη και ενδεχομένως, τη διερεύνηση των δυνατοτήτων για χειρισμούς αυτοβοήθειας, που έχει ο ίδιος ο χρήστης.*
- *Η ενημέρωση για τους κινδύνους που ελλοχεύουν για την υγεία τους , από επικίνδυνες καθημερινές πρακτικές στη χρήση ή και τη σεξουαλική επαφή ενδεχομένως, και με παράλληλη διανομή συριγγών και προφυλακτικών (safer use – safe sex).*
- *Η ενημέρωση για τις παροχές που πιθανόν υπάρχουν , για παράδειγμα, σχετικά με τη λήψη επιδομάτων, νομική βοήθεια, διανυκτέρευση, ατομική υγιεινή, διατροφή κ.α..*
- *Η ενημέρωση των προγραμμάτων , των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών , με στόχο τη διαμόρφωση ενός συστήματος παροχής υπηρεσιών, ρεαλιστικότερα προσανατολισμένου στις πραγματικές ανάγκες των χρηστών.*

(Γαζγαλίδης, 2005 : 76 – 78).

Στα πλαίσια της δευτεροβάθμιας πρόληψης, ο Ο.Κ.Α.Ν.Α καθιέρωσε το Πρόγραμμα Ανταλλαγής Συριγγών από τον Φεβρουάριο του 1998, το οποίο περιλαμβάνει :

Την δωρεάν χορήγηση συριγγών, με τη σύγχρονη επιστροφή των ήδη χρησιμοποιημένων, την ενημέρωση των χρηστών για ασφαλή χρήση, την ενημέρωση των χρηστών για τις υπηρεσίες του Κέντρου Βοήθειας, την διανομή ειδικών ενημερωτικών φυλλαδίων, την καταμέτρηση των ανταλλαχθεισών συριγγών και των πελατών και τέλος την δωρεάν χορήγηση προφυλακτικών, μαντηλακίων εμποτισμένα με οινόπνευμα και αμπούλες με water for injection.

Το πρόγραμμα Ανταλλαγής Συριγγών διεξάγεται από εργαζομένους – νοσηλευτές του κέντρου βοήθειας του Ο.Κ.Α.Ν.Α, γεγονός που αναδεικνύει έναν νέο τομέα εργασιακής εμπλοκής των νοσηλευτών. Στόχοι του προγράμματος είναι :

1) Η μείωση της βλάβης που προκαλείται από ενέσιμη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και από την χρήση κοινής σύριγγας ( πρόληψη μετάδοσης AIDS, ηπατίτιδας Β και C, πρόληψη δημιουργίας αποστημάτων, ελκών, φλεγμονών, και άλλων προβλημάτων υγείας). 2) Η προσέγγιση των χρηστών οι οποίοι δύσκολα προσεγγίζουν της υπηρεσίες παροχής υγείας. 3) Η κινητοποίηση των χρηστών για θεραπεία. 4) Η συμβουλευτική και η παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες.

Συμπεράσματα: Το Πρόγραμμα Ανταλλαγής Συριγγών συμβάλει δραστικά :

1) Στη μείωση της διασποράς των λοιμώξεων μεταξύ των χρηστών. 2) Στην περιφρούρηση της δημόσιας υγείας. 3) Στην ευαισθητοποίηση των χρηστών για αλλαγή νοοτροπίας.

### **6.3 Θεραπευτικά προγράμματα για ειδικές ομάδες εξαρτημένων**

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

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

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

#### **6.3.1 Τα διαπολιτισμικά θεραπευτικά προγράμματα**

Οι έντονες κοινωνικοπολιτικές αλλαγές στον χώρο των Βαλκανίων και της Ανατολικής Ευρώπης και οι συνακόλουθες μετακινήσεις

πληθυσμιακών ομάδων, μετέτρεψαν τα τελευταία χρόνια την Ελλάδα σε χώρα υποδοχής πλήθους μεταναστών διαφόρων εθνικοτήτων.

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

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

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

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

*«Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες δείχνουν ότι η ασυμφωνία ανάμεσα στην κουλτούρα προέλευσης και στην κυρίαρχη ομάδα, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα πρόωρης εγκατάλειψης της θεραπείας και περαιτέρω περιθωριοποίησης. Παρόμοιες εμπειρίες έχουμε και στην Ελλάδα, με τις ομάδες τσιγγάνων που μπορεί να πλησίασαν τις ομάδες, όμως δεν παρέμειναν σε θεραπευτικές, σχολικές ή άλλες δομές, οι οποίες προσπάθησαν να τους ενσωματώσουν, αγνοώντας την δική τους κουλτούρα και τις δικές τους ανάγκες» (Πουλόπουλος, 2000 : 1131).*

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

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

*« Ο στόχος αυτός καθορίζεται από μια ολιστική προσέγγιση της υποστήριξης των ανθρώπων. Αποφεύγει να κατηγοριοποιεί το σύμπτωμα της εξάρτησης από ουσίες σε ειδικό πρόβλημα και εννοεί την υποστήριξη*

και την αλλαγή ως την πορεία προς μια ποιοτικότερη σε νόημα ζωή» (Κ.Ε.Θ.Ε.Α – Μεταβατικό Κέντρο «MOSAIC»).

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

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

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

### **6.3.2 Θεραπευτικά προγράμματα για εξαρτημένες μητέρες**

Είναι συχνό το φαινόμενο, η εμμηνορρυσία γυναικών που κάνει κατάχρηση ουσιών να αναστέλλεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ακόμη και τότε όμως υπάρχει δυνατότητα σύλληψης. Όταν η



εγκυμοσύνη γίνει αντιληπτή, κατά κανόνα οι εξαρτημένες γυναίκες καθυστερούν να επισκεφτούν τον γυναικολόγο, συχνά αποκρύπτουν την εξάρτησή τους και δεν εξετάζονται τακτικά. ( Γαζγαλίδης, 2005)

Οι τοξικοεξαρτημένες γυναίκες δεν αποκλείεται να έχουν ομαλή εγκυμοσύνη και να γεννήσουν ένα υγιές παιδί, όμως η χρήση αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την πρόκληση προβλημάτων στο βρέφος.

Παράγοντες όπως το είδος των ουσιών που χρησιμοποιεί η μητέρα, η ποσότητα και η συχνότητα της χρήσης, συντελούν σημαντικά στην έκβαση της εγκυμοσύνης και στην κατάσταση υγείας του παιδιού.

Ανεξάρτητα με το είδος της θεραπείας που θα επιλεγεί, κατά την έναρξη της θα πρέπει να σχεδιαστεί έτσι ώστε να μην ταλαιπωρηθούν από στερητικά συμπτώματα, ούτε η μητέρα και κυρίως, ούτε το βρέφος.

Μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στις περιπτώσεις πολυεξάρτησης, όπου η μείωση άλλων ουσιών (πλην της κύριας) θα πρέπει να γίνει σταδιακά. Φυσικά απαραίτητη κρίνεται η τακτική συνεργασία με τον γυναικολόγο και η ενημέρωση της κλινικής, όπου θα εισαχθεί η εξαρτημένη έγκυος (Γαζγαλίδης, 2005).

Τα προγράμματα για εξαρτημένες γυναίκες στη χώρα μας, δημιουργήθηκαν για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε μητέρες παιδιών προσχολικής ή χολικής ηλικίας και σε εγκύους που κάνουν κατάχρηση ουσιών.

Τα προγράμματα αυτά, είναι συνήθως ψυχοκοινωνικής κατεύθυνσης εξωτερικής παρακολούθησης και έχουν σχεδιαστεί με τρόπο που διασφαλίζει τη φύλαξη και τη δημιουργική απασχόληση των

παιδιών σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, για τις ώρες που οι μητέρες τους είναι απασχολημένες.

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

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

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

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

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

Τα προγράμματα που απευθύνονται σε εξαρτημένες μητέρες έχουν άμεση συνεργασία με άλλους κοινωνικούς φορείς και υπηρεσίες, όπως ο Ο.Α.Ε.Δ., η Πρόνοια, τα Παιδικά χωριά SOS, τα ιατροκοινωνικά κέντρα Π.Ι.Κ.Π.Α., το Χαμόγελο του παιδιού, κ.α. (ΚΕ.ΘΕ.Α.- Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες).

#### **6.4 Θεραπευτικά προγράμματα στο πλαίσιο του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης**

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

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

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

*Όσο λοιπόν «βαθαίνει» η εξάρτηση, όσο μειώνονται οι δυνατότητες για εξεύρεση με νόμιμο τρόπο των χρημάτων, τόσο αυξάνει η εμπλοκή με τη λεγόμενη δευτερογενή εγκληματικότητα, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος και η εμπλοκή τελικά με τις διωκτικές, δικαστικές και σωφρονιστικές αρχές.*

*Οι φυλακές είναι ένας χώρος όπου πολλοί χρήστες ουσιών διαβιούν για ένα σημαντικό διάστημα της ζωής τους, με τις αντίστοιχες κοινωνικές συνέπειες» (Γαζγαλίδης 2005 : 40-41).*

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

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

(Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., 2006)

#### 6.4.1 Θεραπευτικά προγράμματα για κρατούμενους χρήστες ουσιών

Ένας έγκλειστός τοξικοεξαρτημένος, συνήθως δεν έχει πολλές έχει πολλές επιλογές θεραπείας, όπως ανοιχτά ή κλειστά προγράμματα, «στεγνά» ή υποκατάστατων , κ.α.

Μάλιστα, τις περισσότερες φορές, η μόνη του επιλογή είναι η αποχή, τη στιγμή που η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), συνιστά το επίπεδο των ιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών μέσα στη φυλακή, να είναι όσο γίνεται πιο κοντά στο επίπεδο των υπηρεσιών που θα προσφέρονταν σ' αυτούς τους ανθρώπους και εκτός φυλακής (Γαζγαλίδης, 2005, Πουλόπουλος, 2005).

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

Στη χώρα μας, λειτουργούν δύο ολοκληρωμένα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα μέσα στις φυλακές.

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

Το πρώτο θεραπευτικό πρόγραμμα σωματικής και ψυχικής απεξάρτησης μέσα στη φυλακή λειτούργησε για πρώτη φορά στα πλαίσιο

του ελληνικού σωφρονιστικού συστήματος στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού. Το θεραπευτικό πρόγραμμα «ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ» , παρέχει υπηρεσίες θεραπείας, εκπαίδευσης και κατάρτισης, σε ένα ειδικά διαμορφωμένο χώρο που έχει παραχωρηθεί από τη διεύθυνση των φυλακών (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., 2006, Κ.Ε.Θ.Ε.Α., 2006).

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

1. Κινητοποίηση και σωματική αποτοξίνωση
2. Κινητοποίηση για θεραπεία και σταδιακή αλλαγή της ψυχολογικής στάσης και συμπεριφοράς του ατόμου
3. Ψυχική απεξάρτηση
4. Κοινωνικοποίηση και επανένταξη των θεραπευόμενων στην κοινωνία

(Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., 2006)

#### **6.4.2 Προγράμματα για αποφυλακισμένους χρήστες ουσιών**

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

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

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

Ατομική ή ομαδική συμβουλευτική στήριξη

Κινητοποίηση για θεραπεία

Προετοιμασία για παραπομπή και ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα

Συνέχιση και ολοκλήρωση της θεραπευτικής πορείας

Παράλληλη στήριξη των οικογενειών τους

Νομική συμβουλευτική

Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων

Ψυχαγωγικές δραστηριότητες

Επίσης, τα κέντρα για αποφυλακισμένους χρήστες, παρέχουν υπηρεσίες επανένταξης απεξαρτημένων αποφυλακισμένων ατόμων , στόχος των οποίων είναι η υποδοχή , η ένταξη τους στην αγορά εργασίας, η κοινωνική τους δραστηριοποίηση, καθώς και η ψυχοκοινωνική τους υποστήριξη για την πρόληψη της υποτροπής.

((Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν., 2006, Κ.Ε.Θ.Ε.Α. – Κέντρο Υποστήριξης Φυλακισμένων και Αποφυλακισμένων Χρηστών Θεσσαλονίκης).

### **6.5 Θεραπευτικά προγράμματα αυτοβοήθειας**

Τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερα γίνονται τα θεραπευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης, που υιοθετούν και προσπαθούν να εφαρμόζουν τις βασικές αρχές και τις τεχνικές της αυτοβοήθειας.

Η αυτοβοήθεια αναδεικνύεται ως αξιόπιστη εναλλακτική λύση, καθώς βασικός της άξονας είναι η ενεργοποίηση των ίδιων των χρηστών , για την αντιμετώπιση της εξάρτησής τους, μέσα σε ένα πλαίσιο συλλογικότητας και αλληλεγγύης. Μάλιστα , τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τον συνδυασμό ταυτόχρονης παρακολούθησης ομάδων αυτοβοήθειας και σχεδιασμένων θεραπευτικών προγραμμάτων φαίνεται πως έχουν μεγάλα ποσοστά επιτυχίας.

Βασικά χαρακτηριστικά της αυτοβοήθειας είναι η αυτενέργεια και η ανάληψη προσωπικής ευθύνης , και κατά συνέπεια η αναίρεση της παθητικότητας.

Η αναίρεση της παθητικότητας , η ανάληψη ευθύνης από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους και όχι η εκχώρησή της σε πολυπράγμονες ειδικούς , η συνάντηση ανθρώπων που συγκροτούν κοινότητες προσώπων και όχι απρόσωπων περιστατικών, που απλώς συμπίπτουν σε κάποια άκαμπτη διαγνωστική κατηγορία, είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν, καθοριστικά στην αποτελεσματικότητα των ομάδων αυτοβοήθειας.



Οι παράγοντες αυτοί, ευνοούν σημαντικά την καλλιέργεια των ανθρωπιστικών αξιών και την κάλυψη βασικών αναγκών, που είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας, αλλά και την αυτοπραγμάτωση του ανθρώπου.

(Πρόγραμμα Παραγωγής Αυτοβοήθειας, 2006)

Μεγάλο μέρος της έρευνας πάνω στις ομάδες αυτοβοήθειας, δεν έχει θεωρητικό υπόβαθρο, δεν προσκολλάται δηλαδή σε κάποια συγκεκριμένη άποψη και προσέγγιση.

Η θεωρία της μικρής ομάδας, η θεωρία του άγχους, καθώς και οι συμπεριφορικές και γνωστικές θεωρίες συμβάλλουν στην κατανόηση της έννοιας της αλληλοβοήθειας. Θεωρίες της έλξης της ομάδας και της κοινωνικής σύγκρισης, προσφέρουν κάποια κατανόηση του πώς τα μέλη έλκονται και δημιουργούν δεσμούς με τις ομάδες αυτοβοήθειας.

Σύμφωνα με την Steward, οι θεωρίες της ψυχονευροανοσολογίας και της κοινωνικής μάθησης, σχετίζονται άμεσα με την αυτοβοήθεια.

Η ψυχονευροανοσολογία αφορά στη σχέση των συναισθημάτων και της αντίστασης στις ασθένειες, καθώς με την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη, δυναμώνει η ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος.

Ακόμη, η κοινωνική μάθηση περιλαμβάνει τρία βασικά συστατικά τα οποία, μπορεί κανείς να αναγνωρίσει στις ομάδες αυτοβοήθειας: εκπαίδευση, ενίσχυση και χρήση προτύπων.

Η συνεχής εξάπλωση των ομάδων αυτοβοήθειας είναι από μόνη της ένας έμμεσος, αλλά και πολύ σημαντικός δείκτης της

αποτελεσματικότητας τους, αφού πρόκειται για μη κερδοσκοπικές και αυτό- χρηματοδοτούμενες ομάδες ανθρώπων, με ένα κοινό πρόβλημα, και όχι για επαγγελματικού τύπου υπηρεσίες ψυχικής υγείας, των οποίων η εξάπλωση θα μπορούσε να συσχετιστεί με άλλους παράγοντες (Ζαφειρίδης, 2001).

### **6.5.1 Οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι**

Οι ομάδες των Ανώνυμων Αλκοολικών (Α.Α), ξεκίνησαν το 1953 από τις Η.Π.Α., και σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα εξαπλώθηκαν σε όλη την Ευρώπη. Η φιλοσοφία των Α.Α. , επέδρασε στη θεραπεία των τοξικοεξαρτημένων άμεσα , με τη σύσταση των Ν.Α. το 1952, αλλά και έμμεσα , με τη δημιουργία της θεραπευτικής κοινότητας Synanon, που όπως είναι γνωστό επηρεάστηκε καθοριστικά από τους Ανώνυμους.

Επομένως στον τομέα της τοξικοεξάρτησης, η αυτοβοήθεια είναι συνδεδεμένη με μια από τις πλέον επιτυχημένες θεραπευτικές προσπάθειες. (Πουλόπουλος, 2005).

Οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι (Ν.Α.) είναι μια μη κερδοσκοπική αδελφότητα ή κοινωνία ανδρών και γυναικών, για τους οποίους οι ουσίες είχαν γίνει κύριο πρόβλημα. Πρόκειται για τοξικοεξαρτημένους σε ανάρρωση, που συναντιούνται τακτικά , για να βοηθήσουν ο ένα τον άλλον και να παραμείνουν καθαροί.

Κύριος στόχος τους, είναι να έρθουν σε επαφή με εξαρτημένα άτομα και να τα βοηθήσουν να μάθουν να ζουν μια ζωή χωρίς ουσίες, να αναρρώσουν από τις επιπτώσεις της εξάρτησης και να εγκαθιδρύσουν μια ζωή σταθερή και δημιουργική.

Το Ν.Α. δεν συνδέεται με κανέναν άλλον οργανισμό, με καμία πολιτική, θρησκευτική ή νομική παράταξη. Οποιοσδήποτε μπορεί να συνδεθεί με το πρόγραμμα, ανεξάρτητα από ηλικία, φυλή, σεξουαλική ταυτότητα, δόγμα, θρησκεία ή έλλειψη θρησκείας. Υπάρχει μόνο μια προϋπόθεση για να είναι κανείς μέλος, η επιθυμία να σταματήσει να κάνει χρήση (Ναρκομανείς Ανώνυμοι, 2000).

*«Ένας άλλος παράγοντας που θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα, είναι ότι οι ομάδες αυτές δεν αποκλείουν μέλη που έχουν κάποια επιπλέον προβλήματα, εκτός από αυτό της εξάρτησης, με χαρακτηριστικότερο το παράδειγμα των ανθρώπων με διπλή διάγνωση, οι οποίοι δύσκολα γίνονται δεκτοί σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα.*

*Ελάχιστα άλλωστε είναι τα προγράμματα ειδικά σε χώρες σαν την Ελλάδα που δέχονται ανθρώπους με τέτοιου είδους προβλήματα»(Ζαφειρίδης, 2001: 25).*

Οι ναρκομανείς ανώνυμοι οργανώνονται σε τοπικό επίπεδο, ως αυτοδιοικούμενες, αυτοδιαχειριζόμενες ομάδες που πιστεύουν σε ένα κοινό σύστημα αρχών και λειτουργιών, προσαρμοσμένων στα 12 βήματα και τις 12 παραδόσεις των Ανώνυμων Αλκοολικών.

Το κεντρικό σημείο των ομάδων αυτών, είναι μια σειρά από προσωπικές δραστηριότητες γνωστές ως τα 12 βήματα.

Τα βήματα αυτά περιλαμβάνουν την παραδοχή του προβλήματος, την αναζήτηση βοήθειας, την αυτοεκτίμηση, την εμπιστευτική αυτό-αποκάλυψη, το να επανορθώνεις, όπου έχεις κάνει λάθος και να το

δουλεύεις με άλλους ανθρώπους που θέλουν να αναρρώσουν. (Ναρκομανείς Ανώνυμοι, 2000).

Η προσέγγιση των ΝΑ είναι μια μη επαγγελματική προσέγγιση, καθώς στα προγράμματα αυτά δεν απασχολούνται «ειδικοί» ως προσωπικό, αλλά βασίζεται στην αυτοβοήθεια.

*«Η πρωταρχική θεραπευτική αξία των ομάδων αυτών, βασίζεται ακριβώς στο γεγονός ότι εξαρτημένοι βοηθούν άλλους εξαρτημένους. Η θεραπευτική σημασία της αυτοβοήθειας είναι άλλωστε αποδεδειγμένη στον τομέα της θεραπείας των εξαρτήσεων και όχι μόνο. Στις συναντήσεις των ομάδων , κάθε μέλος μοιράζεται τις προσωπικές του εμπειρίες με άλλους, αναζητώντας βοήθεια όχι από κάποιους ειδικούς, αλλά από ανθρώπους που έχουν βιώσει παρόμοιες καταστάσεις και βρήκαν τη λύση»(Ζαφειρίδης, 2001:25)*

Μια από τις βασικές αρχές των προγραμμάτων Ν.Α. , είναι αυτή της ανωνυμίας. Η ανωνυμία δημιουργεί ένα κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης, και ισότητας μέσα στις ομάδες και εξασφαλίζει το γεγονός, ότι κανενός η περίπτωση ή η προσωπικότητα δεν θα θεωρηθεί πιο σημαντική από το μήνυμα της ανάρρωσης που μοιράζονται τα μέλη των ομάδων. Άλλωστε , όπως έχει αποδειχτεί είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες διατήρησης, και διερεύνησης του κινήματος των ανώνυμων.

Αυτό που οι ανώνυμοι θεωρούν ως θεραπεία, είναι η αλλαγή στο τρόπο ζωής και η υιοθέτηση νέου τρόπου ζωής που ενσωματώνει ηθικές και πνευματικές αξίες, όπως εντιμότητα, αγάπη, αυτογνωσία και όχι απλά διακοπή της χρήσης. (Ναρκομανείς Ανώνυμοι, 2000).

Μάλιστα, σύμφωνα με τη φιλοσοφία των ανώνυμων, η υποτροπή μοιάζει πολλές φορές να είναι απαραίτητο στοιχείο της συνολικής τους διαδικασίας, στην πορεία της ανάρρωσής τους από την εξάρτηση. Έτσι, όσοι έχουν κάνει υποτροπή δεν κατακρίνονται από την υπόλοιπη ομάδα, αλλά ενθαρρύνονται να συνέλθουν, να διδαχτούν από την εμπειρία τους και να συνεχίσουν την προσπάθειά τους.

Η θεραπευτική αξία της αλληλεγγύης, της αφοσίωσης και της προσφοράς στον συνάνθρωπο αντικατοπτρίζεται στο γνωμικό των ανώνυμων: «Οποτεδήποτε κάποιος, οπουδήποτε απλώσει το χέρι του για βοήθεια, θέλω το χέρι των Α.Α. να είναι εκεί. Γι' αυτό , είμαι υπεύθυνος» (Ζαφειρίδης, 2001).

Μεγάλη έμφαση δίνουν οι ανώνυμοι, σε αυτό που αποκαλούν «πνευματική αφύπνιση», τονίζοντας την πρακτική της αξία και όχι κάποια φιλοσοφική ή μεταφυσική της υπόσταση.

Οι ομάδες των ανώνυμων δεν είναι θρησκευτικά προγράμματα. Τα μέλη ενθαρρύνονται να αναπτύξουν την προσωπική τους κατανόηση, θρησκευτική ή όχι αυτής της «πνευματικής αφύπνισης».

Αυτές είναι οι αρχές του προγράμματος ΝΑ:

- 1. Παραδεχτήκαμε ότι είμαστε ανίσχυροι ως προς τον εθισμό μας και ότι η ζωή μας είχε γίνει ακυβέρνητη.*
- 2. Φτάσαμε να πιστεύουμε ότι μια Δύναμη μεγαλύτερη από εμάς θα μπορούσε να μας επαναφέρει στη λογική.*
- 3. Πήραμε την απόφαση να παραδώσουμε την θέλησή μας και τη ζωή μας στη φροντίδα του θεού της κατανόησης μας.*

4. *Κάναμε μια ερευνητική και άφοβη ηθική απογραφή του εαυτού μας.*
5. *Παραδεχτήκαμε στο Θεό, στον εαυτό μας και σε έναν άλλο άνθρωπο την ακριβή φύση των σφαλμάτων μας.*
6. *Ήμασταν απόλυτα έτοιμοι να αφήσουμε το Θεό να αφαιρέσει όλα αυτά τα ελαττώματα του χαρακτήρα.*
7. *Ταπεινά Του ζητήσαμε να αφαιρέσει τις ατέλειες μας.*
8. *Κάναμε έναν κατάλογο όλων των ανθρώπων που είχαμε βλάψει και γίναμε πρόθυμοι να επανορθώσουμε για όλους.*
9. *Κάναμε άμεσες επανορθώσεις σε αυτούς τους ανθρώπους όπου ήταν δυνατόν, εκτός εάν αυτό έβλαπτε αυτούς ή άλλους.*
10. *Συνεχίσαμε να κάνουμε προσωπική απογραφή και όταν σφάλαμε το παραδεχτήκαμε αμέσως.*
11. *Αναζητήσαμε μέσω της προσευχής και της περισυλλογής, να βελτιώσουμε τη συνειδητή επαφή μας με το Θεό της κατανόησης μας, προσευχόμενοι μόνο για τη γνώση της θέλησής Του για εμάς και τη δύναμη να την εκτελέσουμε.*
12. *Έχοντας μια πνευματική αφύπνιση σαν αποτέλεσμα αυτών των βημάτων, προσπαθήσαμε να μεταφέρουμε αυτό το μήνυμα σε άλλους ναρκομανείς και να εφαρμόσουμε αυτές τις αρχές σε όλες μας τις υποθέσεις.*

(Ναρκομανείς Ανώνυμοι, 2000)

Σύμφωνα με το πρόγραμμα ΝΑ, ο τρόπος που αντιμετωπίζει την «αρρώστια του εθισμού», είναι τελείως ρεαλιστικός, γιατί η θεραπευτική αξία ενός ναρκομανή που βοηθάει ένα άλλο ναρκομανή δεν έχει παράλληλο. Ο τρόπος αυτός θεωρείται πρακτικός, επειδή βασίζεται στην ιδέα πως ένας ναρκομανής μπορεί να καταλάβει και να βοηθήσει καλύτερα έναν άλλον ναρκομανή.

Είναι ένα πρόγραμμα πλήρους αποχής από όλες τις ουσίες. *«ο μόνος τρόπος για να μην επιστρέψουμε στον ενεργό εθισμό είναι να μην πάρουμε το πρώτο ναρκωτικό. Δίνουμε μεγάλη έμφαση σ' αυτό επειδή ξέρουμε ότι, όταν χρησιμοποιούμε ναρκωτικά σε οποιαδήποτε μορφή ή αντικαθιστούμε το ένα με το άλλο, απελευθερώνουμε τον εθισμό μας πάλι από την αρχή.* (Ναρκομανής Ανώνυμοι, 2000).

Για το πρόγραμμα ΝΑ η ειλικρίνεια, το ανοιχτό μυαλό και η προθυμία είναι απαραίτητες πνευματικές αρχές που πρέπει να διαθέτει το εξαρτημένο άτομο, προκειμένου να επιτύχει το στόχο του, που είναι η θεραπεία και μόνο μια στάση αδιαφορίας ή μη ανεκτικότητας προς αυτές τις πνευματικές αρχές, μπορεί να νικήσει στην ανάρρωσή του.

### Οι Δώδεκα Παραδόσεις του ΝΑ:

*«Μόνο επαγρυπνώντας διατηρούμε αυτό που έχουμε και όπως η ελευθερία του ατόμου προέρχεται από τα Δώδεκα Βήματα, έτσι και η ελευθερία της ομάδας πηγάζει από τις Παραδόσεις μας.*

*Όσο οι δεσμοί που μας ενώνουν είναι μεγαλύτεροι και δυνατότεροι από αυτούς που θα μας χώριζαν, όλα θα πάνε καλά.*

1. Η κοινή μας ευημερία θα πρέπει να έρχεται πρώτη , η προσωπική ανάρρωση εξαρτάται από την ενότητα του ΝΑ.
2. Για το σκοπό της ομάδας μας υπάρχει μια ύστατη εξουσία, ένας στοργικός Θεός, όπως Αυτός μπορεί να εκφραστεί στη συνείδησή της ομάδας μας. Οι αρχηγοί μας είναι μόνο έμπιστοι υπηρέτες, δεν κυβερνούν.
3. Η μόνη προσπάθεια για να είναι κανείς μέλος είναι η επιθυμία να σταματήσει να κάνει χρήση.
4. Κάθε ομάδα θα πρέπει να είναι αυτόνομη έκτος εάν πρόκειται για θέματα που επηρεάζουν άλλες ομάδες ή το ΝΑ σαν σύνολο.
5. Κάθε ομάδα έχει μόνο ένα πρωταρχικό σκοπό – να μεταφέρει το μήνυμα το ναρκομανή που ακόμα υποφέρει.
6. Μια ομάδα του ΝΑ δεν θα έπρεπε ποτέ να υποστηρίζει, να χρηματοδοτήσει ή να δανείσει το όνομα του ΝΑ σε οποιαδήποτε σχετική υπηρεσία ή εξωτερική επιχείρηση, μήπως και προβλήματα χρημάτων, ιδιοκτησίας ή γοήτρου μας αποσπάσουν από τον πρωταρχικό μας σκοπό.
7. Κάθε ομάδα ΝΑ οφείλει να είναι εντελώς αυτοσυντήρητη, αρνούμενη εξωτερικές συνεισφορές.
8. Το 'Ναρκομανής Ανώνυμοι' θα έπρεπε πάντα να παραμένει μη επαγγελματικό, αλλά τα κέντρα υπηρεσιών μας μπορούν να προσλάβουν εξειδικευμένους εργαζόμενους.
9. Το ΝΑ, ως έχει, δε θα έπρεπε ποτέ να οργανωθεί, αλλά μπορούμε να δημιουργήσουμε σώματα υπηρεσιών ή επιτροπές άμεσα υπεύθυνες σε αυτούς που υπηρετούν.
10. Το Ναρκομανής Ανώνυμοι, δεν έχει γνώμη πάνω σε εξωτερικά θέματα, επομένως το όνομα του ΝΑ, δεν θα πρέπει ποτέ να αναμειχθεί σε δημόσιες αντιπαραθέσεις.



*11. Η πολιτική των δημοσίων σχέσεων μας βασίζεται μάλλον στη έλξη παρά στην προώθηση. Χρειάζεται πάντα να διατηρούμε προσωπική ανωνυμία σε επίπεδο τύπου , ραδιοφώνου, ταινιών.*

*12. Η ανωνυμία είναι το πνευματικό θεμέλιο όλων των παραδόσεών μας, διαρκώς υπενθυμίζοντας μας να βάζουμε τις αρχές πριν τις προσωπικότητες.*

(Ναρκομανής Ανώνυμοι, 2000)

### **6.5.2 Το πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας**

Το πρόγραμμα προαγωγής αυτοβοήθειας είναι ένα ερευνητικό πρόγραμμα του τμήματος Ψυχολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.) και λειτουργεί από το Φεβρουάριο του 2001. Χρηματοδοτείται από τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (Ο.Κ.Α.Ν.Α.) και τη διαχειριστική ευθύνη του προγράμματος έχει η Επιτροπή Ερευνών του Α.Π.Θ. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Αποτελεί έναν εναλλακτικό χώρο, που σχετίζεται άμεσα με τη φιλοσοφία της αυτοβοήθειας και της αυτενέργειας των πολιτών. Ζητούμενο του προγράμματος είναι η καλλιέργεια των κοινοτικών αξιών της αλληλεγγύης, των έντιμων ανθρωπίνων σχέσεων, του ενδιαφέροντος για τον συνάνθρωπο, της αλληλοβοήθειας. Αξιών που εκπαιδεύουν, που θεραπεύουν και που γενικότερα προάγουν την προσωπική ανάπτυξη κάθε ατόμου.

Ξεκινά δηλαδή από την αντίληψη ότι η προαγωγή της αυτοβοήθειας, αλλά και ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου του ειδικού της υγείας, δεν μπορούν να λαμβάνουν χώρα μέσα στα πλαίσια της παραδοσιακής οργάνωσης και λειτουργίας ενός χώρου ψυχικής υγείας.

Οι βασικοί στόχοι του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας είναι:

- Ø Η προαγωγή της αυτοβοήθειας για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχότροπες ουσίες και γενικότερα των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.
- Ø Η εκπαίδευση των λειτουργών υγείας σε νέους ρόλους εμπύχωσης και περιφερειακής υποστήριξης των πρωτοβουλιών των πολιτών.
- Ø Η έρευνα δράσης για τις εφαρμογές της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη στελέχωση του προγράμματος, καθώς η λειτουργία του και η ευόδωση των στόχων του, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τους ανθρώπους που πλαισιώνουν αυτή την προσπάθεια. Ο βασικό άξονας της λειτουργίας του προγράμματος είναι να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ανθρώπων που προσεγγίζουν το πρόγραμμα και όχι να προσαρμόζει τις ανάγκες των ανθρώπων σε μια άκαμπτη δομή λειτουργίας.

Επομένως, η στελέχωση του προγράμματος είναι ένα από τα χαρακτηριστικά της καινοτομίας του προγράμματος, καθώς παρέχονται υπηρεσίες σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων σε μηνιαία βάση από μικρό

αριθμό στελεχών, χάρη στις αρχές και την φιλοσοφία της αυτοβοήθειας (Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας, 2006)

#### **6.5.2.1 Το Ανοιχτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Ψυχότροπων Ουσιών και των Μελών Οικογενειών Χρηστών**

Κεντρική δράση του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας είναι το «Ανοιχτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών Και Μελών Οικογενειών Χρηστών».

Το ανοιχτό πρόγραμμα είναι ένα «στεγνό» πρόγραμμα εξωτερικής διανομής (ανοιχτό), για ενήλικες με προβλήματα εξάρτησης. Παρέχει τις υπηρεσίες του δωρεάν, και είναι το μοναδικό «στεγνό» πρόγραμμα ενηλίκων που υλοποιείται με τη συνεργασία του Ο.Κ.Α.Ν.Α. στη Βόρειο Ελλάδα. Η συμμετοχή των ατόμων σε αυτό είναι εθελοντική και οι δράσεις που πραγματοποιούνται, προτείνονται, δεν είναι υποχρεωτικές.

Ο βασικός άξονας της λειτουργίας του Ανοιχτού Προγράμματος, είναι η προαγωγή της αυτοβοήθειας στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από ψυχότροπες ουσίες.

Πρόκειται για ένα χώρο, όπου το ζητούμενο είναι η ανάληψη της προσωπικής ευθύνης, η κινητοποίηση του ίδιου του ενδιαφερόμενου και παράλληλα η προσφορά αμοιβαίας βοήθειας στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, η προσφορά, η έμφαση στις βασικές ανθρώπινες ανάγκες και στην ανθρώπινη συνάντηση, η συνδιαμόρφωση των δράσεων και η συλλογικότητα, στοιχεία που προσδίδουν στο Ανοιχτό Πρόγραμμα χαρακτήρα κοινότητας ανθρώπων.

Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται:

Με τη συμμετοχή των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, στις δράσεις του Ανοιχτού Προγράμματος

Με τη διασύνδεση των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, με τις ομάδες αυτοβοήθειας των 12 βημάτων (Α.Α. και Ν.Α.) που λειτουργούν στη Θεσσαλονίκη και τη συμμετοχή τους σε αυτές.

Οι δράσεις που αναπτύσσονται στα πλαίσια του Ανοιχτού προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης είναι οι εξής:

1. Ημερήσιο Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων.
2. Ευαισθητοποίηση ατόμων στην αυτοβοήθεια.
3. Ομάδες υποστήριξης, κινητοποίησης ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.
4. Ατομικές συναντήσεις που αφορούν:
  - α) Στην κινητοποίηση των χρηστών ψυχότροπων ουσιών, ώστε να ενταχθούν στο πρόγραμμα , καθώς και
  - β) Στην πλαισίωση της απεξαρτητικής διαδικασίας.
5. Προσέγγιση χρηστών ψυχότροπων ουσιών στο δρόμο.
6. Υποστήριξη σε ιατρικά, νομικά, εκπαιδευτικά ζητήματα.
7. Δράσεις ευαισθητοποίησης σε πολιτιστικά, κοινωνικά, οικολογικά ζητήματα.
8. Σεμινάρια εκμάθησης ηλεκτρονικών υπολογιστών και ξένων γλωσσών.
9. Υποστήριξη στην κοινωνική και επαγγελματική ένταξη.

10.Υποστήριξη συγγενών και φίλων χρηστών ψυχότροπων ουσιών.

11.Διευκόλυνση λειτουργίας ομάδων αυτοβοήθειας.

(Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας, 2006)

Πιο αναλυτικά οι κεντρικές δράσεις που αναπτύσσονται στα πλαίσια του Ανοιχτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης είναι:

### **A) Ημερήσιο Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων**

Το Ημερήσιο Κέντρο Υποστήριξης Εξαρτημένων Ατόμων, αποτελεί την κομβική δράση του ανοιχτού προγράμματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Μοναδική προϋπόθεση για να προσεγγίσει κανείς το Ημερήσιο Κέντρο Υποστήριξης είναι να απέχει , έστω και μια μέρα από τις ουσίες.

Οι βασικοί άξονες του κέντρου είναι:

- Η ευαισθητοποίηση στην αυτοβοήθεια.
- Η υποστήριξη μελών ομάδων αυτοβοήθειας.
- Η παροχή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για ανθρώπους σε αρχική φάση απεξάρτησης.

- Η κινητοποίηση και εμπύχωση των χρηστών ψυχότροπων ουσιών για έναρξη ή συνέχιση της προσπάθειας απεξάρτησης σε συστηματική βάση.
- Η διασύνδεση των χρηστών ψυχότροπων ουσιών με παλαιότερα μέλη των ομάδων αυτοβοήθειας.
- Η κινητοποίηση των χρηστών ψυχότροπων ουσιών που προσεγγίζουν το Ημερήσιο Κέντρο για συμμετοχή στις υπόλοιπες δράσεις του Ανοιχτού Προγράμματος.
- Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη ανθρώπων που έχουν ένα σημαντικό διάστημα αποχής από την χρήση ψυχότροπων ουσιών σε επιμέρους προβλήματά τους. (Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας, 2006)

## **B) Ομάδες Υποστήριξης – Κινητοποίησης**

Στα πλαίσια του Ανοιχτού προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης λειτουργούν ομάδες υποστήριξης και κινητοποίησης ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, και επιθυμούν να ξεκινήσουν ή ήδη βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης.

Στόχοι των ομάδων είναι:

- Το μοίρασμα των προβλημάτων των μελών της ομάδας και η αλληλοϋποστήριξη.
- Η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη της ομάδας.

- Η ευαισθητοποίηση και η κινητοποίηση των μελών της ομάδας στα προγράμματα των 12 βημάτων.
- Ο εντοπισμός και η επίλυση των επιμέρους προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα μέλη της ομάδας μέσα από συγκεκριμένες προτάσεις (ιεράρχηση των προβλημάτων, πλάνο δράσης, υιοθέτηση καθημερινού προγράμματος από το κάθε μέλος, τακτικές συναντήσεις με τους συντονιστές της ομάδας).

( Προγράμματα Προαγωγής Αυτοβοήθειας, 2006)

### **Γ) Ατομικές συναντήσεις**

Στα πλαίσια του Ανοικτού Προγράμματος Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, πραγματοποιούνται ατομικές συναντήσεις, με τους ανθρώπους που προσέρχονται σε αυτό με αίτημα βοήθειας, με κάποιο από τα στελέχη του προγράμματος.

Οι συναντήσεις αφορούν:

- Στην αρχική ενημέρωση για το πρόγραμμα και τον τρόπο λειτουργίας του.
- Στην κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση ανθρώπων σε αρχική φάση.
- Στη διασύνδεση όσων ενδιαφέρονται με παλαιότερα μέλη των ομάδων Αυτοβοήθειας.
- Στη διαμόρφωση εξατομικευμένου πλάνου δράσης για καθένα που συμμετέχει στο πρόγραμμα.

- Στη συμβουλευτική ανθρώπων που διατυπώνουν ανάλογο αίτημα .

(Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας, 2006)

### **Δ) Προσέγγιση και Κινητοποίηση Χρηστών Ψυχότροπων Ουσιών στο Δρόμο**

Βασικός στόχος της συγκεκριμένης δράσης, είναι η ενημέρωση και κινητοποίηση ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα κατάχρησης ψυχότροπων ουσιών, σε διαδικασία απεξάρτησης και η διασύνδεσή του με το πρόγραμμα προαγωγής αυτοβοήθειας και τις ομάδες αυτοβοήθειας που λειτουργούν στην πόλη.

Σημαντικό μέρος των εξορμήσεων στα πλαίσια της δράσης πραγματοποιείται στο χώρο της πανεπιστημιούπολης, καθώς η δράση στηρίζεται και χρηματοδοτείται από τις πρυτανικές αρχές του Α.Π.Θ..

Πιο συγκεκριμένα μια ομάδα που στελεχώνεται από αποφοίτους του προγράμματος και κοινωνικούς επιστήμονες κινείται σε καθημερινή βάση στους χώρους της πανεπιστημιούπολης προσεγγίζοντας τους χρήστες ψυχότροπων ουσιών.

Επίσης η ομάδα αυτή πραγματοποιεί εξορμήσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα εξορμήσεις σε κεντρικά σημεία της πόλης, τα οποία αποτελούν τόπους συνάντησης χρηστών ψυχότροπων ουσιών.

Το Πρόγραμμα Παραγωγής Αυτοβοήθειας, είναι το μοναδικό πρόγραμμα στη Βόρεια Ελλάδα, το οποίο πραγματοποιεί ανάλογη δράση



με αυτή τη συχνότητα και τη σταθερότητα. (Πρόγραμμα Παραγωγής Αυτοβοήθειας, 2006).

### **Ε) Υποστήριξη συγγενών και φίλων χρηστών ψυχότροπων ουσιών**

Στα πλαίσια του Ανοικτού Προγράμματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, μια από τις βασικές δράσεις είναι η υποστήριξη συγγενών και φίλων χρηστών ψυχότροπων ουσιών που διατυπώνουν ανάλογο αίτημα.

Δύο είναι οι βασικοί άξονες της υποστήριξης.

Ο πρώτος αφορά στην υποστήριξη των συγγενών και φίλων μέσα από ατομικές και ομαδικές συναντήσεις στα πλαίσια του προγράμματος και ο δεύτερος αφορά στη διασύνδεση των ανθρώπων αυτών με ομάδες αυτοβοήθειας για συγγενείς και φίλους χρηστών ψυχότροπων ουσιών. (Πρόγραμμα Παραγωγής Αυτοβοήθειας, 2006).

### **Στ) Υποστήριξη Χρηστών ψυχότροπων ουσιών σε ιατρικά, νομικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά ζητήματα**

Μια από τις βασικότερες δράσεις του ανοικτού προγράμματος ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, πέρα από την ευαισθητοποίηση των

χρηστών ψυχότροπων ουσιών στην έννοια και τις αρχές της αυτοβοήθειας, είναι η υποστήριξή τους σε σημαντικούς τομείς της ζωής τους, στους οποίους αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα, λόγω της χρόνιας εμπλοκής τους με τις ουσίες.

Πιο συγκεκριμένα , στα πλαίσια αυτής της δράσης αναζητούνται τρόποι για την υποστήριξη των ανθρώπων γύρω από ιατρικά, νομικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά ζητήματα.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην κινητοποίηση και την ανάληψη προσωπικής ευθύνης των ανθρώπων, που εκφράζουν ανάλογα αιτήματα.

Η δράση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η υποστήριξη των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα σε αυτούς τους τομείς της ζωής τους είναι καθοριστικής σημασίας για την πορεία της απεξάρτησης και την επανένταξής τους (Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας, 2006).

## **6.6 Το πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης (DETOX- ΨΝΘ)**

Όταν διακόπτεται η χρήση μιας εξαρτητικής ψυχότροπης ουσίας, ο οργανισμός του εξαρτημένου ατόμου αντιδρά, εμφανίζοντας το στερητικό σύνδρομο, το οποίο είναι ένα φαινόμενο, που παρουσιάζει ποικιλία συμπτωμάτων, συνήθως αντιθέτων με αυτά που προκαλεί η χρήση (πυρετός, πονοκέφαλος, εμετός, ρίγη, διάρροια, συναισθηματική αναστάτωση, κ.τ.λ.).

Η σωματική αποτοξίνωση μπορεί να γίνει είτε «στεγνή», είτε με τη βοήθεια φαρμακευτικής αγωγής, για να αντιμετωπίσει βραχύχρονα και με

ασφάλεια, τα δυσάρεστα αυτά σωματικά συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου, που εμφανίζονται με τη διακοπή της χρήσης (Πουλόπουλος, 2005).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί, ότι η σωματική αποτοξίνωση δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση από μόνη της μορφή θεραπείας της τοξικοεξάρτησης, παρά ένα πρώτο βήμα για την θεραπεία.

Η επιτυχία της, κρίνεται από το εάν ο χρήστης μετά τη διακοπή της ουσίας κατάχρησης, δεν θα στραφεί και πάλι στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Άλλωστε, είναι διεθνώς γνωστή η έκφραση «Είναι πολύ εύκολο να σταματήσει κανείς τα ναρκωτικά. Το δύσκολο είναι να παραμείνει σταματημένος» (Λιάπας, 1999).

Η μονάδα σωματικής αποτοξίνωσης DETOX, λειτουργεί από το 1996. Είναι ένας χώρος, ο οποίος παρέχει υπηρεσίες σωματικής αποτοξίνωσης, σε μια ειδικά για τον σκοπό αυτό, διαμορφωμένη κλινική, χωρητικότητας 15 θέσεων.

Μάλιστα, είναι η μοναδική στο είδος της Μονάδα σε ολόκληρη την Ελλάδα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Αποτελεί, μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας του Προγράμματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), ενός ολοκληρωμένου προγράμματος, το οποίο προσπαθεί να καλύψει τις ανάγκες των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, παρέχοντας μια σφαιρική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η Μονάδα DETOX, για την επίτευξη της σωματικής αποτοξίνωσης, παρέχει φαρμακευτική βοήθεια σε χρήστες ηρωίνης

κυρίως, άλλα και άλλων ουσιών, κατά την φάση εκδήλωσης σωματικών στερητικών συμπτωμάτων.

Ακόμη, σκοπός της είναι η ευαισθητοποίηση και προετοιμασία των μελών της για τις επόμενες φάσεις της θεραπείας, και ιδιαίτερα για το επόμενο θεραπευτικό βήμα, που είναι η θεραπευτική κοινότητα.

Ο μέσος όρος παραμονής στη Μονάδα είναι 21 μέρες και σε αυτήν πραγματοποιούνται 7 εισαγωγές περίπου ανά βδομάδα (Ψ.Ν.Θ.-Τμήμα Αποκατάστασης εξαρτημένων).

Οι θεραπευτικές τις δραστηριότητες περιλαμβάνουν ομάδες ψυχοθεραπείας, ομάδες πρόληψης υποτροπών, ενημέρωση σε θέματα υγείας που αφορούν τα μέλη, γυμναστική, εργασιοθεραπεία, κ.α..

Εφόσον, τα μέλη προσέρχονται με δική τους πρωτοβουλία και θέληση στο πρόγραμμα, κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στη Μονάδα θα πρέπει να ακολουθήσουν τους κανόνες λειτουργίας, οι οποίοι στοχεύουν στην ενίσχυση της προσπάθειάς τους, και είναι τα εξής:

- Ο χρόνος παραμονής στην Μονάδα είναι συνήθως τρεις εβδομάδες, με μικρή απόκλιση κατά περίπτωση.
- Η συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες της μονάδας είναι υποχρεωτική.
- Τα μέλη δεν μπορούν να παρέμβουν στο θεραπευτικό σχήμα.

- Η μονάδα είναι κλινική του Ψ.Ν.Θ. και ως εκ τούτου , έχει τη δυνατότητα αντιμετώπισης και άλλων ιατρικών προβλημάτων. Εάν το προσωπικό κρίνει ότι υπάρχει ιατρική ανάγκη για κάποια παρέμβαση, το μέλος οφείλει να ακολουθήσει τις συστάσεις.
- Η συμπεριφορά προς τα άλλα μέλη και το προσωπικό πρέπει να δείχνει σεβασμό και συνεργασία.
- Η βίαιη συμπεριφορά, σωματική ή λεκτική, έχει ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση του μέλους από το πρόγραμμα.
- Τα μέλη δεν μπορούν να έχουν σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ τους.
- Τα μέλη πρέπει να επιδείξουν σεβασμό προς την περιουσία του νοσοκομείου.
- Εξυπακούεται, ότι τα μέλη κατά την εισαγωγή τους στην Μονάδα και σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας τους, απαγορεύεται να έχουν στην κατοχή τους ή να κάνουν χρήση οποιασδήποτε ουσίας. Σε περίπτωση χρήσης, οι συνέπειες είναι άμεση αποβολή και μακροχρόνιος αποκλεισμός από το πρόγραμμα.
- Για την εξακρίβωση των παραπάνω πραγματοποιούνται ουροληψίες σε όλα τα μέλη του DETOX.
- Σε περίπτωση οικειοθελούς διακοπής από το DETOX δεν μπορεί να γίνει εκ νέου επικοινωνία με το Συμβουλευτικό Σταθμό του προγράμματος, παρά μετά από ένα μήνα.
- Δεν επιτρέπεται να έχουν τηλεφωνική επικοινωνία με οποιονδήποτε.
- Δεν μπορούν να δεχτούν επισκέψεις.

- Δεν μπορούν να έχουν μαζί στους ιδιωτικά μέσα διασκέδασης (π.χ. ραδιόφωνο).
- Η εμφάνιση τους πρέπει αν είναι ευπρεπής και να είναι ενδεδυμένοι με αθλητικά ρούχα.
- Τα μέλη έχουν πρόσβαση σε συγκεκριμένους χώρους της Μονάδας, σε συγκεκριμένες ώρες.
- Υπάρχει συγκεκριμένη ώρα κατάκλισης και αφύπνισης για όλα τα μέλη.
- Ο καφές και τα τσιγάρα, επιτρέπονται μόνο σε συγκεκριμένους χώρους. Μάλιστα, κατά την εισαγωγή τους τα μέλη καλούνται να έχουν μαζί τους όλη την ποσότητα τσιγάρων που θα χρειαστούν κατά την παραμονή τους, μιας και δεν επιτρέπεται η κατοχή χρημάτων.
- Οποιαδήποτε παραβίαση των πιο πάνω κανονισμών λειτουργίας μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή και κάποια αποκλεισμό από το πρόγραμμα.

(Ψ.Ν.Θ. – Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων).

Οι γενικές θεραπευτικές αρχές της σωστής και ασφαλούς σωματικής αποτοξίνωσης αποσκοπούν:

- ✓ Στην ανακούφιση του χρήστη από τα σωματικά στερητικά συμπτώματα
- ✓ Στην υποστήριξη των φυσιολογικών λειτουργιών του σώματός του.
- ✓ Στην εξασφάλιση ενός σταθερού και ασφαλούς περιβάλλοντος.

- ✓ Στο σεβασμό των δικαιωμάτων του.
- ✓ Στη δημιουργία συνθηκών ενθάρρυνσης για μια πιο μακροχρόνια θεραπευτική συνεργασία και την προετοιμασία του για την παραπομπή του, στο κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα (Λιάπας, 1999: 231).

## **6.7 Θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης**

Τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης, λειτουργούν συνήθως, ως υπηρεσία των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, για να καλύψουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων, που κάνουν «ελαφρύτερη» χρήση, παραμένουν κοινωνικά ενταγμένοι, υποστηρίζονται από το κοντινό τους περιβάλλον, έχουν μικρή εμπλοκή με το ποινικό σύστημα και δεν ενδείκνυται η εισαγωγή τους σε θεραπευτική κοινότητα ( ανοιχτή ή κλειστή).

Η συμμετοχή στο πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης, μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες μορφές συμβουλευτικής, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, παρέμβαση στην οικογένεια και σε άλλες θεραπευτικές ή εκπαιδευτικές δραστηριότητες, είτε σε καθημερινή, είτε σε εβδομαδιαία βάση.

Συχνά, προτείνεται στα μέλη να παρακολουθούν παράλληλα με το πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης, ή και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, ομάδες αυτοβοήθειας, καθώς η συμμετοχή σε αυτές είναι

συχνά βοηθητική για τη διατήρηση της αποχής από τις εξαρτησιογόνες ουσίες (Πουλόπουλος, 2005).

## **6.8 Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης ψυχολογικής στήριξης**

Οι Τηλεφωνικές Γραμμές άμεσης ψυχολογικής υποστήριξης απευθύνονται σε όλους όσους αναζητούν απάντηση, σε οποιαδήποτε ερωτήματα σχετικά με την τοξικοεξάρτηση. Σε όσους δηλαδή, έχουν άμεσα ή έμμεσα σχέση με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, και ειδικότερα σε χρήστες ουσιών, σε γονείς, συγγενείς και φίλους χρηστών, επαγγελματίες και ειδικούς, κ.α..

Παρέχουν ενημέρωση για οποιοδήποτε θέμα αφορά στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, πληροφόρηση για τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και τις υπηρεσίες της χώρας μας, που σχετίζονται με το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης, και αξιοποιούν όλες τις πληροφορίες, προς όφελος του κάθε καλούντα, κάνοντας επιτυχείς παραπομπές, ώστε να αποφεύγεται το φαινόμενο των «περιπλανώμενων» από υπηρεσία σε υπηρεσία, σε θεραπευτικά προγράμματα ανά την Ελλάδα (Δρίτσας, 2002).

Επίσης , οι Τηλεφωνικές Γραμμές παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη με κατανόηση, φροντίδα και ανθρωπιά, αλλά και με επιστημονική εγκυρότητα και δεοντολογία σε κάθε άνθρωπο που αντιμετωπίζει την τοξικοεξάρτηση, ανεξάρτητα από τον βαθμό εμπλοκής του με τις ουσίες, μέσα από την διαδικασία της ενεργητικής ακρόασης



και της συζήτησης σε κλίμα σεβασμού και εμπιστοσύνης (Κ.Ε.Θ.Ε.Α., 2006)

Για τον λόγο αυτό, είναι ιδιαίτερης σημασίας οι σύμβουλοι της γραμμής να είναι ειδικά εκπαιδευμένοι σε ζητήματα ουσιοεξάρτησης (συμπτωματολογία χρήσης, τρόποι χρήσης, νέες ουσίες, αντιμετώπιση στερητικών συμπτωμάτων, πρόληψη, φυσιολογία των εξαρτήσεων, κ.α.), καθώς και είναι ενημερωμένοι για όλες τις νέες αλλά και τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες.

Επομένως, θα πρέπει ειδική φροντίδα να δίνεται στην εκπαίδευση των επαγγελματιών που εργάζονται στις Τηλεφωνικές Γραμμές, για την αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης, την πρόληψη υποτροπών, την βραχεία συμβουλευτική και την κινητοποιητική συμβουλευτική (Δρίτσας, 2002)

Οι βασικές αρχές που κινητοποιούν τη λειτουργία των τηλεφωνικών Γραμμών είναι ότι οι καλούντες παραμένουν ανώνυμοι και οι πληροφορίες παραμένουν εμπιστευτικές και άμεσες.

Οι βασικότερες επιδιώξεις της λειτουργίας των Τηλεφωνικών Γραμμών που λειτουργούν στη χώρα μας, είναι να παρέχουν:

- Εύκολη πρόσβαση στην ασφαλή ενημέρωση για ένα ευρύτατο φάσμα πληροφοριών που έχουν να κάνουν με την χρήση και την κατάχρηση ουσιών.
- Εξατομικευμένη φροντίδα, ακόμη και στα πρώτα , βασικά βήματα αντιμετώπισης του προβλήματος.
- Ταχύτητα και αποτελεσματικότητα στην παροχή βοήθειας και υποστήριξης σε καταστάσεις κρίσης.

- Αποστιγματοποίηση της τοξικοεξάρτησης και ενίσχυση των ενδιαφερόμενων να επικοινωνήσουν με τις υπάρχουσες υπηρεσίες.
- Πληροφόρηση για επίκαιρα ζητήματα (θέματα που κατά καιρούς απασχολούν την επικαιρότητα- δημοσιότητα, πληροφορίες για νέες ουσίες, νέες υπηρεσίες, κ.α.).
- Καταγραφή και αξιολόγηση όσων νέων θεμάτων προκύπτουν από τις ανάγκες του κοινού.(Δρίτσας, 20002)

Για την επίτευξη και την ορθή λειτουργία των παραπάνω, οι Τηλεφωνικές γραμμές, είναι μέρος ευρύτερων δικτύων παροχής σχετικών υπηρεσιών που παρέχουν ενημέρωση, προτάσεις και συμβουλευτική, παρακολουθώντας όλες τις εξελίξεις.

Είναι επίσης, μέλη της FESAT (Ευρωπαϊκή Ένωση Τηλεφωνικών Γραμμών Βοήθειας για τα Ναρκωτικά), που έχει έδρα τις Βρυξέλλες και στην οποία ανήκουν περισσότερες από τριάντα παρεμφερείς ευρωπαϊκές υπηρεσίες.(Δρίτσας, 2002).

Η συνεργασία αυτή, τους προσφέρει την δυνατότητα για ενημέρωση για τρέχουσες εξελίξεις μέσω εξειδικευμένων σεμιναρίων και για συμμετοχή σε ένα διακρατικό και διαπολιτισμικό βήμα ανταλλαγής απόψεων και προώθησης της εκπαίδευσης. (Κ.Ε.Θ.Ε.Α., 2006).

## 6.9 Προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης

Είναι γενική πια η άποψη, ότι η εργασία, εκτός από την διασφάλιση του εισοδήματος για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών, επιδρά και στην αυτοεκτίμηση του ανθρώπου, καθώς του δίνει το αίσθημα, ότι είναι παραγωγικό μέλος της κοινωνίας, καλύπτοντας έτσι μια βασική ψυχολογική ανάγκη του ανθρώπου, «το ανήκειν».

Ειδικά για το εξαρτημένο άτομο, η επαγγελματική του αποκατάσταση, αποτελεί βασικό κομμάτι της διαδικασίας επανένταξης του στο κοινωνικό σύνολο. Μέσα από την εργασία, αρχίζει σταδιακά να ξαναβρίσκει «τα χαμένα αντικείμενα», τον προσωπικό του χώρο, τον προσωπικό του χρόνο, την προσωπική του ταυτότητα μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Κατορθώνει τελικά το αίσθημα του «ανήκειν».

Στον εργασιακό του χώρο, ο πρώην εξαρτημένος θα βοηθήσει να δομήσει τη νέα του ταυτότητα, μιας και θα «υποχρεωθεί» να επανεξετάσει τις ικανότητες και τα προσόντα του, θα μάθει να θέτει όρια και να τα τηρεί.

Θα ενδυναμώσει την πίστη στον εαυτό του, μέσα από την ενίσχυση, την στήριξη και την αναγνώριση που θα μπορεί να παίρνει από την εργασία του.

Μέσα από την επαγγελματική αποκατάσταση, θα έρθει η στιγμή που θα πρέπει να επαναπροσδιορίσει την θέση του, την πορεία της ζωής του, να θέσει τους στόχους του και το μέτρο των αξιών του.

Θα βιώσει τη συνεργασία, την υπευθυνότητα, την κοινωνική αναγνώριση. Μέσα σε αυτή τη συλλογική διαδικασία, θα πρέπει να επεξεργαστεί τα συναισθήματα που του δημιουργούνται.

Σε αυτή τη δύσκολη πορεία της επανένταξης του πρώην εξαρτημένου στο κοινωνικό σύνολο, έχει ιδιαίτερη σημασία η ανεύρεση μιας θέσης εργασίας, που να έχει ενδιαφέρον για αυτόν, να του δίνει ικανοποίηση και να μην έχει σαν αντίκρισμα μόνο το μικρό ή το μεγάλο οικονομικό όφελος.

Η εργασία δίνει επίσης τη δυνατότητα, να βρουν τα απεξαρτημένα άτομα και την ανεξαρτησία από την πατρική εστία διαμονής. Μέσα από την εξασφάλιση μιας θέσης εργασίας, θα κατορθώσουν σταδιακά την οικονομική τους ανεξαρτησία, που θα τους κάνει ικανούς να ανεξαρτητοποιηθούν συναισθηματικά από τους γονείς τους. (Κατσαρού, 2004).

Για την επίτευξη της επαγγελματικής αποκατάστασης, τα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας μας φροντίζουν για την κάλυψη των εκπαιδευτικών ελλείψεων και την επαγγελματική κατάρτιση των μελών τους, αλλά και για τον επαγγελματικό προσανατολισμό, έτσι ώστε να δημιουργούνται οι προϋποθέσεις, ώστε τα απεξαρτημένα άτομα να διεκδικήσουν με περισσότερες αξιώσεις μια θέση στην αγορά εργασίας (Κ.Ε.Θ.Ε.Α., 2007).

### **6.9.1 Εναλλακτικά σχολεία**

Η χρόνια προβληματική χρήση ουσιών, και ο συνδεδεμένος με αυτήν τρόπος ζωής, συνεπάγεται συνήθως και σημαντικές ελλείψεις σε επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματικών προσόντων και πείρας.

Οι δραστηριότητες εκπαίδευσης των θεραπευτικών προγραμμάτων της Ελλάδας, επιχειρούν να καλύψουν ένα μεγάλο φάσμα αναγκών, από την αντιμετώπιση του αναλφαβητισμού και σημαντικών εκπαιδευτικών ελλείψεων, μέχρι την προετοιμασία για εισαγωγή σε ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Και από τη συμμετοχή σε ομάδες καλλιτεχνικής έκφρασης, μέχρι την παρακολούθηση πιστοποιημένων και μακροχρόνιων προγραμμάτων κατάρτισης σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς κλάδους (Κ.Ε.Θ.Ε.Α., 2006).

Τα εναλλακτικά σχολεία, απευθύνονται σε μέλη ή απόφοιτους των θεραπευτικών προγραμμάτων που έχουν διακόψει τη φοίτησή τους σε κάποια βαθμίδα της εκπαίδευσης ή έχουν απολυτήριο λυκείου και επιθυμούν να προετοιμαστούν για την εισαγωγή τους στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Οι προϋποθέσεις για την εισαγωγή σε αυτά, είναι τα ενδιαφερόμενα άτομα:

1. Να απέχουν πλήρως από την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.
2. Να καλύπτονται από ένα αναγνωρισμένο πρόγραμμα θεραπείας, το οποίο να εγγυάται ότι το άτομο έχει διακόψει τη χρήση.
3. Να έχουν εγκαταλείψει το σχολείο πριν από τουλάχιστον 3 χρόνια.

Τα εναλλακτικά σχολεία αξιοποιούν τη νομοθεσία περί « κατ' ιδίαν διδαχθέντων», σύμφωνα με την οποία, οι απόφοιτοι και τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων, μπορούν να εγγράφονται σε δημόσια σχολεία και να συμμετέχουν σε εξετάσεις, χωρίς την υποχρέωση να παρακολουθούν τα μαθήματα (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

Οι οργανωμένες δομές σχολικής εκπαίδευσης, έχουν μεταβατικό χαρακτήρα, αφού απώτερος σκοπός τους είναι η φοίτηση των μαθητών τους σε δημόσιες ή ιδιωτικές εκπαιδευτικές μονάδες μέσης, ανώτερες και ανώτατης εκπαίδευσης.

### **6.9.2 Κέντρα εκπαίδευσης- εργαστήρια κατάρτισης**

Οι εξαρτημένοι που συνήθως, ζητούν να ενταχθούν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, στην πλειοψηφία τους είναι μακροχρόνια άνεργοι. Ο στόχος των προγραμμάτων κατάρτισης, είναι η εργασιακή και κοινωνική προετοιμασία των μελών τους, καθώς και η προαγωγή των επαγγελματικών δεξιοτήτων των συμμετεχόντων, ώστε μετά το τέλος του προγράμματος να προωθήσουν ισότιμα με τους άλλους άνεργους στην αγορά εργασίας.

Είναι γεγονός ότι μεγάλος αριθμός θεραπευόμενων, προτιμά αν έχει αυτή τη δυνατότητα, να βρίσκει δουλειά με την παρέμβαση φίλων, οικογένειας ή γνωστών, και όχι με τη παρέμβαση του θεραπευτικού προγράμματος, ή μέσω της επιδότησης του Ο.Α.Ε.Δ., κρύβοντας επιμελώς το παρελθόν του, καθώς έχει το φόβο ότι δεν θα προσληφθεί, λόγω της προκαταλήψεως των εργοδοτών.

Οι δράσεις τους, των κέντρων εκπαίδευσης, επικεντρώνονται στην κατάρτιση και την εξειδίκευση, σε διάφορα θεματικά πεδία, των απεξαρτημένο και υπο απεξάρτηση ατόμων, με στόχο τη διευκόλυνση των όρων κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξής τους, ώστε να τους δοθεί συνολικά μια ευκαιρία για νέο ξεκίνημα, μέσω μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης. (Χριστοδούλου, 2004).

Οι στόχοι των προγραμμάτων κατάρτισης είναι:

- Η διευκόλυνση των όρων κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξής τους.
- Η ενεργοποίηση του ίδιου του ατόμου, ώστε να αναπτύξει δεξιότητες κοινωνικές και επαγγελματικές, που είναι απαραίτητες για την ενσωμάτωσή του στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή.
- Η υιοθέτηση νέων προσεγγίσεων υποστήριξης της κοινωνικής και επαγγελματικής τους ένταξης της ομάδας-στόχου.
- Η επαγγελματική ένταξη ικανού αριθμού των μελών της ομάδας-στόχου, μέσω της ανάπτυξης κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων, του επαγγελματικού προσανατολισμού, της εξειδικευμένης κατάρτισης και εργασιακής εμπειρίας.
- Η ευαισθητοποίηση επαγγελματικών φορέων, επιχειρήσεων και εργοδοτών σε θέματα προώθησης των απεξαρτημένων ατόμων στην αγορά εργασίας, και η αξιοποίηση από πλευράς τους, σε μεγαλύτερο βαθμό των κινήτρων και

προσφερόμενων υπηρεσιών για εξεύρεση και αποτελεσματική ενσωμάτωση του ανθρώπινου δυναμικού.

(Χριστοδούλου, 2004)

Για παράδειγμα, στην ανοιχτή θεραπευτική κοινότητα «Διάβαση» του ΚΕ.ΘΕ.Α., ήδη από το 1999, η επαγγελματική κατάρτιση των μελών ξεκινάει μετά τον πρώτο μήνα ένταξής τους στην κοινότητα, με στόχο:

- Να αναπτύξουν τα μέλη δεξιότητες
- Να εξοικειωθούν με την εκπαιδευτική διαδικασία και το εργασιακό περιβάλλον
- Να κινητοποιηθούν και να δεχτούν ερεθίσματα για να ενισχύσουν την εκπαίδευση τους σε ανώτερο επίπεδο
- Να αποκτήσουν εφόδια που θα τους ενισχύσουν προσωπικά και θα τους βοηθήσουν να επανενταχθούν στις νέες συνθήκες της αγοράς εργασίας μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, αποφεύγοντας την απομόνωση και την περιθωριοποίηση.

(ΚΕ.ΘΕ.Α.,- Ανοιχτή θεραπευτική Κοινότητα «ΔΙΑΒΑΣΗ»)

Στα εργαστήρια κατάρτισης, εφαρμόζεται ο θεσμός της μαθητείας, δηλαδή η παροχή επαγγελματικής κατάρτισης, σε συνθήκες πραγματικής εργασίας, αλλά παράλληλα μέσα σε προστατευμένο και υποστηρικτικό περιβάλλον.

Έχουν συνήθως διάρκεια από 200 έως 500 ώρες και το καθένα αποτελείται από 15-20 άτομα.

Κάποια από τα τμήματα κατάρτισης που μπορούν να παρακολουθήσουν οι συμμετέχοντες είναι: χρήση ηλεκτρονικών



υπολογιστών σε εφαρμογές γραφείου, φωτογραφία, καλλιτεχνική βιβλιοδεσία, ανθοκομία-κηποτεχνική, κοπτική-ραπτική, μαθήματα ξένων γλωσσών, κ.α..

Σύμφωνα με τον Κουκλινό Άγγελο, Υπεύθυνο της Μονάδας Κοινωνικής Ένταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ., ωστόσο, οποιοδήποτε πρόγραμμα που αφορά στην επαγγελματική επανένταξη ενός πρώην εξαρτημένου ατόμου, χωρίς να συνοδεύεται από ένα καλά δομημένο και διαρκές πλαίσιο ψυχολογικής υποστήριξης, είναι καταδικασμένο να αποτύχει.

Η έντονα επιβαρημένη ψυχολογική κατάσταση των ατόμων αυτών, λειτουργεί ως νάρκη από ανά πάσα στιγμή μπορεί να εκραγεί και να καταστρέψει τις οποίες αλλαγές έχουν γίνει σε κοινωνικό ή επαγγελματικό επίπεδο.(Κουκλινός, 2004).

Για τον λόγο αυτό, το κάθε θεραπευτικό πλαίσιο παρεμβαίνει στην επαγγελματική αποκατάσταση των μελών του:

- Παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη στα μέλη, για να μπορέσουν να σταθούν σε μια δουλειά με σταθερότητα και συνέπεια, κάτι που πολλοί από αυτούς κάνουν ή μαθαίνουν να κάνουν για πρώτη φορά στη ζωή τους. Για να καταφέρουν, να αναλάβουν τις ευθύνες τους και να είναι αποδοτικοί στην εργασία τους χωρίς να είναι αντικείμενο διακρίσεων ή εκμετάλλευσης κάθε τύπου.
- Με το να σταθεί δίπλα στον εργοδότη για να τον καθησυχάσει και να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τους αρχικούς φόβους, τους δισταγμούς και τις προκαταλήψεις.

- Με παρεμβάσεις στην ευρύτερη κοινότητα, ώστε να προκύψουν αλλαγές στο υπάρχον θεσμικό και νομικό πλαίσιο, και να εξαλειφθούν οι δυσκολίες για την επαγγελματική αποκατάσταση των θεραπευόμενων .  
(Κατσαρού, 2004)

Έτσι για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, παράλληλα με την κατάρτιση, στα Εξειδικευμένα Κέντρα Επαγγελματικής και Κοινωνικής Ένταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ., λειτουργούν υποστηρικτικά για τη συμβουλευτική και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των συμμετεχόντων καθώς και για την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου, οι ομάδες «Προώθησης στην αγορά εργασίας» και «Συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών».

Α.) Οι ενέργειες που αναπτύσσονται από τις ομάδες «Προώθησης στην αγορά εργασίας», είναι:

- Διαμεσολάβηση σε εργοδότες για την εργασιακή αποκατάσταση των μελών
- Στήριξη και συμβουλευτική των επαγγελματιών πρωτοβουλιών των συμμετεχόντων συμβουλευτική στήριξη (ατομική, επιχειρηματικών δράσεων), σε επίπεδο νομικής , ασφαλιστικής και οικονομοτεχνικής κάλυψης
- Ενημέρωση – ευαισθητοποίηση εργοδοτικών φορέων και φορέων προώθησης στην απασχόληση για την επαγγελματική αποκατάσταση των απεξαρτημένων ατόμων
- Συνεργασία με τοπικούς φορείς για την προώθηση των απεξαρτημένων ατόμων στην αγορά εργασίας

- Παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου της απασχόλησης και της κοινωνικής προστασίας

Β.) Οι ενέργειες που αναπτύσσονται από τις ομάδες παροχής «Συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών» είναι:

- Προσέγγιση – ενημέρωση- ευαισθητοποίηση- ενεργοποίηση των ωφελούμενων, ώστε να συμμετάσχουν στην διαδικασία ένταξης
- Διερεύνηση των ικανοτήτων, δεξιοτήτων, κλίσεων και ενδιαφερόντων των χρηστών με στόχο την ανάπτυξη κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων
- Εξειδικευμένος επαγγελματικός προσανατολισμός
- Πληροφόρηση για θεσμικά, εργασιακά καθώς και νομικής μορφής θέματα

Γ.) Οι ενέργειες που αναπτύσσονται για την ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση του κοινωνικού συνόλου, είναι:

- Διαμόρφωση υποστηρικτικού δικτύου υπηρεσιών και επιχειρήσεων
- Ενεργοποίηση εθελοντών- διαμεσολαβητών κοινωνικής επανένταξης
- Ανάπτυξη και εφαρμογή συστήματος εσωτερικής και εξωτερικής αξιολόγησης των ενεργειών και δράσεων του έργου
- Διάδοση πληροφοριών στο διαδίκτυο
- Δράσεις ενημέρωσης του ευρύτερου κοινού

(Χριστοδούλου, 2004)

Τα αποτελέσματα από την μέχρι σήμερα, υλοποίηση των προγραμμάτων κατάρτισης είναι οι συμμετέχοντες:

Να αποκτήσουν επάρκεια γνώσεων σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά και σε πρακτικό επίπεδο σε ένα τομέα , όπου θα μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες μιας αντίστοιχης θέσεις εργασίας.

Να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες που θα τους καταστήσουν κατά το δυνατόν ανταγωνίσιμους στην αγορά εργασίας και θα τους εξασφαλίσουν σταθερότητα στον εργασιακό τους ρόλο.

Να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση, με την ενεργοποίηση τους και την συμμετοχή τους σε ότι τους αφορά, μέσω της απόκτησης γνώσεων, πληροφοριών και απαραίτητων δεξιοτήτων

Να αποκτήσουν γνώση των όρων, των συνθηκών και των τρόπων εργασίας του πεδίου κατάρτισης τους, μέσω των εκπαιδευτικών επισκέψεων

Να έρθουν σε επαφή με τη αγορά εργασίας και πολλοί από αυτούς να προωθηθούν σε αυτή.(Χριστοδούλου, 2004)

Κατά κύριο λόγο, στα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας μας και σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς (π.χ. υπηρεσίες Τοπικής αυτοδιοίκησης, επιθεώρηση εργασίας, ασφαλιστικούς φορείς, Ο.Α.Ε.Δ.), είναι αρμοδιότητα των κοινωνικών λειτουργών να παρέχουν:

1) συμβουλευτική υποστήριξη σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο σε όσα μέλη ενδιαφέρονται για εύρεση εργασίας

## 2) πληροφόρηση

- για τις θέσεις εργασίας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα
- για προγράμματα χρηματοδότησης και πρόσληψης ανέργων
- για επιχορηγήσεις νέων ελεύθερων επαγγελματιών
- για επιχορηγήσεις νέων ελεύθερων επαγγελματιών
- για τα ειδικά προγράμματα επιχορήγησης του Ο.Α.Ε.Δ.
- για τα θέματα εργασιακών σχέσεων
- για διευθύνσεις και τηλέφωνα οργανισμών και δημόσιων υπηρεσιών
- για διεξαγωγή σεμιναρίων με θέματα: τη διαδικασία αναζήτησης εργασίας, τη σύνταξη βιογραφικού και συνοδευτικής επιστολής, την αντιμετώπιση συνεντεύξεων επιλογής, τα εργασιακά θέματα, κ.α.

3) προσέγγιση εργοδοτών και στελεχών επιλογής προσωπικού με στόχο την αξιόπιστη ενημέρωση τους, πέρα από μύθους και τις προκαταλήψεις και τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και συνεργασίας, βασιζόμενου στον αλληλοσεβασμό, την αξιοκρατία και την υπευθυνότητα.

### **6.10 Ανακεφαλαίωση**

Η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης, δεν μπορεί να αγνοήσει την αναγκαιότητα για παρεμβάσεις, που έχουν δημιουργηθεί με στόχο να προσφέρουν συμπληρωματικές υπηρεσίες και εναλλακτικές

μορφές θεραπείας στα τοξικοεξαρτημένα άτομα και στις οικογένειές τους.

Τα προγράμματα μείωσης της βλάβης, είναι απαραίτητα και χρήσιμα συστατικά, σαν συμπλήρωμα της αντιμετώπισης του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης. Εξάλλου, οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, είναι αποτελεσματικότερη από τη μη θεραπεία.

Με αφετηρία το γεγονός, ότι δεν υπάρχει θεραπευτικό μοντέλο που να είναι κατάλληλο για όλους τους τοξικοεξαρτημένους, στα προγράμματα θεραπείας που λειτουργούν στην Ελλάδα, με στόχο την κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών του κάθε ατόμου, περιλαμβάνονται επίσης προγράμματα για ειδικές ομάδες εξαρτημένων, προγράμματα στο πλαίσιο του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, θεραπευτικά αυτοβοήθειας, σωματικής αποτοξίνωσης, εξωτερικής παρακολούθησης, τηλεφωνικές γραμμές άμεσης ψυχολογικής στήριξης και προγράμματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης.

Παρά τις διαφορές τους όμως, όλα τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην χώρα μας, μοιράζονται κάποιους κοινούς στόχους, όπως είναι η αποχή από τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες, ή έστω η μείωση της χρήσης και της παραβατικής συμπεριφοράς, η βελτίωση της υγείας τους και της κοινωνικής τους λειτουργικότητας, και ομαλή επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

#### 7.1 Εισαγωγή

Η χρήση των λεγόμενων «σκληρών ναρκωτικών», εμφανίστηκε στον ελληνικό χώρο στις αρχές της δεκαετίας του '80 , σαν μια συνέπεια της βιομηχανικής ανάπτυξης και των επακόλουθων συνεπειών της . Η βιομηχανική ανάπτυξη, η εισαγωγή από τις δυτικές κοινωνίες του αχαλίνωτου καταναλωτισμού, προτύπων και τρόπων ζωής, άγνωστων στην ελληνική κοινωνία και κουλτούρα, καθώς και η αποδυνάμωση των παραδοσιακών δομών χωρίς την αντικατάστασή τους από άλλες νεότερες, συνετέλεσαν στην ταχύτατη διάδοση και εξάπλωση της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών. ( Ζαφειρίδης 1989) .

Η ραγδαία αύξηση και εξάπλωση του προβλήματος της χρήσης των ψυχοδραστικών ουσιών και οι συνέπειες που προέκυψαν, έκαναν επιτακτική την ανάγκη της αντιμετώπισης του . Έτσι σήμερα, έχουν αναπτυχθεί και λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα, θεραπευτικά προγράμματα διαφόρων τύπων και θεραπευτικών μεθοδολογιών. Τα προγράμματα αυτά, καλύπτουν και τους τρεις (3) τομείς της πρόληψης: την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη της τοξικοεξάρτησης.

Στην Ελλάδα αναπτύχθηκαν αρχικά, αμιγώς θεραπευτικά προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης της τοξικοεξάρτησης, αρκετά χρόνια αφού εμφανίστηκε η κατάσταση ως πρόβλημα . Μέχρι τότε, την φροντίδα των

εξαρτημένων χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών, είχαν τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας .

Σήμερα τα επίσημα αναγνωρισμένα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην Ελλάδα είναι 55. Οι μονάδες αυτές, ανάλογα με τον τύπο και τον ιδιαίτερο θεραπευτικό χαρακτήρα τους κατανέμονται σε δέκα (10) «στεγνά» προγράμματα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, σε δεκαπέντε (15) «στεγνά» προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων, σε δεκατρία (13) «στεγνά» προγράμματα εξωτερικής παραμονής για νέους και έφηβους χρήστες, επτά (7) μονάδες υποκατάστασης με μεθαδόνη και δέκα (10) μονάδες υποκατάστασης με βουπρενορφίνη ( Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2006) .

## **7.2 Οι κύριοι φορείς θεραπευτικών προγραμμάτων για τοξικοεξαρτημένα άτομα**

Οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς που παρέχουν θεραπεία σε εξαρτημένα άτομα στην χώρα μας, είναι οι εξής: Ο.ΚΑ.ΝΑ., το ΚΕ.ΘΕ.Α., το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.)- Μονάδα «18 και Άνω», το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), η Ψυχιατρική κλινική Αθηνών, δημόσια γενικά νοσοκομεία ανά την Ελλάδα σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ, το Σωματείο «ΘΗΣΕΑΣ»- Δήμος Καλλιθέας και το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και ερευνών (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν, 2006).



### **7.2.1 Το κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.)**

Το κέντρο θεραπείας εξαρτημένων ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.), είναι ο πρώτος φορέας που συστάθηκε στην Ελλάδα, για την θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης.

Πρόδρομός του, υπήρξε το Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για τα εξαρτημένα άτομα, που λειτούργησε πειραματικά το διάστημα 1983-1987, με πυρήνα την «ΙΘΑΚΗ», την πρώτη ελληνική θεραπευτική κοινότητα.

Με την ίδρυση του ΚΕ.ΘΕ.Α. το 1987 (νόμος 1729), εντάχθηκαν σε αυτό όλες οι μονάδες του Ειδικού Θεραπευτικού Προγράμματος και αποτέλεσαν τη βάση για την σταδιακή ανάπτυξη ενός πανελλαδικής εμβέλειας δικτύου υπηρεσιών.

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. είναι αυτοδιοικούμενο, μη κερδοσκοπικό νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και τελεί υπο την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (νόμοι 1729/ 1987 και 3204/ 2003).

Βασικός στόχος του δικτύου είναι η θεραπεία, η επαγγελματική κατάρτιση και η κοινωνική ένταξη των τοξικοεξαρτημένων ατόμων, η συμβουλευτική και η θεραπευτική στήριξη των οικογενειών που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης ουσιών, καθώς και η ανάπτυξη δραστηριοτήτων πρόληψης, εκπαίδευσης επαγγελματιών και έρευνας στον τομέα της τοξικοεξάρτησης.

Η θεραπευτική του παρέμβαση, στηρίζεται στο μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων. Τα προγράμματα του ΚΕ.ΘΕ.Α., βασίζονται στην εθελούσια και δωρεάν συμμετοχή των μελών τους και δεν χορηγούν

φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες («στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα). (ΚΕ.ΘΕ.Α., 2004).

Οι βασικές αρχές της φιλοσοφίας των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕ.ΘΕ.Α., έχουν άμεση σχέση με τον προσδιορισμό των αιτιών του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης.

Για το ΚΕ.ΘΕ.Α., οι τοξικοεξαρτημένοι, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως άτομα με πολύπλοκα ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία «λανθάνουν» πίσω από την ορατή και εύκολα διαγνώσιμη εξάρτηση, και όχι ως άρρωστοι. Οι θεραπευτικές του ικανότητες λοιπόν, απαντώντας στα αίτια του προβλήματος, προσφέρουν την δυνατότητα για εσωτερική αλλαγή, για έναν νέο τρόπο ζωής, απαλλαγμένο από ουσίες (Ρογκότης, 1994).

Ανώτατος θεσμικό όργανο του ΚΕ.ΘΕ.Α. είναι η γενική του συνέλευση, όπου συμμετέχουν με δικαίωμα ψήφου τόσο το έμψυχο δυναμικό του, όσο και οι αποδέκτες των υπηρεσιών του, όπως εργαζόμενοι στον οργανισμό με σύμβαση αορίστου χρόνου, μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων που βρίσκονται στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, εκπρόσωποι εθελοντικών συλλόγων οικογένειας και φίλων του ΚΕ.ΘΕ.Α., και μέλη όλων των προηγούμενων διοικητικών συμβουλίων του οργανισμού (ΚΕ.ΘΕ.Α., 2007).

Το ανώτατο διοικητικό όργανο του ΚΕ.ΘΕ.Α., είναι το διοικητικό συμβούλιο. Τα μέλη του προτείνονται και εκλέγονται από τη Γενική Συνέλευση κάθε δύο χρόνια. Πρόκειται για διακεκριμένες προσωπικότητες του δημόσιου βίου που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στον οργανισμό εθελοντικά.

Η Γενική Συνέλευση εκλέγει επίσης τρία αναπληρωματικά μέλη του διοικητικού συμβουλίου.

Στο συμβούλιο συμμετέχουν και δύο μη αιρετά μέλη, που προέρχονται από το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και το διοικητικό Συμβούλιο του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου, με στόχο τη θεσμική διασύνδεση του ΚΕ.Θ.Ε.Α. , με τη δημόσια διοίκηση και ιδιαίτερα τους χώρους της υγείας και της εκπαίδευσης. (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2007).

Το διοικητικό συμβούλιο εποπτεύει συνολικά τη λειτουργία του οργανισμού και ορίζει τον διευθυντή που έχει τη διοικητική και θεραπευτική ευθύνη του φορέα. Για το συντονισμό του έργου του ΚΕ.Θ.Ε.Α., ο διευθυντής συνεργάζεται στενά με τους υπεύθυνους των επιμέρους θεραπευτικών προγραμμάτων και τομέων.

Η χάραξη της μακροπρόθεσμης πολιτικής του οργανισμού σε θέματα θεραπείας, δεοντολογίας, έρευνας, εκπαίδευσης, ανάπτυξης, κ.α. γίνεται από το Συμβούλιο Πολιτικής ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Σ.Π.Ο.Κ.), την ολομέλεια δηλαδή, των υπευθύνων των αυτοτελών διοικητικών μονάδων (προγράμματα, μονάδες, τομείς, τμήματα) του ΚΕ.Θ.Ε.Α. από όλη την Ελλάδα.

Στα βασικά χαρακτηριστικά του τρόπου εσωτερικής λειτουργίας και διοίκησης του ΚΕ.Θ.Ε.Α., συγκαταλέγονται η δημοκρατική διαδικασία λήψης αποφάσεων και η διοικητική αυτοτέλεια των προγραμμάτων του σε όλη την Ελλάδα. Στοχεύοντας στη θεραπευτική, διοικητική και οικονομική αποκέντρωση, το ΚΕ.Θ.Ε.Α., προσπαθεί να ανταποκρίνεται έγκαιρα και χωρίς γραφειοκρατικές εμπλοκές στις

ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων και των οικογενειών τους. (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2006, ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2007).

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α., στελεγχώνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες, καθώς και από απόφοιτους αναγνωρισμένων θεραπευτικών προγραμμάτων.

Δεν απασχολεί βοηθητικό ή φυλακτικό προσωπικό στα θεραπευτικά του προγράμματα, όπου οι εργασίες που απαιτούνται για την καθημερινή λειτουργία και διαβίωση γίνονται από ομάδες μελών και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας. Ενεργό συμμετοχή στο έργο του ΚΕ.Θ.Ε.Α., παρέχουν επίσης εθελοντικοί σύλλογοι οικογένειας των θεραπευτικών του προγραμμάτων, όπως και ιδιώτες εθελοντές. (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2006).

Οι πόροι του ΚΕ.Θ.Ε.Α. προέρχονται από: τον Κρατικό Προϋπολογισμό, μέσω του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, δωρεές, κληροδοτήσεις, και επιχορηγήσεις τρίτων ατόμων και από τα έσοδα δραστηριοτήτων αυτοχρηματοδότησης, όπως οι παραγωγικές μονάδες. Το υπουργείο Υγεία και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εγκρίνει το ετήσιο σχέδιο δράσεις του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και ελέγχει κατασταλτικά τη διαχείριση των οικονομικών του.

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α., χωρίς να έχει νομική υποχρέωση, αναθέτει κάθε χρόνο σε ορκωτούς ελεγκτές τον έλεγχο των οικονομικών του στοιχείων. Η σχετική έκθεση αποστέλλεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2006).

## 7.2.2 Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ)

Ο οργανισμός κατά των ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και τελεί υπο την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (νόμος 2161/ 1993).

Ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1995 με βασικούς στόχους:

1. Το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.
2. Τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών, καθώς και την ευαισθητοποίηση του κοινού.
3. Την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και των κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης (Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2000).

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ, επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο, αυτόν του εθνικού συντονιστικού φορέα και του φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών, στο πλαίσιο μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης στην χώρα μας.

Δεδομένου ότι οι ανάγκες θεραπείας στα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα, καλύπτονται κατά κύριο λόγο από άλλους δημόσιους και

ιδιωτικούς φορείς, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ έχει αναπτύξει περιορισμένο αριθμό «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων.

Ως μοναδικός φορέας που έχει από τον νόμο την αρμοδιότητα να λειτουργεί θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης, επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στην κάλυψη των αναγκών θεραπείας με φαρμακευτικά υποκατάστατα.

Βασικός σκοπός των προγραμμάτων του Ο.ΚΑ.ΝΑ είναι η παροχή υπηρεσιών σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή. Παράλληλα με την χορήγηση υποκατάστατων (μεθαδόνης και βουπρενορφίνης), τα προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ παρέχουν ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη με στόχο να συμβάλλουν στην ομαλοποίηση της ζωής των θεραπευόμενων και στη βελτίωση της κατάστασης της ψυχικής και σωματικής τους υγείας.

(Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2000).

Επίσης βασικός σκοπός του Ο.ΚΑ.ΝΑ, είναι η μελέτη του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα. Για τον σκοπό αυτό, διενεργεί έρευνες και επιδημιολογικές μελέτες, σε συνεργασία με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) και το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.) , (Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2004).

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο στο οποίο συμμετέχουν καταξιωμένα πρόσωπα του επιστημονικού και οικονομικού χώρου. Θεσμικά συμμετέχουν ο επικεφαλής του Συντονισμού Δίωξης

Ναρκωτικών (Σ.Ο.Δ.Ν.) και ο πρόεδρος της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.).

Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου διορίζονται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο/ Η πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζεται από το υπουργικό συμβούλιο, με πρόταση του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η διεύθυνση των υπηρεσιών και των μονάδων του Ο.ΚΑ.ΝΑ, ανατίθεται στο Γενικό Διευθυντή του Οργανισμού, η θέση του οποίου καλύπτεται με δημόσια προκήρυξη. (Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2000)

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ, στελεχώνεται από επιστημονικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Επίσης, προσλαμβάνονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου, απόφοιτοι αναγνωρισμένων θεραπευτικών προγραμμάτων.

Οι πόροι του Ο.ΚΑ.ΝΑ, προέρχονται από ετήσιες επιχορηγήσεις του κράτους, δωρεές, κληροδοτήσεις και επιχορηγήσεις τρίτων, επιχορηγήσεις των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οργανισμών και νομικών προσώπων που τελούν υπό την εποπτεία του κράτους κ.τ.λ..

Η διαχείριση των πόρων του Ο.ΚΑ.ΝΑ, ελέγχεται από λογιστικά/ κατασταλτικά από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

(Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2000).

### **7.2.3 Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.)- Μονάδα Απεξάρτησης «18 Άνω»**

Η Μονάδα Απεξάρτησης «18 και Άνω» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών (Ψ.Ν.Α.), οργανώθηκε και λειτουργεί από τα τέλη

της δεκαετίας του 1980, ως συνέχεια και εξέλιξη της κλινικής, για άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες, που λειτουργούσε από το 1960 περίπου. Ιστορικά, ίσως αποτελεί την αρχαιότερη μονάδα παροχής υπηρεσιών σε εξαρτημένους στην Ελλάδα.

Σήμερα, η μονάδα «18 Άνω», έχει αναπτυχθεί και καλύπτει με διάφορες δομές τους εξαρτημένους και τις οικογένειες τους, σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας, μέχρι την επανένταξη τους στην κοινωνία.

Όλες οι δομές της είναι «ελεύθερες ουσιών», («στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα), καθώς βασική αρχή της είναι πως η απεξάρτηση ισοδυναμεί με τη διαδικασία αλλαγής του τρόπου ζωής, και όχι με την υποκατάσταση μιας εξάρτησης με μια άλλη.

Ο τελικός στόχος της όλης ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, δεν είναι η ψυχιατρικοποίηση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης, αλλά η κατάκτηση, από τον ίδιο τον χρήστη, της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του.(Ρογκότης, 1994).

Σύμφωνα με τη Μάτσα, Υπεύθυνη του προγράμματος «18 Άνω», η θεραπευτική προσέγγιση του τοξικοεξαρτημένου οφείλει να είναι πολυεστιακή με παρέμβαση σε όλες τις παραμέτρους του προβλήματος (άτομο, οικογένεια, ομάδα).(Μάτσα, 2001).

Το θεραπευτικό πρόγραμμα στηρίζεται κατά βάση στη θεραπευτική ομάδα, η οποία απαρτίζεται από έμπειρους και εκπαιδευμένους θεραπευτές και η οποία λειτουργεί με την αρχή της ισοτιμίας και αναπτύσσει δράσεις σε πολλά επίπεδα.(Ρογκότης, 1994).

Βασική αρχή λειτουργίας του προγράμματος είναι, όπως αναφέρθηκε, η αρχή της ισοτιμίας, που ισχύει και για θεραπευτές και για



θεραπευόμενους. Η τήρηση της, ιδιαίτερα σε ένα δημόσιο ιδρυματικό πλαίσιο (Ψ.Ν.Α.), επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη ενός ειλικρινούς και ανοικτού διαλόγου ανάμεσα σε όλους και για όλα τα ζητήματα.

Στο πρόγραμμα «18 Άνω», δεν υπάρχουν αυθεντίες, ούτε ιεραρχικά επίπεδα. Η θεραπευτική ομάδα δεν στέκεται απέναντι στον εξαρτημένο, αλλά δίπλα του, στο πλευρό του και αναπτύσσει θεραπευτική σχέση, που στηρίζεται στην εμπιστοσύνη και παίζει σημαντικό ρόλο για την θεραπευτική πορεία κάθε ατόμου.(Ρογκότης, 1994).

Με βάση αυτό το θεραπευτικό πλαίσιο, οι δομές που έχει αναπτύξει η Μονάδα Απεξάρτησης «18 Άνω», περιλαμβάνονται, ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή, συμβουλευτικός σταθμός, θεραπευτικές κοινότητες, μονάδα για έφηβους χρήστες, μονάδες επανένταξης και αποκατάστασης, ειδικό πρόγραμμα για κρατούμενους χρήστες, καθώς και προγράμματα στήριξης για τις οικογένειες των εξαρτημένων χρηστών.

Ακόμη, έχουν αναπτυχθεί και προγράμματα φροντίδας και παρέμβασης σε ιδιαίτερες ομάδες εξαρτημένων (π.χ. εξαρτημένες μητέρες) (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

#### **7.2.4 Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.)**

Στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), έχουν αναπτυχθεί προγράμματα, τα οποία παρέχουν έναν ολοκληρωμένο θεραπευτικό κύκλο σε ανθρώπους που βρίσκονται αντιμέτωποι με το

πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης, εφόσον οι ίδιοι βέβαιοι, αποφασίσουν να υιοθετήσουν μια νέα στάση ζωής, έναντι του προηγούμενου τρόπου ζωής τους.

Οι δομές του ψυχιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), που αφορούν στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης, υλοποιούν παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο τη δυνατότητα των προσωπικών επιλογών και σαν συνέπεια, τη δια βίου αποχή από τις εξαρτησιογόνες ουσίες.

Οι δομές αυτές είναι οι εξής δύο:

1. Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων
2. Εναλλακτικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΡΓΩ»

## 1. Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων

Το τμήμα αποκατάστασης εξαρτημένων του Ψ.Ν.Θ., ξεκίνησε τη λειτουργία του από το 1992. Στόχος του τμήματος, είναι η ουσιαστική παρέμβαση στο χώρο των τοξικοεξαρτημένων, σε επίπεδο πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης.

Αυτό σημαίνει, ότι το τμήμα προσεγγίζει, κατευθύνει και παρακολουθεί το τοξικοεξαρτημένο άτομο σε όλες τις φάσεις, τόσο της εξάρτησης όσο και της απεξάρτησης, μέχρι την ολοκλήρωση της επανένταξης τους στον κοινωνικό ιστό.

Σήμερα, στο Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων λειτουργεί:

- Πολυδύναμος συμβουλευτικός σταθμός θεραπευτικού χαρακτήρα
- Μονάδα σωματικής αποτοξίνωσης, σε οίκημα μέσα στο χώρο του Ψ.Ν.Θ.
- Θεραπευτική κοινότητα, στην περιοχή Καρτερές, 40 χιλιόμετρα εκτός Θεσσαλονίκης

Και

- Μονάδα κοινωνικής επανένταξης

Για το τμήμα αποκατάστασης εξαρτημένων, το πρόβλημα της εξάρτησης από τις εξαρτησιογόνες ουσίες, δεν είναι κυρίαρχα ιατρικό. Θεωρεί πως πλήθος παραγόντων όπως, κοινωνικοί, οικονομικοί, οικογενειακοί, περιβαλλοντικοί, ευθύνονται για την εξάπλωση και την αύξηση του αριθμού των τοξικοεξαρτημένων που παρατηρείται σήμερα.

Βασική αρχή του τμήμα, είναι η βιοψυχοκοινωνική διερεύνηση του χρήστη και η ετοιμότητα παροχής σε αυτόν, ανάλογης θεραπευτικής πρότασης.

Η αξιολόγηση του προβλήματος, η διαμόρφωση γνώμης και , όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, η ψυχιατρική διάγνωση, οδηγούν στην κατάλληλη θεραπευτική πρόταση.

Το τμήμα αποκατάστασης εξαρτημένων απευθύνεται στο τοξικοεξαρτημένο άτομο, προτείνοντας του μια «συμμαχία», με τη μορφή ενός «συμβολαίου», που στοχεύει κυρίως στην απεξάρτηση του, αλλά και του εξασφαλίζει κάθε άλλη μορφή βοήθειας (Ρογκότης, 1994).

## **2. Εναλλακτικό θεραπευτικό πρόγραμμα «ΑΡΓΩ»**

Το εναλλακτικό θεραπευτικό πρόγραμμα «ΑΡΓΩ» ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1998. είναι ένα «ανοιχτό» θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο έχει προσαρμόσει τη θεραπευτική του λειτουργία, στην κατεύθυνση της αντιμετώπισης της εξάρτησης ως κοινωνικό, οικογενειακό και προσωπικό πρόβλημα.

Παρέχει μεταξύ άλλων, υπηρεσίες ψυχικής απεξάρτησης και κοινωνικής επαναδραστηριοποίησης, πρόγραμμα χορήγησης αντιδότηων, δραστηριότητες πρωτογενούς πρόληψης, κ.α..

### 7.2.5 Η Ψυχιατρική Κλινική Του Πανεπιστημίου Αθηνών- Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ»

Το πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» δημιουργήθηκε από τη συνεργασία της Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.).

Άρχισε να λειτουργεί την άνοιξη του 1998 και αποτελεί συνέχεια και μετεξέλιξη του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου κατά της Ουσιοεξάρτησης που λειτουργούσε στην Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου από το 1988.

Κύρια θεραπευτική μέθοδος του προγράμματος, είναι η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του χρήστη σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο (γνωσιακή, συμπεριφορική, συστημική ψυχοθεραπεία).

Η προσέλευση στο θεραπευτικό πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» είναι εθελοντική, και σε αυτό μπορούν να απευθυνθούν τοξικοεξαρτημένα άτομα ηλικίας έως 40 ετών.

Στόχοι του προγράμματος είναι:

- § Να ενημερώσει υπεύθυνα τον χρήστη και το άμεσο περιβάλλον του για τις υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες

- § Να μετριάσει τη δυσπιστία και τους φόβους του χρήστη και να προετοιμάσει τη συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία
  
- § Να εκτιμήσει κάθε στοιχείο ιδιαιτερότητας των προβλημάτων του χρήστη και να σχεδιάσει σε ατομικό πλαίσιο μια θεραπευτική αντιμετώπιση δίνοντας προτεραιότητα στις άμεσες ανάγκες του.
  
- § Παράλληλα ως τμήμα της Πανεπιστημιακής Κλινικής, ασχολείται με την έρευνα, την εκπαίδευση στον τομέα των ουσιοεξαρτήσεων (Ρογκότης, 1994).

#### **7.2.6 Το Σωματείο «ΘΗΣΕΑΣ»- Δήμος Καλλιθέας**

Στα πλαίσια του δήμου Καλλιθέας, λειτουργεί από το 1990 το Ανεξάρτητο Σωματείο «ΘΗΣΕΑΣ», το οποίο διαθέτει αυτοτελές Πρόγραμμα Αντιμετώπισης της Εξάρτησης, εξωτερικής παραμονής.

Στα προγράμματα «ΘΗΣΕΑΣ» μπορούν να απευθυνθούν τοξικοεξαρτημένα άτομα έως 25 ετών και οι οικογένειές τους. Στηρίζεται στην προσέγγιση της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, κυρίως με θεραπείες μέσω της τέχνης και στην οικογενειακή θεραπεία, στην οποία αξιοποιούνται τεχνικές της συστημικής προσέγγισης.

Ανάμεσα στις παρεχόμενες υπηρεσίες διακρίνονται:

- Ιατρικές υπηρεσίες
- Ψυχολογικές υπηρεσίες
- Ατομική υποστηρικτική/ συμβουλευτική
- Πρόληψη υποτροπής
- Ψυχοθεραπεία
- Ατομική θεραπεία
- Ομαδική θεραπεία
- Οικογενειακή θεραπεία
- Θεραπεία μέσω της τέχνης, δραματοθεραπεία, μουσικοθεραπεία.

### **7.2.7 Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών**

Το κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι ένα ιδιωτικό σωματείο, επιχορηγούμενο από το κράτος. Στις δραστηριότητες του, περιλαμβάνει τμήμα πρόληψης και αντιμετώπισης εξαρτητικών καταστάσεων, καθώς και ειδικό πρόγραμμα με την επωνυμία «ΙΑΣΩΝ».

Στο πρόγραμμα μπορούν να απευθύνονται τοξικοεξαρτημένοι από 11 ετών έως 65 ετών. Προτεραιότητα εισαγωγής έχουν τα άτομα με

παράλληλα ψυχιατρικά προβλήματα και οικογένειες χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών.

Το πρόγραμμα «ΙΑΣΩΝ», διαθέτει ανοιχτή γραμμή άμεσης βοήθειας, συμβουλευτικό σταθμό και Κέντρο Ημέρας, στο οποίο γίνονται δεκτά 30- 50 άτομα ανά εβδομάδα.

Παρέχει στους τοξικοεξαρτημένους υπηρεσίες όπως:

- Ομαδική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση
- Εργασιοθεραπεία – απασχολησιοθεραπεία
- Ψυχαγωγικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις
- Κοινωνική επανένταξη

(Ρογκότης, 1994)

### **7.2.8 Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία Σε Συνεργασία Με Τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.**

Η ανάγκη επέκτασης των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης οδήγησε τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., στη δημιουργία εξωτερικών ιατρείων ουσιοεξάρτησης σε συνεργασία με το Πε.Σ.Υ.Π.

Η συνδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλων υγειονομικών φορέων στην αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης που προβλεπόταν από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης (2002-2006), ενώ η υπουργική απόφαση της 18<sup>ης</sup> Οκτωβρίου του 2002, που αφορά στην εφαρμογή προγραμμάτων χορήγησης βουπρενορφίνης από



Γενικά Νοσοκομεία της χώρας, αποτέλεσε το θεσμικό πλαίσιο της λειτουργίας αυτών των ιατρείων.

Η λειτουργία μονάδων υποκατάστασης στα Γενικά Νοσοκομεία, αυξάνει την προσβασιμότητα των τοξικοεξαρτημένων στη θεραπεία, όχι μόνο με αριθμητικούς όρους, αλλά και με όρους ίσης γεωγραφικής κατανομής (τα νέα του Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2004).

### **7.3 Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης .**

Θα ήταν ελλιπής η περιληπτική αυτή αναφορά στα προγράμματα παρέμβασης στον τομέα των εξαρτήσεων, εάν δεν αναφερόμασταν, έστω και επιγραμματικά στα προγράμματα που αναπτύσσονται από διάφορους ιδιωτικούς φορείς , την τοπική αυτοδιοίκηση , την εκκλησία, κ.α.

#### **7.3.1 Τοπική Αυτοδιοίκηση**

Σε πανελλήνιο επίπεδο, η Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων (ΚΕΔΚΕ), με χρηματοδότηση του προγράμματος Horizon, ανέλαβε την αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης για την αντιμετώπιση των τοξικοεξαρτημένων, τη σκιαγράφηση του «προφίλ»

και των δραστηριοτήτων, των εξειδικευμένων στο αντικείμενο φορέων, και την καταγραφή υπηρεσιών και δραστηριοτήτων σε τοπικό επίπεδο.

Στην χώρα μας, λοιπόν, υπάρχουν περίπου 70 υπηρεσίες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που ασχολούνται περισσότερο ή λιγότερο συστηματικά με την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων, και δραστηριοποιούνται κυρίως στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης.

Οι παραπάνω υπηρεσίες λειτουργούν με τη μορφή Νομικού Πρόσωπου Δημοσίου Δικαίου ή Νομικού Πρόσωπου Ιδιωτικού Δικαίου, σαν προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σαν υπηρεσίες των Δήμων και τέλος με πρωτοβουλία και εθελοντική δράση των δημοτών.(Ρογκότης, 1994).

### **7.3.2 Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί .**

Πλήθος σωματείων μη κερδοσκοπικών οργανώσεων με σκοπό την αντιμετώπιση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης, έχει κάνει την εμφάνιση του, ιδίως τα τελευταία χρόνια.

Πρόκειται συνήθως για τα ιδιωτικά σωματεία, επιστημονικές εταιρείες, αλλά και συγγενείς και φίλους τοξικοεξαρτημένων ατόμων ή για οργανώσεις πρώην εξαρτημένων ατόμων, οι οποίες προσφέρουν σημαντική βοήθεια, κυρίως στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης, και πολλές φορές παρέχουν υπηρεσίες ψυχολογικής, νομικής και άλλων μορφών στήριξης στους χρήστες και στις οικογένειές τους.(Ρογκότης, 1994).

### 7.3.3 Ιδιωτικές Κλινικές

Στα πλαίσια της λειτουργίας τους, πολλές ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα δέχονται για θεραπεία τοξικοεξαρτημένα άτομα. Η αποτελεσματικότητά τους ωστόσο, στον συγκεκριμένο τομέα δεν μπορεί να αξιολογηθεί, μιας και ο έλεγχος τους από το κράτος είναι σχεδόν ανύπαρκτος.

*«Η ίδρυση αυτοτελών θεραπευτικών μονάδων για τοξικοεξαρτημένους, υπάγεται στις διατάξεις των ιδρυμάτων «προνοιακού χαρακτήρα», που δεν επιτρέπουν τη σύμβαση με ασφαλιστικά ταμεία, δημιουργώντας έτσι δυσβάστακτες οικονομικές απαιτήσεις για την παρακολούθηση των προγραμμάτων».*(Ρογκότης, 1994).

### 7.3.4 Εκκλησία

Η εκκλησία, λόγω της πλατιάς επιρροής που ασκεί στον λαό, μπορεί και έχει τη δυνατότητα να συμβάλει θετικά, στην αντιμετώπιση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης, ιδιαίτερα στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης, καθώς και την αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη (τριτογενής πρόληψη).

Παρόλο που η Καθολική και η Ευαγγελική Εκκλησία έχουν υπ την εποπτεία τους πολλές δομές απεξάρτησης, η Εκκλησία της Ελλάδος, δεν έχει αναπτύξει έως σήμερα αντίστοιχη δράση στον τομέα αυτό.

Αξιοσημείωτη δράση, αναλαμβάνουν ωστόσο μονές, ιδίως του Αγίου Όρους, που προσφέρουν φιλοξενία σε τοξικοεξαρτημένους, οι οποίοι προσεγγίζουν τα συγκεκριμένα μέρη για να απομονωθούν, στην προσπάθειά τους να απεξαρτηθούν.(Ρογκότης, 1994)

Από την πλευρά αυτή, των ειδικών όμως, φαίνεται πως υπάρχουν διαφωνίες. Ο Πουλόπουλος και ο Μπάλας, υποστηρίζουν πως η πίστη και η απομόνωση από την «πιάτσα», πράγματι βοηθούν τα τοξικοεξαρτημένα άτομα να παραμείνουν «καθαρά» για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα.

Από την άλλη όμως, η συγκεκριμένη πρακτική στερείται παρεμβάσεων για την κοινωνική επανένταξη και την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, καθώς απουσιάζουν οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες, οι οποίοι θα ήταν σε θέση να παρέχουν θεραπευτική βοήθεια.

Συνέπεια των παραπάνω, είναι πολλά από αυτά τα άτομα να αντιμετωπίζουν προβλήματα προσαρμογής, όταν επιστρέφουν από τις ζωές τους στις μονές.(Αιγινίτη, 2007) .

#### **7.4 Αξιολόγηση της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των ελληνικών θεραπευτικών προγραμμάτων**

Σε όλα τα θεραπευτικά προγράμματα, τίθεται συχνά το ερώτημα για το ποια είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος θεραπείας, για ποια άτομα και κάτω από ποιες συνθήκες .

Η σύγκριση ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα των κυρίων μοντέλων για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα, δηλαδή των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων και των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης, θα ήταν σίγουρα αρκετά ενδιαφέρουσα. Ωστόσο, η υλοποίηση αυτής της σκέψης μοιάζει ανέφικτη.

Πράγματι, θα ήταν εξαιρετικά ριψοκίνδυνο να επιχειρηθεί κάτι τέτοιο, από τη στιγμή που πρόκειται για δυο εντελώς διαφορετικά μοντέλα θεραπείας κι αυτό σίγουρα, θα μας οδηγούσε σε εσφαλμένα συμπεράσματα.

Οι δυσκολίες που παρουσιάζει η αξιολόγηση της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων, συνοψίζονται στις εξής:

- ü Δεν υπάρχει η δυνατότητα διεξαγωγής εκτός από ποσοτικών και ποιοτικών ερευνών, που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην κατανόηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και δεν υπάρχει ένα σαφές θεωρητικό πλαίσιο στο οποίο θα μπορούσαν να βασιστούν.
- ü Δεν υπάρχει ένας κοινός και σαφής προσδιορισμός της έννοιας της αξιολόγησης.
- ü Δεν έχουν οριστεί σαφώς, λόγω κάποιων ποικίλων προσεγγίσεων, ο τύπος και οι στόχοι του κάθε θεραπευτικού μοντέλου, ο χρόνος που απαιτείται να παραμείνει κάποιος σ' αυτό, αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του.
- ü Δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός προσδιορισμός των κριτηρίων της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών μεθόδων.

Στις έρευνες που διενεργούνται για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων, το δείγμα της μελέτης συχνά, δεν αποτελείται από όλα τα μέρη του συστήματος, τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για την επίτευξη της θεραπείας, δηλαδή θεραπευόμενοι-θεραπευτές- αλλά σημαντικά πρόσωπα (γονείς, σύζυγοι, αδέρφια). (Πουλόπουλος, 2000)

Ωστόσο, η έρευνα που αφορά στην αξιολόγηση οργανισμών θεραπείας της τοξικοεξάρτησης αν και είναι ιδιαίτερα απαιτητική και εμπεριέχει πολλές δυσκολίες, είναι αναγκαία, καθώς όσο η διαθέσιμη γνώση γύρω από την αποτελεσματικότητα των οργανισμών θεραπείας παραμένει ελλιπής, θα απουσιάζει και η δυνατότητα για την χάραξη εθνικής πολιτικής και στρατηγικής στον τομέα της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων. (Πουλόπουλος, 2000).

#### **7.4.1 Τα κριτήρια που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων .**

Το βασικό κριτήριο για την αποτελεσματικότητα ενός θεραπευτικού συστήματός, αποτελεί η αποχή από την χρήση ουσιών, για ένα εύλογο χρονικό διάστημα, τουλάχιστον πέντε ετών.

Τα επιπλέον στοιχεία που αποτελούν κριτήρια για την αποτελεσματικότητα του, είναι η αποχή από την παραβατική συμπεριφορά, η επαγγελματική αποκατάσταση, το επίπεδο των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του θεραπευόμενου ατόμου.

Σύμφωνα με το ινστιτούτο ITACA, οι βασικοί στόχοι της θεραπείας των εξαρτήσεων ιεραρχούνται με την εξής σειρά:

1. Επιβίωση
  2. Σωματική υγεία
  3. Κατανάλωση ουσιών
    - Σταθεροποίηση
    - Ελάττωση
    - Αποχή
  4. Κοινωνική ενσωμάτωση
    - Σταθεροποίηση βασικών κοινωνικών αναγκών
    - Σταθεροποίηση κοινωνικών σχέσεων
  5. Προσωπικότητα
    - Αντιμετώπιση προβλημάτων , συμπτωμάτων ή διαταραχών
    - Ψυχολογική ευεξία, αυτονομία
- (Κοκκώλης, 2007).

#### 7.4.2 Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων .

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα εξαρτάται βέβαια από τους παράγοντες όπως:

- Από το είδος της θεραπείας. Δεν υπάρχει ένας τύπος θεραπείας που είναι το ίδιο αποτελεσματικός για όλα τα τοξικοεξαρτημένα άτομα. Επομένως, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επιλέγεται το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο θα είναι σε θέση να καλύψει τις εξατομικευμένες ανάγκες τους ενδιαφερόμενου.
- Από το μέγεθος και τη φύση των προβλημάτων του τοξικοεξαρτημένου. Όπως προαναφέρθηκε, το κάθε τοξικοεξαρτημένο άτομο έχει τις δικές του ανάγκες. Για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία λοιπόν, θα πρέπει να καλύπτει, όχι μόνο τις ανάγκες απεξάρτησης, αλλά και μια σειρά από άλλες ανάγκες, όπως της σωματικής και ψυχικής τους υγείας, καθώς και κοινωνικά, επαγγελματικά και νομικά του προβλήματα.
- Από τη διάρκεια της παραμονής του ατόμου στο πρόγραμμα.



Η επιτυχία στη θεραπεία σημαίνει αρκετά μακρόχρονη διάρκεια της θεραπείας. Ωστόσο, από τα στοιχεία του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., για το έτος 2005, οι έξοδοι από το θεραπευτικό πρόγραμμα αντιστοιχούν σε ποσοστό 22% για τις μονάδες υποκατάστασης και σε ποσοστό 49% για τα στεγνά προγράμματα. Πάντως, το διάστημα που θεωρείται ικανοποιητικό, είναι το λιγότερο τρεις μήνες για τα «στεγνά» και δώδεκα μήνες για τα προγράμματα υποκατάστασης. (Πουλόπουλος, 2005, Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2006).

- Από το βαθμό κινητοποίησης του ατόμου και της ενεργού συμμετοχής του στο πρόγραμμα. Το ισχυρό κίνητρο διευκολύνει τη θεραπεία. Αυτός είναι και ο λόγος, που το αίτημα για θεραπεία θεωρείται συχνά αυθεντικό, όταν διατυπώνεται από τον ίδιο τον τοξικοεξαρτημένο, και όχι από τους γονείς του ή άλλα κοντινά άτομα. (Μάτσα).
- Από τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης. Ο ρόλος που μπορεί να έχει ένας θεραπευτής στη διαδικασία απεξάρτησης, είναι πολύ σημαντικός, καθώς παρατηρείται συχνά «ταύτιση» των τοξικοεξαρτημένων με τον θεραπευτή. Σύμφωνα με τον Egan, ο θεραπευτής για να συμβάλλει θετικά στην απεξάρτηση, θα πρέπει να είναι ένας άνθρωπος, ο οποίος με την καθημερινή του στάση και τον τρόπο ζωής του, θα επιδιώκει την ολοκλήρωση και την αυτοπραγμάτωση. Θα πρέπει να είναι προσιτός, να επιδιώκει το καλύτερο δυνατό για τους θεραπευόμενους

και να εξασκεί με σεβασμό και συνέπεια τα καθήκοντά του, αποτελώντας ο ίδιος παράδειγμα προς μίμηση. Ακόμη, θα πρέπει να έχει επαρκή γνώση, εμπειρία και εκπαίδευση στον τομέα της τοξικοεξάρτησης.(Λιάπας, 1999: 227, Κωνσταντινίδης, 2004: 267- 270).

- Από την έγκαιρη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Έρευνες έχουν δείξει πως το κίνητρο για θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο για την παραμονή του σε αυτήν, όμως τα περισσότερα τοξικοεξαρτημένα άτομα ξεκινούν την θεραπεία όχι μόνο από την εσωτερική τους κινητοποίηση, αλλά και λόγω των πιέσεων που δέχονται από το νόμο, την οικογένεια, το εργασιακό τους περιβάλλον, κ.α.. Το αίτημα της θεραπείας, έχει πάντα το χαρακτήρα του επείγοντος, με την έννοια ότι απαιτεί άμεση ανταπόκριση. Γι' αυτό το λόγο, είναι σημαντικό να υπάρχουν διαθέσιμα προγράμματα, στα οποία θα μπορούσαν οι τοξικοεξαρτημένοι να ενταχθούν άμεσα όταν πάρουν την απόφαση για θεραπεία. (Πουλόπουλος, 2005/ Μάτσα, 1999).
- Από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, σχετίζονται θέματα όπως η ικανοποίηση των ατόμων που απευθύνονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα, η εκπαίδευση, η εμπειρία και η εποπτεία των επαγγελματιών που απασχολεί το πρόγραμμα, η τήρηση της δεοντολογίας, η ικανοποίηση των εργαζομένων από την εργασία τους στο πρόγραμμα, κ.τ.λ. (Λιάπας, 1999/ Πουλόπουλος, 2000).

### **7.4.3 Αξιολόγηση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων**

Τα στοιχεία που καθιστούν την θεραπεία «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων αποτελεσματικότερη, είναι η αλλαγή του τοξικοεξαρτημένου ατόμου με τέτοιο τρόπο, ώστε να απέχει πλήρως από την χρήση παράνομων ψυχότροπων ουσιών, να απέχει από κάθε μορφή παραβατικής συμπεριφοράς και να επανενταχθεί ομαλά στην κοινωνία.

#### **7.4.3.1 Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α.**

Μια σημαντική έρευνα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), πραγματοποιήθηκε το 1999- 2000, από τον Τομέα Κοινωνιολογίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, υπο την εποπτεία του καθηγητή T.A. MacLellan του τμήματος Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Πενσυλβανίας, με τίτλο «Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕ.Θ.Ε.Α.».

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 551 άτομα (445 άντρες και 116 γυναίκες), τα οποία εντάχθηκαν σε θεραπεία στις θεραπευτικές κοινότητες που διέθετε τότε το ΚΕ.Θ.Ε.Α., στο διάστημα 1/1994 έως και 31/12/1995, ανεξάρτητα αν είχαν ολοκληρώσει ή όχι την θεραπευτική

τους πορεία.

Αυτό σημαίνει ότι μέρος του δείγματος αποτέλεσαν άτομα που έμειναν στην θεραπευτική κοινότητα, έστω και για μια μέρα.

Η επανεξέτασή τους (follow up), έγινε πέντε με έξι χρόνια μετά την εισαγωγή τους στην εκάστοτε θεραπευτική κοινότητα (2000- 2001).

Κατά την διάρκεια της επανεξέτασής τους, ελέγχθηκαν, με ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους, εκτός από την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, την παραβατική τους συμπεριφορά και την επαγγελματική τους κατάσταση, και άλλοι σημαντικοί τομείς της ζωής των ατόμων, όπως οι οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις, η κατάσταση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας, κ.α..

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, όσο αυξάνει ο χρόνος παραμονής στην θεραπεία, τόσο μειώνεται η πιθανότητα για υποτροπή και επαναφορά στη χρήση ουσιών.

Μάλιστα, από τα άτομα που παρέμειναν για ένα χρόνο στη θεραπευτική κοινότητα, που είναι και η προβλεπόμενη διάρκεια παραμονής, πέντε χρόνια μετά:

- Ποσοστό 67,7% απείχε από τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών
- Ποσοστό 72,7% δεν είχε καμία εμπλοκή με το νόμο, και
- Ποσοστό 83,7% είχε επαγγελματική απασχόληση

Βέβαια σαφή οφέλη που συνδέονται με την βελτίωση της υγείας των ατόμων, την πρόληψη της διάδοσης του HIV/ AIDS και της ηπατίτιδας C, τον περιορισμό της παραβατικότητας, κ.τ.λ., είχαν και

άτομα που δεν ολοκλήρωσαν τον απαιτούμενο χρόνο θεραπείας, αλλά είχαν παραμείνει στη θεραπευτική κοινότητα για τουλάχιστον 90 ημέρες.

Κάτι που οφείλεται στο γεγονός ότι, μεγάλο ποσοστό των ατόμων που διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία, επιστρέφει μέσα στην πενταετία που μεσολαβεί, στο ίδιο ή σε άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα. (ΚΕ.Θ.Ε.Α., 2004).

#### **7.4.3.2 Τα μειονεκτήματα των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων**

Η εξέλιξη των θεραπευτικών κοινοτήτων με το πέρασμα των χρόνων, δημιούργησε κάποια βασικά προβλήματα στη φυσιογνωμία και την ταυτότητά τους:

- Η συγκεντρωτική ανάπτυξη των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων.
- Η επαγγελματοποίηση τους, είχε ως αναπόφευκτο αποτέλεσμα την εγκατάλειψη, ή τον παραμερισμό κάποιων αρχών, όπως της αυτοβοήθειας, της αυτονομίας, της αυτοδιαχείρισης, κ.α.
- Δημοσιούπαλληλική νοοτροπία
- Απουσία εθελοντισμού
- Συχνά φαινόμενα κατάχρησης θεραπευτικής εξουσίας
- Αναπαραγωγή του κυρίαρχου τρόπου ζωής
- Θεραπευτική αντιμετώπιση που απευθύνεται κατά κύριο λόγο στο σύμπτωμα

- Ιδρυματισμός των θεραπευόμενων και των θεραπειών
- Εμφάνιση συνδρόμου κόπωσης (Burn out) στους θεραπευτές (Ζαφειρίδης, 2005).

#### **7.4.4 Αξιολόγηση των προγραμμάτων υποκατάστασης**

Τα στοιχεία που καθιστούν τη θεραπεία των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης αποτελεσματικότερη είναι:

- Στόχος η μείωση της βλάβης, αντί της αποχής.
- Επαρκής δοσολογία της μεθαδόνης.
- Μακρόχρονη χορήγηση.
- Επαρκείς ιατρικές υπηρεσίες.
- Ψυχοκοινωνική στήριξη.
- Καλή εκπαίδευση και σταθερότητα του προσωπικού.
- Ευέλικτες διαδικασίες δόσεων στο σπίτι
- Μακρόχρονη θεραπευτική σχέση.
- Σχέσεις εμπιστοσύνης και εχεμύθειας.

(Γαζγαλίδης, 2005/ Κοκκώλης, 2007)

#### 7.4.4.1 Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων Υποκατάστασης

Τα προγράμματα χορήγησης υποκατάστατων έχουν αποδείξει διεθνώς, μέσα από διάφορες έρευνες, την αποτελεσματικότητά τους, στους εξής στόχους:

- Υψηλό ποσοστό προσέλευσης, ακόμη και δύσκολων πληθυσμών τοξικοεξαρτημένων, οι οποίοι δεν προσέρχονται ή έχουν αποτύχει σε άλλου τύπου θεραπευτικές παρεμβάσεις.
- Υψηλό ποσοστό συγκράτησης στη θεραπευτική διαδικασία. Ως θεραπευτική διαδικασία εννοείται η προσπάθεια που στοχεύει στη βελτίωση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου, ανεξάρτητα από το εάν και για ποιο χρονικό διάστημα χρησιμοποιεί ουσίες, υπό ιατρικό έλεγχο.
- Μείωση της χρήσης παρανόμων ψυχοδραστικών ουσιών, καθώς και αλλαγή των πρακτικών χρήσης, προς λιγότερο επικίνδυνες μορφές.
- Βελτίωση της υγείας των χρηστών, αλλά και προστασία της δημόσιας υγείας, από μεταδοτικά νοσήματα, τα οποία ενδημούν στους χρήστες που κάνουν χρήση ψυχότροπων ουσιών ενδοφλεβίως.
- Μείωση της εγκληματικότητας, βελτίωση της συμπεριφοράς, βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων και συνακόλουθη άμβλυνση της περιθωριοποίησης των χρηστών.

- Τα ευεργετικά αποτελέσματα των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι ορατά, για το χρονικό διάστημα που συμμετέχει κάποιος σε αυτά, άρα είναι ευθεία συνάρτηση του χρόνου παραμονής.
- Τα ποσοστά απεξάρτησης από τη χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών, μέσω των προγραμμάτων υποκατάστασης, είναι της τάξης του 10%. Ένα ποσοστό, το οποίο μπορεί να γίνει πολύ σημαντικό σε απόλυτους αριθμούς, εάν αναλογιστεί κανείς, τις δυνατότητες μαζικοποίησης που έχουν τα προγράμματα αυτά. (Γαζγαλίδης, 2005)

#### **7.4.4.2 Τα μειονεκτήματα των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης**

Σύμφωνα με το Ζαφειρίδη, η αμερικανική εμπειρία έδωσε την ευκαιρία εντοπισμού στην πράξη, μιας σειράς βασικών μειονεκτημάτων των προγραμμάτων μεθαδόνης.

Τα σπουδαιότερα από αυτά είναι:

- ο Η δημιουργία νέας εξάρτησης, πιο επικίνδυνης από την ηρωίνη, αφού τη χρήση της μεθαδόνης συνοδεύει ο μύθος της ατομικής και μη εξαρτητικής ουσίας.



- Δημιουργία νέας μαύρης αγοράς, της μαύρης αγοράς της μεθαδόνης, αυτή τη φορά όμως, άμεση ευθύνη της πολιτείας.
  
- Αυξημένη θνησιμότητα. Η θνησιμότητα στα προγράμματα χορήγησης μεθαδόνης, βρίσκεται στα ίδια ή μεγαλύτερα επίπεδα, σε σχέση αυτά της ηρωίνης, όταν δεν αποτρέπεται η παράλληλη λήψη άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, όπως απέδειξαν πολλοί ερευνητές.
  
- Μείωση της κινητοποίησης για συμμετοχή σε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Διαιώνιση, δηλαδή, της εξάρτησης, και αποφυγή του δύσκολου δρόμου της απεξάρτησης.
  
- Εξάρτηση από το κράτος, που υπο ορισμένες περιστάσεις, μπορεί να αποδειχθεί χειρότερη της εξάρτησης από τους εμπόρους. (Ζαφειρίδης, 1983).

## 7.5 Ανακεφαλαίωση

Σήμερα, οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς των 55 θεραπευτικών προγραμμάτων της χώρας μας, είναι οι εξής: ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., το ΚΕ.Θ.Ε.Α., το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.)- Μονάδα «18 Άνω», το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, δημόσια Γενικά Νοσοκομεία ανά την Ελλάδα σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ, το Σωματείο «ΘΗΣΕΑΣ»- Δήμος Καλλιθέας και το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης είναι ιδιωτικοί φορείς, η τοπική αυτοδιοίκηση, η εκκλησία, κ.α.

Τα βασικά κριτήρια για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων, είναι η πλήρης αποχή από την χρήση ουσιών, η αποχή από την παραβατική συμπεριφορά, η επαγγελματική αποκατάσταση, το επίπεδο των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων και η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας του θεραπευόμενου ατόμου.

Οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων, είναι το είδος της θεραπείας, το μέγεθος και η φύση των προβλημάτων του τοξικοεξαρτημένου, η διάρκεια της παραμονής του, ο βαθμός κινητοποίησης και η ενεργός συμμετοχή του στο πρόγραμμα, η ανάπτυξη θεραπευτική σχέσης, η έγκαιρη διαθεσιμότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η αξιολόγηση οργανισμών θεραπείας της τοξικοεξάρτησης, αν και είναι ιδιαίτερα απαιτητική και δύσκολη, κρίνεται αναγκαία, καθώς όσο η

διαθέσιμη γνώση γύρω από την αποτελεσματικότητά τους, δίνει τη δυνατότητα για ουσιαστική βελτίωση, λήψη μέτρων και χάραξη εθνικής πολιτικής και στρατηγικής στον τομέα της αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ

#### 8.1 Εισαγωγή

Είναι γενικώς παραδεκτό ότι οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών αποτελούν μια κοινωνικά αποκλεισμένη ομάδα. Από τη μια υπάρχει η προκατάληψη, ο κοινωνικός στιγματισμός και η περιθωριοποίηση των χρηστών από το κοινωνικό σύνολο, πράγματα τα οποία δυσχεραίνουν την ενσωμάτωση τους σε αυτό ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους (Μάτσα, 1995), ενώ από την άλλη οι ίδιοι οι τοξικοεξαρτόμενοι έχουν να αντιμετωπίσουν κατά την εισαγωγή τους σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, σε συνδυασμό με το πρόβλημα της εξάρτησης, και σημαντικές εκπαιδευτικές και επαγγελματικές ελλείψεις που συνηγορούν στη δυσκολία της κοινωνικής τους αποκατάστασης (Γκιτάκος και Τσιμπουκλή, 1998).

Προκειμένου να αντιμετωπισθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός των χρηστών, η διαδικασία της απεξάρτησης θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει όχι μόνο τη σωματική και την ψυχολογική αλλά και την κοινωνική διάσταση προβλήματος της χρήσης ναρκωτικών. Όπως αναφέρουν οι Γεωργάκας και συνεργάτες (1993): <<μια ολοκληρωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να προσβλέπει και στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών του χρήστη...οι ανάγκες αυτές μπορεί να συμπεριληφθούν στα όρια που καθορίζουν η εξασφάλιση της στέγης, η επαγγελματική αποκατάσταση, η οικογενειακή αποδοχή και η σταθερή θεραπευτική παρακολούθηση.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών γίνεται προσπάθεια τόσο από τους εξειδικευμένους θεραπευτικούς όσο και από την πολιτεία μέσα από προγράμματα κοινωνικής επανένταξης, υπηρεσίες εκπαίδευσης και κατάρτισης καθώς και ειδικά προγράμματα επαγγελματικής απασχόλησης.

## **8.2 Παρεμβάσεις κοινωνικής επανένταξης**

Τα θεραπευτικά προγράμματα για τους χρήστες ναρκωτικών στην Ελλάδα παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης είτε κατά τα τελευταία στάδια της θεραπείας είτε σε εξειδικευμένα κέντρα κοινωνικής επανένταξης, τα οποία παρακολουθούν οι χρήστες αφού ολοκληρώσουν τη φάση της κυρίως θεραπείας. Συνολικά, ο αριθμός των Κέντρων Κοινωνικής Επανένταξης σήμερα είναι δεκατρία (13), εκ των οποίων εννέα (9) ανήκουν στο ΚΕΘΕΑ, δυο (2) στον Ο.ΚΑ.ΝΑ., ένα (1) στη Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ» (ΨΝΑ) και ένα (1) στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΡΓΩ» (ΨΝΘ).

Σύμφωνα με σχετικά στοιχεία για το 2001, οι βασικοί στόχοι των υπηρεσιών κοινωνικής επανένταξης δεν είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους. Αντίθετα, υπάρχει μια σχέση αλληλεξάρτησης και διαπλοκής στη βάση της οποίας επιτυγχάνεται ο γενικός σκοπός ομαλή ένταξη του απεξαρτημένου στο κοινωνικό σύνολο ως ισότιμο και υπεύθυνο μέλος. (ΚΕ.Θ.Ε.Α.,2001)

### 8.3 Εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση

Προκειμένου να επιτευχθεί η επαγγελματική αποκατάσταση των πρώην χρηστών, δίνεται έμφαση στην κάλυψη των εκπαιδευτικών ελλείψεων και στην επαγγελματική κατάρτιση. Στο πλαίσιο αυτό ορισμένα θεραπευτικά προγράμματα έχουν αναπτύξει ειδικά προγράμματα σχολικής εκπαίδευσης, ενώ τα κέντρα κοινωνικής επανένταξης στο σύνολό τους κινητοποιούν τα μέλη τους για την ολοκλήρωση της βασικής εκπαίδευσης, καθώς και για την συνέχιση περαιτέρω εκπαίδευσης (π.χ. υποτροφίες, δωρεάν φοίτηση σε ΙΕΚ) και τους παρέχουν δυνατότητες προ-επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης.

Συγκεκριμένα, σήμερα λειτουργούν τρεις (3) ειδικές εκπαιδευτικές δομές, οι οποίες περιλαμβάνουν το Μεταβατικό Σχολείο Εφήβων του θεραπευτικού προγράμματος «ΣΤΡΟΦΗ» (ΚΕ.ΘΕ.Α.), το Πρόγραμμα Σχολικής Εκπαίδευσης του θεραπευτικού προγράμματος «ΑΡΓΩ» (ΨΝΘ) και το Σχολείο Ενηλίκων του θεραπευτικού προγράμματος «ΕΞΟΔΟ» (ΚΕ.ΘΕ.Α.). Κύριος στόχος των συγκεκριμένων προγραμμάτων σχολικής εκπαίδευσης είναι η προετοιμασία των χρηστών προκειμένου να συμμετέχουν στις προαγωγικές εξετάσεις όλων των τάξεων της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, με εξαίρεση το σχετικό πρόγραμμα του ΑΡΓΩ,, που εστιάζει στην απόκτηση απολυτηρίου Γυμνασίου. (ΚΕ.Θ.Ε.Α.,1998)

Η επαγγελματική κατάρτιση των χρηστών ουσιών επιτυγχάνεται είτε μέσω ειδικών προγραμμάτων κατάρτισης στο πλαίσιο των κέντρων κοινωνικής επανένταξης είτε με τη συμμετοχή των υπό απεξάρτηση και εξαρτημένων ατόμων σε κέντρα επαγγελματικής κατάρτισης. Από το

1998 το ΚΕ.ΘΕ.Α. έχει πιστοποιηθεί ως εξειδικευμένο κέντρο κατάρτισης και υποστήριξης στις περιφέρειες της Αττικής, της Θεσσαλίας και της Μακεδονίας, ενώ από το 2000 λειτουργεί στο πλαίσιο του ΟΚΑΝΑ εξειδικευμένο κέντρο επαγγελματικής κατάρτισης (ΕΚΕΚ-Ο.ΚΑ.ΝΑ.) για την περιφέρεια Αττικής. Εκτός από προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης τα συγκεκριμένα κέντρα παρέχουν επίσης ποικίλες συνοδευτικές υποστηρικτικές υπηρεσίες (π.χ. επαγγελματικό προσανατολισμό, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας και υποστήριξη του ατόμου για εύρεση εργασίας).( Ο.ΚΑ.ΝΑ.,2000)

Προγράμματα επιμόρφωσης και επαγγελματικού εκπαίδευσης παρέχονται επίσης και για τα υπό κράτηση και τα αποφυλακισμένα εξαρτημένα άτομα.

Προκειμένου να επιτευχθεί μια συντονισμένη δράση για την επαγγελματική ένταξη των υπό απεξάρτηση και απεξαρτημένων ανθρώπων, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. ανέλαβε το 2000, σε συνεργασία με δεκαέξι άλλους φορείς, την υλοποίηση του τριετούς κοινοτικού έργου EQUAL με τίτλο «εθνικό δίκτυο απασχολησιμότητας απεξαρτημένων ατόμων». Βασικοί στόχοι του συγκεκριμένου έργου είναι οι εξής:

- Δημιουργία ενός Εθνικού Δικτύου Προτύπων Εξειδικευμένων Δομών κοινωνικοεπαγγελματικής ένταξης και επανένταξης των υπό απεξάρτηση, εξαρτημένων και οροθετικών ατόμων.
- Εκπαίδευση των στελεχών υποστήριξης του δικτύου ως συμβούλων επανένταξης με την εφαρμογή του πιστοποιημένου μοντέλου εκπαίδευσης, καθώς και επιμόρφωση στελεχών κοινωνικών υπηρεσιών, φορέων προώθησης στην απασχόληση και ιδιωτικών γραφείων συμβούλων εργασίας σε θέματα συναφή με την επανένταξη της συγκεκριμένης ομάδας – στόχου.(Ο.ΚΑ.ΝΑ.)

#### **8.4 Προγράμματα κοινωνικής επανένταξης - αποκατάστασης**

Ο συνολικός αριθμός των προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης στη χώρα είναι έντεκα προγράμματα, εκ των οποίων οκτώ ανήκουν στο ΚΕ.ΘΕ.Α., τα δύο στα Ψ.Ν.Α. και Ψ.Ν.Θ. και το ένα στον Ο.ΚΑ.ΝΑ.. Ωστόσο, όλα τα θεραπευτικά προγράμματα παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης στα τελευταία στάδια της θεραπείας των χρηστών.(ΚΕ.ΘΕ.Α.,1998)

Το ΚΕ.ΘΕ.Α προχώρησε το 1998 στη διερεύνηση των εκπαιδευτικών και δημιουργικών δραστηριοτήτων στα πλαίσια των προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης και δημιούργησε νέες δομές για την περαιτέρω διασφάλιση της κοινωνικής αποκατάστασης των χρηστών και των πρώην χρηστών.(ΚΕ.ΘΕ.Α.,1998)

Συγκεκριμένα, το πολιτιστικό κέντρο του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΔΙΑΒΑΣΗ» οργάνωσε μέσα στο 1998 ποικίλες πολιτιστικές εκδηλώσεις, ενώ στους χώρους του προγράμματος αυτού οργανώθηκε ευρωπαϊκό συνέδριο με τίτλο «Απεξάρτηση – Εργασία – Κοινωνική Ένταξη», το οποίο πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη της κοινοτικής πρωτοβουλίας INTEGRA.(ΚΕ.ΘΕ.Α.,1998).

Επιπλέον με την επιχορήγηση από την κοινοτική πρωτοβουλία INTEGRA υλοποιήθηκαν στις Θεραπευτικές Κοινότητες «ΔΙΑΒΑΣΗ» και «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ» προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης και υποστήριξης πρώην χρηστών. Στα πλαίσια της ίδιας πρωτοβουλίας, η Θεραπευτική Κοινότητα «ΙΘΑΚΗ» ανέπτυξε νέες υπηρεσίες για την πρόληψη της υποτροπής και την παροχή νομικών συμβούλων σε όσους ολοκληρώνουν το θεραπευτικό πρόγραμμα. Επίσης, το 1999



αναπτύχθηκαν περαιτέρω τα εκπαιδευτικά προγράμματα της Θεραπευτικής Κοινότητας «ΝΟΣΤΟΣ».

Η λιθογραφική μονάδα «Σχήμα και Χρώμα» του ΚΕ.ΘΕ.Α., η οποία εδρεύει στη Θεσσαλονίκη, ίδρυσε το 1998 ένα νέο τμήμα στη Αθήνα, προκειμένου να παρέχει υπηρεσίες και στην ευρύτερη περιοχή του νομού Αττικής.(ΚΕ.ΘΕ.Α,1998).

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της αξιολόγησης των προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης, καταγράφει στοιχείων έγινε μόνο από τα αντίστοιχα προγράμματα του ΚΕ.ΘΕ.Α.. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα από το σύνολο των κέντρων είναι τα εξής: α) το 100% των συμμετεχόντων στα κέντρα κοινωνικής επανένταξης απείχαν από τη χρήση ουσιών και την παραβατική συμπεριφορά, β) ένα ποσοστό 90% - 96% έχουν πλήρη και σταθερή απασχόληση ή συνεχίζουν την εκπαίδευση τους και γ) το 100% βελτίωσαν τις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις. Επίσης, υπολογίζεται ότι τα 4/5 του συνόλου των πελατών ολοκληρώνουν επιτυχώς το πρόγραμμα.(ΚΕ.ΘΕ.Α.,1998)

Στα πλαίσια των παρεμβάσεων που αφορούν την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ανέλαβε το 1999 την πρωτοβουλία να ενισχύσει την ενσωμάτωση των πρώην χρηστών στην αγορά εργασίας. Η πρωτοβουλία αυτή περιλαμβάνει τις παρακάτω ενέργειες:

- Τρίμηνο επίδομα 6500 – 8500 δρχ. Σε πρώην χρήστες κατά την πρόσληψή τους στον ιδιωτικό τομέα.
- Επαγγελματική εκπαίδευση 250 ατόμων με ειδικές ανάγκες (συμπεριλαμβανομένων και των πρώην χρηστών) σε θέματα διοίκησης επιχειρήσεων, χρήση Η/Υ, χειροτεχνίας, ξυλογλυπτικής κ.α.

- Επιδότηση με 2.800.000 δρχ. σε άτομα με ειδικές ανάγκες τα οποία επιθυμούν να δημιουργήσουν τη δική τους επιχείρηση .
- Ίδρυση έξι γραφείων παροχής πληροφοριών για κοινωνικές ομάδες με ειδικές ανάγκες και τριών εξειδικευμένων κέντρων για την εκπαίδευση και την υποστήριξη ατόμων με ειδικές ανάγκες.
- Παροχή στέγης σε όσους τη δικαιούνται σύμφωνα με τον Οργανισμό Εργατικής Κατοικίας. (ΚΕ.ΘΕ.Α.,1998).

### **8.5 Δραστηριότητες κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης 18 ΑΝΩ**

• Το Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (Ε.Κ.Κ.Ε.Ε.) ΤΟΥ 18 ΑΝΩ λειτουργεί μετά την πιστοποίηση του από το εθνικό κέντρο Πιστοποίησης με την υπ'αρ. 6988/26-7-2001 (αρ.ΦΕΚ 1550) του Υπ. Εργασίας .

Αποτελεί τμήμα της Κοινωνικής Επανένταξης της Μονάδας Απεξάρτησης του 18 ΑΝΩ και διέπεται από της ίδιες αρχές και φιλοσοφία.(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.,2000).

Συνεργάζεται σε ιδιόκτητο κτίριο επί της οδού Μαυρομιχάλη 122, στην Αθήνα, με το τμήμα διδασκαλίας – τμήμα Σχολείου του 18ΑΝΩ. Παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες προκατάρτισης, επαγγελματικής κατάρτισης, προώθησης στην απασχόληση και συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών.(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.,2000).

Ο σκοπός της ύπαρξης του Κ.Ε.Κ. είναι να δώσει τα απαραίτητα επαγγελματικά εφόδια μέσα από την εκμάθηση βασικών επαγγελματικών δεξιοτήτων ώστε να μπορούν οι θεραπευόμενοι του 18 ΑΝΩ να διεκδικούν μια θέση εργασίας και συνεπώς να εντάσσονται αξιοπρεπώς στο κοινωνικό σύνολο. Παράλληλα με τα βασικά προγράμματα κατάρτισης υλοποιούνται και προγράμματα προκατάρτισης – κατάρτισης

που σαν στόχο έχουν να αποκτήσουν οι θεραπευόμενοι εξειδικευμένες γνώσεις και να αναπτύξουν βασικές κοινωνικές δεξιότητες. Παράλληλα με την απόκτηση δεξιοτήτων πραγματοποιούνται ενέργειες Σ.Υ.Υ. που στόχο έχουν να επιλυθούν πάσης φύσεως κοινωνικά προβλήματα που προκλήθηκαν στα πλαίσια της εξάρτησης.(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.,2000).

Στα προγράμματα αυτά εντάσσονται θεραπευόμενοι της γ' φάσης του θεραπευτικού προγράμματος 18 ΑΝΩ, φάση κοινωνικής Επανάταξης και αφορά άντρες, γυναίκες και εφήβους. Σε ειδικές περιπτώσεις εξετάζεται και η συμμετοχή θεραπευόμενων από άλλα θεραπευτικά προγράμματα, εφόσον βρίσκονται στη φάση Κοινωνικής Επανάταξης.(Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.,2000).

Μέχρι σήμερα δεν πραγματοποιήθηκαν προγράμματα κατάρτισης διότι δεν υπήρξε αντίστοιχη προκήρυξη από το Υπουργείο Εργασίας.

Επιπλέον το Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (Ε.Κ.Κ.Ε.Ε.) του 18 ΑΝΩ:

- Συμμετείχε ως εταίρος στο Equal Αναπτυξιακή Σύμπραξη – προοπτική – Δίκτυο Απασχολησιμότητας Απεξαρτημένων Ατόμων 2002 – 2005 .
- Διοργάνωσε ημερίδες, συνέδρια και εκπαιδευτικά σεμινάρια .
- Τα μέλη του συμμετείχαν ως συντονιστές και εισηγητές σε ημερίδες, συνέδρια και εκπαιδευτικά σεμινάρια.
- Εκπόνησε έρευνες και μελέτες σχετικά με θέματα απεξάρτησης, επαγγελματικής αποκατάστασης απεξαρτημένων, πρόληψης, οδηγών συμβούλων στήριξης και επαγγελματικής αποκατάστασης κτλ.
- Συμμετείχε σε Διακρατικά και Ελληνικά Δίκτυα για ζητήματα επαγγελματικής εξέλιξης των απεξαρτημένων.

- ü Υπέβαλε τρεις ολοκληρωμένες παρεμβάσεις για άτομα υπό απεξάρτηση και απεξαρτημένους σε θέματα εκπαίδευσης πληροφορικής, επικοινωνίας και ραδιοφωνίας. Αναμένονται αποτελέσματα από το Υπουργείο Εργασίας.
- ü Τέλος υλοποιεί και συμμετέχει σε συναφείς με το έργο του δραστηριότητες.

### **8.5.1 Εργαστήριο κούκλας**

Ξεκίνησε την λειτουργία του το 1992, από τα μέλη της Κοινωνικής Επανάσταξης. Δραστηριότητας του εργαστηρίου είναι η εκπαίδευση των θεραπευόμενων για την κατασκευή μαριονέτας και κούκλας.

Στόχος του είναι τα μέλη της Κοινωνικής Επανάσταξης να εκφραστούν δημιουργικά, να ανακαλύψουν κάποιες νέες δυνατότητες τους να αξιολογήσουν και να αξιοποιήσουν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Το εργαστήριο κούκλας και μαριονέτας θα λειτουργεί στο κτίριο στην Αδιάνυτου 5.(Ε.Κ.Κ.Ε.Ε.,2000).

### **8.5.2 Ομάδα βιβλίου**

Η ομάδα βιβλίου, είτε μέσω του γραπτού είτε του προφορικού λόγου, μέσα από συζητήσεις, αναζητήσεις και εξερευνήσεις, ωθεί τα μέλη της στην τριβή με την κοινωνική πραγματικότητα καθώς και στην έκφραση εσωτερικών προβληματισμών, φόβων, ελπίδων και ανησυχιών.

Τα μέλη της ομάδας, οι αυτοαποκαλούμενοι Ανωρθόγραφοι, δίνουν σάρκα και οστά στις αναζητήσεις αυτές μέσα από το ομότιτλο έντυπο της ομάδας («Οι Ανωρθόγραφοι»), το οποίο κυκλοφορεί κάθε τρεις μήνες και περιλαμβάνει από μείζονα κοινωνικά θέματα μέχρι παραμύθια και

ποιήματα των μαλών και από εστίες πολιτισμού στην μεγαλούπολη (σινεμά, εκθέσεις κ.λ.π.) μέχρι συνταγές μαγειρικής και κόμικς. (Ε.Κ.Κ.Ε.Ε.,2000).

Στόχος της ομάδας βιβλίου είναι ο προβληματισμός, η γνώση, η συλλογικότητα, το μοίρασμα απόψεων και συναισθημάτων και κυρίως η έκφραση και η δημιουργία σαν αποτέλεσμα σκέψης και ανησυχίας.

....Θα έδινα αξία στα πράγματα όχι γι'αυτό που αξίζουν αλλά γι'αυτό που σημαίνουν. Θα κοιμόμουν λίγο, θα ονειρευόμουν πιο πολύ... Θα συνέχιζα όταν οι άλλοι σταματούσαν, θα άκουγα όταν οι άλλοι μιλούσαν και πόσο θα απολάμβανα ένα ωραίο παγωτό σοκολάτα.....

### **8.5.3 Ομάδα τέχνης**

Οι ομάδες τέχνης και έκφρασης της κοινωνικής επανένταξης έχουν τα εργαστήρια τους επί της οδού Τζαβέλα 21.

Οι εναλλακτικές θεραπείες μέσω των εικαστικών, χρησιμοποιώντας ως μέσον την κοινωνιολογική προσέγγιση της ιστορίας της τέχνης, σκοπό έχουν την αναβάθμιση της αισθητικής των μελών, δίνοντας έτσι νέες αξίες και κριτήρια στην καθημερινότητα των θεραπευομένων. Επίσης τα εργαστήρια τέχνης και έκφρασης στα πλαίσια της ψυχοεκπαίδευσης μαθαίνουν στους θεραπευόμενους την πρακτική πλευρά της εικαστικής δημιουργίας παίρνοντας μέρος σε διάφορες εκδηλώσεις τέχνης (σκηνογραφίες σε θεατρικές παραστάσεις, εκθέσεις ζωγραφικής, πολιτικές βραδιές κ.λ.π.). Επίσης γίνονται οργανωμένες επισκέψεις σε πινακοθήκες, μουσεία, εκθέσεις κλπ.(Ε.Κ.Κ.Ε.Ε.,2000).

#### **8.5.4 Εργαστήριο φωτογραφίας**

Το φωτογραφικό εργαστήριο λειτουργώντας στα πλαίσια της κοινωνικής επανένταξης του 18 ΑΝΩ, απευθύνεται σε μέλη της τρίτης φάσης τα οποία επιθυμούν να προσεγγίσουν το φωτογραφικό πεδίο τόσο ερασιτεχνικά όσο και επαγγελματικά.

Η προσέγγιση αυτή περιλαμβάνει καλλιτεχνική, θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση στο αντικείμενο από ειδικευμένο προσωπικό που προσανατολίζεται τόσο στην ατομική όσο και στην ομαδική εργασία.

Τα μέλη εξοικειώνονται με τις βασικές έννοιες της φωτογραφίας, μαθαίνουν τεχνικές λήψης, κανόνες σύνθεσης και ειδικές τεχνικές σκοτεινού θαλάμου. Η διερεύνηση της εκπαίδευσης και θεραπευτικής δραστηριότητας συμπληρώνεται με μαθήματα ιστορίας της φωτογραφίας και με επισκέψεις σε μουσεία και αίθουσες τέχνης. Από τις κορυφαίες θεραπευτικές εκδηλώσεις είναι η οργάνωση εκθέσεων των έργων των μελών που αποτελούν και ικανοποίηση του επικοινωνιακού αιτήματος της ομάδας. έκθεσης του εργαστηρίου έχουν φιλοξενηθεί σε αίθουσες τέχνης της Αττικής, σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας αλλά και στο εξωτερικό.(Ε.Κ.Κ.Ε.Ε.,2000).

#### **8.5.5 Ομάδα δημιουργίας και πολιτισμού**

Η ομάδα δημιουργίας και Πολιτισμού λειτουργεί από το 2000 και έχει στην ευθύνη της το στέκι Κ.Ε. Επίσης διοργανώνονται καλλιτεχνικές εκδηλώσεις και ποιητικές βραδιές. Τη λειτουργία του Στεκιού και τη διαχείρισή του, την έχει η ομάδα που αποτελείται από 20 μέλη της Κ.Ε. Δημιουργήθηκε για την καλυτέρευση των σχέσεων των θεραπευομένων Συγκεκριμένα, τα μέλη αυτά, προσπαθώντας να επανενταχθούν

κοινωνικά αποκτούν ενδιαφέροντα και δραστηριότητες ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα. Στα πλαίσια των πολιτιστικών και επιμορφωτικών δραστηριοτήτων, εντάσσεται η επίσκεψη σε χώρους με αξιόλογο πολιτιστικό και εκπαιδευτικό ενδιαφέρον.(Ε.Κ.Κ.Ε.Ε.,2000).

### **8.5.6 Ομάδα κοσμήματος**

Η ομάδα κοσμήματος, γίνεται 2 φορές την εβδομάδα, με συνολική διάρκεια 4 ωρών. Ανήκει στο ευρύτερο πλαίσιο των ομάδων τέχνης και ο χαρακτήρας της είναι ψυχοεκπαιδευτικός.

Οι βασικοί στόχοι της ομάδας είναι να αναπτύξουν οι θεραπευόμενοι το αίσθημα της συλλογικότητας και της συνεργασίας, να δημιουργήσουν σχέσεις, να τονιστεί η αυτοπεποίθηση τους, να αναπτύξουν την δημιουργικότητα τους, να εκφρασθούν ελεύθερα μέσα από τα έργα τους και να πρωτοτυπήσουν με αυτά, να αναδείξουν το ταλέντο τους.

Τα μέλη που ενδιαφέρονται μπορούν να προσανατολιστούν επαγγελματικά στον χώρο του κοσμήματος, καθώς οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης που προσφέρονται είναι πολλές.(Ε.Κ.Κ.Ε.Ε.,2000).

Ο τοξικομανής σαν ένα πρόσωπο που πάσχει – όχι ο απλός χρήστης κάποιας ουσίας – μπορεί να θεραπευτεί μόνο εφόσον αποφασίσει ο ίδιος και ενταχθεί σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης που ο ίδιος έχει επιλέξει.

Η θεραπεία απεξάρτησης δεν μπορεί να είναι αναγκαστική, ούτε να γίνεται με ατομική παρακολούθηση στο ιατρείο του ψυχίατρου ή του παθολόγου ούτε βέβαια στο Ψυχιατρείο, δημόσιο ή ιδιωτικό. Γίνεται σε ειδική Μονάδα, με το δικό της πρόγραμμα και τις δικές της υπηρεσίες. Η

πολιτεία πρέπει να εξασφαλίζει τη δυνατότητα λειτουργίας πολλών τύπων προγραμμάτων για κάθε τύπο τοξικομανούς.

Δεν υπάρχει θεραπεία – πανάκεια, ούτε μαγικές λύσεις. Κάθε τοξικομανής, όταν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά πρέπει να εξετάζεται στην ιδιαιτερότητα του. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχει μια ειδική θεραπευτική «τοξικομανιακή» δομή προσωπικότητας που να καθορίζει εκ των προτέρων μια ειδική θεραπευτική στρατηγική. (Μάνος,1999).

Υπόβαθρο της εξάρτησης μπορεί να είναι οποιοσδήποτε τύπος προσωπικότητας (νευροτικός – ψυχωσικός – οριακός κ.λ.π. ), με την ιδιαίτερη ψυχοπαθολογία του. Υπάρχουν βέβαια κάποια κοινά χαρακτηριστικά σε όλους τους τοξικομανείς τα οποία αφορούν μια ελλειμματική, όχι σταθερά δομημένη προσωπικότητα, με μεγάλα συναισθηματικά κενά, με εξωπραγματικά χαώδη και μη αυθεντικά ιδανικά του εγώ, με εμφανή την έλλειψη ενός συστήματος αξιών, με μια βιτρίνα ψεύτικου αντικομφορμισμού, έντονο το φόβο της μοναξιάς και την αγωνία της απόρριψης, έντονη ανασφάλεια, με μια ταυτότητα χωρίς συνοχή, υπό τη διαρκή απειλή της διάλυσης.(Μάνος,1999).

Το πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α. είναι εθελοντικό, δηλαδή απευθύνεται σε όλους τους χρήστες – ανεξάρτητα από ηλικία, που έχουν θετικό κίνητρο και διατυπώνουν το αίτημα της ένταξής του σε αυτό υπογράφοντας σχετικό συμβόλαιο.

Το πρόγραμμα είναι στελεχωμένο από εκπαιδευμένους θεραπευτές (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, πρώην χρήστες κ.λ.π.) και διάρκεια ενάμιση χρόνο περίπου. (<http://www.psyhat.gr/pages.asp?langID=1&pageID=183> )



## 8.6 Επαγγελματική απασχόληση

Όσον αφορά την εργασιακή απασχόληση των χρηστών, σημαντικό ρόλο έχουν τα επιδοτούμενα προγράμματα νέων θέσεων εργασίας και νέων ελεύθερων επαγγελματιών του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σε συνεργασία με τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ). Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται μεταξύ άλλων ευπαθών ομάδων και σε υπό απεξάρτηση ή απεξαρτημένα άτομα, καθώς και σε αποφυλακισθέντες. Όπως προκύπτει από τα σχετικά στοιχεία του ΟΑΕΔ, ο αριθμός των συμμετεχόντων στα συγκεκριμένα επιδοτούμενα προγράμματα απασχόλησης αυξάνεται σταθερά, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων σημειώνεται κατά το έτος 2000.(Ο.Α.Ε.Δ.,2000).

Η φάση της κοινωνικής Επανένταξης χωρίζεται σε δύο στάδιο:

1. ΠΡΟΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ
2. ΚΥΡΙΩΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Στην προεπανένταξη τα μέλη δουλεύουν δίπλα στο προσωπικό στις διάφορες μονάδες. Προσφέρουν έτσι σε άλλους χρήστες αυτά που οι ίδιοι κατέκτησαν μέσα στη Θεραπευτική κοινότητα.

Η Κυρίως Επανένταξη περιλαμβάνει τη φάση της επαγγελματικής εκπαίδευσης στα εργαστήρια της Κοινότητας. Τα μέλη δουλεύουν πλήρες ωράριο και πληρώνονται για αυτή τους τη δουλειά από την Θεραπευτική Κοινότητα. Με τα χρήματα αυτά καλύπτουν τα έξοδα επιμόρφωσης τους

σε τμήματα ξένων γλωσσών, computer και πολιτιστικών δραστηριοτήτων. (Ο.ΚΑ.ΝΑ,2000).

Στην επόμενη φάση το μέλος βρίσκει δουλειά στην πόλη. Από τα χρήματα που παίρνει πληρώνει ένα συμβολικό ενοίκιο στο σπίτι της Επανένταξης.

Στην τελευταία φάση το μέλος εργάζεται στην πόλη και μετακομίζει σε δικό του διαμέρισμα.

Σε όλη τη διάρκεια της Κοινωνικής Επανένταξης ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε όσο το δυνατό περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες.

Το προσωπικό στηρίζει το μέλος σε όλες αυτές του τις ενέργειες. Η φάση της Κοινωνικής Επανένταξης μπορεί να συγκριθεί με την περίοδο της εφηβείας.

Το μέλος δοκιμάζει πλέον έξω από την κοινότητα στην κοινωνία, σχέσεις με νέους ανθρώπους, εμπειρίες, δουλειά, ερωτικές σχέσεις, δοκιμάζει τη νέα του ζωή. Η κοινωνική επανένταξη λειτουργεί δημοκρατικά. Τα μέλη αποφασίζουν για τα θέματα που τους απασχολούν μέσα από ολομέλειες που διέπονται από τις αρχές της ισότητας όλων των μελών, του αμοιβαίου σεβασμού, της ανοιχτής επικοινωνίας και της συλλογικότητας.

Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και στην Κοινωνικής Επανένταξη μεγάλη βαρύτητα δίνεται και στη συμμετοχή της οικογένειας. Οτι αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον είναι απαραίτητες αφού και η οικογένεια συγκαταλέγεται στους αιτιολογικούς παράγοντες της χρήσης.

Για την πλειοψηφία των θεραπευτικών προγραμμάτων η επαγγελματική αποκατάσταση των υπό απεξάρτηση χρηστών αποτελεί

βασική προϋπόθεση για την ολοκλήρωση της θεραπείας. Υπό αυτό το πρίσμα τα θεραπευτικά προγράμματα υποστηρίζουν ενεργά τα μέλη τους στην εύρεση εργασίας μέσω σχετικής ενημέρωσης. Για τις δυνατότητες απασχόλησης, της ευαισθητοποίησης των εργοδοτών και της συνεργασίας κε ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς. Ως αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών αναφέρεται ενδεικτικά ότι το σύνολο των χρηστών που ολοκληρώνουν τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ έχουν σταθερή εργασιακή απασχόληση.(ΚΕ.ΘΕ.Α.,2000).

Ιδιαίτερη σημαντική για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού των απεξαρτημένων ατόμων είναι η προσπάθεια του Υπουργείου Υγείας για την άρση των εμποδίων σε σχέση με τη μονιμοποίηση πρώην χρηστών σε δημόσιους φορείς όπου δίνεται η δυνατότητα μονιμοποίησης απεξαρτημένων ατόμων στα εξειδικευμένα θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ.. Η απόφαση αυτή συμβάλλει σημαντικά. Στην επίλυση των δυσκολιών σε σχέση με την ισότιμη επαγγελματική αποκατάσταση αυτής της ομάδας.(Ο.ΚΑ.ΝΑ.,2000).

Στη βάση αυτών των στοιχείων και λόγω των αυξημένων αναγκών για επαγγελματική ένταξη των απεξαρτημένων και αποφυλακισμένων ατόμων, ο ΟΑΕΔ έθεσε σε εφαρμογή το 2002 τρία νέα σχετικά προγράμματα επιχορήγησης εργοδοτών και ένα ειδικό πρόγραμμα για νέους ελεύθερους επαγγελματίες. (Ο.Α.Ε.Δ.,2000).

Τα προγράμματα αυτά, τα οποία είναι τεταρτοετούς διάρκειας, περιλαμβάνουν τα εξής:

- 400 επιδοτούμενες θέσεις με σύμβαση αορίστου χρόνου πλήρους απασχόλησης (250 για υπό απεξάρτηση και απεξαρτημένα άτομα και 150 για αποφυλακισμένους και νεαρά παραβατικά άτομα).

- 880 επιδοτούμενες θέσεις με σύμβαση ορισμένου χρόνου πλήρους απασχόλησης (50 για υπό απεξάρτηση και απεξαρτημένα άτομα και 30 για αποφυλακισμένους και νεαρά παραβατικά άτομα).
- 50 επιδοτούμενες θέσεις με σύμβαση αορίστου χρόνου μερικής απασχόλησης, τουλάχιστον τεσσάρων ωρών ημερησίως, οι οποίες διατίθενται σε ΑΜΕΑ, υπό απεξάρτηση και απεξαρτημένα άτομα καθώς και σε αποφυλακισμένους και νεαρά παραβατικά άτομα.
- 250 επιδοτήσεις για όσους επιθυμούν να δημιουργήσουν δική τους επιχείρηση ( 100 για υπό απεξάρτηση και 150 αποφυλακισμένα άτομα)

Η επιχορήγηση των θέσεων πλήρους απασχόλησης ανέρχεται στα 22 Ευρώ ημερησίως ενώ το αντίστοιχο ποσό για τις θέσεις μερικής απασχόλησης είναι 12 Ευρώ. Η διάρκεια της επιδότησης είναι 36 μήνες για όλες τις περιπτώσεις με την προϋπόθεση ότι τα άτομα που θα προσληφθούν θα συνεχίζουν να απασχολούνται για επιπλέον για 12 μήνες. Επιπλέον, για τα άτομα που δε διαθέτουν προηγούμενη εργασιακή εμπειρία το πρόγραμμα προβλέπει μια περίοδο προσαρμογής τριών μηνών, η οποία επιχορηγείται με 300 Ευρώ. Αναφορικά με το πρόγραμμα για νέους ελεύθερους επαγγελματίες το ποσό της βασικής επιχορήγησης ορίζεται συνολικά σε 16.000 Ευρώ.(Ο.Α.Ε.Δ.,2000).

## 8.7 Στέγαση

Όσον αφορά την επίλυση του προβλήματος της εύρεσης στέγης για τους πρώην χρήστες, τα θεραπευτικά προγράμματα στο σύνολό τους παρέχουν στους θεραπευμένους τους στεγαστική βοήθεια ενώ τα κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης του ΚΕΘΕΑ, η Μονάδα Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ» και το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών «ΓΕΦΥΡΑ» διαθέτουν και ξενώνες.

### Οι ξενώνες αυτοί εξυπηρετούν τους εξής σκοπούς:

- α) διαμονή των χρηστών που μεταβαίνουν από τον τόπο κατοικίας τους για να παρακολουθήσουν θεραπευτικό πρόγραμμα,
- β) φιλοξενία των θεραπευμένων που βρίσκονται στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης έως ότου εξασφαλίσουν προσωπική στέγη και εργασία και
- γ) διαμονή των θεραπευμένων με ακατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον (π.χ. χρήση από μέλος της οικογένειας) ή ελλιπή οικογενειακή υποστήριξη στην περίπτωση των εφήβων χρηστών.

Εκτός από τους ξενώνες των εξειδικευμένων θεραπευτικών προγραμμάτων υπάρχει και η δυνατότητα διαμονής απεξαρτημένων ατόμων σε ξενώνα κρατικών φορέων (π.χ. ξενώνας Βουλιαγμένης) και μη κυβερνητικών οργανώσεων (π.χ. Σύνδεσμος για τα Δικαιώματα της Γυναίκας), καθώς επίσης και σε ξενώνες εθελοντικών σωματείων (π.χ. «ΦΙΛΗΜΩΝ»).

Σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο οι φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι νομαρχίες και οι δήμοι έχουν την δυνατότητα να παρέχουν στέγη για άτομα των κατά τόπους περιοχών, σε συνεργασία και με τους σχετικούς φορείς. (ΚΕ.ΘΕ.Α.,2000).

## **8.8 Κοινωνική αντίδραση**

Ενδεικτικό του στιγματισμού που επικρατεί στις τοπικές κοινωνίες για τα εξαρτημένα άτομα είναι το γεγονός ότι η ίδρυση και λειτουργία και θεραπευτικών μονάδων, κυρίως μονάδων όπου χορηγούνται υποκατάστατα, συναντά πολλές φορές την αντίδραση των τοπικών κοινωνιών είτε με τη μορφή διαμαρτυριών των πολιτών είτε ακόμα και με τη μορφή αποφάσεων των δημοτικών συμβουλίων.

Οι συνηθέστεροι λόγοι που προβάλλονται μέσα από τέτοιες διαμαρτυρίες αφορούν:

- Την εγγύτητα των μονάδων σε εκπαιδευτικά ιδρύματα, αθλητικούς χώρους και περιοχές αμιγούς κατοικίας
- Τη συνάθροιση έξω από τις μονάδες τοξικοεξαρτημένων, οι οποίοι βρίσκονται είτε εντός είτε εκτός του προγράμματος υποκατάστασης, γεγονός που σύμφωνα με τους ισχυρισμούς των πολιτών έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση προβληματικής συμπεριφοράς (π.χ. διατάραξη της κοινής ησυχίας)
- Τη μικροεγκληματικότητα και τη διακίνηση ναρκωτικών, που θεωρείται ότι αναπτύσσονται λόγω τέτοιων συναθροίσεων

- Την αντίληψη ότι γύρω από τη μονάδα περιοχές υποβαθμίζονται και ως εκ τούτου μειώνεται η αξία των ακινήτων
- Την περαιτέρω επιβάρυνση μιας ήδη υποβαθμισμένης περιοχής, παράγοντας που αποδίδεται πολλές φορές στη σκόπιμη επιλογή μιας τέτοιας περιοχής λόγω της περιορισμένης δυνατότητας πρόσβασης των κατοίκων στα κέντρα λήψης των αποφάσεων. (ΚΕ.ΘΕ.Α,1999).

Τον Οκτώβριο του 2001 το Δημοτικό Συμβούλιο Θεσσαλονίκης με την υπ. αριθμ. 2049/2001 απόφασή του καλεί τον ΟΚΑΝΑ να επανεξετάσει τις επιλογές του σχετικά με την εγκατάσταση των μονάδων υποκατάστασης, ενώ σημειώνει ότι η πάγια θέση του δήμου είναι η ένταξη των μονάδων στα νοσοκομεία. Κάτι ανάλογο συνέβη με τη μονάδα Κοινωνικής Επανεξέτασης που επρόκειτο να λειτουργήσει από το ΚΕΘΕΑ στη Θεσσαλονίκη. Οι τοπικές αρχές μετά από πιέσεις των πολιτών απαγόρευσαν τη δημιουργία της μονάδας, γεγονός όμως που οδήγησε σε συσπείρωση τους υποστηρικτές της αντίθετης άποψης, που μίλησαν για απαράδεκτες διακρίσεις και έλλειψη ευαισθησίας. Το θέμα κατέληξε στο Συνήγορο του Πολίτη.

Η αρχή απεφάνθη ότι η απόφαση των τοπικών αρχών παραβαίνει βασικές διατάξεις του Συντάγματος, σύμφωνα με τις οποίες οποιαδήποτε προσπάθεια διάκρισης μεταξύ των πολιτών και κοινωνικού αποκλεισμού μερίδας από αυτούς απαγορεύεται.

Η συνεργασία μεταξύ των θεραπευτικών φορέων και των τοπικών αρχών για την χωροθέτηση των νέων δομών, η οποία έχει ήδη ξεκινήσει,

θα συμβάλλει στον περιορισμό τέτοιων κρουσμάτων διαμαρτυρίας.(ΚΕ.ΘΕ.Α,2001).

Θα πρέπει όμως να ληφθούν υπόψη από την κοινωνία των πολιτών τα εξής :

- Η λειτουργία των ήδη υπάρχουσών αλλά και νέων θεραπευτικών μονάδων είναι απολύτως αναγκαία για την περίθαλψη των χρηστών και την εξάλειψη της λίστας αναμονής.
- Η εξάλειψη της λίστας αναμονής είναι μια βασική προϋπόθεση για να διακοπούν οι συναθροίσεις χρηστών έξω από τα θεραπευτικά προγράμματα, καθώς πολλοί από τους συγκεντρωμένους βρίσκονται σε λίστα αναμονής ή απλώς δεν είναι ενταγμένοι σε κάποιο πρόγραμμα.
- Γίνονται προσπάθειες από τους θεραπευτικούς φορείς ώστε η κτιριακή υποδομή των μονάδων να μπορεί να εξασφαλίσει στους παρακολουθούντες το πρόγραμμα ένα χώρο αναμονής , για να μην αποτελούν πόλο έλξης για τους μη ενταγμένους στο πρόγραμμα και να μην ευνοούνται τέτοιου είδους συναθροίσεις.
- Προσπάθειες γίνονται επίσης και για την εξασφάλιση αστυνομικής επιτήρησης έξω από τις μονάδες ώστε να μην ενισχύεται η εντύπωση ότι γίνεται διακίνηση ουσιών.
- Η εγκατάσταση των μονάδων οφείλει να είναι σε τέτοιε σημεία της πόλης ώστε να είναι εύκολη η καθημερινή



πρόσβαση των χρηστών που παρακολουθούν το πρόγραμμα.

- Η άποψη ότι η εγκατάσταση των μονάδων περιμετρικά των πόλεων θα μείωνε τις σχετικές αντιδράσεις αντισταθμίζεται από το γεγονός ότι κάτι τέτοιο θα είχε ως αποτέλεσμα τη λειτουργία τους σε βάρος της εξυπηρέτησης των χρηστών και την επίταση της περιθωριοποίησής τους.(ΚΕ.ΘΕ.Α.,2001).

Ο ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με ιδιωτική εταιρία έχει ήδη ξεκινήσει μια καμπάνια ευαισθητοποίησης των τοπικών κοινωνιών προκειμένου να διευκολυνθεί η ίδρυση και λειτουργία θεραπευτικών μονάδων. Το πρώτο στάδιο της εκστρατείας περιλαμβάνει τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων πολιτών σε σχέση με το θέμα, ενώ στη συνέχεια μέσω της έγκυρης ενημέρωσης θα επιχειρηθεί η ευαισθητοποίηση των τοπικών αρχών και της κοινωνικής γνώμης καθώς και η μεταστροφή αρνητικών αντιλήψεων. (Ο.ΚΑ.ΝΑ.,2001).

## **8.9 Αξιολόγηση και δυσκολίες παρεμβάσεων κοινωνικής επανένταξης**

Σύμφωνα με τα στοιχεία για το έτος 2001, ο συνολικός αριθμός των χρηστών που δέχτηκαν τις υπηρεσίες των Κέντρων Κοινωνικής Επανένταξης στη χώρα ήταν περίπου 678 άτομα .Τόσο η συνολική εικόνα των ποσοστών ολοκλήρωσης των προγραμμάτων όσο και τα επιπρόσθετα ποσοτικά αποτελέσματα που αναφέρονται καταδεικνύουν το σημαντικό έργο που επιτελούν τα Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης των χρηστών για σταθερή απεξάρτηση και κοινωνική επανένταξη.(Ο.ΚΑ.ΝΑ.,2001).

Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τα ποιοτικά αποτελέσματα αξιολόγησης των Κέντρων Κοινωνικής Επανάταξης, σύμφωνα με τα οποία το στάδιο της κοινωνικής επανάταξης συμβάλει στη διαμόρφωση ενός νέου συνολικού πλαισίου οργάνωσης της ζωής των πρώην χρηστών σε όλα τα επίπεδα (π.χ. προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό) και κατ' αυτό τον τρόπο διασφαλίζει τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας και εγγυάται στην ένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο. Στην προσπάθεια αυτή συνηγορούν σε σημαντικό βαθμό και οι παρεμβάσεις και τα προγράμματα της πολιτείας, ιδιαίτερα όσον αφορά την επαγγελματική κατάρτιση και την αποκατάσταση των απεξαρτημένων ατόμων.(Ο.ΚΑ,ΝΑ.,2001).

Ωστόσο, η κοινωνική επανάταξη των πρώην χρηστών ως μια διαδικασία ιδιαίτερη σημαντική, σύνθετη και πολυδιάστατη απαιτεί συνεχείς και συντονισμένες προσπάθειες από το σύνολο των αρμόδιων φορέων. Στο πλαίσιο αυτό ιδιαίτερα σημαντικό θέμα είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων και των δυσκολιών που εντοπίζουν οι εξειδικευμένοι θεραπευτικοί φορείς, έτσι ώστε να ενισχυθεί περαιτέρω η ομαλή και μόνιμη κοινωνική αποκατάσταση των υπό απεξάρτηση και απεξαρτημένων ατόμων.(Ο.ΚΑ.ΝΑ.,2001).

Οι δυσκολίες αυτές αφορούν κυρίως την έλλειψη επαρκούς και κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού, την έλλειψη ευαισθητοποίησης των κοινωνιών, καθώς και την έλλειψη συνεργασίας με τοπικούς φορείς για την κάλυψη των αναγκών των πρώην χρηστών για εργασία στη στέγη. Με βάση τα συγκεκριμένα στοιχεία φαίνεται ότι ενώ ο ρόλος των τοπικών φορέων και των τοπικών κοινωνιών γενικότερα είναι ιδιαίτερα σημαντικός, απαιτεί μια πιο συστηματική ενημέρωση και ευαισθητοποίησή τους προκειμένου να αρθεί η κοινωνική προκατάληψη και ο στιγματισμός για τα συγκεκριμένα άτομα και να ενισχυθεί η

ουσιαστική και σταθερή ενσωμάτωση τους στο κοινωνικό σύνολο. (Ο.ΚΑ.ΝΑ.,2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

#### 9.1 Εισαγωγή

Ο Κλεάνθης Γρίβας μας λέει: « Ανήκω σ'εκείνους που αγωνίζονται εναντίον του παραλογισμού της καταστολής και ελπίζουν για το καλύτερο, περιμένοντας το χειρότερο. Κι αυτό γιατί απλούστατα, εξαιτίας του επαγγέλματος μου, ξέρω καλά πόσο ακατανίκητη είναι η δύναμη της βλακείας των επαγγελματιών πολιτικών που διαχειρίζονται την εξουσία ως αποικιακοί διοικητικοί υπάλληλοι των Ηνωμένων Πολιτειών.

Ως ψυχίατρος έλκομαι από το διανοητικό παιχνίδι των πιθανών ερμηνειών που υπόσχεται η εφαρμογή της θεωρίας της αλλωτρίωσης ή της οικονομίας της ψυχικής ενέργειας.

Ως νευρολόγος είμαι πεπεισμένος ότι η εξάρτηση από τις ψυχότροπες ουσίες ( και ιδιαίτερα από τα οπιούχα) είναι ζήτημα βιολογικό και ερμηνεύεται ικανοποιητικά μετά την ανακάλυψη των ειδικών υποδοχέων

της μορφίνης στον εγκέφαλο (1973) και η απομόνωση των ενδορφινών και των εγκεφαλινών ( 1975 και 1976) .

Αλλά ως ενεργός πολίτης, είμαι πεπεισμένος ότι το πρόβλημα των «ναρκωτικών» είναι πρωτίστως ένα πρόβλημα πολιτικό και οικονομικό, το οποίο συμβαίνει να έχει πολλές κοινωνικές και ορισμένες ψυχολογικές, ιατρικές και νευροφυσιολογικές παραμέτρους .

Και θα υπερασπιστώ αυτή την άποψη, προσπαθώντας να αποδείξω ότι στην Ελλάδα, αλλά και σε όλο τον κόσμο, πριν από την παρόξυνση της κατασταλτικής πολιτικής απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες οι πιο συμφέρουσες συναλλαγές γίνονταν με ρήτρα δολαρίου ή ECU, ενώ σήμερα οι πλέον κερδοφόρες συναλλαγές γίνονται με ρήτρα ηρωίνης » .  
( Γρίβας 1991 )

## **9.2 Το νομοθετικό πλαίσιο για τα «ναρκωτικά» στην Ελλάδα**

Το νομοθετικό πλαίσιο στον ελληνικό χώρο για τα ναρκωτικά διαγράφεται μέσα από το νόμο 1729/87 για την καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις (που αντικατέστησε το Ν.Δ. 743/1970), το νόμο 1738/87 («Σύσταση Συμβουλίου Πρόληψης της Εγκληματικότητας, τροποποίηση διατάξεων του ποινικού κώδικα, των κωδίκων ποινικής και πολιτικής δικονομίας και άλλες διατάξεις») και το νόμο 2163/93. Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του ν. 1729/87.). ο νόμος 2163/93 είναι αυστηρότερος μεν απέναντι σε εκείνους που εμπορεύονται ή παρασκευάζουν τοξικές ουσίες. επιεικέστερος δε και περισσότερο συγκεκριμένος στις ρυθμίσεις του για το χρήστη.

Συγκεκριμένα, με τον παραπάνω νόμο ενήλικο άτομο που κάνει απλώς χρήση, προμηθεύεται η κατέχει απλώς ναρκωτικά σε ποσότητα που καλύπτει τις δικές του αποκλειστικά ανάγκες, είτε καλλιεργεί φυτά κάνναβης για δική του μόνο χρήση, τιμωρείται με φυλάκιση. Η διαπίστωση της εξυπηρέτησης της αποκλειστικά δικής του ανάγκης για τη συγκεκριμένη ουσία γίνεται με συνεκτίμηση του είδους, της ποσότητας και της καθαρότητας της ουσίας σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του άρθρου 13 του ν.1729/87. η ποσότητα όμως της κάθε ναρκωτικής ουσίας, η οποία θεωρείται ότι καλύπτει τις ανάγκες ενός χρήστη ή εξαρτημένου ατόμου, προσδιορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Κατά την επιμέτρηση της ποινής λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός βλαπτικότητας της κάθε ναρκωτικής ουσίας και ιδιαίτερα η κατηγορία στην οποία ανήκει (άρθρο 12, παρ.1 ν.1729/87, όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 14 του ν.2161/93).

Στην περίπτωση που ο χρήστης δεν έχει στο παρελθόν τιμωρηθεί για έγκλημα του νόμου για τα ναρκωτικά, ούτε έχει κριθεί ότι δεν πρέπει να τιμωρηθεί (όταν το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο, εκτιμώντας τις περιστάσεις κάτω από τις οποίες τελέστηκε η πράξη και την προσωπικότητα του δράστη, κρίνει ότι η αξιόποινη πράξη ήταν τελείως συμπτωματική και δεν είναι πιθανόν να επαναληφθεί αυτή ή κάποια άλλη του νόμου για τα ναρκωτικά) και δηλώσει ο ίδιος, μετά την άσκηση της ποινικής δίωξης ότι επιθυμεί την παρακολούθηση συμβουλευτικού και θεραπευτικού προγράμματος, ο εισαγγελέας με αιτιολογημένη διάταξη του και με έγκριση του εισαγγελέα εφετών, το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορούν να αναστείλει την πρόοδο της δίκης και να ορίσει το πρόγραμμα που οφείλει να παρακολουθήσει (άρθρο 12 παρ.2 του ν.1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 14 του ν. 2161/93). Αν στη

συνέχεια ο κατηγορούμενος δεν παρακολουθήσει το πρόγραμμα, ή το παρακολουθεί πλημμελώς, ή γενικά δεν τηρεί τους όρους, οι οποίοι του έχουν επιβληθεί σχετικά με αυτό ή αν επακολουθήσει καταδίκη του για παράβαση του νόμου για ναρκωτικά, το δικαστήριο ανακαλεί την απόφαση για αναστολή της δίκης και δικάζεται κατ' ουσία η υπόθεση. Στην περίπτωση που παρακολουθήσει με επιτυχία το πρόγραμμα τουλάχιστον για ένα εξάμηνο, μετά από έγγραφη βεβαίωση από το διευθυντή του προγράμματος στον αρμόδιο ανακριτή ή εισαγγελέα και με τη σύμφωνη γνώμη του για αποθεραπεία, αφού προηγηθεί ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση, το αρμόδιο δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να κρίνει το δράστη ατιμώρητο. Η πραγματοσύνη διεξάγεται από τα ειδικά δημόσια κέντρα απεξάρτησης, από τις ψυχιατρικές κλινικές και τα εργαστήρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Α.Ε.Ι. της χώρας, τις Ιατροδικαστικές υπηρεσίες, εφόσον διαθέτουν ειδικά εργαστήρια ή από τα νομαρχιακά ή τα περιφερειακά νοσοκομεία (άρθρα 14 και 15 του ν.2161/93).

Στην περίπτωση που έχουμε εξαρτημένο άτομο και όχι απλώς χρήστη παράνομων ουσιών, ο εξαρτημένος υποβάλλεται σε ειδική μεταχείριση. Κατά το στάδιο της προδικασίας, αν μέσα σε 24 ώρες από τη σύλληψη του ή κατά την αρχική απολογία του δηλώσει ότι είναι τοξικομανής, εκείνος που ενεργεί την προανάκριση ή την κύρια ανάκριση διατάσσει υποχρεωτικά τη διενέργεια πραγματοσύνης, το αργότερο μέσα σε 24 ώρες μετά τη σύλληψη του ή την αρχική απολογία. Οι πραγματογνώμονες εξετάζουν τον κατηγορούμενο αμέσως μόλις του γνωστοποιηθεί η σχετική παραγγελία, το αργότερο μέσα σε 48 ώρες και ακολούθως συντάσσουν και υποβάλλουν την έκθεσή τους, όσο το δυνατό ταχύτερα. Στην περίπτωση που αποφανθούν ότι υπάρχει εξάρτηση,

πρέπει να καθορίσουν και το είδος της (σωματική ή ψυχική), το βαθμό της, την ουσία που χρησιμοποιήθηκε, την ημερήσια δόση και την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (άρθρο 15 ν.2161/93). Αν το εξαρτημένο άτομο προμηθεύεται ή κατέχει ναρκωτικά σε ποσότητα που καλύπτει τις δικές του αποκλειστικά ανάγκες, είτε καλλιεργεί φυτά κάνναβης για δική του και μόνο χρήση, παραμένει ατιμώρητο. Αντίθετα, ο απλός χρήστης τιμωρείται με φυλάκιση. Η ευμενέστερη αυτή αντιμετώπιση του τοξικομανή σε σχέση με το χρήστη παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών γίνεται διότι ο τοξικομανής δεν είναι σε θέση πλέον να αποβάλλει την έξη με τις δικές του δυνάμεις και χρειάζεται ειδική μεταχείριση. Για το λόγο αυτό προβλέπεται, επίσης, στην περίπτωση που ο ίδιος ο τοξικομανής επιθυμεί, να εισαχθεί με απόφαση του δικαστηρίου σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα (Χαίδω,1995:71).

Όταν ο χρήστης ή ο τοξικομανής διαπράττει αξιόποινη πράξη, μπορεί οι συνθήκες κάτω από τις οποίες τελέστηκε το έγκλημα να αποτελέσουν λόγο αποκλεισμού (άρθρο 34 του Π.Κ.) ή μείωσης (άρθρο 36 του Π.Κ.) του καταλογισμού, οπότε είτε δεν επιβάλλεται ποινή είτε η ποινή είναι μειωμένη. Αυτό μπορεί να συμβεί στις ακόλουθες περιπτώσεις :

- Όταν το έγκλημα διαπράττεται σε κατάσταση σοβαρής διαταραχής της συνείδησης λόγω παραληρήματος, που προκαλεί η κατανάλωση ορισμένων ναρκωτικών ουσιών, όταν φτάσει σε σημείο οξείας δηλητηρίασης.
- Όταν ο δράστης, λόγω παρατεταμένης τοξικομανίας έχει υποστεί σημαντικές μεταβολές και αλλοιώσεις στην προσωπικότητάς του.
- Σε περίπτωση που το έγκλημα τελέστηκε σε περίοδο αναγκαστικής από τη ναρκωτική ουσία και υπό το κράτος των

ψυχωτικών και παραληρητικών καταστάσεων που συνοδεύουν συνήθως την κατάσταση αποστέρησης.

- Τέλος, όταν οι αξιόποινη πράξη αποβλέπει στην εξεύρεση ναρκωτικής ουσίας ή χρημάτων για την προμήθεια των ναρκωτικών και ο δράστης κατά την τέλεση της, βρίσκεται σε κατάσταση αποστέρησης.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις ο δράστης βρίσκεται σε κατάσταση που δεν του επιτρέπει τον πλήρη έλεγχο των πράξεων του. Ορισμένες φορές μάλιστα χάνει κάθε δεσμό με την πραγματικότητα και ενεργεί υπό την επίδραση παραισθήσεων. Για τους λόγους αυτούς, ακόμα και κατά το στάδιο της προδικασίας, προκειμένου ο ανακριτής να σχηματίσει ορθή εικόνα για την κατάσταση του κατηγορουμένου, ζητεί από τους πραγματογνώμονες να συμπεριλάβουν στην έκθεση τους και το βαθμό επίδρασης της εξάρτησης στον καταλογισμό. Αν ένα εξαρτημένο άτομο καταδικαστεί για οποιαδήποτε αξιόποινη πράξη, το δικαστήριο μπορεί να διατάξει την εισαγωγή του για σωματική απεξάρτηση. Αν το ίδιο άτομο δηλώσει ότι επιθυμεί να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, το δικαστήριο μπορεί με την καταδικαστική απόφαση να διατάξει την έκτιση μέρους της ποινής σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης, στο οποίο ο δράστης εισάγεται για ψυχική απεξάρτηση μέχρι την αποθεραπεία του. Φυσικά, ο χρόνος παραμονής εκεί υπολογίζεται ως χρόνος προσωρινής κράτησης, αν δεν έχει γίνει ακόμη η δίκη, νοθεύουν ή χρησιμοποιούν και σε περιπτώσεις καταδίκης σε ποινή κατά της ελευθερίας, ως χρόνος έκτισης της ποινής (άρθρο 16 του ν.2161/93).



Σύμφωνα με το νόμο 2161/93 αυξάνεται το κατώτατο όριο χρηματικής ποινής για τα άτομα εκείνα, τα οποία μεταξύ άλλων δραστηριοτήτων (εισάγουν, εξάγουν, εμπορεύονται, εισάγουν ή διευκολύνουν την εισαγωγή των ναρκωτικών σε στρατόπεδα, κρατητήρια, φυλακές, νοσηλευτικά ιδρύματα κλπ.), αναμειγνύουν ναρκωτικά σε τρόφιμα ή ποτά, παρασκευάζουν, διακινούν ναρκωτικές ουσίες, καλλιεργούν φυτά από τα οποία παράγονται ναρκωτικές ουσίες, νοθεύουν ή πωλούν νοθευμένα είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών, καταρτίζουν πλαστές ιατρικές συνταγές χορήγησης ναρκωτικών ουσιών με σκοπό τη διακίνηση τους. Η επαπειλούμενη ποινή είναι κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών και χρηματική ποινή από 1.000.000 μέχρι 100.000.000 δρχ..(άρθρο 10 του ν.2161/93).

Επίσης, προβάλλονται, μεταξύ άλλων, διακεκριμένες περιπτώσεις (με ποινές κάθειρξης τουλάχιστον 15 ετών και χρηματική ποινή από 5.000.000 έως 150.000.000 δρχ.) για τις προαναφερθείσες πράξεις, όταν πρόκειται για υπάλληλο που λόγω της υπηρεσίας του ασχολείται με τα ναρκωτικά ή ανήκει στο προσωπικό των καταστημάτων ή των ιδρυμάτων, στα οποία τέλεσε την πράξη, καθώς επίσης και για εκείνον που εισάγει ναρκωτικά, διευκολύνει την εισαγωγή ή διακίνηση τους σε εκπαιδευτικά ιδρύματα ή σε χώρους άθλησης, κατασκηνώσεις, ορφανοτροφεία, φροντιστήρια κλπ. Ή ακόμα σε χώρους που βρίσκονται σε άμεση γειτνίαση με τους προαναφερθέντες. Γιατροί και φαρμακοποιοί οι οποίοι κάνουν κατάχρηση της ιδιότητάς τους, τιμωρούνται με τις κυρώσεις που

προβλέπονται για τους εμπόρους. Τέλος, αν στις παραπάνω πράξεις οι δράστες μεταξύ άλλων, χρησιμοποιούν με οποιονδήποτε τρόπο ανήλικα άτομα ή ενεργούν με σκοπό να προκαλέσουν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών από ανήλικους, είναι υπότροποι ή ενεργούν κατ'επάγγελμα ή κατά συνήθεια, τότε έχουμε επιβαρυντικές περιστάσεις, οι οποίες επισύρουν ποινές ισόβιας κάθειρξης και χρηματική ποινή από 10.000.000 έως 200.000.000 δρχ. (άρθρο 13 του ν.2161/93).

### **9.3 Η κατασταλτική πολιτική**

Στην Ελλάδα, το βασικότερο μοντέλο κοινωνικού ελέγχου του προβλήματος των ναρκωτικών υπήρξε μια αυστηρά κατασταλτική πολιτική. (Κουκουτσάκη, 1991).

Σύμφωνα με τον Κλεάνθη Γρίβα, η καταστολή ως μέσο αντιμετώπισης των ναρκωτικών που έχει επιλέξει η Ελλάδα, όπως και όλες οι άλλες χώρες, έχει να επιδείξει την πλήρη χρεοκοπία της όλης «αντιναρκωτικής» πολιτικής:

1. Την αλματώδη αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων και του αριθμού των θανάτων από σκληρά ναρκωτικά.
2. Την ταχύτητα αύξησης της εγκληματικότητας που συνδέεται με τη εναγώνια προσπάθεια του χρήστη να εξασφαλίσει τη δόση του με κάθε τρόπο.
3. Τη δραματική αύξηση του ποινικού πληθυσμού, που το ένα τρίτο του αφορά αδικήματα σχετικά με τη νομοθεσία περί ναρκωτικών.

4. Την ανησυχητική αύξηση της εξάπλωσης των ασθενειών που συνδέονται με τις άθλιες συνθήκες πρόσκτησης και λήψης που επιβάλλει η παρανομία.
5. Την πλήρη εκμηδένιση της οποίας αποτελεσματικότητας θα μπορούσαν να έχουν οι διωκτικές αρχές εναντίων των καρτέλ των ναρκωτικών.

Την εκρηκτική μεγιστοποίηση του κοινωνικού και οικονομικού κόστους που συνεπάγεται το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης και της καταστολής, το οποίο έχει ήδη υπερβεί άπειρες φορές και από πολλές απόψεις τις δυνατότητες της κοινωνίας και του κράτους.(Γρίβας,1997).

### 1. Μαύρη αγορά: Με ρήτρα ηρωίνης

Στην Ελλάδα, μια χώρα με 10 εκατομμύρια κατοίκους που είναι ημι- καθυστερημένη από πολιτική, οικονομική και πολιτισμική άποψη, 80.000 εξαρτημένοι από νοθευμένη ηρωίνη διαμορφώνουν μια τεράστια μαύρη αγορά νοθευμένης ηρωίνης που ο ετήσιος τζίρος της φτάνει τα 500 δισεκατομμύρια δραχμές.

Αυτοί, οι 80.000 εξαρτημένοι αντιστοιχούν στο 0,8% του συνολικού πληθυσμού, πράγμα που σημαίνει ότι 1 στους 125 Έλληνες είναι εξαρτημένοι χρήστες νοθευμένης ηρωίνης.

Στην Ελλάδα, ο ετήσιος τζίρος της νοθευμένης ηρωίνης είναι μεγαλύτερος από το συνολικό αριθμό κερδών των 50 μεγαλύτερων εμπορικό- βιομηχανικών εταιρειών της χώρας.

Το 1992, ο ετήσιος τζίρος της, ήταν τετραπλάσιος από το σύνολο των κερδών όλων των τραπεζών που λειτουργούσαν στη χώρα, και τα οποία ανήλθαν σε 89 δισεκατομμύρια δραχμές. (Γρίβας,1997).

Χάρη στην κατασταλτική πολιτική της εξουσίας απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες, διαμορφώνεται μια τεράστια αγορά και λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε όλα τα κέρδη που πραγματοποιούνται σε αυτή, να τα καρπώνονται οι μεγάλες εγκληματικές οργανώσεις που την ελέγχουν και όλο το κόστος των παρενεργειών της λειτουργίας της να το επωμίζεται η κοινωνία (καταβάλλοντας ένα υψηλό τίμημα σε ανθρώπινες ζωές και σε σπατάλη δημόσιου χρήματος για τη συντήρηση ενός ήδη υπερκορεσμένου και δυσλειτουργικού διωκτικού, δικαστικού, σωφρονιστικού και νοσηλευτικού μηχανισμού, τη δημιουργία και τη συντήρηση ειδικών «απεξαρτησιακών» μονάδων, δήθεν «θεραπευτικών» κοινοτήτων, κλπ.). (Γρίβας,1997).

## 2. Οι πολιτικές συνέπειες: ναρκώ- ολοκληρωτισμός

Αυτή η τρομακτική οικονομική ισχυροποίηση του οργανωμένου εγκλήματος που ελέγχει τη διακίνηση και την εμπορία των «ναρκωτικών», του δίνει τη δυνατότητα να εξαγοράζει μαζικά διάφορους κυβερνητικούς και κρατικούς αξιωματούχους, με αποτέλεσμα να διαιώνίζεται ο φαύλος κύκλος της χρήσης των απαγορευμένων ουσιών και της καταστολής (πράγμα που εξασφαλίζει όλο και πιο μεγάλα κέρδη στο οργανωμένο έγκλημα) και να τίθενται σε άμεσο κίνδυνο οι δημοκρατικοί θεσμοί. (Γρίβας,1997).

Η απαγόρευση της χρήσης ορισμένων ψυχότροπων ουσιών αποτελεί τη μέγιστη απειλή για κάθε ανοιχτή κοινωνία. Και απέναντι σ' αυτή την απειλή δεν είναι δυνατόν να προβληθεί οποιαδήποτε άμυνα, εξαιτίας της εμμονής των εκάστοτε διαχειριστών της πολιτικής εξουσίας σε μια καταστροφική κατασταλτική πολιτική απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες. (Γρίβας,1997).

### 3. Εξαρτημένοι: Άλμα εις ύψος

Χάρη στη δαιμονολογική κατασταλτική αντιμετώπιση των «ναρκωτικών» και το ζήλο των δήθεν αντιναρκωτικών υπηρεσιών (αστυνομικών και μη), οι εξαρτημένοι από οπιούχα , που υπολογίζονται κατά προσέγγιση σε 2.000 το 1980 έκαναν ένα εντυπωσιακό άλμα στις 20.000 το 1985 (ποσοστό αύξησης 1000%) και εκτοξεύθηκαν στις 80.000 το 1990 (ποσοστό αύξησης 4.000%).(Γρίβας,1997).

Και ο αριθμός τους συνεχίζει να αυξάνεται.

Απέναντι σ' αυτή τη ζοφερή προοπτική (που προβλεπόταν με μαθηματική ακρίβεια), οι επαγγελματίες πολιτικοί αποφάσισαν να αντιπαραθέσουν κάποια έργα βιτρίνας, που ούτε καν αγγίζουν το ζήτημα των «ναρκωτικών», αλλά απλώς απενοχοποιούν προσωρινά την κρατική εξουσία στα μάτια της Ελληνικής κοινωνίας, σε σχέση με το ρόλο της στη δημιουργία και την επιδείνωση του προβλήματος των «ναρκωτικών». (Γρίβας,1997).

Είναι απάτη, αγυρτεία και τσαρλατανισμός των διαχειριστών της εξουσίας να παραγνωρίζουν συστηματικά τα επιστημονικά δεδομένα που αφορούν την εξάρτηση και να φενακίζουν την πραγματικότητα, αρνούμενοι να αποδεχτούν ότι εμμένοντας στις προσφιλείς κατασταλτικές μεθόδους τους, δεν κάνουν τίποτα άλλο παρά να επιδεινωθούν διαρκώς το πρόβλημα που υποτίθεται ότι θέλουν να αντιμετωπίσουν. (Γρίβας,1997).

Γιατί με όρους στοιχειώδους λογικής, είναι αντικειμενικά αδύνατη η παραμικρότερη ανακοπή της ραγδαίας ανάπτυξης της κακοήθους νεοπλασίας που παράγει ο συνδυασμός της εξάρτησης από απαγορευμένες ουσίες και της καταστολής.

#### 4. Συλλήψεις και καταδίκες

Σύμφωνα με τα στοιχεία των διωκτικών αρχών οι συλλήψεις για αδικήματα που σχετίζονται με τα «ναρκωτικά» από 784 το 1981 , έφτασαν τις 3.065 το 1989 (δηλαδή αυξήθηκαν κατά 400% περίπου, με μέσο όρο ετήσιας αύξησης 40%).

Οι αριθμοί αυτοί απέχουν πολύ από την πραγματικότητα λόγω του είδους του αντικειμένου της δίωξης και των ιδιότυπων σχέσεων αλληλό-εκδούλευσης που αναπτύσσονται πολλές φορές μεταξύ διώκτη και διωκόμενου, όπως αποδεικνύεται και από τις δημόσιες διαβεβαιώσεις των επιτελών της υπηρεσίας δίωξης ναρκωτικών, σύμφωνα με τις οποίες «μόνο το 20% των συλληφθέντων φτάνει τα δικαστήρια». (Γρίβας,1997).

Παρεμφερή αυξητική πορεία ακολούθησαν οι ποινικές διώξεις που ασκήθηκαν και οι καταδίκες που επιβλήθηκαν κατά την τελευταία δεκαετία 1980- 1989, με αποτέλεσμα σήμερα στο σύνολο των 4.916 ατόμων τα οποία κρατούνται στις Ελληνικές φυλακές, οι 1.524, δηλαδή ποσοστό 31% του συνόλου, να είναι υπόδικοι ή κατάδικοι για αδικήματα σχετικά με «ναρκωτικά».

Και στη συντριπτική τους πλειοψηφία, πρόκειται για εξαρτημένους μικροδιακινητές ή απλούς χρήστες, αν ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι μεταξύ των 1.524 κρατουμένων υπάρχουν 22 με ισόβια ή το 1.4% του συνόλου και 47 με ποινές άνω των 15 χρόνων ή 3% του συνόλου, και αν φυσικά ανταποκρίνεται στην αλήθεια η διακήρυξη ότι η δικαιοσύνη εξαντλεί την αυστηρότητα της στους εμπόρους των ναρκωτικών και όχι στα θύματά τους. (Γρίβας,1997).

## 5. Θάνατοι:

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία, που αμφισβητούνται για πολλούς σοβαρούς λόγους, οι θάνατοι από νοθευμένη ηρωίνη από 5 το 1980, ανέβηκαν σε πάνω από 200 το 1996, δηλαδή αυξήθηκαν κατά 4.000%, που αντιστοιχεί σε μέσο ποσοστό ετήσιας αύξησης 400%.

Φυσικά , ο πραγματικός αριθμός των θανάτων από νοθευμένη ηρωίνη είναι πολύ μεγαλύτερος, με δεδομένη την προσπάθεια

επικάλυψης της πραγματικής αιτίας του θανάτου που καταβάλλουν οι συγγενείς του θύματος για να αποφύγουν τον κοινωνικό στιγματισμό.

Η απόδοση όλων αυτών των θανάτων με τους ουδέτερους ιατρικούς όρους «υπερβολική δόση», «πνευμονικό οίδημα», «εμβολή», αποκρύπτει το γεγονός ότι μοναδικός υπεύθυνος για αυτούς είναι η κατασταλτική πολιτική της εξουσίας απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες, η οποία προκαλεί τη συνεχή άνοδο της τιμής της νοθευμένης ηρωίνης που διατίθεται στη μαύρη αγορά και καθιστά εξαιρετικά κερδοφόρα και την παραμικρή νόθευσή της. (Γρίβας,1997).

Η απαγόρευση και η δίωξη των «ναρκωτικών», είναι αποκλειστικά υπεύθυνη για τους θανάτους από υπερβολική δόση, λόγω της άγνοιας και της κακής πληροφόρησης που επιβάλλει σχετικά με το τι και πότε είναι υπερβολική μια δόση

Γιατί βέβαια, κανένας εξαρτημένος δεν παίρνει υπερβολική δόση για να αυτοκτονήσει. Την παίρνει για να προσποριστεί τα ψυχολογικά και βιολογικά αποτελέσματα της δράσης της. Και συνεπώς, μόνο η άγνοια μπορεί να τον σπρώξει στη λήψη μιας θανατοφόρας «υπερβολικής δόσης».

Η κατασταλτική πολιτική απέναντι στις απαγορευμένες ουσίες ενοχοποιείται επίσης, και για τους θανάτους από πνευμονικό οίδημα και εμβολές, οι οποίοι δεν οφείλονται στη ηρωίνη αυτή καθ' αυτή, αλλά στις ουσίες με τις οποίες νοθεύεται, π.χ. άμυλο, ταλκ, κινίνη, στρυχνίνη, κονιοποιημένο γυαλί, κ.α., με σκοπό τη μεγιστοποίηση του κέρδους. (Γρίβας,1997).



Η Διεθνής Αντιαπαγορευτική Ένωση στο Ιδρυτικό Συνέδριο της Διεθνούς Ένωσης ενάντια στην απαγόρευση στη Ρώμη το 1989, διακήρυξε τα εξής:

1. Τα απαγορευμένα ψυχοτρόπα «Ναρκωτικά», είναι πλατειά διαθέσιμα όσο ποτέ άλλοτε, σε έναν διαρκώς διευρυνόμενου κύκλου εγκλήματος.
2. Η απαγόρευση απέτυχε. Η αποτυχία δεν ομολογείται από τα Εθνικά Νομοθετικά Σώματα και τους Διεθνείς οργανισμούς- ειδικά τα Ηνωμένα Έθνη- που κατευθύνουν την πολιτική για τα «Ναρκωτικά».
3. Η απαγόρευση έχει δημιουργήσει το παράνομο εμπόριο Ναρκωτικών και τις ομάδες που κερδίζουν από αυτό.
4. Το εγκληματικό εμπόριο Ναρκωτικών είναι πολυεθνικό, εκτεινόμενο από τη Βόρεια Αμερική στην Ευρώπη, στη Μέση Ανατολή, στην Ασία, στην Βόρεια Αφρική και ειδικά στη Λατινική Αμερική.
5. Οι κυριαρχούσες οργανώσεις- καρτέλες (οικονομικοί συνασπισμοί), συνδικάτα, μαφίες, οικογένειες, απειλούν την προσωπική ειρήνη και την πολιτική σταθερότητα παντού στον κόσμο. Κατασταλτικές πράξεις από κρατικές υπηρεσίες κάνουν τους κινδύνους χειρότερους.
6. Η αποτυχία της απαγόρευσης, έχει μετατρέψει ένα ζήτημα προσωπικής επιλογής και προσωπικής υγείας σε ένα

παγκόσμιο δράμα: Την εγκληματικότητα που έχει συνέπειες και σε ακίνδυνους και φιλήσυχους πολίτες, στην ασφάλεια τους και τις πολιτικές τους ελευθερίες.

7. Ποτέ δεν υπήρξαν τόσο κακοί νόμοι, ακόμη και αν έγιναν με καλές προθέσεις, που να έχουν τόσο βλαβερά αποτελέσματα, αφ' ότου οι Ενωμένες Πολιτείες (USA), εγκαινίασαν την απαγορευτική τους πολιτική για το αλκοόλ το 1919.
8. Η σημερινή μορφή της απαγόρευσης, έχει μετατρέψει μεγάλες πόλεις σε πεδία μαχών, χωρίς να προστατεύει εκείνους, τους οποίους φτιάχτηκε για να προστατεύσει. Αυτοί που είναι εξαρτημένα από τα σκληρά ναρκωτικά, σπρώχνονται στην εγκληματικότητα, και την αρρώστια και το χειρότερο, το AIDS. Οι περιστασιακοί χρήστες μπαίνουν στον κίνδυνο της φυλάκισης, οι τακτικοί χρήστες οδηγούνται στην παρανομία για να καλύψουν οικονομικά τη συνήθειά τους. Φιλήσυχοι πολίτες μπαίνουν σε κίνδυνο.
9. Το κόστος της αποτυχημένης προσπάθειας να απαγορευτούν μερικά ψυχοτρόπα, ενώ επιτρέπεται η διαφήμιση και η πώληση άλλων, όπως του αλκοόλ και του καπνού, είναι παγκόσμιο και τεράστιο.

10. Η ελευθερία η ίδια υπονομεύεται ταχύτατα από την εφαρμογή του αντιναρκωτικού νόμου χωρίς όφελος για τα άτομα ή την κοινωνία.

11. Εμείς που υπογράφουμε στο Ιδρυτικό Συνέδριο της Διεθνούς Ένωσης ενάντια στην Απαγόρευση, δεσμευόμαστε στους παρακάτω σκοπούς

- I. Να συντονίζουμε πρόσωπα και οργανισμούς στο κοινωνικό, επιστημονικό και πολιτικό πεδίο, που υποστηρίζουν τους σκοπούς της ένωσης ενάντια στην απαγόρευση.
- II. Να διαδίδουμε πληροφορίες και κατανόηση πάνω στην πολιτική των ναρκωτικών και πάνω στη βλάβη που προκαλείται από το ισχύον σύστημα απαγόρευσης και των συνεπειών της στην εγκληματικότητα.
- III. Να αμφισβητούμε τα επιχειρήματα και την πολιτική που διατηρούν τον απαγορευτισμό, που υλοποιείται σήμερα από τα Ηνωμένα Έθνη και τους Πράκτορες τους με τις παρούσες συμβάσεις.

## **9.4 Εθνική και Ευρωπαϊκή Στρατηγική**

### **9.4.1 Το «δικαίωμα στη θεραπεία»**

Τα τελευταία χρόνια άρχισε να αναπτύσσεται η νέα οδός που τοποθετεί το όλο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης μέσα στα πλαίσια της

δημόσιας υγείας. Οδός που κατευθύνει προς τη θεώρηση της ουσιοεξάρτησης και μάλιστα της ηρωινο- εξάρτησης ως νόσου με την κατ' ακολουθία αναγκαία επιλογή μιας ορθολογικής και αληθώς ολιστικής θεραπευτικής διαδικασίας.

Μέσα στα πλαίσια πάντοτε της ανθρώπινης και κοινωνικής και πολιτικοοικονομικής προσέγγισης των πολλαπλών αιτιών που οδηγούν στην κατάχρηση των εξαρτησιογόνων ουσιών. Το «δικαίωμα στη θεραπεία», αποτελεί το βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, το οποίο πρέπει να απολαμβάνουν και οι ουσιοεξάρτημένοι. (Γρίβας,1997).

Η πολιτική για τα ναρκωτικά, δεν δύναται να αναπτυχθεί απομονωμένη από τις μακροκοινωνικές αλλαγές. Αντίθετα, υπάρχει μια πραγματικά στενή σχέση μεταξύ των επιλογών της πολιτικής για τα ναρκωτικά και των ευρύτερων πολιτικοοικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών θεμάτων.

Κατά τη μετάβαση από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα κοινωνία, την οποία τώρα βιώνουμε σε παγκόσμιο επίπεδο, νέες και ίσως εντυπωσιακές πολιτικές πρωτοβουλίες για τα ναρκωτικά θα πρέπει να αναμένονται. Νέες στρατηγικές ίσως θα είναι ικανές να περιγράψουν τη σκηνή των ναρκωτικών καλύτερα και να οδηγήσουν σε πλέον ορθολογικό σχεδιασμό. Οι πρόσφατες μελέτες έχουν καταδείξει τη μεταβλητότητα και την πολλαπλότητα στη σχετιζόμενη με την εθνικότητα και τη γεωγραφία γεωπολιτική των εξαρτησιογόνων ουσιών. (Γρίβας,1997).

Αυτή η ικανότητα των κυβερνήσεων να ομαλοποιούν και να ελέγχουν τη χρήση των ναρκωτικών, θα πρέπει να βρίσκεται σε συσχετισμό με αυτή ακριβώς τη μεταβλητότητα και πολλαπλότητα.

Εξάλλου, τούτο πρέπει ιδιαιτέρως να επισημανθεί, ολόκληρη η κλίμακα των μέτρων αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ενιαία και αδιάσπαστη. Μέτρα μείωσης της προσφοράς, νομοθετικά, πρόληψης, αγωγής υγείας, θεραπείας και κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους και η όποια αλλαγή σε ένα από τους τομείς αυτούς επιφέρει τροποποιήσεις και στα δεδομένα των υπολοίπων. Έτσι, οποιαδήποτε πρόταση αλλαγής της πολιτικής σε έναν τομέα, στη νομοθεσία για παράδειγμα, όσο προοδευτική και αναγκαία και αν είναι, έχει πάσα ανάγκη να συνοδεύεται από μελέτη των αλλαγών που θα γίνουν κατ' ανάγκη και στους άλλους τομείς. (Γρίβας,1997).

Για τούτο, πρωτοβουλίες αποσπασματικές, μονομερώς προσανατολισμένες, όσο θετικά μέτρα και αν περιέχουν, δεν οδηγούν σε βελτίωση της κατάστασης, επειδή δεν λαμβάνουν πρόνοια για αντίστοιχα μέτρα σε όλους τους τομείς. Έτσι, είναι δυνατόν να περιπλέξουν περαιτέρω τα προβλήματα, παρά τις καλές προθέσεις εκείνων που πήραν την πρωτοβουλία.

Τα ναρκωτικά συνιστούν μια σύνθετη πολιτική, κοινωνική, πολιτισμική και ηθική πρόκληση που υπερβαίνει σε μέγεθος και σημασία εθνικά σύνορα.

Η παραγωγή, διακίνηση και χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι ένα φαινόμενο που σηματοδοτεί και στιγματίζει παγκόσμια εποχής μας.

Είναι φαινόμενο που αφορά τις ηθικές αξίες του πολιτισμού μας, την συνοχή των κοινωνιών μας, τη δομή και την προοπτική της παγκόσμιας κοινωνίας. (Γρίβας,1997).

Η μάστιγα των ναρκωτικών αποτελεί, μια από τις πιο σημαντικές προκλήσεις για την παγκόσμια εποχή που βιώνουμε και μας προτρέπει

όλους να διευρύνουμε και να ενισχύσουμε τη διεθνή συνεργασία για την αντιμετώπισή της.

Για την Ελλάδα, το πρόβλημα των ναρκωτικών απειλεί τον ιστό της παραγωγής, την ύπαρξη της οικογένειας, τα νιάτα της πατρίδας μας. Τα ναρκωτικά διακυβεύουν το αύριο της κοινωνίας μας.

Η νέα εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά εναρμονίζεται με την ευρωπαϊκή πολιτική για τα ναρκωτικά και προτάσσει την σημασία της κοινωνικής συμμετοχής, και της οριζόντιας αντιμετώπισης. Το πρόβλημα των ναρκωτικών μας αφορά όλους. Αφορά την οργανωμένη πολιτεία, την πολιτική υγείας και κοινωνικής φροντίδας, την συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών, τη δράση όλων μας. (Γρίβας,1997).

Βασικοί πυλώνες της εθνικής στρατηγικής είναι η ταυτόχρονη καταπολέμηση της προσφοράς και της ζήτησης. Η ενίσχυση δηλαδή της πρόληψης αλλά και η παράλληλη καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος που διακινεί τις ναρκωτικές ουσίες.

Στρατηγικό θεμέλιο της νέας πολιτικής μας για τα ναρκωτικά είναι η ολιστική προσέγγιση για την θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη. Δέσμευσή μας είναι να θεμελιώσουμε ένα ολοκληρωμένο δίκτυο κοινωνικής προστασίας που εκπαιδεύει, θεραπεύει και υποστηρίζει ενεργά την επανασύνδεση με τον κοινωνικό ιστό. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006).

Ηθικό και πολιτικό μέτρο των προσπαθειών μας είναι ο σεβασμός στον άνθρωπο και η κατοχύρωση του δικαιώματος όλων των χρηστών στη θεραπεία.

Η προσέγγισή μας είναι πιο μάχιμη και αγωνιστική από κάθε άλλη φορά. Το Υπουργείο μας και όλες οι αρμόδιες υπηρεσίες, θα είναι

συνεχώς στο δρόμο, δίπλα στο χρήστη, κοντά στον πόνο της οικογένεια, με σύμμαχο τις τοπικές κοινωνίες και συνεργάτη την εθελοντική κοινότητα.(Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006).

Η εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά, όπως και η ευρωπαϊκή στρατηγική στοχεύουν:

1. Στην προστασία της υγείας των πολιτών και
2. Στην ευημερία των πολιτών, καθώς και
3. Στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής

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

1. Της χρήσης
2. Της εξάρτησης
3. Της βλάβης της υγείας
4. Της κοινωνικής βλάβης

#### **9.4.2 Καταγραφή Δεδομένων**

**I. Κρίσιμα στοιχεία για το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση**

- Διεθνής εκτός ορίων επέκταση παραγωγής, διακίνησης και διάθεσης

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

## **II. Κρίσιμα στοιχεία για το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση :**

- Η χρήση παράνομων ουσιών από έλληνες μαθητές, ανέρχεται στο 10%
- Το ποσοστό των αγοριών είναι σχεδόν διπλάσιο από εκείνο των κοριτσιών
- Η κάνναβη παραμένει διαχρονικά η πλέον διαδεδομένη ουσία
- Το 8,6% των ατόμων , 12- 64 ετών, έχουν χρησιμοποιήσει μια ή περισσότερες φορές στη ζωή τους κάποια παράνομη



ουσία, (13,3 % άνδρες και 3,9% γυναίκες), με επικρατέστερη πάντοτε την κάνναβη.

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

## **9.5 Το πλαίσιο καταπολέμησης των ναρκωτικών**

### ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Καταπολέμηση της τοξικομανίας

Ευρωπαϊκό κέντρο παρακολούθησης ναρκωτικών και τοξικομανίας

Ευρωπαϊκό δίκτυο υγειονομικών στοιχείων σχετικά με την τοξικομανία

### ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΟΥ ΛΑΘΡΕΜΠΟΡΙΟΥ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Συμφωνίες μεταξύ αστυνομίας και τελωνείων

Συνεργασία μεταξύ τελωνιακών αρχών και επιχειρήσεων

Προσέγγιση των νομοθεσιών των κρατών μελών

Κριτήρια επιλογής στόχων και συλλογής τελωνειακών και αστυνομικών πληροφοριών

Νόμιμη διαβίβαση των δειγμάτων ναρκωτικών ουσιών

Ποινικές παρεμβάσεις και εφαρμόσιμες κυρώσεις

Καταστολή της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών στην ανοιχτή θάλασσα

Μέθοδος επιχειρησιακής έρευνας

### ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Πρόδρομες ουσίες των ναρκωτικών : εσωτερική πτυχή

Πρόδρομες ουσίες των ναρκωτικών : εξωτερική πτυχή

Ανταλλαγή πληροφοριών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών

Ευρωπαϊκό δίκτυο εφαρμογών

Ανταλλαγή πληροφοριών, αξιολόγηση των κινδύνων και έλεγχος των νέων ψυχοδραστικών ουσιών .

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑ ΔΡΑΣΗΣ

Κοινοτικό πρόγραμμα δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2003-2008)

Σχέδιο δράσης σχετικά με την καταπολέμηση των ναρκωτικών (2005- 2008), (2000- 2004), (1995- 1999)

Πρόγραμμα κοινοτικής δράσης σχετικά με την πρόληψη της τοξικομανίας (1996-2002)

Εθνικά προγράμματα που αποβλέπουν στη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών ([www.eldd.emcdda.europa.eu](http://www.eldd.emcdda.europa.eu))

## **9.6 Πρόληψη – Θεραπεία- Κοινωνική επανένταξη**

Η πρόληψη είναι το κυρίαρχο στοιχείο για την ουσιαστική αντιμετώπιση του προβλήματος. Πρέπει να υπάρχει μια συγκεκριμένη στρατηγική πρόληψης στο σύνολο του ελλαδικού χώρου με ξεκάθαρους στόχους, που θα παίρνει υπόψη της τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν στη ζωή ενός νέου ανθρώπου.

Η οικογένεια, η εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, ο ελεύθερος χρόνος, η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελούν μερικούς από αυτούς. Δυστυχώς τα πράγματα σ' αυτόν τον τομέα είναι τόσο ρευστά, που κατά κύριο λόγο η πρόληψη ταυτίζεται με την ενημέρωση. Αυτό που υπάρχει σήμερα δεν είναι παρά κάποιες αποσπασματικές πρωτοβουλίες από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. και ορισμένες φορές σε επίπεδο Δήμων, Κοινοτήτων, και σχολείων, χωρίς κεντρικό σχεδιασμό και φιλοσοφία, χωρίς στρατηγική και στόχους.

Πρόληψη σημαίνει ουσιαστικά πρόταση ενός άλλου τρόπου ζωής με ενδιαφέροντα, αξίες, στόχους, συλλογικότητα, αξιοπρέπεια.

Στον τομέα της θεραπείας δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές από αυτόν της πρόληψης. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για τον τοξικομανή μέσα από τις οποίες εκφράζεται η κυρίαρχη ιδεολογία, χαρακτηρίζονται από φόβους, προκαταλήψεις και κοινωνικό ρατσισμό. Έτσι, ο τοξικομανής, γίνεται εγκληματικό και επικίνδυνο άτομο και η θεραπεία

του ταυτίζεται με την τιμωρία. Σε αυτά τα πλαίσια, αντί η καταστολή να στρέφεται ενάντια στα κυκλώματα ναρκωτικών, λειτουργεί ουσιαστικά ενάντια στη θεραπεία.

Βέβαια, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η τοξικομανία σαν κοινωνικό φαινόμενο δεν αντιμετωπίζεται. Η λύση αυτού του τεράστιου προβλήματος περνά μέσα από την ανατροπή των κοινωνικό-οικονομικών σχέσεων που το γεννούν. Αντίθετα ο τοξικομανής, σαν ένας άνθρωπος που υποφέρει, μπορεί να θεραπευτεί, με την προϋπόθεση να αποφασίσει ο ίδιος τη θεραπεία του μέσα από την ένταξη του σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης.

Είναι υποχρέωση του κράτους να δημιουργήσει τόσα θεραπευτικά προγράμματα, όσα απαιτούν οι σημερινές ανάγκες. Στην πράξη συμβαίνει το αντίθετο, τα μεγάλα προβλήματα των θεραπευτικών προγραμμάτων παραμένουν άλυτα.

Σήμερα και στα πλαίσια της πολιτικής της ΕΕ στηρίζεται η λογική του περιορισμού της βλάβης, και της διαχείρισης του προβλήματος. Το βάρος δίνεται στα προγράμματα υποκατάστατων, ενώ ταυτόχρονα τα προβλήματα των ελάχιστων, σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες, κοινοτήτων και θεραπευτικών προγραμμάτων οξύνονται.

Μέσα στο 1999, για παράδειγμα, είχαμε μείωση των κονδυλίων προς τα θεραπευτικά προγράμματα, της τάξης των 2 δισεκατομμυρίων. Ενώ αντίθετα, είχαμε αύξηση κατά 1,2 δισεκατομμύρια στο πρόγραμμα μεθαδόνης.

Υποχρέωση του κράτους είναι επίσης η ανάπτυξη ενός τομέα έρευνας για τις εξαρτήσεις, μέσα στα πλαίσια των υπαρχόντων θεραπευτικών προγραμμάτων (ΚΕ.Θ.Ε.Α., «18 Άνω»). Αυτή τη στιγμή, η έρευνα μονοπωλείται από ιδιωτικό φορέα και στερούνται έτσι τα

προγράμματα της δυνατότητας μιας πραγματικής ανάπτυξης του έργου τους σε όλα τα επίπεδα.

Σε ότι αφορά τις διαδικασίες κοινωνικής επανένταξης των εξαρτημένων ατόμων μέσα στην κοινωνική πραγματικότητα, τα ερωτήματα που απορρέουν από συγκεκριμένες ελλείψεις σχεδιασμού και έργων υποδομής είναι πολλά. Τα προβλήματα σε σχέση με την ανεύρεση δουλειάς και στέγης, οι δικαστικές εκκρεμότητες, τα χρέη και άλλα, γίνονται συχνά μια θηλιά στο λαιμό των ανθρώπων που δίνουν τη μάχη της ανεξαρτησίας. Ο κοινωνικός ρατσισμός με τον οποίο βρίσκονται συνεχώς αντιμέτωποι, ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την υποτροπή κάποιων από αυτών.

«Η κοινωνική ένταξη σαν διαδικασία συνυφαίνεται με τον προσωπικό χώρο, στα πλαίσια του κοινωνικού χώρου, με τον προσωπικό χρόνο, σαν κομμάτι του κοινωνικού χρόνου και με την νέα ταυτότητα, που πρέπει να δημιουργήσει ο εξαρτημένος».

Κατά συνέπεια, η κατοικία και η εργασία είναι βασικές προϋποθέσεις για την ισχυροποίηση της νέας κοινωνικής ταυτότητας του εξαρτημένου ώστε, να μπορεί να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό γίνεσθαι, με αυτογνωσία και δημιουργικότητα μέσα από μια διαδικασία συνεχούς αλλαγής. Μόνο έτσι μπορούν να διασφαλιστούν μεταξύ άλλων και οι αλλαγές που προέκυψαν από την θεραπεία στις σχέσεις της οικογένειας και να ελεγχθούν παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ανατροπή και σχετίζονται τόσο με το άτομο όσο και με το περιβάλλον του.

Είναι πολιτικές, λοιπόν, οι ευθύνες για την διακοπή των προγραμμάτων καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, οι ευθύνες για την ανυπαρξία της σχετικής υποδομής για την

βοήθεια του απεξαρτημένου μέσα σε συνθήκες κοινωνικού ρατσισμού, οι ευθύνες για την έλλειψη συγκεκριμένου νομοθετικού πλαισίου ώστε να μπορέσουν να λειτουργήσουν δομές επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης στα πλαίσια της κοινωνικής επανένταξης του προγράμματος «18 Άνω» που λειτουργεί στα πλαίσια του ΕΣΥ.

Είναι τουλάχιστον κοινωνική αναλγησία η μη ρύθμιση των χρεών των απεξαρτημένων ατόμων (που δημιουργήθηκαν όταν ήταν χρήστες), χωρίς την οποία κινδυνεύουν να βρεθούν στη φυλακή. Είναι ακόμα μεγαλύτερη αναλγησία η φυλάκιση απεξαρτημένων ατόμων για αδικήματα που διέπραξαν όταν ήταν στα ναρκωτικά.

« Ο αγώνας ενάντια σε όλα τα ναρκωτικά είναι αναπόσπαστο μέρος της γενικότερης πάλης κατά της εξουσίας και ασυδοσίας των πολυεθνικών, της πολιτικής, που έχει κίνητρο και σκοπό καπιταλιστικό κέρδος , της ιμπεριαλιστικής τάξης πραγμάτων που οδηγεί λαούς σε απίστευτη φτώχεια, αμάθεια, εξάρτηση.

Αυτός είναι ο μονόδρομος για την αντιμετώπιση της εξαθλίωσης, της υποταγής, της μιζέριας της ηττοπάθειας, της φυγής των ναρκωτικών».

Η ουσία του ανθρώπου μπορεί να εκδηλωθεί μόνο μέσα από τη μη αλλοτριωμένη εργασία του, στην ελεύθερη δημιουργία, την εκπλήρωση όλων των δυνατοτήτων και των αναγκών του, στην «κοινωνική ατομικότητα». Γιατί, όπως λέει ο Μαρξ, «η ουσία του ανθρώπου ανάγεται στο σύνολο των κοινωνικών του σχέσεων».

## **9.7 Η εξάρτηση...Κοινωνικό φαινόμενο**

Τι είναι η τοξικομανία; Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό εξαρτάται από τον τρόπο που

αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο, εξαρτάται από την κοσμοαντίληψη μας. Η επιστημονική μέθοδος προσέγγισης του κόσμου καθορίζει την ίδια την κοσμοαντίληψη και επηρεάζει ακόμα και την κατεύθυνση της επιστήμης. Στις μέρες μας γινόμαστε όλοι μάρτυρες μιας γενικευμένης κρίσης που αγγίζει όλα τα επίπεδα της κοινωνίας και αντανακλάται σε όλες τις μορφές της ανθρώπινης συνείδησης.

Η επιστήμη που είναι μια από τις μορφές της ανθρώπινης συνείδησης (όπως η τέχνη κ.λ.π.), αντανακλά με τον δικό της τρόπο αυτή την κρίση. Σκοπός μας δεν είναι να μιλήσουμε για την κρίση και για το πώς αυτή προσδιορίζεται. Είναι όμως αναγκαίο να δούμε μια πλευρά - μεταξύ άλλων- της κρίσης της επιστήμης που έχει άμεση σχέση με την προσέγγιση του προβλήματος της τοξικομανίας.

Ένα από τα αποτελέσματα που η γενικευμένη κοινωνικό-οικονομική κρίση έχει στον άνθρωπο είναι η αλλοτρίωση. Πρόκειται πρώτα απ' όλα για έναν άνθρωπο που έχει χάσει όλα τα ποιοτικά χαρακτηριστικά που τον ξεχωρίζουν από τα υπόλοιπα όντα του πλανήτη. Στην πράξη αυτό που συμβαίνει είναι η ρήξη της ενότητας της ανθρώπινης ουσίας που είναι οι κοινωνικές σχέσεις.

Η αλλοτριωμένη ανθρώπινη συνείδηση είναι λοιπόν αποσπασματική και έχει *χάσει την καθολικότητα της*. Οι επιμέρους μορφές της δεν συνδέονται μεταξύ τους, είναι ασυντόνιστες και κυριαρχεί το επιμέρους, το ειδικό. Σε αυτές τις συνθήκες η τάση είναι να περνάμε το γενικό από το ειδικό, να ερμηνεύουμε το γενικό με βάση το ειδικό. Αυτή η αντιδιαλεκτική μέθοδος προσέγγισης του κόσμου οδηγεί στον ιδεαλιστικό διαχωρισμό της επιστήμης από την φιλοσοφία, αφού η τελευταία που είναι η **γενική θεώρηση** του κόσμου δεν θεωρείται αναγκαία για την κατανόησή του. Έτσι μέσα από μια ιδεαλιστική

αυθαιρεσία, η φιλοσοφία αντικαθίσταται από την επιστήμη. (βλ. νεοθετικισμό) .

Πως εκφράζεται αυτό στην προσέγγιση του προβλήματος της εξάρτησης; Πρώτα απ' όλα πρέπει να πούμε πως η εξάρτηση είναι ένα *ανθρώπινο φαινόμενο* που αφορά όλες τις παραμέτρους της ανθρώπινης ύπαρξης (**βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, οικονομικές, πολιτιστικές, ιδεολογικές, κ.λ.π** ). Η εξάρτηση εκφράζεται μέσα απο **μια κοινωνική συμπεριφορά αναζήτησης μιας ουσίας.**

Για την κατανόηση αυτού του πολυπαραγοντικού φαινομένου απαιτείται μια διεπιστημονική προσέγγιση. Αρκετές επιστήμες όπως η ιατρική, η ψυχολογία, η φαρμακολογία η κοινωνιολογία κ.λ.π, μελετούν – η καθεμία από την πλευρά της – το πρόβλημα των ναρκωτικών. Αυτές οι επιμέρους και αποσπασματικές προσεγγίσεις μέσα στα πλαίσια της αλλοτριωμένης επιστήμης χάνουν τον καθολικό τους χαρακτήρα, αφού έχουν διαχωριστεί από την φιλοσοφία και άρα την δυνατότητα μιας σφαιρικής δια και –ενδο- επιστημονικής επικοινωνίας και εξαντλούνται στην μερικότητα της μιας ή της άλλης επιστήμης.

Έτσι απο την πλευρά της ιατρικής, η εξάρτηση ιατροκοποιείται και θεωρείται νόσος που, επειδή μάλιστα δεν αντιμετωπίζεται, χαρακτηρίζεται σαν ανίατη, από την πλευρά της ψυχολογίας ψυχολογικοποιείται κλπ. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται τόσο η μετάθεση των προβληματισμών από το κοινωνικό στο ιατρικό ή ψυχολογικό κλπ. επίπεδο, όσο και η αλλαγή του περιεχομένου τους. Σαν άμεσο αποτέλεσμα έχουμε την συσκότιση των αιτιών που παράγουν και αναπαράγουν το πρόβλημα.

Η τοξικομανία είναι **κοινωνικό φαινόμενο** και κατά συνέπεια τα αίτια που τα καθορίζουν είναι επίσης **κοινωνικά και οικονομικά**. Η



εμφάνιση τους συνδέεται, μεταξύ άλλων με τον **καπιταλισμό**, τη **δημιουργία του προλεταριάτου και τη μαζική συσσώρευση του** στα βιομηχανικά κέντρα, καθώς και με την ραγδαία εξέλιξη **της επιστήμης**. Στην αρχή τα ναρκωτικά και το αλκοόλ αφορούσαν κυρίως

τμήματα του νεοδημιουργηθέντος προλεταριάτου και σχετίζονταν με τις συνθήκες ζωής και εργασίας του.

Η ανάπτυξη του καπιταλισμού, η όξυνση των κοινωνικών αντιθέσεων και το βάθεμα της κρίσης δημιουργούν τις προϋποθέσεις εξάπλωσης του φαινομένου που παίρνει επιδημητικές διαστάσεις. Αφορά τη λειτουργία του συνόλου της κοινωνίας και αντανακλά την κρίση του αλλοτριωμένου ατόμου, μέσα από ένα τρόπο ζωής που τον χαρακτηρίζει η φυγή από την κοινωνική, την προσωπική και φυσική πραγματικότητα. Διαπλέκεται επίσης με όλους εκείνους τους παράγοντες που προκύπτουν από τις εσωκαπιταλιστικές αναδιαρθρώσεις.

Ο Ενγκέλς αναφέρει ( «Η κατάσταση της εργατικής τάξης στην Αγγλία» ), τη χρήση παραγώνων του οπίου από τα νεοδημιουργηθέντα προλεταριακά στρώματα, με σκοπό να αντέξουν τις εξοντωτικές συνθήκες διαβίωσης που επικρατούσαν στα βιομηχανικά κέντρα. Το ίδιο συμβαίνει και στην Αμερική. Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα Μαύροι, Κινέζοι, Πορτορικανοί κ.α χρησιμοποιούν το όπιο για να αντέξουν τις άθλιες συνθήκες ζωής που επικρατούν στα γκέτο. (Γρίβας 1997)

Άλλωστε οι όροι «τοξικομανία» και «αλκοολισμός» χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά το 19<sup>ο</sup> αιώνα, για να περιγράψουν καταστάσεις που έχουν μια ιατρική αλλά και μια νομική πλευρά σηματοδοτώντας καταστάσεις που αφορούσαν την υγεία, τη ζωή του ατόμου όσο και την δημόσια τάξη και ασφάλεια.

Η εξάρτηση από ουσίες είναι ουσιαστικά κοινωνικό φαινόμενο στο οποίο ενέχονται πολλοί παράγοντες (οικογένεια, κοινωνία, κουλτούρα, οικονομική κατάσταση κλπ. ). Τρεις βασικοί άξονες καθορίζουν το πλαίσιο αυτών των παραγόντων. Ο πρώτος άξονας αφορά την προσωπικότητα, ο δεύτερος τη συνάντηση με μια ουσία και ο τρίτος την κοινωνικοπολιτική στιγμή κατά την οποία συμβαίνει η συνάντηση της προσωπικότητας με την ουσία.

## **9.8 Ανακεφαλαίωση**

Το Ελληνικό κράτος ακολουθεί μια κατασταλτική πολιτική για τα ναρκωτικά.

Σύμφωνα με πολλούς αξιολογούς επιστήμονες του χώρου των εξαρτήσεων αυτή η πολιτική έχει αποτύχει. Τεκμηριώνεται δε βλέποντας τα στοιχεία τα οποία καταδεικνύουν την αύξηση των εξαρτημένων, την αύξηση του ποινικού πληθυσμού που αφορά αδικήματα για τα «ναρκωτικά» , την εξάπλωση ασθενειών, την αύξηση του αριθμού των θανάτων και τέλος την αποτυχία των διωκτικών αρχών να ελέγξουν την μαύρη αγορά .

Κατά τη μεταβίβαση από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα κοινωνία, την οποία τώρα βιώνουμε σε παγκόσμιο επίπεδο, νέες και αποτελεσματικές πρωτοβουλίες θα πρέπει να αναμένονται . Νέες στρατηγικές που θα είναι ικανές να καλύψουν τη μάστιγα των ναρκωτικών καλύτερα και να οδηγήσουν σε έναν πιο αποτελεσματικό και ορθολογικό σχεδιασμό αντιμετώπισης .

Το ελληνικό κράτος συνεργάζεται στενά πλέον με άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και όλοι μαζί μεριμνούν για την καταστολή των ναρκωτικών ουσιών .

Η εξάρτηση από ουσίες είναι ουσιαστικά κοινωνικό φαινόμενο στο οποίο ενέχονται πολλοί παράγοντες ( οικογένεια, κοινωνία , κουλτούρα, οικονομική κατάσταση κ.λ.π.)

*«Είναι τραγικό και λυπηρό μαζί. Οι χιλιάδες νέοι που αργοπεθαίνουν από τα ναρκωτικά, επειδή ακριβώς ασυνείδητα αρνούνται ή αν θέλετε δεν έχουν τα κατάλληλα εφόδια για να αντέξουν τον παράλογο και αντιανθρώπινο κόσμο που τους προτείνουμε, μας επιβάλλουν να προβληματιστούμε και να αναθεωρήσουμε τις επιλογές μας. Είναι η μόνη διέξοδος που έχουμε. Είναι η μόνη δυνατότητα να κτυπήσουμε το πρόβλημα στη ρίζα του. Αν δεν αλλάξουμε την πορεία μας τότε θα συνεχίζουμε να είμαστε ανήμποροι θεατές ενός δράματος, που δεν δηλώνει μόνο το βαθμό παρακμής του πολιτισμού μας, αλλά μας χρεώνει με τεράστιες ευθύνες (Ζαφειρίδης, 1987)*

Οφείλουμε όλοι πλέον να ταχθούμε υπέρ της μάχης των ναρκωτικών να δημιουργήσουμε ένα κοινωνικό κίνημα που μπορεί να αναπτυχθεί σε διαρκή ρήξη με κατεστημένες αντιλήψεις και πρακτικές με στόχο την καθολική κοινωνική χειραφέτηση.(Μάτσα, 2000)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

#### 10.1 Εισαγωγή

Για κανένα άλλο πρόβλημα δεν έχει γίνει τόσος λόγος όσος για το πρόβλημα των ναρκωτικών. Τα μέσα ενημέρωσης αναφέρονται καθημερινά για θανάτους από τη χρήση ναρκωτικών και ένας συνεχής φόβος καλλιεργείται γύρω από το θέμα. Όλες οι οικογένειες τρέμουν στην ιδέα ότι είναι δυνατό να πέσουν τα παιδιά τους στη παγίδα αυτή.

Οι ναρκομανείς δεν είναι δυνατό να αναμορφωθούν μέσω της τρομοκράτησης, με το να δείχνουμε δηλαδή τις τραγικές συνέπειες της χρήσης των ναρκωτικών και της εξάρτησης τους από αυτά. Τα ναρκωτικά είναι ένας τρόπος φυγής όχι μόνο από τα προβλήματα της ζωής, αλλά και από την ίδια τη ζωή. Τα ναρκομανή άτομα φοβούνται τη ζωή, αφού είναι αναπόσπαστα δεμένοι με προβλήματα, προτιμούν το θάνατο. Μερικοί αναφέρονται στην τάση αυτοκαταστροφής που έχουν οι ναρκομανείς. Συνήθως όμως οι τελευταίοι προτιμούν μια κατάσταση νάρκωσης και μισοϋπνου. Δε θέλουν, δε μπορούν να αντικρίσουν τη ζωή συνειδητά και με ανοιχτά μάτια.

Η ψυχολογική βοήθεια προς τα ναρκομανή άτομα είναι απαραίτητη. Τα άτομα αυτά πρέπει να κατανοήσουν το λόγο για τον οποίο προσκολλήθηκαν στα ναρκωτικά. Πρέπει να τους εξηγηθεί ότι το

περιβάλλον τους από άγνοια τους έστρεψε το ενδιαφέρον προς ένα λαθεμένο τρόπο θεώρησης και αντιμετώπισης, της ζωής. Αν στρέψουν την προσοχή τους στην παιδική τους ηλικία, θα θυμηθούν πόσο χαριστικά τους φέρονταν οι γονείς, πως τα απάλλασσαν από κάθε προσπάθεια, πως τα συνήθιζαν με συνεχή φιλοδωρήματα και με παροχές. Θα θυμηθούν επίσης ότι το στενός τους περιβάλλον σταμάτησε κάποτε να τους χαρίζεται, σαν να κατάλαβε ότι το παιδί πρέπει το παιδί να αποκτήσει υπευθυνότητα και να αντιμετωπίζει με τις δικές του δυνάμεις τη ζωή. Αυτό όμως γίνεται κατανοητό κάπως αργά και το κακό έχει ήδη συντελεστεί.

Μετά την αυτογνωσία τα ναρκομανή άτομα είναι ανάγκη να ενθαρρυνθούν, να τονωθεί το συναίσθημα της δικής τους αξίας και αυτοπεποίθησης τους. Χρειάζεται να ειδικευθούν σε κάποια εργασία. Αυτό θα τους τονώσει την αυτοπεποίθηση και θα τους βοηθήσει να ενταχθούν στην κοινωνία και στον μεταμερισμό της εργασίας. Σιγά-σιγά θα αποκτήσουν την πεποίθηση ότι μπορούν και οι ίδιοι να ανταποκριθούν στα καθήκοντα της ζωής όπως και οι άλλοι «φυσιολογικοί» άνθρωποι.

Έτσι η συμβολή της Κοινωνικής Εργασίας κρίνεται απαραίτητη....

## **10.2 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης**

Γενικά στοιχεία για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης:

Ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται και στα τρία επίπεδα αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης, δηλαδή, στην Πρόληψη, στη Θεραπεία και στην Κοινωνική Επανάταξη. Κάθε φορά ο ρόλος του και οι δραστηριότητες του προσδιορίζονται από τους γενικότερους στόχους, που χαρακτηρίζουν το κάθε επίπεδο ξεχωριστά.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προσδιορίζει τρία επίπεδα πρόληψης: την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη, αναφορικά με τις διαταραχές ψυχολογικής φύσεως, όπως η τοξικομανία, ο αλκοολισμός, η παραπρωματικότητα, στοχεύει στην πληροφόρηση και στην ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού.

Η δευτερογενής πρόληψη είναι η έγκαιρη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση και θεραπεία ενός συμπτώματος, μιας διαταραχής, μιας παθολογίας, μιας ένδειξης κοινωνικής δυσλειτουργίας. Όσον αφορά τις διαταραχές ψυχολογικής φύσεως, η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται στην νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία επιτρέπει στον πάσχοντα να συνεχίσει τις δραστηριότητες του. Η δευτερογενής πρόληψη για τούς νέους, που έχουν δυσκολίες, εκφράζεται με την εξειδικευμένη πρόληψη, ομάδες γειτονιάς, ομάδες πρόληψης, εκπαιδευτικές δραστηριότητες, κέντρα υποδοχής για νέους με δυσκολίες κλπ...

Η τριτογενής πρόληψη αρχίζει μετά τη θεραπεία και έχει ως στόχο την πρόληψη της υποτροπής και την κοινωνική επανάταξη. Για παράδειγμα για έναν εξαρτημένο, που έχει ολοκληρώσει τη θεραπεία του, η τριτογενής πρόληψη συνίσταται στην ψυχολογικά και κοινωνικά στο περιβάλλον στο οποίο ζει (Μαδιανός,1989:34-40).

Γίνεται σαφές από τα παραπάνω ότι όσον αφορά την πρόληψη ψυχολογικών διαταραχών των νέων με δυσκολίες, όπως ουσιοεξαρτημένοι ή οι παραπρωματικοί, είναι πολύ δύσκολο στην πράξη να διαχωρίσει κανείς τα είδη της πρόληψης μεταξύ τους. Ο

διαχωρισμός αυτός είναι περισσότερο εννοιολογικός και λιγότερο πρακτικός. Στην πράξη η πρόληψη είναι ολιστική, άλλοτε περισσότερο με πρωτογενή – δευτερογενή στοιχεία και άλλοτε με κυρίαρχα τα δευτερογενή – τριτογενή χαρακτηριστικά.

### **10.3 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρόληψη παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών**

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε υπηρεσίες και οργανώσεις όπου εργαζόταν συνήθως ήταν διεκπεραιωτικός. Τα τελευταία χρόνια με τη δημιουργία θεραπευτικών και προληπτικών προγραμμάτων η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού με τις γνώσεις και την εμπειρία που διαθέτει φάνηκε αναγκαία.

Γιατί στο πέρασμα των χρόνων στην εφαρμογή της Κοινωνικής εργασίας χρειάστηκε να βρεθούν νέοι τρόποι προσεγγίσεων για να αντιμετωπισθούν νέοι προβληματισμοί (Eugarne Pusic, Εκλογή, σελ.35)

Ο Φ.Ζαφειρίδης (1986) αναφέρει τους κοινωνικούς λειτουργούς ανάμεσα σε άλλους ειδικούς και μη που στάλθηκαν στο εξωτερικό για εκπαίδευση για να συμμετέχουν στο θεραπευτικό προσωπικό του ΚΕΘΕΑ.

Σύμφωνα με την Τσαφή Γ. (1995) «ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να εξειδικεύεται και να εκπαιδεύεται συνεχώς αυτό θα έχει σαν στόχο την γνωριμία με τα σύγχρονα μοντέλα πρόληψης, λαμβάνοντας υπόψη και τα κοινωνικά δεδομένα που αλλάζουν με ταχύτατους ρυθμούς. Ο Κοινωνικός Λειτουργός σε αυτά τα προγράμματα καλείται να εργαστεί με όλες τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας (ΚΕΟ, ΚΕΘΕΑ). Παράλληλα με αυτά ο Κοινωνικός Λειτουργός συμμετέχει και ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας που έχει ως στόχο την κατάρτιση

προγραμμάτων πρόληψης – έρευνες, την τεκμηρίωση και την αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων.»

Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο, (1987) «ο Κοινωνικός Λειτουργός ως μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας πρέπει να έχει ειδικές γνώσεις αναφορικά με το εκάστοτε πρόγραμμα κατά την εκτέλεση του έργου του στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας δρα με γνώμονα και τις γνώσεις και την δεοντολογία του επαγγέλματος.» Επίσης, ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να είναι ενημερωμένος, όσο και τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, σχετικά με τις κοινωνικές ανάγκες του πληθυσμού την εφαρμογή προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο (Σταθόπουλος, 1987, σελ. 64).

Είναι απαραίτητο ο Κοινωνικός Λειτουργός να έχει ευρύ φάσμα γνώσεων και εμπειριών σε πολλούς τομείς ιδιαίτερα όταν εργάζεται στην πρόληψη. Οι γνώσεις του Κοινωνικού Λειτουργού δεν θα πρέπει να περιορίζονται στο πως θα μπορεί να ενημερώσει κάποια για τις αρχές της πρόληψης, αλλά πρέπει να είναι πολύ περισσότερες για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις πολλαπλές απαιτήσεις που έχει η εργασία του στον τομέα της πρόληψης. Πρέπει να έχει σαφή αντίληψη όλων των παραμέτρων ενός προγράμματος που στοχεύει στην πρόληψη. Ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να προωθεί με λεπτούς χειρισμούς την συμμετοχή των ενδιαφερόμενων και να μην επικεντρώνεται στους βραχυπρόθεσμους στόχους της πρόληψης αλλά στους μακροπρόθεσμους.

Σύμφωνα με τον Ιατρίδη (1990) ο κοινωνικός λειτουργός στα προγράμματα του κοινωνικού σχεδιασμού θα πρέπει να έχει το ρόλο του "μεσολαβητή", του "συνηγόρου", το ρόλο της "κοινωνικής δράσης", το ρόλο του "εκπαιδευτή", τον "κλινικό ρόλο" και το ρόλο "του σχεδιαστή". (Ζωγράφος 1992, σελ. 25)

Όταν ο Κοινωνικός Λειτουργός απασχολείται στον τομέα της πρόληψης πρέπει να γνωρίζει τις αρχές του κοινωνικού σχεδιασμού και



είναι έτοιμος να εφαρμόσει όλες τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας. Είναι δυνατόν να συναντήσει άτομα όλων των ηλικιών και επαγγελμάτων, ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να είναι αντικειμενικός και να ερμηνεύσει σωστά την συμπεριφορά των ατόμων που λειτουργούν είτε στην ομάδα είτε στην κοινότητα και να έχει τη δυνατότητα να τους κατευθύνει στους στόχους του προγράμματος.

#### **10.4 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπεία απεξάρτησης**

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ισότιμο μέλος της θεραπευτικής (διεπιστημονικής) ομάδας, η οποία κατά κανόνα αποτελείται από ψυχίατρο ως συντονιστή και επιστημονικά υπεύθυνο, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή και νοσηλεύτη. Η θεραπεία, όπως ειπώθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο μπορεί να γίνεται σε κλειστή ή ανοικτή βάση. Στη θεραπεία απεξάρτησης έχει επικρατήσει τα άτομα που συνεργάζονται με τον ουσιοεξαρτημένο (χρήστη) να ονομάζονται θεραπευτές, ανεξάρτητα από την ειδικότητα που έχουν. Βασική, ωστόσο, προϋπόθεση για να είναι κάποιος θεραπευτής είναι να έχει εκπαιδευτεί στην ψυχοθεραπεία, ιδιαίτερα της συστημικής κατευθύνσεως. Έτσι, αν ο κοινωνικός λειτουργός έχει εκπαίδευση στη ψυχοθεραπεία εργάζεται ως θεραπευτής εφαρμόζοντας τεχνικές ψυχοθεραπείας προκειμένου να βοηθήσει το χρήστη να απεξαρτηθεί.

Στη περίπτωση, που ο κοινωνικός λειτουργός δεν είναι εκπαιδευμένος στη ψυχοθεραπεία, το αντικείμενο του κατά το διάστημα παραμονής του χρήστη σε κλειστό θεραπευτικό πρόγραμμα είναι:

- Η λήψη κοινωνικού ιστορικού
- Το μονόγραμμα
- Η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων

- Ο προγραμματισμός εκπαιδευτικών επισκέψεων και
- Η προβολή δραστηριοτήτων των χρηστών στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας (π.χ. έκθεση ζωγραφικής, φωτογραφίας, θεατρική παράσταση).

Σε περίπτωση, που ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται σε ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα, τότε μαζί με τα παραπάνω ασχολείται και με το σκέλος της κοινωνικής επανένταξης, που θα δούμε αμέσως παρακάτω.

### **10.5 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην κοινωνική επανένταξη πρώην ουσιοεξαρτημένων**

Κύριο έργο του κοινωνικού λειτουργού κατά τη φάση της κοινωνικής Επανένταξης είναι η επανασύνδεση του πρώην χρήστη με τον κοινωνικό ιστό. Με αυτή την έννοια ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται κύρια προς τέσσερις κατευθύνσεις:

#### **Με τον πρώην χρήστη σε ατομική ή ομαδική βάση προκειμένου:**

- Να αναπτύξει ενδιαφέροντα
- Να τον κινητοποιήσει στον τομέα της απασχόλησης προκειμένου να βρει εργασία και να μάθει να είναι υπεύθυνος του εαυτού του
- Να τον βοηθήσει να ενταχθεί σε θετικές κοινωνικές δραστηριότητες, οι οποίες θα του προσφέρουν ικανοποίηση και θα ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του
- Να τον βοηθήσει να εκπαιδευτεί, αν τα προσόντα του είναι τέτοια, που δεν του δίνουν τη δυνατότητα για ένταξη στην αγορά εργασίας
- Να βρει μια κατάλληλη στέγη, αν δεν έχει
- Να τον βοηθήσει να καλύψει τις ανάγκες του σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη

- Να τον βοηθήσει να ξεπεράσει ενδεχόμενα προβλήματα με την Δικαιοσύνη

### **Με κοινωνικούς φορείς**

- Να συνεργαστεί με τις υπηρεσίες του Ο.Α.Ε.Δ. προκειμένου οι πρώην χρήστες να μπορέσουν να αξιοποιήσουν τα προγράμματα για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες
- Να συνεργαστεί με ξενώνες για την επίλυση άμεσων στεγαστικών προβλημάτων
- Να συνεργαστεί με το Δικηγορικό Σύλλογο για παροχή δωρεάν νομικής βοήθειας σε περιπτώσεις που απαιτείται
- Να συνεργαστεί με πιστοποιημένα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης για ανεξαρτημένα άτομα προκειμένου να μπορέσουν να συμμετάσχουν σε επιδοτούμενα προγράμματα κατάρτισης
- Να συνεργαστεί με Κέντρα Προώθησης της Απασχόλησης και άλλους φορείς, που ασχολούνται με την προώθηση στην απασχόληση (Δήμους, Γ.Σ.Ε.Ε. κλπ.) προκειμένου να δημιουργηθεί ένα δίκτυο ευαισθητοποιημένων εργοδοτών, οι οποίοι αξιοποιώντας και τα προγράμματα του Ο.Α.Ε.Δ. να απορροφούν άνεργους πρώην χρήστες
- Να συνεργαστεί με Δήμους, την Εκκλησία και εθελοντικές οργανώσεις προκειμένου οι πρώην χρήστες να έχουν προτεραιότητα σε προγράμματα των παραπάνω φορέων, όπως εκμάθηση ξένων γλωσσών, ζωγραφική, αγιογραφία, φωτογραφία κλπ
- Να συνεργάζεται με τα Μ.Μ.Ε. (ηλεκτρονικά και έντυπα) για να αναδείξει τα προβλήματα κοινωνικής επανένταξης των πρώην χρηστών

Με τις οικογένειες των πρώην χρηστών, σε ατομική ή ομαδική βάση, προκειμένου να στηρίζουν τον πρώην χρήστη, όχι στη βάση της «κηδεμονίας» ή της «υιοθεσίας», αλλά στην αντιμετώπιση του ως υπεύθυνου ενήλικα, κάτω από ένα ξεκάθαρο πλαίσιο δικαιωμάτων και υποχρεώσεων

Με την κοινότητα, αξιοποιώντας ερευνητικά δεδομένα από την εμπειρία του με πρώην χρήστες, ώστε να ευαισθητοποιήσει την κοινή γνώμη πάνω στο πολυσύνθετο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης.

## **10.6 Τα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού στην θεραπευτική μονάδα**

Τα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού εδώ είναι δύσκολο να περιγραφούν με ακρίβεια και σαφήνεια, ιδιαίτερα στο υπόλοιπο προσωπικό και στη διοίκηση. Στη χάραξη όμως πολιτικής για τη μεταχείριση της ομάδας, στη λήψη αποφάσεων και στην κοινωνική εργασία με τους τοξικομανείς ατομικά, τα παρακάτω κύρια καθήκοντα και επιδιώξεις του κοινωνικού λειτουργού πρέπει να κατευθύνουν τις ενέργειές του χωρίς να λογαριάζονται σαν «συνταγές» ή ότι δεν απαιτείται συνεχής επεξεργασία και προσαρμογή από τον κάθε κοινωνικό λειτουργό σε κάθε μονάδα θεραπευτικού προγράμματος.

Είναι λοιπόν καθήκον του κοινωνικού λειτουργού:

- Να δείχνει κατανόηση των περιπλοκών της ζωής μέσα σε ομάδα
- Να εργάζεται με αποφασιστικότητα και σε βάθος για προβλήματα που έγιναν αιτία για την εισαγωγή των τοξικομανών

- Να εντοπίζει τα καλά βιώματα στην προηγούμενη ζωή του κάθε τοξικομανή και να δημιουργήσει πάνω σ' αυτά προϋποθέσεις επιστροφής στο φυσικό περιβάλλον
- Να ελαττώνει τις διαπροσωπικές συγκρούσεις ή να βοηθά τα άτομα να τα βγάλουν πέρα μεταξύ τους, βοηθώντας τα να ελαττώσουν την ενστικτώδη συμπεριφορά τους
- Να ανταποκρίνεται με ανοχή στις καθημερινές κρίσεις που παρουσιάζονται στα άτομα ή τις ομάδες μέσα στο ίδρυμα ή στο σχολείο (όπου υπάρχουν εξαρτημένοι που φοιτούν σε σχολεία της κοινότητας)
- Να δείχνει κατανόηση της συμπεριφοράς και των αιτιών του άγχους και της θλίψης που την προκαλούν
- Να αποβλέπει στην κανονικότητα δημιουργώντας συνθήκες για κανονική εξέλιξη
- Να παρέχει ευκαιρίες για την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων
- Να αναπτύσσει με κατάλληλους χειρισμούς την εμπιστοσύνη και την ικανότητα να αποκτά την εμπιστοσύνη των άλλων, π.χ. με διαχείριση χρημάτων, ανάληψη ευθυνών και την οργάνωση του χρόνου
- Να εξασφαλίζει στους τοξικομανείς τη δυνατότητα να απολαμβάνουν όσο γίνεται την παραμονή τους στο ίδρυμα
- Να προσπαθεί να γίνει το ίδρυμα η βάση για διάφορες δραστηριότητες της κοινότητας, ενθαρρύνοντας και τις σχέσεις τοξικομανών με τον κόσμο της ανοιχτής κοινότητας
- Να δίνει τη δυνατότητα, ιδιαίτερα σε νέους, να αποκτούν πρότυπα ενηλίκων

Οι παραπάνω κύριες επιδιώξεις του κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται σαν εσωτερικός ή εξωτερικός υπάλληλος στο θεραπευτικό

ίδρυμα θα μπορούσε να πει κανείς ότι αγκαλιάζουν την καθοδήγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, το ανθρώπινο συναίσθημα και τα δικαιώματα του ατόμου όπως αυτά έχουν καθοριστεί και προστατεύονται από διεθνείς και εθνικές νομικές κατοχυρώσεις. Εξαρτάται από τις γνώσεις και την ευελιξία του κοινωνικού λειτουργού στη δημιουργία κατάλληλων προγραμμάτων κοινωνικής εργασίας αν θα πετύχουν οι στόχοι αυτοί. Η διαμεθοδική κοινωνική εργασία, δηλαδή η ενασχόληση του ίδιου του κοινωνικού λειτουργού με το άτομο χωριστά, το άτομο μέσα στην ομάδα και το άτομο στην κλειστή ειδική κοινότητα αλλά και την ανοιχτή που περιβάλλει το ίδρυμα είναι το κύριο μέσο με το οποίο μπορεί να πραγματοποιηθεί η καταπολέμηση του ιδρυματισμού και του κοινωνικού στίγματος, που είναι και οι κύριοι παράγοντες της περιθωριοποίησης των ατόμων που ζουν σε ιδρύματα.

### **10.6.1 Επαφή κοινωνικού λειτουργού – θεραπευόμενου**

Ο κοινωνικός λειτουργός που αναλαμβάνει το άτομο αμέσως μετά την εισαγωγή του στο ίδρυμα έχει μια πρώτη συνέντευξη μ' αυτό και με την οικογένειά του (όπου υπάρχει), ανεξάρτητα αν είχαν προηγούμενες επαφές πριν από την εισαγωγή. Από κει και πέρα αρχίζει μια τακτική επαφή κοινωνικού λειτουργού και τοξικομανή με προκαθορισμένες συνεντεύξεις. Σ' αυτές επιδιώκεται, στην πρώτη φάση, το ξεπέραςμα του άγχους της αποκοπής από το φυσικό περιβάλλον και η παραδοχή της ανάγκης για παραμονή στο ίδρυμα. Απαραίτητη επιδίωξη στο στάδιο αυτό είναι η εξασφάλιση επικοινωνίας του νεοεισαγόμενου στο ίδρυμα με το φυσικό περιβάλλον προέλευσης. Ακόμα και σε περιπτώσεις δυσάρεστης εμπειρίας στο χώρο της οικογένειας, θα πρέπει να

αναζητιούνται συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα για τη διατήρηση των φυσικών δεσμών.

Στη συνέχεια οι συνεντεύξεις αποσκοπούν στην προσαρμογή του τοξικομανή στην ιδρυματική ζωή, δηλαδή στη συμβίωση με άγνωστα άτομα και στη ρύθμιση της καθημερινής ρουτίνας από υπηρεσιακά άτομα. Στις συνεντεύξεις αυτές, κατά τη διάρκεια της παραμονής του ατόμου σε ιδρύματα, ο κοινωνικός λειτουργός, πέρα από την υποστηρικτική προσπάθεια για προσαρμογή και αντιμετώπιση του προσωπικού προβλήματος, επιδιώκει και τη σύνδεση με το φυσικό περιβάλλον, ώστε να προετοιμάζεται και η έξοδος του τοξικομανή από το ίδρυμα. Εννοείται ότι οι συνεντεύξεις για προσπάθεια για επάνοδο στην κοινότητα δεν γίνονται πάντα με τον τοξικομανή προσωπικά εφόσον τούτο δεν το επιτρέπει η ηλικία ή η ειδική του κατάσταση.

Επιπλέον, πολλές από τις συνεντεύξεις πραγματοποιούνται με παρουσία άλλων ή και όλων των μελών της οικογένειας του τοξικομανή. Εδώ η τεχνική της παράλληλης συνέντευξης στην οικογένεια είναι απαραίτητο να εφαρμόζεται ώστε το ατομικό (αν είναι ατομικό) πρόβλημα του τοξικομανή να συζητιέται και να αναλύεται από όλα τα μέλη της οικογένειας για τη σωστή αντιμετώπισή του καθώς και των προεκτάσεων που μπορεί να έχει στη οικογενειακό περιβάλλον.

### **10.6.2 Κοινωνική εργασία με ομάδες (ΚΕΟ)**

Όσο βρίσκεται ένα άτομο σε ίδρυμα και εφόσον του επιτρέπει η ηλικία και η ειδική του κατάσταση, είναι πολύ εποικοδομητικό να εντάσσεται και σε ομάδα κοινωνικής εργασίας. Στις ομάδες κοινωνικής εργασίας η προσέλευση είναι προαιρετική και είναι στα καθήκοντα των κοινωνικών λειτουργών να ενθαρρύνουν τους τοξικομανείς να ενταχθούν σε αυτές

ανάλογα με τα ενδιαφέροντα τους και τις ειδικότερες ψυχολογικές ή κοινωνικές ανάγκες τους.

Οι ομάδες που εντάσσεται το άτομο στο ίδρυμα μπορεί να έχουν ένα ή και όλους (με ανάλογο διαχωρισμό των μελών) τους βασικούς στόχους της ΚΕΟ, δηλαδή να έχουν θεραπευτικό χαρακτήρα, συμβουλευτικό ή και να αποσκοπούν στην αυτοβοήθεια των μελών. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα στην ομάδα μπορούν να χρησιμεύσουν σα θεραπευτικό εργαλείο όχι μόνο για αυτούς που έχουν ανάγκη κάποιας ψυχοθεραπείας αλλά και όσους χρειάζονται εμπλουτισμό των κοινωνικών σχέσεων.

Ο κοινωνικός λειτουργός, πέρα από τις ομάδες που αυτός και οι συνεργάτες του δημιουργεί με τους τοξικομανείς, επιδιώκει την ομαδοποίηση εκείνων που συνδέονται άμεσα με αυτούς.

Η δημιουργία αυτών των ομάδων με τη μορφή επιτροπών ή συλλόγων ενθαρρύνεται από την κοινωνική υπηρεσία του ιδρύματος αλλά λειτουργούν και δρουν μέσα στην κοινότητα αφού κύριο σκοπό έχουν τη συμπαράσταση των δικών τους προσώπων και τη διασφάλιση των κοινωνικών του δικαιωμάτων κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο ίδρυμα και μετά την έξοδό τους από αυτό, οπότε και επωμίζονται περισσότερες ευθύνες.

Η επιλογή και η προσαρμογή των προγραμμάτων για την απασχόληση των τοξικομανών είναι ανάλογη με την ηλικία, το φύλο και την ειδική τους κατάσταση. Οποιαδήποτε κι αν είναι η προσπάθεια του κοινωνικού λειτουργού στο μέρος αυτό, η κινητοποίηση και συμμετοχή των μελών στον προγραμματισμό και στην εκτέλεση των προγραμμάτων πρέπει να είναι το κύριο μέλημα του.

Η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών για την εξέλιξη της κάθε περίπτωσης στις ατομικές συνεντεύξεις και στην ομάδα γίνεται κατά τις τακτικές συναντήσεις της ομάδας των κοινωνικών λειτουργών. Εκεί



χαράζεται και η πολιτική για παρα πέρα κοινωνική εργασία με τους τοξικομανείς ατομικά, στην ομάδα και οι προσπάθειες που πρέπει να γίνουν με την κοινότητα.

Ο κάθε κοινωνικός λειτουργός έχει έτσι την ευκαιρία να πει τις απόψεις του για κάθε τοξικομανή και για όλους σαν σύνολο (π.χ. γενικές εκδηλώσεις ιδρύματος) αλλά και ανταλλάσει εμπειρίες με τους συναδέλφους του για το χειρισμό ατόμων που τον απασχολούν ιδιαίτερα.

Πέρα όμως από την κοινωνική εργασία με τους τοξικομανείς μέσα και έξω από το ίδρυμα, ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με παράγοντες του κοινωνικού περιγύρου για την εξάλειψη των προκαταλήψεων που « κατά παράδοση» δημιουργούνται για τους τοξικομανείς.

Η ενθάρρυνση για συμμετοχή των μελών της τοπικής κοινωνίας στη ζωή του ιδρύματος και η επαφή των τοξικομανών με τους κατοίκους της στα σπίτια της, στις λέσχες τους, στα σχολεία, στην εκκλησία, είναι μια πολύ λεπτή εργασία μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και περιγύρου και απαιτεί ιδιαίτερη δεξιοτεχνία. Η δημιουργία ομάδων φίλων του ιδρύματος ή συγγενών των τοξικομανών είναι μια σημαντική προσπάθεια για το γεφύρωμα των μέσα με τους έξω.

Στον τομέα αυτό είναι ανάγκη να τονισθεί η σημασία δημιουργίας και εθελοντικών ομάδων που έχουν σκοπό τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων με τους τοξικομανείς σε προσωπικό ή μικροομαδικό επίπεδο μέσα και έξω από το ίδρυμα (όπου αυτό είναι εφικτό).

### **10.7 Η προσφορά του κοινωνικού λειτουργού**

Ανεξάρτητα από την οργανική θέση που κατέχει ο κοινωνικός λειτουργός σ' ένα ίδρυμα, άλλοτε σαν διευθυντής, άλλοτε σαν υπεύθυνος της κοινωνικής υπηρεσίας ή και σαν απλό μέλος αυτής, ανήκει στο επιστημονικό προσωπικό και πρέπει να διατηρεί αρμονικές

διαεπαγγελματικές σχέσεις τόσο με το ειδικευόμενο όσο και με το ανειδίκευτο προσωπικό του ιδρύματος, η αλληλοενημέρωση για τον επαγγελματικό ρόλο των μελών του προσωπικού του ιδρύματος είναι μια ενέργεια που πρέπει να επιδιώκεται από όλους και ιδιαίτερα από τον κοινωνικό λειτουργό. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται η ενιαία και αποτελεσματική αντιμετώπιση των τοξικομανών.

Η προσαρμογή σε έναν τρόπο ζωής « από ανάγκη» όπως συμβαίνει με τους τοξικομανείς στα ιδρύματα, είναι επίπονο έργο και η υποστηρικτική κοινωνική εργασία βοηθά το άτομο να δεχθεί περιορισμούς, θεραπευτική αγωγή και καινούριες μορφές σχέσεων. Η παραδοχή της κατάστασης αυτής και η συνεχής προσπάθεια του κοινωνικού λειτουργού βοηθούν το άτομο για κατανόηση και συμμετοχή στη λύση του προβλήματος του.

Η επανένταξη του τοξικομανή στην κοινωνία είναι από τις σημαντικές επιδιώξεις της ιδρυματικής προστασίας με τη συντονισμένη προσπάθεια της κοινωνικής υπηρεσίας του ιδρύματος. Είναι αυτονόητο ότι η δυναμική παρουσία και ο σωστός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε ιδρύματα θεραπευτικής προσφοράς προϋποθέτουν εμπλουτισμένες επαγγελματικές γνώσεις, διαρκεί αναζήτηση πηγών στην κοινότητα, ενημέρωση και ευελιξία στα προγράμματα και στην εφαρμογή τους.

Η προσαρμογή του ωραρίου εργασίας του κοινωνικού λειτουργού πρέπει να εναρμονίζεται με το πρόγραμμα δραστηριοτήτων και όχι με εκείνο του διοικητικού και άλλου επιστημονικού προσωπικού. Πολλές φορές συμβαίνει να συναντά δυσκολίες ο κοινωνικός λειτουργός για τις μετατροπές στο ωράριο εργασία του από τη διοίκηση. Είναι κάτι που πρέπει να ξεπερασθεί, όπως έγινε και στα περασμένα χρόνια σχετικά με την εξωτερική εργασία του κοινωνικού λειτουργού. Η κοινωνική εργασία είναι προοδευτική δυναμική διεργασία και χρειάζεται κατανόηση και παραδοχή από εργοδότες για τη σωστή και πλήρη εφαρμογή της.

Εκείνο που πρέπει να χαρακτηρίζει τη δουλειά του κοινωνικού λειτουργού μέσα από τα προγράμματα της κοινωνικής εργασίας σε ιδρύματα θεραπευτικής αγωγής είναι η προσπάθεια να έχουν θεραπευτικό και μόνο χαρακτήρα, σε σχέση με όλα όσα έχουν αναφερθεί ότι έχουν αρνητική επίδραση στην ψυχοδιανοητική ανάπτυξη του ατόμου, στη συναισθηματική ισορροπία, στην κοινωνικοποίηση και την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων.( Μαρκοπούλου Χριστίνα,1995).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση των θεραπευτικών προσεγγίσεων που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης και η περιγραφή του τρόπου λειτουργίας των θεραπευτικών προγραμμάτων και των συνοδευτικών τους παρεμβάσεων.

Ξεκινήσαμε αυτή την εργασία, κάνοντας μια αποτίμηση της κατάστασης του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης στη χώρα μας, ερευνώντας δηλαδή, ποιος είναι ο αριθμός και ποια τα χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται τα θεραπευτικά προγράμματα.

Φυσική απορία των παραπάνω ήταν να διερωτηθούμε για ποιο λόγο τόσες χιλιάδες άτομα στρέφονται στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Οφείλαμε λοιπόν, να εξετάσουμε πως προσεγγίζει η κάθε θεωρία την αιτιοπαθογένεια της εξάρτησης από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες και ποιος είναι ο τρόπος που προτείνει για την αντιμετώπισή τους.

Έπειτα εξετάσαμε διεξοδικά ποιες είναι οι υπάρχουσες δομές θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης που λειτουργούν στη χώρα μας, καθώς και οι υπηρεσίες και οι παρεμβάσεις που τις συνοδεύουν, τον τρόπο λειτουργίας τους, την ανάπτυξη τους στην Ελλάδα, ποιοι είναι οι φορεί τους και την αποτελεσματικότητά τους.

Στη συνέχεια έπρεπε να απαντήσουμε σε ακόμη ένα καίριο ερώτημα, ποιος είναι δηλαδή ο ρόλος του κράτους για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα. Υπάρχει Εθνική Στρατηγική; Και αν ναι, που εστιάζει και με ποιον τρόπο προωθεί τη θεραπεία απεξάρτησης;

Τέλος αναφερθήκαμε στη συμβολή της κοινωνικής Εργασίας ως επιστήμη αλλά και στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Κατά την εκπόνηση της εργασίας οδηγηθήκαμε στο συμπέρασμα ότι στην Ελλάδα, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης προέχει :

**Η θεραπευτική κάλυψη όλων των χρηστών από τις υφιστάμενες δομές.**

Παρά το γεγονός ότι στη χώρα μας υπάρχει αυξημένος αριθμός χρηστών που διεκδικούν το «δικαίωμα τους στη θεραπεία», υπάρχουν πολλά εμπόδια που πρέπει να ξεπεράσουν για να το κερδίσουν.

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), και τον δείκτη Αίτησης Θεραπείας, για το 2005, η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών ηλικίας από 15 έως 64 ετών, με κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη, είναι 19.151, ενώ η προβλεπόμενη συνολική δυναμικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων ήταν μόλις 4.326 ατόμων.

Αυτό που προέχει, λοιπόν, είναι η ανάπτυξη και η επέκταση των προγραμμάτων έτσι ώστε ακόμα περισσότεροι χρήστες να έχουν το

δικαίωμα στη θεραπεία που τονίσαμε και παραπάνω. Για να επιτευχθεί αυτό, κρίνεται αναγκαία η επαρκής χρηματοδότηση και η πρόσληψη νέου προσωπικού, λύσεις που θα βοηθήσουν στη συρρίκνωση, τουλάχιστον, της τεράστιας «λίστας αναμονής», φαινόμενο που παρατηρείται δυστυχώς τόσο στα στεγνά όσο και στα προγράμματα υποκατάστατων.

### **Η δημιουργία νέων προγραμμάτων.**

Έχει αποδειχθεί ότι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών επηρεάζει άμεσα και τη διάθεση του ατόμου για θεραπεία. Όσο περισσότερες και εύκολες προσβάσιμες υπηρεσίες υπάρχουν, τόσο περισσότερο κινητοποιείται ο τοξικοεξαρτώμενος να αναζητήσει θεραπεία. Η διάθεση για θεραπεία και η ετοιμότητα για τη θεραπεία, επηρεάζεται από τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, αλλά και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη την διάθεση των ατόμων για θεραπεία, στις ανάγκες και στις προσδοκίες τους.

Ο πλουραλισμός και η δυνατότητα εναλλακτικών προτάσεων θα πρέπει να είναι κανόνας στη θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα, καθώς διασφαλίζει τη δυνατότητα παροχής υπηρεσιών σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμό, και ιδιαίτερα σε ειδικές κατηγορίες τοξικοεξαρτημένων (κρατούμενοι, αποφυλακισμένοι, διαφόρων εθνικοτήτων, κ.ά.), καλύπτοντας τις πολλαπλές ανάγκες των ομάδων.

## **Έμφαση στις υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης.**

Είναι πολύ σημαντικό να δοθεί έμφαση στην παροχή υπηρεσιών κοινωνικής επανένταξης σε όλα τα προγράμματα ανεξαιρέτως. Μέσα από υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης, επαγγελματικού προσανατολισμού, δομών εκπαίδευσης, όπως εναλλακτικά σχολεία και εργαστήρια κατάρτισης, αλλά και στήριξη για ανεύρεση εργασίας, τα ανεξαρτημένα ή από θεραπεία άτομα θα έχουν την ευκαιρία για ομαλή επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο.

Αποδεδειγμένα, οι υπηρεσίες αυτές βοηθούν σημαντικά και στη πρόληψη των υποτροπών, ενισχύοντας τον πρώην χρήστη να ανάπτυξη κοινωνικές δεξιότητες και να νιώσει πως και ο ίδιος αποτελεί υγιές μέλος της κοινωνίας.

## **Ανάπτυξη προγραμμάτων μείωσης της βλάβης.**

Ο χώρος των εξαρτήσεων έχει πολλές ιδιαιτερότητες και πρέπει να μείνει μακριά από δογματισμούς, φανατισμούς και ακρότητες.

Τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στη χώρα μας, ακόμη και αν έχουν διαφορετική φιλοσοφία και προσέγγιση, θα πρέπει να λειτουργούν συμπληρωματικά, αντιμετωπίζοντας διαφορετικές πλευρές του προβλήματος και όχι ανταγωνιστικά, συγκρουόμενα σε βάρος του στόχου τους.

Η συνεργασία μεταξύ κυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανισμών μπορεί να αυξήσει το μέγεθος και να αυξήσει την ποιότητα

της παρέμβασης. Έτσι θα βοηθήσουν ακόμα περισσότερα άτομα που θα αντιμετωπίζουν πρόβλημα τοξικοεξάρτησης, και θα ενισχυθεί η κινητοποίηση τους για θεραπεία, η παραμονή τους σε αυτήν και η πρόληψη της υποτροπής.

### **Επιτακτική αξιολόγηση των θεραπευτικών προγραμμάτων.**

Θα πρέπει επιτέλους στην Ελλάδα να πραγματοποιηθούν τεκμηριωμένες έρευνες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων, όχι ως μέσο για την επιβολή των διοικητικών μέτρων ή για την άσκηση πολιτικής πίεσης ή για να ενισχυθεί ο ανταγωνισμός τους, αλλά με στόχο να βοηθηθούν οι φορείς τους και οι επαγγελματίες ώστε να βελτιώσουν τις μεθόδους τους και να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες.

Είναι επιτακτική η δημιουργία ενός πλαισίου, το οποίο θα περιγράφει την πολιτική ανάπτυξη, θα ορίζει τις προτεραιότητες, θα αξιοποιεί το ανθρώπινο δυναμικό και τους πόρους και θα περιορίζει τις πιθανότητες σύγκρουσης ή αλληλοεπικάλυψης μεταξύ των φορέων που ασχολούνται με την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης.

### **Το προσωπικό των θεραπευτικών προγραμμάτων.**

Είναι προφανές, πως υπάρχει έλλειψη προσωπικού στα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας. Μάλιστα, πολλές φορές



παρατηρείται πως το διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, υπερέχει σε αριθμό από αυτό της «θεραπευτικής ομάδας».

Επίσης, είναι απαραίτητη η επαρκής εκπαίδευση του προσωπικού των θεραπευτικών προγραμμάτων, που θα πρέπει να πλαισιώνεται από τη συνεχιζόμενη κατάρτιση και τη διαρκή επαγρύπνηση για τις νέες εξελίξεις στον τομέα της αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης.

### **Ο ρόλος του κράτους.**

Είναι σαφές πως υπάρχει διαφορά στην εφαρμογή της πολιτικής για τα «ναρκωτικά» στη χώρα μας, διότι τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας των χρηστών και της «πιάτσας» διαφέρουν από αυτά των υπολοίπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το ελληνικό κράτος είναι μεταξύ αυτών των ευρωπαϊκών κρατών, που έχουν επιλέξει ως πολιτική λύση στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης στην κατασταλτική πολιτική.

Δίνεται μεγάλο βάρος, λοιπόν, στην «τιμωρία» της χρήσης, και όχι στην αναγκαιότητα της θεραπευτικής παρέμβασης. Ο χρήστης, αν και το ελληνικό κράτος έχει υιοθετήσει τον όρο «νόσος» για την τοξικοεξάρτηση, γίνεται έρμαιο στα χέρια της δικαιοσύνης, επειδή υπάρχει ακόμα ένα τεράστιο νομοθετικό κενό.

Προτείνουμε, λοιπόν, την αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου τουλάχιστον. Όπου θα γίνεται σαφής διαχωρισμός χρήσης και εμπορίας από τη μία, και από την άλλη θα προωθείται η θεραπεία και όχι η καταστολή, δηλαδή η φυλάκιση των χρηστών.

Εξάλλου σύμφωνα με οικονομικές μελέτες, η θεραπεία των τοξικοεξαρτημένων, κοστίζει λιγότερο από το να μην υποβάλλονται τα άτομα σε θεραπεία ή να φυλακίζονται. Το κόστος της φυλάκισης αποδεικνύεται περίπου τέσσερις φορές υψηλότερο από ότι για παράδειγμα, το κόστος θεραπείας με μεθαδόνη.

Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι κάθε ένα ευρώ που επενδύεται στα προγράμματα θεραπείας, αποφέρει τέσσερα με επτά περίπου ευρώ οικονομία στο κόστος του συνδεδεμένου με τα «ναρκωτικά» εγκλήματος και σε δαπάνες για την ποινική δικαιοσύνη. (Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2000).

Η αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης στην Ελλάδα, με λίγα λόγια, θα πρέπει να επικεντρωθεί στο τρίπτυχο πολιτική βούληση, κοινωνική πίεση και επιστημονική γνώση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Γαζγαλίδης Κώστας (2003), Ηρωίνη: Υποκατάστατα και Ανταγωνιστές, Θεσσαλονίκη: εκδοτική Θεσσαλονίκης
2. Γαζγαλίδης Κώστας(2005), Ναρκωτικά –εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης, Αθήνα: εκδόσεις Εξάντας
3. Γεωργάκας Παναγιώτης (2002), Εξαρτήσεις- Η έκφραση μιας κοινωνικής, οικογενειακής, ατομικής δυσλειτουργίας, Θεσσαλονίκη : εκδόσεις Παρατηρητής
4. Γρίβας Κλεάνθης (1990), Ναρκωτικά και Εξουσία, Θεσσαλονίκη :εκδοτική Θεσσαλονίκης
5. Γρίβας Κλεάνθης (1991), Ναρκωτικά το τίμημα της καταστολής, Θεσσαλονίκη: εκδόσεις Θεσσαλονίκη
6. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία ( Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα (2002), Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε,Π,,Ι,Ψ,Υ,),2003
7. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία ( Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα (2003), Αθήνα,

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής  
(Ε,Π,,Ι,Ψ,Υ,),2004

8. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία ( Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα (2004), Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε,Π,,Ι,Ψ,Υ,),2005

9. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία ( Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα (2005), Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε,Π,,Ι,Ψ,Υ,),2006

10. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής- Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.- Ο.ΚΑ.ΝΑ.), Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, Αθήνα εκδόσεις Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.,2003

11. Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.), Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση τοπυ προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρώπη, Βέλγιο, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (Ε.Κ.Τ.Π.Ν.),2005

12. Ζλατάνος Δημήτρης, Εκτίμηση ψυχολογικών παραγόντων στην χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών, διδακτορική διατριβή στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2004

13. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.), ΚΕ.ΘΕ.Α., Αθήνα, ΚΕ.ΘΕ.Α.,2004
- 14.Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.), ΚΕ.ΘΕ.Α.2005: Απολογισμός έργου, Αθήνα, ΚΕ.ΘΕ.Α.,2006
- 15.Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.), ΚΕ.ΘΕ.Α.2006: Απολογισμός έργου, Αθήνα, ΚΕ.ΘΕ.Α.,2007
- 16.Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.), ΕΞΟΔΟΣ Συμβουλευτικός Σταθμός Λάρισας
17. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.), Μεταβατικό Κέντρο MOSAIC
18. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.), Διαπολιτισμικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΚΙΒΩΤΟΣ
19. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.), Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες
20. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.), Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα ΔΙΑΒΑΣΗ
21. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.), Κέντρο Υποστήριξης Φυλακισμένων και Αποφυλακισμένων Χρηστών Θεσσαλονίκης
22. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.ΘΕ.Α.),διαχρονική μελέτη, Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕ.ΘΕ.Α., τα έτη από 2000 έως και 2006, Αθήνα, Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ( ΚΕ.ΘΕ.Α.), 2007

23. Μάνος Νίκος, Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 1997
24. Μάτσα Κατερίνα, Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε Σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας, Αθήνα, εκδόσεις ΑΓΡΑ, 2001
25. Μάτσα Κατερίνα, η περίπτωση Ευρυδίκη-κλινική της τοξικομανίας, Αθήνα, εκδόσεις ΑΓΡΑ, 2006
26. Ναρκομανείς Ανώνυμοι, Ποιος; Τι; Πώς; Και Γιατί;, Ανατυπωμένο από το λευκό βιβλιαράκι Ναρκομανείς Ανώνυμοι anonymous world services, Inc,2000
27. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), η πραγματικότητα για τα ναρκωτικά και για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Πρόληψη- Θεραπεία- Αποκατάσταση, Αθήνα, Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2000
28. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), Ο.ΚΑ.ΝΑ., Αθήνα, Ο.ΚΑ.ΝΑ.,2004
29. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), τα νεότερα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2002-2003, Αθήνα, Ο.ΚΑ.ΝΑ. 2004
30. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.),Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας ΓΕΦΥΡΑ
31. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), η πορεία μας 2004-2005, Αθήνα , Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2006
31. Παρασκευόπουλος Νίκος (1989), Η καταστολή της χρήσης Ναρκωτικών στην Ελλάδα, Θεσσαλονίκη: εκδόσεις Εξάντας

32. Πουλόπουλος Χαράλαμπος (2005), Εξαρτήσεις- οι θεραπευτικές κοινότητες, Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
33. Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας, Απολογισμός Έργου: 2005, Θεσσαλονίκη, 2006
34. Ρογκότης Χρήστος (1994), Μια θεραπευτική πρόταση για την αντιμετώπιση των τοξικοεξαρτημένων στην Ελλάδα, διδακτορική διατριβή, στο Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολης
35. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά (2005-2012), Αθήνα, Υπουργείο Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2006
35. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.), Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ
36. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΑΡΓΩ, Γροθιά στο στομάχι- Λογοτεχνία της σκόνης, Θεσσαλονίκη, 2005
37. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.), Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων, Κανόνες Μονάδες Σωματικής Αποτοξίνωσης

## ΑΡΘΡΑ

1. Γαζγαλίδης Κώστας, τα προγράμματα υποκατάστατων και ο ρόλος τους στο σύστημα παροχής υπηρεσιών σε εξαρτημένους, το Στίγμα, Νοέμβριος 2000 Τεύχος 3, σελ 24-37
2. Γαζγαλίδης Κώστας, Θεραπεία τοξικοεξάρτησης μια απαραίτητη πλουραλιστική μεθοδολογία, το Στίγμα, Σεπ-Οκτ-Νοε 2005, τεύχος 9, σελ 10-15
3. Δρίτσας Ιωάννης, Περί Ο.ΚΑ.ΝΑ. Πρόσωπο, Τεύχος 23, Οκτ-Νοε-Δεκ 2002, σελ 11-13
4. Κονταξάκης Β.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν., Διαταραχές λόγω Χρήσης Ψυχοδραστικών ουσιών: θέματα ορολογίας και κατηγοριοποίησης, Οκτ-Νοε-Δεκ 1991, σελ 293-299
5. Μάτσα Κατερίνα, Θεραπεία απεξάρτησης: μια διαδικασία απελευθέρωσης. Βασικές αρχές του προγράμματος της Μονάδας απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α., Μαρ-Απρ 1999, σελ 109-116)
6. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ), τα νέα του Ο.ΚΑ.ΝΑ., Περιοδική έκδοση, Ιούνιος 2004
7. Πουλόπουλος Χαράλαμπος, Μετανάστευση και Χρήση Ψυχοτρόπων ουσιών , Ποινική Δικαιοσύνη, 11/2000, σελ 1130-1132



## ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

1. Ζαφειρίδης Φοίβος (1987), Βασικές Αρχές Αυτολειτουργίας της Θεραπευτικής κοινότητας, εισήγηση στο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, Αθήνα
2. Πουλόπουλος Χαράλαμπος (2003), Θεραπεία: διάθεση και διαθεσιμότητα, εισήγηση στο Ελλήνο-Ολλανδικό σεμινάριο Στρατηγικές για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα και Ολλανδία υπό το πρίσμα της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής, Αθήνα
3. Χριστοδούλου Χαράλαμπος, Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής και Κοινωνικής Ένταξης Ο.ΚΑ.ΝΑ.: Δράσεις και Αποτελέσματα της μέχρι σήμερα λειτουργίας του, ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ, Πάτρα, 24-25/5/2004

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. [www.educational-center.gr.5/8/2007](http://www.educational-center.gr.5/8/2007)
2. [www.espad.gr.12/5/2006](http://www.espad.gr.12/5/2006)
3. [www.Kethea.gr](http://www.Kethea.gr). 01/02/2006
4. [www.Okana.gr](http://www.Okana.gr). 01/01/2006
5. [www.Υπουργείο](http://www.Υπουργείο) Δημόσιας Τάξης, 15/7/2007
6. <http://www.psyhat.gr/pages.asp?langID=1&pageID=183>.
7. [www.malliori.gr.4/8/2007](http://www.malliori.gr.4/8/2007)

ζ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Υπηρεσίες που ασχολούνται με την καταπολέμηση της ουσιοεξάρτησης

<b>ΝΟΜΟΣ</b>	<b>ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΟΡΕΑ</b>	<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</b>	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>
Έβρου (1 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης & Ενημέρωσης κατά των Ναρκωτικών «Η ΕΛΠΙΔΑ»	Διονυσίου Σολωμού 2 ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 681 00	05510-37242
Καβάλας (1 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης & Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Καβάλας	Γαληνού 27 ΚΑΒΑΛΑ 654 04	0510-242647
Ξάνθης (1 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Ενημέρωσης και Πρόληψης κατά των Ναρκωτικών Νομού Ξάνθης	Αϊδινίου 73 ΞΑΝΘΗ 671 00	05410-74444
Ροδόπης (1 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ροδόπης «ΟΡΦΕΑΣ»	Θησέως 1 ΚΟΜΟΤΗΝΗ 691 00	05310-81752
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης «ΣΕΙΡΙΟΣ» Νομού Θεσσαλονίκης	Καρακάση Ι, Πάρκο Μηνά Πατρικίου ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 522 48	0310-313414 0310-317393
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης για την Καταπολέμηση Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ανατολικού Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης «ΕΛΠΙΔΑ»	Ησιόδου 10 - Νέα Κρήνη ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 551 32	0310-475401 0310-476386
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας Συκεών Θεσσαλονίκης «ΠΥΞΙΔΑ»	Επταπυργίου 150 - Συκιές ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 566 26	0310-202015 0310-204453
Πιερίας (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Επικοινωνίας & Πρόληψης κατά των Ψυχοδραστικών Ουσιών «Κ.Ε.Π. Πιερίας»	Εθνικού Σταδίου 1 (ΚΕΓΕ) ΚΑΤΕΡΙΝΗ 601 00	03510-78614
Χαλκιδικής (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Χαλκιδικής «ΠΙΝΟΗ»	Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής ΧΑΛΚΙΔΙΚΗ 631 00	03710-20315
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Ενημέρωσης & Εισαγωγής Θεσσαλονίκης - Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΙΘΑΚΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α	Ευριπίδου 16 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 546 35	0310-270110
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Πολυδύναμος Συμβουλευτικός Σταθμός Θεραπευτικού Χαρακτήρα - Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ψ.Ν.Θ.	Αναγεννήσεως 13 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 546 27	0310-550919 0310-554452
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης (DETOX) - Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ψ.Ν.Θ.	Κωνσταντινουπόλεως 36 ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗ - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 546 27	0310-659512 0310-665103
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Θεραπευτική Κοινότητα «ΙΘΑΚΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Σίνδος ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 574 00	0310-270110
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών - Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ψ.Ν.Θ.	Καρτερές ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 570 17	03940-92379
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Εναλλακτικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΡΓΩ» - Ψ.Ν.Θ.	Ωραιοκάστρου 52 & Σκουφά ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 546 29	0310-226780 0310-668616

Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Α' Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης - Ο.ΚΑ.ΝΑ.	Ευζώνων 34 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 546 40	0310-868896 0310-868897
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Β' Μονάδα Αποκατάστασης Θεσσαλονίκης - Ο.ΚΑ. ΝΑ.	Κωνσταντινουπόλεως 36 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 564 29	0310-601102 0310-602666
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης - Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΙΘΑΚΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Ευρυπίδου 16 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 546 35	0310-215939 0310-271300
Θεσσαλονίκης (2 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Κοινωνικής Επανάσταξης - Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΙΘΑΚΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Ευρυπίδου 16 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 546 35	0310-260328 0310-215595
Ευρυπίδου 16 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 546 35	Ναρκομανείς Ανώνυμοι Ομάδα (ΝΑ) Θεσσαλονίκης	Δωδεκανήσου 6 - ΒΑΡΔΑΡΗΣ - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	010-3474777
Καστοριάς (3 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Ενημέρωσης και Πρόληψης κατά των Ναρκωτικών Νομού Καστοριάς «ΔΙΕΞΟΔΟΣ»	Μητροπόλεως 25 ΚΑΣΤΟΡΙΑ 521 00	04670-23278
Κοζάνης (3 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Νομού Κοζάνης «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»	Πλατεία Λασσάνη 11 ΚΟΖΑΝΗ 501 00	04610-21077
Γρεβενών (3 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Νομού Γρεβενών «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ»	Ταλιαδούρη 60 ΓΡΕΒΕΝΑ 511 00	04620-87091 04620-87094
Φλώρινας (3 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης κατά των Ναρκοτικών Νομού Φλώρινας	Παύλου Μελά 43 ΦΛΩΡΙΝΑ 531 00	03850-46041
Άρτας (4 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Νομού Άρτας	Νόρμαν 13 και Σκουφά ΑΡΤΑ 471 00	06810-23126 06810-23127
Θεσπρωτίας (4 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Θεσπρωτίας «ΑΡΙΑΔΝΗ»	Κ. Βασιλικής 10 ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑ 461 00	06650-25140
Ιωαννίνων (4 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Συμβουλευτικός Σταθμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Ιωαννίνων	Παπαδοπούλου 11 ΙΩΑΝΝΙΝΑ 454 44	06510-25595 06510-33649
Πρέβεζας (4 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών Νομού Πρέβεζας	Λεωφόρος Ειρήνης 66 ΠΡΕΒΕΖΑ 481 00	06820-60778 06820-60294
Καρδίτσας (5 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Πρόταση Κοινωνικής παρέμβασης - Κέντρο Πρόληψης Ενάντια στην Εξάρτηση Νομού Καρδίτσας	Δ. Τερτίπη & Σμύρνης 11 ΚΑΡΔΙΤΣΑ 431 00	04410-76304 04410-74477
Λάρισας (5 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Λάρισας «ΟΡΦΕΑΣ»	Αθανασίου Διάκου 7 ΛΑΡΙΣΑ 412 22	0410-536660
Μαγνησίας (5 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Νομού Μαγνησίας «ΠΡΟΤΑΣΗ ΖΩΗΣ»	Δ. Γεωργιάδου 134 & Ιωλκού - ΒΟΛΟΣ 382 21	04210-71310 04210-71186
Τρικάλων (5 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης Νομού Τρικάλων	Ευρυπίδου Πελέκη 2 - Πλατεία Παλαιού Δεσποτικού - ΤΡΙΚΑΛΑ 42100	04310-75555

Μαγνησίας (5 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής Νέας Ιωνίου Βόλου - Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΕΞΟΔΟΣ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α	Πλατεία Εθνικών Αναμνήσεων, Προύσης & Μυριαφύτου ΒΟΛΟΣ 348 46	04210-80246
Λάρισας (5 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής Λάρισας - Θεραπευτικό πρόγραμμα «ΕΞΟΔΟΣ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Κύπρου 103 ΛΑΡΙΣΑ 412 22	0410-254597
Λάρισας (5 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Θεραπευτική Κοινότητα «ΕΞΟΔΟΣ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	2 <sup>ο</sup> χλμ. Λάρισας - Γιάννουλης ΛΑΡΙΣΑ 415 00	0410-259500
Λάρισας (5 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Πρόγραμμα Οικογένειας - Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΕΞΟΔΟΣ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	2 <sup>ο</sup> χλμ. Λάρισας - Γιάννουλης ΛΑΡΙΣΑ 415 00	0410-250332
Λάρισας (5 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Κοινωνικής Συμμετοχής και Εξέλιξης - Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΕΞΟΔΟΣ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Κύπρου 103 ΛΑΡΙΣΑ 412 22	0410-537242
Κέρκυρας (6 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Δημοτική Μονάδα πρόληψης ΔΗ.ΜΟ.Π. «ΝΙΚΟΣ ΜΩΡΟΣ» Νομού Κερκύρας	Καποδιστρίου 9 ΚΕΡΚΥΡΑ 491 00	06610-41111
Ζακύνθου (6 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ζακύνθου «Η ΣΤΟΡΓΗ»	Καρβελά 4 ΖΑΚΥΝΘΟΣ 291 00	06950-43172
Αιτωλοακαρνανίας (7 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης κατά των Ναρκωτικών Νομού Αιτωλοακαρνανίας «ΟΔΥΣΣΕΑΣ»	Φλώρας Καραπαπά 3 ΑΓΡΙΝΙΟ 301 00	06410-28770
Αχαΐας (7 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Αχαΐας	Παντανάσσης 95 ΠΑΤΡΑ 262 25	0610-623290
Ηλείας (7 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης από τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ηλείας «ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»	Όθωνος & Αμαλίας 7 ΑΜΑΛΙΑΔΑ 272 00	06220-29710
Αχαΐας (7 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ» Νομού Αχαΐας	Παντανάσσης 95 & Αγ. Γεωργίου ΠΑΤΡΑ 262 25	0610-623290
Αχαΐας (7 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Συμβουλευτικός Σταθμός - Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)	Αλεξ. Υψηλάντου 175-177 ΠΑΤΡΑ 262 25	0610-279795
Αχαΐας (7 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΓΕΦΥΡΑ» - Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας - Ο.ΚΑ.ΝΑ.	Αλεξ. Υψηλάντου 175-177 ΠΑΤΡΑ 262 25	0610-279795
Αχαΐας (7 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Κοινωνικής Δραστηριοποίησης - Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας - Ο.ΚΑ.ΝΑ.	Αλεξ. Υψηλάντου 175-177 ΠΑΤΡΑ 262 25	0610-279795
Αχαΐας (7 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Ναρκομανείς Ανώνυμοι - Ομάδα Πάτρας	Πατρέως 5 & Αγ. Ανδρέου	010-3474777
Βοιωτίας (8 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	«Πρόταση ΖΩΗΣ» - Κέντρο πρόληψης της Χρήσης Ναρκωτικών Νομού Βοιωτίας	Τσόγκα 7 ΛΕΙΒΑΔΙΑ 321 00	02610-81566

		Εφέσσου 45 ΘΗΒΑ 322 00	02620-28971
Εύβοιας (8 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών Νομού Ευβοίας	Μπαλαλαίων 7 ΧΑΛΚΙΔΑ 431 00	02210-78118
Φθιώτιδας (8 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης & Ενημέρωσης κατά των Ναρκωτικών Νομού Φθιώτιδας	Λεωσθένους 9 ΛΑΜΙΑ 351 00	02310-33940
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο πρόληψης Εξάρτησης - Αγωγής Υγείας Δήμου Αθηναίων «ΑΘΗΝΑ-ΥΓΕΙΑ»	Λιοσίων 22 ΑΘΗΝΑ 104 38	010-7221707
	Κέντρο πρόληψης Εξάρτησης - Αγωγής Υγείας Δήμου Αθηναίων «ΠΑΛΛΑΣ ΑΘΗΝΑ»	Στουρνάρη 21 ΑΘΗΝΑ 106 82	010-3800038
	Κέντρο πρόληψης Εξάρτησης - Αγωγής Υγείας Δήμου Αθηναίων «ΠΡΟΜΑΧΟΣ ΑΘΗΝΑ»	Αίνου 1 & Βουλιαγμένης ΑΘΗΝΑ 116 31	010-9270096
	Κέντρο πρόληψης Εξάρτησης - Αγωγής Υγείας Δήμου Αθηναίων «ΥΓΕΙΑ ΑΘΗΝΑ»	Γαλατσίου 1 & Πατησίων ΑΘΗΝΑ 111 41	010-2114566
	Κέντρο πρόληψης Εξάρτησης - Αγωγής Υγείας Δήμου Αθηναίων «ΠΡΟΝΑΙΑ ΑΘΗΝΑ»	Ελασιδών 30 & Κων/πόλεως ΑΘΗΝΑ 118 54	010-3424024
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης - Διαδημοτική Επιχείρηση Δήμων Αλίμου, Αργυρούπολης, Ελληνικού, Γλυφάδας	Λεωφ. Βουλιαγμένης ΕΛΛΗΝΙΚΟ 167 77	010-9622633
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Δήμου Αλίμου - Υπηρεσία Κοινωνικής Μέριμνας	Λ. Καλαμακίου 72 & Ερεχθείου ΑΘΗΝΑ 174 55	010-9883038
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Δήμου Αργυρούπολης	Κύπρου 97 & Χρ. Σμύρνης ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗ 164 51	010-9961000
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Δήμου Ελληνικού		
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Δήμου Γλυφάδας	Σοφίας Βέμπο 18 ΓΛΥΦΑΔΑ 166 75	010-9647021
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Δημοτική Επιχείρηση Ανάπτυξης Δήμου Ζωγράφου - Συμβουλευτικό Κέντρο Οικογενειών	Ανακρέοντος 60 ΖΩΓΡΑΦΟΥ 157 71	010-7778542
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Συμβουλευτικός Σταθμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών «ΟΔΥΣΣΕΑΣ»	Πραξιτέλους 175 ΠΕΙΡΑΙΑΣ 185 33	010-4296000

Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης - Πληροφόρησης Δήμου Περιστερίου	Υδρας 13-15 ΠΕΡΙΣΤΕΡΙ 121 35	010-5786888
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Τομέας Πρωτογενούς Πρόληψης του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α)	Σορβόλου 24 ΑΘΗΝΑ 116 36	010-9241993
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης «ΠΗΓΑΣΟΣ» (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)	Σορβόλου 24 ΑΘΗΝΑ 116 36	010-9241994
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Τομέας πρόληψης του Τμήματος Εφήβων & Νέων - Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών Ψ.Ν.Α.	Ασκληπιού 19 ΑΘΗΝΑ 106 80	010-3638833
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης της Τοξικομανίας και του AIDS - Ε.Ε.Σ.	Γ Σεπτεμβρίου 21 ΑΘΗΝΑ 104 32	010-5222469
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής & Περιθάλψης - Ο.ΚΑ.ΝΑ	Πλουτάρχου 10 ΑΘΗΝΑ 106 76	010-7221707
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Βοήθειας Ο.ΚΑ.ΝΑ.	Γ Σεπτεμβρίου ΑΘΗΝΑ 104 32	010-5224202
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	OFF CLUB Κέντρο Υποστήριξης Χρηστών Κέντρο Πολλαπλής Παρέμβασης	Εμμανουήλ Μπενάκη 84 ΕΞΑΡΧΕΙΑ 106 81	010-3300058
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Ενημέρωσης & Εισαγωγής Ανοικτού Θεραπευτικού Προγράμματος «ΔΙΑΒΑΣΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Σταυροπούλου 17B ΑΘΗΝΑ 112 52	010-8626761
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Ενημέρωσης & Εισαγωγής Θεραπευτικού Προγράμματος «ΝΟΣΤΟΣ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Ανδρούτσου 63 ΠΕΙΡΑΙΑΣ 185 32	010-4220708
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Ενημέρωσης & Εισαγωγής Θεραπευτικού Προγράμματος «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣΗΣ»- ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Βαλτετσίου 37 ΕΞΑΡΧΕΙΑ 106 81	010-3300751
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Συμβουλευτικός Σταθμός - Τμήμα Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΙΑΣΩΝ» - ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	Ιουλιανού 18 ΑΘΗΝΑ 106 82	010-8659800
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Συμβουλευτικός Σταθμός - Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών Ψ.Ν.Α.	Ασκληπιού 19 ΑΘΗΝΑ 106 80	010-3611803
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Ενημέρωσης & Εισαγωγής Εφήβων του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΣΤΡΟΦΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Αμορίου 4 - Αγ. Παντελεήμονας ΑΘΗΝΑ 112 51	010-8820277
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Θεραπευτική Κοινότητα «ΝΟΣΤΟΣ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Πευκών 12 ΣΑΛΑΜΙΝΑ 189 00	010-4675347

Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Εναλλακτική Θεραπευτική Κοινότητα «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»	ΡΑΦΗΝΑ 190 09	02940-77180
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Πρόγραμμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Τοξικομανών (18 ΑΝΩ) - Ψ.Ν.Α.	Λεωφόρος Αθηνών 360 ΔΑΦΝΙ 124 62	010-5323780
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γυναικών - Μονάδα Απεξάρτησης Ψ.Ν.Α.	Ιπποκράτους 175Α ΑΘΗΝΑ	010-6433022
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα «ΔΙΑΒΑΣΗ»	Σταυροπούλου 29 ΑΘΗΝΑ 112 53	010-8653960
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ»	Ξένιας 20 & Μιχαλακοπούλου ΑΘΗΝΑ 115 28	010-7753240
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Τμήμα Οικογενειακής Συμβουλευτικής & Θεραπείας Μονάδας Απεξάρτησης Ψ.Ν.Α.	Μάρνη 30 ΑΘΗΝΑ 104 33	010-5234737
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα Εφήβων «ΣΤΡΟΦΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Φυλής 148 ΑΘΗΝΑ	010-8824089
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Δευτερογενούς Πρόληψης Εφήβων - Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΣΤΡΟΦΗ»	Φλωρίνης 13 ΑΘΗΝΑ 112 51	010-8643073
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Τμήμα Εφήβων & Νέων - Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών (18 ΑΝΩ) Ψ.Ν.Α.	Ασκληπιού 19 ΑΘΗΝΑ 106 80	010-3638833
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Α Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας - Ο.ΚΑ.ΝΑ.	Ερεσσού 40 ΕΞΑΡΧΕΙΑ 106 81	010-3304265
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Β Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας - Ο.ΚΑ.ΝΑ.	Καποδιστρίου 46 ΑΘΗΝΑ 104 32	010-5236288
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Ναρκομανείς Ανώνυμοι	Τ.Θ. 750 64 ΚΑΛΛΙΘΕΑ 176 10	010-3474777
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης Πρωινού και Βραδινού Προγράμματος «ΔΙΑΒΑΣΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Αγαθουπόλεως 38 ΑΘΗΝΑ 112 53	010-8560087
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Πρόγραμμα Οικογένειας του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΝΟΣΤΟΣ»	Ανδρούτσου 63 ΠΕΙΡΑΙΑΣ 185 32	010-4220708
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»	Βαλτετσίου 37 ΕΞΑΡΧΕΙΑ 106 81	010-3300751
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Οικογενειακή Θεραπεία του Κέντρου Συμβουλευτικής & Θεραπείας του Κέντρου Πολλαπλής Παρέμβασης - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Εμμανουήλ Μπενάκη 84 ΕΞΑΡΧΕΙΑ 106 81	010-3300058
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Συμβουλευτικής & Θεραπείας Οικογένειας του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΣΤΡΟΦΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Φλωρίνης 15 ΑΘΗΝΑ 112 51	010-8840862



Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Χριστιανικό Κέντρο Φιλαξενίας «ΦΙΛΗΜΩΝ»	Πραύσσης 12 ΚΑΤΩ ΠΕΥΚΗ 151 21	010-8025811
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Κοινωνικής Επανάσταξης του ανοικτού Θεραπευτικού Προγράμματος «ΔΙΑΒΑΣΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Σταυροπούλου 15 ΑΘΗΝΑ 112 52	010-8660087
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Κοινωνικής Επανάσταξης του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΝΟΣΤΟΣ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Ανδρούτσου 63 ΠΕΙΡΑΙΑΣ 185 32	010-4220708
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Πρόγραμμα Εκπαίδευσης & Επαγγελματικού Προσανατολισμού Πρώην Χρηστών Θεραπευτικού Προγράμματος «ΝΟΣΤΟΣ»- ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Πευκών 12 ΣΑΛΑΜΙΝΑ 189 00	010-4675347
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Κοινωνικής Επανάσταξης του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Βαλτετσίου 37 ΕΞΑΡΧΕΙΑ 106 81	010-3300751
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανάσταξης Α & Β Μονάδας Υποκατάστασης Αθήνας - Ο.ΚΑ.ΝΑ.	Αβέρωφ 12Α ΑΘΗΝΑ 104 33	010-8218180
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Τμήμα Κοινωνικής Επανάσταξης Μονάδας Απεξάρτησης Τοξικομανών (18 ΑΝΩ) του Ψ.Ν.Α.	Μαυρομιχάλη 122 ΑΘΗΝΑ	010-3622046
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Κοινωνικής Δραστηριοποίησης Εφήβων του Θεραπευτικού προγράμματος «ΣΤΡΟΦΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Αμορίου 4 ΑΘΗΝΑ 112 51	010-8253377
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Μεταβατικό Σχολείο Εφήβων του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΣΤΡΟΦΗ»	Φυλής 150 ΑΘΗΝΑ 112 51	010-8828039
	Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ουσιών και την Προαγωγή της Υγείας - Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. - Ο.ΚΑ.ΝΑ.	Παπαδιαμαντοπούλου 4 ΑΘΗΝΑ 115 28	010-7257881
Αττικής (9 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Εκπαιδευτικό Ινστιτούτο του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Σορβόλου 24 ΑΘΗΝΑ 116 36	010-9241993
Μεσσηνίας (10 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Ενημέρωσης Πληροφόρησης και Ευαισθητοποίησης για Ψυχοδραστικές Ουσίες Νομού Μεσσηνίας	Αμφείας 3 ΚΑΛΑΜΑΤΑ 241 00	07210-84009
Κορινθίας (10 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κορινθίας «ΔΙΟΛΚΟΣ»	Κροκιά 11 ΚΟΡΙΝΘΟΣ 201 00	07410-75990
Λέσβου (11 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Λέσβου	Ελευθερίου Βενιζέλου 35 ΜΥΤΙΛΗΝΗ 811 00	02510-20600

Χίου (11 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης κατά της Χρήσης Ναρκωτικών Νομού Χίου	Ελευθερίου Βενιζέλου 31 ΧΙΟΣ 821 00	02710-40704
Λέσβου (11 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Ναρκομανείς Ανώνυμοι	Αγίας Ειρήνης 4 ΜΥΤΙΛΗΝΗ	010-3474777
Κυκλάδων (12 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης κατά των Εξαρτησιογόνων Ουσιών στο Νομό Κυκλάδων «ΘΗΣΕΑΣ»	Καποδιστρίου 22 - Ερμούπολη ΣΥΡΟΣ 841 00	02810-81149
Δωδεκανήσου (12 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»	Αρτεμισίας 35 ΚΩΣ 853 00	02420-24728
Χανίων (13 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Χανίων	Πλατεία Αγίου Τίτου ΧΑΝΙΑ 731 00	08210-28166
Ρεθύμνου (13 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Πρόληψης κατά των Ναρκωτικών Νομού Ρεθύμνου	Χαρ. Δασκαλάκη 13 ΡΕΘΥΜΝΟ 741 00	08310-50100
Ηρακλείου (13 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Συμβουλευτικό Κέντρο Ηρακλείου Κρήτης - Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΡΙΑΔΝΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Μίνωας & Μιχαήλ Αρχαγγέλου ΘΕΡΙΣΣΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟ 713 04	0810-261026
Ηρακλείου (13 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης - Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΡΙΑΔΝΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Μίνωας & Μιχαήλ Αρχαγγέλου ΘΕΡΙΣΣΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟ 713 04	0810-261026
Ηρακλείου (13 <sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια)	Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης Ηρακλείου Κρήτης - Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΡΙΑΔΝΗ» - ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Μίνωας & Μιχαήλ Αρχαγγέλου ΘΕΡΙΣΣΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟ 713 04	0810-261026

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

(Σχεδιάγραμμα: Στόχοι Υπηρεσιών Κοινωνικής Επανάταξης και

Πίνακας: Θάνατοι οφειλόμενοι σε «ναρκωτικά»

1991-2005)

## Θάνατοι οφειλόμενοι σε «Ναρκωτικά» 1991-2005

ΠΙΝΑΚΑΣ

που φανερώνει τους θανάτους από ναρκωτικά, με τα παρακάτω στοιχεία, κατά τα έτη 1991-2005 (30/11)

	ΕΤΗ														
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>ΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΙ</b>	94	86	83	164	190	241	241	255	277	312	334	269	229	261	268
<b>ΒΕΒΑΙΩΘΕΝΤΕΣ ΘΑΝΑΤΟΙ</b>	79	79	78	146	176	222	232	245	265	304	321	259	217	247	97
<b>1 Ηλικία</b>															
α) μέχρι 20 ετών	2	1	4	8	7	14	24	33	47	51	46	28	13	15	2
β) από 21-30 ετών	44	47	49	71	90	98	102	112	122	130	158	140	118	130	52
γ) από 31 και άνω	33	31	25	67	79	110	106	100	96	123	117	91	86	102	43
<b>2 Φύλο</b>															
α) Ανδρες	74	70	70	135	162	202	209	216	245	285	300	242	199	228	92
β) Γυναίκες	5	9	8	11	14	20	23	29	20	19	21	17	18	19	5
<b>3 Υπηκοότητα</b>															
α) Έλληνες	76	76	74	141	168	212	227	240	251	292	307	247	200	230	90
β) Αλλοδαποί	3	3	4	5	8	10	5	5	14	12	14	12	17	17	7
<b>4 Περιοχή</b>															
α) Αττική	61	61	69	105	136	167	166	170	186	200	211	161	123	126	36
β) Θεσσαλονίκη	12	9	4	21	18	25	38	39	30	49	54	50	41	52	20
γ) Λοιπή Χώρα	6	9	5	20	22	30	28	36	49	55	56	48	53	69	41
<b>5 Οικογενειακή Κατάσταση</b>															
α) Άγαμοι	67	75	74	129	157	184	96	227	245	289	298	243	206	238	93
β) Έγγαμοι	11	2	3	13	15	32	8	16	16	12	15	12	10	8	4
γ) Διαζυγμένοι	1	2	1	4	4	6	1	2	4	3	8	4	1	1	
<b>6 Γραμματικές Γνώσεις</b>															
α) Στοιχειώδους Εκπαίδευσης	33	27	28	31	73	78	85	87	65	111	108	109	26	140	54
β) Μέσης Εκπαίδευσης	39	27	38	23	30	106	135	143	169	178	194	133	28	99	40
γ) Ανώτατης Εκπαίδευσης	3	6	2	1	6	4	4	3	3	4	2	3	3	4	2
δ) Άγνωστη	4	19	10	91	66	34	8	12	28	11	17	14	160	4	1
ε) Αγράμματοι	---	---	---	---	1	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
<b>7 Επάγγελμα</b>															
α) Άεργοι	51	47	50	81	99	144	144	175	197	232	258	224	183	195	79
β) Τεχνίτες-Εργάτες-Οικοδόμοι	9	15	9	24	29	21	25	31	18	28	11	11	9	14	8
γ) Ιδιωτικοί Υπάλληλοι	10	10	5	16	20	9	21	14	11	15	17	8	21	13	4
δ) Μουσικοί	---	---	---	---	3	2	---	---	---	---	---	1	---	1	---
ε) Ναυτικοί	4	4	1	1	4	7	1	---	1	2	---	---	1	---	---
στ) Σπουδαστές-Μαθητές	---	---	---	---	---	3	1	4	6	6	1	6	1	5	---
ζ) Ιερόδουλες	3	---	1	---	4	1	3	---	1	1	1	---	2	---	---
η) Δημόσιοι Υπάλληλοι	---	2	2	3	1	---	---	---	---	---	---	---	---	1	1
θ) Δημοσιογράφοι	---	---	---	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
ι) Λοιποί	2	1	10	19	16	35	31	21	31	20	33	9	---	18	5
<b>8 Είδος Ναρκωτικού</b>															
α) Ηρωίνη	74	73	77	134	157	213	222	243	263	300	318	256	192	244	96
β) Μορφίνη	3	3	---	8	3	1	---	---	---	---	---	---	14	---	---
γ) Ψυχοτρόπες Ουσίες	2	2	1	4	13	7	6	1	1	3	1	1	9	3	---
δ) Κοκαΐνη	---	1	---	---	1	---	3	1	1	1	2	2	2	---	1
ε) Χασίς-Αλκοόλ	---	---	---	---	2	1	1	---	---	---	---	---	---	---	---

\* Ερευνώνται 8 περιπτώσεις θανάτων που αναφέρθηκαν έως 31-12-2004

\*\* Ερευνώνται 171 περιπτώσεις θανάτων που αναφέρθηκαν έως 30-11-2005

\*\* Τα στοιχεία είναι υπο επεξεργασία

(Επίσημα στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας

([www.ydt.gr](http://www.ydt.gr) 15/07/2007)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

(Έρευνα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων στην κοινωνική επανένταξη των τοξικομανών)

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΡΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Οι κυριότερες κριτικές των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι:

- Χρησιμοποιούν σκληρές και επιθετικές μεθόδους με σκοπό την πειθαρχία
- Δεν προσελκύουν μεγάλο αριθμό χρηστών
- Αναμειγνύουν στις ομάδες παλιούς και δύσκολους χρήστες με νέους
- Δεν κάνουν διαχωρισμό των διαφόρων τύπων ουσιοεξάρτησης ( χρήστες ηρωίνης, χρήστες χαπιών κλπ), όλοι μαζί συνυπάρχουν
- Δεν τηρούν αρχαιοθέτηση και συλλογή στοιχείων για μελλοντική αξιολόγηση και παρακολούθηση των χρηστών
- Από τα άτομα που συμμετέχουν στο πρόγραμμα ένα μικρό ποσοστό το τελειώνει με επιτυχία, οι υπόλοιποι εγκαταλείπουν και ξεκινούν πάλι την χρήση ( Λιάππας,1992,σελ 263).

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι οι εξής:

1. το είδος της Θεραπευτικής Προσέγγισης
2. η εντατικότητα της Θεραπευτικής Παρέμβασης
3. ο χρόνος της Θεραπείας

4. τα χαρακτηριστικά του χρήστη ουσιών
5. η διαθεσιμότητα των Υπηρεσιών

Η Αποτελεσματικότητα των Θεραπευτικών Προγραμμάτων εξαρτάται από:

- το χρόνο παραμονής του χρήστη στο θεραπευτικό πρόγραμμα
- την αποχή του ατόμου από τη χρήση άλλων ουσιών ( φάρμακα, χασίς κλπ) παράλληλα της αποχής από την κύρια ουσία της χρήσης
- τη μείωση της εμπλοκής των χρηστών στο νομικό σύστημα
- την επαγγελματική απασχόληση

Από την 1/1/1994 έως την 3/2/1995 στις θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕ.ΘΕ.Α. λειτούργησαν τα εξής προγράμματα: ΙΘΑΚΗ, ΣΤΡΟΦΗ, ΕΞΟΔΟΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, ΔΙΑΒΑΣΗ, ΝΟΣΤΟΣ. Στα προγράμματα αυτά, τη συγκεκριμένη περίοδο εισήχθησαν 766 άτομα εκ των οποίων οι 650 ήταν άνδρες και οι 116 ήταν γυναίκες.

Το δείγμα που επιλέχθηκε ήταν ανεξάρτητο από το χρόνο παραμονής των τοξικομανών στις Θεραπευτικές Κοινότητες.

Από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα προκύπτουν τα εξής αποτελέσματα:

- το 79,1% είναι άνδρες και το 20,9% μόνο είναι γυναίκες
- το 10,6% είναι ηλικίας 23 ετών, το 22,6% είναι ηλικίας από 31 έως 35 ετών, το 19,5% είναι ηλικίας 36-40 ετών και το 7% είναι έως και 40 ετών
- το 66,6% του δείγματος πήρε μέρος στα θεραπευτικά προγράμματα διαμονής ( ΙΘΑΚΗ, ΕΞΟΔΟΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, ΝΟΣΤΟΣ ) του ΚΕ.ΘΕ.Α. κατά τα έτη 1994 και 1995
- το 33,4% του δείγματος παρακολούθησαν ανοικτό θεραπευτικό πρόγραμμα ( ΣΤΡΟΦΗ, ΔΙΑΒΑΣΗ ) του ΚΕ.ΘΕ.Α.

Χρόνος παραμονής του δείγματος στις θεραπευτικές κοινότητες

Το 35,7% του δείγματος παρέμεινε στη θεραπευτική κοινότητα για ένα χρόνο. Για εννέα μήνες τουλάχιστον παρέμεινε στη θεραπεία το 41,2% ενώ το 57,7% παρέμεινε για περισσότερο από 3 μήνες.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Είναι φανερό και από τα παραπάνω ότι το ποσοστό του ανδρικού πληθυσμού είναι μεγαλύτερο από εκείνο των γυναικών που συμμετέχει στη θεραπευτική κοινότητα. Η μέση ηλικία των ανδρών είναι 28,5 ετών



και η αντίστοιχη των γυναικών 26 ετών. Το μορφωτικό τους επίπεδο συγκεντρώνεται κυρίως στους απόφοιτους Λυκείου, ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου και έπονται αυτοί του Δημοτικού ενώ υπάρχουν και άτομα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ( ιδιαίτερα οι άνεργοι ). Όλοι έχουν ελληνική καταγωγή, οι οποίοι έχουν μεγαλώσει με τους γονείς τους και τη συγκεκριμένη περίοδο διαμένουν με τον/την σύντροφό τους ή και μόνοι τους. Σχεδόν όλοι κατέχουν στέγη. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς που κάνουν αίτηση για τη συμμετοχή τους στα θεραπευτικά προγράμματα έχουν υποβληθεί και σε άλλη θεραπεία στο παρελθόν.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία που εξετάσαμε οι συμμετέχοντες των προγραμμάτων βοηθούνται σε σημαντικό βαθμό στην κοινωνική επανένταξή τους. Ακόμη και αυτή που εγκαταλείπουν πρόωρα τη θεραπεία έχουν ενισχύσει της αλλαγές των προσωπικοτήτων τους.

Επίσης η οικογένεια παίζει καθοριστικό ρόλο της ουσιοεξάρτησης. Τόσο στην συμμετοχή της στην ώθηση του χρήστη να εμπλακεί με τις ουσίες όσο και στην παρότρυνση του μέλους της για απεξάρτηση. Η ίδια πρέπει να βοηθά το μέλος να αποδεχθεί το πρόβλημα αλλά και να δημιουργεί το κατάλληλο έδαφος για την κοινωνική επανένταξή του.

Η ατομική ή ομαδικά ψυχοθεραπεία βοηθά τον τοξικομανή να προσαρμοσθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα και να διανύσει όλα τα στάδια της απεξάρτησης έως και της κοινωνικοποίησης του ομαλά.

Η διεξαγωγή της θεραπευτικής διαδικασίας στο θεραπευτικό πρόγραμμα δεν είναι δύσκολη μόνο για τους θεραπευόμενους αλλά και για τους θεραπευτές. Οι ίδιοι χρειάζονται ψυχοθεραπεία, κατάλληλη εποπτεία και εκπαίδευση.

Ο αριθμός των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι ανεπαρκής τη στιγμή που αυξάνονται συνεχώς τα άτομα που επιθυμούν να συμμετέχουν σε αυτά. Ο περιορισμός των θέσεων δημιουργεί μεγάλες λίστες αναμονής και χρόνο αναμονής ενώ δεν είναι τυχαία η ύπαρξη συναισθημάτων όπως της αγωνίας και της απογοήτευσης.

Τα θεραπευτικά αυτά προγράμματα κατέχουν καταλυτικό ρόλο στην κοινωνική επανένταξη των χρηστών και στην ανασυγκρότηση της προσωπικότητάς τους. Θα πρέπει όμως να δημιουργηθούν ακόμα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα με στόχο την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση, αλλά με κύριο σκοπό την κάλυψη των αναγκών των τοξικομανών.

