

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:
«ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ»

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ: ΒΕΝΕΤΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΕΓΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

**Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα
Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του
Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) Πάτρας**

Πάτρα 2009

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	6
1.1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	6
1.2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ	10
1.3.ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ	19
2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ.....	19
2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ	20
2.3. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	23
3.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ	23
3.2. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	24
3.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΥΛΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ	26
3.4. ΑΠΟ ΤΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΥΛΟ.....	28
3.5. ΤΡΟΠΟΣ ΣΚΕΨΗΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	32
4.1. Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ	32
4.2. Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	35
4.3. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΗΜΕΡΑ . 43	
5.1. ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	43
5.1.1. ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	48
5.2. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.....	51
5.3.Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ	54
5.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....	56
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τη καθηγήτριά μου καθώς και την οικογένειά μου, για την πολύτιμη βοήθεια και στήριξή τους κατά τη διάρκεια συγγραφής της πτυχιακής μου μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία θα μελετήσουμε το φαινόμενο της ουσιοξάρτησης και τον τρόπο που το αντιμετωπίζει κάθε φύλο

Πιο συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο θα αναλυθεί το φαινόμενο των ναρκωτικών και στο δεύτερο κεφάλαιο το πρόβλημα του αλκοολισμού.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα εντοπίσουμε τις βιολογικές διαφορές των δύο φύλων ενώ στο τέταρτο θα μελετήσουμε πως αντιδρά το κάθε φύλο στην εξάρτηση και θα κάνουμε σύγκριση μεταξύ αντρών και γυναικών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο θα προτείνουμε τρόπους πρόληψης αλλά κι αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης σήμερα και θα δούμε και τον ρόλο που διαδραματίζει στο χώρο αυτό ο κοινωνικός λειτουργός.

Στο τέλος θα εξαχθούν τα συμπεράσματά μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα σοβαρά προβλήματα που απασχολούν τη χώρα μας, είναι η μεγάλη εξάπλωση, χρήση και διάδοση των ναρκωτικών. Γι' αυτό το λόγο επιλέξαμε κι εμείς να αναπτύξουμε το συγκεκριμένο θέμα που προβληματίζει πολλές οικογένειες στην εποχή μας .

Ωστόσο η φοβερή αυτή μάστιγα δεν είναι προϊόν της εποχής μας. Η ιστορία της ανθρωπότητας είναι γεμάτη από παραδείγματα χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Βότανα, ρίζες, καρποί και φύλλα φυτών χρησιμοποιούνταν για να θεραπεύσουν ή να ανακουφίσουν από το πόνο. Η χρήση ουσιών δεν είναι πάντα κάτι κακό ή επικίνδυνο. Όπως είναι γνωστό για χιλιάδες χρόνια, μεγάλοι γιατροί της ανθρωπότητας θέραπευαν με τις ουσίες αυτές. Δυστυχώς, όμως, πολλές ουσίες προκαλούν συναισθήματα ευφορίας, δύναμης και ευεξίας. Έτσι, όταν χρησιμοποιούνται γι' αυτό το λόγο εμφανίζονται επικίνδυνες καταστάσεις κατάχρησης και εξάρτησης από την ουσία. Με την ανάπτυξη της χημείας νέες ουσίες προστέθηκαν στη λίστα. Η ανάπτυξη διακρατικής επικοινωνίας συντέλεσε να αυξηθεί η διάδοση των ουσιών. Τα τελευταία χρόνια, η διάδοση του φαινομένου είναι τόσο μεγάλη ώστε να αποτελεί αδυσώπητο εφιάλτη του κοινωνικού συνόλου.

Εξίσου σοβαρό κοινωνικό και ψυχιατρικό πρόβλημα αποτελεί η κατάχρηση του αλκοόλ. Οι διαταραχές χρήσης του αλκοόλ είναι κοινές θανατηφόρες καταστάσεις που μεταμφιέζονται συχνά ως άλλα ψυχιατρικά σύνδρομα. Ο μέσος όρος μείωσης της διάρκειας ζωής του ατόμου που είναι εξαρτημένο από το αλκοόλ είναι από 10 έως 15 έτη.

Στόχος μας είναι να μελετηθούν οι δύο αυτές μορφές εξάρτησης, να συγκριθεί η εξάρτηση των ναρκωτικών και του αλκοόλ στα δύο φύλα και να γίνει αναφορά στους τρόπους πρόληψης κι αντιμετώπισης σήμερα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

1.1.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες (ναρκωτικά) είναι ουσίες φυτικές ή χημικές που μπορεί να προκαλέσουν μεταβολή της σωματικής, πνευματικής ή συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου που τις χρησιμοποιεί. Υπάρχουν νόμιμες και κοινωνικά παραδεκτές ουσίες, όπως το αλκοόλ, ο καφές, ο καπνός και φάρμακα που δίνονται με συνταγή γιατρού. Επίσης, παράνομες και κοινωνικά απαράδεκτες, όπως το χασίς, η ηρωίνη, η κοκαΐνη κτλ.

Ο όρος «ναρκωτικά» δεν είναι ο πιο κατάλληλος για να αποδώσει τις διάφορες ουσίες που περιλαμβάνει εννοιολογικά. Ορισμένες απ' αυτές, όπως η κοκαΐνη και οι αμφεταμίνες, είναι κατεξοχήν διεγερτικές και όχι κατασταλτικές/ναρκωτικές ουσίες. Πολλοί ειδικοί χρησιμοποιούν τον όρο «εξαρτησιογόνες ουσίες», στις οποίες όμως ανήκουν τόσο ο καπνός όσο και το οινόπνευμα που δημιουργούν ισχυρή εξάρτηση. Από την άλλη, πολλοί αμφισβητούν αν τα πιο διαδεδομένα ναρκωτικά, η μαριχουάνα και το χασίς, προκαλούν βιολογική εξάρτηση.

Στη συνείδηση του περισσότερου κόσμου, τα ναρκωτικά είναι παράνομες ουσίες που λαμβάνονται για να προκαλέσουν ευφορία αλλά έχουν σοβαρές τοξικές παρενέργειες στον ανθρώπινο οργανισμό. Ούτε αυτή η αντίληψη ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας, πολλά ναρκωτικά ήταν νόμιμα, ενώ τα τελευταία χρόνια η αποποινικοποίηση ορισμένων ουσιών υιοθετείται με αυξανόμενο ρυθμό. Επίσης, η τοξικότητα ορισμένων ναρκωτικών εξαρτάται από τη δοσολογία, από τις συνθήκες λήψης, από τη συνέργια με άλλες ουσίες. Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις, ο όρος «ναρκωτικά» θα έπρεπε να περιοριστεί στις νόμιμες ή παράνομες ουσίες, φυτικής ή χημικής προέλευσης, οι οποίες είναι δυνατόν να προκαλέσουν φυσική, διανοητική και συναισθηματική αλλοίωση.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ναρκωτικά είναι κάθε ουσία που όταν εισάγεται μέσα σ' έναν ζωντανό οργανισμό μπορεί να μεταβάλλει μία ή πολλές από τις λειτουργίες του, με έμφαση τις ψυχικές (συμπεριλαμβανομένου και του οιοπνεύματος). Είναι ουσίες: τοξικές, φυσικές ή χημικές που οδηγούν το άτομο σε εξάρτηση και μεταβάλλουν τη ψυχολογία του καθώς και τη νοητική του

δραστηριότητα. Τις ουσίες αυτές ο οργανισμός τις συνηθίζει γι' αυτό θέλει να τις παίρνει συνέχεια. Οι ουσίες αυτές ονομάζονται αλλιώς «ψυχοτρόπες»¹.

Σε κάθε περίπτωση, τα «ναρκωτικά» αποτελούν μείζων πρόβλημα υγείας στη σύγχρονη εποχή, με σοβαρές επιπτώσεις στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα(ειδικά των νέων), αλλά και με σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις, πολλές από τις οποίες επιτείνονται από το ισχύον καθεστώς παρανομίας στη παραγωγή, διακίνηση και χρήση τους.

Με βάση τη φαρμακολογική τους δράση, τα «ναρκωτικά» θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε 4 μεγάλες κατηγορίες:

1. Στα ψευδαισθησιογόνα ή παραισθησιογόνα (χασίς, μαριχουάνα ,LSD)

Είναι οι πλέον γνωστές ουσίες, προερχόμενες από το φυτό της κάνναβης. Συνήθως καπνίζονται αναμειγμένες με καπνό σε στριφτά τσιγάρα και απελευθερώνουν μια χαρακτηριστική μυρωδιά. Στη δεκαετία του '60-'70, το κίνημα των χίπις υιοθέτησε τη μαριχουάνα, η οποία είχε μεγάλη διάδοση στους νέους συμβολίζοντας τη διαμαρτυρία κατά του κατεστημένου. Επειδή η κάνναβη δεν προκαλεί ισχυρή βιολογική εξάρτηση, προτείνεται ως ακίνδυνο ναρκωτικό και η χρήση της είναι ευρέως εξαπλωμένη. Στους έφηβους μαθητές ένα στα τρία αγόρια (ποσοστό 27%) και περισσότερο από ένα στα δέκα κορίτσια (ποσοστό 15%) έχουν δοκιμάσει ή κάνουν συχνά χρήση κάνναβης. Η κάνναβη είναι το πρώτο βήμα για την εξάρτηση και έχει χρησιμοποιηθεί από το σύνολο όλων όσοι αναφέρουν τη χρήση άλλων ουσιών.

Οι επιδράσεις κορυφώνονται τριάντα λεπτά μετά το κάπνισμα και διαρκούν δύο με τρεις ώρες. Προκαλούνται ευεξία, ευφορία, γέλιο, χαλάρωση. Αυξάνεται η ευαισθησία στην πρόσληψη αισθητηριακών ερεθισμάτων (τα χρώματα γίνονται φωτεινότερα, ο χρόνος επιμηκύνεται) και τονώνεται η αυτοπεποίθηση. Σε ορισμένες περιπτώσεις παρουσιάζονται αρνητικές επιδράσεις, με άγχος, δυσφορία, εριστικότητα, περίεργες φοβίες και παρανοϊκές σκέψεις. Στο επίπεδο σωματικών συμπτωμάτων παρατηρούνται αύξηση της όρεξης, ταχυκαρδία, ξηροστομία και μυδρίαση (διαστολή της κόρης των οφθαλμών). Η χρόνια λήψη υψηλών δόσεων

¹ Stop Ναρκωτικά, Χορηγός: Δεύτερη Αναθεωρημένης έκδοσης, Εκδόσεις Σάκκουλα Αντ. Ν., Αθήνα – Κομοτηνή 1994, σελ 6

μπορεί να προκαλέσει αϋπνία, ανορεξία, βλάβες στο αναπνευστικό, το ανοσοποιητικό και το αναπαραγωγικό σύστημα. Σε ψυχολογικό επίπεδο οι χρόνιοι χρήστες κάνναβης παρουσιάζουν άγχος και κρίσεις πανικού, δυσκολία στη συγκέντρωση, απώλεια ενδιαφερόντων, απάθεια και κοινωνική απόσυρση. Οι κανναβινοειδείς μεταβολίτες στο αίμα μπορούν να ανιχνευθούν μέσα σε διάστημα επτά έως δέκα ημερών στις περιπτώσεις συνήθους χρήσης και δεκαπέντε έως τριάντα ημερών στις περιπτώσεις λήψης μεγάλων δόσεων².

2. Στα διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (κοκαΐνη, αμφεταμίνη)

Λαμβάνονται από το στόμα, τη μύτη ή ενδοφλεβίως και προκαλούν ευφορικό συναίσθημα, κόπωση, ένταση της προσοχής και της συγκέντρωσης, ανορεξία και αϋπνία. Κατά τη διάρκεια της δράσης ο χρήστης έχει τονωμένη αυτοπεποίθηση και βελτιωμένες ικανότητες. Η συστηματική χρήση όμως προκαλεί έντονη ψυχολογική εξάρτηση και φαινόμενα ανοχής, με αποτέλεσμα να απαιτείται αύξηση της ποσότητας για να μπορεί το άτομο να λειτουργήσει έστω και στοιχειωδώς. Η χρόνια ή η υπερβολική χρήση προκαλεί ευερεθιστότητα, υπερκινητικότητα και ψυχωσικές αντιδράσεις παρανοϊκού τύπου.

3. Στα κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ηρεμιστικά και υπνωτικά χάπια)

Οι βενζοδιαζεπίνες αποτελούν μια κατηγορία φαρμάκων με ηρεμιστικές, υπνωτικές, αγχολυτικές, αντισπασμωδικές, αναισθητικές και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες. Οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται συχνά για να προσφέρουν ανακούφιση σύντομης διάρκειας στις καταστάσεις σοβαρού άγχους ή αϋπνίας. Χρησιμοποιούνται επίσης για τη θεραπεία των σπασμωδικών κρίσεων και συμβάλλουν στην επαγωγή της αναισθησίας. Η χρήση τέτοιων ουσιών μπορεί να είναι προβληματική μακροπρόθεσμα λόγω ανάπτυξης ανοχής και μπορεί να προκαλέσουν εξάρτηση, σωματική και ψυχική. Είναι αγωνιστές του GABA (γ-αμινοβουτυρικό οξύ) και επιδρούν στους υποδοχείς GABA_A, των οποίων η ενεργοποίηση επιβραδύνει την πιο υψηλή δραστηριότητα των νευρώνων. Λόγω της αποτελεσματικότητάς τους και του μειωμένου αριθμού παρενεργειών, σε σύγκριση

² Εγχειρίδιο Πρόληψη-Οινοπνευματώδη, Ναρκωτικά και Καπνός, ΕΠΙΨΥ

με τα βαρβιτουρικά, οι βενζοδιαζεπίνες έχουν καθιερωθεί ως το επιλεγμένο φάρμακο για τη θεραπεία των διαταραχών που οφείλονται στο άγχος και την αϋπνία³.

Τα βαρβιτουρικά φάρμακα παραγόμενα από το βαρβιτουρικό οξύ είναι καταπραϋντικά και "υπνωτικά", που ασκούν ηρεμιστική επίδραση στο άτομο, καθώς καταπιέζουν συγκεκριμένα κέντρα του Νευρικού Συστήματος. Τα βαρβιτουρικά μπορούν να προκαλέσουν εθισμό, συνεπώς «ναρκομανία», δεδομένου ότι η συνεχής χρήση τους δημιουργεί την ανάγκη αύξησης των δόσεων για την επιτυχία των επιθυμητών καταστάσεων «ηρεμίας». Η συνεχής χρήση και οι αυξανόμενες δόσεις βαρβιτουρικών οδηγούν το άτομο σε έντονη νευρική κατάσταση, χάσιμο βάρους και ακόμη πιθανές ανεπανόρθωτες βλάβες του εγκεφάλου και του Νευρικού Συστήματος. Τα συμπτώματα του «συνδρόμου αποστέρησης» είναι τόσο οδυνηρά και επικίνδυνα, που κατά περίπτωση ξεπερνούν και εκείνα της ηρωίνης και συμπεριλαμβάνουν σπασμούς και ντελίριουμ⁴.

4.Στα οπιούχα (όπιο, ηρωίνη, μορφίνη)

Τα παράγωγα του οπίου χρησιμοποιούνται φαρμακευτικά ως αναλγητικές ουσίες, γιατί ανακουφίζουν από τον πόνο και προκαλούν αίσθημα ευφορίας. Κατατάσσονται στα σκληρά ναρκωτικά, επειδή προξενούν ταχύτατα ανοχή και εξάρτηση, με αποτέλεσμα έπειτα από λίγες μέρες χρήσης να απαιτείται αύξηση της δοσολογίας και στη διακοπή τους να παρατηρούνται στερητικά φαινόμενα. Η ηρωίνη λαμβάνεται ενδοφλεβίως ή από το στόμα ή εισπνέεται σε μορφή αναθυμιάσεων θερμαινόμενης σκόνης πάνω σε αλουμινόχαρτο. Η δράση της είναι ταχεία (περιγράφεται ως flash) και προκαλεί ένα αίσθημα μέθης, ευφορίας, γαλήνης, καθώς και ένταση στις αισθητηριακές προσλήψεις και τα συναισθήματα. Σε σωματικό επίπεδο παρατηρούνται επιβράδυνση του ρυθμού της αναπνοής, μύση (συστολή της κόρης του οφθαλμού), μυϊκές συσπάσεις και τρόμος. Υπό την επίδραση της ουσίας ο χρήστης μένει τρεις έως τέσσερις ώρες με βλέμμα απλανές και απόμακρο. Δεν θέλει να ενοχλείται από θορύβους και έντονο φως και φαίνεται να μην ενδιαφέρεται για ό,τι συμβαίνει γύρω του. Ακολουθεί μια περίοδος τριών έως τεσσάρων ωρών

³ Εγκυκλοπαίδεια Βικιπαίδεια

⁴ Πιπερόπουλος Γ., 2002, Ναρκωτικά, *Καταναλωτικά Βήματα*, έκδοση: "Αλκοολισμός και Ναρκωτικά" του Ταμείου Υγείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας

φυσιολογικής συμπεριφοράς. Μετά όμως γίνεται ευερέθιστος, απότομος, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί και χρειάζεται νέα λήψη.

1.2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Η κατανάλωση ναρκωτικών τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζει διεθνώς σημαντική έξαρση. Στις δεκαετίες του 1960 και του 1970, υπήρξε σημαντική αύξηση της κατανάλωσης χασίς και μαριχουάνας, ενώ στις δεκαετίες του 1980 και 1990, αυξήθηκε η κατανάλωση ναρκωτικών, όπως της ηρωίνης και της κοκαΐνης. Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, η κάνναβη αποτελεί το πλέον διαδεδομένο παράνομο ναρκωτικό στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Υπολογίζεται ότι 1 έως 9% του ενήλικου πληθυσμού και το 20% των νέων, έχει κάνει χρήση κάνναβης κατά τη διάρκεια του 1998. Οι αμφεταμίνες αποτελούν το δεύτερο πιο διαδεδομένο παράνομο ναρκωτικό στις περισσότερες χώρες (1-9% του ενήλικου πληθυσμού, περίπου 6% των νέων). Σε ότι αφορά τη κοκαΐνη, παρατηρείται μέτρια αλλά σταθερή αύξηση της χρήσης της, ενώ για την ηρωίνη αναφέρεται αύξηση σε ορισμένες μόνο χώρες. Εθισμό στα οπιούχα, παρουσιάζει μόνο το 0.2- 0,3% του πληθυσμού της ΕΕ, ποσοστό που θεωρείται αρκετά χαμηλό.

Έρευνες που έγιναν από το Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής δείχνουν ότι η χρήση ναρκωτικών έχει διαδοθεί σημαντικά, ιδιαίτερα στους εφήβους, με επίπεδα χρήσης που προσεγγίζουν αυτά των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Η μεγαλύτερη διάδοση εντοπίζεται στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα: Αθήνα και Θεσσαλονίκη. Παρατηρείται όμως μια σαφής τάση επέκτασης του φαινομένου στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Τα στοιχεία από τις έρευνες φανερώνουν την ανοδική πορεία της χρήσης ουσιών από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Την τελευταία πενταετία φαίνεται ότι ο ρυθμός αύξησης της χρήσης έχει επιταχυνθεί εξαιρετικά. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την υιοθέτηση νέων αντιλήψεων και συμπεριφορών που αρνούνται την επικινδυνότητα της χρήσης (κυρίως της κάνναβης), καθώς και από την αύξηση της διαθεσιμότητας των παράνομων ουσιών, οι οποίες πωλούνται κατεξοχήν στους χώρους νυχτερινής

διασκέδασης των νέων. Διαδεδομένο είναι στους έφηβους και το φαινόμενο της πολλαπλής χρήσης ουσιών, δηλαδή η παράλληλη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών, όπως το οινόπνευμα, τα ψυχοδραστικά φάρμακα και τα συνθετικά ναρκωτικά (όπως η ουσία "έκσταση")⁵.

Τα τελευταία διαθέσιμα ερευνητικά στοιχεία για τη χρήση παράνομων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό είναι από την έρευνα ESPAD, την οποία υλοποίησε το ΕΠΙΨΥ το 2003 (πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, 8.658 μαθητές ηλικίας 14-17 ετών, ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, χωρίς την παρουσία εκπαιδευτικού στην αίθουσα, χρηματοδότηση ΟΚΑΝΑ).

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

Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει την ηλικία έναρξης της χρήσης κάνναβης για τα αγόρια ηλικίας 17-18 ετών στη Γαλλία.

⁵ Ράτρη Γ, Χάουελς Μ, Σίγκλερ Ι (1994): «Παιδιά και ναρκωτικά: Ένα χρήσιμο βιβλίο για δασκάλους, γονείς και παιδιά» Εκδ: Ερμιόνη – Χαρά, Αθήνα

Διάγραμμα 1



Σε μελέτη, η οποία έχει βασιστεί σε στοιχεία έρευνας που διερευνούσε τη συσχέτιση μεταξύ στάσεων και συμπεριφοράς σχετικά με τη φυσική άσκηση, τη βίαιη συμπεριφορά σε αθλητικούς χώρους, τη διατροφή, το κάπνισμα και τη χρήση μαριχουάνας / χασίς ή της ουσίας «Έκσταση», σε 5.991 μαθητές ηλικίας 11-12, 13-14 και 16-17 ετών (τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία, ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, χωρίς την παρουσία εκπαιδευτικού στην αίθουσα) χρήση μαριχουάνας / χασίς ή της ουσίας «Έκσταση» αναφέρεται από το 3,9% των αγοριών και το 1,6% των κοριτσιών ηλικίας 13-14 ετών. Μεταξύ των εφήβων ηλικίας 16-17 ετών χρήση έστω και μία φορά αναφέρεται από το 11,2 των αγοριών και το 4,3% των κοριτσιών (Papaioannou et al. 2004).

Το 2004 δημοσιεύτηκε μελέτη με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης της χρήσης κάνναβης νωρίς στην εφηβεία με ψυχωσικά συμπτώματα αργότερα σε μεγαλύτερη ηλικία. Η μελέτη αυτή βασίστηκε σε έρευνα που υλοποιήθηκε το 2001 στα πλαίσια διαχρονικής (longitudinal) έρευνας σε 3.500 εφήβους ηλικίας 18 ετών (45% αγόρια) (ταχυδρομική αποστολή ερωτηματολογίου με διασφαλισμένη ανωνυμία των στοιχείων). Σύμφωνα με τη μελέτη, το 6% των εφήβων αναφέρουν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή. Ειδικότερα, το 2% των ερωτηθέντων χρησιμοποίησαν κάνναβη μόνο μία φορά στη ζωή τους, το 1,4% δύο έως τέσσερις φορές, το 1,5% πέντε ή και περισσότερες φορές, ενώ το 0,9% έκανε συστηματική χρήση. Η χρήση άλλων ουσιών ήταν πολύ χαμηλότερη του 1%. Μεταξύ αυτών που ανέφεραν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή, ο ένας στους 4 ανέφερε πρώτη χρήση πριν από την ηλικία των 15 ετών. Σε σύγκριση με τα κορίτσια, τα αγόρια αναφέρουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό χρήση κάνναβης (8% έναντι

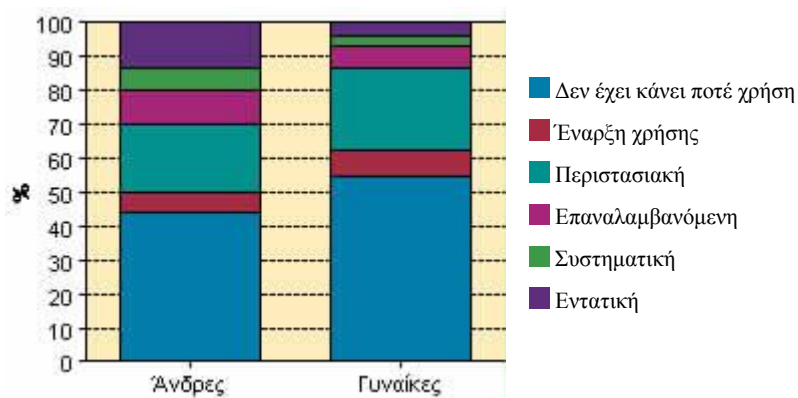
4% των κοριτσιών) ή άλλων ουσιών (1,7% έναντι 0,3% των κοριτσιών) (Stefanis et al. 2004).

Κάνναβη υπολογίζεται ότι έχουν δοκιμάσει εβδομήντα εκατομμύρια Ευρωπαίοι, δηλαδή σχεδόν το ¼ των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών. Σε εθνικό επίπεδο, τα ποσοστά κυμαίνονται από 2% έως 37%, με χαμηλότερη επικράτηση στη Βουλγαρία, τη Μάλτα και τη Ρουμανία και υψηλότερη στη Δανία (36,5%), στη Γαλλία (30,6%), στη Βρετανία (29,8%) και στην Ιταλία (29,3%). Είκοσι τρία εκατομμύρια Ευρωπαίοι, περίπου το 7% των ενηλίκων 15-64 ετών, έχουν κάνει χρήση κατά το τελευταίο έτος και 13,4 εκατομμύρια (4%) τον τελευταίο μήνα.

Τα διαχρονικά στοιχεία δείχνουν ότι η χρήση της κάνναβης παρουσίασε μεγάλη αύξηση, σε όλα σχεδόν τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τη δεκαετία του '90, αύξηση η οποία συνεχίστηκε μέχρι πρόσφατα σε αρκετές χώρες. Τα τελευταία χρόνια, όμως, εμφανίζονται ενδείξεις σταθεροποίησης σε ορισμένες χώρες, ιδιαίτερα σε αυτές που παραδοσιακά εμφανίζουν υψηλά ποσοστά (ΕΚΠΙΝΤ 2007).

Το παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζει το επίπεδο χρήσης κάνναβης στην ηλικία των 17-18 ετών στη Γαλλία το 2001.

Διάγραμμα 2



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

14,6 εκατομμύρια (6%) έκαναν χρήση μαριχουάνας, ποσοστό σταθερό από το 2003 (SAMHSA 2006).

Η κοκαΐνη έχει εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια σε πολλά κράτη της Ευρώπης στη δεύτερη κατά προτίμηση ουσία μετά τη κάνναβη. Περισσότεροι από 12 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πειραματίζονται με την ουσία, αντιπροσωπεύοντας το 4% του ενήλικου πληθυσμού. Σε εθνικό επίπεδο, τα ποσοστά κυμαίνονται από 0,2% σε 11,5%, με υψηλότερα ποσοστά στην Ισπανία, στην Ιταλία και στη Βρετανία. Η χρήση κοκαΐνης κατά τον τελευταίο χρόνο αφορά τουλάχιστον 4,5 εκατομμύρια Ευρωπαίους, ενώ 2 εκατομμύρια κάνουν συστηματικότερη χρήση κατά τον τελευταίο μήνα (ΕΚΠΙΝΤ 2007). Ο ίδιος περίπου αριθμός συστηματικών χρηστών (2,4 εκατομμύρια) συναντάται και στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2005 .

Η τάση σταθεροποίησης στη χρήση κοκαΐνης, η οποία επισημάνθηκε το 2005 στην Ευρώπη, φαίνεται να ανακόπτεται το 2006, τουλάχιστον στην ομάδα των νεαρών ενηλίκων (15-34 ετών), όπου παρατηρείται αυξητική τάση. Οι δύο χώρες με τα υψηλότερα παραδοσιακά ποσοστά, η Ισπανία και η Βρετανία, δεν εμφανίζουν περαιτέρω αύξηση (ΕΚΠΙΝΤ 2007).

Βάσει των παραπάνω οι νεαροί θαμώνες εκδηλώνουν γενικά τις παρακάτω συμπεριφορές κινδύνου:

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

Η δοκιμή αμφεταμινών στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίζεται ότι αφορά περίπου 3,5 εκατομμύρια, το 11% του ενήλικου πληθυσμού 15-64 ετών, ενώ 2 εκατομμύρια

έχουν κάνει χρήση κατά τον τελευταίο χρόνο. Τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 0,1% και 3,6% στα διάφορα κράτη, όμως στη Δανία και στη Βρετανία ανέρχονται σε 6,9% και 11,5% αντίστοιχα (ΕΚΠΙΝΤ 2007). Σχεδόν 1,5 εκατομμύριο Ευρωπαίοι (ποσοστό περίπου 3%) πειραματίζονται με την ουσία « Έ κ σ τ α σ η » και 3 εκατομμύρια χρησιμοποιούν την ουσία συστηματικότερα, δηλαδή κατά το τελευταίο έτος. Στα μισά από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης η επικράτηση φτάνει μέχρι το 2,5% ή και χαμηλότερα, ενώ υψηλότερα ποσοστά αναφέρουν η Βρετανία (7,2%), η Τσεχία (7,1%), η Ισπανία (4,4%) και η Σλοβακία (4,0%).

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

Η χρήση της ουσίας «Εκσταση» αφορά κατά κύριο λόγο την Ευρώπη, αν και φαίνεται πως κερδίζει σιγά σιγά έδαφος και στον υπόλοιπο κόσμο. Στη Βόρεια Αμερική, πάντως, και ιδιαίτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο πειραματισμός με την ουσία μειώθηκε ελαφρώς από το 2003 έως το 2005 (ΟΗΕ 2006). Η προβληματική χρήση, δηλαδή η χρήση ηρωίνης, διατηρείται γενικά στα ίδια επίπεδα ή και μειώνεται τα τελευταία χρόνια. Τάση μείωσης παρουσιάζει επίσης και η επίπτωση στους νέους χρήστες. Πρόσφατα στοιχεία από τα κράτη-μέλη τοποθετούν την προβληματική χρήση ηρωίνης μεταξύ μίας και τριών περιπτώσεων ανά 1.000 κατοίκους (ΕΚΠΙΝΤ 2007). Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η χρήση ηρωίνης παρέμεινε σταθερή κατά την περίοδο 2003-2005.

Στην Ελλάδα, ο αριθμός των εξαρτημένων από ναρκωτικά ατόμων, ανέρχεται σύμφωνα με τον ΟΚΑΝΑ, σε 50.000 έως 70.000 άτομα. Το πιο διαδεδομένο παράνομο ναρκωτικό είναι και στην Ελλάδα, η κάνναβη. Επίσης, οι θάνατοι από τη χρήση ενδοφλέβιας ηρωίνης από 71 που ήταν το 1991, έφθασαν τους 239 το 1998. Ο αριθμός αυτός αποτελεί σαφώς υποεκτίμηση του προβλήματος, αφού ορισμένοι θάνατοι δεν καταγράφονται ενώ δεν συνυπολογίζονται οι θάνατοι από ηπατίτιδες, AIDS κτλ που προκλήθηκαν από τη χρήση ναρκωτικών.

1.3.ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.), το 1998, οι άνδρες εμφανίστηκαν σε

τριπλάσιο αριθμό περισσότερο από τις γυναίκες να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Προκειμένου να εξετάσουμε το φαινόμενο φύλο και εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες, θα πρέπει πρώτα να μελετήσουμε την πορεία του ατόμου μέσα στην οικογένειά του, δεδομένου ότι οι εμπειρίες του ατόμου, που λαμβάνει αρχικά από το οικογενειακό του περιβάλλον καθορίζουν τη στάση του απέναντι στα ναρκωτικά⁶. Η οικογένεια προεικονίζει την κοινωνία στην οποία αργότερα το παιδί θα ενσωματωθεί μώνοντας το στις διάφορες όψεις της ζωής. Το παιδί από τη συμβίωση μέσα στην οικογένεια διαμορφώνει μία άποψη για τους ρόλους των δύο φύλων, όπως αυτοί φαίνονται μέσα από το ρόλο της μητέρας και του πατέρα. Έτσι οι γονείς, μέσα από τους ρόλους τους ως άνδρας και γυναίκα, προσφέρουν αντίστοιχα μοντέλα συμπεριφοράς ανάλογα με το φύλο. Οι στάσεις των γονέων απέναντι στα παιδιά τους, ανάλογα με το φύλο, κυμαίνονται μεταξύ αποδοχής και μη αποδοχής ή απόρριψης. Στη πρώτη περίπτωση δεν υπάρχουν προβλήματα. Στη δεύτερη περίπτωση, που τις περισσότερες φορές είναι κορίτσι, το παιδί βιώνει έντονη δυσαρέσκεια για το φύλο του, με αποτέλεσμα αυτό να έχει σημαντικές επιπτώσεις αργότερα στις σχέσεις του με το άλλο φύλο. Τα αγόρια, δεδομένου των υψηλών «προσδοκιών» από τους γονείς τους, στην περίοδο της εφηβείας αναζητούν πιστοποιητικά της αξίας τους και τα βρίσκουν σε δήθεν «κοινωνικά ανεβασμένες» παρέες.

Ένας άλλος σημαντικός λόγος, ο οποίος οδηγεί τα αγόρια κυρίως στις ναρκωτικές ουσίες, είναι η τάση τους να ενταχθούν σε κάποια ομάδα, να νιώσουν το συναίσθημα της αλληλεγγύης και της ταυτότητας με τους άλλους. Η πρώτη επαφή με τα ναρκωτικά γίνεται συνήθως από περιέργεια και από παρότρυνση των συνομηλίκων. Οι φίλοι στην αρχή αποτελούν την κυριότερη πηγή εφοδιασμού και ο έφηβος νιώθει ότι συμμετέχει σε μια κοινωνική δραστηριότητα. Αποκτά αυτοπεποίθηση, δείχνει τόλμη και γνώσεις, γίνεται αποδεκτός από την ομάδα. Σε αυτή την πρώτη περίοδο πιστεύει ότι μετέχει σε μια συναρπαστική εμπειρία. Αισθάνεται την ευχαρίστηση που προκαλεί μια απαγορευμένη συμπεριφορά, χωρίς όμως να διακρίνει τον πραγματικό κίνδυνο. Στην πορεία, όταν αργά ή γρήγορα θα

⁶ Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος, Ανίχνευση τάσεων εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (ναρκωτικά, αλκοόλ, φάρμακα, καπνός) στον πληθυσμό του Τ.Ε.Ι. Αθήνας, ηλικίας 18 – 24 ετών, Από την Κοινωνική Συμβουλευτική Υπηρεσία του Τ.Ε.Ι. Αθήνας,

εμφανιστούν τα σημάδια της εξάρτησης, θα καταλάβει ότι έπεσε σε μια παγίδα που έστησε ο ίδιος στον εαυτό του. Η ουσία γίνεται απαραίτητη σε καθημερινή βάση, πρέπει να εφεύρει χίλιους τρόπους για να την προμηθευτεί, οι συγκρούσεις με την οικογένεια αποκτούν μεγάλη ένταση, χάνει το ενδιαφέρον για το σχολείο και σιγά σιγά περιθωριοποιείται, για να ακολουθήσει την προκαθορισμένη μοίρα ενός τοξικομανούς.

Τα άτομα επίσης που καταφεύγουν στις ναρκωτικές ουσίες παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν δύσκολες καταστάσεις της ζωής τους όπως είναι μια αποτυχία.

Οι έφηβοι ισχυρίζονται ότι αν δοκιμάσει κανείς ένα ναρκωτικό, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα εθιστεί σε αυτό. Είναι αλήθεια ότι υπάρχει μια μεγάλη απόσταση από την πρώτη δοκιμή μέχρι την εξάρτηση, την οποία άλλοι έφηβοι θα τη διανύσουν και άλλοι όχι. Στη χώρα μας, στην οποία ο κοινωνικός περίγυρος καταδικάζει τη χρήση ναρκωτικών, οι καθοριστικοί παράγοντες που οδηγούν στην εξάρτηση είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Οι έφηβοι που εγκαταλείπουν την αναζήτηση ρεαλιστικών λύσεων των προβλημάτων τους και αναζητούν φυγή μέσα από τη λήθη των ναρκωτικών έχουν διάφορα χαρακτηριστικά. Μπορεί να είναι άτομα με χαμηλή αυτοπεποίθηση ή μαθησιακά προβλήματα που βιώνουν τη σχολική αποτυχία είτε να είναι άτομα που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες (μετανάστες) ή παρουσιάζουν σωματικές αναπηρίες. Επίσης, οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις είναι ένας σημαντικός παράγοντας, για να οδηγηθεί ένας έφηβος στην εξάρτηση. Παιδιά χωρισμένων γονιών που έχουν ζήσει έντονους καβγάδες και δεν έχουν αναπτύξει ικανοποιητική σχέση με τον έναν ή τον άλλο γονιό είναι περισσότερο επιρρεπή στην εξάρτηση⁷.

Έφηβοι που ζουν με την οικογένειά τους, αλλά βιώνουν την έλλειψη θερμής οικογενειακής ατμόσφαιρας είναι ευάλωτοι στις παροτρύνσεις συνομηλίκων για χρήση ναρκωτικών. Αυτού του είδους οι οικογένειες χαρακτηρίζονται από ασταθή συμπεριφορά των γονιών, έλλειψη συνεργασίας και υποστήριξης, απουσία κατανόησης και διαλόγου. Οι γονείς είναι άλλοτε υπερπροστατευτικοί και υποχωρητικοί, άλλοτε επιθετικοί και απορριπτικοί. Στην εφηβεία η προσφυγή στα

⁷ Ράτρη Γ, Χάουελς Μ, Σίγκλερ Ι (1994): «Παιδιά και ναρκωτικά: Ένα χρήσιμο βιβλίο για δασκάλους, γονείς και παιδιά» Εκδ: Ερμόνη – Χαρά, Αθήνα

ναρκωτικά θεωρείται ένας τρόπος για να επιλυθούν αυτά τα προβλήματα. Έχει αποδειχθεί ότι όσο πιο αρνητική είναι η συμπεριφορά των γονιών, τόσο πιο νωρίς οι έφηβοι δοκιμάζουν τη χρήση ουσιών. Μόλις οι γονείς το ανακαλύπτουν, αντιδρούν με πόνο και οργή. Στη συνέχεια, όταν διαπιστώνουν το μέγεθος του προβλήματος, καταλαμβάνονται από απελπισία. Αυτά τα συναισθήματα είναι δικαιολογημένα, αλλά δεν βοηθούν τον έφηβο. Αυτός έχει ανάγκη να κατανοήσει, μέσα από διάλογο, τις αιτίες και τις προσωπικές αδυναμίες που τον ωθούν στην εξάρτηση. Έχει ανάγκη υποστήριξης, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει την επώδυνη προσπάθεια που απαιτεί η απεξάρτηση.

Η χρήση λοιπόν τοξικών ουσιών (ναρκωτικών) αποτελεί μια από τις συχνότερες αλλά και τις δυσκολότερα αντιμετωπίσιμες παθολογικές καταστάσεις της εφηβείας. Σε μια περίοδο σημαντικών αλλαγών και μεγάλης ψυχικής έντασης, όπως είναι η εφηβεία, τα ναρκωτικά παρουσιάζονται ως θαυματουργές ουσίες που υποτίθεται ότι λύνουν όλα τα προβλήματα.

Βαθμιαία, ο έφηβος οδηγείται από τη χρήση στην εξάρτηση, στην αντικοινωνικότητα και την παραβατικότητα. Οι χρήστες παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα λόγω υπερβολικής δοσολογίας ή νοθευμένων ουσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΥ

2.1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Αλκοολισμός ονομάζεται η παθολογική σχέση που μπορεί να αναπτύξει το άτομο με το αλκοόλ⁸. Ο συγκεκριμένος όρος υποδηλώνει την πλήρη εξάρτηση του ατόμου στο αλκοόλ. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο αλκοολισμός πρόκειται για μια χρόνια διαταραχή της συμπεριφοράς, η οποία εκδηλώνεται με τη συχνή κατανάλωση αλκοολικών ποτών σε υπερβολικό βαθμό και επηρεάζει τη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία του ανθρώπου.

Η κατανάλωση αλκοόλ, σε μικρές ποσότητες θεωρείται ωφέλιμη για αρκετούς, μπορεί όμως να έχει δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα όταν συμβαίνει κατ' επανάληψη. Ο αλκοολισμός είναι μία κατάσταση η οποία όχι μόνο είναι επιβλαβής για τον οργανισμό αλλά έχει και κοινωνικές προεκτάσεις οδηγώντας το άτομο σε κοινωνική απομόνωση με ότι αυτό συνεπάγεται.

Η κατανάλωση κρασιού είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Οι μεσογειακοί λαοί το συγκαταλέγουν στα βασικά στοιχεία του διαιτολογίου τους. Αλκοολούχα ποτά μεγαλύτερης περιεκτικότητας σε αλκοόλ, όπως το ούζο και το τσίπουρο, είναι πλέον κομμάτι της ελληνικής παράδοσης. Τις τελευταίες δεκαετίες, η εισαγωγή και κατανάλωση "σκληρότερων" ποτών όπως ουίσκι, βότκα και πολλά άλλα, γνωρίζει μεγάλη άνθηση έχοντας ιδιαίτερη απήχηση στα νεαρότερα άτομα. Αν και δεν μπορεί να υποστηριχθεί πως ο αλκοολισμός παρατηρείται μόνο στις ημέρες μας, ωστόσο φαίνεται πως το πρόβλημα έχει οξυνθεί τις τελευταίες δεκαετίες⁹. Ο αλκοολισμός χαρακτηρίζεται από:

- Ψυχική εξάρτηση: (έντονη επιθυμία για κατανάλωση αλκοόλ, λόγω της ευφορίας και της ευχαρίστησης που αυτή προσφέρει

⁸ Βέργου Ν., 2006, ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ, "40 εκατ. αλκοολικοί στην Ευρώπη", στην "Ελευθεροτυπία" 04/03/2006

⁹ Μίχας Κ., 2006, Αλκοολισμός: Μήπως θα έπρεπε να μας απασχολεί σοβαρότερα, ανακτημένο από: <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=38250>

- Û Σωματική εξάρτηση: (ανάγκη για λήψη αλκοόλ λόγω του γεγονότος ότι ο οργανισμός το χρειάζεται σαν βασικό διατροφικό στοιχείο, ύστερα από χρόνια κατανάλωση). Παρατηρούνται οργανικές και λειτουργικές διαταραχές αν δεν καταναλωθεί αλκοόλ.
- Û Αντοχή: Ο αλκοολικός αναζητά ολοένα και μεγαλύτερη ποσότητα για να αισθανθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
- Û Απώλεια οποιουδήποτε ενδιαφέροντος και αδιαφορία για τις κοινωνικές του δραστηριότητες.

Πρέπει να σημειωθεί τα παραπάνω σημεία χαρακτηρίζουν την τυπική μορφή του αλκοολισμού χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάποιος πρέπει να παρουσιάζει αποκλειστικά αυτά προκειμένου να θεωρηθεί αλκοολικός.

2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Από το 1980 μέχρι το 1985 οι εισαγωγές των αλκοολούχων ποτών αυξήθηκαν στην Ελλάδα σε ποσοστό 105%. Συγκεκριμένα όσον αφορά στη μπίρα η κατανάλωσή της έφτασε τα 3,6 εκατομμύρια λίτρα το χρόνο. Η κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών σε λίτρα ήταν στην Ελλάδα το 1971 1,9 για τα λεγόμενα βαριά ποτά, 9,4 για τη μπίρα και 40 για το κρασί.

Το 1980 η κατανάλωση αυξήθηκε ραγδαία και συγκεκριμένα σε 6,7 λίτρα για τα βαριά ποτά, 26,4 για την μπίρα και 44 λίτρα για το κρασί. Ωστόσο ιδιαίτερη ανησυχία προκαλεί η αύξηση της κατανάλωσης των αλκοολούχων ποτών από τους νέους και ιδιαίτερα τους έφηβους. Σύμφωνα με ανακοίνωση του 3ου Πανελλήνιου Φαρμακευτικού Συνεδρίου 12% των μαθητριών και 10% των μαθητών των Λυκείων της Αθήνας πίνουν οινοπνευματώδη. Στο ίδιο συνέδριο ανακοινώθηκε πως σε έρευνα που έγινε μεταξύ 8.000 μαθητών από ειδικούς επιστήμονες στις πόλεις Αθήνα, Πάτρα και Ιωάννινα, μόνο το 23,2% των μαθητών δεν πίνει καθόλου. Από έρευνα της

Ψυχιατρικής το 9,2% των αγοριών ηλικίας 12 έως 17 χρόνων έχει μεθύσει από 3 έως 10 φορές, ενώ στα κορίτσια της ίδιας ηλικίας το ποσοστό είναι 5,4%¹⁰.

Αύξηση της κατανάλωσης του αλκοόλ παρατηρείται και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης με μοναδική εξαίρεση τη Γαλλία στην οποία το ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ μειώνεται. Σύμφωνα με τους Davis et al. (1983)¹¹ στο Βέλγιο το 1% του πληθυσμού είναι αλκοολικοί και στη Γαλλία το 8,5% του πληθυσμού καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Στην Ολλανδία 40.000 άτομα είναι εθισμένα στο αλκοόλ ενώ 120.000 άτομα ζητούν βοήθεια από επαγγελματίες για το αλκοόλ. Στην Σουηδία το 3,6% του πληθυσμού κάνει κατάχρηση αλκοόλ¹². Επίσης το 66% του πληθυσμού της Αγγλίας και της Ουαλίας πίνει τακτικά αλκοόλ. Στη Β. Ιρλανδία το 34% του πληθυσμού καταναλώνει τακτικά αλκοόλ και στη Σκωτία το 54% του πληθυσμού¹³.

Τέλος στην Αμερική βάσει στατιστικών του 1989 93.000.000 άτομα καταναλώνει αλκοόλ και 18.000.000 είναι αλκοολικοί. Κάθε χρόνο στην Αμερική πεθαίνουν Από το αλκοόλ 150.000 άτομα. Ιδιαίτερα ανησυχητικά είναι και τα στοιχεία κατανάλωσης αλκοόλ για τους ευρωπαίους νέους.

Σύμφωνα με την Ε.Ο.Κ. το 61% των νεαρών ευρωπαίων ηλικίας 11-15 ετών έχουν δοκιμάσει αλκοολούχο ποτό και από αυτούς το 14% καταναλώνει τακτικά ποτό. Το πρόβλημα είναι πολύ σημαντικό δεδομένου ότι ένας ενήλικας χρειάζεται 10 με 15 χρόνια για να γίνει αλκοολικός ενώ ένας ανήλικος μέσα σε ένα μόλις έτος μπορεί να καταλήξει αλκοολικός.

¹⁰ Πανάγου Ν., 2008, αλκοολισμός, ανακτημένο από: <http://www.neolaia.de/2opseis/DaneiaeeU/Oao io 6/Aeeiieoio/aeiieoio.html>

¹¹ Davis PH., Walsh D., 1983, Alcohol Problems and Control in Europe, Groom Helen, London

¹² Swedish Institute, 1978, alcohol And drug abuse in Sweden, The Swedish Institute Stockholm

¹³ DIGHT S., 1976, Scottish Drinking Habits, H.M.S.O. London

2.3. ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Σύμφωνα με έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών το 64,3% των αγοριών ηλικίας 15-19 ετών και το 64,6% των κοριτσιών συναντιέται καθημερινά με την παρέα τους. Ένα μεγάλο μέρος συχνάζει σε ντισκοτέκ, καφετέριες και μπαρ, όπου κυριαρχούν τα οινοπνευματώδη ποτά. Εκεί ή γιατί δεν έχει άλλη λύση (π.χ. στη ντισκοτέκ δεν μπορεί να ζητήσει νερό ή χυμό) ή γιατί δεν θέλει να κατηγορηθεί από την παρέα του ως αναχρονιστικός αναγκάζεται να πίνει. Για να μην τον πουν “ξενέρωτο” και έτσι αντικαθιστά το νερό με το ποτό. Έτσι ο τρόπος διασκέδασης συνδέεται άμεσα με την προώθηση του αλκοόλ. Μάλιστα νέος με ένα ποτήρι στο χέρι, σύμφωνα και με τα διαφημιστικά μηνύματα που βομβαρδίζουν κυριολεκτικά τους νέους, δείχνει γοητεία, δύναμη, κοινωνική καταξίωση, επιτυχία στο άλλο φύλο¹⁴.

Όσον αφορά στο φύλο, τα τελευταία χρόνια δείχνουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ από το γυναικείο πληθυσμό έχει αυξηθεί σημαντικά. Το 1996 το ποσοστό ήταν της τάξης του 8% και μέχρι το 2000 ανήλθε σε ποσοστό 35%. Οι γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ είναι κυρίως ηλικίας 21-34 σε ευρωπαϊκές χώρες ενώ στην Ελλάδα η αναλογία ανδρών – γυναικών στην κατανάλωση αλκοόλ είναι περίπου 1:3.

¹⁴ Πανάγου Ν., 2008, αλκοολισμός, ανακτημένο από: http://www.neolaia.de/2opseis/DaneiaeeU/Oao_io_6/Aeeiieeoio/aeeiieeoio.html

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

3.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ

Βασική βιολογική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα είναι οι ορμόνες. Υπάρχουν δύο ειδών ορμόνες. Η ανδρογόνος – τεστοστερόνη και η θηλυγόνος-οιστρογόνα. Τα δύο αυτά είδη ορμονών υπάρχουν και στα δύο φύλα, και στα αγόρια και στα κορίτσια, αλλά σε διαφορετική αναλογία. Η διαφορετική αυτή αναλογία των ορμονών επηρεάζει τη συμπεριφορά των δύο φύλων. Εάν για παράδειγμα διαταραχθεί σε κάποιο άτομο η καθορισμένη αναλογία, τότε θα παρουσιάσει συμπεριφορές του αντίθετου φύλου.

Άλλη βασική βιολογική διαφορά που παρουσιάζουν τα δύο φύλα είναι η δομή των κυττάρων τους και φυσικά ο ρόλος τους ως προς την αναπαραγωγή. Το τελευταίο επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των δύο φύλων.

Τέλος βασική διαφορά εντοπίζεται στη δομή του εγκεφάλου των δύο φύλων. Παρόλο που ο εγκέφαλος των δύο φύλων είναι παρόμοιος, διαφέρει ως προς το μέγεθος, τη λογική και την ευαισθησία. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται από αξιόπιστες μελέτες του μεταβολισμού και της δομικής οργάνωσης του εγκεφάλου, από επιστήμονες για τον τρόπο με τον οποίο διαφέρει νοητικά ο εγκέφαλος των ανδρών από των γυναικών. Συγκεκριμένα έχει αποδειχθεί ότι ο εγκέφαλος των γυναικών διαφέρει από των ανδρών ως προς κάποιες περιοχές, που σχετίζονται με τον τρόπο που σκέφτονται και βιώνουν τα συναισθήματα, τη μαθηματική λογική, την αντίληψη του χώρου και την αντιληπτική ταχύτητα, ακόμα και την αίσθηση του χώρου και του ήχου.

Συγκεκριμένα φαίνεται οι γυναίκες να ενεργοποιούν περισσότερους νευρώνες από τους άνδρες. Συγκεκριμένα οι γυναίκες όταν δίνουν προσοχή σε κάτι χρησιμοποιούν ολόκληρο τον εγκέφαλό τους σε αντίθεση με τους άνδρες που χρησιμοποιούν κατά κύριο λόγο μόνο το αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου, που συνδέεται με την κατανόηση της γλώσσας. Σύμφωνα με τον Lurioto Joseph, οι

γυναίκες χρησιμοποιώντας μεγαλύτερο μέρος του εγκεφάλου τους για να ακούσουν μια συνομιλία, έχουν την ικανότητα να παρακολουθούν ταυτόχρονα δύο ομιλίες¹⁵.

Οι διαφορές αυτές εξελίσσονται κατά τα στάδια της ζωής του ανθρώπου δεδομένου ότι ο εγκέφαλος των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών έχει σημαντικές λειτουργικές διαφορές. Έτσι λοιπόν οι εγκέφαλοι των ανδρών μπορεί να είναι μεγαλύτεροι αλλοιώνονται όμως περισσότερο από τη διαδικασία της γήρανσης. Αντίθετα οι εγκέφαλοι των γυναικών φαίνεται να δουλεύουν πιο ικανοποιητικά.

3.2. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Όσον αφορά στην ψυχική υγεία έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό προβλήματα σχιζοφρένειας και κατάθλιψης σε όλες τις ηλικίες. Αυτό οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο αντίδρασης των δύο φύλων δεδομένου ότι οι γυναίκες παραπονιούνται περισσότερο από τους άνδρες. Ωστόσο οι Veroff et al (1981)¹⁶ διαπίστωσαν ότι η παραπάνω γενίκευση δεν ευσταθεί και ότι οι άνδρες είναι περισσότερο δυστυχείς στην επαγγελματική τους ζωή από ότι οι γυναίκες και εκφράζουν πολύ περισσότερες ανησυχίες. Οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο όσον αφορά στα παιδιά τους και στην υγεία της οικογένειάς τους.

Διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί σχετικά με τη διαφορά των δύο φύλων στην ψυχική τους υγεία. Συγκεκριμένα σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία του Freud¹⁷, οι ενήλικες γυναίκες διακρίνονται από ναρκισσισμό, μαζοχισμό, χαμηλή αυτοπεποίθηση, εξάρτηση και συγκρατημένη εχθρότητα τα οποία απορρέουν από το σύνδρομο του οιδιπόδειου συμπλέγματος. Στο βαθμό επίσης που η κατάθλιψη σχετίζεται με δυσκολίες στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις, με αποστέρηση στη πρώιμη παιδική ηλικία, με υπερβολική ενοχή, εξάρτηση και μια τάση εσωτερίκευσης της εχθρότητας, οι γυναίκες φαίνονται να είναι περισσότερο επιρρεπείς από τους άνδρες στη κατάθλιψη.

¹⁵ Κουτούζη Π.Β., 2008, Αρσενικός και Θηλυκός Εγκέφαλος, Πειραιάς

¹⁶ Veroff, J., Douvan, E., & Kulka, R. (1981). *The inner American*. New York: Basic Books

¹⁷ Haffer, David R. (1993). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Pacific Grove: Brooks / Cole,

Σύμφωνα με τις βιολογικές – γενετικές θεωρίες η εμφάνιση ψυχικών ασθενειών οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Μάλιστα στις γυναίκες σημαντικό ρόλο παίζει ο αναπαραγωγικός κύκλος και το ενδοκρινολογικό σύστημα, ιδιαίτερα τη χρονική περίοδο μετά τον τοκετό και την κλιμακτήριο. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η σχέση μεταξύ αλλαγών της συναισθηματικής κατάστασης ή κατάθλιψης και ειδικών ορμονών στις γυναίκες είναι ασθενής και μη σταθερή. Η βιολογική βάση από μόνη της δεν είναι επαρκής για να ερμηνεύσει τις διαφορές φύλου στη ψυχική υγεία¹⁸.

Τέλος σύμφωνα με την κοινωνικοπολιτιστική προσέγγιση διάφορες καταστάσεις από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική του υγεία. Οι καταστάσεις αυτές μπορούν να προκληθούν είτε από τη χαμηλή κοινωνική θέση της γυναίκας, είτε από τις διακρίσεις των δύο φύλων που υφίστανται ακόμα και σήμερα. Η κατάθλιψη θεωρείται απόρροια του γεγονότος της επιβεβλημένης κοινωνικής επιταγής, η οποία θέλει τη γυναίκα στην υπηρεσία των άλλων πολύ περισσότερο απ' ό,τι στην υπηρεσία του εαυτού της και να τιμωρείται η επιθετικότητα των γυναικών ως μη αρμόζουσα στη γυναικεία συμπεριφορά. Το τελευταίο οδηγεί τις γυναίκες να σχηματίζουν μια πιο αρνητική εικόνα του εαυτού τους συγκριτικά με τους άνδρες. Επίσης οι γυναίκες συνηθίζουν να κρίνουν τις αποτυχίες τους ως αποτέλεσμα των ατομικών τους ιδιοτήτων¹⁹.

Οι παραπάνω προσδοκίες καθιστούν τις γυναίκες περισσότερο ευάλωτες στην ψυχική ασθένεια.

¹⁸ Ιωσηφίδη, Π. & Ιωσηφίδης, Ι (2002) .Η προσωποκεντρική προσέγγιση του Carl Rogers στο Ποταμιάνος, θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική, 5η έκδοση αναθεωρημένη. Αθήνα: ελληνικά γράμματα.

¹⁹ Γεωργάκα, Ε. (2008). Αναδεικνύοντας το ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών συστημάτων λόγου στον ψυχικό πόνο: Η συμβολή της ποιοτικής έρευνας της ψυχοθεραπείας. *Hellenic Journal of Psychology*, 5(1), 78-98.

3.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΥΛΙΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ

Η οικογένεια αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες διαμόρφωσης των διαφυλικών σχέσεων, δεδομένου ότι οι λειτουργίες της είναι πολλαπλές. Αρχικά η οικογένεια, αποτελεί την πρώτη κοινωνική ομάδα, που συναντά το παιδί και είναι η πρώτη που το μυεί στην κοινωνική ζωή. Η οικογένεια αποτελείται από άτομα διαφορετικού φύλου και διαφορετικής ηλικίας και το παιδί μέσα από τη συμβίωση μαθαίνει τους ρόλους των δύο φύλων, μέσα από τη μητέρα και την πατέρα του. Επομένως η μητέρα και ο πατέρας, αποτελούν πρότυπα μίμησης για το παιδί αναφορικά με τους ρόλους της γυναίκας και του άνδρα αντίστοιχα²⁰.

Τα διάφορα χαρακτηριστικά επίσης των γονέων συμβάλλουν αποφασιστικά στην ανάπτυξη της προσωπικότητας των παιδιών τους. Πιο αναλυτικά κάποιοι γονείς ανήκουν σε ένα εθνικό και πολιτιστικό πλαίσιο αντιπροσωπεύοντας συγκεκριμένες αξίες, στάσεις και συμπεριφορές, τα οποία μιμούνται τα άτομα που διαμένουν μαζί τους, ανάλογα με το φύλο τους, το ρόλο τους, τη συμπεριφορά τους και τις σχέσεις τους. Με τον τρόπο αυτό διαμορφώνεται η εθνική και πολιτιστική ταυτότητα του κάθε ατόμου, η οποία ανάλογα με το φύλο του περιλαμβάνει στοιχεία που είναι αποτελέσματα αυτών των επιδράσεων²¹.

Επίσης οι προσωπικές εμπειρίες των γονιών από την παιδική τους ηλικία, συμβάλλουν αποφασιστικά στη διαμόρφωση των προσωπικών τους απόψεων σε σχέση με τα παιδιά τους και την αγωγή τους. Οι προσωπικές αυτές εμπειρίες, θετικές ή αρνητικές, σχετίζονται με το φύλο των γονέων και την αντιμετώπιση καλή ή κακή, που είχαν από τους δικούς τους γονείς. Με τον τρόπο αυτό, οι ενήλικες μεταφέρουν μέσα τους, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, τους δικούς τους γονείς.

²⁰ Μουσουρού Α. Μ., 2005, *Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική*, Αθήνα Gutenberg

²¹ Μουδατσάκη Δ., 1995, *Οικογένεια και παιδί*, Ηράκλειο, σελ. 12 15

Οι γονείς λοιπόν, επηρεαζόμενοι από τις προσωπικές τους εμπειρίες, διαμορφώνουν κατά την αναπτυξιακή τους πορεία ένα κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο από θρησκευτικές, φιλοσοφικές και πολιτικές πεποιθήσεις.

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις αναφέρονται στις αξίες αναφορικά με τον άνδρα, τη γυναίκα, την ισοτιμία των δύο φύλων, τις ανθρώπινες σχέσεις και τις σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων. Οι φιλοσοφικές πεποιθήσεις αναφέρονται στην αξία της ζωής, του ανθρώπου αλλά και των δύο φύλων και των μεταξύ τους σχέσεων. Τέλος οι πολιτικές πεποιθήσεις αναφέρονται στις αξίες των ανθρωπίνων σχέσεων και των σχέσεων ανάμεσα στα δύο φύλα²².

Τα παιδιά διαμορφώνουν τη συμπεριφορά τους επηρεαζόμενα και από τη σχέση που βλέπουν να έχουν οι γονείς τους. Η καλή σχέση των δύο γονέων επηρεάζει θετικά τη διαμόρφωση θετικών στάσεων των παιδιών απέναντι στα δύο φύλα. Αυτό συμβαίνει διότι τα παιδιά λαμβάνουν πληροφορίες για τα δύο φύλα, ταυτίζονται με το φύλο των γονιών τους, το αγόρι με του πατέρα και το κορίτσι με της μητέρας και τέλος διαμορφώνεται ένα θετικό ψυχολογικό κλίμα μέσα στο οποίο τα παιδιά μαθαίνουν να συμπεριφέρονται το ένα απέναντι στο άλλο, να επικοινωνούν σωστά, αλλά και να αποδέχονται το ένα το άλλο.

Σε αντίθετη περίπτωση, εάν υπάρχουν δηλαδή κακές σχέσεις ανάμεσα στους δύο συζύγους, τα παιδιά λόγω των συζυγικών συγκρούσεων δε διαμορφώνουν θετική στάση για τα δύο φύλα και αργότερα παρουσιάζουν και τα ίδια προβλήματα με το αντίθετο φύλο.

Επίσης πολλές φορές οι γονείς τείνουν να αποδέχονται ή να απορρίπτουν τα παιδιά τους ανάλογα με το φύλο τους. Στην περίπτωση της αποδοχής δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα και οι αντιλήψεις των παιδιών για τα δύο φύλα είναι θετικές. Την περίπτωση της απόρριψης, συνήθως την εκλαμβάνουν τα κορίτσια με αποτέλεσμα το παιδί να διαμορφώνει αρνητική αντίληψη για το φύλο του, το οποίο μετέπειτα έχει αρνητικές επιπτώσεις στις σχέσεις του με το άλλο φύλο. Η απόρριψη αυτή των γονιών απέναντι στα κορίτσια οφείλεται στις αρνητικές προσωπικές εμπειρίες που έχουν οι ίδιοι από την παιδική τους ηλικία. Τα αρνητικά αυτά βιώματα απωθήθηκαν

²² Olson D. H. and DeFrain, 1997, *Marriage and the family: Diversity and Strengths* (2nd edition), Mountain View, CA: Mayfield Publishing

στο ασυνείδητο μέρος των γονέων και στη συνέχεια, παρότι δεν εκφράζονται λεκτικά, γίνονται αντιληπτά από τα παιδιά μέσω της επικοινωνίας. Τα παιδιά με τη σειρά τους, βιώνοντας αυτή την απόρριψη, διαμορφώνουν και τα ίδια αρνητική στάση για το φύλο τους ή το αντίθετο φύλο.

Η ύπαρξη περισσότερων από ένα παιδί παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη αντιλήψεων για τα δύο φύλα. Τα αδέρφια ανάλογα με το φύλο τους έχουν την ευκαιρία να αποκτούν εμπειρίες και πληροφορίες ανάλογα με το φύλο τους. Οι αδελφικές σχέσεις και κυρίως οι αρνητικές, όπως η ζήλια, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό και από το φύλο του παιδιού. Για παράδειγμα, μια αρνητική διαφυλική σχέση με τον άνδρα έχει πολλές φορές τις ρίζες της στη παιδική ζήλια.

Σημαντικό επίσης ρόλο στην ανάπτυξη των διαφυλικών σχέσεων διαδραματίζει και η ηλικία των γονιών. Όταν οι γονείς έχουν μικρή ηλικιακή απόκλιση από τα παιδιά τους τότε η αγωγή τους προσεγγίζει τις σύγχρονες παιδαγωγικές αντιλήψεις. Στην αντίθετη περίπτωση τα παιδιά μεγαλώνουν με ένα παραδοσιακό μοντέλο διαφυλικών σχέσεων, γεγονός που επηρεάζει τις αντιλήψεις τους για το άλλο φύλο στην υπόλοιπη ζωή τους.

3.4. ΑΠΟ ΤΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΥΛΟ

Το βιολογικό φύλο (sex), σύμφωνα με τις βιολογικές θεωρίες θεωρούνταν βασικό δεδομένο που καθορίζει τη ζωή του ανθρώπου. Η αντίληψη αυτή ίσχυε από την παλαιά εποχή στις δυτικές κυρίως κοινωνίες και εξακολουθεί να ισχύει αρκετά ακόμα και στις μέρες μας. Συγκεκριμένα βάσει της θεωρίας αυτής κάθε άνθρωπος οφείλει να εκπληρώνει το φυσικό του προορισμό ο οποίος υπαγορεύεται από την ανατομία του. Η ανατομία του εξαρτάται από τον ψυχισμό του, τις δεξιότητές του, τις κλίσεις του, τις σωματικές και πνευματικές του ικανότητες και γενικότερα από τις δυνατότητες των δύο φύλων. Επίσης αναμένεται τόσο από τους άνδρες όσο και από τις γυναίκες να επιδείξουν την κατάλληλη συμπεριφορά που προσιδιάζει στο φύλο τους, θεωρείται «κανονική»²³, διαχωρίζεται κατά φύλο και είναι σύμφωνη με τις

²³ Παπαταξιάρχης, Ε. 1992. Εισαγωγή. Από τη σκοπιά του φύλου: Ανθρωπολογικές θεωρήσεις της σύγχρονης Ελλάδας. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), Ταυτότητες και φύλο στη

θεωρούμενες έμφυτες ιδιότητες και ικανότητές τους.

Το κριτήριο της «κανονικότητας» εφαρμόζεται για να διασφαλιστεί το φυλετικό όριο και να διαχωριστεί η αντρική από τη γυναικεία συμπεριφορά ενώ με βάση αυτό κατηγοριοποιούνται όλες οι ανθρώπινες δραστηριότητες (βιολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές). Το φύλο θεωρείται ακόμη «ηθικός γνώμονας»²⁴ και για την ηθική ολοκλήρωση των ανθρώπων προαπαιτείται η πραγματοποίηση του φυσικού προορισμού που υπαγορεύεται από το φύλο, ενώ σε αντίθετη περίπτωση, η μη συμμόρφωση του ατόμου προς τις κοινωνικές επιταγές και η παραβίαση του κανονιστικού προτύπου που αποδίδεται στο φύλο έχει ως άμεση συνέπεια την κοινωνική απαξίωση. Με τη χρήση αυτού του κριτηρίου επιτυγχάνεται και νομιμοποιείται η αξιολόγηση και κατ' επέκταση η ιεράρχηση των διαφόρων μορφών αντρικής και γυναικείας δράσης. Η θεώρηση αυτή είχε αναγάγει την ανατομία των ανθρώπων σε προορισμό και ηθικό γνώμονα. Η αποδόμηση της θεώρησης που επικρατούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα στις δυτικές κοινωνίες ότι το φύλο είναι δεδομένο της φύσης, υπήρξε μια μακρά, πολυκύμαντη διαδικασία που συνδέθηκε με κοινωνικούς και πολιτικούς αγώνες και ιδιαίτερα με την ανάπτυξη του γυναικείου κινήματος στο οποίο οφείλει πολλά καθώς «η “γυναικεία απελευθέρωση” συνδέθηκε με την υπέρβαση της ιδεολογίας του φύλου, με τη ρήξη προς κάθε διάκριση ανδρικού / γυναικείου και την υπέρβαση των ιδεών του φυσικού προορισμού, στην προοπτική μιας “ανδρόγυνης κοινωνίας”»²⁵.

Η «ανακάλυψη» του κοινωνικού φύλου (gender), «οδήγησε στον επαναπροσδιορισμό ή την εξ ολοκλήρου αμφισβήτηση των ανθρωπολογικών κατηγοριών που είχαν αποτελέσει τα αρχικά συμφραζόμενα ή τις προϋποθέσεις της»²⁶. Η θεωρία του κοινωνικού φύλου δέχεται ότι το φύλο δεν είναι δεδομένο της φύσης αλλά κοινωνική σχέση και πολιτισμικό σύμβολο, που «δεν είναι τοποθετημένο

σύγχρονη Ελλάδα. Αθήνα: Καστανιώτης & Πανεπιστήμιο Αιγαίου, σελ. 11-98.

²⁴ Παπαταξιάρχης, Ε. 1992. Εισαγωγή. Από τη σκοπιά του φύλου: Ανθρωπολογικές θεωρήσεις της σύγχρονης Ελλάδας. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), Ταυτότητες και φύλο στη σύγχρονη Ελλάδα. Αθήνα: Καστανιώτης & Πανεπιστήμιο Αιγαίου, σελ. 11-98.

²⁵ Παπαταξιάρχης, Ε. 1992. Εισαγωγή. Από τη σκοπιά του φύλου: Ανθρωπολογικές θεωρήσεις της σύγχρονης Ελλάδας. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), Ταυτότητες και φύλο στη σύγχρονη Ελλάδα. Αθήνα: Καστανιώτης & Πανεπιστήμιο Αιγαίου, σελ. 11-98.

²⁶ Μπακαλάκη, Α. (2003) Χρήσεις και καταχρήσεις του κοινωνικού φύλου στην ανθρωπολογία. Παρουσίαση στην ημερίδα για το ΠΜΣ «Γυναίκες και φύλα», Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Μυτιλήνη.

έξω από το χώρο και το χρόνο, αλλά αντίθετα υπόκειται στη διαπλαστική επίδραση της ανθρώπινης δράσης, είναι συμβολικά εκφρασμένο και κοινωνικά θεσμοθετημένο, αποτελεί αντικείμενο επιλογής όσο και μάθησης και άρα μπορεί να αλλάξει»²⁷.

Σύμφωνα με τη θεωρία του κοινωνικού φύλου, το φύλο οργανώνει κοινωνικές σχέσεις οι οποίες βασίζονται στις πολιτισμικές σημασίες του αρσενικού και του θηλυκού. Η μελέτη των έμφυλων σχέσεων προϋποθέτει και απαιτεί να κατανοήσουμε τις πολιτισμικές σημασίες του αρσενικού και του θηλυκού και «δεν υπάρχει τίποτα στην κοινωνική ζωή που να μην μπορεί να κατανοηθεί μέσα από τις κατηγορίες του φύλου και τις έμφυλες σχέσεις»²⁸. Το κοινωνικό φύλο εκτός από το ότι επιδρά καίρια και καθοριστικά στις κοινωνικές σχέσεις τις οποίες οργανώνει, επιπλέον νομιμοποιεί το ιεραρχικό περιεχόμενο αυτών των σχέσεων. Η Strathern²⁹ υποστήριξε χαρακτηριστικά ότι «το φύλο δομεί σχέσεις ιεραρχίας, ενώ η απόδοση του φύλου συνιστά αξιολόγηση».

Η ανθρωπολογική θεώρηση έχει στραφεί ολοκληρωτικά προς το φύλο, το οποίο «αποτελεί τη νέα σταθερά της ανθρωπολογίας που συμπληρώνει, αν όχι διαδέχεται, τη συγγένεια στην περίοπτη θέση που κατείχε στη μεσοπολεμική ανθρωπολογία».

3.5. ΤΡΟΠΟΣ ΣΚΕΨΗΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ

Όπως ειπώθηκε και σε προηγούμενη ενότητα οι γυναίκες χρησιμοποιούν τμήματα και από τα δύο μέρη του εγκεφάλου, αριστερό και δεξί, σε αντίθεση με τους άνδρες που φάνηκε να χρησιμοποιούν μέρος μόνο από το αριστερό τμήμα του εγκεφάλου τους, το οποίο έχει να κάνει με τις λειτουργίες του λόγου και με λογικές

²⁷ Παπαταξιάρχης, Ε. 1992. Εισαγωγή. Από τη σκοπιά του φύλου: Ανθρωπολογικές θεωρήσεις της σύγχρονης Ελλάδας. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), Ταυτότητες και φύλο στη σύγχρονη Ελλάδα. Αθήνα: Καστανιώτης & Πανεπιστήμιο Αιγαίου, σελ. 11-98.

²⁸ Strathern, M. 1988. *The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*. Berkeley: University of California Press.

²⁹ Strathern, 1988 στο Παπαταξιάρχης, Ε. 1992. Εισαγωγή. Από τη σκοπιά του φύλου: Ανθρωπολογικές θεωρήσεις της σύγχρονης Ελλάδας. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), Ταυτότητες και φύλο στη σύγχρονη Ελλάδα. Αθήνα: Καστανιώτης & Πανεπιστήμιο Αιγαίου

διεργασίες όπως είναι οι μαθηματικές πράξεις. Αντίθετα στο δεξί ημισφαίριο εδράζονται τα κέντρα του συναισθήματος και της έκφρασης. Για το λόγο αυτό οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη ικανότητα στο παρκάρισμα και καλύτερο προσανατολισμό³⁰.

Αντίθετα η γυναίκα υπερέχει να αντιλαμβάνεται ένα σφαιρικό πεδίο των πραγμάτων, να βλέπει περισσότερα χρώματα και να μυρίζει καλύτερα. Από τα παραπάνω φαίνεται ότι τα δύο φύλα χρησιμοποιούν το εγκέφαλό τους με διαφορετικό τρόπο. Έτσι λοιπόν έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες έχουν καλύτερες επιδόσεις σε ορισμένες εξετάσεις, όπως αυτές που μετρούν ταχύτητες ομιλίας, και οι άνδρες σε άλλου είδους προσπάθειες, όπως αυτές που ζητούν να φανταστούν οι εξεταζόμενοι τη μορφή αντικειμένου έπειτα από περιστροφή του.

Επίσης σχετική μελέτη έχει αποδείξει ότι οι άνδρες είναι καλύτερη στα μαθηματικά ακόμα και σε παιδιά, αγόρια και κορίτσια, που οι γονείς τους τα παρακινούν το ίδιο. Οι μαθηματικές επιδόσεις ενός ατόμου έχουν άμεση σχέση με το δεξί ημισφαίριο του εγκεφάλου. Σε ένα άτομο που είναι περισσότερο αναπτυγμένο το δεξί ημισφαίριο του εγκεφάλου του αναμένεται να έχει καλύτερες μαθηματικές επιδόσεις, αλλά και μεγαλύτερες από το κανονικό πιθανότητες να είναι αριστερόχειρας ή αλλεργικός.

Μεγάλες ποσότητες επίσης τεστοστερόνης (ανδρική ορμόνη) είναι δυνατό να καθυστερήσουν την ανάπτυξη του αριστερού ημισφαιρίου του εγκεφάλου ενός εμβρύου, αυξάνοντας αντίστοιχα την ανάπτυξη του δεξιού. Αυτός είναι και ο πιθανότερος λόγος της εξέλιξης ενός εμβρύου σε μαθηματική ιδιοφυΐα.

³⁰ Κατή, Δήμητρα, Νοημοσύνη και Φύλο. Ο Σεξισμός στις Επιστημονικές Ιδέες για τις Γνωστικές ικανότητες, Εκδόσεις Οδυσσέα, Αθήνα, 1991

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Το φύλο είναι θεμελιακό συστατικό της ταυτότητας και συνεπάγεται διαφορές ως προς την κοινωνικοποίηση, τις προσδοκίες γύρω από την εκπλήρωση του ρόλου, τις αξίες και τις σχέσεις. Είναι λοιπόν πιθανό να υπάρχουν διαφορές και ως προς τον τρόπο που οι γυναίκες βιώνουν την εμπειρία της εξάρτησης από ουσίες και ως προς τους αιτιολογικούς παράγοντες που προδιαθέτουν στην χρήση ουσιών³¹.

4.1. Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ

Στο παρόν υποκεφάλαιο θα διερευνηθεί η αντίδραση των ανδρών απέναντι στις εξαρτησιογόνες ουσίες μέσα από τρεις βασικούς παράγοντες. Τον γενετικό – κληρονομικό, τον ψυχοκοινωνικό και τον πολιτισμικό. Όσον αφορά τον πρώτο παράγοντα φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στον αλκοολισμό, όσο και στα ναρκωτικά. Συγκεκριμένα βάσει έρευνας³² έχει αποδειχθεί ότι παιδιά αλκοολικών ή ναρκομανών πατέρων και κυρίως οι γιοι τους, έχουν τρεις έως τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν εξάρτηση. Οι διαφορές παιδιών αλκοολικών και μη αλκοολικών πατέρων φάνηκαν σε εγκεφαλογράφημα, σε νευρολογικές και ψυχολογικές αντιδράσεις και στη διαφορετικότητα των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς. Έτσι λοιπόν τα αγόρια αλκοολικών πατέρων, στην ηλικία της εφηβείας καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ συγκριτικά με τα αγόρια των μη αλκοολικών πατέρων.

Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες αυτοί σχετίζονται με τις απόψεις τους ευρύτερου περιβάλλοντος σχετικά με τις εξαρτώμενες ουσίες. Έτσι λοιπόν οι άνδρες εμφανίζονται περισσότερο επιρρεπής στο αλκοόλ, δεδομένου ότι έχει επικρατήσει η άποψη ότι το αλκοόλ αποτελεί απαραίτητο μέσο επίτευξης προσωπικής ευτυχίας, επαγγελματικής καταξίωσης και δυναμικής προσωπικότητας. Έρευνες επίσης έχουν αποδείξει ότι πολλοί άνδρες καταφεύγουν στον αλκοολισμό προκειμένου να αντιμετωπίσουν επαγγελματικά προβλήματα και αδιέξοδα. Τα άτομα

³¹ Basolo – Kunzer M., Diamond S., Maliszewski M., Weyermann L., Reed J., Chronic Headache Patients Marital and Family Adjustment. Issues in Mental Health Nursing, 1991, 12, 133-148.

³² www.hda.gr/articles/020404/3.htm

αυτά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα και εργάζονται κάτω από συνθήκες πίεσης, όπως, για παράδειγμα, στελέχη επιχειρήσεων, δημοσιογράφοι, δικηγόροι. Έρευνα απέδειξε πως το ένα τρίτο του ανδρικού φύλου αναγνωρίζει πως προσέφυγε στο ποτό σε μια προσπάθεια του να ξεχάσει τις δυσκολίες της δουλειάς ενώ ο ένας στους πέντε άνδρες βιώνει καθημερινά ξεσπάσματα ως αποτέλεσμα της πίεσης στο εργασιακό του περιβάλλον. Το άτομο που κάνει παθολογική χρήση αλκοόλ δεν ανήκει σε κάποιο συγκεκριμένο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Αλκοολικοί μπορεί να είναι τόσο άτομα που ζουν στη φτώχεια, την αλητεία, τον υπόκοσμο κ.λ.π., όσο και δάσκαλοι, γιατροί, νοικοκυρές, φοιτητές κ.λ.π.

Ο τρόπος ζωής επίσης των ανδρών στην ύπαιθρο και η έλλειψη ενδιαφερόντων με υψηλούς, πνευματικούς και ψυχικούς στόχους μετατρέπουν πολλές φορές την καθημερινή τους ζωή σε μια ρουτίνα γεγονός που οδηγεί στη δημιουργία μιας πολύ μεγάλης ομάδας αλκοολικών. Οι αγρότες, για παράδειγμα, με τις επαναλαμβανόμενες λήψεις αλκοόλ δημιουργούν αυτή τη μεγαλύτερη ίσως εξαρτημένη ομάδα, εξ αιτίας των πολύωρων παραμονών τους στα καφενεία. Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί και η ιδιαιτερότητα τοπικών συνηθειών που επιβαρύνει το όλο πρόβλημα αλλά και κακής νοοτροπίας³³.

Από την άλλη, σε πολλά μέρη της Ελλάδας, όπως συμβαίνει με την Κρήτη, τα ήθη και τα έθιμα διευκολύνουν την εμφάνιση του αλκοολισμού. Οι συγγενείς ενθαρρύνουν τα νεαρά κυρίως μέλη τους να δοκιμάσουν ρακί ή κρασί, το οποίο το ταυτίζουν με την μετάβαση του παιδιού στην ωριμότητα θεωρώντας το ένδειξη ανδρισμού και δύναμης. Σε αυτό συμβάλλει και το γεγονός ότι σε αυτά τα μέρη το κρασί ή η ρακί παρασκευάζεται παραδοσιακά σε κάθε σπίτι κι επομένως είναι διαθέσιμο και φτηνό³⁴. Γενικότερα όμως το αλκοόλ μπορεί να το προμηθευτεί ο καθένας πολύ εύκολα εφόσον αποτελεί μια νόμιμη εξαρτησιογόνο ουσία σε αντίθεση με τα ναρκωτικά. Συγκριτικά λοιπόν με τα ναρκωτικά, το αλκοόλ είναι φτηνό ως προς την τιμή, δεν διώκεται ποινικά η χρήση του και είναι κοινωνικά αποδεκτό.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι το αλκοόλ παίζει σημαντικό ρόλο στις κοινωνικές συναλλαγές των ατόμων και κυρίως των ανδρών. Έτσι, υπάρχουν νεαρά

³³ Κ. Τσαρούχας, «Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό», εκδ. Άγκυρα, Αθήνα 2000, σελ 88

³⁴ Στεφάνης Κ., «Οινόπνευμα, αθώος...θύτης», Ελευθεροτυπία,13/3/2001

παιδιά που φοβούνται να αρνηθούν να καταναλώσουν οινοπνευματώδη από φόβο μήπως απορριφθούν από την παρέα ή ντροπιαστούν.

Τέλος αναφορικά με τους πολιτισμικούς παράγοντες υπάρχουν πολιτισμοί που απαγορεύουν την κατανάλωση αλκοόλ όπως είναι οι μουσουλμάνοι με αποτέλεσμα τα ποσοστά αλκοολισμού αλλά και ναρκωτικών ουσιών να είναι περιορισμένα. Ωστόσο υπάρχουν και πολιτισμοί, όπως οι εβραίοι, οι οποίοι ενώ δεν απαγορεύουν το αλκοόλ η χρήση του είναι περιορισμένη και ελεγχόμενη³⁵.

Συγκεκριμένα οι γονείς των παιδιών τα εκπαιδεύουν από μικρά να κάνουν ορθή και περιορισμένη χρήση του αλκοόλ. Η μέθη και η κατάχρηση ουσιών αποτελεί για τις κοινότητες αυτές αξιόποινη πράξη. Αντίθετα αποτελέσματα με υψηλά ποσοστά αλκοολισμού έχουμε σε χώρες που παρατηρείται ευρεία κατανάλωση του αλκοόλ και που δεν υπάρχουν νομικά πλαίσια. Τέτοιες χώρες είναι η Ιρλανδία, οι Η.Π.Α, η Γαλλία και η Ιταλία, όπου τα προβλήματα αλκοολισμού εμφανίζονται αρκετά συχνά και σε μικρές ηλικίες.

Σχετικά με τα ναρκωτικά έχει αποδειχθεί ότι οι άνδρες καταλήγουν σε αυτά προκειμένου να ξεφύγουν από προβλήματα της καθημερινής τους ζωής. Ο πόνος, ο φόβος η μοναξιά είναι κάποια από τα συναισθήματα που μπορούν να αποτελέσουν αίτια. Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι ένα μεγάλο ποσοστό τοξικομανών είναι άνεργοι ή περιστασιακά απασχολούνται.

Το γεγονός ότι περισσότεροι άνδρες παρά γυναίκες καταφεύγουν στα ναρκωτικά αποδεικνύεται και από την έρευνα του ΚΕ.ΘΕ.Α. Στη διάρκεια της οκταετίας 1995-2002, η αναλογία των φύλων στον πληθυσμό των ατόμων που προσέγγισαν τα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. ήταν περίπου 8 άντρες προς 2 γυναίκες και παρουσιάστηκε σταθερή σε όλα τα έτη. Το 1995 οι άντρες αντιπροσώπευαν το 84,8% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και οι γυναίκες το 15,2%. Το 2002 το 83,4% του δείγματος ήταν άντρες και το 16,6% γυναίκες. Το 1995 το 66% των ατόμων ηλικίας μέχρι 19 ετών ήταν άντρες και το 34% γυναίκες. Αντίστοιχα για το 2002 το 74,5% ήταν άντρες και το 25,5% γυναίκες.

Το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα βελτιώνεται στη διάρκεια των εξεταζόμενων ετών. Το 1995 η πλειονότητα των ατόμων ήταν

³⁵ Κ. Τσαρούχας, «Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό», εκδ. Άγκυρα, Αθήνα 2000, σελ 88

απόφοιτοι δημοτικού ή γυμνασίου, ενώ πολύ μικρό ποσοστό είχε κάνει ανώτερες σπουδές. Αντίθετα, το 2002 το 25,6% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 36,8% απόφοιτοι γυμνασίου, το 25,6% απόφοιτοι λυκείου και ποσοστό 12,1% έχει ολοκληρώσει τη φοίτηση στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου αποτελεί διαχρονική τάση που χαρακτηρίζει και τα δύο φύλα. Ωστόσο, οι γυναίκες φαίνεται να έχουν γενικά υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με τους άντρες.

Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση των ατόμων, παρατηρούμε ότι στη διάρκεια των ετών, περίπου οι 7 στους 10 ήταν άνεργοι ή απασχολούνταν σε περιστασιακή εργασία. Το 2002, το ποσοστό των ανέργων ήταν 65,6%, το 8,1% είχε περιστασιακή εργασία, το 9,1% ήταν φοιτητές/τριες ή σπουδαστές/στρίες και μόνο το 16% είχε σταθερή απασχόληση. Η σταθερή απασχόληση αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με το φύλο. Το ποσοστό των ανδρών που δηλώνουν σταθερή απασχόληση (17,7% το 2002) αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και είναι συνολικά υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών (7%). Αντίστοιχα, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα ανεργίας από τους άντρες (68,9% το 2002), ενώ είναι σε υψηλότερο ποσοστό φοιτήτριες ή σπουδάστριες (18,4% το 2002), ειδικά στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 19 ετών.

Για τους περισσότερους χρήστες το επάγγελμα που έχουν ασκήσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη ζωή τους χωρίς διακοπή (συστηματικά με πλήρη απασχόληση) ήταν κάποιου είδους ανειδίκευτη εργασία. Το τελευταίο επάγγελμα που ασκούσαν πριν από την επαφή τους με τα συμβουλευτικά κέντρα ήταν επίσης ανειδίκευτη εργασία, περίπου για τους μισούς άντρες (51% το 2002) και σε υψηλότερα ποσοστά για τις γυναίκες (61%). Αυτό το στοιχείο αποτελεί σταθερό χαρακτηριστικό της επαγγελματικής κατάστασης των χρηστών σε όλα τα έτη της εξεταζόμενης περιόδου.

4.2. Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Προκειμένου να μελετηθεί η αντίδραση των γυναικών απέναντι στις εξαρτησιογόνες ουσίες θα χρησιμοποιηθούν ακριβώς οι ίδιοι παράγοντες με τους άνδρες δηλαδή οι κληρονομικοί-γενετικοί, οι ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί, για να μπορέσουμε στη συνέχεια να προβούμε στην ανάλογη σύγκριση.

Όσον αφορά στους βιολογικούς – γενετικούς παράγοντες, οι βιολογικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα εξηγεί ως ένα βαθμό την εξάρτηση από ουσίες. Οι γυναίκες σε αντίθεση με τους άνδρες τείνουν να έχουν χαμηλότερο σωματικό βάρος και λιγότερο ποσοστό νερού στο σώμα τους. Αυτό έχει ως συνέπεια το αλκοόλ να μη μεταβολίζεται εύκολα και γρήγορα στο σώμα των γυναικών αντίθετα με ό,τι συμβαίνει στους άνδρες. Έτσι, οι γυναίκες απαιτούν μέχρι και 40 % λιγότερο αλκοόλ από τους άνδρες για να παράγουν το ίδιο αποτέλεσμα, την ίδια, δηλαδή, συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα τους. Αυτό μπορεί να έχει ως συνέπεια οι γυναίκες να καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες από ότι οι άνδρες. Αναφορικά με τα ναρκωτικά οι γυναίκες εμφανίζονται να ξεκινούν σε μεγαλύτερη ηλικία από ότι οι άνδρες να κάνουν χρήση ναρκωτικών. Δεδομένου των βιολογικών διαφορών των δύο φύλων στις εξαρτημένες γυναίκες παρατηρούνται μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας και το ποσοστό μόλυνσης από τον ιό HIV είναι μεγάλο (14-18%) και μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών. Επίσης στις γυναίκες τοξικομανείς παρατηρούνται συνήθως μεγαλύτερα ποσοστά συννοσηρότητας τόσο στις ίδιες όσο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον, ενώ είναι συχνότερες οι απόπειρες αυτοκτονίας.

Αναφορικά με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, σύμφωνα με την κυρία Φωστέρη, συντονίστρια και ομιλήτρια στο 10ο ευρωπαϊκό συνέδριο με θέμα «Γυναίκες κι εξαρτήσεις» διαμόρφωσε το προφίλ των εξαρτώμενων γυναικών ως εξής: έχουν υποστεί σε αρκετά μεγάλο ποσοστό την ενδοοικογενειακή βία, έχουν ψυχοσεξουαλικές ή διατροφικές διαταραχές και εμφανίζουν πολύ συχνά κατάθλιψη. Οι γυναίκες συνήθως ξεκινούν τις εξαρτησιογόνες ουσίες μετά από περιστατικά βίας όπως βιασμός, θάνατος αγαπημένου τους προσώπου, κακοποίηση κάθε μορφής. Καταφεύγουν λοιπόν είτε στο αλκοόλ είτε στα ναρκωτικά, προκειμένου να δημιουργήσουν στον εαυτό τους αίσθημα ευφορίας αλλά και να καλύψουν το εσωτερικό τους κενό. Οι περισσότερες εξαρτώμενες γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν προβλήματα και στρεσογόνες καταστάσεις που τους παρουσιάζονται. Φοβούνται επίσης την απώλεια της θηλυκότητάς τους και της ελκυστικότητάς τους. Προκειμένου λοιπόν να καταπολεμήσουν την κακή εικόνα που έχουν διαμορφώσει για τον εαυτό τους, καταφεύγουν στο αλκοόλ ή στα ναρκωτικά, προκειμένου να απαλύνουν την πνευματική ή σωματική μειονεξία.

Συγκεκριμένα για το αλκοόλ πολλές γυναίκες καταφεύγουν σε αυτό για να μη θεωρηθούν ότι αποκλίνουν από μια κοινωνική ομάδα³⁶. Επίσης πολλές γυναίκες για να αντιμετωπίσουν οικογενειακά προβλήματα όπως είναι οικονομικές δυσκολίες, η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των μελών, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, οι ελάχιστες οικογενειακές δραστηριότητες και συγκεντρώσεις, καταφεύγουν στην κατανάλωση αλκοόλ. Τα επαγγελματικά προβλήματα αποτελούν επίσης για τις γυναίκες λόγω κατανάλωσης ποσότητας αλκοόλ.

Αναφορικά με τα ναρκωτικά το πρόσωπο που λειτουργεί ως «σημαντικός άλλος» για τις γυναίκες είναι συνήθως εξαρτημένο από ουσίες. Επίσης η χρήση ουσιών αρχίζει συνήθως μετά από κάποιο στρεσογόνο, τραυματικό γεγονός. Οι όροι της ζωής τους είναι χειρότεροι από αυτούς των εξαρτημένων ανδρών (το 1/3 των γυναικών αυτών είναι άστεγες και το 95% άνεργες ενώ το 50% έχουν παιδιά που τα μεγαλώνουν μόνες τους χωρίς καμία οικονομική ή άλλη στήριξη). Σχεδόν το 50% καταφεύγει στην πορνεία προκειμένου να επιβιώσει ή να εξασφαλίσει ουσίες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες εξαρτημένους είναι 6%.

Τέλος, όσον αφορά στον πολιτισμικό παράγοντα, η αλληλεπίδραση κατανάλωσης αλκοόλ και φύλου, μπορεί να εξηγηθεί και από τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνίες έχουν χρησιμοποιήσει αυτή τη σχέση ως σημαντικό μέσο διαφοροποίησης και δημιουργίας κοινωνικών ρόλων ανδρών και γυναικών. Η κατανάλωση αλκοόλ, παραδοσιακά, συνδέεται με επιδείξεις ανδροπρέπειας ή αρσενικής συναδελφικότητας³⁷.

Μερικές μορφές χρήσης και κατάχρησης ναρκωτικών εμφανίζονται πιο κοινές μεταξύ των ανδρών, παρά μεταξύ των γυναικών. Οι λόγοι δεν είναι σαφείς. Πιθανόν, να ενέχονται κοινωνικές πιέσεις και συμβάσεις, όπως και η ύπαρξη ευκαιριών .

Έτσι λοιπόν πολλές κοινωνίες, έχουν θεσπίσει ως νόρμα, οι άνδρες να αναλαμβάνουν κινδύνους και να μην τηρούν κάποιους κανόνες, σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι οποίες απαιτείται να τηρούν τα καθιερωμένα στερεότυπα. Βάσει αυτού, εξηγείται η διαφορετικότητα ανάμεσα στο φύλο και την εξάρτηση.

³⁶ Τσαρούχας Κ., (1994). *Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό*. Αθήνα.: Άγκυρα.

³⁷ Isidore S. Obot, Robin Room (2005), *Alcohol, Gender and Drinking Problems. Perspectives from Low and Middle Income Countries*. World Health Organization.

Ωστόσο σε πολλές χώρες αποδείχθηκε ότι η χρήση βενζοδιαζεπινών μεταξύ των γυναικών είναι συχνότατη, γεγονός που φανερώνει πόσο επικίνδυνο είναι να γίνονται αποδεκτές άκαμπτες και στερεότυπες ερμηνείες. Η μόνη συμπεριφορά που φαίνεται ασφαλής είναι ότι ο «ανδρικός ρόλος» και ο «γυναικείος ρόλος» μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά λήψης ναρκωτικών, με διαφορετικούς τρόπους σε διαφορετικά κοινωνικοπολιτικά περιβάλλοντα.

4.3. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ

Από όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εξαρτησιογόνες ουσίες λόγω του ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν συναισθηματικές διαταραχές³⁸. Η εξάρτησή τους επομένως στηρίζεται στο συναισθηματικό τομέα. Αντίθετα η εξάρτηση των ανδρών στηρίζεται κυρίως στον κοινωνικό τομέα, προκειμένου δηλαδή να αναδείξουν τον ανδρισμό τους, την ανωτερότητά τους, την καταξίωσή τους.

Επίσης οι γυναίκες οδηγούνται στην εξάρτηση από ουσίες λόγω κυρίως άγνοιας ή κοινωνικής αποδοχής σε αντίθεση με τους άνδρες, οι οποίοι γνωρίζουν τις συνέπειες αλλά επιθυμούν να ταυτιστούν με το πρότυπο, τη μεγάλη ζωή, την ελίτ, τη διαφορετικότητα.

Όσον αφορά στο αλκοόλ, οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο ευάλωτες στις αρνητικές συνέπειές του συγκριτικά με τους άνδρες³⁹. Συγκεκριμένα ο εγκέφαλος των γυναικών ατροφεί γρηγορότερα λόγω της χρόνιας υπερβολικής κατανάλωσης του αλκοόλ, σε αντίθεση με τους άνδρες. Πέραν των αρνητικών συνεπειών του αλκοόλ στον εγκέφαλο των γυναικών, αυτό επηρεάζει επίσης την καρδιά, τους μύς και το συκώτι.

Στη σημερινή εποχή η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τις γυναίκες έχει αυξηθεί, γεγονός που συνεπάγεται εκτός από κινδύνους στην υγεία τους, αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων και των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων λόγω αλόγιστης σεξουαλικής συμπεριφοράς και απουσίας λήψης προστατευτικών μέτρων.

³⁸ Collins Lorraine, McNair Lil y(2002), Minority Women and Alcohol. Use. Addiction Vol.26, No.4.

³⁹ Neuroimaging of Gender Differences in Alcohol Dependence: Are Women More Vulnerable?, Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2005;29(5):896-901, Μάιος 2005.

Στην Ευρώπη, έχει επίσης σημειωθεί αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ από τις γυναίκες και μάλιστα ηλικίας 18-24 ετών. Στην κορυφή της αυξημένης κατανάλωσης αλκοόλ από τις γυναίκες, βρίσκονται οι χώρες της Αγγλίας, της Γερμανίας και της Ολλανδίας. Στις χώρες αυτές τα κορίτσια φτάνουν ή και ξεπερνούν πολλές φορές την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνουν τα αγόρια ενώ στην Αγγλία η κατανάλωση αλκοόλ των νεαρών γυναικών έχει διπλασιαστεί σε περίοδο 10 ετών.

Οι άνδρες και οι γυναίκες που καταναλώνουν την ίδια ποσότητα αλκοόλ, έχουν γρηγορότερη αποκατάσταση των βλαβών στον εγκέφαλο και στα άλλα όργανα. Άτομα που πάσχουν από εξάρτηση στο αλκοόλ, έχουν απώλεια εγκεφαλικού ιστού, γεγονός που οδηγεί στην εγκεφαλική ατροφία.

Σύμφωνα με μελέτη Γερμανών ιατρών στο πανεπιστήμιο της Χαϊδελβέργης⁴⁰, οι οποίοι μελέτησαν με αξονική τομογραφία τον εγκέφαλο 76 γυναικών και 82 ανδρών συμπέραναν ότι 34 άνδρες και 42 γυναίκες είχαν πρόβλημα αλκοολισμού.

Πιο αναλυτικά οι γυναίκες ήταν αλκοολικές για 5,5 χρόνια καταναλώνοντας 13 περίπου ποτά καθημερινά. Οι άνδρες ήταν αλκοολικοί για 10,5 χρόνια καταναλώνοντας 17 ποτά καθημερινά. Όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ ανά χιλιόγραμμα βάρους σώματος, ήταν περίπου η ίδια και στα δύο φύλα.

Ο εγκέφαλος τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών με πρόβλημα αλκοολισμού είχε τον ίδιο βαθμό ατροφίας, από το οποίο συνεπάγεται ότι οι γυναίκες μετά από πέντε χρόνια υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ σημείωσαν τον ίδιο βαθμό ατροφίας με τους άνδρες, οι οποίοι καταναλώναν υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ για δέκα χρόνια. Παράλληλα οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η ταχύτητα εγκατάστασης του εθισμού στο αλκοόλ στις γυναίκες είναι μεγαλύτερη. Οι γυναίκες δηλαδή όχι μόνο παρουσιάζουν γρηγορότερα βλάβες σε όργανά τους όπως ο εγκέφαλος λόγω αλκοόλ, αλλά και εθίζονται στο αλκοόλ γρηγορότερα. Διαπιστώθηκε τέλος ότι η αποχή από το αλκοόλ για τουλάχιστον 6 εβδομάδες συνοδεύεται από μερική υποχώρηση της εγκεφαλικής ατροφίας.

Από την παραπάνω έρευνα διαπιστώνεται η ύπαρξη διαφορών μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά στις αρνητικές συνέπειες του αλκοόλ στην υγεία.

⁴⁰ Neuroimaging of Gender Differences in Alcohol Dependence: Are Women More Vulnerable?, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2005;29(5):896-901, Μάιος 2005.

Ο ταχύτερος εθισμός των γυναικών στο αλκοόλ, συνοδεύεται από μεγαλύτερους κινδύνους για τον εγκέφαλο, την καρδιά, τους μυς, το συκώτι, τον αυξημένο κίνδυνο των τροχαίων δυστυχημάτων και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων που χαρακτηρίζουν την κοινωνική μάστιγα του αλκοολισμού.

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι η ευπάθεια των γυναικών στο αλκοόλ δημιουργεί πολλούς κινδύνους.

Οι διαφορές που διαπιστώνονται στην εξάρτηση ουσιών ανάμεσα στα δύο φύλα είναι οι κάτωθι⁴¹:

- Οι γυναίκες με προβλήματα εξάρτησης είναι περισσότερο πιθανόν να μεγάλωσαν σε οικογένειες που είχαν ως πρότυπα γονείς εξαρτώμενους από ουσίες, από ότι οι άνδρες.
- Επίσης οι γυναίκες εμφανίζονται να εξαρτώνται από ουσίες σε σχετικά μεγάλη ηλικία συγκριτικά με την αντίστοιχη των ανδρών.
- Οι γυναίκες ξεκινούν τις εξαρτησιογόνες ουσίες μετά από ένα τραυματικό, τραγικό συμβάν στη ζωή τους.
- Η συμπεριφορά των γυναικών που είναι εξαρτημένες από ουσίες διαφέρει από την αντίστοιχη των ανδρών δεδομένου ότι οι γυναίκες εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές ενώ οι άνδρες προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς.
- Οι γυναίκες που είναι εξαρτημένες είναι κοινωνικά στιγματισμένες σε αντίθεση με τους άνδρες.
- Τα προβλήματα τέλος των εξαρτώμενων γυναικών αναφέρονται στην οικογενειακή τους ζωή ενώ των ανδρών στην επαγγελματική τους.

Γενικά, οι άνδρες χρησιμοποιούν παράνομα ναρκωτικά περισσότερο από ότι οι γυναίκες. Εντούτοις, οι διαφορές στη χρήση ναρκωτικών μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι περίπλοκες και εξαρτώνται από τη συγκεκριμένη ουσία, της οποίας γίνεται χρήση, και την ηλικία του χρήστη, την κοινωνική ομάδα, το επίπεδο μόρφωσης και τη γεωγραφική τοποθεσία. Μολονότι τα αγόρια τείνουν να κάνουν χρήση κάνναβης περισσότερο από ότι τα κορίτσια, η διαφορά είναι μικρή ή

⁴¹ Lex, B. (1991). Some gender differences in alcohol and polysubstance users. *Health Psychology*, 10(2), 121-132.

ανύπαρκτη στις ηλικίες μεταξύ 15 και 16 ετών. Εντούτοις, από τα 20 έως τα 24, παρατηρείται περισσότερη χρήση από άνδρες παρά από γυναίκες.

Οι διαφορές φύλου στην επικράτηση και χρήση συγκεκριμένων ναρκωτικών, κατά τους δώδεκα τελευταίους μήνες, είναι ακόμη πιο αξιοσημείωτες.

Ο πειραματισμός σε νεότερη ηλικία με τα ναρκωτικά από τα κορίτσια έναντι των αγοριών είναι γενικά το αποτέλεσμα του γεγονότος ότι τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερους φίλους, οι οποίοι ενδέχεται να τις ενθαρρύνουν να δοκιμάσουν ναρκωτικά. Καθώς τα κορίτσια μεγαλώνουν, εμφανίζονται και ενισχύονται περαιτέρω διαφορές στη χρήση ναρκωτικών με βάση το φύλο.

Αν και γενικά η χρήση ναρκωτικών είναι περισσότερο συνηθισμένη στους άνδρες παρά στις γυναίκες, νομικοί, πολιτικοί, μορφωτικοί και γεωγραφικοί παράγοντες αποτελούν την αιτία για αυξημένη επικράτηση στις γυναίκες. Οι διαφορές φύλου στη χρήση είναι πιο έντονες όπου προβλέπονται αυστηρές νομικές κυρώσεις, όπως και στα νεαρά άτομα που εγκαταλείπουν το σχολείο και στους αγροτικούς πληθυσμούς. Οι διαφορές είναι λιγότερο εμφανείς όπου υπάρχει ευρεία αποδοχή και χρήση ναρκωτικών, όπως η κάνναβη. Στην Ελλάδα, το 1998, η χρήση ναρκωτικών (κυρίως κάνναβης) ήταν υψηλότερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Η χρήση της από γυναίκες, εντούτοις, ήταν έξι φορές υψηλότερη από ότι το 1984, ενώ η χρήση από άνδρες αυξήθηκε λιγότερο από τρεις φορές.

Σε άμεση αντίθεση με τα παράνομα ναρκωτικά, η χρήση φαρμάκων, όπως οι βενζοδιαπεζίνες, είναι συνηθέστερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες και η διαφορά αυξάνεται με την ηλικία. Σε σύγκριση με τα παράνομα ναρκωτικά, ο σχετικά μικρός κοινωνικός στιγματισμός που συνδέεται με τη νόμιμη και παράνομη χρήση φαρμάκων είναι αξιοσημείωτος, αν και οι επιπτώσεις στην υγεία της τακτικής χρήσης είναι σημαντικές.

Ο αριθμός φυλακισμένων γυναικών στην Ευρώπη αυξάνεται σταθερά. Στην Ισπανία, ο αριθμός των έγκλειστων γυναικών σχεδόν τριπλασιάστηκε κατά την τελευταία δεκαετία. Αν και το ποσοστό των καταδικασμένων για ναρκωτικά δραστών είναι χαμηλότερο όσον αφορά τις γυναίκες, στοιχεία από την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο αποκαλύπτουν σημαντικά επίπεδα προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στις γυναίκες κατά την εισαγωγή τους στη φυλακή, τα οποία αφορούν κυρίως ηρωίνη, μεθαδόνη και βενζοδιαπεζίνες. Οι εγκαταστάσεις θεραπείας στις

γυναικείες φυλακές ποικίλλουν και η αγωγή για την περίθαλψη της εξάρτησης από τις βενζοδιαπεζίνες για την πρόληψη των κινδύνων της απότομης στέρησης δεν φαίνεται να είναι τόσο αποτελεσματική, όπως αυτή για τη θεραπεία της εξάρτησης από οπιούχα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΗΜΕΡΑ

Το παρόν κεφάλαιο θα μελετήσει την πρόληψη από τις εξαρτησιογόνες ουσίες και συγκεκριμένα των ναρκωτικών και του αλκοόλ. Θα παρουσιάσει τα δημόσια κυρίως κέντρα πρόληψης και στο τέλος θα μελετήσει το φαινόμενο της κοινωνικής επανένταξης κι επαγγελματικής αποκατάστασης των ατόμων που είναι εξαρτημένα από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ.

5.1. ΤΟΜΕΑΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Η πρόληψη αναφέρεται σε τρία επίπεδα. Η πρωτογενής πρόληψη αφορά στην παρέμβαση πριν από την εμφάνιση του προβλήματος το οποίο προκαλεί δυσάρεστες συνέπειες. Αυτό σημαίνει ότι η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στη διάσπαση του δικτύου των αιτιών οι οποίοι περιβάλλουν το πρόβλημα. Η δευτερογενής πρόληψη εστιάζει στη δουλειά με άτομα ή ομάδες που χαρακτηρίζονται ως άτομα ή ομάδες «υψηλού κινδύνου» που κάνουν περιστασιακή χρήση παράνομων ουσιών αλλά δεν έχουν φτάσει ακόμα στο επίπεδο της εξάρτησης. Τέλος η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην πρόληψη της υποτροπής μιας ασθένειας ή στον περιορισμό των επιπτώσεων των υπολειμματικών συμπτωμάτων στην περίπτωση της κλινικά εμφανούς ασθένειας ή του προβλήματος συμπεριφοράς στα πρώτα του στάδια. Αυτό το επίπεδο συνδέεται συνήθως στενά με τη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη.

Φιλοσοφία της πρόληψης είναι η υιοθέτηση υπεύθυνων στάσεων και συμπεριφορών προκειμένου να προαχθεί η σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου. Τα τελευταία χρόνια διευρύνθηκαν οι υπάρχουσες υπηρεσίες πρόληψης, με τη δημιουργία περισσότερων Κέντρων Πρόληψης, ώστε να καλύπτονται αποτελεσματικότερα οι ανάγκες της εκάστοτε Τοπικής Κοινότητας,

Στην Ελλάδα σήμερα, η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης υλοποιείται κυρίως από 72 Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ, που εντάσσονται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και

λειτουργούν πανελλαδικά από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Τα Κέντρα αυτά συνεργάζονται με σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στο πλαίσιο της υλοποίησης Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας αλλά και με κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς φορείς από το χώρο των εξαρτήσεων, της υγείας. Συγκεκριμένα συμπεριλαμβάνονται 3 μη κυβερνητικοί φορείς, (Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης, Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, ΚΕΘΕΑ) , 1 κρατικός φορέας (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) και 1 εθελοντική οργάνωση (Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ»), οι οποίοι υλοποιούν και παρεμβάσεις πρόληψης⁴².

Οι παρεμβάσεις αυτές πρόληψης απευθύνονται σε μαθητές, γονείς και σε ομάδες της κοινότητας, χωρίς όμως να λαμβάνονται υπόψη χαρακτηριστικά όπως ψυχολογία, κοινωνικό περιβάλλον κ.α., τα οποία αποτελούν σοβαρούς κινδύνους για μελλοντική χρήση ουσιών.

Σε συνδυασμό με τη σχολική κοινότητα, οι γονείς αποτελούν τη βασικότερη ομάδα – στόχο για τις προληπτικές παρεμβάσεις στην Ελλάδα. Έτσι, θέλοντας να υπογραμμίσουν και να ενισχύσουν το ρόλο της οικογένειας, οι φορείς πρόληψης (Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Τομέας Πρόληψης ΚΕΘΕΑ, Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ») σχεδιάζουν και υλοποιούν 2 τύπους παρέμβασης:

1. Παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης : Ανοικτές συναντήσεις για γονείς σε θέματα πρόληψης και διαπαιδαγώγησης των παιδιών.
2. Παρεμβάσεις εκπαίδευσης (ομάδες γονέων): Αφορούν τη συμμετοχή των γονέων σε ομάδες βιωματικού κυρίως χαρακτήρα με κυριότερους στόχους τη βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και την υποστήριξη των γονέων στο ρόλο τους.

Στο πλαίσιο της συμμετοχής των νέων σε παρεμβάσεις πρόληψης, οι φορείς πρόληψης (Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Τομέας Πρόληψης ΚΕΘΕΑ, Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ») δε περιορίζουν τη δράση τους στο χώρο του σχολείου. Έτσι, παρά τις δυσκολίες σχετικά με τη συμμετοχή των νέων (πχ δυσκολία εξεύρεσης χρόνου, διαρροές από παρεμβάσεις κτλ), οι φορείς πρόληψης

⁴² Μπάφη Ι., Σπυροπούλου Μ., Τερζίδου Μ., 2006, Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα, ανακτημένο από: <http://www.ektepn.gr/Greek/sk3.pdf>

απευθύνονται σε παιδιά προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας με παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται εκτός σχολικού πλαισίου.

Εκτός από τις παρεμβάσεις στη σχολική κοινότητα, σε γονείς και σε νέους, οι φορείς πρόληψης επεκτείνουν τις δράσεις τους και σε άλλες ομάδες της κοινότητας. Βασικοί στόχοι προσέγγισης της κοινότητας είναι η ευαισθητοποίηση των τοπικών κοινωνιών, η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες πρόληψης, καθώς και η συνεργασία των φορέων της τοπικής κοινότητας.

Στο πλαίσιο της ενημέρωσης και της ευαισθητοποίησης της κοινότητας, οι φορείς από το χώρο των εξαρτήσεων χρησιμοποιούν και το διαδίκτυο, προκειμένου να παρέχουν πληροφορίες για τις ουσίες, αλλά και για τις δομές και τις υπηρεσίες πρόληψης και αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης.

Επίσης, το 2006 η Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης «ΙΘΑΚΗ» (ΚΕΘΕΑ) άρχισε να παρέχει συμβουλευτική και ενημέρωση μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.

Τέλος, οι φορείς πρόληψης αξιοποιούν το διαδίκτυο με τη δημιουργία ηλεκτρονικών εφημερίδων τόσο για την προώθηση των δράσεων που υλοποιούν όσο και για την επικοινωνία σχετικά με θέματα που αφορούν τη πρόληψη. Ενδεικτικά αναφέρονται ο ΔΙΑΥΛΟΣ και η ΠΥΞΙΔΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.

Η Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης «ΠΗΓΑΣΟΣ» (ΚΕΘΕΑ), η οποία δραστηριοποιείται από το 1989, υλοποιεί βραχύχρονες παρεμβάσεις σε διαφορετικές περιοχές της χώρας. Οι αποστολές των μελών του «ΠΗΓΑΣΟΥ» απευθύνονται στις τοπικές κοινωνίες και περιλαμβάνουν συναντήσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, βιωματικά εργαστήρια, καθώς και οι πολιτιστικές και αθλητικές εκδηλώσεις⁴³.

Ο χώρος εργασίας θα μπορούσε να αποτελέσει ένα πλαίσιο παρεμβάσεων πρόληψης και, γενικότερα, προαγωγής της υγείας. Στο πρόγραμμα, το οποίο υποστηρίζεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, συμμετέχουν 10 κράτη – μέλη. Από την Ελλάδα συμμετέχει ο ΟΚΑΝΑ. Επιπλέον, σε εθνικό επίπεδο υπάρχουν Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης, τα οποία έχουν αναπτύξει τις δράσεις τους σε αυτόν τον τομέα.

⁴³ Μπάφη Ι., Σπυροπούλου Μ., Τερζίδου Μ., 2006, Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματών στην Ελλάδα, ανακτημένο από: <http://www.ektepn.gr/Greek/sk3.pdf>

Αν και η πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα εξακολουθεί να εστιάζει σε παρεμβάσεις καθολικού χαρακτήρα, είναι εμφανής η προσπάθεια ανάπτυξης και υλοποίησης επικεντρωμένων δράσεων με στόχο τη προσέγγιση ομάδων αλλά και ατόμων. Οι επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης απευθύνονται σε ομάδες, οι οποίες θεωρούνται ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, δηλαδή τα μέλη τους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα εξάρτησης. Παραδείγματα τέτοιων ομάδων θεωρούνται οι νέοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, τα παιδιά που οι γονείς τους έχουν προβλήματα με τη χρήση ουσιών, νέοι με παραβατική συμπεριφορά, μετανάστες, πρόσφυγες, άνεργοι και άλλοι. Οι παρεμβάσεις υλοποιούνται σε επίπεδο ομάδας, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη επιπλέον ατομικοί παράγοντες κινδύνου για μελλοντική χρήση ουσιών⁴⁴.

Ιδιαίτερη είναι η έμφαση που δίνεται στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη στρατηγικών σε ευρωπαϊκό επίπεδο για τη πρόληψη της χρήσης σε χώρους διασκέδασης. Ωστόσο, με δεδομένο ότι στη χώρα μας η σημασία της πρόληψης στους χώρους ψυχαγωγίας δεν έχει ακόμα νοηματοδοτηθεί, γίνονται κάποιες αποσπασματικές παρεμβάσεις και σε γενικές γραμμές οι δράσεις στον τομέα αυτόν περιορίζονται στη διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων σχετικά με τη πρόληψη, στις επιπτώσεις στην υγεία από τη χρήση ουσιών κτλ.

Στο πλαίσιο πληροφόρησης για τις ουσίες, τις υπάρχουσες δομές που λειτουργούν στη χώρα, καθώς και τη παροχή συμβουλευτικής, για την όσο το δυνατόν αμεσότερη αντιμετώπιση της κρίσης και την παραπομπή στις υπάρχουσες δομές και υπηρεσίες, λειτουργούν στην Ελλάδα 3 τηλεφωνικές γραμμές.

Όσον αφορά την υλοποίηση ενδεδειγμένων παρεμβάσεων πρόληψης, σε συνεργασία με σχολεία της περιοχής τους, παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής σε μαθητές, κατόπιν αιτήματός τους. Επιπλέον, στο πλαίσιο της προαγωγής της υγείας στη σχολική κοινότητα, το ΥΠΕΠΘ έχει ιδρύσει 22 Κέντρα Διάγνωσης, Αξιολόγησης και Υποστήριξης, τα οποία απευθύνονται σε μαθητές με σωματικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες. Οι δομές αυτές ευαισθητοποιούν και παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε εκπαιδευτικούς και γονείς.

⁴⁴ Μπάφη Ι., Σπυροπούλου Μ., Τερζίδου Μ., 2006, Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματών στην Ελλάδα, ανακτημένο από: <http://www.ektepn.gr/Greek/sk3.pdf>

Παρεμβάσεις ενδεδειγμένης πρόληψης πραγματοποιούν τα Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης, τα οποία ανταποκρίνονται σε αιτήματα χρηστών και των οικογενειών τους, καθώς και ατόμων με ποικίλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα τα οποία συνδέονται με πιθανή χρήση ουσιών. Στο πλαίσιο αυτό παρέχουν συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη καθώς και παραπομπή σε αντίστοιχη δομή. Επιπλέον, ατομική συμβουλευτική σε ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου καθώς και σε χρήστες και οικογένειες χρηστών, παρέχει και η Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης «ΠΗΓΑΣΟΣ» (ΚΕΘΕΑ).

Όσον αφορά την προσέγγιση και την έγκαιρη παρέμβαση εφήβων που κάνουν περιστασιακή χρήση ουσιών, οι αρμόδιες υπηρεσίες για εφήβους του ΟΚΑΝΑ, του ΚΕΘΕΑ και της Μονάδας Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ» ΨΝΑ υλοποιούν ανάλογες δράσεις με στόχο τη παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και εκπαίδευση στους ίδιους και στις οικογένειές τους⁴⁵.

Όσον αφορά στον αλκοολισμό οι επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στην πρόληψή του οφείλουν να ενημερώνουν το κοινό για τη φύση της ασθένειας και τις επιπτώσεις που έχει στη ζωή των ατόμων. Η ενημέρωση αυτή μπορεί να απευθύνεται σε σχολεία, σε πανεπιστήμια, σε ομάδες ενηλίκων ή ομάδες γονέων μέσω εκδηλώσεων που διοργανώνει η κοινότητα.

Ανάλογες κινήσεις μπορούν να προωθηθούν από τους δήμους που θα οργανώσουν εκδηλώσεις στα σχολεία, όπου ειδικοί θα ενημερώσουν τα παιδιά για την ασφαλή χρήση του οινοπνεύματος αλλά και για τις δυσμενείς επιπτώσεις που το αλκοόλ μπορεί να έχει αν καταναλωθεί απρόσεκτα και σε μεγάλες ποσότητες.

Ωστόσο, ανάλογες δραστηριότητες που θα απευθύνονται σε γονείς είναι εξίσου σημαντικές, καθώς οι γονείς παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού.

Κάποιες γενικές γραμμές που μπορούν να ακολουθηθούν από τους γονείς είναι οι εξής⁴⁶:

⁴⁵ Μπάφη Ι., Σπυροπούλου Μ., Τερζίδου Μ., 2006, Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα, ανακτημένο από: <http://www.ektepn.gr/Greek/sk3.pdf>

⁴⁶ Ι. Α Μουζάς και Συνεργάτες, Αλκοόλ και Σχετιζόμενα με αυτό προβλήματα. Μια διεπιστημονική προσέγγιση, Α. Τ. Ε. Ι Κρήτης, Ηράκλειο 2003, σελ 59

• Οι γονείς πρέπει να κάνουν ασφαλή- προσεκτική κατανάλωση του οινοπνεύματος, ώστε να μην αποτελέσουν οι ίδιοι ένα παράδειγμα προς αποφυγή. Μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα βλαβερό για το παιδί να παρακολουθεί έναν γονέα να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ στο σπίτι μεσημέρι, βράδυ, ενώ είναι πιθανόν να θελήσει να τον μιμηθεί κάνοντας το παρόν διάστημα ή στο μέλλον παρόμοια χρήση.

• Οι γονείς πρέπει να συζητούν και να αξιολογούν με τα παιδιά τα μηνύματα για το αλκοόλ που λαμβάνουν από τα Μ. Μ. Ε (διαφημίσεις, ειδήσεις, ταινίες)

• Οι γονείς σε περίπτωση που αντιληφθούν ότι το παιδί καταναλώνει αλκοόλ σε μικρή ηλικία πρέπει να αναζητήσουν με ηρεμία πηγές βοήθειας για να προστατέψουν το παιδί από μια προβληματική- βλαβερή χρήση και στο μέλλον.

Ακόμα, σημαντικό είναι να πραγματοποιηθούν έρευνες από ειδικούς επιστήμονες που θα συμβάλλουν στην καλύτερη γνώση και κατανόηση της ασθένειας. Έρευνες μπορούν να πραγματοποιηθούν από ειδικούς ψυχικής υγείας και ιατρούς, ενώ ιδιαίτερα αξιόλογα είναι και τα ενημερωτικά συνέδρια και σεμινάρια που μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμα για την θεραπευτική κοινότητα.

5.1.1. ΔΗΜΟΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στην Ελλάδα υπάρχουν πολλά προγράμματα, αυτή τη στιγμή από το ΚΕΘΕΑ και διάφορες κοινότητες. Είναι το πρόγραμμα του ψυχιατρικού νοσοκομείου Αθηνών, του «18 άνω» και το πρόγραμμα του ψυχιατρικού νοσοκομείου Θεσσαλονίκης και υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές κινήσεις που έχουν γίνει από τον ΟΚΑΝΑ, διάφορες μονάδες εφήβων και θεραπείες υποκατάστασης που γίνονται με μεθαδόνη, αυτή τη στιγμή, και είναι και οι μόνες νόμιμες. Στην Ελλάδα απαγορεύεται να υπάρξουν ιδιωτικές θεραπείες απεξάρτησης.

Στα προγράμματα αυτά, αφού χορηγηθεί η απαραίτητη ιατρική βοήθεια για τα στερητικά συμπτώματα, στη συνέχεια δίνεται μεγάλη έμφαση στην ψυχοθεραπεία. Το ΚΕΘΕΑ έχει τη δική του φιλοσοφία, το «18 άνω» τη δική του, αλλά σίγουρα προσπαθεί να δοθεί έμφαση μέσα από διάφορες ομάδες και θεραπευτικές δραστηριότητες στο να ανακαλύψει ο νέος ή ο ενήλικας τους λόγους που τον έχουν ωθήσει. Είναι πολύπλοκο το ζήτημα, είναι θεραπείες που κρατούν από 1, 1,5 έως και

2 χρόνια ή και παραπάνω καμία φορά, γιατί στην ουσία το άτομο καλείται να κάνει μια ουσιαστική αναδόμηση και αναθεώρηση του εαυτού του, επομένως διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Θα πρέπει να έχει και υπομονή το άτομο που κάνει μια θεραπεία απεξάρτησης, που είναι η θεραπεία που θα κάνει για να σώσει τη ζωή του.

Τα προγράμματα μεθαδόνης βασίζονται στη φιλοσοφία της τριτογενούς πρόληψης, δηλαδή είναι προγράμματα που υποκαθιστούν τη χρήση με κάτι άλλο αλλά και πάλι θα πρέπει να υπάρχει ψυχολογική παρέμβαση αν θέλει το άτομο να απαλλαγεί από τα ναρκωτικά. Δεν αρκεί η μεθαδόνη για να υπάρξει οριστική θεραπεία⁴⁷.

Τα τελευταία χρόνια, κέντρα απεξάρτησης του εξωτερικού συγκεντρώνουν εκατοντάδες Έλληνες χρήστες. Η Αγγλία, η Ολλανδία, η Ισπανία, η Γαλλία και η Ελβετία είναι μερικές από τις χώρες όπου καταφεύγουν αρκετοί τοξικομανείς. Παράλληλα όμως ιδρύονται και κλινικές που υπόσχονται αποτελέσματα ακόμη και μέσα σε μια νύχτα σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης όπως η Βουλγαρία, όπου σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Ναρκωτικά οι μέθοδοι αντιμετώπισης που ακολουθούνται είναι αμφισβητήσιμες. Παράλληλα στην Ελλάδα, μετά τις ψυχιατρικές κλινικές, αναπτύσσονται τμήματα σε ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία υπόσχονται απεξάρτηση σε μικρό χρονικό διάστημα έναντι αμοιβής, η οποία συχνά αποκλείει αρκετούς.

Ο μεγάλος χρόνος αναμονής σε λίστες για τα θεραπευτικά προγράμματα αλλά ακόμα και ο κοινωνικός στιγματισμός των τοξικομανών είναι οι κυριότεροι λόγοι που οδηγούν κάποιον στο εξωτερικό. Σύμφωνα με τον κ. Γιώργο Οικονομόπουλο, γιατρό με ειδικότητα ψυχιατρικής, που ασχολείται με τις εξαρτησιογόνες ουσίες, «κυριότερες χώρες υποδοχής Ελλήνων είναι η Αγγλία, η Ολλανδία και η Ελβετία όπου λειτουργούν ιδιωτικά κέντρα απεξάρτησης, με χορήγηση κυρίως μεθαδόνης αλλά και μιας άλλης ουσίας, της ναλτρεξόνης. Η ουσία αυτή δρα ως ανταγωνιστής της ηρωίνης. Μέχρι πρότινος κυκλοφορούσε με ελεύθερη συνταγογραφία και στη χώρα μας. Πριν από ένα μήνα αποσύρθηκε από τα φαρμακεία και χορηγείται μόνο από τα κρατικά κέντρα υποκατάστασης. Σύμφωνα με τον ίδιο, το κόστος των

⁴⁷ Τάκης Χ. Νικόλαος, 2008, Ναρκωτικά: Θεραπευτικά προγράμματα ανακτημένο από: http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=4646, στις 5-8-09

προγραμμάτων στα ιδιωτικά κέντρα του εξωτερικού κυμαίνεται από 4 μέχρι 10 εκατομμύρια δραχμές για όσο διάστημα διαρκούν.

Το κοινωνικά στίγμα που ακολουθεί κάθε τοξικομανή είναι για τον κ. Φαίδωνα Καλοτεράκη, υπεύθυνο του Προγράμματος «Ιθάκη», η αιτία της ροής χρηστών προς το εξωτερικό. Πάντως, όπως ο ίδιος αναφέρει, «τις περισσότερες φορές πρόκειται για σπατάλη χρημάτων, αφού η αποτελεσματικότητα των ιδιωτικών κέντρων είναι αμφίβολη».

Σύμφωνα με την κ. Μένη Μαλλιώρα, το τεράστιο πρόβλημα δημιουργείται από τις λίστες αναμονής. Έτσι λοιπόν «δημιουργούνται δύο κύματα Εξόδου προς την Ευρώπη. Το ένα προς τη Γαλλία όπου χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο η βουπρενορφίνη και σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου υπάρχουν αυτή τη στιγμή περισσότεροι από 50.000 χρήστες στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Το δεύτερο, που άρχισε πριν από μια δεκαετία κατευθύνεται προς την Ισπανία όπου αναπτύσσονται τα λεγόμενα προγράμματα ταχείας απεξάρτησης που υπόσχονται απεξάρτηση σε μικρό χρονικό διάστημα. «Πρόκειται τις περισσότερες φορές για εκμετάλλευση των τοξικομανών, καθώς αρκετοί είναι αυτοί που επιστρέφουν και ξαναπέφτουν στην ηρωίνη. Σε τέτοιου είδους προγράμματα, που λειτουργούν σε ιδιωτικές κλινικές, χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι απεξάρτησης», αναφέρει η κ. Ελένη Χριστιά, γενική γραμματέας του Συλλόγου Εργαζομένων στον ΟΚΑΝΑ η οποία εργάζεται σε μια από τις μονάδες υποκατάστασης στη Θεσσαλονίκη.

«Μπροστά στα πολύπλοκα ψυχολογικά προβλήματα και κοινωνικά αδιέξοδα που αντιμετωπίζουν οι χρήστες ουσιών, παρατηρείται το φαινόμενο κάποιοι από αυτούς να πείθονται από τις υποσχέσεις επιτήδειων για άμεση και ανώδυνη λύση του προβλήματός τους». Η απεξάρτηση και κοινωνική επανένταξη απαιτούν χρόνο καθώς και την ενεργητική συμμετοχή του εξαρτημένου. Η αποτοξίνωση που πολύ συχνά προβάλλεται ως η λύση διαρκεί λίγες μέρες και αφορά μόνο τη σωματική διάσταση του προβλήματος και αποτελεί προστάδιο της θεραπείας, όχι ολοκληρωμένη θεραπεία.

Παράλληλα με τα κέντρα του εξωτερικού, υπάρχουν και στη χώρα μας ιδιωτικές κλινικές απεξάρτησης. Μια από αυτές είναι και η Κλινική Αγίου Νικολάου στον Πειραιά, για την οποία παλαιότερα είχε διαταχθεί προκαταρκτική εξέταση από

την Εισαγγελία Πειραιά για παράνομη εφαρμογή προγραμμάτων με ναλτρεξόνη. Στην κλινική αυτή εξακολουθεί και σήμερα να λειτουργεί το πρόγραμμα αυτό, και όπως υποστηρίζουν οι υπεύθυνοι του προγράμματος, «αν ένας τοξικομανής μείνει έστω και ένα μήνα μακριά από την ηρωίνη, υπάρχει ελπίδα να σωθεί. Το πρόγραμμα της ναλτρεξόνης διαρκεί ένα χρόνο. Με την ουσία αυτή μπλοκάρουν οι υποδοχείς των οπιοειδών στον οργανισμό με αποτέλεσμα ο χρήστης να μη νιώθει την επίδραση της ηρωίνης. Ο ασθενής παίρνει για ένα χρόνο χάπι ναλτρεξόνης ενώ έχει και ψυχολογική υποστήριξη. Το πρόγραμμα κοστίζει γύρω στα 2 εκατομμύρια δραχμές. Έδρα του παγκόσμιου προγράμματος που ονομάζεται Πρόγραμμα Ταχείας Αποτοξίνωσης από οπιοειδή (UROD) είναι η Ελβετία ενώ λειτουργεί και σε πολλά νοσοκομεία του κόσμου⁴⁸.

5.2. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Η κοινωνική επανένταξη αποτελεί την τελευταία φάση του προγράμματος απεξάρτησης. Σε αυτή συμμετέχουν άτομα που έχουν παραμείνει τουλάχιστον για 12 μήνες στη θεραπευτική κοινότητα.

Στη διάρκεια της υποστηρίζονται, ώστε να ενταχθούν ενεργά στο κοινωνικό σύνολο. Η επιτυχία της προσπάθειας αυτής εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την υιοθέτηση ενός νέου τρόπου ζωής, ο οποίος αντιτίθεται, κατ' αρχήν, στη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης παίζει η ένταξη στην παραγωγική διαδικασία και η σταθερή απασχόληση⁴⁹.

Το Σχέδιο Παροχής Οικονομικής Βοήθειας για Επανένταξη πρώην Εξαρτημένων Ατόμων, στοχεύει να στηρίξει τους πρώην χρήστες προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες κατά τη μετάβασή τους από το θεραπευτικό σύστημα στην αυτοδύναμη κοινωνική τους παρουσία. Παράλληλα επιθυμεί να βοηθήσει τους πρώην χρήστες ώστε η μετάβασή τους να γίνει ομαλά και σταθερά, αλλά και να συμβάλλει έτσι ώστε

⁴⁸ http://www.geocities.com/methadon_gr/typos/typos10.html

⁴⁹ Θεραπευτικό Πρόγραμμα Νόστος, 2009, Πρόγραμμα Νόστος για χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών και τις οικογένειές τους, ανακτημένο από: <http://www.kethea-nostos.gr/menu/EYKAIRIES/peks.html>

η συμμετοχή τους στην κοινωνία να είναι ενεργή, παραγωγική και με αξίες. Συγκεκριμένα οι κυριότεροι στόχοι του σχεδίου παροχής οικονομικής βοήθειας για την επανένταξη πρώην εξαρτημένων ατόμων είναι :

- ΰ Η διατήρηση της σταθερής αποχής από εξαρτησιογόνες ουσίες, αντικοινωνική και παράνομη συμπεριφορά.
- ΰ Η δημιουργία λειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων.
- ΰ Ο επαγγελματικός προσανατολισμός - επαγγελματική αποκατάσταση.
- ΰ Η απόκτηση δεξιοτήτων για την επίλυση δυσκολιών ζωής - αυτονόμηση.

Στις χώρες της ευρωπαϊκής Ένωσης οι παρεμβάσεις κοινωνικής επανένταξης απευθύνονται τόσο σε τρέχοντες όσο και σε πρώην προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών («καθαροί» πρώην τοξικομανείς που λειτουργούν πλέον καλά μέσα στην κοινωνία και άτομα που παρακολουθούν μακρόχρονα προγράμματα μεθαδόνης έως τους πλέον άπορους τοξικομανείς που ζουν στο δρόμο). Το στοιχείο της θεραπείας, είτε ιατρικής είτε ψυχοκοινωνικής, δεν απαιτείται απαραίτητα. Αυτό σημαίνει ότι η κοινωνική επανένταξη δεν είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται μετά τη θεραπεία αλλά μπορεί να λαμβάνει χώρα ανεξάρτητα από την προηγούμενη παρακολούθηση θεραπείας, όντας είτε το τελικό στάδιο μίας διαδικασίας θεραπείας είτε μία χωριστή και ανεξάρτητα μετα-θεραπευτική παρέμβαση που πραγματοποιείται από εξω-θεραπευτικές υπηρεσίες με χωριστούς στόχους και μέσα. Οι υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης δεν απευθύνονται αποκλειστικά σε προβληματικούς χρήστες παράνομων ναρκωτικών αλλά μπορούν να απευθύνονται σε κάθε είδους εξαρτημένα άτομα (συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που είναι εθισμένα στο αλκοόλ αλλά και σε νόμιμες ναρκωτικές ουσίες).

Η κοινωνική επανένταξη μπορεί να χωριστεί σε τρεις βασικούς τύπους παρεμβάσεων: εκπαίδευση (στην οποία περιλαμβάνεται η κατάρτιση), στέγαση και απασχόληση.

Πολλοί χρήστες ναρκωτικών έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και εθνικές εκθέσεις⁵⁰ περιγράφουν κακή σχέση μεταξύ των προβληματικών χρηστών

⁵⁰ Καβουνίδη, Τ. (1996) Κοινωνικός αποκλεισμός: έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής. Στο: *Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα* (επιμέλεια: Δ. Καραντινός, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη και Ε. Φρονίμου), σσ. 47-96. Αθήνα: ΕΚΚΕ., Stauffacher, M. (1998) *Treated Drug Users in 22 European Cities. Annual update 1996. Trends 1992-1996*. Ομάδα Pompidou, Συμβούλιο της Ευρώπης: Στρασβούργο.

ναρκωτικών και της αγοράς εργασίας. Επομένως, οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αναβάθμιση των ακαδημαϊκών, τεχνικών ή πρακτικών δεξιοτήτων αυξάνουν τις πιθανότητες των ατόμων που παρακολουθούν τη θεραπεία στην αγορά εργασίας.

Τα μέτρα απασχόλησης μπορούν να λάβουν πολλές διαφορετικές μορφές, για παράδειγμα παροχή χρηματοδοτικής ενίσχυσης σε επιχειρήσεις που απασχολούν ένα χρήστη ναρκωτικών σε μία ανταγωνιστική θέση εργασίας, όπως αναφέρεται από την Ελλάδα. Άλλα μέτρα περιλαμβάνουν τη σύσταση υπηρεσιών απασχόλησης, όπως το Χρηματιστήριο Θέσεων Εργασίας της Βιέννης στην Αυστρία, ή η παροχή βοήθειας σε άτομα που παρακολουθούν θεραπεία ώστε να συστήσουν τις δικές τους επιχειρήσεις, όπως συμβαίνει επίσης στην Ελλάδα καθώς και στην Ισπανία υπό την αιγίδα του προγράμματος απασχόλησης «Προώθηση της αυτοαπασχόλησης» (αυτό το είδος παρέμβασης αλληλεπικαλύπτεται με εκπαίδευση/κατάρτιση).

Τέλος, η παροχή στέγης ή βοήθειας για την ανεύρεση στέγης έχει ως στόχο να φέρει μεγαλύτερη σταθερότητα στη ζωή των ατόμων που παρακολουθούν θεραπεία. Η παροχή στέγης μπορεί να αποτελέσει αυτή καθαυτή μία παρέμβαση αλλά συχνά συνοδεύεται από την παροχή ψυχοκοινωνικής βοήθειας και κάποιου είδους εποπτείας. Ένα παράδειγμα παράλληλης ψυχοκοινωνικής μέριμνας είναι το ίδρυμα Haus am Seespitz στο Τυρόλο, μία ανοιχτή μεταθεραπευτική ομάδα που οργανώνει συναντήσεις σε εγκαταστάσεις στέγασης. Στο Βέλγο, η υπηρεσία «Habitations protégées» παρέχει τόσο στέγαση όσο και ψυχιατρική περίθαλψη. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία⁵¹ έδειξε ότι το 79 % των γυναικών και το 76 % των ανδρών πρώην κρατουμένων δήλωσαν ότι η ανεύρεση κατάλληλης στέγης αποτελούσε το βασικό τους πρόβλημα και το λόγο του κοινωνικού τους αποκλεισμού, γεγονός που υποδηλώνει ότι η παροχή στέγης αποτελεί μία σημαντική παρέμβαση κοινωνικής επανένταξης.

Η διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης των απεξαρτημένων απαιτεί τέλος την παροχή συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών, αφού ο θεραπευόμενος είναι περισσότερο επιρρεπής στην υποτροπή. Στο κρίσιμο αυτό στάδιο κατά το οποίο ο πρώην χρήστης καλείται να αναλάβει τη φροντίδα της υγείας και της ζωής του, οι δομές επανένταξης παρέχουν ατομικές και ομαδικές συνεδρίες ψυχολογικής στήριξης, ανάπτυξης προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, ενδυνάμωσης των

⁵¹ Hickey, C. (2002) *Crime and Homelessness*. Focus Ireland and PACE: Δουβλίνο.

σχέσεων με την οικογένεια, βελτίωσης της σωματικής υγείας, καθώς και ομάδες δημιουργικής απασχόλησης⁵².

5.3.Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Σκοπός των προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης των απεξαρτώμενων ατόμων είναι η ψυχική ενδυνάμωσή τους, καλλιεργώντας και αναπτύσσοντας κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες, απαραίτητες για την εύρεση και διατήρηση μιας εργασιακής σχέσης, ώστε να προετοιμαστούν για την επαγγελματική τους αποκατάσταση και επανένταξη σε ένα εργασιακό περιβάλλον.

Το 2006, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ), ο οποίος δραστηριοποιείται στην πρόληψη και καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς και την ένταξη στην αγορά εργασίας ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων, συνολικά 220 υπό απεξάρτηση ή απεξαρτημένα άτομα συμμετείχαν στα επιδοτούμενα προγράμματα απασχόλησης που απευθύνονται σε ευπαθείς ομάδες. Από αυτά οι περισσότεροι (63,6%) απασχολήθηκαν σε θέσεις ιδιωτικού τομέα, ενώ οι υπόλοιποι (36,3%) έτυχαν διευκολύνσεων προκειμένου να δημιουργήσουν δική τους επιχείρηση.

Σε σύγκριση με τα στοιχεία του προηγούμενου έτους τριπλασιάστηκε ο αριθμός των πρώην χρηστών οι οποίοι επωφελήθηκαν από τα συγκεκριμένα προγράμματα απασχόλησης, ανατρέποντας την τάση μείωσης η οποία παρατηρήθηκε την τελευταία εξαετία όσον αφορά την απήχηση των συγκεκριμένων προγραμμάτων. Η αύξηση (διπλασιασμός) του αριθμού των εργασιακών συμβούλων του ΟΑΕΔ, οι οποίοι πραγματοποιούν εξατομικευμένες παρεμβάσεις με τους ενδιαφερόμενους, η βελτίωση των όρων των επιδοτούμενων προγραμμάτων (μικρότερη χρονική διάρκεια, μεγαλύτερο ύψος επιδότησης), αλλά και η επέκταση των παρεμβάσεων ενημέρωσης

⁵² Κασαπίδου Ζ., Καραγάλιου Κ., Μαλέττου Ε., 2006, Ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΙΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα

και ευαισθητοποίησης της ομάδας-στόχος σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς κοινωνικής επανένταξης, συνέβαλαν σημαντικά στην αύξηση του αριθμού των ατόμων τα οποία αξιοποίησαν τα εν λόγω προγράμματα μέσα στο 2006.

Από τα στοιχεία για την εργασιακή κατάσταση των ατόμων που παρακολουθούν τα Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης προκύπτει ότι το σύνολο των θεραπευτικών προγραμμάτων στο συγκεκριμένο στάδιο της θεραπευτικής διαδικασίας αποδίδει εξαιρετικό βάρος στην επαγγελματική αποκατάσταση των ανεξαρτημένων. Είναι ενδεικτικό ότι η εξασφάλιση σταθερής εργασιακής απασχόλησης σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα αποτελεί για την πλειοψηφία των δομών επανένταξης προϋπόθεση παραμονής στο πρόγραμμα. Συγκεκριμένα, από το σύνολο των ατόμων που δέχτηκαν υπηρεσίες σε εξειδικευμένες δομές επανένταξης το 2006, το 45,8% εργάζονταν ήδη με την έναρξη του έτους αναφοράς και το 45,08% εξασφάλισαν εργασιακή απασχόληση κατά τη διάρκεια του έτους⁵³.

⁵³ Κασαπίδου Ζ., Καραγάλιου Κ., Μαλέττου Ε., 2006, Ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα

5.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Η κοινωνική εργασία ορίζεται ως η εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη που αποσκοπεί στη διερεύνηση, μελέτη και αντιμετώπιση ενός ευρέως φάσματος προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων, που η διαπλοκή τους επηρεάζει δυσμενώς άτομα ή σύνολο ατόμων⁵⁴. Το παρόν κεφάλαιο θα ασχοληθεί με τις πρακτικές της κοινωνικής εργασίας και το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού απέναντι στα εξαρτώμενα από ουσίες άτομα.

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στα άτομα που είναι εξαρτημένα από ουσίες χαρακτηρίζεται συνήθως από γενικεύσεις. Είναι πολύ διαδεδομένη η γνώμη ότι τα άτομα αυτά εφόσον εμφανίζουν αναγκαστική εξάρτηση από τις ουσίες έχουν και μειωμένες νοητικές ικανότητες, δεν θεωρούνται αποδοτικά και παραμένουν έξω από την παραγωγική διαδικασία. Επίσης τα εξαρτημένα άτομα αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στέγασης και συνήθως έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Εκτός από τα προαναφερόμενα, συναντούν εμπόδια στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, αδιέξοδα στις κοινωνικές τους επαφές και αδυναμίες ως προς τη δημιουργική διάθεση του ελεύθερου χρόνου τους. Πολλές φορές κατηγορούνται για ποινικά αδικήματα και επιβαρύνονται συχνά με κοινωνικό στιγματισμό.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στα άτομα αυτά είναι πολύπλευρος. Σε επίπεδο κοινότητας, ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με φορείς του δημοσίου για την πρόληψη και την καταπολέμηση της ουσιοεξάρτησης και σε επίπεδο ατόμου όπου ο κοινωνικός λειτουργός δρα, με τη βοήθεια και τις παροχές του κράτους, με τον εξυπηρετούμενο. Αναφορικά, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να δουλέψει τόσο με τις πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες είναι εξαρτώμενες από ουσίες, όσο και με την κοινότητα και τους πολίτες της, οι οποίοι θα πρέπει να κατανοήσουν πως όταν οι ίδιοι περιθωριοποιούν κάποιες ομάδες ανθρώπων μόνο τότε αυτές οι ομάδες στρέφονται εναντίων του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου με ορισμένες πράξεις τους, έχοντας ως μόνο στόχο την επιβίωση και όχι την εκδίκηση για την κατάσταση στην

⁵⁴ Χριστοδούλου, Γ.Ν., Αλεβίζος, Β., Μαυρέας, Β. (επιμ.&μετφρ.), (1999). Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια Φροντίδα. Οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση (ICD10,κεφ.V), Αθήνα: Βήτα, σελ. 12-32.

οποία βρίσκονται.

Συνεπώς ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο διαμεσολαβητής ανάμεσα στο κράτος και τον εξυπηρετούμενο. Για να γίνει όμως ο διαμεσολαβητής θα πρέπει πρώτα να έχει εργαστεί σκληρά προκειμένου να δει τις ανάγκες της κάθε κοινότητας μέσω της έρευνας(η οποία δυστυχώς δεν είναι διαδεδομένη στη χώρα μας, κυρίως λόγω έλλειψης κονδυλίων) και στη συνέχεια να διερευνήσει τις ανάγκες της πληθυσμιακής ομάδας με την οποία πρόκειται να εργαστεί.

Όταν στη συνέχεια ανακαλύψει αυτές τις ανάγκες θα πρέπει να σχεδιάσει προγράμματα για την ικανοποίησή τους, αλλά και να εξασφαλίσει τους πόρους για την υλοποίηση αυτών καθώς επίσης και να τα συντονίζει. Προγράμματα στη συγκεκριμένη περίπτωση θα μπορούσαν να είναι η επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση των πρώην τοξικοεξαρτώμενων.

Εκτός όμως από τα προαναφερόμενα ο κοινωνικός λειτουργός εργάζεται και σε ατομικό επίπεδο προκειμένου να καλύψει τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των εξαρτώμενων ατόμων.

Η θεραπεία της εξάρτησης (από αλκοόλ ή ναρκωτικά) απαιτεί τη συνεργασία πολλών επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων, όπως είναι οι ιατροί, οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπεία της εξάρτησης περιλαμβάνει την εργασία του σε πλαίσια δημόσια, ιδιωτικά ή εθελοντικά σε διάφορες περιόδους από την πρόληψη μέχρι την θεραπεία, ενώ παρεμβαίνει στο εξαρτώμενο άτομο, την οικογένειά του, στην ομάδα και την κοινότητα. Βέβαια, η παρέμβαση δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν ο κοινωνικός λειτουργός δεν είναι εκπαιδευμένος ή τουλάχιστον πλήρως ενημερωμένος για την εξάρτηση. Η κοινωνική εργασία πραγματοποιείται είτε ατομικά είτε σε ομάδες είτε μέσα στην κοινότητα ή μαζί με την οικογένεια.

Ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία του με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετιζόμενα με ουσιοεξαρτήσεις πρέπει, όχι μόνο να είναι ενήμερος για το πρόβλημα τους, αλλά και για όλες τις μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας με άτομα. Αρχικά, θα πρέπει να συζητήσει με τον εξυπηρετούμενο την φύση της ασθένειας και της όλης κατάστασης πριν ετοιμάσει τη διαδικασία παρέμβασης και αντιμετώπισης του προβλήματος. Η αλληλεπίδραση Κοινωνικού Λειτουργού και πελάτη συμβάλλει και αυτή στην πορεία και την έκβαση της επαγγελματικής σχέσης.

Προϋπόθεση για τη συνεργασία και τη δημιουργία της σωστής επαγγελματικής σχέσης είναι η συναίνεση του εξυπηρετούμενου καθώς οποιαδήποτε καταναγκαστική μέθοδος δεν μπορεί να συμβαδίσει με τις αρχές της κοινωνικής εργασίας⁵⁵.

Βασική αρχή είναι η τήρηση της εχεμύθειας για να μπορέσει το άτομο να εμπιστευτεί τον κοινωνικό λειτουργό και να αφεθεί στα οφέλη της συνεργασίας. Ακόμα, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να σέβεται και να αποδέχεται την ιδιαιτερότητα του κάθε ατόμου που στην προκειμένη περίπτωση αντιμετωπίζει πρόβλημα με ουσίες και να υιοθετεί μια μη-κριτική στάση που θα διευκολύνει τον εξυπηρετούμενο να ανοιχθεί και να νιώσει έτοιμος για την συνεργασία.

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η γυναίκα που εξαρτάται από ουσίες, πολύ δύσκολα θα αναζητήσει βοήθεια από μόνη της αλλά συνήθως εξαναγκάζεται από κάποιον συγγενή ή φίλο. Παρακάτω παρατίθενται κάποιες ερωτήσεις που βοηθούν να αντιληφθεί κάποιος αν ο φίλος του/συγγενής του είναι αλκοολικός ή ναρκομανείς. (πόσο πίνεις, νιώθεις ενοχές κ.λπ) Κάποιες άλλες ερωτήσεις που βοηθούν στη διάγνωση είναι οι ακόλουθες:

- Σε ποιες περιστάσεις καταναλώνεις αλκοόλ / ναρκωτικά;
- Πόσο συχνά καταναλώνεις αλκοόλ / ναρκωτικά;
- Τρως λίγο ή ακανόνιστα καθώς πίνεις / καταναλώνεις ναρκωτικά
- Σου τυχαίνει να πίνεις / καταναλώνεις ναρκωτικά συνέχεια επί μέρες;

Είναι σημαντικό να εξετάσει ο κοινωνικός λειτουργός κάτω από ποιες συνθήκες το άτομο καταναλώνει αλκοόλ/ναρκωτικά, αν το κάνει μόνος του ή όταν είναι με παρέα, αν η συχνότητα κατανάλωσης είναι υψηλή ή σε αραιά χρονικά διαστήματα.

Αντιμετωπίζοντας μια πολυπροβληματική κατάσταση όπως είναι ο αλκοολισμός και τα ναρκωτικά, παρατηρούμε ότι οι άνθρωποι που πάσχουν συναντούν προβλήματα κοινωνικού αποκλεισμού. Για τον λόγο αυτό, λειτουργούν και στην Ελλάδα ομάδες Απεξάρτησης και Αλληλοβοήθειας που αποσκοπούν στην προστασία των ατόμων αυτών και στην επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο.

⁵⁵ Καλλινικάκη Θ., (1998) Κοινωνική Εργασία, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα,

Οι ομάδες αυτές πολλές φορές στελεχώνονται και από κοινωνικούς λειτουργούς αφού εκπαιδευτούν πρώτα για την φύση του αλκοολισμού και των ανρκωτικών και τις επιδράσεις του στο άτομο και την οικογένειά του. Επιπλέον, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να δραστηριοποιείται και να κατευθύνει την ομάδα βάσει των αρχών της κοινωνικής εργασίας με ομάδα⁵⁶.

Οι ομάδες κοινωνικής εργασίας στοχεύουν στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων κοινωνικών προβλημάτων, στην αύξηση της κοινωνικής λειτουργικότητας, στη δημιουργική απασχόληση ή στην επίτευξη συγκεκριμένου έργου. Η ομάδα, θα αναφέρεται στο πρόβλημα της εξάρτησης, στις επιπτώσεις που έχει στη ζωή του ατόμου και της οικογένειάς του και θα στοχεύουν στην αύξηση της λειτουργικότητας του ατόμου, στην ανάπτυξη δημιουργικότητας και τελικά στην θεραπεία του, σύμφωνα με τους στόχους των ομάδων κοινωνικής εργασίας. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, επηρεάζεται από την ομαδική κατάσταση που επικρατεί, από τους σκοπούς, του ίδιου, της ομάδας, των μελών και από το στάδιο ανάπτυξης της ομάδας.

Βασικός στόχος του θα είναι να διερευνήσει κάποια βασικά ζητήματα⁵⁷:

- Πως βιώνουν το πρόβλημα του αλκοολισμού / ναρκωτικών τα μέλη της ομάδας.
- Ποιες είναι οι προτεραιότητες τους προκειμένου να ξεφύγουν από το πρόβλημα του αλκοολισμού/ ναρκωτικών και να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσης τους.
- Ποιος τρόπος αντιμετώπισης είναι ο καταλληλότερος για την ομάδα.
- Ποια είναι τα εμπόδια αλλά και οι πηγές βοήθειας στην πορεία των μελών της ομάδας για απεξάρτηση και επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να είναι καταπιεστικός ή εξουσιαστικός αλλά αντίθετα θα πρέπει να φροντίσει να

⁵⁶ Αρχοντάκη Ζ., Φιλίππου Δ., (2003), 205 βιωματικές ασκήσεις για εμπύχωση ομάδων, Αθήνα:Καστανιώτης

⁵⁷ Καστορίδου- Παπαδοπούλου Χ., (1999), Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, Μια μορφή προσέγγισης για συνεργασία & δράση, Αθήνα: Ελλην, σελ 160

δημιουργήσει ένα κλίμα όπου τα μέλη θα δείχνουν αλληλοκατανόηση και αποδοχή. Κάποιες φορές βέβαια θα χρειαστεί να αναλάβει κάποιους ρόλους περισσότερο καθοδηγητικούς, ιδιαίτερα στο αρχικό στάδιο της συνεργασίας του με την ομάδα, όπου τα μέλη θα βρίσκονται σε σύγχυση κι αμηχανία. Μπορεί ακόμα να είναι μεσολαβητικός, παρακινητικός, εμπνευστικός, συμβουλευτικός ή και παρεμβατικός, με την προϋπόθεση ότι έτσι θα ωφεληθεί η ομάδα.

Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχει σύνδεση της κοινωνικής εργασίας με άτομα και της κοινωνικής εργασίας με ομάδα, αφού είναι πιθανό να απαιτούνται και προσωπικές- ατομικές συνεντεύξεις με την ταυτόχρονη συμμετοχή του ατόμου στην ομάδα.

Παρά τις αλλαγές που ο αλκοολισμός / ναρκωτικά έχει επιφέρει στην προσωπικότητα και τη σκέψη των μελών, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να γνωρίζει πάντα ότι ένα μέρος του δυναμικού τους είναι ακόμα ισχυρό και εκεί θα επιμείνει και θα εντοπίσει τα στοιχεία που θα βοηθήσουν στη θεραπεία. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε μέσα από την ομάδα, είτε μέσα από τη συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με το άτομο – μέλος.

Επομένως, βασικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μέσα στην ομάδα θα είναι⁵⁸:

- Να αναλαμβάνει παρεμβατικούς και ηγετικούς ρόλους για να διευκολύνει την εξέλιξη της ομάδας. Ο ρόλος αυτός είναι συνηθέστερος στην αρχή της ομάδας, όπου υπάρχει άγνοια, σύγχυση κι αβεβαιότητα.
- Να εντοπίζει τα θετικά στοιχεία του κάθε μέλους να τα αναδειξεί και να τα ενισχύει ώστε το άτομο να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και σιγουριά για τις δυνατότητές του
- Να βοηθήσει τα μέλη να αναπτύξουν μια σχέση μεταξύ τους, κάτι που θα έχει αντίκτυπο και στις έξω- ομαδικές σχέσεις τους.
- Να κατευθύνει και να πληροφορεί τα μέλη για τους φορείς και τις οργανώσεις που μπορούν να αποτελέσουν πηγή βοήθειας.

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης είναι ένα πρόβλημα που απασχολεί σήμερα μεγάλο μέρος του πληθυσμού και αποτελεί κατά συνέπεια ένα από τα δυσκολότερα

⁵⁸ Αρχοντάκη Ζ., Φιλίππου Δ., (2003), 205 βιωματικές ασκήσεις για εμπύχωση ομάδων, Αθήνα:Καστανιώτης

κοινωνικά προβλήματα που το συναντάμε σε όλες τις κοινωνικές τάξεις. Επομένως χρειάζεται μια παρέμβαση σε κοινοτικό επίπεδο που θα στοχεύει όχι μόνο στην θεραπεία αλλά κυρίως στην πρόληψή του. Η Θ. Καλλινικάκη, αναφέρει: «Η μέθοδος της κοινωνικής εργασίας με κοινότητα είναι μια διαδικασία κινητοποίησης και βοήθειας της κοινότητας ούτως ώστε να αντιληφθεί την πραγματική διάσταση των ζητημάτων που την απασχολούν, να τα αξιολογήσει, να τα ιεραρχήσει και να σχεδιάσει με κατάλληλο τρόπο την αντιμετώπισή τους.»

Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται στην κοινότητα δραστηριοποιείται στους εξής τομείς⁵⁹:

- Στον σχεδιασμό προγραμμάτων που επικεντρώνονται στην πρόληψη και την θεραπεία του αλκοολισμού και των ναρκωτικών.
- Στην οργάνωση εκδηλώσεων που αποσκοπούν στην ενημέρωση της κοινότητας για τις επιπτώσεις του αλκοόλ και των ναρκωτικών –τομέας πρόληψης (σχολεία, πανεπιστήμια, ευπαθείς ομάδες)
- Στην υλοποίηση των στόχων και των προγραμμάτων

Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν ακόμα να προσφέρουν την εργασία τους στους ακόλουθους φορείς:

- Τα κέντρα ενημέρωσης
- Οι τηλεφωνικές γραμμές S.O.S
- Τα διάφορα συμβουλευτικά κέντρα για τους χρήστες και τις οικογένειες τους
- Τα κέντρα αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης
- Στις διάφορες ομάδες απεξάρτησης

Η βιβλιογραφία της κοινωνικής εργασίας με κοινότητα αναφέρει την έννοια της «λειτουργικής κοινότητας», στην οποία ζουν άτομα που αντιμετωπίζουν ένα συγκεκριμένο πρόβλημα, όπως ο αλκοολισμός ή τα ναρκωτικά κι όπου ευνοείται η ανάπτυξη δεσμών και η αλληλοβοήθεια. Τέτοιες είναι και οι θεραπευτικές κοινότητες απεξάρτησης.

Στην κοινωνική εργασία με ομάδες αναφέραμε κάποιους ρόλους που μπορεί να αναλάβει ο κοινωνικός λειτουργός (καθοδηγητικός, συμβουλευτικός κ. α). Στην

⁵⁹ Καλλινικάκη Θ., (1998) Κοινωνική Εργασία, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

κοινότητα, ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος του συνηγόρου όπου ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επαφή με διάφορους φορείς ώστε να βοηθήσει το άτομο να υπερασπίσει τα δικαιώματά του. Ακόμα μπορεί να αναλάβει τον ρόλο του εμπυχωτή, του κοινωνικού σχεδιαστή (για την δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης ή θεραπείας) ή του συμβούλου (όταν πρόκειται για την διατύπωση του αιτήματος της κοινότητας και του σχεδίου ικανοποίησής του).

Όσον αφορά τον αλκοολισμό ή τα ναρκωτικά ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι επίσης να βοηθήσει την κοινότητα να αναγνωρίσει το πρόβλημα και να ιεραρχήσει τις ανάγκες της πάνω σε αυτό (πρόληψη- ενημέρωση- θεραπεία) ώστε να επιλέξει τις καταλληλότερες στρατηγικές για την αντιμετώπιση του.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να γνωρίσει ότι κάθε μέθοδος της κοινωνικής εργασίας (ομάδα, οικογένεια, κοινότητα, άτομο) συμπληρώνει την άλλη με όμοιες αρχές κι αξίες.

Σημαντική τέλος είναι και η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια του εξαρτώμενου ατόμου που κι αυτή βιώνει με τον τρόπο της την ασθένεια του ατόμου. Οι οικογενειακές αλληλεπιδράσεις κατευθύνουν την πορεία και την εξέλιξη της ασθένειας για αυτό και μια έρευνα του κοινωνικού λειτουργού στο οικογενειακό περιβάλλον δεν είναι απλά ωφέλιμη αλλά κι αναγκαία⁶⁰.

Το κοινωνικό ιστορικό που συγκεντρώνει ο κοινωνικός λειτουργός αποτελείται από τις συνθήκες διαβίωσης, τη σύνθεση της οικογένειας, το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα των γονέων, την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική κατάσταση, την κατάσταση υγείας όλων των μελών, την κληρονομικότητα και την περιγραφή των ενδο -οικογενειακών σχέσεων. Με αυτόν τον τρόπο ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εντοπίσει αίτια και καταστάσεις που πιθανώς να συντηρούν ή και να ενισχύουν την ουσιοεξάρτηση και στη συνέχεια να διαμορφώσει μια στρατηγική κατάλληλη για την αντιμετώπιση τους.

⁶⁰ Καλλινικάκη Θ., (1998) Κοινωνική Εργασία, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα εργασία μελέτησε την εξάρτηση των ναρκωτικών ουσιών και του αλκοόλ ανάμεσα στα δύο φύλα, επιχειρώντας να διακρίνει τις διαφορές που παρουσιάζονται στα δύο φύλα. Το βασικό συμπέρασμα που προέκυψε είναι ότι παρουσιάζονται αρκετές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, που αφορούν παράγοντες βιολογικούς – γενετικούς, ψυχοκοινωνικούς και πολιτισμικούς καθώς επίσης ότι υπάρχουν και διαφορές στις επιδράσεις των ουσιών αυτών στον οργανισμό των ανθρώπων ανάλογα με το φύλο τους. Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι οι γενετικές διαφορές που παρουσιάζουν τα δύο φύλα ευθύνονται για τον τρόπο που αντιμετωπίζει το κάθε φύλο τις διάφορες καταστάσεις. Έτσι λοιπόν δεδομένου ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν εκείνο το μέρος του εγκεφάλου που σχετίζεται με τα συναισθήματα είναι περισσότερο επιρρεπείς στις ουσίες όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα συναισθηματικής φύσεως σε αντίθεση με τους άνδρες που χρησιμοποιούν εκείνο το μέρος του εγκεφάλου που σχετίζεται με το λόγο, γεγονός που υποδηλώνει ότι η επήρειά τους στις ουσίες οφείλεται σε λόγους κοινωνικής αποδοχής. Ωστόσο σε γενικές γραμμές, τόσο άνδρες όσο και γυναίκες και κυρίως έφηβοι καταφεύγουν ολοένα και περισσότερο, σήμερα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών αλλά πολύ περισσότερο στην κατάχρηση του αλκοόλ.

Μελετήθηκε επίσης η θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων από ουσίες και αλκοόλ ατόμων, η οποία αποβλέπει κυρίως στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων αυτών.

Γενικά, για την πλειονότητα των εξαρτημένων ατόμων η ιεράρχηση των θεραπευτικών στόχων είναι η πλήρης και η σταθερή αποχή, η οποία θα πρέπει πάντα να ακολουθείται από την κοινωνικο-εργασιακή αποκατάσταση του χρήστη. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία αποτελεί πάντα το κεντρικό κλειδί για τη θεραπευτική προσπάθεια.

Μολονότι το κίνητρο του χρήστη για θεραπεία είναι σημαντικό για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αποτελεί ένα μόνο από τους παράγοντες που καθορίζουν τη θεραπευτική έκβαση. Ο χρήστης άλλες φορές αισθάνεται τόσο καταπονημένος και φοβισμένος από τις δυσκολίες και τις συνέπειες τις οποίες προκαλεί η ‘καριέρα’ της χρήσης (κοινωνικά προβλήματα, ιατρικές επιπλοκές, στερητικά σύνδρομα) που

επιθυμεί διακαώς την αποχή, ενώ σε άλλες περιόδους της ζωής του ο ίδιος χρήστης μπορεί να αρνείται να εγκαταλείψει τη χρήση, να φοβάται τη διαδικασία της στέρησης της ουσίας ή τέλος να νοιώθει περήφανος για τον τρόπο ζωής του, εκτιμώντας τον εαυτό του σαν άτομο έξυπνο, χειριστικό και αντισυμβατικό.

Η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει πάντα να σχεδιάζεται για τον κάθε χρήστη σε σχέση με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον του, καθώς και το βαθμό της επιθυμίας του για αλλαγές στον τρόπο ζωής του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

1. Basolo – Kunzer M., Diamond S., Maliszewski M., Weyermann L., Reed J., (1991). Chronic Headache Patients Marital and Family Adjustment. *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 133-148.
2. Collins Lorraine, McNair Lily (2002), Minority Women and Alcohol. *Use. Addiction* Vol.26, No.4.
3. Davis PH., Walsh D., (1983), *Alcohol Problems and Control in Europe*, London: Groom Helen,
4. Dight S., (1976), *Scottish Drinking Habits*, London : H.M.S.O.
5. Haffer, David R. (1993). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Pacific Grove: Brooks / Cole,
6. Hickey, C. (2002) *Crime and Homelessness*. Δουβλίνο : Focus Ireland and PACE
7. Isidore S. Obot, Robin Room (2005), *Alcohol, Gender and Drinking Problems. Perspectives from Low and Middle Income Countries*. World Health Organization.
8. Lex, B. (1991). Some gender differences in alcohol and polysubstance users. *Health Psychology*, 10(2), 121-132.
9. Neuroimaging of Gender Differences in Alcohol Dependence: Are Women More Vulnerable?, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2005;29(5):896-901, Μάιος 2005.
10. Olson D. H. and DeFrain, 1997, *Marriage and the family: Diversity and Strengths* (2nd edition), Mountain View, CA:Mayfield Publishing
11. Stauffacher, M. (1998) *Treated Drug Users in 22 European Cities. Annual update 1996. Trends 1992–1996*. Ομάδα Pompidou, Συμβούλιο της Ευρώπης: Στρασβούργο.
12. Stop Ναρκωτικά, Χορηγός: Δεύτερη Αναθεωρημένης έκδοσης, Εκδόσεις Σάκκουλα Αντ. Ν., Αθήνα – Κομοτηνή 1994, σελ 6
13. Strathern, (1988) Εισαγωγή. Από τη σκοπιά του φύλου: Ανθρωπολογικές θεωρήσεις της σύγχρονης Ελλάδας. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), (1992). *Ταυτότητες και φύλο στη σύγχρονη Ελλάδα*. Αθήνα: Καστανιώτης & Πανεπιστήμιο Αιγαίου

14. Strathern, M. (1988). *The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*. Berkeley: University of California Press.
15. Swedish Institute, (1978), *alcohol And drug abuse in Sweden*, The Swedish Institute Stockholm
16. Veroff, J., Douvan, E., & Kulka, R. (1981). *The inner American*. New York: Basic Books

Ελληνόγλωσση

17. Αρχοντάκη Ζ., Φιλίππου Δ., (2003), 205 βιωματικές ασκήσεις για εμπύχωση ομάδων, Αθήνα:Καστανιώτης
18. Βέργου Ν., (2006), ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ, “40 εκατ. αλκοολικοί στην Ευρώπη”, στην "*Ελευθεροτυπία*" 04/03/2006
19. Γεωργάκα, Ε. (2008). Αναδεικνύοντας το ρόλο των κοινωνικοπολιτισμικών συστημάτων λόγου στον ψυχικό πόνο: Η συμβολή της ποιοτικής έρευνας της ψυχοθεραπείας. *Hellenic Journal of Psychology*, 5(1), 78-98.
20. Εγκυκλοπαίδεια Βικιπαίδεια
21. Εγχειρίδιο Πρόληψη-Οινοπνευματώδη, Ναρκωτικά και Καπνός, ΕΠΙΨΥ
22. Ιωσηφίδη, Π. & Ιωσηφίδης, Ι (2002) .Η προσωποκεντρική προσέγγιση του Carl Rogers στο *Ποταμιάνος, θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική*, 5η έκδοση αναθεωρημένη. Αθήνα: ελληνικά γράμματα.
23. Καβουνίδη, Τ. (1996) Κοινωνικός αποκλεισμός: έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής. Στο: *Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα* (επιμέλεια: Δ. Καραντινός, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη και Ε. Φρονίμου), σσ. 47–96. Αθήνα: ΕΚΚΕ.,
24. Καλλινικάκη Θ., (1998) Κοινωνική Εργασία, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα,
25. Κασαπίδου Ζ., Καραχάλιου Κ., Μαλέττου Ε., (2006), *Ετήσια έκθεση του ΕΚΤΕΙΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινοπνευματωδών στην Ελλάδα*
26. Καστορίδου- Παπαδοπούλου Χ., (1999), Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, Μια μορφή προσέγγισης για συνεργασία & δράση, Αθήνα: Ελλην, σελ 160

27. Κατή, Δήμητρα (1991) *Νοημοσύνη και Φύλο. Ο Σεξισμός στις Επιστημονικές Ιδέες για τις Γνωστικές Ικανότητες*, Αθήνα : Οδυσσέα
28. Κουτούζη Π.Β., (2008), *Αρσενικός και Θηλυκός Εγκέφαλος*, Πειραιάς
29. Μουδατσάκη Δ.,(1995), *Οικογένεια και παιδιά*, Ηράκλειο, σελ. 12 15
30. Μουζιάς Ι.Α. και Συνεργάτες (2003), *Αλκοόλ και Σχετιζόμενα με αυτό προβλήματα. Μια διεπιστημονική προσέγγιση*, Ηράκλειο : Α. Τ. Ε. Ι Κρήτης, σελ 59
31. Μουσούρου Λ. Μ., (2005), *Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική*, Αθήνα: Gutenberg
32. Μπακαλάκη, Α. (2003) *Χρήσεις και καταχρήσεις του κοινωνικού φύλου στην ανθρωπολογία. Παρουσίαση στην ημερίδα για το ΠΜΣ «Γυναίκες και φύλα»*, Μυτιλήνη : Πανεπιστήμιο Αιγαίου.
33. Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος, *Ανίχνευση τάσεων εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες (ναρκωτικά, αλκοόλ, φάρμακα, καπνός) στον πληθυσμό του Τ.Ε.Ι. Αθήνας, ηλικίας 18 – 24 ετών*, Από την Κοινωνική Συμβουλευτική Υπηρεσία του Τ.Ε.Ι. Αθήνας,
34. Παπαταξιάρχης, Ε. (1992). Εισαγωγή. Από τη σκοπιά του φύλου: Ανθρωπολογικές θεωρήσεις της σύγχρονης Ελλάδας. Στο Ε. Παπαταξιάρχης & Θ. Παραδέλλης (επιμ.), *Ταυτότητες και φύλο στη σύγχρονη Ελλάδα*. Αθήνα: Καστανιώτης & Πανεπιστήμιο Αιγαίου, σελ. 11-98.
35. Πιπερόπουλος Γ., (2002), *Ναρκωτικά, Καταναλωτικά Βήματα*, έκδοση: "Αλκοολισμός και Ναρκωτικά" του Ταμείου Υγείας Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας
36. Ράτρη Γ, Χάουελς Μ, Σίγκλερ Ι (1994): *Παιδιά και ναρκωτικά: Ένα χρήσιμο βιβλίο για δασκάλους, γονείς και παιδιά* Αθήνα: Ερμιόνη – Χαρά
37. Στεφάνης Κ., «Οινόπνευμα, αθώς...θύτης», *Ελευθεροτυπία*,13/3/2001
38. Τσαρούχας Κ., (1994). *Αλκοόλ, ένα σκληρό ναρκωτικό*. Αθήνα.: Άγκυρα.
39. Χριστοδούλου, Γ.Ν., Αλεβίζος, Β., Μαυρέας, Β. (επιμ.&μτφρ.), (1999). *Οι ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια Φροντίδα. Οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση*, Αθήνα: Βήτα, σελ. 12-32.

Πηγές διαδικτύου

40. http://www.geocities.com/methadon_gr/typos/typos10.html
41. www.hda.gr/articles/020404/3.htm
42. Θεραπευτικό Πρόγραμμα Νόστος, 2009, Πρόγραμμα Νόστος για χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών και τις οικογένειές τους, ανακτημένο από: <http://www.kethea-nostos.gr/menu/EYKAIRIES/peks.html>
43. Μίχας Κ., 2006, Αλκοολισμός: Μήπως θα έπρεπε να μας απασχολεί σοβαρότερα, ανακτημένο από: <http://health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=38250>
44. Μπάφη Ι., Σπυροπούλου Μ., Τερζίδου Μ., 2006, Ετήσια Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα, ανακτημένο από: <http://www.ektepn.gr/Greek/sk3.pdf>
45. Πανάγου Ν., 2008, αλκοολισμός, ανακτημένο από: http://www.neolaia.de/2opseis/DaneiaeeU/Oao_io_6/Aeeiieeoio/aeiieeoio.html
46. Τάκης Χ. Νικόλαος, 2008, Ναρκωτικά: Θεραπευτικά προγράμματα ανακτημένο από: http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=4646, στις 5-8-09