



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ
ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΗΣ**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΓΙΑΝΝΑΚΗ ΕΥΣΤΑΘΙΑ

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΜΑΚΡΗ ΠΟΛΥΞΕΝΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΒΑΣΣΑΜΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια Βαλσάμη Ουρανία, για την καθοδήγηση, τις διορθώσεις και την υπομονή της, καθώς και για τις κατευθύνσεις που μας έδωσε, ώστε το θέμα της εργασίας να γίνει συγκεκριμένο.

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

“Κατ’ αρχήν, πρέπει να έχεις ένα συγκεκριμένο, ξεκάθαρο ιδεώδες - ένα στόχο.

Δεύτερον, να διαθέτεις τα μέσα για να επιτύχεις το στόχο σου - σοφία, χρήματα, υλικά, μέθοδο.

Τρίτον, προσηλώσου στον στόχο σου.

Οι άνθρωποι είναι όντα που θέλουν να έχουν στόχους. Η ζωή μας έχει νόημα, μόνο όταν πασχίζουμε να πετύχουμε τους στόχους μας.”

Αριστοτέλης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετά βιβλιογραφικά τους τρόπους με τους οποίους δύναται να προκληθεί κοινωνική αλλαγή στο φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, μέσα από τις παρεμβάσεις της κοινωνικής εργασίας. Στο πρώτο κεφάλαιο, διατυπώνονται οι υποθέσεις και ο σκοπός της μελέτης, καθώς και οι ορισμοί των τριών κύριων εννοιών. Ακολουθεί μια συνοπτική ανάλυση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης με την παράθεση των κατηγοριών εξαρτησιογόνων ουσιών, του στερητικού συνδρόμου, των θεωρήσεων της εξάρτησης και τέλος της ευρωπαϊκής και εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά. Στο τρίτο κεφάλαιο, επιχειρείται μια παρουσίαση των θεραπευτικών συστημάτων και προγραμμάτων και των θεραπευτικών κοινοτήτων, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η κοινωνική αλλαγή, ως κοινωνική διαδικασία. Αναφέρονται οι παράγοντες που την προκαλούν και τα είδη της κοινωνικής αλλαγής. Δίνεται έμφαση στην προγραμματισμένη κοινωνική αλλαγή και στις στρατηγικές παρέμβασης βάσει των οποίων προκαλείται, καθώς η εργασία μας πραγματεύεται τους τρόπους με τους οποίους σκόπιμα τα στελέχη της κοινωνικής εργασίας μπορούν να την προκαλέσουν. Το πέμπτο κεφάλαιο, ιδιαίτερα σημαντικό κατά την γνώμη μας, αποδεικνύει τον συσχετισμό μεταξύ της κοινωνικής εργασίας και των μεθόδων της ξεχωριστά με την πρόκληση κοινωνικής αλλαγής. Στα τρία τελευταία κεφάλαια, επεξηγούνται οι λόγοι για τους οποίους τα εργαλεία και οι μέθοδοι της κοινωνικής εργασίας με άτομα, με την οικογένεια και με την κοινότητα σε συνδυασμό, είναι σε θέση να δώσουν λύση ως μια ολιστική παρέμβαση στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης.

SUMMARY

This work is a biographical study of the possible ways to achieve social change to substance abuse and addiction through the intervention of social work. In the first chapter there is a mention of the assumptions and the goal of the study, also the definitions of the three basic topics. Following is a synoptic analysis of the phenomenon of substance addiction, showing the categories of addictive substances, withdrawal syndrome, what is considered and thought about addiction and last the European and national strategy on drugs. The third chapter attempts to show the therapeutic systems and programs available. The fourth chapter analyses social change as social procedure. Mentioned are the reasons leading to social change and the types of social change. Emphasis is placed on the deliberate social change and strategic interventions that causes it, so this article suggests ways that social workers can intervene. The fifth chapter, of great importance in our view, deals with the connection between the methods and means of social work in achieving social change. In the three last chapters, we explain the reasons why implementing the tools and methods of social work with individuals, with the family and society is a combination that puts us in a position to find a solution and a whole intervention to the problem of substance addiction.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	i
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ	ii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
SUMMARY	iv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	1
1.1. Εισαγωγή	1
1.2. Ορισμοί κύριων εννοιών	1
1.2.1. Ουσιοεξάρτηση	1
1.2.2. Κοινωνική εργασία	2
1.2.3. Κοινωνική αλλαγή	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	7
2.1. Εισαγωγή	7
2.2. Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών	7
2.2.1. Οπιοειδείς ουσίες	8
2.2.2. Σκευάσματα σκόνης	8
2.2.3. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης	9
2.2.4. Ηρεμιστικά	9
2.2.5. Αντικαταθλιπτικά	10
2.2.6. Ψευδοαισθησιογόνες ή Ψυχεδελικές ουσίες	10
2.2.7. Αλκοόλ	10
2.3. Στερητικό σύνδρομο	12
2.4. Θεωρήσεις της εξάρτησης	13
2.4.1. Βιολογικές θεωρήσεις της εξάρτησης	13
2.4.2. Ψυχολογικές προσεγγίσεις της εξάρτησης	14

2.4.3. Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της εξάρτησης	16
2.5. Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα ναρκωτικά (2005 – 2012)	18
2.6. Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά.....	19
2.7. Ανακεφαλαίωση.....	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

3.1. Εισαγωγή.....	22
3.2. Θεραπευτικά συστήματα: γενική θεώρηση	22
3.3. Το «δικαίωμα στην θεραπεία»	24
3.4. Διαδικασία σωματικής απεξάρτησης (αποτοξίνωση) και πρόληψη υποτροπών... ..	26
3.5. Θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης.....	28
3.5.1. Μεθαδόνη	28
3.5.2. Βουπρενορφίνη	28
3.5.3. Κλονιδίνη	29
3.5.4. Ναλτρεξόνη	29
3.6. Οι Θεραπευτικές Κοινότητες	30
3.6.1. Η διάρθρωση της θεραπείας στην θεραπευτική κοινότητα	32
3.7. Θεραπευτικοί στόχοι και οι δυσκολίες της κοινωνικής επανένταξης.....	35
3.8. Ανακεφαλαίωση.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ

4.1. Εισαγωγή.....	38
4.2. Παράγοντες που προκαλούν την κοινωνική αλλαγή	38
4.3. Είδη κοινωνικής αλλαγής	40
4.3.1. Κοινωνική αλλαγή στη μικροκλίμακα	40
4.3.2. Κοινωνική αλλαγή στην μακροκλίμακα	40

4.4. Προγραμματισμένη κοινωνική αλλαγή	41
4.4.1. Επίπεδα παρέμβασης για προγραμματισμένη κοινωνική αλλαγή	43
4.4.2. Στρατηγικές παρέμβασης για την πρόκληση κοινωνικής αλλαγής	43
4.5. Ανακεφαλαίωση.....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ..... 45

5.1. Εισαγωγή.....	45
5.2. Η κοινωνική εργασία ως φορέας κοινωνικής αλλαγής.....	45
5.3. Οι μέθοδοι της κοινωνικής εργασίας σε σχέση με την κοινωνική αλλαγή	47
5.3.1. Η κοινωνική εργασία με άτομα και η σχέση της με την κοινωνική αλλαγή... 49	
5.3.2. Η κοινωνική εργασία με ομάδες και η σχέση της με την κοινωνική αλλαγή . 50	
5.3.3. Η κοινωνική εργασία με κοινότητα και η σχέση της με την κοινωνική αλλαγή	52
5.4. Ανακεφαλαίωση.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ, ΩΣ ΜΕΣΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΑΤΟΜΑ, ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ..... 54

6.1. Εισαγωγή.....	54
6.2. Ατομική - ομαδική ψυχοθεραπεία	54
6.3. Η θεραπευτική συμμαχία.....	56
6.4. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία	57
6.5. Συμπεριφορική - Γνωστική Ψυχοθεραπεία	58
6.6. Φύση της θεραπευτικής σχέσης στη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία.....	60
6.7. Παράγοντες που διαμορφώνουν θετικό αποτέλεσμα στην έκβαση της θεραπείας.....	63
6.8. Ανακεφαλαίωση.....	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ	69
7.1. Εισαγωγή.....	69
7.2. Πρακτική της κοινωνικής εργασίας με οικογένειες	69
7.3. Συστημική προσέγγιση – Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία	70
7.4. Οι οικογένειες των εξαρτημένων ατόμων	72
7.5. Ομάδες αυτοβοήθειας για τους οικείους των χρηστών.....	75
7.6. Ενδοοικογενειακή βία ασκούμενη από εξαρτημένα μέλη	76
7.6.1 Η προσέγγιση της Κοινωνικής Εργασίας σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	76
7.7. Προγράμματα πρόληψης για τους γονείς (ΚΕΘΕΑ).....	81
7.8. Ανακεφαλαίωση.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ	83
8.1 Εισαγωγή.....	83
8.2. Η κοινοτική εργασία ως μέθοδος παρέμβασης.....	83
8.2.1 Πρότυπα άσκησης – παρέμβασης της κοινοτικής εργασίας στην κοινότητα ..	84
8.2.2 Διϋπηρεσιακές προσεγγίσεις του φαινομένου	87
8.3 Πρόληψη στην κοινότητα.....	88
8.3.1 Επίπεδα πρόληψης	89
8.3.2 Επίπεδα πρόληψης στην ουσιοεξάρτηση (προγράμματα πρόληψης ΚΕΘΕΑ)	91
8.3.3 Κέντρα πρόληψης εξαρτησιογόνων ουσιών.....	92
8.3.4 Κινητή μονάδα ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ.....	94
8.4. Πρόληψη στα σχολεία	95
8.5 Πρόληψη στη δημόσια υγεία.....	96
8.6. Εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού.....	97
8.6.1. Στοιχεία για τον κοινωνικό αποκλεισμό που σχετίζεται με την ουσιοεξάρτηση	97

8.6.2. Κοινωνική επανένταξη μέσω εκπαίδευσης – επαγγελματικής αποκατάστασης.....	98
8.7. Ανάγκη συμμετοχής στελεχών της Κοινωνικής Εργασίας στη χάραξη εθνικής πολιτικής για τον κοινωνικό αποκλεισμό των απεξαρτημένων ατόμων.	99
8.8. Ανακεφαλαίωση.....	100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	101
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	105
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	105
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	107
ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	109
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	110

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Εισαγωγή

Η παρούσα πτυχιακή έγινε με σκοπό να διερευνηθεί βιβλιογραφικά η σχέση της κοινωνικής εργασίας, με τον εξορισμού στόχο της, την πρόκληση κοινωνικής αλλαγής και πώς αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης. Τα ερευνητικά ερωτήματα που επιχειρούνται να απαντηθούν είναι τα ακόλουθα: ποιά είναι η σχέση μεταξύ κοινωνικής εργασίας – κοινωνικής αλλαγής, με ποιό τρόπο μπορεί να βοηθήσει η κοινωνική εργασία τα εξαρτημένα άτομα, τις οικογένειές τους και την κοινότητα προς την πρόκληση της αλλαγής και ποιά είναι τα εργαλεία και οι παρεμβάσεις του επαγγέλματος τα οποία θα συντελέσουν προς αυτή την κατεύθυνση. Αιτία επιλογής του συγκεκριμένου θέματος – το οποίο αρχικά ήταν δοσμένο με τον τίτλο «Κοινωνική εργασία και Κοινωνική αλλαγή» και στην συνέχεια προσαρμόστηκε στο φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, ήταν η ανάγκη μας για διερεύνηση των δυνατοτήτων της πρακτικής εφαρμογής του επαγγέλματός μας σε ένα τόσο δυσεπίλυτο φαινόμενο που ταλανίζει μεγάλο αριθμό ατόμων όλων των ηλικιών. Στόχος μας ήταν να αποδείξουμε, ότι ως επαγγελματίες, χρησιμοποιώντας επιμέρους τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας τις οποίες διδαχτήκαμε μέχρι τώρα, μπορούμε να καταφέρουμε να δημιουργήσουμε τις συνθήκες για να διεκδικήσουμε την αλλαγή, στην συγκεκριμένη περίπτωση στο ζήτημα της ουσιοεξάρτησης.

1.2. Ορισμοί κύριων εννοιών

1.2.1. Ουσιοεξάρτηση

Η εξάρτηση ή εθισμός είναι «ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφοριστικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει την χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη λήψη της.» (Μάνος, 1997:506) Για να μπορεί να οριστεί εάν κάποιος είναι εξαρτημένος, το άτομο αυτό πρέπει να πληροί κάποια συγκεκριμένα κριτήρια.

Οι ακόλουθες είναι καταστάσεις που χαρακτηρίζουν την εξάρτηση. Για να θεωρηθεί κάποιος εξαρτημένος αρκεί να παρουσιάζει μόνο κάποια από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Ανοχή - ανάγκη συνεχούς αύξησης της δόσης για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα

- Ψυχολογική εξάρτηση - διαρκής αίσθηση ανάγκης της ουσίας, ακόμα και επί απουσίας στερητικών φαινομένων
- Εμφάνιση στερητικού συνδρόμου μετά τη διακοπή της ουσίας
- Χρήση της ουσίας ή υιοθέτηση συγκεκριμένης συμπεριφοράς για τον περιορισμό των στερητικών συμπτωμάτων
- Αποτυχημένες προσπάθειες για να ελέγξει τη χρήση ή τη συμπεριφορά
- Η ουσία ή οι ουσίες έχουν μπει στο επίκεντρο της ζωής του ατόμου σε βάρος άλλων ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων
- Καταστροφικές συνέπειες τόσο στους ίδιους τους εθισμένους όσο και στους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους εξαιτίας της χρήσης (προβλήματα στη δουλειά ή το σχολείο, συγκρούσεις με τους ανθρώπους που βρίσκονται στο κοντινό περιβάλλον, αφιέρωση λιγότερου χρόνου για χόμπι, ασθένειες κ.λπ.)
- Εξακολούθηση της χρήσης της ουσίας ακόμα κι αν το άτομο γνωρίζει ότι αυτό είναι καταστροφικό για τον εαυτό του. (Μάτσα, 2001)

Μια εξάρτηση δεν είναι μια κλινική εικόνα με ξεκάθαρη αιτιολογία όπως στην περίπτωση ενός κατάγματος ή μιας ίωσης. Ο ισχυρισμός ότι ένας συγκεκριμένος τύπος χαρακτήρα ή μια συγκεκριμένη κατάσταση οδηγεί σε μια εξάρτηση δεν αληθεύει. Αυτό που έχει επιβεβαιωθεί είναι ότι η πιθανότητα της εκδήλωσης κάποιας εξάρτησης είναι μεγαλύτερη κάτω από συγκεκριμένες κοινωνικές και προσωπικές καταστάσεις. (Μάτσα, 2011).

1.2.2. Κοινωνική εργασία

Η κοινωνική εργασία στις διάφορες μορφές της εστιάζει στις πολλαπλές και περίπλοκες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα άτομα και στο εκάστοτε περιβάλλον τους. Η αποστολή της είναι να δώσει τη δυνατότητα σε όλους τους ανθρώπους να αναπτύξουν πλήρως το δυναμικό τους, να εμπλουτίσουν τη ζωή τους και να αποτρέψουν την εμφάνιση δυσλειτουργικότητας. Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού εστιάζει στην επίλυση προβλημάτων και στην αλλαγή. Με αυτή την έννοια, οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι παράγοντες που επιφέρουν την αλλαγή στην κοινωνία και στη ζωή των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων με τις οποίες εργάζονται. Η κοινωνική εργασία είναι ένα αλληλοσχετιζόμενο σύστημα αξιών, θεωρίας και πρακτικής.

Η κοινωνική εργασία αναπτύχθηκε μέσα από ανθρωπιστικά και δημοκρατικά ιδεώδη, οπότε οι αξίες της βασίζονται στο σεβασμό της ισότητας, της αξίας και της αξιοπρέπειας

όλων των ανθρώπων. Από τις αρχές της εκατονταετούς ύπαρξής της, η πρακτική της κοινωνικής εργασίας εστίαζε στην κάλυψη των αναγκών των ατόμων και στην ανάπτυξη του δυναμικού τους. Τόσο τα ανθρώπινα δικαιώματα, όσο και η κοινωνική δικαιοσύνη αποτελούν τη βάση και το εφελτήριο δράσης της κοινωνικής εργασίας. Σε αλληλεγγύη με τους μη προνομιούχους, το επάγγελμα αγωνίζεται για τη μείωση της φτώχειας και την ενίσχυση των ευάλωτων και καταπιεσμένων με στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Οι αξίες της κοινωνικής εργασίας ενσωματώνονται στους εθνικούς και διεθνείς κώδικες δεοντολογίας του επαγγέλματος.

Η κοινωνική εργασία βασίζεται τη μεθοδολογία της σε ένα συνεκτικό γνωστικό πλαίσιο το οποίο πηγάζει από την έρευνα, την αξιολόγηση της πρακτικής και την κατά περίπτωση γνώση που καθορίζεται από το εκάστοτε πλαίσιο αναφοράς της. Επιπλέον, αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στα άτομα και στο περιβάλλον τους, αλλά και την ικανότητα των ατόμων τόσο στο να επηρεάζονται, όσο και να τροποποιούν τις πολλαπλές επιρροές που υφίστανται, συμπεριλαμβανομένων των βιο-ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού χρησιμοποιεί θεωρίες της ανάπτυξης του ανθρώπου, της συμπεριφοράς του και των κοινωνικών συστημάτων για να κάνει διαγνωστική εκτίμηση των πολύπλοκων καταστάσεων και να διευκολύνει ατομικές, οργανωτικές, κοινωνικές και πολιτισμικές αλλαγές.

Η κοινωνική εργασία εστιάζει στην ύπαρξη εμποδίων, ανισοτήτων και αδικιών που υφίστανται στην κοινωνία. Ασχολείται με κρίσεις και τις επείγουσες καταστάσεις, καθώς και με τα καθημερινά ατομικά και κοινωνικά προβλήματα. Η κοινωνική εργασία χρησιμοποιεί ένα εύρος δεξιοτήτων, τεχνικών και δραστηριοτήτων οι οποίες συμπλέουν με την ολιστική της εστίαση στα άτομα και ταυτόχρονα στο περιβάλλον τους. Το εύρος των παρεμβάσεων της κοινωνικής εργασίας είναι από ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στο ίδιο το άτομο, έως εμπλοκή στην κοινωνική πολιτική, τον κοινωνικό σχεδιασμό και την κοινοτική ανάπτυξη. Στις παρεμβάσεις της περιλαμβάνονται η συμβουλευτική, η κλινική κοινωνική εργασία, η εργασία με ομάδες, η κοινωνική-παιδαγωγική εργασία, η θεραπεία οικογένειας και η προσπάθεια να βοηθηθούν τα άτομα να αποκτήσουν υπηρεσίες και πηγές στην κοινότητα. Οι παρεμβάσεις επίσης περιλαμβάνουν διοίκηση των οργανώσεων, κοινοτική οργάνωση και εμπλοκή σε κοινωνική και πολιτική δράση εστιαζόμενη στην κοινωνική πολιτική και την οικονομική ανάπτυξη. Παρότι ο ολιστικός χαρακτήρας τη δράσης της κοινωνικής εργασίας έχει παγκόσμιο χαρακτήρα, οι προτεραιότητες της πρακτικής της ποικίλουν ανάλογα με τη χώρα και το χρόνο εφαρμογής τους, καθόσον σχετίζονται με τις εκάστοτε πολιτισμικές, ιστορικές και κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες. (Καλλινικάκη, 1998)

Η Κοινωνική Εργασία βρίσκει εφαρμογή σε κοινωνικές οργανώσεις οι οποίες ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες.

Η άσκηση της Κοινωνικής Εργασίας αποτελεί μία συνειδητή συστηματική επαγγελματική δράση με στόχο την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης ή αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσαρμογής στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Η άσκησή της, στηρίζεται και αναπτύσσεται στα πλαίσια της διαπροσωπικής επικοινωνίας και ανταλλαγής και εν προκειμένω στα πλαίσια της επαγγελματικής σχέσης του Κοινωνικού Λειτουργού με τον εξυπηρετούμενο. Η σχέση αυτή, λειτουργεί μέσα σε συγκεκριμένα όρια χώρου, χρόνου και αρχών. Για τη διατήρηση αυτής της επαγγελματικής σχέσης, ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να σχεδιάσει την παρέμβασή του, λαμβάνοντας υπόψη του:

- Το σεβασμό της αξιοπρέπειας και της προσωπικότητας του ατόμου.
- Τον ιδιαίτερο τρόπο έκφρασης των ικανοτήτων αλλά και αδυναμιών του ατόμου.
- Ότι κάθε άτομο είναι ικανό να θέσει τους στόχους του και να αναζητήσει τη βελτίωση και μεγιστοποίηση των ωφελειών του, από την επίτευξη των στόχων αυτών.
- Ότι ο εξυπηρετούμενος αναγνωρίζεται ως πολίτης με πλήρη δικαιώματα και ευθύνες και δικαιούται να έχει γνώμη και συμμετοχή στο σχεδιασμό των παροχών των κοινωνικών υπηρεσιών.
- Ότι τα ευάλωτα άτομα (παιδιά, ηλικιωμένοι, Α.Μ.Ε.Α.) έχουν ανάγκη προστασίας στις περιπτώσεις και στο βαθμό που απειλούνται από σωματική, ψυχική ή κοινωνική βλάβη.
- Ότι είναι απαραίτητη η συνεχής αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ούτως ώστε οι υπηρεσίες αυτές να ανταποκρίνονται πλήρως στις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων, ανεξάρτητα από την καταγωγή, την ηλικία, τη φυλή, το φύλο ή το βαθμό μειονεξίας τους (Καλλινικάκη, 1998).

Η τήρηση των παραπάνω αρχών, διευκολύνει την εξέλιξη της επαγγελματικής σχέσης μεταξύ του Κοινωνικού Λειτουργού και του εξυπηρετούμενου και ενισχύει τη δεοντολογία του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας.

Γενικότερα, η πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας δεν αντιμετωπίζει προβλήματα δεοντολογίας σε όλους τους τομείς άσκησής της. Οι κοινά αποδεκτοί τρόποι συμπεριφοράς, η διακριτικότητα στην προσέγγιση των εξυπηρετούμενων και η συγκατάθεσή τους για ενεργό συμμετοχή στη διαδικασία παροχής βοήθειας, θεωρούνται επαρκείς όροι για τη δόμηση και

τη θετική εξέλιξη της επαγγελματικής σχέσης μεταξύ Κοινωνικού Λειτουργού και εξυπηρετούμενου.

Σε κάποιες περιπτώσεις ωστόσο, μπορεί να προκύψουν κάποια διλήμματα δεοντολογίας και συγκεκριμένα ίσως σε αυτές όπου υπάρχει κόστος και σύγκρουση μεταξύ δύο ή περισσότερων καθηκόντων και υποχρεώσεων των συμμετεχόντων (Καλλινικάκη, 1998).

Το βάρος της ευθύνης των Κοινωνικών Λειτουργών για δικαιοσύνη και ευθύτητα, αυξάνεται από το γεγονός ότι αυτοί φροντίζουν για την κάλυψη πολύ ζωτικών αναγκών, των ευάλωτων εξυπηρετούμενων τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι οποίες προβλέπονται από το νόμο, χρειάζεται να επέμβουν αυτεπάγγελα, ενώ όσοι κατέχουν κεντρικές και σημαντικές διοικητικές θέσεις μπορούν οι ίδιοι να καθορίσουν τα δικαιώματα που απορρέουν από την κατάσταση των εξυπηρετούμενων τους και έτσι γίνονται διαχειριστές των πόρων της κοινότητας (Πελεκίδου και Στεργίου, 2004: 42).

«Προκειμένου, ωστόσο να ανταποκριθούν στα πολυσύνθετα κοινωνικά προβλήματα και στην πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί εφαρμόζουν γενικά στο έργο τους διάφορα μοντέλα παρέμβασης και συνδυάζουν πολλούς ρόλους (του μεσολαβητή, του σύμβουλου κ.τ.λ.). Ως εκ τούτου, διατηρούν το δικαίωμα να μελετούν την ανθρώπινη συμπεριφορά και να παρεμβαίνουν στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων, υπό την προϋπόθεση να τηρούν αυστηρά τους κώδικες δεοντολογίας όχι μόνο όσον αφορά την προστασία των εξυπηρετούμενων, αλλά και την περιφρούρηση του κύρους του επαγγέλματός τους. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, σεβόμενοι τους κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματός τους, θα βρουν απαντήσεις ή έστω μία γραμμή πλευσης στην αναζήτηση της πιο δόκιμης και πιο ωφέλιμης για τον εξυπηρετούμενο επιλογής» (Καλλινικάκη, 1998: 74).

1.2.3. Κοινωνική αλλαγή

Η κοινωνική αλλαγή αποτελεί μια ευδιάκριτη μεταβολή στις δομές ενός κοινωνικού συνόλου, η διάρκεια της οποίας δεν περιορίζεται σε μικρά χρονικά διαστήματα, αλλά έχει χαρακτήρα μονιμότητας και αποτελεί σταθμό στην ιστορία της κοινωνίας. Είναι μια διαδικασία μεταβολών που ωστόσο δεν εγγυώνται την ανάπτυξη ή την πρόοδο. Μπορεί να είναι προοδευτικής ή οπισθοδρομικής φύσης, προγραμματισμένη ή απρογραμματίστη, ευεργετική ή επιβλαβής, μονοκατευθυντήρια ή πολυκατευθυντήρια. (Σταθόπουλος, 1985)

Ο Τσαούσης περιλαμβάνει στο βιβλίο του τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής αλλαγής, όπως τα όρισε ο Γκυ Ροσέ:

- Η κοινωνική αλλαγή αφορά κοινωνικά σύνολα και όχι μεμονωμένα άτομα ή ομάδες ατόμων. Η κοινωνική αλλαγή για να υφίσταται θα πρέπει να αναφέρεται σε ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού ή σε μία ή περισσότερες κατηγορίες ατόμων με σαφή και συγκεκριμένη θέση στην κοινωνική οργάνωση.
- Η κοινωνική αλλαγή αναφέρεται σε μεταβολές στις δομές ενός συστήματος (αλλαγές στην οργάνωση της οικογένειας ή στο σύνολο του συστήματος, όπως είναι η ταξική συγκρότηση μιας κοινωνίας)
- Η κοινωνική αλλαγή πρέπει να είναι εμφανής και συγκεκριμένη. Πρέπει να μπορεί να παρατηρηθεί και να περιγραφεί η διαφορά μεταξύ προγενέστερης και νεότερης κατάστασης.
- Βασικό χαρακτηριστικό της αποτελεί το στοιχείο της μονιμότητας. Δεν έχει παροδικό ή πρόσκαιρο χαρακτήρα.
- Η κοινωνική αλλαγή είναι αποτέλεσμα μιας κίνησης στον χρόνο. Μπορεί δηλαδή να είναι απότομη ή σταδιακή. Η σταδιακή αλλαγή – διαδικασία με κάποια χρονική διάρκεια - εμπερικλείεται στην έννοια της εξέλιξης και της ανάπτυξης. Στον αντίποδα, μία απότομη κοινωνική αλλαγή αποτελεί η έννοια της επανάστασης (αν και ακόμα και μία απότομη μεταβολή σπάνια δεν είναι αποτέλεσμα μιας μακράς προπαρασκευαστικής διεργασίας)
- Η κοινωνική αλλαγή δεν είναι ένα στιγμιαίο γεγονός, αλλά η χρονική της διάρκεια δεν ξεπερνάει τα χρονικά όρια μιας γενιάς.
- Η κοινωνική αλλαγή είναι ένα γεγονός που επηρεάζει την μελλοντική πορεία του κοινωνικού συνόλου. Είναι ένας σταθμός στην ιστορία μιας κοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

2.1. Εισαγωγή

Το κεφάλαιο που ακολουθεί, έχει στόχο την σύντομη ανάλυση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης. Παρατίθενται οι κατηγορίες των εξαρτησιογόνων ουσιών με μια σύντομη περιγραφή τους και στην συνέχεια ο ορισμός του στερητικού συνδρόμου που προκαλεί η αποχή από τις ουσίες. Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε την αναφορά στις θεωρήσεις της εξάρτησης και τέλος την ευρωπαϊκή και εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά για το διάστημα 2005 – 2012.

2.2. Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών

«Εξαρτησιογόνος ή ψυχοδραστική είναι κάθε φυσική ή χημική ουσία, η οποία μεταβάλλει τον τρόπο λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος, επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και χρησιμοποιείται για να αλλάξει τη διάθεση. Η επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα φέρνει αλλαγές στη συμπεριφορά, στη συναισθηματική του κατάσταση, στην αντίληψη και τη σκέψη του.» (Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας «Πυξίδα»)

Η χρήση ναρκωτικών δεν αποτελεί μια εξατομικευμένη συμπεριφορά, που οι επιπτώσεις της επηρεάζουν μόνο το άτομο, αλλά μια κοινωνική συμπεριφορά που επηρεάζει ολόκληρη την κοινωνία. Σε αντίθεση με την κοινωνική αντίληψη, η νομική απαγόρευση και η κοινωνική αποδοκιμασία μιας ναρκωτικής ουσίας δεν υποδεικνύει απαραίτητα και το πόσο επικίνδυνη είναι στην πραγματικότητα. Το όπιο, παραδείγματος χάριν, είναι μια παράνομη ουσία, αλλά για δύο αιώνες χρησιμοποιούνταν ως θεραπεία για ασθένειες. Το κάπνισμα, από την άλλη, είναι σήμερα νόμιμο, αλλά τον 17^ο αιώνα, ήταν παράνομο και απέφερε σκληρές ποινές. Επειδή η χρήση κατακρίνεται ως μια παρεκκλίνουσα και επικίνδυνη συμπεριφορά, παρατηρείται ένας ηθικός πανικός, άσχετα από τις πραγματικές συνθήκες του προβλήματος. Η λύση για την αποτροπή του πανικού είναι η συμβολή της οικογένειας, του σχολείου και των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην ενημέρωση, την ενθάρρυνση αποφυγής της χρήσης και όχι η τρομοκρατία ως προς το φαινόμενο των ναρκωτικών. (Thio, 2008)

Σε αυτή την ενότητα θα γίνει μια σύντομη αναφορά και περιγραφή των κυριότερων κατηγοριών και των επιμέρους αυτών, ειδών εξαρτησιογόνων ουσιών.

2.2.1. Οπιοειδείς ουσίες

Το όπιο είναι χυμός που παίρνουμε από το χάραγμα της χλωρής κάψουλας ενός συγκεκριμένου τύπου παπαρούνας. Οι οπιούχες ουσίες επιδρούν καταλυτικά στο νευρικό σύστημα. Επιβραδύνουν τους χτύπους της καρδιάς και τον ρυθμό της αναπνοής, δημιουργούν μια αίσθηση ευφορίας και απουσία πόνου. Προκαλούν υπνηλία και σε περιπτώσεις υπερβολικής δόσης, μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε κώμα και σε θάνατο (Rock, 1995). Η συστηματική χρήση των οπιοειδών έχει συμπτώματα παρόμοια με της ηρωίνης η οποία περιγράφεται παρακάτω. Παράγωγα του οπίου είναι η μορφίνη, η κωδεΐνη, η παπαβερίνη, η θηβαΐνη, η ηρωΐνη, η πεθιδίνη και η μεθαδόνη. Παρακάτω εξηγείται η λειτουργία των πιο γνωστών παραγώγων.

- Η μορφίνη έχει τη δυνατότητα να καταστέλλει τη λειτουργία αρκετών περιοχών του εγκεφάλου. Ανάλογα με τη δόση που θα ληφθεί, αρχικά επηρεάζονται οι ανώτερες πνευματικές λειτουργίες που είναι υπεύθυνες για τον αυτοέλεγχο του ατόμου. Αυτό έχει σαν συνέπεια το ευφορικό συναίσθημα και την ελαφρά άρση των αναστολών. Σε μεγαλύτερες δόσεις, προκαλεί επιβράδυνση της σκέψης και άμβλυνση του συναισθήματος. Οι περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν την αίσθηση του πόνου και την αναπνευστική λειτουργία, είναι ιδιαίτερα κατεσταλμένες. Σε πολύ μεγάλες δόσεις παρατηρείται διέγερση και σπασμοί. Σε αυτήν την περίπτωση συχνή είναι η κωματώδης κατάσταση του ατόμου και ο θάνατος λόγω γενικευμένης εγκεφαλικής καταστολής.
- Η ηρωΐνη είναι παράγωγο του οπίου και ιδίως της μορφίνης. Γνωστή για την ενδοφλέβια χρήση της μεταφέρεται μέσω του αίματος στον εγκέφαλο πολύ γρηγορότερα από την μορφίνη, χαρίζοντας στον χρήστη αίσθηση ζεστασιάς και ευφορίας. Μπορεί να λειτουργήσει σαν ηρεμιστικό και διεγερτικό μαζί. Είναι ιδιαίτερα εθιστική και εξαρτησιογόνος ουσία, που προκαλεί τόσο σωματική όσο και ψυχολογική εξάρτηση.
- Η μεθαδόνη προκαλεί έξη μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα συνεχούς λήψης και τα συμπτώματα του στρεπτικού της συνδρόμου είναι ίδια, αλλά ηπιότερα από αυτά της μορφίνης και της ηρωΐνης (Rock, 1995).

2.2.2. Σκευάσματα σκόνης

Η κοκαΐνη είναι φυσική αλκαλοειδής ουσία που περιέχεται στα φύλλα του φυτού κόκα. Έχει την ιδιότητα να διεγείρει τους υποδοχείς της ντοπαμίνης του εγκεφάλου

προκαλώντας ζωντάνια και εγρήγορση, αφήνοντας την διαδικασία της σκέψης διαυγή. Οι επιπτώσεις στον οργανισμό βραχυπρόθεσμα αφορούν στην μείωση του άγχους, την ευφορία, καταστολή της πείνας και απομάκρυνση της αίσθησης της κούρασης. Αντιθέτως μακροπρόθεσμα προκαλεί σωματική αδυναμία, αίσθημα κόπωσης, απώλεια βάρους και πρόωρη γήρανση. Παράγωγο της κοκαΐνης αποτελεί το κρακ. Οι αμφεταμίνες είναι ισχυρό διεγερτικό, σε μορφή σκόνης, κρυστάλλων, χαπιών ή και σκευάσματος ενδοφλέβιας χρήσης. Οι αμφεταμίνες δρουν διεγερτικά στο νευρικό σύστημα. Προσδίδουν ενεργητικότητα και κάνουν τον χρήστη να μιλάει πολύ γρήγορα. Η πρόσκαιρη χρήση μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικό ανέβασμα αλλά η καθημερινή του χρήση είναι εξουθενωτική και οδηγεί σε οργανική κατάπτωση. Τα βαρβιτουρικά είναι υπνοκαταπραϊντικά σκευάσματα σε μορφή σκόνης. Αρχικά χρησιμοποιούνταν σαν υπνωτικά. Οι επιδράσεις τους δεν είναι καθόλου ευχάριστες. Ο χρήστης μπαίνει σε κατάσταση λήθης, σύγχυσης και σκότους. Τα βαρβιτουρικά είναι εξαρτησιογόνες ουσίες με σοβαρά συμπτώματα στέρησης (Rock, 1995).

2.2.3. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης

Η κάνναβη είναι μίγμα 20 περίπου καννοβοιοειδών ουσιών που περιέχονται σε όλα τα μέρη του φυτού, αλλά κυρίως συγκεντρώνονται στις κορυφές των κλαδιών και στα σημεία ανθοφορίας. Η πιο γνωστή τους ονομασία είναι αυτή της μαριχουάνας ή του χασίς.

Η είσοδος της στον ανθρώπινο οργανισμό, προκαλεί χαλάρωση και διευρύνει τα επίπεδα της σκέψης. Επίσης εμπλουτίζει τους μουσικούς ήχους και προτρέπει τη συζήτηση για θέματα σχετικά με το νόημα της ζωής. Κατά τη διάρκεια της επήρειας της, ο ειρμός σκέψης μπορεί να ξεχασθεί αλλά όταν φύγει η επίδραση της η ικανότητα της μνήμης επανέρχεται. Επίσης μπορεί να προκαλέσει σκέψεις παράνοιας σε μερικούς ή και να εμπνεύσει κάποιους άλλους (Rock, 1995).

2.2.4. Ηρεμιστικά

Είναι γνωστά σε όλους και η χορήγηση τους γίνεται με ιατρική συνταγή. Τα ηρεμιστικά περιέχουν βενζοδιαζεπίνες και παράγονται από τις φαρμακοβιομηχανίες για ιατρική χρήση. Η ύπαρξη τους στον οργανισμό προκαλεί αίσθημα ηρεμίας και έχουν την ιδιότητα να καταπολεμούν το άγχος και την αϋπνία. Τα ηρεμιστικά μετατρέπονται σε εξαρτησιογόνες ουσίες μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα λήψης (Rock, 1995).

2.2.5. Αντικαταθλιπτικά

Είναι χημικές ουσίες που κατασκευάζονται από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Επιδρούν στην σεροτονίνη του εγκεφάλου η οποία είναι υπεύθυνη για τη διάθεση και την συμπεριφορά. Στόχος τους είναι να ανεβάσουν τη διάθεση. Το αποτέλεσμα είναι η απώλεια εκνευρισμού και αρνητικής διάθεσης. Τα σύγχρονα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα, δεν προκαλούν εξάρτηση (Rock, 1995).

2.2.6. Ψευδαισθησιογόνες ή Ψυχεδελικές ουσίες

Είναι ουσίες που δεν επιδρούν στο σώμα, αλλά στον εγκέφαλο. Η λειτουργικότητα τους συνίσταται στην ικανότητα που έχουν αυτές οι ουσίες να διατηρούν όλα τα φίλτρα του εγκεφάλου ανοιχτά. Φίλτρα που χρησιμεύουν στον εγκέφαλο να φιλτράρει τις πληροφορίες που δέχεται και να χρησιμοποιεί αυτές που πραγματικά χρειάζεται κάθε φορά για καλύψει την εκάστοτε ανάγκη. Με την παραμονή των φίλτρων ανοιχτών, ο εγκέφαλος πλημμυρίζει πληροφορίες με τις οποίες ποτέ πριν δεν είχε ασχοληθεί ταυτόχρονα.

- Μαγικά μανιτάρια. Οι μικρές ποσότητες μανιταριών, προκαλούν αίσθημα ευτυχίας, αστείας διάθεσης, έκρηξης γέλιου, και γενικά ευφορίας που διαρκεί μερικές ώρες. Η κανονική δόση προκαλεί πληθώρα χρωμάτων γύρω από τον χρήστη που παραμένει όταν ο χρήστης κλείσει τα μάτια.
- LSD. Όπως όλες οι ψυχεδελικές ουσίες έτσι και αυτή προκαλεί την αίσθηση πλημμύρας χρωμάτων που επιπλέουν στην ατμόσφαιρα .
- Η έκσταση είναι συνθετικό χημικό παρασκεύασμα που ονομάζεται MDMA. Στον οργανισμό επιδρά δημιουργώντας ένα αίσθημα αγάπης για τους γύρω ανθρώπους. Επιπλέον αυξάνει την ένταση της αφής και ως αποτέλεσμα αυτού, εμπλουτίζεται η ερωτική εμπειρία και αυξάνονται οι ρυθμοί της καρδιάς. Τέλος η όραση αρχίζει να ταλαντεύεται και οι χρήστες αναπτύσσουν το χάρισμα της πειστικής ομιλίας.

Άλλες ψυχεδελικές ουσίες είναι η Μεσκαλίνη, το DMT, ο Φρύνος, το STP, το MDA και το GHB. (Rock, 1995).

2.2.7. Αλκοόλ

Η δραστική ουσία του αλκοόλ είναι η αιθανόλη ή αιθυλική αλκοόλη. Παλαιότερα, η αιθυλική αλκοόλη θεωρείτο τονωτικό του νευρικού συστήματος. Αυτή η άποψη έχει σήμερα

ανατραπεί, αφού η ουσία κατατάσσεται πλέον στα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, μαζί με άλλες ουσίες, όπως τα βαρβιτουρικά και οι βενζοδιαζεπίνες. Μετά την κατανάλωσή του, καταλήγει στο στομάχι, όπου και ξεκινά να απορροφάται ταχύτατα. Η αιθυλική αλκοόλη κατανέμεται ομοιόμορφα στον οργανισμό με την κυκλοφορία του αίματος, φθάνει γρήγορα στον αιματεγκεφαλικό φραγμό (μία δομή του οργανισμού που φιλτράρει το αίμα πριν αυτό περάσει στον εγκέφαλο, συγκρατώντας διάφορες πιθανά βλαπτικές ουσίες) και τον ξεπερνά χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία. Ο μεταβολισμός του γίνεται στο ήπαρ.

Το αλκοόλ χρησιμοποιείται κυρίως για ψυχαγωγικούς σκοπούς, καθώς αρχικά προσφέρει μια αίσθηση ευφορίας, ενώ «ευνοεί» την κοινωνικότητα του ατόμου που το καταναλώνει. Για τους ενήλικες, το ασφαλές όριο για τη χρήση αλκοόλ είναι μέχρι δύο ποτά την ημέρα για τους άντρες και ένα ποτό για τις γυναίκες και τους ηλικιωμένους, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Παρ' όλα αυτά, σε κάποιες πληθυσμιακές ομάδες όπως είναι οι ανήλικοι, οι χειριστές μηχανημάτων, οι γυναίκες που είναι ή θέλουν να μείνουν έγκυες, τα άτομα που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή κ.ά., δεν συνίσταται η χρήση αλκοόλ. Η διαχωριστική γραμμή όμως μεταξύ της ευφορίας και της πρόκλησης προβλημάτων από τη χρήση του αλκοόλ είναι λεπτή.

Η επίδραση που έχει η χρήση αλκοόλ εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως π.χ. η ποσότητα και η χρονιότητα κατανάλωσης της ουσίας, το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται η χρήση (π.χ. με την παρέα), καθώς και η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου (π.χ. χαρά ή λύπη). Ύστερα από υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ επέρχεται η μέθη, η οποία ευθύνεται για πολλά προβλήματα.

Μέθη προκαλείται όταν η συγκέντρωση αιθανόλης στο αίμα βρίσκεται σε τέτοια ποσότητα που καθίσταται αδύνατο να μεταβολιστεί από το σώμα του ατόμου που κατανάλωσε αλκοόλ.

Υπό την επήρεια της μέθης εμφανίζονται συμπτώματα, όπως: ερυθρότητα του προσώπου, συγκεχυμένη ομιλία, αστάθεια των κινήσεων και αδυναμία συντονισμού τους, ζάλη, ναυτία, τάση προς εμετό και μείωση των αντιληπτικών ικανοτήτων του ατόμου. Σε περιπτώσεις υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ μπορεί να επέλθει μέχρι και θάνατος (καταστολή αναπνευστικού κέντρου). Επιπλέον, το άτομο μπορεί να εκδηλώσει επιθετικότητα, αδυναμία κριτικής σκέψης, ευερεθιστότητα, άρση των αναστολών, αδυναμία συγκέντρωσης, συναισθηματική αστάθεια και μείωση του άγχους – αν και αρχικά εμφανίζεται πολύ κοινωνικό, υπερκινητικό και με οξυμμένη ικανότητα σκέψης.

Η ψυχική εξάρτηση που αφορά στο οινόπνευμα (αλκοολισμός) περιλαμβάνει συμπτώματα όπως η ακαταμάχητη επιθυμία για την ουσία (craving) η οποία συνεπάγεται μια πολύ έντονη ανάγκη για την κατανάλωσή της και η απώλεια ελέγχου, όπου το άτομο

καθίσταται ανίκανο να ελέγξει τη χρήση. Σε ό,τι αφορά τη σωματική εξάρτηση, η οποία προκαλείται από τη μακροχρόνια παραμονή υψηλών συγκεντρώσεων αιθανόλης στο αίμα, το αλκοόλ προκαλεί ανοχή (όλο και μεγαλύτερες δόσεις απαιτούνται προκειμένου να επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα), καθώς και στερητικό σύνδρομο.

Το σύνδρομο στέρησης εμφανίζεται με τη διακοπή της χρήσης της ουσίας και περιλαμβάνει συμπτώματα όπως: τρεμούλιασμα των χεριών, της γλώσσας και των βλεφάρων, σπασμούς, εφίδρωση και υπερθερμία, άγχος, ταραχή, πονοκέφαλος, αϋπνία, ναυτία και δυσφορία, κατάθλιψη, επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, ψευδαισθήσεις, ακουστικές ή οπτικές παραισθήσεις. Ο χρόνος εκδήλωσης του συνδρόμου μπορεί να είναι από 6 έως 24 ώρες -μετά τη διακοπή της ουσίας- και υποχωρεί σε διάστημα 2 έως 5 ημερών, εφόσον δεν υπάρχουν επιπλοκές. Δεν είναι απίθανη η επιπλοκή με επιληπτικές κρίσεις. Είναι πολύ σημαντικό ν' αναφερθεί ότι το στερητικό σύνδρομο μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο, γι' αυτό και είναι απαραίτητη η νοσηλεία του ατόμου σε κάποιο θεραπευτικό ίδρυμα. (Μάνος, 1997).

2.3. Στερητικό σύνδρομο

Στερητικό σύνδρομο είναι «το σύνολο των συμπτωμάτων τα οποία παρατηρούνται στον οργανισμό ύστερα από την στέρηση ουσίας προς την οποία έχει αναπτυχθεί κυρίως σωματική εξάρτηση. Η βαρύτητα του συνδρόμου εξαρτάται από το είδος της ουσίας, το διάστημα μεταξύ των δόσεων, τη διάρκεια λήψεως, την υγεία και την προσωπικότητα του ατόμου.» (Αβραμίδης 1991:25)

Τα συμπτώματα στερητικού συνδρόμου είναι δυσάρεστες σωματικές και γνωστικές αντιδράσεις, αλλά και μεταβολές της συμπεριφοράς, που λαμβάνουν χώρα όταν η χρήση των ουσιών είναι μειωμένη ή ασυνεχής ενώ υπήρξε βαριά και παρατεταμένη. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι ναυτία, μυϊκοί πόνοι, πυρετός, διάρροια, προβλήματα συγκέντρωσης, αϋπνία, άγχος και εφιάλτες. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι τα στερητικά συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με την ουσία. Για παράδειγμα, μετά την παύση ή ελάττωση της χρήσης του αλκοόλ, των οπιοειδών, των καταπραϊντικών, υπνωτικών ή αγχολυτικών, τα στερητικά συμπτώματα που παρατηρούνται είναι έντονα και αναγνωρίζονται εύκολα. Αντιθέτως, στα διεγερτικά όπως είναι οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη, καθώς και στη νικοτίνη, τα στερητικά συμπτώματα είναι λιγότερο εμφανή. (Μάνος, 1997)

2.4. Θεωρήσεις της εξάρτησης

Το πρόβλημα της εξάρτησης αποτελεί ένα σύγχρονο και συνάμα σοβαρό ψυχοκοινωνικό πρόβλημα με κοινωνικές, οικονομικές αλλά και πολιτικές προεκτάσεις. Τα ναρκωτικά καθώς και άλλα κοινωνικά προβλήματα όπως η εγκληματικότητα, η βία και η νεανική παραβατικότητα βρίσκονται σε άμεσο συσχετισμό με αδυναμίες τις κοινωνίας μας, του εκπαιδευτικού μας συστήματος αλλά και των κρατικών δομών πρόληψης και θεραπείας. Με λίγα λόγια θα λέγαμε ότι τα σύγχρονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα αποτελούν απόρροια των νέων κοινωνικών δεδομένων και του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Κατά καιρούς έχουν εμφανισθεί πολλές θεωρίες στην προσπάθεια της επιστημονικής κοινότητας να ερμηνεύσει το φαινόμενο της εξάρτησης. Οι θεωρίες αυτές έχουν ταξινομηθεί σε τρεις ευρείες κατηγορίες: Στις βιολογικές, στις ψυχολογικές, στις και στις κοινωνιολογικές. Κάθε μία από αυτές, εξετάζει το φαινόμενο από διαφορετική σκοπιά, ανάλογα με τον προσανατολισμό της. Η παρουσία, και μόνο, της πληθώρας των θεωριών αποδεικνύει ότι καμία, από μόνη της, δεν είναι ικανή να ερμηνεύσει επαρκώς το φαινόμενο. Αν συνέβαινε κάτι τέτοιο θα είχαν εγκαταλειφθεί οι περισσότερες προς χάριν της μίας και επικρατέστερης. Αρκετές από τις θεωρίες έχουν κάνει αρκετά βήματα και είναι πολύ αξιόλογες. Με την πάροδο του χρόνου και την επίμονη συνέχιση των ερευνών σε όλους τους τομείς, αρκετές θεωρίες θα υποχωρήσουν και κάποιες άλλες θα εδραιωθούν και θα επικρατήσουν. Στις παρακάτω ενότητες, θα γίνει μια προσπάθεια προσέγγισης της έννοιας της εξάρτησης, μέσω της σκοπιάς των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

2.4.1. Βιολογικές θεωρήσεις της εξάρτησης

Οι θεωρίες που αναπτύχθηκαν εστιάζονται κυρίως στην πιθανή ύπαρξη έμφυτων κληρονομικών ή επίκτητων φυσιολογικών καταστάσεων, οι οποίες κάνουν ένα άτομο ευάλωτο σε μια εξάρτηση. Πολλοί υποστηρικτές αυτής της θεωρίας πιστεύουν ότι η εξάρτηση είναι μια μεταβολική δυσλειτουργία. Σύμφωνα με τη βιολογική προσέγγιση του προβλήματος, η εξάρτηση από τα ναρκωτικά είναι μια πρωτοπαθής ασθένεια με γενετικούς, ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εξέλιξή της. Η ασθένεια είναι συνήθως θανατηφόρα και εξελίσσεται γρήγορα. Βέβαια, οι θεωρίες αυτές αρχίζουν πλέον να καταρρέουν, διότι εάν η εξάρτηση ήταν το αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων, τότε η απάντηση θα ήταν η υποχρεωτική σωματική αποτοξίνωση και φαρμακοθεραπεία. Αντίθετα όμως η θεραπεία ξεκινά μετά τη σωματική αποτοξίνωση (Kooyman, 1993).

Ωστόσο, υπάρχουν λίγες μελέτες που καταδεικνύουν τη γενετική προδιάθεση, η οποία σχετίζεται με τη χρήση διαφόρων ψυχοδραστικών ουσιών. Για παράδειγμα, μια μελέτη αναδεικνύει σημαντική αύξηση της επικράτησης εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες μεταξύ βιολογικών συγγενών σε εξαρτημένους που εισήχθησαν σε θεραπεία (Meller et al, 1988 αναφ. στο Merikangas et al., 1998). Επιπλέον, άλλες μελέτες εστίασαν σε ομοιότητες για μια προτεινόμενη ουσία μεταξύ μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων, υποστηρίζοντας ότι βρήκαν υψηλότερα ποσοστά μονοζυγωτικών που παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά χρήσης σε ότι αφορά στην ουσία προτίμησης και τη συμπεριφορά χρήσης, απ' ό,τι οι διζυγωτικοί.

Ωστόσο οι βιολογικές θεωρίες, δεν λαμβάνουν υπόψη τους την δυναμική της ανθρώπινης κοινωνικότητας που δημιουργείται από την κουλτούρα, την ιδιαιτερότητα του ανθρώπινου ψυχισμού, την επίδραση του ψυχολογικού και του κοινωνικού παράγοντα στην διαμόρφωση της εμπειρίας των ναρκωτικών.

2.4.2. Ψυχολογικές προσεγγίσεις της εξάρτησης

Δεν είναι ακόμα δυνατόν να καθορίσουμε εάν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας οδηγούν σε εξάρτηση, αλλά είναι ξεκάθαρο ότι οι εξαρτημένοι έχουν συχνά στερηθεί μιας δομημένης και διαυγούς εκπαίδευσης. Άλλοι παράγοντες είναι η έλλειψη ασφάλειας, αγάπης και προσοχής. Επίσης, το υπερβολικό ενδιαφέρον από τους γονείς και άλλες αυστηρές δομές εκπαίδευσης φαίνεται να παίζουν έναν ρόλο. Ένας μεγάλος αριθμός προβλημάτων των χρηστών προέρχονται από μια οικογένεια στην οποία υπήρχε υπερβολική χρήση ουσιών από έναν τουλάχιστον γονέα. Επίσης ψυχικά τραύματα κατά τη διάρκεια της νεανικής ηλικίας, όπως σεξουαλική κακοποίηση ή σωματικός βιασμός, μπορεί να παίζουν ένα ρόλο.

Η θεμελιώδης ιδέα της ουμανιστικής σχολής θεωρεί ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά ωθείται από ένα έμφυτο κίνητρο της επιθυμίας του προσώπου για αυτοπραγμάτωση. Όπως, χαρακτηριστικά, αναφέρει η Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999), «η ανθρώπινη συμπεριφορά κινείται κατά κύριο λόγο από τον αγώνα του ατόμου να καταστεί όσο πιο άνθρωπος γίνεται, δηλαδή να αναπτύξει τις ικανότητές του, να είναι αποτελεσματικός, δημιουργικός, και ευφάνταστος». Σε αντίθετη περίπτωση, ένα πρόσωπο έχει αρκετές πιθανότητες να αναπτύξει παθολογική συμπεριφορά - και εξάρτηση - όταν οι εμπειρίες του δεν είναι συμβατές με τις βαθύτερες επιθυμίες του. Κατά συνέπεια, αυτός που δεν θα επιδιώξει να βρει τη συμφωνία των βαθύτερων επιθυμιών του μέσω νέων εμπειριών, θα αμύνεται με το να διαστρεβλώνει τα

βιώματά του και επιλεκτικά θα προσπαθεί να μετασχηματίζει αρνητικές αξίες σε φαινομενικά «θετικές».

Τα άτομα που γίνονται χρήστες ναρκωτικών ανήκουν σε τρεις κατηγορίες:

- Άτομα με μεγάλα ελλείμματα στον ψυχισμό.

Τα άτομα αυτά έχουν ένα διαρκές αίσθημα εγκατάλειψης ή ματαίωσης και βιώνουν την κοινωνία σαν «κακή μητέρα» υπεύθυνη για την κατάστασή τους.

- Άτομα που βίωσαν βίαιες ρήξεις στην παιδική τους ηλικία (χωρισμός γονέων, σοβαρές αρρώστιες, θάνατος αγαπημένων προσώπων).

Τα άτομα αυτά νιώθουν προδομένα από τη μοίρα που τα αδίκησε σχετικά με άλλους ανθρώπους.

- Ενδιάμεσες μορφές όπου υπάρχουν όλα αυτά τα στοιχεία σε διάφορους συνδυασμούς (γονικός αλκοολισμός, οικογενειακή βία, σοβαρές αρρώστιες κτλ)

Βέβαια δεν καταλήγουν όλα τα παιδιά που έχουν ζήσει οικογενειακές, κοινωνικές και άλλες δυσκολίες στην τοξικομανία. Τα παιδιά που καταλήγουν στην χρήση ουσιών διακρίνονται από ευαλωτότητα που αποτελεί συνάρτηση πολλών συντελεστών οι οποίοι δεν μπορούν να αποδοθούν σε βιολογικές επιβαρύνσεις των ατόμων αυτών (Μάτσα, 2001)

Η επανάσταση των νέων, που συνήθως εκφράζεται με την αμφισβήτηση της κατεστημένης τάξης πραγμάτων, δεν είναι κανένα καινούργιο φαινόμενο. Αυτό, όμως, το οποίο χαρακτηρίζει το σύγχρονο αναβρασμό της νεολαίας είναι ένας απροσδιόριστος αναρχισμός και η έλλειψη ξεκάθαρων στόχων για εκείνο που επιδιώκουν. Κάποιοι μελετητές υποστηρίζουν την άποψη ότι αυτός ο άναρχος αναβρασμός μπορεί να αντανακλά τη φθορά των παλαιών ιδεολογιών στην κοινωνία, την αδυναμία τους να ανανεωθούν, και την έλλειψη καινούργιων κινημάτων, ικανών να τις αντικαταστήσουν και να καλλιεργήσουν οράματα στη νεολαία. Εάν υπήρχαν ανανεωμένα οράματα θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως πόλοι έλξης της δυσαρέσκειας των νέων, καθώς, επίσης, και ως καταλύτες που θα μετέτρεπαν τον αναβρασμό σε παραγωγική δράση, μέσα από την οποία θα διοχέτευαν οι νέοι τις ελπίδες τους για το μέλλον (Imlah, 1971).

Αυτά που επιδιώκουν οι εξαρτημένοι μέσα από τις ουσίες είναι, ίσως, και τα πιο φυσιολογικά πράγματα που μπορεί να επιζητά ένας άνθρωπος στη ζωή του - ο τρόπος τους είναι λανθασμένος. Η αναζήτηση του εξαιρετικού, της συναισθηματικής ανάτασης, του ηρωισμού, της ανακούφισης από τον πόνο και, κυρίως, η αναζήτηση της αίσθησης του νοήματος της ζωής, είναι τόσο έντονα που συχνά έχουν χαρακτηριστεί σαν μια ακαταμάχητη δίψα. Οι ουσίες ικανοποιούν αυτή τη δίψα μ' ένα είδος παροδικής ψευδαίσθησης. Ένα είδος

γρήγορου και ακατέργαστου υποκατάστατου της πραγματικής εμπειρίας, η οποία είναι πολύ πιο δύσκολη ν' αποκτηθεί, αλλά πολύ πιο βαθιά και πιο ανθεκτική. Ο εξαρτημένος γνωρίζει πολύ καλά ότι εξαπατά μ' αυτό τον τρόπο τις πραγματικές του ανάγκες, αλλά συνεχίζει, μέσα στην απελπισία του, να ξεγελά τη δίψα του, μην έχοντας τον τρόπο, τη στήριξη ή την υπομονή να επιδιώξει την πραγματική εμπειρία.

Ένας θεραπευτής απεξάρτησης θα πρέπει να φροντίζει σφαιρικά τις ανάγκες του πελάτη του (Patterson, 1983). Πέρα από τις φυσικές και ψυχολογικές του ανάγκες, δεν θα έχει κάνει ολοκληρωμένο έργο εάν, τουλάχιστον, δεν προσπαθήσει να ικανοποιήσει τις πνευματικές του αναζητήσεις. Μέσα από τις πολυετείς κλινικές της εμπειρίες, η Patterson (1983) συνιστά πως:

«Η πραγματική θεραπεία ενός εξαρτημένου προσώπου απαιτεί αναδόμηση της ζωής, μια θεραπευτική παλινόρθωση η οποία θα μπορεί να παρέχει επαρκές πλαίσιο αξιών που θα δώσει νόημα στο άτομο και θα το βοηθήσουν προς μια κατανόηση της θέσης του στην κοινωνία. Αυτό το πλαίσιο συμπεριλαμβάνει την ελευθερία να επιλέγει, την εμπιστοσύνη να κάνει επιλογές, και την υπευθυνότητα να πληρώνει το τίμημα των επιλογών του. Απαιτείται να του παραχωρηθεί το πλαίσιο της γνώσης - επαρκές για ό,τι χρειάζεται να γνωρίζει- ώστε το κενό που υποθάλπει και η έλλειψη νοήματος στη ζωή του, τα οποία οφείλονται σε προγενέστερη έλλειψη επαρκών αξιών, να θεραπευθούν. Για να επιτύχουν αυτά απαιτείται ένα είδος ψυχοθεραπείας, άγνωστης μέχρι τώρα - ή, εάν είναι γνωστή, σίγουρα δεν εξασκείται σε ευρεία κλίμακα».

2.4.3. Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της εξάρτησης

Οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν πιο άμεσα τους ανθρώπους προς την χρήση, είναι η κουλτούρα των νόμιμων ναρκωτικών ουσιών. Ψυχοδραστικές ουσίες όπως ο καπνός, το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά φάρμακα, προωθούνται είτε με την διαφήμιση είτε με την συνταγογράφηση φαρμάκων που προωθούν φαρμακευτικές εταιρείες. Η εξάλειψη του σωματικού πόνου, της ψυχολογικής έντασης και του υπαρξιακού κενού αυξάνει την ζήτηση των ουσιών αυτών και δημιουργεί την κουλτούρα αυτή, που διευκολύνει τον πειραματισμό με παράνομες ουσίες. Μεταβλητές που διευκολύνουν την κατανόηση των αιτιών της χρήσης είναι η απουσία δεσμών με συμβατικά άτομα και θεσμούς (οικογένεια, γονείς, δασκάλους, σχολείο, εργασία), η φιλία με χρήστες ναρκωτικών, η εύκολη πρόσβαση στα ναρκωτικά. Η οικογένεια προέλευσης, η τάξη στο σχολείο και οι φίλοι, επηρεάζουν το άτομο και τη συμπεριφορά του. Όταν στην «ομάδα» που ανήκει το άτομο, θεωρείται φυσιολογική η χρήση

συγκεκριμένων ουσιών, η πιθανότητα να υιοθετήσει και το ίδιο αυτή τη συμπεριφορά, είναι μεγαλύτερη.

Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η κατάχρηση ναρκωτικών και η οικονομική αποστέρηση, συνδέονται με μια πολύ ισχυρή σχέση. Η φτώχεια στρέφει στα ναρκωτικά για τέσσερις κυρίως λόγους. Τα ναρκωτικά βοηθούν στην απόκτηση κοινωνικής θέσης, καθώς το άτομο μπορεί να αποκτήσει εκτίμηση και σεβασμό στα πλαίσια της κουλτούρας των ναρκωτικών, στοιχεία στα οποία δεν μπορεί να έχει πρόσβαση στην συμβατική κοινωνία. Από την άλλη, τα ναρκωτικά αποτελούν τρόπο διαφυγής από την καταπιεστική πραγματικότητα της φτώχειας. Δίνουν επίσης την αίσθηση δομής ή σκοπού, την έλλειψη των οποίων μπορεί να βιώνει κάποιος εξαιτίας της απουσίας σταθερής εργασίας, ασφάλειας και οικογενειακής ζωής. Τέλος οι φτωχές, μη αναπτυγμένες κοινότητες είναι συνήθως κατακλυσμένες από ναρκωτικά. (Thio, 2008)

Έχει αποδειχθεί ότι άτομα τα οποία είναι ήδη αποκλεισμένα από την κοινωνία καταφεύγουν στην χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα ναρκωτικά (EMCDDA) το 45,8% των χρηστών στην Ευρώπη είναι άνεργοι ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό φτάνει το 64,3%. Ακόμα οι μισοί από τους χρήστες που έχουν απευθυνθεί σε θεραπευτικά προγράμματα έχουν εγκαταλείψει το σχολείο ενώ πολλοί από αυτούς δεν έχουν τελειώσει καν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Στο χώρο της φυλακής επίσης, φαίνεται ότι το 54% των κρατουμένων κάνει χρήση ενώ το 34% αυτών κάνει ενδοφλέβια. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης (ΕΚΤΕΠΝ), το ποσοστό των Ελλήνων χρηστών που απευθύνθηκαν σε θεραπευτικά προγράμματα το 2001 και ήταν άστεγοι ανέρχεται στο 4,9%. Τα παιδιά των οποίων οι γονείς είναι τοξικομανείς έχουν διπλάσια πιθανότητα να κάνουν χρήση και τα ίδια στο μέλλον από τα παιδιά των μη- χρηστών. Επίσης το ποσοστό είναι μεγάλο και για τα παιδιά τα οποία βρίσκονται στο δρόμο αλλά και για αυτά τα οποία βρίσκονται σε αναμορφωτήριο. Στη Γαλλία το ποσοστό αυτό φτάνει το 65% ενώ στη Φιλανδία το 40%. (Πουλόπουλος και συν., 2004)

Η ουσιοεξάρτηση δεν μπορεί να αποσπαστεί από την κοινωνικοπολιτισμική και ψυχολογική μεταβλητή της, γιατί τότε θα είναι απλά ένα πρόβλημα φαρμακοεξάρτησης, μια σχέση ατόμου – ουσίας, χάνοντας ένα μεγάλο μέρος του νοήματός της, (Μάτσα, 2001)

2.5. Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα ναρκωτικά (2005 – 2012)

Η νέα Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα ναρκωτικά 2005-2012 που καταστρώθηκε για να αποτελέσει βάση για δύο διαδοχικά τετραετή σχέδια δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βασίζεται κατά κύριο λόγο στις θεμελιώδεις αρχές του δικαίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης και προασπίζει από κάθε άποψη τις ιδρυτικές αξίες της Ένωσης και συγκεκριμένα τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, την ελευθερία, τη δημοκρατία, την ισότητα, την αλληλεγγύη, το κράτος δικαίου και τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Θέτει το ζήτημα του διεθνούς χαρακτήρα του προβλήματος, το οποίο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σε διακρατικό επίπεδο και προτίθεται να συμπληρώνει τη δράση των κρατών μελών για το μετριασμό των βλαβερών συνεπειών των ναρκωτικών για την υγεία, μέσω της πληροφόρησης και της πρόληψης. Τονίζει ότι η συνεργασία μεταξύ αστυνομικών, τελωνειακών και δικαστικών αρχών είναι ένα βασικό στοιχείο για την πρόληψη και την καταπολέμηση της διακίνησης ναρκωτικών και θεωρεί σημαντικό στοιχείο την θέσπιση σειράς μέτρων από την κοινοτική νομοθεσία για την πρόληψη του ξεπλύματος των εσόδων από ναρκωτικά. Τέλος, τονίζει την σημασία της αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων με το βέλτιστο δυνατό τρόπο.

Έχει ως στόχο την προστασία και βελτίωση της ευημερίας της κοινωνίας και των ατόμων, την προστασία της δημόσιας υγείας, την παροχή ασφαλείας υψηλού επιπέδου για το ευρύ κοινό και την υιοθέτηση ισόρροπης, ολοκληρωμένης προσέγγισης του προβλήματος των ναρκωτικών.

Η ευρωπαϊκή στρατηγική βασίζεται επίσης στις σχετικές συμβάσεις των Ηνωμένων Εθνών του 1961, 1971, 1972 και 1988, οι οποίες αποτελούν σημαντικότερες νομικές πράξεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Πυλώνες, εξάλλου της Στρατηγικής αποτελούν εκείνες που καθόρισε η Ειδική Σύνοδος της Γ.Σ. των Η.Ε. για τα ναρκωτικά το 1998, δηλαδή η μείωση της προσφοράς και της ζήτησης, ως αλληλοενισχυόμενα στοιχεία της πολιτικής στον τομέα των ναρκωτικών, πολιτικής που οδηγεί σε μια ολοκληρωμένη και ισόρροπη προσέγγιση του προβλήματος.

Προφανές είναι επίσης ότι η Ευρωπαϊκή Στρατηγική αντανακλά και την Απόφαση της Λισσαβόνας για την "Οικονομία της Γνώσης" (2002-2010) και τους τρεις πυλώνες της: έρευνα, καινοτομία και διάχυση της πληροφορίας (για την οποία θα διατεθούν 5-10 δισεκ.Ευρώ)

Την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά θα πρέπει να ακολουθεί αναποδράστως κάθε κράτος ξεχωριστά, όπως επίσης και η Ελλάδα με την Ελληνική Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά, λαμβάνοντας πάντοτε υπόψη τις ιδιαίτερες παραμέτρους της

χώρας μας. Βασικός οδηγός της Εθνικής Στρατηγικής για την αντιμετώπιση του προβλήματος των εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά (2005 – 2012) που στηρίζεται σε δύο πυλώνες, τη Μείωση της Ζήτησης και τη Μείωση της Προσφοράς. Προϋποθέσεις αναγκαίες για την ανάπτυξη αυτής της Στρατηγικής είναι η διεθνής συνεργασία, η έρευνα, η πληροφόρηση και η αξιολόγηση. (European monitoring for drugs and drug addiction)

2.6. Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά

Η Εθνική Στρατηγική για τα ναρκωτικά, όπως και η Ευρωπαϊκή Στρατηγική στοχεύουν στην προστασία της υγείας των πολιτών, στην ευημερία των πολιτών, καθώς και στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής.

Για την επίτευξη των παραπάνω πρώτη αναγκαιότητα αποτελεί η πρόληψη της διάδοσης των ναρκωτικών, που διακρίνεται βασικά σε Πρόληψη και Μείωση της χρήσης, της εξάρτησης, της βλάβης της υγείας και της κοινωνικής βλάβης.

Πρωταρχικές μέριμνες της Εθνικής Στρατηγικής και της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής αποτελούν:

- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μέτρων μείωσης της ζήτησης και της πρόσβασης στα ναρκωτικά .
- Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία, σε συνδυασμό με τη περαιτέρω ανάπτυξη της συμβουλευτικής για τους γονείς. Η ενίσχυση των προγραμμάτων εκπαίδευσης ομότιμων (peer education), ώστε οι ίδιοι οι νέοι να μάθουν να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα στους χώρους εκπαίδευσης, εργασίας και διασκέδασης. Μνημόνιο συνεργασίας με το Υπουργείο Παιδείας θα καθορίσει τις λεπτομέρειες αυτής της δράσης.
- Καθιέρωση, ανάπτυξη και βελτίωση επιλεγμένων προγραμμάτων πρόληψης και νέας τεχνικής για ειδικές ομάδες στόχου, με τη χρήση π.χ διαφορετικών Μ.Μ.Ε. καθώς και νέων τεχνολογιών πληροφόρησης
- Ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και συμβουλευτικής για τους νέους που έχουν για διάφορους λόγους εγκαταλείψει το σχολείο (και που ο αριθμός τους συνεχώς αυξάνεται), για τους εργαζόμενους και στρατευμένους νέους. Μνημόνιο Συνεργασίας με το ΥΠΕΘΑ θα καθορίσει σύντομα τις λεπτομέρειες μιας συστηματικής παρέμβασης πρόληψης.

- Βελτίωση μεθόδων έγκαιρης ανίχνευσης παραγόντων επικινδυνότητας και η ανάπτυξη συστημάτων έγκαιρης παρέμβασης στις περιπτώσεις αυτές.
- Εξασφάλιση της διαθεσιμότητας και της πρόσβασης σε ποικίλου προσανατολισμού ψυχοκοινωνικών και φαρμακολογικών προγραμμάτων θεραπείας καθώς και προγραμμάτων αποκατάστασης βασισμένων στα σύγχρονα πορίσματα της επιστήμης και με συγκεκριμένους πάντοτε στόχους.
- Άμεση ανάπτυξη συστηματικής αξιολόγησης των θεραπευτικών μονάδων για εξασφάλιση της αποτελεσματικής διάδοσης των βέλτιστων πρακτικών.
- Σεβασμός στο «δικαίωμα στη θεραπεία» όλων των εξαρτημένων. Εξαφάνιση της παράνομης «λίστας» αναμονής. Θέσεις θεραπείας για όλους.
- Καθιέρωση στρατηγικής και οδηγίες για αυξημένη διαθεσιμότητα και πρόσβαση στις υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης για εξαρτημένους που δεν καλύπτονται από τις υπάρχουσες υπηρεσίες. Με τελικό πάντα στόχο την κάλυψη των αναγκών όλων των εξαρτημένων με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα.
- Επέκταση δράσεων «εργασίας στο δρόμο» (street work) από τους εξειδικευμένους θεραπευτές, ώστε να μπορούμε να πλησιάσουμε και τα πλέον περιθωριοποιημένα άτομα.
- Διαθεσιμότητα σε προσβάσιμες υπηρεσίες «μείωσης της βλάβης», ώστε να επιτυγχάνεται έγκαιρα και αποτελεσματικά η πρόληψη των κινδύνων υγείας από τα ναρκωτικά, καθώς και των κοινωνικών κινδύνων.
- Προγράμματα για την πρόληψη της διάδοσης HIV/AIDS, της ηπατίτιδας C και άλλων αιματογενών λοιμώξεων και νόσων, σε συνεργασία με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
- Μείωση του αριθμού των θανάτων που αμέσως ή εμμέσως συνδέονται με τα ναρκωτικά .
- Αντιμετώπιση του στιγματισμού με παράλληλη μείωση της δημόσιας παρενόχλησης.
- Αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης σε σχέση με τις αναπαραστάσεις της κοινής γνώμης.
- Συνεργασία με τους φορείς και την κοινωνία των πολιτών, με άμεση έναρξη διαλόγου για ενίσχυση της συνεργασίας με το σύστημα.
- Περαιτέρω ανάπτυξη εναλλακτικών λύσεων για τους ουσιοεξαρτημένους, αντί του εγκλεισμού τους στις φυλακές και παροχή στους κρατούμενους θεραπειών απεξάρτησης. Πλήρης ανάπτυξη των υπηρεσιών της Μονάδος Απεξάρτησης Κρατουμένων στον Ελαιώνα Θηβών.

- Εκσυγχρονισμός της νομοθεσίας.
Η παρακολούθηση, αξιολόγηση και επιστημονική έρευνα αποτελούν μια ακόμα συμπληρωματική και απολύτως απαραίτητη στόχευση της Στρατηγικής μας. Συγκεκριμένα:
- Παροχή αξιόπιστων και συγκρίσιμων δεδομένων σχετικά με τους βασικούς επιδημιολογικούς δείκτες στον τομέα των ναρκωτικών, καθώς και για τις νεοεμφανιζόμενες τάσεις και συνήθειες στη χρήση και τις αγορές.
- Προαγωγή της επιστημονικής έρευνας σχετικά με τους βιοιατρικούς, ψυχολογικούς και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την ουσιοεξάρτηση.
- Προαγωγή της έρευνας για τον εντοπισμό των προστατευτικών συντελεστών όπου υπάρχει χαμηλός επιπολασμός HIV/AIDS μεταξύ των χρηστών.
- Εκτίμηση των δημοσίων δαπανών στον τομέα των ναρκωτικών.

Οι εξελίξεις στον τομέα της ουσιοεξάρτησης απαιτούν τη δημιουργία εξειδικευμένων επαγγελματιών, όπως την άμεση εισαγωγή του θέματος των εξαρτήσεων στις προπτυχιακές και μεταπτυχιακές σχολές των επαγγελματιών υγείας, καθώς και των κοινωνικών επιστημών.

Στον τομέα της μείωσης της προσφοράς, η Στρατηγική για τα Ναρκωτικά θα αποφέρει μετρήσιμη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της γνωστικής βάσης των παρεμβάσεων και δράσεων των διοικητικών αρχών και του Συντονιστικού Οργάνου Δίωξης, οι οποίες στρέφονται κατά της παραγωγής, της εμπορίας ναρκωτικών, της τυχόν χρηματοδότησης της τρομοκρατίας, του ξεπλύματος χρημάτων που συνδέεται με το έγκλημα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά. (European monitoring for drugs and drug addiction)

2.7. Ανακεφαλαίωση

Στο δεύτερο κεφάλαιο, έγινε μια αναφορά σε τεχνικές λεπτομέρειες με την περιγραφή των ουσιών που οδηγούν στον εθισμό και του στερητικού συνδρόμου, αλλά πραγματοποιήθηκε και μια ουσιώδης ανασκόπηση των διάφορων θεωρήσεων που επικρατούν για την εξήγηση της εγκατάστασης της τοξικομανίας. Μία απλουστευμένη βιολογική προσέγγιση των αιτιών, δεν μπορεί να είναι η απάντηση στο ερώτημα για το ποιες είναι οι αιτίες που οδηγούν στην εξάρτηση, καθώς αυτές προκύπτουν από ένα συνδυασμό βιολογικών και κυρίως ψυχολογικών και κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων. Τέλος, παρατέθηκαν τα στοιχεία εκείνα που συνθέτουν την ευρωπαϊκή αλλά και εθνική στρατηγική για την αντιμετώπιση του φαινομένου, για τα έτη 2005 – 2012.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

3.1. Εισαγωγή

Στο τρίτο κεφάλαιο θεωρήθηκε αναγκαία η εισαγωγή του αναγνώστη στους βασικούς τύπους θεραπείας που παρέχονται σήμερα στη χώρα μας. Αυτοί είναι τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα και τα προγράμματα υποκατάστασης, τα οποία στη συνέχεια περιγράφονται λεπτομερώς ως προς τον τρόπο λειτουργίας τους. Ιδιαίτερη σημασία δίδεται στο «δικαίωμα στη θεραπεία». Επεξηγείται η διαδικασία της αποτοξίνωσης και της πρόληψης υποτροπών και τέλος αναφέρονται οι γενικοί θεραπευτικοί στόχοι και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι πρώην χρήστες στην χώρα μας.

3.2. Θεραπευτικά συστήματα: γενική θεώρηση

Οι βασικοί τύποι θεραπείας που παρέχονται σήμερα στην Ελλάδα χωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες: α) τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα, δηλαδή τα προγράμματα εκείνα στα οποία το κύριο θεραπευτικό εργαλείο είναι η ψυχοκοινωνική θεραπεία και β) τα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης, όπου το κύριο θεραπευτικό εργαλείο είναι η χρήση φαρμάκων που είτε υποκαθιστούν την ουσία εξάρτησης, είτε την ανταγωνίζονται, ώστε να περιορίζουν ή και να μηδενίζουν την ανάγκη του ατόμου για τη χρήση της. Τα προγράμματα διαφέρουν επίσης ως προς το πλαίσιο τους (προγράμματα σε εξωτερική βάση και προγράμματα εσωτερικής παραμονής), καθώς και ως προς τη χρονική διάρκειά τους (από τρεις μήνες έως δύο χρόνια ή και περισσότερο για τα προγράμματα υποκατάστασης).

Η θεραπεία χωρίς τη χορήγηση ναρκωτικών ουσιών (στεγνά θεραπευτικά προγράμματα) περιλαμβάνει την εφαρμογή ψυχοκοινωνικών και εκπαιδευτικών τεχνικών για την επίτευξη μακροχρόνιας αποχής από τις ουσίες. Τα περισσότερα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα είναι πολυφασικά και αποτελούνται από ένα συμβουλευτικό κέντρο, μια μονάδα αποτοξίνωσης σε ορισμένες περιπτώσεις, μια θεραπευτική κοινότητα (εσωτερικής ή εξωτερικής διαμονής) και ένα κέντρο κοινωνικής επανένταξης.

Φάρμακα χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση για την αντιμετώπιση των στερητικών συμπτωμάτων. Τα φάρμακα αυτά, συνήθως, είναι αντικαταθλιπτικά ή/και βενζοδιαζεπίνες (ηρεμιστικά), αν και σε ορισμένες θεραπευτικές κοινότητες δεν παρέχονται τέτοιες φαρμακευτικές ουσίες. Τα διαθέσιμα στοιχεία, σχετικά με τη στεγνή θεραπεία, δεν επιτρέπουν ποσοτική σύγκριση, εν μέρει διότι προέρχονται τόσο από κέντρα που

απευθύνονται αποκλειστικά σε χρήστες παράνομων ναρκωτικών ουσιών, αλλά και από κέντρα που στοχεύουν στη θεραπεία εξαρτήσεων γενικά, δηλαδή στη θεραπεία από τον αλκοολισμό και άλλες μορφές κατάχρησης, και εν μέρει διότι η «θεραπεία» δεν ορίζεται άμεσα (π.χ. ως ένας ελάχιστος αριθμός συνεδριών) και δεν μπορεί να μετρηθεί σε ποσοτικοποιησιμες μονάδες, για παράδειγμα καταχωρημένες συνταγές, όπως στην περίπτωση της φαρμακευτικά υποβοηθούμενης θεραπείας.

Οι γενικές θεραπευτικές αρχές των στεγνών προγραμμάτων είναι οι εξής:

- Η εθελούσια συμμετοχή του χρήστη.
- Η ανακούφιση του χρήστη από τα σωματικά στερητικά συμπτώματα, τα οφειλόμενα στη χρόνια λήψη της ουσίας.
- Η υποστήριξη των φυσικών λειτουργιών του σώματος.
- Η εξασφάλιση στο θεραπευόμενο ενός σταθερού και ασφαλούς περιβάλλοντος.
- Ο σεβασμός των δικαιωμάτων του.
- Η δημιουργία συνθηκών ενθάρρυνσης για μια πιο μακροχρόνια θεραπευτική συνεργασία και η προετοιμασία του για την παραπομπή στα κατάλληλα θεραπευτικά προγράμματα αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης.

Στην Ελλάδα μέχρι το τέλος του 2005 λειτουργούσαν 25 «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα, από τα οποία 9 προγράμματα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων, 9 εξωτερικής παραμονής ενηλίκων και 7 εξωτερικής παραμονής εφήβων.

Η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και άλλες παρεμφερείς ουσίες δε θεωρεί την πλήρη και μόνιμη αποχή ως πρωταρχικό θεραπευτικό στόχο. Αντίθετα, από την πρώτη στιγμή προσφέρεται η δυνατότητα στο χρήστη να χρησιμοποιεί μία ουσία χρονίως, εάν θεωρεί ότι αυτό τον βοηθά να μένει μακριά από μη προσαρμοστικές συνήθειες και συμπεριφορές της προηγούμενης ζωής του. Στο χρήστη, αφού προηγουμένως εξεταστεί προσεκτικά και αποκλειστούν μείζονες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, χορηγούνται δόσεις μεθαδόνης 30-40mg ή 100-120mg την ημέρα, ανάλογα με την περίπτωση. Το φάρμακο δίδεται με σιρόπι για χρήση από το στόμα και χορηγείται καθημερινά σε ποσότητες ημερήσιας δόσης, συνήθως μία φορά κάθε μέρα. Μετά από περίοδο 6-12 μηνών συνεχούς χρήσης, αρχίζει η μείωση της δοσολογίας και τα περισσότερα κέντρα συνιστούν μείωση κατά 3% την εβδομάδα.

Η φαρμακευτική θεραπεία με μεθαδόνη ή άλλες ουσίες (π.χ. βουπρενορφίνη, LAAM, ναλτρεξόνη) χρησιμοποιείται με δύο διαφορετικούς στόχους. Ο ένας από αυτούς αφορά στην

ολιγοήμερη χορήγηση, που βοηθά στην ανώδυνη σωματική αποτοξίνωση, δηλαδή απαλλάσσει το άτομο από τα στερητικά συμπτώματα λόγω της διακοπής του ναρκωτικού. Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι η αποτοξίνωση αποτελεί μόνο το πρώτο στάδιο της θεραπείας ενός εξαρτημένου ατόμου και δεν προδικάζει τη θεραπευτική πρόγνωση. Ο δεύτερος στόχος είναι η χορήγηση της φαρμακευτικής ουσίας για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και με προοδευτική μείωση έως και τη μηδένισή της, με αποτέλεσμα την πλήρη απεξάρτηση. Εάν αυτό δεν επιτευχθεί, ακολουθεί η μακρόχρονη παράταση της φαρμακευτικής υποκατάστασης («συντήρηση») με κύριο στόχο την αποφυγή της χρήσης της παράνομης ουσίας και των επιπτώσεών της και τη διευκόλυνση με τον τρόπο αυτό της ομαλής επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργίας του ατόμου.

Ενδείξεις για την ένταξη σε πρόγραμμα απεξάρτησης με τη βοήθεια φαρμακευτικής υποκατάστασης αποτελούν η μακρόχρονη εξάρτηση από οπιούχα (ηρωίνη) και η ανεπιτυχής προσπάθεια θεραπείας του εξαρτημένου ατόμου σε “στεγνά” προγράμματα.

Ενδείξεις για την ένταξη σε προγράμματα φαρμακευτικής υποκατάστασης – συντήρησης αποτελεί η αποτυχία πλήρους απεξάρτησης μετά από παραμονή άνω του ενός έτους στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

Στην Ελλάδα μέχρι το τέλος του 2005 λειτουργούσαν 15 θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης, από τα οποία 7 προγράμματα με κύρια ουσία χορήγησης τη μεθαδόνη και 8 μονάδες υποκατάστασης Βουπρενορφίνης.

3.3. Το «δικαίωμα στην θεραπεία»

Τα τελευταία χρόνια άρχισε να αναπτύσσεται η νέα οδός που τοποθετεί το όλο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης μέσα στα πλαίσια της δημόσιας υγείας. Οδός που κατευθύνει προς τη θεώρηση της ουσιοεξάρτησης και μάλιστα της ηρωινοεξάρτησης ως νόσου με την κατ’ ακολουθία αναγκαία επιλογή μιας ορθολογικής και αληθώς ολιστικής θεραπευτικής διαδικασίας. Μέσα στα πλαίσια πάντοτε της ανθρώπινης και κοινωνικής και πολιτικοοικονομικής προσέγγισης των πολλαπλών αιτίων που οδηγούν στην κατάχρηση των εξαρτησιογόνων ουσιών. Το «δικαίωμα στη θεραπεία» αποτελεί το βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, το οποίο πρέπει να απολαμβάνουν και οι ουσιοεξαρτημένοι.

Η πολιτική για τα «ναρκωτικά» δεν δύναται να αναπτυχθεί απομονωμένη από τις μακροκοινωνικές αλλαγές. Αντίθετα, υπάρχει μια πραγματικά στενή σχέση μεταξύ των επιλογών της πολιτικής για τα «ναρκωτικά» και των ευρύτερων πολιτικοκοινωνικών και πολιτισμικών θεμάτων. Κατά τη μετάβαση από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα κοινωνία, την

οποία τώρα βιώνουμε σε παγκόσμιο επίπεδο, νέες και ίσως εντυπωσιακές πολιτικές πρωτοβουλίες για τα ναρκωτικά θα πρέπει να αναμένονται. νέες στρατηγικές ίσως θα είναι ικανές να περιγράψουν τη «σκηνή» των ναρκωτικών καλύτερα και να οδηγήσουν σε πλέον ορθολογικό σχεδιασμό. Οι πρόσφατες μελέτες έχουν καταδείξει τη μεταβλητικότητα και την πολλαπλότητα στη σχετιζόμενη με την εθνικότητα και τη γεωγραφία γεωπολιτική των εξαρτησιογόνων ουσιών. Αυτή η ικανότητα των κυβερνήσεων να ομαλοποιήσουν και να ελέγξουν τη χρήση των ναρκωτικών θα πρέπει να βρίσκεται σε συσχετισμό με αυτή ακριβώς τη μεταβλητικότητα και πολλαπλότητα.

Εξ' άλλου, αυτό που πρέπει να επισημανθεί, είναι ότι ολόκληρη η κλίμακα των μέτρων αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ενιαία και αδιάσπαστη. Μέτρα μείωσης της προσφοράς, νομοθετικά, πρόληψης, αγωγής υγείας, θεραπείας και κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης είναι στενώς συνδεδεμένα μεταξύ τους και η όποια αλλαγή σε έναν από τους τομείς αυτούς επιφέρει τροποποιήσεις και στα δεδομένα των υπολοίπων.

Έτσι, οποιαδήποτε πρόταση αλλαγής της πολιτικής σε έναν τομέα, στη νομοθεσία για παράδειγμα, όσο προοδευτική και αναγκαία και αν είναι, πρέπει πάντα να συνοδεύεται από μελέτη των αλλαγών που θα γίνουν κατ' ανάγκη και στους άλλους τομείς. Γι' αυτό, πρωτοβουλίες αποσπασματικές, μονομερώς προσανατολισμένες, όσο θετικά μέτρα κι αν περιέχουν, δεν οδηγούν σε βελτίωση της κατάστασης, επειδή δεν λαμβάνουν πρόνοια για αντίστοιχα μέτρα σε όλους τους τομείς. Έτσι, είναι δυνατό να περιπλέξουν περαιτέρω τα προβλήματα, παρά τις καλές προθέσεις εκείνων που πήραν την πρωτοβουλία. (European monitoring for drugs and drug addiction)

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του τοξικομανούς επιβάλλει μία σφαιρική πολυδιάστατη προσέγγιση του αντικειμένου και μία σφαιρική αντιμετώπιση σε όλες τις παραμέτρους του. Έτσι όταν μιλάμε για απεξάρτηση πέρα από τη σωματική αποτοξίνωση εννοούμε και την ψυχική απεξάρτηση με την οποία το άτομο πετυχαίνει εκείνες τις αλλαγές που θα συμβάλλουν στην αυτονομία του και την αποδέσμευση του από τον καταναγκασμό των ουσιών, καθώς και στην κοινωνική του επανένταξη. Μέσω της θεραπείας της απεξάρτησης το άτομο κατανοεί τα αίτια της εγκατάστασης των ουσιών σε αυτό και στη συνέχεια είναι σε θέση να αναλάβει ευθύνες, να αποκτήσει όρια, να βάζει στόχους και να τους πετυχαίνει, να αισθάνεται ικανός, να σκέφτεται και να δρα ελεύθερα, να επενδύει όχι μόνο σε νέα αντικείμενα αλλά και σε νέες αξίες. (Μάτσα, 2001)

Για να τα καταφέρει αυτά όμως ο χρήστης, θα πρέπει να επιλέξει το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα που του ταιριάζει, να πιστέψει στη φιλοσοφία και της αρχές του, να εισέλθει σε αυτό με δική του επιθυμία και να έχει ενεργητικό ρόλο μέσα σε αυτό. Ακόμα

πρέπει να αποδεχτεί τον εαυτό του ως χρήστη και να συμφωνήσει με το αίτημα της αλλαγής του τρόπου ζωής του. Από την άλλη μεριά, το θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να προσφέρει ένα συγκεκριμένο δίκτυο υπηρεσιών όπως: εξειδικευμένο θεραπευτικό πλαίσιο, συμβόλαιο θεραπείας και θεραπευτικό πλάνο. Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένος, να έχει εμπειρία, να είναι αποφασιστικός, αντικειμενικός και να διέπεται από μία καλά συγκροτημένη προσωπικότητα. Ακόμα είναι σημαντικό να ενισχύει το άτομο, να μην το επιπλήττει και να μην περιορίζεται μόνο στο να το συμβουλεύει. Έτσι θα δημιουργηθεί μία κατάλληλη θεραπευτική σχέση η οποία με τη σειρά της θα συμβάλλει ώστε το άτομο να αρχίσει να βρίσκει το θετικό ακόμα και μέσα σε αρνητικές καταστάσεις, να κατανοεί τις πραγματικές του ανάγκες και επιθυμίες, να συνειδητοποιήσει την ανάγκη της παρουσίας των άλλων στην ζωή του και να είναι ικανό να αναπτύσσει διαπροσωπικές σχέσεις. (Μάτσα, 2001, Λυκούδης, 2009)

3.4. Διαδικασία σωματικής απεξάρτησης (αποτοξίνωση) και πρόληψη υποτροπών.

Η διαδικασία της αποτοξίνωσης πραγματοποιείται μέσα σε ειδικές κλινικές ή ακόμα και σε πτέρυγες γενικών δημόσιων νοσοκομείων ή και ψυχοθεραπευτικών ιδρυμάτων. Ανάλογα με την περίπτωση ο τοξικομανής έρχεται σε αποτοξίνωση σε αυτά τα κέντρα είτε εθελοντικά, είτε κατά σύσταση και παραπομπή δικαστικών αρχών.

Όπως δηλώνει φυσικά και ο όρος, η διαδικασία της αποτοξίνωσης αποτελεί προσπάθεια απαλλαγής του τοξικομανή από την οργανική του έξη (με ελάχιστη ή και καμία ψυχολογική θεραπεία). Η θεραπεία σωματικής αποτοξίνωσης στοχεύει κυρίως στην πρόληψη ή ανακούφιση του στερητικού συνδρόμου που εμφανίζεται κατά την απόσυρση των ουσιών κατάχρησης και δεν αποτελεί μια ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση καθώς δεν επιδρά σε άλλα στοιχεία της εξάρτησης πέραν του βιολογικού (σωματική ή φυσική εξάρτηση). Τα ποσοστά υποτροπών στην κατάχρηση οπιοειδών είναι εξαιρετικά υψηλά μετά από κάθε σωματική αποτοξίνωση. Πριν από κάθε διαδικασία σωματικής αποτοξίνωσης πρέπει να εξασφαλίζεται η ανενδοίαστη συγκατάθεση του ασθενούς, να γίνεται πλήρης αξιολόγηση της ιατρικής και ψυχολογικής κατάστασης και να καταστρώνεται θεραπευτικά πλάνα στο οποίο θα περιλαμβάνεται η πρόληψη των υποτροπών.

Καθώς απέδειξαν εμπειρίες αποτοξίνωσης χιλιάδων ναρκομανών η διαδικασία αυτή είναι καταδικασμένη σε αποτυχία, εφ' όσον μετά την οργανική θεραπεία ο τοξικομανής επιστρέφει στο περιβάλλον του χωρίς καμία ουσιαστικά αλλαγή στην προσωπικότητα ή στον

χαρακτήρα του και κατά κανόνα μετά από ελάχιστο χρονικό διάστημα είναι και πάλι μπλεγμένος με τα ναρκωτικά.

Πριν μερικά χρόνια άρχισε η εφαρμογή ενός πιο ολοκληρωμένου προγράμματος αποτοξίνωσης σύμφωνα με το οποίο, ενώ με τη βοήθεια χημειοθεραπείας και ιατρικής παρακολούθησης επιλύεται το πρόβλημα της οργανικής έξης, ταυτόχρονα ειδικευμένοι ψυχολόγοι και κοινωνιολόγοι υποβοηθούν το άτομο να αντιπαρέλθει τα ψυχολογικά του προβλήματα και να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικόψυχολογικό του περιβάλλον. (Πουλόπουλος, 2008)

Μετά την ολοκλήρωση της σωματικής αποτοξίνωσης πραγματοποιείται η διαδικασία της πρόληψης υποτροπών. Εξασφαλίζεται πως ο ασθενής απείχε από την χρήση οπιοειδών τουλάχιστον για 510 ημέρες και έχουν υφεί τα στερητικά σημεία και συμπτώματα. Για την επαλήθευση της αποχής μπορεί να χρησιμοποιηθεί: τοξικολογική εξέταση ούρων για οπιοειδή και μεθαδόνη ή και δοκιμασία πρόκλησης με Ναλτρεξόνη. Εάν ανευρίσκονται ίχνη οπιοειδών στα ούρα, ή εμφανίζονται σημεία στέρησης μετά την δοκιμασία πρόκλησης δεν πρέπει να προχωρά η χορήγηση ναλτρεξόνης και κανονίζεται νέο ραντεβού με τον ασθενή μετά από 24 ώρες ή και περισσότερες. Λόγω του υψηλού κινδύνου υποτροπής θα πρέπει να διατηρείται η αγωγή για ένα έτος τουλάχιστον και παράλληλα ο ασθενής να παραπέμπεται σε κάποιο ειδικευμένο πρόγραμμα πρόληψης υποτροπών.

Το πρώτο στάδιο της υποτροπής είναι η εκτροπή (lapse) που είναι η περιστασιακή χρήση ή πιο απλά ένα μικρό διάλειμμα από τη πορεία της θεραπείας. Η υποτροπή όμως, συνήθως έχει μεγαλύτερη χρονική διάρκεια. Πρέπει να κατανοήσουμε ότι δεν υποτροπιάζουν όλοι όσοι υποβάλλονται σε διαδικασία θεραπείας, όμως δυστυχώς τα ποσοστά αυτών είναι πολλοί μεγάλα. Υπάρχουν πολλές πιθανότητες ένας χρήστης να υποτροπιάσει τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και στο τέλος της. Η πιο επικίνδυνη περίοδος θεωρείται εκείνη στην αρχή της επανένταξης αλλά και οι πρώτοι μήνες μετά το τέλος του προγράμματος. (Μάτσα, 2001)

Οι παράγοντες που οδηγούν ένα χρήστη να κάνει υποτροπή είναι πολλοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί. Σημαντικός είναι ο ρόλος τόσο της κατάστασης στην οποία μπορεί να βρίσκεται το άτομο όσο και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του. Σύμφωνα με τον Marlatt (στο Μάτσα Κ., 2001), μία υποτροπή απορρέει τόσο από ενδοπροσωπικούς όσο και από διαπροσωπικούς παράγοντες. Ενδοπροσωπικοί παράγοντες μπορεί να είναι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις τις οποίες βιώνει το άτομο, επαγγελματικές ή οικονομικές δυσκολίες, ατυχήματα, μία εσωτερική παρόρμηση ή μία εξωτερική προτροπή κ.α. Στους διαπροσωπικούς παράγοντες εντάσσει τις διαπροσωπικές

συγκρούσεις και τα αρνητικά συναισθήματα που τις συνοδεύουν καθώς και την επιθυμία του να βιώσει πιο έντονα καταστάσεις στο πλαίσιο μιας ερωτικής σχέσης. Σε γενικές γραμμές σημαντικό ρόλο για το άτομο έχουν οι κοινωνικές πιέσεις τις οποίες βιώνει και η παρουσία ή μη σημαντικών στηριγμάτων στην ζωή του. (.Μάτσα, 2001)

Τέλος, είναι απαραίτητο ακόμα και αν ένας χρήστης υποτροπιάσει να γνωρίζει ότι το θεραπευτικό πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται θα είναι εκεί να τον βοηθήσει να αρχίσει ξανά την πορεία της απεξάρτησης.

3.5. Θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης

3.5.1. Μεθαδόνη

Είναι συνθετικό οπιοειδές, αποτελεσματικό στην θεραπεία του στερητικού συνδρόμου οπιοειδών γιατί έχει δράση μακράς διαρκείας και προκαλεί λίγη ευφορία. Χρησιμοποιείται κυρίως ενδονοσοκομειακά αλλά και εξωνοσοκομειακά σε ειδικές κλινικές. Ενδονοσοκομειακά δίνεται από το στόμα σε δόση 10mg κάθε 4-6 ώρες ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων και γενικά όχι περισσότερο από 40mg σε μια μέρα. Η δόση ρυθμίζεται στην μικρότερη δυνατή που μπορεί να καταστείλει τα συμπτώματα και μετά μειώνεται κατά 5mg κάθε μέρα έως ότου διακοπεί. Η κατάσταση του ασθενή ελέγχεται με τα αντικειμενικά σημεία πίεση, θερμοκρασία, καρδιακός ρυθμός και όχι με τα υποκειμενικά συμπτώματα. Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία συντήρησης με μεθαδόνη είναι μία θεραπευτική προσέγγιση, όπου σε ειδικές κλινικές μεθαδόνης χορηγείται στους χρήστες μεθαδόνη από το στόμα σε δόσεις μέχρι 120mg την ημέρα και ελέγχονται τα επίπεδα της στα ούρα ή και στο αίμα σε τακτά διαστήματα. (Πουλόπουλος, 2008)

3.5.2. Βουπρενορφίνη

Είναι ένα παράγωγο της θηβαΐνης, είναι μερικώς αγωνιστής των οπιοειδών με μοναδικό φαρμακολογικό προφίλ που την καθιστά ελκυστική ως φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα οπιοειδή. Οι φαρμακολογικές ιδιότητες της βουπρενορφίνης την καθιστούν υποσχόμενο φάρμακο για την θεραπεία της εξάρτησης από τα οπιοειδή. Οι ίδιες αυτές ιδιότητες καθιστούν επίσης το φάρμακο αυτό καλή επιλογή για την θεραπεία της εξάρτησης από τα οπιοειδή από περιβάλλον με βάση το ιατρείο. Για παράδειγμα, τα εθισμένα στα οπιοειδή άτομα διατρέχουν σημαντικό κίνδυνο υποτροπής στην κατάχρηση οπιοειδών, ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια της θεραπείας. Η

επίδραση μερικού αγωνιστή του φαρμάκου αυτού, σε συνδυασμό με την υψηλή του συγγένεια προς τον υποδοχέα μπορεί να αποκλείει ή να εξασθενεί τις προσδοκώμενες θετικές επιδράσεις της χρήσης των οπιοειδών, μειώνοντας έτσι τα ποσοστά υποτροπής και συμβάλλοντας στην ταχύτερη σταθεροποίηση του ασθενούς όσον αφορά τη διακοπή της κατάχρησης των οπιοειδών. Η επίδραση πλαφόν που παρατηρείται καθιστά το φάρμακο αυτό ασφαλέστερο από τους πλήρεις αγωνιστές των οπιοειδών, που μπορούν να είναι θανατηφόροι σε περίπτωση υπερβολικής δόσης (Πουλόπουλος, 2008)

3.5.3. Κλονιδίνη

Παραμένει το αποτελεσματικότερο μη οπιοειδές φάρμακο για την συμπτωματική αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, πιθανότατα μέσω της καταστολής της νοραδρενεργίνης υπερδραστηριότητας που φαίνεται ότι διαμεσολαβεί τη στερητική αντίδραση και δεν προκαλεί ευφορία ούτε εξάρτηση. Η χρήση της δεν περιορίζεται σε πρωτόκολλα σωματικής αποτοξίνωσης, έχει θέση σε κάθε σύνδρομο από στέρηση οπιοειδών (ηρωίνη, μορφίνη, κωδεΐνη μεθαδόνη και άλλων αναλγητικών) και χρησιμοποιείται τόσο στο πλαίσιο προγραμματισμένης διακοπής αυτών όσο και σαν συμπτωματική ανακούφιση ή επικουρικά στις θεραπείες με ανταγωνιστές. (Πουλόπουλος, 2008)

3.5.4. Ναλτρεξόνη

Είναι ένας ανταγωνιστής των οπιοειδών που δεσμεύει τους υποδοχείς οπιοειδών και έτσι αποτρέπει το ανέβασμα που δίνει η τοξίκωση από τα οπιοειδή. Η ιδιότητά της αυτή χρησιμοποιείται ως θεραπεία συντήρησης γιατί αποτρέπει την αναζήτηση του οπιοειδούς, καθώς η χρήση του δεν προκαλεί πια ευχαρίστηση. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο ταχείας ή και υπερταχείας αποτοξίνωσης με τη χρήση ανταγωνιστή, είτε σαν προφυλαχτική αγωγή, είτε μετά την υποχώρηση του στερητικού συνδρόμου. Η θεραπεία συνίσταται στην άμεση χορήγηση ναλτρεξόνης σε νοσηλευόμενους ασθενείς, με παράλληλη ανακούφιση του επαγόμενου συνδρόμου στέρησης με τη χρήση κλονιδίνης, αντιφλεγμονωδών και βενζοδιαζεπινών. Η θεραπεία αυτή προκαλεί μεγάλη δυσφορία στον ασθενή και πρέπει να γίνεται από κατάλληλο εκπαιδευμένο προσωπικό. (Πουλόπουλος, 2008)

3.6. Οι Θεραπευτικές Κοινότητες

Οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν μια από τις πιο σημαντικές μεθόδους αντιμετώπισης της εξάρτησης από τις ουσίες. Σήμερα, οι Θεραπευτικές Κοινότητες βασίζονται στις δημοκρατικές κοινότητες που αναπτύχθηκαν στην Αγγλία από επαγγελματίες ψυχικής υγείας μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο για ψυχικά ασθενείς. Επίσης, στηρίζονται και στις ιεραρχημένες κοινότητες που αναπτύχθηκαν στην Αμερική στη δεκαετία του '60 κυρίως από πρώην χρήστες για εξαρτημένους από ουσίες και αλκοόλ. Οι ευρωπαϊκές κοινότητες αναπτύχθηκαν στη δεκαετία του '70 και στηρίχθηκαν και στα δύο παραπάνω μοντέλα Θεραπευτικών Κοινοτήτων. Στηρίζονται στις αρχές της αυτοδιάθεσης, της κοινωνικής αλληλεγγύης, της ειλικρίνειας, της ανοιχτής επικοινωνίας αλλά στην εκούσια προσέλευση των ατόμων. Η Θεραπευτική Κοινότητα αποτελεί «κοινόβιο ατόμων που τους συνδέει ένα κοινό πρόβλημα και μέσα από τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση στο πλαίσιο της κοινότητας προσπαθούν να επιτύχουν την προσωπική αλλαγή, την αντιμετώπιση δηλαδή του προβλήματός τους.» (Πουλόπουλος Χ, 2008:93). Η μέθοδος των Θεραπευτικών Κοινοτήτων στηρίζεται σε ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις και αποτελεί ένα μοντέλο κοινωνικής μάθησης, όπου η κοινότητα είναι το μέσο για την επίτευξη της αλλαγής σε ολιστικό επίπεδο. Τα μοντέλα των Θεραπευτικών Κοινοτήτων έχουν κοινή φιλοσοφία ωστόσο παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στο τρόπο λειτουργίας τους και κυρίως στον αριθμό των ατόμων που δέχονται για θεραπεία. Υπάρχουν κοινότητες που δέχονται 10-15 άτομα και κοινότητες που μπορούν να δεχτούν μέχρι 60-70 άτομα. Οι ομοιότητες τους έγκειται στην διάρκεια παραμονής (12-24 μήνες), στο προφίλ του προσωπικού (επαγγελματίες ψυχικής υγείας και πρώην χρήστες) αλλά και στην έμφαση τους στην επαγγελματική αλλά και κοινωνική επανένταξη των ατόμων. Όλες οι Θεραπευτικές Κοινότητες στοχεύουν στην αποχή από τις ουσίες, στην μείωση και τη διακοπή των παραβατικών δραστηριοτήτων και στην επαγγελματική αποκατάσταση. (Πουλόπουλος και συν., 2004)

«Η Θεραπευτική Κοινότητα στηρίζεται στην αρχή της οικογένειας όπου τα άτομα λειτουργούν ομαδικά και συμμετοχικά με ανάλογους κανόνες και όρια που πρέπει να υπάρχουν μέσα σε μια οικογένεια. Με την ένταξη τους στη κοινότητα, «τα άτομα αποκτούν ένα πρόσωπο αναφοράς το οποίο είναι παλαιότερο μέλος και λειτουργεί υποστηρικτικά απέναντι τους, αναλαμβάνοντας κατά κάποιο τρόπο το ρόλο του μεγαλύτερου αδελφού ή αδελφής» (Πουλόπουλος και συν., 2004: 187).

Σήμερα στην χώρα μας λειτουργούν συνολικά 22 θεραπευτικές μονάδες εσωτερικής ή εξωτερικής παραμονής. Οι μονάδες που παρέχουν ψυχοκοινωνικού τύπου θεραπευτική

βοήθεια, διαθέτουν περίπου 600 θέσεις και υπάρχουν 4 μονάδες που χορηγούν φαρμακευτική θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και διαθέτουν 650 περίπου θέσεις.

Στην Ελλάδα το ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και η κερδοσκοπικού χαρακτήρα που δημιουργήθηκε με τον νόμο 1729 του 1987 τέσσερα χρόνια μετά την έναρξη λειτουργίας της πρώτης ελληνικής θεραπευτικής κοινότητας ΙΘΑΚΗ της Σίνδου Θεσσαλονίκης.

Η βάση των προγραμμάτων της αυτοβοήθειας είναι η ακόλουθη, η προσωπική ευθύνη του κάθε εξαρτημένου (τοξικομανή) αποτελεί δυναμικό στοιχείο της όλης θεραπευτικής αγωγής. Η κοινωνικο-ψυχολογική θεωρία της Θεραπευτικής Κοινότητας αποδέχεται ότι το άτομο έχει υιοθετήσει ένα σύστημα αξιών από το οποίο λείπει η έννοια της προσωπικής ευθύνης και συνέπειας και έτσι η συμπεριφορά του παρουσιάζεται ανεύθυνη προς την οικογένειά του, προς τους συνανθρώπους του και ολέθρια για το ίδιο το άτομο. Η έλλειψη ευθύνης και συνέπειας οδηγεί το άτομο στην ανακάλυψη εύκολων τρόπων συμβιβασμού τόσο με την υποκειμενική, προσωπική όσο και με την αντικειμενική πραγματικότητα. Αποφεύγοντας την πλήρωση του κοινωνικού ρόλου του με συνέπεια και την υπεύθυνη ικανοποίηση των προσωπικών του αναγκών, το άτομο επιλέγει το δρόμο της φυγής από όλες τις ευθύνες του, αφετηρία του οποίου είναι αρχικά ο πειραματισμός με τα ναρκωτικά και με άλλα φάρμακα και τέρμα η εμπλοκή στο αδυσώπητο σύμπλεγμα της οργανικής έξης και ψυχολογικής εξάρτησης από τα φάρμακα.

Ευνόητο είναι συνεπώς ότι τα προγράμματα αυτοβοήθειας των θεραπευτικών κοινοτήτων θεωρούν την εξάρτηση από ουσίες σαν σύμπτωμα σοβαρότερων προβλημάτων κοινωνικό-ψυχολογικής προσαρμογής του ατόμου, τα οποία έχουν σαν επίκεντρο την ανικανότητα του ατόμου να ζήσει την πραγματικότητα και να αποδεχθεί τα δεδομένα προσπαθώντας να αλλάξει μόνο εκείνα τα πράγματα και τις καταστάσεις που επιδέχονται αλλαγές.

Θεωρητική υποδομή, επίσης της φιλοσοφίας της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι η αναγνώριση του γεγονότος ότι το εξαρτημένο άτομο- τοξικομανής είναι ουσιαστικά ένας ασθενής, ένα άτομο δηλαδή που χρειάζεται εξειδικευμένη βοήθεια και όχι ένας παράνομος τύπος η συμπεριφορά του οποίου απαιτεί αποκλειστικά και μόνο τιμωρία, πρόστιμο και φυλάκιση (Πιπερόπουλος, Γ., 2002).

Το πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας είναι ημερήσιο και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων όπου το άτομο συμμετέχει ενεργά αναλαμβάνοντας ευθύνες, οργανωτικούς και θεραπευτικούς ρόλους. Τα άτομα συμμετέχουν ενεργά και στη φροντίδα του σπιτιού (καθάρισμα, μαγείρεμα κ) η οποία ανήκει αποκλειστικά στους ίδιους. Στόχος

αυτός του σταδίου είναι η διερεύνηση των αιτιών που οδήγησαν το άτομο στη χρήση ουσιών και η κάλυψη των συναισθηματικών του κενών. Το άτομο προσπαθεί να επαναπροσδιορίσει τις σχέσεις του και να δημιουργήσει συναισθηματικούς δεσμούς τόσο με τα υπόλοιπα μέλη όσο και με τα σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του. Όλες οι δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν τα άτομα στοχεύουν στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων ώστε να μπορέσουν να γίνουν λειτουργικοί και να αποκτήσουν το αίσθημα ότι μπορούν να αναλάβουν μόνοι τους ρόλους και πρωτοβουλίες. (Πουλόπουλος και συν., 2004)

3.6.1. Η διάρθρωση της θεραπείας στην θεραπευτική κοινότητα

Το πρόγραμμα απεξάρτησης στη θεραπευτική μονάδα διαρκεί συνολικά 18 μήνες. Αυτό προκύπτει από τη μέχρι τώρα εμπειρία με εξαρτημένους ασθενείς από τα λεγόμενα «σκληρά» ναρκωτικά.

Το πρώτο πράγμα που ερευνάται από τη θεραπευτική ομάδα είναι η προθυμία του χρήστη για θεραπεία. Καμία θεραπευτική μέθοδος δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική, εφόσον δεν υπάρχει θέληση του ουσιοεξαρτώμενου να μετάσχει στη θεραπευτική διαδικασία. Η εξέταση της προθυμίας του χρήστη διερευνάται από τρεις τουλάχιστον προσωπικές επαφές με το επιστημονικό προσωπικό της θεραπευτικής μονάδας. Ακόμα και σε περιπτώσεις επιβολής της θεραπείας σε κάποιο χρήστη (π.χ. με απόφαση δικαστηρίου), το κίνητρο για θεραπεία είναι βασικό.

Έπειτα ακολουθεί έγγραφη αίτηση του ενδιαφερόμενου τοξικομανή συνοδευόμενη από σύντομο κοινωνικό και οικογενειακό ιστορικό και σύντομη περιγραφή των λόγων που αποφάσισε να ξεκινήσει προσπάθειες απεξάρτησης.

Αφού ξεκαθαριστούν τυχόν τεχνικές λεπτομέρειες, όπως, ποιος φορέας θα πληρώσει τη θεραπεία, ιατρικές εξετάσεις για τον αποκλεισμό μεταδοτικών νοσημάτων, οδοντιατρική περίθαλψη κ.ά και αφού πληροποιηθεί τον εσωτερικό κανονισμό της Θεραπευτικής Μονάδας, γίνεται ένα είδος συμβολαίου με τον ασθενή, στο οποίο δηλώνει την αναγνώρισή του και την υπόσχεσή του να συμπεριφερθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του.

Μετά από όλα αυτά, ο ασθενής συμπεριλαμβάνεται σε λίστα αναμονής και αναμένει να ειδοποιηθεί ώστε να εισαχθεί στη θεραπευτική μονάδα. Κατά το χρονικό διάστημα αυτό επισκέπτεται μία φορά εβδομαδιαίως το συμβουλευτικό σταθμό και έχει επαφές με ειδικούς. Δέκα μέρες περίπου, πριν μπει στη θεραπευτική μονάδα, γίνεται εισαγωγή σε σταθμό αποτοξίνωσης και εφόσον διαπιστωθεί ότι είναι τελείως «καθαρός», δηλαδή δεν έχει κάνει χρήση κάποιας ουσίας κατά το τελευταίο διάστημα, εισέρχεται στη μονάδα.

Στη θεραπευτική μονάδα και για όλη τη διάρκεια της θεραπείας απαγορεύεται η οποιαδήποτε χρήση εξαρτητικής ουσίας, συμπεριλαμβανομένου του οινοπνεύματος και του καπνού. Επίσης απαγορεύεται η Coca-Cola και ουσίες, όπως ο καφές και το τσάι, υπόκεινται σε σχετικούς περιορισμούς. Το ίδιο φυσικά ισχύει και για τους θεραπευτές κατά τη διάρκεια της εργασίας τους στη μονάδα. Αν κατά τους τακτικούς ελέγχους που γίνονται διαπιστωθεί ότι κάποιος ασθενής έχει κάνει χρήση οποιασδήποτε απαγορεύσιμης ουσίας, τότε αποβάλλεται από τη θεραπευτική διαδικασία και είναι δύσκολο να επανέλθει σ' αυτή.

Η προετοιμασία για την κοινωνική επανένταξη και κοινωνική αλλαγή του χρήστη διαρκεί 6 μήνες. Η φάση αυτή αποτελεί το τελικό στάδιο παραμονής στη θεραπευτική μονάδα. Ο πρώην χρήστης έχει καταφέρει να εξισορροπήσει τόσο με τον εαυτό του, όσο και με τα πρόσωπα που επικοινωνεί, έχει καταφέρει να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή του, έχει κάνει προόδους στο στάδιο της επαγγελματικής του κατάρτισης και έχει αναπτύξει σημαντικές δεξιότητες για την περαιτέρω υγιή διαβίωσή του, είναι πλέον έτοιμος να αρχίσει να προετοιμάζεται για την κοινωνική του επανένταξη.

Ο όρος «κοινωνικοποίηση» σημαίνει την κοινωνική-ψυχολογική διαδικασία με την οποία ο άνθρωπος από βιολογικό γίνεται κοινωνικό όν. Σε κάθε κοινωνικό σύστημα, τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης την εφαρμόζουν αρχικά η οικογένεια, αργότερα το σχολείο και παράλληλα η εκκλησία, οι παρέες, καθώς και οι συγκεκριμένες απαιτήσεις του συνόλου που εκφράζει το σύστημα αξιών της κοινωνίας.

Κοινωνικο-ψυχολογικά η διαδικασία της κοινωνικοποίησης δεν είναι ταυτόσημη με εκείνη της «κοινότητας» και αξ σημειωθεί, ότι για μια μερίδα κοινωνιολόγων και ψυχολόγων η κοινωνικοποίηση αποτελεί το επίκεντρο του θεωρητικού προβληματισμού και των εμπειρικών ερευνών τους.

Ουσιαστικά η ζωή στην θεραπευτική κοινότητα δεν αποβλέπει στο να κοινωνικοποιήσει το εξαρτημένο άτομο, αλλά συγκεκριμένα να τον βοηθήσει να καλύψει τα κενά που ήδη υπάρχουν στην πρότερη διαδικασία κοινωνικοποίησης του, κενά τα οποία εκδηλώνονται σαφέστατα με τη ροπή του στη ναρκομανία και την αλληλένδετη αντικοινωνική του συμπεριφορά. Γι' αυτό το λόγο και γίνεται αναφορά στην «επανακοινωνικοποίηση» του ατόμου.

Η διαβίωση στην θεραπευτική κοινότητα αποσκοπεί στη δημιουργία ισχυρότερου χαρακτήρα και στοχεύει να εδραιώσει για υγιή προσωπικότητα με έντονα τα χαρακτηριστικά της προσωπικής ευθύνης του ατόμου και τη συνειδητοποίηση των συνεπειών των πράξεων του.

Για την υλοποίηση της φάσης αυτής απαιτείται η μετακόμιση του πρώην χρήστη στο δεύτερο κτίριο της μονάδας, που δεν έχει τόσο τη μορφή θεραπευτηρίου αλλά μοιάζει με προστατευόμενο διαμέρισμα ημιαυτόνομης διαβίωσης. Στο διαμέρισμα αυτό συμβιούν τρεις με τέσσερις πρώην χρήστες, προετοιμάζοντας την επιστροφή τους στην κοινωνική πραγματικότητα.

Μέσα από την κοινοβιακή ζωή ο πρώην χρήστης αρχίζει πλέον να αναλαμβάνει περισσότερες ευθύνες για τον εαυτό του. Το επιστημονικό προσωπικό στη φάση αυτή αποστασιοποιείται και δίνει σημαντικές πρωτοβουλίες στο άτομο, τόσο όσον αφορά τη συμμετοχή του στις διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες, όσο και στη σχέση του με την εξωτερική πραγματικότητα με την οποία έρχεται και πάλι σιγά - σιγά σε επαφή.

Την περίοδο αυτή αρχίζουν οι προβληματισμοί για ανεύρεση εργασίας και κατοικίας, καθώς η έξοδος από τη θεραπευτική μονάδα πλησιάζει. Μάλιστα, κατά το τελικό αυτό στάδιο, δίνονται στους πρώην χρήστες ειδικές άδειες για εξόδους κυρίως τα σαββατοκύριακα και τις γιορτές .

Επίσης, οι πρώην χρήστες που φθάνουν στο στάδιο αυτό δρουν συμβουλευτικά προς τα νεότερα μέλη της θεραπευτικής μονάδας και μάλιστα συστήνονται ομάδες αυτοβοήθειας με επικεφαλής πρώην χρήστες και νέα μέλη που βρίσκονται στην έναρξη της θεραπείας, χωρίς τη συμμετοχή του επιστημονικού προσωπικού της μονάδας.

Πολλοί χρήστες που απεξαρτήθηκαν με επιτυχία συνεχίζουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες, τους δρώντας συμβουλευτικά προς τα νεότερα μέλη, αρκετό καιρό μετά την έξοδό τους από τη μονάδα. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για τους νέους ασθενείς, καθώς η εμπειρία των ατόμων που κατάφεραν να ξεφύγουν από τη μάλιστα των ναρκωτικών είναι πολύτιμη για τους νεότερους χρήστες. Πολλές φορές οι ομάδες αυτοβοήθειας έχει διαπιστωθεί ότι διαδραματίζουν πολύ πιο ουσιαστικό ρόλο από τις θεραπευτικές ομάδες που συστήνονται υπό την καθοδήγηση του επιστημονικού προσωπικού.

Όλη η διαδικασία της φάσης αυτής, δηλαδή, είναι προσανατολισμένη στην προετοιμασία του χωρισμού από τα ασφαλή πλαίσια της θεραπευτικής μονάδας και της εισόδου στην καθημερινή πραγματικότητα.

Από «τεχνικής πλευράς» η φάση αυτή περιλαμβάνει:

- Ομαδική ψυχοθεραπεία (δύο ώρες εβδομαδιαίως), με επεξεργασία θεμάτων που αφορούν την έξοδό τους από τη μονάδα, συζήτηση για τις μελλοντικές προοπτικές των μελών, εμπειρίες και προβληματισμοί από όλη τη θεραπευτική διαδικασία κ.ά.
- Ατομική ψυχοθεραπεία, μόνο όταν παρουσιάζεται ανάγκη για προσωπικά ζητήματα και με υποστηρικτικό χαρακτήρα.
- Εργασία υπό κανονικές συνθήκες (οκτώ ώρες την ημέρα).
- Αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.
- Συγγραφή Ημερολογίου.

3.7. Θεραπευτικοί στόχοι και οι δυσκολίες της κοινωνικής επανένταξης.

Για πολλούς θεραπευτές η πλήρης και μόνιμη αποχή από κάθε είδους ουσία είναι η μόνη αποδεκτή θεραπεία, ενώ για άλλους υποστηρίζεται η άποψη της ελεγχόμενης χρήσης. Σίγουρα για ένα σημαντικό αριθμό χρηστών, που απευθύνονται για θεραπεία στις διάφορες υπηρεσίες, το αρχικό βασικό αίτημα είναι η μόνιμη αποχή από τις ουσίες και η κατάκτηση ενός νέου τρόπου ζωής. Το ερώτημα, εάν η ολική και συνεχής αποχή είναι εφικτή για όλους τους χρήστες, συμπεριλαμβανομένου και του φαινομένου της συννοσηρότητας, έχει αποτελέσει αντικείμενο διαφωνιών για πολλά χρόνια. Δύο είναι τα βασικά μέρη που αντιμάχονται: α) αυτοί που υποστηρίζουν ότι η απεξάρτηση πρέπει να γίνει από κάθε είδους εξαρτησιογόνο ουσία και β) αυτοί που πιστεύουν ότι θεραπευτικός στόχος είναι να γίνει απεξάρτηση από την περισσότερο επικίνδυνη βλαβερή ουσία, καθώς θεωρούν την πλήρη απεξάρτηση ανέφικτη και τον κίνδυνο της υποτροπής φανερό.

Οι καταστάσεις που αντιμετωπίζουν σήμερα στην Ελλάδα τα απεξαρτημένα άτομα δεν είναι ενθαρρυντικές. Ο δρόμος της κοινωνικής επανένταξης δεν είναι ευκολοδιάβατος. Αρκετές φορές έχει πισωγυρίσματα στην εξάρτηση. Ορίζουμε σαν κοινωνική επανένταξη του απεξαρτημένου ατόμου, την κοινωνική διαδικασία που έπεται της απεξάρτησης του ατόμου και στοχεύει στη συνέχεια της διακοπείσας, λόγω εξάρτησης, επικοινωνίας ή συνεργασίας του ατόμου με κοινωνικές ομάδες, θεσμούς ή φορείς.

Τα πεδία των προβλημάτων του απεξαρτημένου, είναι πάρα πολλά. Η μακροχρόνια κατάχρηση των ναρκωτικών ουσιών δημιουργεί προβλήματα στην υγεία και ενέχει κινδύνους για τη ζωή του ατόμου. Μερικά από τα προβλήματα αυτά, συνεχίζουν να απασχολούν το άτομο και μετά την απεμπλοκή του από τις ουσίες και δεν είναι εύκολη η αντιμετώπισή τους, διότι τα περισσότερα άτομα είναι ανασφάλιστα.

Το πρώτο και μεγαλύτερο πρόβλημα, μετά την υγεία, των απεξαρτημένων ατόμων είναι η επικοινωνία τους με τους άλλους ανθρώπους. Η απεξάρτηση από τις ουσίες και η κοινωνική επανένταξη είναι και πρέπει να γίνει αποδεκτή από την κοινωνία σαν μια διαδικασία ψυχοκοινωνικής ωρίμανσης και ανάπτυξης του ατόμου. Απαιτεί χρόνο και αλλαγές, όχι μόνο σε ορισμένες συμπεριφορές του ατόμου, αλλά συνολική αλλαγή στον τρόπο σκέψης και στον τρόπο ζωής. Στη διάρκεια της διαδικασίας αυτής, τα άτομα παραμένουν ευάλωτα απέναντι σε πρόσωπα, μέρη, συναισθήματα και γεγονότα. Πρέπει να μάθουν να προσαρμόζονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις χωρίς ναρκωτικές ουσίες, να αποκτήσουν νέο ρόλο μέσα στην οικογένεια, να θέτουν προσωπικούς κανόνες και όρια, να μην αισθάνονται ενοχές και ντροπή για το παρελθόν τους και να μάθουν να εμπιστεύονται τους ανθρώπους.

Ένα δεύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που έκαναν χρήση τοξικών ουσιών, είναι το θέμα της στέγασης. Πολλά από αυτά τα άτομα, αναγκάζονται λόγω έλλειψης εργασίας και υψηλών ενοικίων, αλλά και επειδή η οικογένεια τους τα έχει διώξει ή δε μπορεί να τα συντηρήσει να αναζητήσουν στέγη σε φιλικό ή στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον. Μερικές φορές συγκατοικούν με παλιούς φίλους που βρίσκονται ακόμη σε χρήση.

Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι ακόμη ένα πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί κατά τη διαδικασία επανένταξης. Χωρίς μόρφωση δεν μπορούν να διεκδικήσουν θέσεις, σε μια σειρά από επαγγέλματα.

Επιπροσθέτως, τα ΜΜΕ συμβάλλουν στο να σχηματίσει ο θεατής - ακροατής - αναγνώστης μια στρεβλή εικόνα, όχι μόνο για τα εξαρτημένα, αλλά και για τα απεξαρτημένα άτομα, αφού δημιουργούν την εντύπωση πως οι τοξικοεξαρτημένοι είναι εγκληματίες, πάσχουν από μεταδοτικές ασθένειες, είναι επικίνδυνοι και δε θεραπεύονται.

Ένα σημαντικό κομμάτι της αποτοξίνωσης από τη λήψη ουσιών, έχει να κάνει με το ότι δε χρησιμεύει πουθενά να παρέχονται όλες οι δυνατότητες για αποκατάσταση και να μη λαμβάνονται μέτρα για την επανένταξη του χρήστη στο κοινωνικό σύνολο. Στη χώρα μας σήμερα εντοπίζονται πολλές ελλείψεις τόσο στην παροχή υπηρεσιών για την απεξάρτηση, όσο και στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από την αντίληψη του ευρύ κοινού, που πρεσβεύει ότι δεν υπάρχει οριστική απεξάρτηση και ότι τα άτομα αυτά είναι επιρρεπή στο να ξανακυλήσουν, συνεπώς δεν υπάρχει λόγους να τους επανεντάξουμε.

Από την άλλη οι απεξαρτημένοι έχουν να αντιμετωπίσουν μια πληθώρα προβλημάτων, όπως το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο, το ότι είναι ανειδίκευτοι, το ότι

δεν έχουν εμπειρία, το ότι δεν έχουν στην πλειοψηφία τους καθαρό ποινικό μητρώο, οι άντρες δεν έχουν απολυτήριο στρατού αλλά βεβαίωση απαλλαγής, δεν μπορούν να αποκτήσουν επαγγελματική άδεια οδήγησης και επιπλέον τις προκαταλήψεις του κόσμου.

Η κοινωνική επανένταξη δε λειτουργεί με στόχο να προστατέψει τα άτομα που βγήκαν από τις θεραπευτικές κοινότητες, αλλά έχει σαν στόχο να τους παρέχει στήριξη προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που συναντούν από την μετάβαση τους από το κλειστό και προστατευμένο σύστημα της κοινότητας, στην αυτοδύναμη παρουσία τους.

Τα τελευταία χρόνια, φορείς που ασχολούνται με το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης, διευρύνουν τις δραστηριότητες τους πραγματοποιώντας εκδηλώσεις και παρεμβάσεις με κοινωνικό, οικολογικό και πολιτιστικό χαρακτήρα. Η διαρκής επαφή των φορέων με την ευρύτερη κοινωνία, έχει στόχο να συντελέσει στην εξάλειψη της άγνοιας και επιφύλαξης με την οποία αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών (Κατσούλης και συν.,2005).

3.8. Ανακεφαλαίωση

Ανακεφαλαιώνοντας τα συστήματα θεραπείας έχουν κατηγοριοποιηθεί, ανάλογα με τον σκοπό που επιδιώκεται, δηλαδή είτε η μόνιμη αποχή από τις ουσίες στα στεγνά προγράμματα, είτε η ελεγχόμενη χρήση της πιο ακίνδυνης ουσίας στα προγράμματα υποκατάστασης. Ανεξάρτητα, ωστόσο με την επιλογή του εκάστοτε προγράμματος, σημασία έχει – πέρα από την σωματική αποτοξίνωση, η ψυχολογική απεξάρτηση που θα αποδεσμεύει το εξαρτημένο άτομο από τον καταναγκασμό των ουσιών. Ο χρήστης θα πρέπει να διαλέξει το πρόγραμμα εκείνο που του ταιριάζει περισσότερο και να έχει ενεργητικό ρόλο σε αυτό, για να είναι αποτελεσματικό. Ακόμα όμως και όταν ο χρήστης καταφέρει να ξεπεράσει το πρόβλημά του, έχει να αντιμετωπίσει δυστυχώς μια σειρά από δυσκολίες, τις οποίες ο κλάδος μας σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες και φορείς πρέπει να αντιμετωπίσουν, για να μπορεί ο πρώην χρήστης να επανενταχθεί στον κοινωνικό ιστό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΛΛΑΓΗ

4.1. Εισαγωγή

Όπως προαναφέρθηκε στους ορισμούς κύριων εννοιών, η κοινωνική αλλαγή ορίζεται ως μια ευδιάκριτη μεταβολή στη δομή ενός κοινωνικού συνόλου, που έχει χαρακτήρα μονιμότητας και αποτελεί σταθμό στην ιστορία της κοινωνίας. Στο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται μια προσπάθεια ανάλυσης της διαδικασίας αυτής, παραθέτοντας τους παράγοντες που την προκαλούν, καθώς και τα είδη της κοινωνικής αλλαγής. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην διαδικασία της προγραμματισμένης κοινωνικής αλλαγής, τα επίπεδα παρέμβασης και τις στρατηγικές που ακολουθούνται από κάποια άτομα ή ομάδες, με στόχο την συνειδητή προσπάθεια για αλλαγή σε ένα σύστημα ή σε μια δομή.

4.2. Παράγοντες που προκαλούν την κοινωνική αλλαγή

Πολλές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η κοινωνική αλλαγή αποτελεί φαινόμενο το οποίο προκαλείται από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Οι πηγές ή οι παράγοντες αυτοί είναι ανεξάντλητοι. Η κοινωνική αλλαγή μπορεί να προκληθεί από μία φυσική καταστροφή, έναν πόλεμο, ένα επαναστατικό κίνημα κ.α. Μερικοί από τους σημαντικότερους παράγοντες είναι οι παρακάτω:

- Η κοινωνική σύγκρουση

Η μαρξιστική θεωρία υποστηρίζει ότι η σύγκρουση μεταξύ των κοινωνικών τάξεων είναι η σημαντικότερη πηγή κοινωνικής αλλαγής στην μακροκλίμακα. Η πάλη των τάξεων είναι αυτή που φέρνει την κοινωνική αλλαγή μέσω μιας επαναστατικής διαδικασίας η οποία τις περισσότερες φορές είναι βίαιη. Ο Μαρξ τόνισε ότι η ταξική συνείδηση ως την βασική προϋπόθεση ώστε η εργατική τάξη να συνειδητοποιήσει τα συμφέροντά της καθώς και την άδικη γι' αυτήν λειτουργία της παραγωγικής διαδικασίας και να επαναστατήσει ώστε να φέρει την κοινωνική αλλαγή.

Από την άλλη μεριά, οι μη μαρξιστές κοινωνιολόγοι τονίζουν ότι η ταξική σύγκρουση είναι ένα σύνολο επιμέρους κοινωνικών συγκρούσεων (συγκρούσεις μεταξύ θρησκευτικών, φυλετικών, εθνικών, ηλικιακών, σεξουαλικών κ.α.) οι οποίες παράγουν όλες κοινωνική αλλαγή στην μακροκλίμακα παγκοσμίως.

- Τεχνολογική καινοτομία

Η τεχνολογία και η εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης στην καθημερινότητά μας, είναι μία από τις σημαντικότερες πηγές της κοινωνικής αλλαγής. Οι αλλαγές που προκαλεί είναι μεγάλες και απρόβλεπτες αλλά κάποιες φορές και ανεπιθύμητες. Για παράδειγμα η εκβιομηχάνιση ως αποτέλεσμα της τεχνολογικής επανάστασης διαμόρφωσε έναν καινούριο τρόπο ζωής.

- Ιδεολογία

Οι νέες ιδέες αλλά και η εξέλιξη των παλιών ιδεολογιών, διαμορφώνουν και αλλάζουν τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι σε μια κοινωνία βλέπουν τον κόσμο ή μια πλευρά του όπως η οικονομική πραγματικότητα. Ιδεολογίες σχετικά με την δικαιοσύνη και την αδικία έχουν εμπνεύσει πολλές επαναστάσεις, που χωρίς την συμβολή τους οι επαναστάσεις δεν θα εμφανίζονταν.

- Πολιτιστική διάχυση

Η πολιτιστική διάχυση αφορά την διάδοση των πολιτιστικών στοιχείων από μία κοινωνία στην άλλη. Πολλά πολιτιστικά στοιχεία έχουν διαδοθεί παγκοσμίως από μία κοινή πηγή, που δημιουργεί ομοιότητες μεταξύ πολύ διαφορετικών κοινωνιών.

- Πληθυσμός

Η σύνθεση, η δομή και γενικότερα όλα τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού αποτελούν σημαντικό παράγοντα κοινωνικής αλλαγής.

- Κοινωνικά κινήματα

Οι διάφορες πιέσεις που ασκούν τα κοινωνικά κινήματα είναι σημαντικές αιτίες για να γίνουν αλλαγές στην κοινωνία ώστε να ικανοποιηθούν τα προβαλλόμενα αιτήματά τους. Η κοινωνική δράση ατόμων και ομάδων, οι διαμαρτυρίες, πορείες και λοιπές μορφές συλλογικής δράσης είναι αιτίες κοινωνικής αλλαγής. (Goode, 1988)

Όπως αναφέρει ο Σταθόπουλος (1985), το φεμινιστικό κίνημα έχει επηρεάσει πολλούς τομείς της κοινωνικής ζωής και συνεχώς γίνεται αιτία για κοινωνική αλλαγή στη νομοθεσία της χώρας, στη νοοτροπία των πολιτών και την διάρθρωση της κοινωνίας

4.3. Είδη κοινωνικής αλλαγής

4.3.1. Κοινωνική αλλαγή στη μικροκλίμακα

Η αλλαγή σε μικροκλίμακα αφορά στην αλλαγή σε επίπεδο ατόμων, αλλαγή που επαφίεται στην επιλογή των ατόμων να αλλάξουν, αλλά και στην αλλαγή που πραγματοποιείται μέσα από την αλληλεπίδραση με άλλα άτομα και ομάδες. Τέτοιες αλλαγές είναι οι παρακάτω:

- Οι στάσεις του ατόμου.

Δηλαδή τα γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία που εκφράζονται μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές και δράσεις. Η έννοια της στάσης περιλαμβάνει γνώσεις, πεποιθήσεις, τάσεις, την γενικότερη αντίληψη δηλαδή που έχει ένα άτομο για ένα πρόσωπο, ένα θεσμό κτλ. κάποιες στάσεις είναι ευρέως κοινές και σταθερές. Κάποιες άλλες αλλάζουν συχνά στην πορεία του χρόνου.

- Η συμπεριφορά του ατόμου

Η συμπεριφοράς, όπως και οι στάσεις, μπορεί να είναι κοινές στα άτομα μιας κοινωνίας, αλλά μπορεί να είναι ασυνήθιστες και απρόβλεπτες.

- Ο τρόπος αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανθρώπων.

Οι σχέσεις και οι αλληλεπιδράσεις των ανθρώπων δεν είναι στάσιμες στον χρόνο. Για παράδειγμα, μια τέτοια αλλαγή αφορά την επικοινωνία των ανθρώπων μετά την εφεύρεση του τηλεφώνου, μείωσε αφενός την πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία, αφετέρου όμως αύξησε την επικοινωνία των ανθρώπων που ζουν μακριά ο ένας από των άλλων. (Σταθόπουλος, 1985)

4.3.2. Κοινωνική αλλαγή στην μακροκλίμακα

Οι αλλαγές στην μακροκλίμακα αναφέρονται σε αλλαγές που γίνονται σε θεσμικό και δομικό επίπεδο στην ευρύτερη κοινωνία. Δηλαδή αλλαγές στους παρακάτω τομείς: τεχνολογία, οικονομία, πολιτικό σύστημα, θρησκεία, παιδεία, οικογένεια, στρωματοποίηση της οικογένειας, δημογραφικά χαρακτηριστικά, παγκόσμια πολιτική αλλαγή. (Σταθόπουλος, 1985)

4.4. Προγραμματισμένη κοινωνική αλλαγή

Η σκόπιμη προγραμματισμένη κοινωνική αλλαγή αφορά στην εκπλήρωση κάποιου σκοπού, την οποία επεξεργάζεται ένα άτομο ή μια ομάδα που επιδιώκει την κοινωνική αλλαγή. (Σταθόπουλος, 1985). «Είναι οι συνειδητές προσπάθειες ενός ατόμου ή μιας ομάδας με στόχο την αλλαγή της δομής ή της λειτουργίας ενός κοινωνικού συστήματος». (Σταθόπουλος, 2000:47). Τέτοιες είναι για παράδειγμα ο σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής και η οικονομική πολιτική που ασκούν οι κυβερνήσεις. Κάποιοι θεωρητικοί όπως ο Ross και Dunham ανέπτυξαν υποδείγματα παρέμβασης στην κοινότητα. Η διαδικασία που ακολουθείται αφορά στην αλλαγή από μια ανεπιθύμητη σε μια επιθυμητή κατάσταση, μια σχεδιασμένη δηλαδή επιθυμητή κοινωνική αλλαγή.

Ένα υπόδειγμα για την επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων είναι αυτό του Dunham βάσει του οποίου ακολουθούνται πέντε στάδια.

1. Αναγνώριση του προβλήματος είτε από τα μέλη της κοινότητας, είτε από κάποια οργανωμένη ομάδα ή από το στέλεχος της κοινοτικής εργασίας.
2. Ανάλυση – διάγνωση του προβλήματος για την εξέταση των αιτιών, το κατά πόσο επείγουσα είναι η κατάσταση, ποιος ενδιαφέρεται και ποιος αντιτίθεται στην επίλυσή του.
3. Σχεδιασμός - προγραμματισμός για την εξέταση των στρατηγικών, των μέσων και της διαδικασίας που θα πρέπει να ακολουθηθεί.
4. Ανάλυση δράσης για την εφαρμογή του σχεδίου που αποφασίστηκε.
5. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων για την διερεύνηση επίτευξης των στόχων που είχαν τεθεί. Σε αυτή την φάση, η διαδικασία μπορεί να τροποποιηθεί ή να εγκαταλειφθεί αν δεν παρουσιάσει ανάλογα αποτελέσματα.

Ένα ακόμα υπόδειγμα που έχει καταρτιστεί από τον Warren, περιλαμβάνει έξι βασικές διαστάσεις στην διαδικασία της σχεδιασμένης κοινωνικής αλλαγής.

1. Αντικειμενικός σκοπός της επιδιωκόμενης αλλαγής.
Σκοπός της αλλαγής είναι γενικά η αποφασιστική αντιμετώπιση μιας κατάστασης, η οποία προκαλεί δυσφορία και είναι ανεπιθύμητη (π.χ. η εξάπλωση των ναρκωτικών). Στόχοι της επιδιωκόμενης αλλαγής μπορεί να είναι η συμπεριφορά ατόμων ή ομάδων (π.χ. η διακοπή του καπνίσματος), η ποιότητα των σχέσεων σε επίπεδο οργανώσεων και οι ιδέες, αξίες, αντιλήψεις ατόμων, ομάδων ή οργανώσεων που πρέπει να τροποποιούνται με ευαισθητοποίηση και διαπαιδαγώγηση του κοινού.
2. Το σύστημα προς το οποίο κατευθύνεται η αλλαγή.

Δηλαδή ο στόχος της αλλαγής (άτομο, οργάνωση, ομάδα, κοινωνία). Η επιτυχία του σκοπού εξαρτάται από το πόσο σαφής είναι ο στόχος έτσι ώστε να επιλεγούν οι καταλληλότερες στρατηγικές. Η ετοιμότητα και η επιθυμία του συστήματος επίσης είναι βασικός παράγοντας επιτυχίας του προγράμματος.

3. Το σύστημα που επιδιώκει και προκαλεί την αλλαγή.

Συνήθως μια άτυπη ομάδα πολιτών ή μια οργάνωση που ενδιαφέρεται για την επίλυση ξεκινά την διαδικασία για κοινωνική αλλαγή.

4. Στρατηγικές για την επίτευξη της κοινωνικής αλλαγής.

Οι στρατηγικές που ακολουθεί το στέλεχος της κοινοτικής εργασίας, εξαρτώνται από την φύση της αλλαγής, την ετοιμότητα του συστήματος – στόχου να δεχτεί την αλλαγή και τους πόρους που έχει στη διάθεσή του το στέλεχος.

5. Αντιστάσεις.

Σε κάθε αλλαγή οι άνθρωποι αντιδρούν είτε με σαφή, είτε με λιγότερο έκδηλο τρόπο.

Οι λόγοι για τους οποίους υπάρχουν αντιστάσεις μπορεί να είναι οι παρακάτω:

- **Συνήθεια.** Η συνήθεια σε ένα συγκεκριμένο τρόπο εργασίας, σκέψης, συμπεριφοράς καθιστά δύσκολη την διαδικασία αλλαγής σε έναν άνθρωπο.
- **Αναστάτωση.** Κάθε αλλαγή επιφέρει αναστάτωση που με την σειρά της οδηγεί σε αίσθημα δυσφορίας, ενισχύοντας έτσι την επιθυμία για στασιμότητα.
- **Κεκτημένα συμφέροντα.** Όταν τα συμφέροντα κάποιων ανθρώπων στην κοινότητα ή την οργάνωση θίγονται από την προτεινόμενη αλλαγή, προκαλείται αντίσταση από την μεριά τους για να μην χαθούν τα κεκτημένα.
- **Ιδεολογία.** Υπάρχει μεγάλη δυσκολία κάμψης των αντιστάσεων, όταν η προτεινόμενη αλλαγή προσκρούει σε θρησκευτικές – πολιτικές πεποιθήσεις, στην παράδοση, στα ήθη και τα έθιμα. Όταν δηλαδή εκφράζονται ιδεολογικές αντιρρήσεις.

6. Σταθεροποίηση της αλλαγής.

Βασικός στόχος είναι η διατήρηση της επιτευχθείσας αλλαγής και η αποφυγή της παλινδρόμησης. Όσο μεγαλύτερη ήταν η αντίσταση στην αλλαγή τόσο μεγαλύτερες οι πιθανότητες αποσταθεροποίησης. Γι' αυτό το λόγο οι αλλαγές θα πρέπει να γίνονται με εθελοντική, ουσιαστική κοινωνική συμμετοχή των πολιτών. (Σταθόπουλος,2000)

4.4.1. Επίπεδα παρέμβασης για προγραμματισμένη κοινωνική αλλαγή

Οι παρεμβάσεις για σχεδιασμένη κοινωνική αλλαγή, εστιάζονται σε τρία επίπεδα. Το πρώτο αφορά στις οργανώσεις, οι οποίες συνεχώς αντιμετωπίζουν ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, προκειμένου να επιβιώσουν ή να αναπτυχθούν. Συνήθως το ερέθισμα για αλλαγή προέρχεται από την ηγεσία, αλλά και από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. διαμαρτυρίες συλλόγων γονέων εξαρτημένων ατόμων) και στοχεύουν σε αλλαγές στη δομή, τους σκοπούς και τα μέσα που διαθέτουν. Το δεύτερο επίπεδο, αφορά στην τοπική κοινότητα και οι παρεμβάσεις στοχεύουν σε αλλαγές στην δομή εξουσίας, την ανακατανομή των πόρων προς όφελος των κοινωνικά αδύναμων και το συντονισμό υπηρεσιών. Οι αποφάσεις λαμβάνονται – από κοινωνιολογικής πλευράς – από άτυπες ομάδες πολιτών και οργανισμούς. Το τρίτο επίπεδο αφορά σε αλλαγές στην κοινωνία και αναφέρεται σε μακροπρόθεσμες μεταβολές και ριζικές ανακατατάξεις. Σε δημοκρατικές κοινωνίες αυτές επιτυγχάνονται μέσα από την πολιτική διαδικασία, τα κοινωνικά κινήματα και ομάδες πίεσης. Στα κοινωνικά κινήματα, οι αποφάσεις λαμβάνονται από τους συνεργαζόμενους φορείς ή από κάποιο συντονιστικό όργανο. Η επιδιωκόμενη αλλαγή σε αυτό το πλαίσιο, μπορεί να αφορά στάσεις, πεποιθήσεις, συμπεριφορές, πολιτική Οργανισμών και τη νομοθεσία του κράτους. (Σταθόπουλος,2000)

4.4.2. Στρατηγικές παρέμβασης για την πρόκληση κοινωνικής αλλαγής

Η στρατηγική αναφέρεται στις βασικές μορφές δράσης, οι οποίες αποσκοπούν στην επίτευξη του αντικειμενικού σκοπού, δηλαδή την κοινωνική αλλαγή. Στην διαδικασία της προγραμματισμένης κοινωνικής αλλαγής, δύο βασικές στρατηγικές.

Πρώτη είναι η στρατηγική ισχύος/ αναμέτρησης - σύγκρουσης, βάσει της οποίας το στέλεχος της κοινοτικής εργασίας πρέπει να βρει τα μέσα, ώστε να ενισχύσει την δύναμή του (χρήματα, κύρος, παροχές) και να την αξιοποιήσει κατάλληλα. Η σύγκρουση αναφέρεται στην διαδικασία αλληλεπίδρασης εμπλεκόμενων φορέων, οι οποίοι επιδιώκουν ασυμβίβαστους και διαφορετικούς στόχους, που προκαλούν αντιπαράθεση. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει μια παράταξη που λειτουργεί αντίθετα προς τους σκοπούς της άλλης. Υπάρχει δηλαδή, σύγκρουση που οφείλεται σε διαφορετική εκτίμηση ως προς τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα, τα οφέλη και τα συμφέροντα. Η επιτυχία του προγράμματος συνίσταται στην ήττα της αντιπολίτευσης, μέσα από την χρήση της στρατηγικής της σύγκρουσης.

Η άλλη στρατηγική, είναι η στρατηγική συνεργασίας και αναφέρεται στην αλλαγή στάσεων του συστήματος – στόχου που θα πραγματοποιηθεί μέσα από αμοιβαία εμπιστοσύνη, καλή θέληση και εκτίμηση. Είναι μια διαδικασία αλληλεπίδρασης, προκειμένου

να επιτευχθεί ένα αποτέλεσμα – ο αντικειμενικός στόχος – για τον οποίο συνεργάζονται οι εμπλεκόμενοι. Το στέλεχος της κοινοτικής εργασίας, πρέπει να εξετάσει την κατάσταση, τις πηγές και τους πόρους και να συλλέξει στοιχεία για να πείσει τους λιγότερο πρόθυμους να συμμετέχουν ενεργά στην επίλυση του εκάστοτε προβλήματος. Η κοινοτική εργασία συμβάλλει στη στην ανάπτυξη της συνεργασίας, μέσα από προγράμματα ανάπτυξης. Η στρατηγική συνεργασίας προϋποθέτει μια κατάσταση συναίνεσης μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων και του στελέχους ως προς τις αξίες τα συμφέροντα, την διατύπωση του προβλήματος, τις εναλλακτικές λύσεις, τις μεθόδους και τις τεχνικές παρέμβασης.

(Σταθόπουλος, 2000)

4.5. Ανακεφαλαίωση

Το κεφάλαιο αυτό είναι κατά την άποψή μας ιδιαίτερα σημαντικό για το θέμα που εξετάζουμε. Η κοινωνική εργασία, ως φορέας κοινωνικής αλλαγής, χρησιμοποιεί τις μεθόδους και τις παρεμβάσεις της με στόχο την πρόκληση σκόπιμης αλλαγής. Με βάση τα υποδείγματα επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων στα πλαίσια της προγραμματισμένης κοινωνικής αλλαγής – στην παρούσα περίπτωση αναφερόμαστε στο ζήτημα της ουσιοεξάρτησης – ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ακολουθεί τα στάδια αναγνώρισης και διάγνωσης του προβλήματος, του σχεδιασμού και της ανάληψης δράσης προς την επιθυμητή κατεύθυνση και τέλος να αξιολογεί τα αποτελέσματα της δράσης του. Ακολουθώντας ένα συγκεκριμένο σχέδιο παρέμβασης και αξιολογώντας τον αντικειμενικό σκοπό, το σύστημα προς το οποίο κατευθύνεται η αλλαγή, αλλά και τις αντιστάσεις που παρουσιάζονται στην επικείμενη αλλαγή, θα έχει ένα συγκεκριμένο σχέδιο δράσης για την πρόκληση κάποιας αλλαγής στο φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

5.1. Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, γίνεται μια προσπάθεια παρουσίασης της ισχυρής σχέσης μεταξύ της κοινωνικής εργασίας και της κοινωνικής αλλαγής. Ο ίδιος ο ορισμός της κοινωνικής εργασίας αναφέρει την κοινωνική αλλαγή ως έναν από τους κύριους σκοπούς του επαγγέλματος. Οι αξίες και οι αρχές που την διέπουν είναι βασισμένες σε ανθρωπιστικά ιδεώδη και ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί μέτοχο και αρωγό της κοινωνικής αλλαγής με στόχο την αλλαγή των συνθηκών εκείνων που εμποδίζουν την ύπαρξη ευημερίας των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, όπως είναι οι εξαρτημένοι από ουσίες. Άλλωστε, οι μέθοδοι παρέμβασης της κοινωνικής εργασίας – η καθεμία με τον δικό της τρόπο – προσφέρουν το γνωστικό υπόβαθρο για να μπορεί ο κοινωνικός λειτουργός να αντιμετωπίσει ένα κοινωνικό πρόβλημα ολιστικά.

5.2. Η κοινωνική εργασία ως φορέας κοινωνικής αλλαγής.

Το επίκεντρο της κοινωνικής εργασίας είναι το άτομο και το περιβάλλον σε αλληλεπίδραση. Σκοπός της είναι η βελτίωση της αμοιβαίας διενέργειας μεταξύ ατόμων και κοινωνίας. Υπάρχει δηλαδή μια εξίσωση «αρμονίας». Από τη μια μεριά της εξίσωσης είναι οι ανάγκες, οι επιδιώξεις και οι ικανότητες των ατόμων και από την άλλη οι πόροι, οι ευκαιρίες και οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος-κοινωνίας. «Αρμονία» είναι ο βαθμός στον οποίο συμπίπτουν τα δύο μέρη της εξίσωσης. Η έλλειψη αρμονίας επηρεάζει ταυτόχρονα το άτομο (συμπεριφορά και ενδοπροσωπικές σχέσεις) και το περιβάλλον (ανθρώπινες και θεσμικές σχέσεις).

Η κοινωνική εργασία λοιπόν δουλεύει σε δύο επίπεδα, όμοια με αυτά που συντελείται και η κοινωνική αλλαγή, στην μικροκλίμακα και στην μακροκλίμακα.

Η κοινωνική εργασία στην μικροκλίμακα έχει στόχο την επαναφορά και βελτίωση της αρμονίας του «ατόμου-περιβάλλοντος» με επεμβάσεις κυρίως στο άτομο στις ενδοπροσωπικές του σχέσεις, στην ανάπτυξή του με εκπαίδευση, επιδόματα ή μέσω της καθαρής κλινικής δουλειάς που γίνεται μέσω των μεθόδων της Κοινωνικής εργασίας με άτομο (Κ.Ε.Α.) και Κοινωνικής Εργασίας με ομάδα (Κ.Ε.Ο).

Η κοινωνική εργασία στην μακροκλίμακα έχει στόχο την επαναφορά και βελτίωση της αρμονίας του «ατόμου-περιβάλλοντος», με επεμβάσεις κυρίως στο περιβάλλον μέσω της μεθόδου της Κοινωνικής Εργασίας με κοινότητα (Κ.Ε.Κ.), και περιλαμβάνει προσπάθειες για θεσμικές μεταρρυθμίσεις, αύξηση ευκαιριών για ανάπτυξη μέσα στην κοινότητα, αύξηση πόρων, μείωση απαιτήσεων κλπ. (Ιατρίδης, 1985)

«Η μακρο και μικρο-κοινωνική εργασία έχουν τους ίδιους στόχους και το ίδιο ιδεολογικό υπόβαθρο αξιών. Περιλαμβάνουν το άτομο και το περιβάλλον αλλά με διαφορετική έμφαση. Όταν οι κοινωνικοί λειτουργοί απορροφούνται τελείως από το ένα μόνο μέλος της εξίσωσης αρμονίας, μειώνουν ουσιαστικά το άλλο. Τότε οι μονοσκελικές επεμβάσεις της κοινωνικής εργασίας είναι λιγότερο αποδοτικές. Το κλινικό σκέλος-η μικροκλίμακα της κοινωνικής εργασίας επηρεάζει το σκέλος της κοινωνικής πολιτικής-μακροκλίμακα, με την έννοια ότι η κοινωνική πολιτική χαράζεται με βάση τις θεωρίες της ανθρώπινης και κοινωνικής συμπεριφοράς. Και αντίστοιχα, η κοινωνική πολιτική επηρεάζει το κλινικό σκέλος της κοινωνικής εργασίας με την έννοια ότι το άτομο αναπτύσσεται σε σχέση με το περιβάλλον του. Κλινικές γνώσεις και ανάλυση κοινωνικής πολιτικής είναι το θεμελιώδες υπόβαθρο της εφαρμογής όλων των ειδικοτήτων της κοινωνικής εργασίας, και είναι συνήθως απαραίτητα εφόδια όλων των κοινωνικών λειτουργών.» (Ιατρίδης, 1985).

Η κοινωνική εργασία ως επάγγελμα που προσπαθεί να πραγματώσει μια κοινωνία ευημερίας για τους ανθρώπους, προσπαθεί μέσα από σχεδιασμένες ενέργειες να προκαλέσει την επιθυμητή κοινωνική αλλαγή. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αναπόφευκτα μέσα από την επαγγελματική τους κατάρτιση, αξίες και αρχές, δημιουργούν ένα όραμα για ένα κόσμο μέσα στον οποίο και οι ίδιοι θέλουν να ζήσουν. Το όραμα αυτό στοιχειοθετούν αξίες και αρχές που προκύπτουν από την επαγγελματική τους ηθική, η οποία βασίζεται στα ανθρωπιστικά ιδεώδη. Ως μέτοχοι και αρωγοί της κοινωνικής αλλαγής λοιπόν, οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να προσπαθούν να ερμηνεύουν τις όποιες κοινωνικές αλλαγές συμβαίνουν, με ή χωρίς την συμμετοχή τους ή παρέμβασή τους, έτσι ώστε να μπορούν να τοποθετούνται τόσο ιδεολογικά όσο και πρακτικά απέναντι σε αυτές τις αλλαγές. Θα πρέπει να μπορούν να ελέγχουν την ωφελιμότητα της όποιας αλλαγής, αλλά και να προκαλούν τις συνθήκες εκείνες που θα φέρουν την κοινωνική αλλαγή προς όφελος της κοινωνικής ευημερίας.

«Ο John Stuart Mill τον περασμένο αιώνα είπε: οι οικονομικές και κοινωνικές δυνάμεις περνούν από πάνω μας σαν παλίρροια. Σοφοί είναι εκείνοι οι οποίοι προβλέπουν τα κοινωνικά γεγονότα και προσπαθούν να δημιουργήσουν τους θεσμούς και να στρέψουν την σκέψη του λαού σύμφωνα με την πιο εποικοδομητική αλλαγή. Μωροί είναι εκείνοι που δεν

μαθαίνουν τίποτα από τα γεγονότα λόγω άγνοιας ή άγονης αντίδρασης.» (Σταθόπουλος, 1985).

Καταλήγοντας, πολλοί είναι εκείνοι που χρεώνουν στην κοινωνική εργασία ηθικά και κοινωνικά έναν αντιφατικό ρόλο. Από την μια η κοινωνική εργασία «κατασκευάστηκε» ως επιστήμη για να προάγει την κοινωνική αλλαγή προς όφελος της κοινωνικά ισότιμης συμβίωσης των ατόμων μέσα στην κοινωνία. Αποδεχόμενη αυτόν τον κοινωνικό της ρόλο, ενσωμάτωσε την αρχή της κοινωνικής αλλαγής μαζί με ένα σύνολο αξιών και αρχών στον δεοντολογικό της κώδικα. Από την άλλη, στην πράξη η κοινωνική εργασία φαίνεται να συνυπογράφει και να συντηρεί πολιτικές, συμμετέχοντας σε οργανωμένα από το κράτος προγράμματα, τα οποία εκ του αποτελέσματος βλέπουμε ότι δεν φέρουν πάντα την επιθυμητή κοινωνική αλλαγή ή ακόμα και καταστέλλουν τις δυνάμεις εκείνες που θα μπορούσαν να την φέρουν.

Η κοινωνική εργασία μπορεί να επιβιώσει αλλά και να γίνει πράγματι φορέας της κοινωνικής αλλαγής, όταν έχει συνείδηση του κοινωνικού της ρόλου και παράλληλα όταν την απασχολούν ερωτήματα σχετικά με το πώς θα προάγει καλύτερα τις επιθυμητές κοινωνικές αλλαγές.

5.3. Οι μέθοδοι της κοινωνικής εργασίας σε σχέση με την κοινωνική αλλαγή

Το επίκεντρο της κοινωνικής εργασίας είναι τριπλό: το άτομο, το περιβάλλον και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Η κοινωνική εργασία αναζητά, παρεμβαίνει σε αυτούς τους «χώρους» και αντιμετωπίζει τα αίτια που παρεμποδίζουν τη λειτουργική ικανότητα των μερών και θέτουν σε κίνδυνο τη μεταξύ τους σχέση. (Κατσορίδου, 2002:21). Για τον στόχο της αυτό, ανέπτυξε τις τρεις μεθόδους της που στην ενότητά τους και την ταυτόχρονη χρήση τους αντιμετωπίζουν ολιστικά τις ανάγκες των ατόμων, των ομάδων και των κοινοτήτων.

Η κοινωνική αλλαγή ως διαδικασία απαιτεί μια διαδοχική κίνηση από το άτομο στην κοινωνία και από την κοινωνία στο άτομο. Μιλώντας για κοινωνική αλλαγή προς όφελος της κοινωνικής ευημερίας, θα πρέπει να έχουμε στο μυαλό μας ότι η κοινωνία δεν μπορεί να νοείται χωρίς την ατομική δράση των ανθρώπων. Η κοινωνία χωρίς τα άτομα παραμένει ένα απλό νοητικό κατασκεύασμα. Άρα, μιλώντας για κοινωνική ευημερία, μιλάμε για μια κοινωνία όπου τα άτομα μέσα σ' αυτό το κοινωνικό περιβάλλον ευημερούν, αναπτύσσονται, ικανοποιούν όλες τις ανθρώπινες ανάγκες τους και εν τέλει ωθούνται προς την αυτοπραγμάτωση. Αν θέλουμε λοιπόν άτομα που ευημερούν, η αρχή της εξατομίκευσης έχει θέση στην κοινωνία. Αυτό σημαίνει ότι η κοινωνική εργασία που δρα προς όφελος της

κοινωνικής αλλαγής, οφείλει να βοηθά τα άτομα να αναγνωρίζουν αρχικά τις ιδιαίτερες ανάγκες τους, που αναφέρονται στις διάφορες πλευρές της υπόστασης που έχει ο κάθε άνθρωπος. Οι ανάγκες αυτές λοιπόν, θα είναι βιολογικές, ψυχολογικές/συναισθηματικές, κοινωνικές και πνευματικές. Θα πρέπει επίσης το άτομο να απελευθερώνεται από τις εσωτερικές του συγκρούσεις, έτσι ώστε να απελευθερώνονται και όλες οι δυνατότητές του για προσωπική ανάπτυξη. Άρα, μιλάμε για την αναγκαιότητα μιας μεθοδολογίας που θα αναλαμβάνει το ρόλο του να εξετάζει σε βάθος το άτομο.

Η κοινωνία ωστόσο προϋπάρχει των ατόμων. Τα άτομα γεννιούνται και αναπτύσσονται σε ένα ήδη διαμορφωμένο περιβάλλον, το οποίο έχει παγιωμένες συνθήκες στις οποίες το άτομο καλείται να ζήσει, και μέσα από αυτές να φτάσει στην αυτοπραγμάτωση. Έτσι, η δράση των ανθρώπων μέσα σε αυτό το περιβάλλον, μπορεί να είναι αλλοτριωτική, και κατ' επέκταση να τους οδηγεί στη δυστυχία, ή αντιθέτως να είναι «κοινωνικοποιητική», που μέσα από την προσαρμογή του, ο άνθρωπος μπορεί να αισθάνεται και μέλος της κοινωνίας και ταυτόχρονα να βιώνει τη διαφορετικότητά του και να μπορεί να αυτοκαθορίζεται μέσα σε αυτή. Έτσι λοιπόν, η ίδια η κοινωνία μπορεί να είναι πηγή δυστυχίας των ατόμων και σε αυτές τις περιπτώσεις η κοινωνική αλλαγή θα πρέπει να πραγματοποιηθεί στο επίπεδο των δομών της κοινωνίας. Σε αυτό το σημείο φαίνεται η αναγκαιότητα ύπαρξης μιας ειδικής μεθοδολογίας που θα μπορεί να βλέπει την κοινωνία σαν σύνολο.

Ωστόσο, η ιδιαίτερη γνώση που πηγάζει από τη θεωρία και την πρακτική των ξεχωριστών μεθόδων της κοινωνικής εργασίας δεν είναι δυνατόν και δε θα έπρεπε να περιχαρακώνεται. Η κάθε μέθοδος έχει να προσφέρει ένα ιδιαίτερο γνωστικό υπόβαθρο για τον κοινωνικό λειτουργό που προσπαθεί να αντιμετωπίσει ολιστικά ένα κοινωνικό πρόβλημα. Οι ιδιαίτερες γνώσεις που προσφέρουν αυτές οι μέθοδοι υπεισέρχονται η μια στην άλλη, στην καθημερινή πρακτική των κοινωνικών λειτουργών.

Καταλήγοντας, όλες οι μέθοδοι της κοινωνικής εργασίας μπορούν να δουλέψουν προς όφελος της κοινωνικής αλλαγής. Υπάρχουν ωστόσο, στη σύγχρονη πρακτική των κοινωνικών λειτουργών, αντιλήψεις που αποκλείουν την Κοινωνική Εργασία με Άτομα (Κ.Ε.Α.) και την Κοινωνική Εργασία με Ομάδα (Κ.Ε.Ο) από αυτόν τον γενικότερο σκοπό της κοινωνικής εργασίας, και τους προσδίδουν ρόλους κυρίως που έχουν να κάνουν με τον κοινωνικό έλεγχο, ενώ αντίθετα αφήνεται ο γενικότερος σκοπός της κοινωνικής αλλαγής ως «μέλημα» και στόχος αποκλειστικά της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα (Κ.Ε.Κ.). Ωστόσο, η κοινωνική εργασία παρ' όλες τις διαφορές μεταξύ των μεθόδων της πρέπει να έχει κοινό σκοπό. Η κοινωνική εργασία και οι μέθοδοί της, ακόμα και αυτή της Κ.Ε.Κ μπορεί να χρησιμοποιηθεί

για τον κοινωνικό έλεγχο και την προώθηση αλλαγών που όμως στην ουσία τους συντηρούν πολιτικές ανισότητας. Στην πραγματικότητα οι μέθοδοι της κοινωνικής εργασίας δεν διαχωρίζονται σε «συντηρητικές» ή «ριζοσπαστικές». Αυτό που διαχωρίζει την πρακτική της κοινωνικής εργασίας σε ριζοσπαστική ή αντίστοιχα συντηρητική, είναι η ιδεολογία που φέρει η ίδια και που προσπαθεί διαμέσου των μεθόδων της να περάσει εστιάζοντας πότε στο άτομο και πότε στο σύνολο της κοινωνίας. Αυτό σημαίνει ότι με τον ίδιο τρόπο που η Κ.Ε.Α. μπορεί να περιοριστεί στο ρόλο του κοινωνικού ελέγχου, το ίδιο μπορεί να συμβεί και με την Κ.Ε.Κ. Καμία από τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας δεν απαλλάσσονται από τον κίνδυνο να δρουν ως μέρος ενός μηχανισμού κοινωνικού ελέγχου, χωρίς παράλληλα να επηρεάζουν την αναδιανομή της εξουσίας και του εισοδήματος στην κοινωνία. Εξάλλου η ίδια η κοινωνική εργασία και οι μέθοδοί της ελέγχονται από την «άρχουσα τάξη πραγμάτων» και τις δυνάμεις που καθιερώνουν τις πολιτικές και οικονομικές συνθήκες της κοινωνίας, οπότε και ο κοινωνικός της ρόλος επηρεάζεται και καθορίζεται όχι μόνο από την ίδια αλλά και από το δεδομένο οικονομικό-πολιτικό σύστημα.

5.3.1. Η κοινωνική εργασία με άτομα και η σχέση της με την κοινωνική αλλαγή

Η Κοινωνική Εργασία με Άτομα (Κ.Ε.Α.) στρέφει την προσοχή της στις ανάγκες του ατόμου και χρησιμοποιεί ως κύριο μέσο για την αλλαγή την θεραπευτική σχέση μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και του πελάτη. Η Κ.Ε.Α. αναγνωρίζει τη συμβολή του περιβάλλοντος, τόσο στη δημιουργία ατομικού προβλήματος, όσο και στην πιο αποτελεσματική λύση του (Κατσορίδου Χ., 2002:23).

Για την Perlman (1957), ο στόχος της Κ.Ε.Α. είναι να διευκολύνει την κοινωνική προσαρμογή του ατόμου. Να βοηθήσει το άτομο να αποκαταστήσει, να αναμορφώσει και να ενισχύσει τις λειτουργίες του ως κοινωνικό ον. Επιπλέον, το άτομο μέσω των διεργασιών της επικοινωνίας-συναλλαγής με τον κοινωνικό λειτουργό, πετυχαίνει στο να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα τα προβλήματά του, επηρεάζοντάς τα έτσι ώστε είτε να τα λύσει είτε να παρεμποδίσει τα αποτελέσματά τους. Η Κ.Ε.Α. αναγνωρίζει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο πελάτης ως μια πολύμορφη και δυναμική κατάσταση την οποία το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει για να μπορέσει να πετύχει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Το πρόβλημα του ατόμου είτε μπορεί να πηγάζει από μια εσωτερική ένταση-σύγκρουση (π.χ. ψυχολογική, κοινωνική, βιολογική), είτε από μια ανικανοποίητη ανάγκη (π.χ. οικονομική, ιατρική, εκπαιδευτική, ψυχαγωγική) στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης κοινωνίας, είτε από μια δυσλειτουργική σχέση ανάμεσα στο άτομο και ένα άλλο πρόσωπο ή πρόσωπα, είτε ακόμη και

από έναν δυναμικό συνδυασμό όλων των παραπάνω. Η Κ.Ε.Α. από όπου και αν προέρχεται το πρόβλημα που παρεμποδίζει το άτομο στην ανάπτυξή του θα πρέπει να το αναζητά και να το αναγνωρίζει. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η κοινωνία προϋπάρχει των ατόμων, και έτσι και οι πηγές της υπάρχουν ανεξάρτητα από την ικανότητα των ατόμων να επωφεληθούν από αυτές. Τα άτομα διατηρούν έμφυτες ικανότητες που τους καθιστούν ικανούς να επωφεληθούν είτε από μια σχέση τους με έναν άλλον άνθρωπο είτε από μια κοινωνική παροχή. Ωστόσο, πολλές φορές η αδυναμία ενός ατόμου να εμπιστευθεί, οι ψυχικές του άμυνες, η καχυποψία κλπ., το εμποδίζουν να ανοιχτεί σε μια διαδικασία αλλαγής, η οποία θα τον οδηγήσει σε μια καλύτερη κατάσταση από αυτή που ζει τώρα. Επιπρόσθετα, ακόμα και αυτοί που κατέχουν θέσεις κοινωνικής ισχύος και είναι σε θέση να επηρεάζουν βαθύτερα τις πολιτικές ή τους τρόπους λειτουργίας των πηγών της κοινότητας (όπως για παράδειγμα μιας προνοιακής οργάνωσης), είναι και αυτοί άτομα που μαζί με την κοινωνική τους θέση φέρουν ακριβώς τις ίδιες ικανότητες αλλά και αντίστοιχα ανικανότητες-δυσκολίες, άμυνες, ψυχικές συγκρούσεις όπως και οι «πελάτες» της κοινωνικής εργασίας.

Συνοψίζοντας λοιπόν, η Κ.Ε.Α. με τις ιδιαίτερες γνώσεις που έχει σχετικά με το άτομο και τις ιδιαίτερες ψυχικές του λειτουργίες-εσωτερικές καταστάσεις-συγκρούσεις, άμυνες, τις ιδιαίτερες γνώσεις σχετικά με την ανθρώπινη επικοινωνία, κλπ., επιδρά στο ίδιο το άτομο στο επίπεδο της ίδιας του της προσωπικότητας. Αυτή η αλλαγή ή οι αλλαγές που είναι σε θέση να φέρει η Κ.Ε.Α. στην προσωπικότητα ενός ατόμου, το καθιστά φορέα της προσωπικής του αλλαγής αλλά και εν δυνάμει φορέα κοινωνικής αλλαγής, αφού η διαλεκτική που υπάρχει ανάμεσα στο άτομο και την κοινωνία καθιστά την σχέση τους αλληλοεξαρτούμενη και αλληλοσυμπληρούμενη. Το άτομο το οποίο αναπτύσσει και απελευθερώνει εσωτερικές δυνάμεις καθίσταται ικανό να προβάλλει τις επιθυμίες του και να μπορεί να διεκδικεί την προσωπική του ευτυχία μέσα στα πλαίσια της κοινωνίας χωρίς να χρειάζεται να απομονώνεται από αυτή. Το άτομο που βιώνει την ατομικότητά του και τη διαφορετικότητά του δε φοβάται μην τον συνθλίψει η κοινωνία, αντιθέτως την βιώνει σαν το περιβάλλον που μπορεί να είναι σε επαφή μαζί του και να επενεργεί πάνω του.

5.3.2. Η κοινωνική εργασία με ομάδες και η σχέση της με την κοινωνική αλλαγή

Η Κ.Ε.Ο. στρέφει την προσοχή της στις ανάγκες του ατόμου και παράλληλα εστιάζει στις ανάγκες, τους περιορισμούς και τις ικανότητες της ομάδας όπου το άτομο ανήκει. Η Κ.Ε.Ο. αξιοποιεί κυρίως την ίδια την ομάδα ως μέσο για την αλλαγή αλλά η ομάδα αποτελεί και το πλαίσιο της εργασίας του κοινωνικού λειτουργού. Τα μέσα προγράμματος και η

θεραπευτική σχέση κοινωνικού λειτουργού και ομάδας αποτελούν και αυτά παράγοντες αλλαγής για την Κ.Ε.Ο. (Κατσορίδου Χ., 2002:23). Η ιδιαίτερη γνώση που προσφέρει η Κ.Ε.Ο. είναι αυτή που προκύπτει από το γεγονός ότι ένα άτομο γίνεται περισσότερο κατανοητό όταν ιδωθεί μέσα στα πλαίσια της ομάδας ή των ομάδων που το άτομο αυτό ανήκει. Το άτομο μέσα στην ομάδα εξελίσσεται, βρίσκεται σε σχέση αλληλεπίδρασης με την ομάδα όπου μέσα της τελικά διαμορφώνεται αλλά και διαμορφώνει την ίδια την ομάδα. Επίσης, το άτομο μέσα από την ομάδα έχει την δυνατότητα να αναπτύξει τις δυνάμεις και ικανότητές του, και ταυτόχρονα καλύπτει μια σειρά αναγκών όπως αυτή της αποδοχής, της ανάγκης για επικοινωνία και συντροφιά, την ανάγκη για εξάρτηση ή ανεξαρτησία κ.α. Ταυτόχρονα όμως η ίδια η ομάδα γίνεται φορέας αλλαγής τόσο στο επίπεδο των ατόμων όσο και στο επίπεδο της κοινωνίας. Η ομάδα δραστηριοποιείται και αλληλεπιδρά έτσι ώστε να καλύπτονται οι προσωπικές και αναπτυξιακές ανάγκες των μελών της. Οι ομάδες μπορεί να δραστηριοποιούνται επίσης για την επίλυση ενός συγκεκριμένου προβλήματος που έχει ένα μέλος ή ολόκληρη η ομάδα, αλλά μπορεί η ομάδα να δραστηριοποιείται για την επίλυση ενός κοινωνικού προβλήματος από το οποίο πλήττεται η ίδια η ομάδα αλλά και γενικότερα το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο η ομάδα βρίσκεται. Το άτομο μέσα στα πλαίσια της ομάδας δύναται να γνωρίσει δημοκρατικούς τρόπους συμβίωσης με άλλους ανθρώπους, δημοκρατικούς τρόπους στην λήψη κοινών αποφάσεων κ.α. Όπως αναφέρεται και στο βιβλίο της Κατσορίδου (2002:41): «μια δημοκρατική κοινωνία αντλεί τη δύναμή της από τον αποτελεσματικό τρόπο που λειτουργεί το πλήθος των ομάδων που υπάρχουν σε αυτήν. Οι πιο πολύτιμες πηγές της είναι οι ομάδες των ανθρώπων που βρίσκει κανείς μέσα στα σπίτια, στις κοινότητες, στις εκκλησίες, στα σχολεία, στις επιχειρήσεις, στις συνδικαλιστικές οργανώσεις και στις κυβερνήσεις. Σήμερα, περισσότερο από ποτέ άλλοτε, αναγνωρίζεται ότι αυτές οι ομάδες πρέπει να λειτουργούν καλά για να λειτουργήσει καλά και το σύνολο».

Η Κ.Ε.Ο. με τις ιδιαίτερες γνώσεις που έχει σχετικά με τα δυναμικά της ομάδας, τις συγκρούσεις στα πλαίσια της ομάδας και των τρόπων αντιμετώπισής τους κ.α. μπορεί να βοηθήσει στην δημιουργία αυτόνομων και υπεύθυνων στην δράση τους ομάδων, που μέσα από μια διαδικασία ανάληψης πρωτοβουλιών και καθορισμού στόχων θα φέρουν αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται και ζουν. Η Κ.Ε.Ο. μπορεί να βοηθήσει την ομάδα στο να μάθει εκείνους τους τρόπους έτσι ώστε να καθορίζει συγκεκριμένους στόχους, σύμφωνους με το επίπεδο ικανοτήτων των μελών της, έτσι ώστε η επίτευξη ρεαλιστικών στόχων να προχωράει την ομάδα με αισθήματα αισιοδοξίας στην επίτευξη μεγαλύτερων στόχων. Τέλος, η Κ.Ε.Ο. οφείλει να φροντίζει για την καλλιέργεια πνεύματος συνεργασίας

μεταξύ των μελών, καθώς επίσης και να διαπαιδαγωγεί την ομάδα σε διεργασίες αξιολόγησης του έργου, και στις δημοκρατικές διαδικασίες λήψης αποφάσεων. (Ζωγράφου, 2002:61)

5.3.3. Η κοινωνική εργασία με κοινότητα και η σχέση της με την κοινωνική αλλαγή

Η Κ.Ε.Κ. επικεντρώνεται στις αλλαγές των συνθηκών εκείνων που επικρατούν μέσα στην κοινότητα και που γίνονται ή που μπορεί να γίνουν εμπόδιο στη λειτουργική ικανότητα των κατοίκων (ως ατόμων και συνόλων) αλλά και της ίδιας της κοινότητας. Ως μέσο αλλαγής ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τις μικρές και μεγάλες ομάδες επιρροής που λειτουργούν στην κοινότητα. Η Κ.Ε.Κ είναι η μέθοδος η οποία, αξιοποιώντας τις γνώσεις τόσο από την Κ.Ε.Α και την Κ.Ε.Ο, όσο και γνώσεις από άλλα επιστημονικά πεδία, προσπαθεί να βοηθήσει τις κοινωνικά αδικημένες ομάδες, να κάνουν χρήση των δικαιωμάτων και των δυνατοτήτων που παρέχει η κοινωνία, να αναλύσουν αντιφατικές κοινωνικοπολιτικές καταστάσεις, να συνειδητοποιήσουν τις πραγματικές τους ανάγκες και τους κοινωνικοπολιτικούς συσχετισμούς που καθορίζουν τη ζωή τους και να αγωνισθούν συλλογικά για την προβολή και διεκδίκηση των συμφερόντων τους. (Ζωγράφου, 2002) Η Κ.Ε.Κ ως ξεχωριστή μέθοδος, αποτελεί την προσπάθεια της κοινωνικής εργασίας να προσαρμόσει την κοινότητα στις ανάγκες των ατόμων και όχι το αντίθετο, όπως συμβαίνει στην πραγματικότητα. Η Κ.Ε.Κ προσπαθεί να επηρεάσει δομικά στοιχεία της κοινωνίας και πολιτικές που παρεμποδίζουν την ανάπτυξη των ατόμων – μελών της κοινωνίας.

Η ιδιαιτερότητα της Κ.Ε.Κ σε σχέση με τις άλλες μεθόδους, έγκειται στο γεγονός ότι προσδίδει στην κοινωνική εργασία μια άλλη οπτική για την διερεύνηση των κοινωνικών προβλημάτων. Συγκεκριμένα, η Κ.Ε.Κ αναλαμβάνει να εξετάσει τις οικονομικοπολιτικές συνθήκες ως αίτια για την δημιουργία και συντήρηση των κοινωνικών προβλημάτων. Πιο ειδικά, η Κ.Ε.Κ «χρησιμοποιεί την ανάλυση της κατάστασης, την προώθηση της συνειδητοποίησης των προβλημάτων, την κινητοποίηση, πολιτικοποίηση και αλληλεγγύη των ενδιαφερόμενων για την υλοποίηση των δικαιωμάτων τους και την εξάντληση όλων των βοηθητικών πόρων. Αποσκοπεί μακροπρόθεσμα στην εξάλειψη των αιτιών της άνισης μεταχείρισης, της καταπίεσης και της εξάρτησης.» (Ζωγράφου, 2002:54)

Η Κ.Ε.Κ, ανεξάρτητα από την θεωρητική της κατεύθυνση, επιδιώκει μέσω ενός συγκεκριμένου προγραμματισμού, την κοινωνική αλλαγή. Η παρέμβαση της Κ.Ε.Κ μπορεί να έχει ως στόχο το σύνολο των κατοίκων μιας κοινότητας ή έναν οργανισμό – οργάνωση της κοινότητας. Η Κ.Ε.Κ έχει ως στόχο την κοινοτική ανάπτυξη, ωστόσο ανάλογα με την ιδεολογική προσέγγιση που θα χρησιμοποιήσει, η ανάπτυξη θα εξεταστεί διαφορετικά. Η

Κ.Ε.Κ με ριζοσπαστικό χαρακτήρα, λοιπόν, θα δει την ανακατανομή της κοινωνικής ισχύος και την ενθάρρυνση των ανίσχυρων για διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους, ως βασικές προϋποθέσεις της ανάπτυξης. Αντίθετα, η Κ.Ε.Κ με πιο συντηρητικό χαρακτήρα, θα ασχοληθεί κυρίως με προγράμματα αυτοβοήθειας, βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας μέσα στο πλαίσιο των υπάρχοντων κοινωνικών σχέσεων και συσχετισμών ισχύος. (Σταθόπουλος, 2000)

5.4. Ανακεφαλαίωση

Σε αυτό το σημείο της εργασίας μας, έγινε μια γενική αναφορά στη σχέση μεταξύ του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας και στη συνέχεια πιο εξειδικευμένα των μεθόδων της, με την πρόκληση μιας κοινωνικής αλλαγής. Ο λόγος για τον οποίο έγινε αυτή η διερεύνηση είναι για να διαπιστώσουμε αν η κοινωνική εργασία διαθέτει μεθόδους και στρατηγικές έτσι ώστε να μπορεί να επιδιώξει μια αλλαγή στο φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί συνολικά όπως είδαμε στο κεφάλαιο που προηγήθηκε, μέσα από τις επιμέρους παρεμβάσεις στους ίδιους τους χρήστες ουσιών, στις οικογένειές τους και τελικά στην κοινωνία και στις δομές της οι οποίες παρουσιάζουν αντιστάσεις ως προς την εξάλειψη του φαινομένου, μέσα από τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας με άτομα, ομάδες και κοινότητες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΩΝ, ΩΣ ΜΕΣΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΑΤΟΜΑ, ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ

6.1. Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, εξετάζεται η σημασία των ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων που χρησιμοποιούνται από τον κοινωνικό λειτουργό στην κοινωνική εργασία με άτομα, στην προσπάθεια αναδόμησης του ψυχισμού του εξαρτημένου ατόμου και την επανάκτηση του χαμένου νοήματος της ζωής. Είναι σαφές ότι δεν υπάρχει μία συγκεκριμένη ψυχοθεραπευτική σχολή που να καλύπτει τις ανάγκες όλων των ατόμων, για αυτό το λόγο γίνεται μια περιληπτική αναφορά στο ψυχοδυναμικό, το γνωσιακό και το συμπεριφορικό μοντέλο ξεχωριστά. Στο παρόν κεφάλαιο τονίζεται η μεγάλη συμβολή της θεραπευτικής συμμαχίας θεραπευτή – θεραπευόμενου, καθώς επίσης επεξηγείται η φύση και λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης σύμφωνα με την γνωσιακή και συμπεριφορική σχολή. Τέλος, παρατίθενται οι παράγοντες που διαμορφώνουν δυναμικά το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας του τοξικομανούς, δηλαδή τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή, τα χαρακτηριστικά του χρήστη, το είδος και η εντατικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης, καθώς και ο χώρος της παρέμβασης.

6.2. Ατομική - ομαδική ψυχοθεραπεία

Ο λόγος για τον οποίο ο τοξικομανής υποφέρει, είναι γιατί έχει υποστεί μέσα από την εξάρτησή του μια διαδικασία αποδόμησης που ακυρώνει τον κοινωνικό χαρακτήρα της υπόστασής του. Αυτό σημαίνει ότι δεν έχει πια την δυνατότητα ανεύρεσης νοήματος μέσα από την κοινωνική δράση, σκέψη, αλληλεπίδραση. Η αποδόμηση αυτή προκαλεί αίσθημα αποτυχίας και απόλυτης αποξένωσης. Η εγκατάσταση της τοξικομανίας προϋποθέτει άλλωστε μια ατελή και ελλειμματική οργάνωση του ψυχισμού, η οποία δομήθηκε πάνω σε μια ελλειμματική ή προβληματική σχέση αλληλεπίδρασης με τους σημαντικούς άλλους στη ζωή του.

Η ψυχοθεραπεία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στη διαδικασία απεξάρτησης αλλά και ουσιαστικής αλλαγής του τοξικομανή, ως μια συνολική επανάκτησης του νοήματος της ζωής του. Αυτό συμβαίνει σταδιακά αποκτώντας αυτογνωσία για τις αιτίες της εξάρτησής του, προσεγγίζοντας από νέα σκοπιά τον εαυτό του, δημιουργώντας νέους

δεσμούς , ξεπερνώντας το αίσθημα ανασφάλειας και τελικά να αλλάζει τον τρόπο λειτουργίας του στον κόσμο.

Η ψυχοθεραπεία είναι μία δυναμική διαδικασία που δομείται πάνω στη θεραπευτική σχέση, επεξεργάζεται τις ψυχικές διεργασίες και έχει ως εργαλείο είτε τον λόγο (κλασική ψυχοθεραπεία), είτε άλλες μορφές έκφρασης, κυρίως με την διαμεσολάβηση της τέχνης.

Δεν υπάρχει ένα μοντέλο ψυχοθεραπείας για όλους τους τοξικομανείς και για όλους τους θεραπευτές. Η ψυχοθεραπευτική μέθοδος στην απεξάρτηση συνδέεται με την κατανόηση και την μέθοδο προσέγγισης της ίδιας της τοξικομανίας. Η ψυχοθεραπεία των τοξικομανών θα πρέπει να διακρίνεται από το στοιχείο της πρωτοτυπίας και του αυτοσχεδιασμού. Αν μετατραπεί σε ρουτίνα γίνεται καταστροφική γιατί επανεισάγει τον τοξικομανή στη ρουτίνα του παλιού τρόπου ζωής στις ουσίες. Η ψυχοθεραπεία πρέπει να τον κινητοποιεί, να του θέτει ερωτήματα και να του ζητά απαντήσεις με πολλούς τρόπους και σε πολλά επίπεδα. (Μάτσα, 2001)

Μέσα από την ατομική ψυχοθεραπεία υποδεικνύονται και τα δυναμικά που πρέπει να απασχολούν και την ομάδα ψυχοθεραπείας. Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι πολλών τύπων. Κάθε ομάδα πρέπει να θέτει τους στόχους της, οι οποίοι αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών της, τις συγκρούσεις, τους ρόλους που έπαιρναν μέχρι τώρα μέσα στην ομάδα, στην οικογένειά τους και στην κοινωνία και την έκφραση των συναισθημάτων τους. Τα θέματα που απασχολούν την ομάδα υπαγορεύονται από τις θεραπευτικές ανάγκες όπως τις αντιλαμβάνονται οι θεραπευτές σε συνεργασία με τα μέλη της ομάδας. Οι θεραπευτές πρέπει να έχουν ουσιαστική παρουσία στην ομάδα. Αν δεν το κάνουν καταδικάζονται σε μια «παρουσία – απουσία» η οποία αναπαράγει τα δυναμικά της «παρουσίας – απουσίας» που χαρακτηρίζουν την λειτουργία της τοξικομανίας.

Η ατομική ψυχοθεραπεία καθιστά ικανό τον θεραπευόμενο να λειτουργήσει σε επίπεδο ομάδας. Μέσα από την ομάδα μπορεί να κοινωνικοποιηθεί και να αλλάξει. Να μάθει να λειτουργεί στα πλαίσια μιας μικρής κοινωνίας, έτσι ώστε όταν έρθει αντιμέτωπος με την κοινωνία, θα έχει μάθει να λειτουργεί στα πλαίσια του συνόλου, να αλληλεπιδρά μαζί του και να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες του.

Η κλασική ψυχοθεραπεία, που χρησιμοποιεί σαν κύριο εργαλείο το λόγο, μπορεί να συνδυάζεται και με άλλες μορφές που χρησιμοποιούν άλλα εργαλεία (δραματοθεραπεία, μουσικοθεραπεία, χοροθεραπεία). Μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο, μπορούν να αποκτήσουν θεραπευτικό χαρακτήρα όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Άλλωστε όλες οι μορφές θεραπείας έχουν σαν στόχο να καταστήσουν ικανό τον θεραπευόμενο να δώσει ο ίδιος απαντήσεις στα ερωτήματα που θέτει η ψυχοθεραπεία. Γι' αυτό τον λόγο πρέπει η κλασική

ψυχοθεραπεία να συναντά και να ανταλλάσει τεχνικές με τον κόσμο της τέχνης στην διαδικασία της απεξάρτησης.

Η ψυχοθεραπεία τελικά, είναι ουσιαστικά μια διαδικασία που αποβλέπει στην αλλαγή του εξαρτημένου ατόμου σε προσωπικό επίπεδο, με τελικό της στόχο την κοινωνική αλλαγή του. Δεν είναι ποτέ μια στατική, επαναλαμβανόμενη εφαρμογή τεχνικών και μεθόδων. Είναι μια μεταμόρφωση του θεραπευτή και του θεραπευόμενου. Αυτή η σχέση αφορά πάνω από όλα κοινωνικά όντα μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό και ιστορικό περιβάλλον με σαφή όρια, νόημα και δυνατότητες με τελικό στόχο την αλλαγή του κοινωνικού του ρόλου, μέσα από την αντιμετώπιση των εσωτερικών συγκρούσεων σε συνδυασμό με την αλλαγή των ιδεολογιών και των αξιών που είχε μέχρι τώρα ο εξαρτημένος. (Μάτσα, 2001)

6.3. Η θεραπευτική συμμαχία

Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας αποτελεί κεντρικό άξονα της ψυχοθεραπευτικής θεωρίας και έρευνας τα τελευταία 50 χρόνια. Η διερεύνηση της φύσης, της λειτουργίας και των συστατικών της υπήρξε το αντικείμενο ποικίλων θεωρητικών αναφορών ενώ η σχέση της με άλλες μεταβλητές της θεραπευτικής διαδικασίας αλλά και του τελικού θεραπευτικού αποτελέσματος μονοπώλησε ένα μεγάλο τμήμα της ερευνητικής δραστηριότητας. (Horvath & Bedi, 2002). Η θεραπευτική σχέση αποτελεί κύριο συστατικό παράγοντα της θεραπευτικής συμμαχίας και συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμό της. Ωστόσο δεν πρόκειται για συνώνυμους όρους.

Η θεραπευτική σχέση αναφέρεται στη συστηματική αλληλεπίδραση θεραπευτή και θεραπευόμενου με στόχο τη συνεργασία και την τελική αντιμετώπιση του προβλήματος του δεύτερου (Σταλίκας και Μέρτικα, 2004). Με άλλα λόγια πρόκειται για ένα είδος συνεργασίας που αναπτύσσεται με τέτοιο τρόπο ώστε ο θεραπευόμενος μέσα σε ένα πλαίσιο ασφάλειας και σταθερότητας να διερευνήσει το πρόβλημά του.

Η θεραπευτική συμμαχία αποτελεί μια ευρύτερη έννοια. Σε έναν ορισμό που επιχειρεί να ξεπεράσει τα στενά όρια κάποιου συγκεκριμένου μοντέλου ψυχοθεραπείας, οι Horvath και Bedi, (2002) υποστηρίζουν ότι η θεραπευτική συμμαχία αναφέρεται στην ποιότητα και δύναμη της συνεργατικής σχέσης μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου και εμπεριέχει: (α) τον θετικό συναισθηματικό δεσμό μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή, τέτοιον που να αφορά αμοιβαία εμπιστοσύνη, συμπάθεια, σεβασμό και ενδιαφέρον, (β) γνωσιακές παραμέτρους όπως συναίνεση και ενεργή αφοσίωση στους στόχους της θεραπείας και στον τρόπο με τον οποίο αυτοί θα πραγματοποιηθούν, και (γ) μια αίσθηση σύμπραξης

όπου κάθε συμμετέχων είναι ενεργητικά αφοσιωμένος στις συγκεκριμένες και κατάλληλες για τον ρόλο του υποχρεώσεις και θεωρεί ότι και ο άλλος διακατέχεται από τον ίδιο ενθουσιασμό και αφοσίωση.

Η δημιουργία της συμμαχίας δεν αφορά μόνο σε μια θετική προδιάθεση προς το θεραπευόμενο, ένα αίσθημα συμπάθειας και αποδοχής, αλλά ταυτόχρονα και στην ικανότητα να αναπτύσσεται από κοινού μια αίσθηση αφοσίωσης στους θεραπευτικούς στόχους και στην ικανότητα να διευκολύνεται η ενεργή και ενθουσιώδης εμπλοκή στην εργασία που η θεραπεία απαιτεί (Hatcher, 1999). Βέβαια, παρά τη συμφωνία και αποδοχή κάποιων στοιχείων της έννοιας της θεραπευτικής συμμαχίας, ο όρος χρησιμοποιείται ερευνητικά για να περιγραφούν μια σειρά από σχετικές έννοιες και ουσιαστικά δεν υπάρχει ένας μοναδικός, γενικά αποδεκτός ορισμός της.

Η έννοια της συμμαχίας διήνυσε μια μεγάλη διαδρομή δια μέσου των διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων και πρακτικών μέχρι να αποτελέσει μια πανθεωρητική έννοια.

6.4. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Οπωσδήποτε η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και η ψυχοδυναμική θεωρία στην οποία βασίζεται και που ξεκίνησε από το S.Freud εξακολουθεί να έχει ιδιαίτερη θέση σε σχέση με τις άλλες ψυχοθεραπείες . Αυτό οφείλεται α) στο ότι η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία αποτέλεσε τη βάση για πολλές άλλες ψυχοθεραπείες β) στο ότι εξακολουθεί να είναι η πιο κοινά χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία γ) στο ότι η γνώση των ψυχοδυναμικών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε θεραπευτή που έρχεται σε σχέση με ασθενείς είτε είναι γιατρός είτε είναι ψυχολόγος . Κι αυτό γιατί η ψυχοδυναμική θεωρία έδωσε μία αντίληψη και κατανόηση του ανθρώπου και των σχέσεων , που εξακολουθεί να είναι πρωταρχική , αν όχι αξιόπεραστη .

Αν και η ψυχοδυναμική θεραπεία είναι στην ουσία ένα φάσμα θεραπειών, εν τούτοις όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που την αποτελούν βασίζονται στην υπόθεση ότι το παρόν διαμορφώνεται και κυβερνάται από το παρελθόν. Έτσι οι παιδικές εμπειρίες έχουν πρωταρχική σημασία για την ψυχοδυναμική θεραπεία, όχι όμως βέβαια με τη μορφή ενός συγκεκριμένου ψυχικού τραύματος - όπως λαθεμένα πιστεύεται ακόμη από μερικούς, ότι δηλαδή κάποιο συγκεκριμένο τραύμα της παιδικής ηλικίας αποτελεί την αιτία της συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής. Μάλλον, εννοούμε τις απειράριθμες διαντιδράσεις ανάμεσα στο παιδί και τις βασικές μορφές της ζωής του - κυρίως τους γονείς - που μέσα από διαστάσεις όπως εμπιστοσύνη ή δυσπιστία, σταθερότητα ή αστάθεια, ευχαρίστηση ή πόνος,

τιμωρία ή ανταμοιβή διαμορφώνουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, την αίσθηση του εαυτού, τα είδη των αμυντικών μηχανισμών, την ένταση του άγχους, τις συγκρούσεις κτλ. Πολλές από αυτές τις ψυχολογικές διεργασίες γίνονται ή ωθούνται στο ασυνείδητο, πρόκειται δηλαδή για ασυνείδητες φαντασίες, συναισθήματα, προσδοκίες, μνήμες, τάσεις κτλ. Φυσικά, σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία, οι ψυχολογικές αυτές διαστάσεις γίνονται ασυνείδητες γιατί θεωρούνται την εποχή της εμφάνισής τους ότι δεν μπορούν να γίνουν αποδεκτές, π.χ. μητροκτόνος θυμός ενός αγοριού προς την εξουσιαστική και σαδιστική μητέρα του απωθείται στο ασυνείδητο γιατί βρίσκεται σε σύγκρουση με την ανάγκη για φροντίδα και προστασία από τη μητέρα του. Η έννοια της σύγκρουσης λοιπόν είναι βασική για την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και αφορά πάντα αντιθετικές και ασυμφιλίωτες δυνάμεις, όπως στο παραπάνω παράδειγμα. Τόσο η σύγκρουση όσο και οι προσπάθειες ελέγχου της π.χ. απώθηση, καταναλίσκουν ή δεσμεύουν ένα σημαντικό ποσό ενέργειας από το άτομο, οπότε το άτομο δεν μπορεί να ικανοποιηθεί στην εργασία του ή στη διασκέδαση του. Νιώθει άγχος ή κατάθλιψη ή αναπτύσσει συγκεκριμένα συμπτώματα όπως φοβίες, καταναγκασμούς κτλ. Η ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι η σύγκρουση οδηγεί στην ανάπτυξη συμπτωμάτων σε τρία στάδια: πρώτα δημιουργείται η σύγκρουση που δεν έχει λύση, δεύτερο γίνεται προσπάθεια ν' απωθηθεί η σύγκρουση, τρίτο η απωθημένη σύγκρουση επιστρέφει στο συνειδητό με μεταμφιεσμένη μορφή - ως σύμπτωμα π.χ. άγχος, φοβία, ψυχαναγκασμός ή καταναγκασμός, κατάθλιψη κτλ. ή ως παθολογικά στοιχεία προσωπικότητας, π.χ. παθητικά - επιθετικά στοιχεία. Η μορφή του συμπτώματος χαρακτηρίζεται από τους αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της σύγκρουσης.

Το άτομο, φυσικά, μπορεί να λύσει μέσα από ευεργετικές εμπειρίες της ζωής του τις συγκρούσεις καθώς μεγαλώνει. Μπορεί, όμως, και να μείνει καθηλωμένο σε αυτές και να χρειασθεί ψυχοδυναμική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, που θα έχει σαν σκοπό να το βοηθήσει να λύσει τις ασυνείδητες αυτές συγκρούσεις που κυβερνούν δυσπροσαρμοστικά τη ζωή του (Μάνος, 1997)

6.5. Συμπεριφορική - Γνωστική Ψυχοθεραπεία

Στη συμπεριφορική και γνωστική ψυχοθεραπεία, οι ασθενείς δουλεύουν μαζί με τον θεραπευτή για να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τα προβλήματα με βάση τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά. Η θεραπεία συνήθως εστιάζεται στις δυσκολίες του εδώ και τώρα και βασίζεται στην ανάπτυξη μιας κοινής

ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή άποψης για τα προβλήματα του ασθενούς. Η διαδικασία αυτή οδηγεί στον καθορισμό των προσωπικών και άμεσων στόχων και στρατηγικών στη θεραπεία, κάτι το οποίο συνεχώς παρακολουθείται και αξιολογείται. Οι συμπεριφορικές και γνωστικές ψυχοθεραπείες μπορούν να λειτουργήσουν τόσο ατομικά, όσο και με οικογένειες/ομάδες.

Οι συμπεριφορικοί και γνωστικοί ψυχοθεραπευτές είναι συνήθως επιστήμονες από το χώρο της υγείας, όπως νοσηλευτές, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, σύμβουλοι κλπ. Οι διαφορές ανάμεσα στους συμπεριφορικούς και γνωστικούς ψυχοθεραπευτές, αντανακλούν συχνά την προτίμηση και την εκπαίδευση των θεραπευτών σε συγκεκριμένες τεχνικές που απευθύνονται άμεσα σε προβληματικές σκέψεις, παραδοχές και πεποιθήσεις (γνωστικός ψυχοθεραπευτής), μπορεί να απευθύνονται άμεσα στη συμπεριφορά (συμπεριφορικός ψυχοθεραπευτής) ή να χρησιμοποιούν ένα συνδυασμό τεχνικών που απευθύνονται σε σκέψεις και συμπεριφορές. Κοινός στόχος όλων των θεραπευτών είναι να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να πετύχουν τις επιθυμητές αλλαγές στον τρόπο που σκέφτονται, αισθάνονται και συμπεριφέρονται.

Στις γνωστικές και συμπεριφορικές ψυχοθεραπείες ο θεραπευτής και ο ασθενής συνεργάζονται για:

- να καθορίσουν μια από κοινού κατανόηση των προβλημάτων του ασθενούς
- να αναγνωρίσουν το πώς αυτά τα προβλήματα επηρεάζουν τις σκέψεις, τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα του ασθενούς, καθώς και την καθημερινή του λειτουργικότητα

Με βάση την κατανόηση των ιδιαίτερων προβλημάτων του κάθε ασθενούς, θεραπευτής και θεραπευόμενος θα δουλέψουν μαζί για τον προσδιορισμό των στόχων και θα συμφωνήσουν σε ένα θεραπευτικό πλάνο. Η θεραπεία επικεντρώνεται στο να βοηθηθεί ο ασθενής να ανακαλύψει λύσεις στα προβλήματα του, λύσεις που θα του είναι πολύ πιο χρήσιμες από ότι οι τρόποι με τους οποίους προσπαθεί να αντιμετωπίσει αυτά τα προβλήματα. Μια τέτοια διαδικασία συχνά απαιτεί από τον ασθενή να χρησιμοποιήσει το χρόνο ανάμεσα στις θεραπευτικές συναντήσεις για να δοκιμάσει και να πειραματισθεί με νέες τακτικές και λύσεις.

Βασική αρχή της γνωσιακής- συμπεριφορικής προσέγγισης είναι ότι η θεραπευτική αλλαγή αποτελεί το φυσικό επακόλουθο της αλλαγής των γνωσιακών σχημάτων και των συμπεριφορών, μέσω της εκμάθησης νέων στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων. Ο θεραπευτής διδάσκει στο θεραπευόμενο τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεωρία γύρω από τις

ψυχικές διαταραχές, τον τρόπο να εντοπίζει και να αποφεύγει τις γνωσιακές διαστρεβλώσεις και να αλλάζει τη συμπεριφορά του και τεχνικές που συμβάλλουν στην κατανόηση της προβληματικής συμπεριφοράς και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση. Σταδιακά οικοδομείται μια σχέση σχεδόν «συναδελφική» η οποία μοιάζει με αυτή του προπονητή-παίκτη ή του μέντορα-μαθητευόμενου.

Η θεραπεία οργανώνεται με βάση έναν προκαθορισμένο αριθμό συναντήσεων. Ο αριθμός των απαραίτητων συναντήσεων μπορεί να ποικίλει ανάλογα με τη φύση και τη σοβαρότητα των προβλημάτων του κάθε ασθενούς. Κατά κανόνα, οι συναντήσεις είναι εβδομαδιαίες, διαρκούν 50 λεπτά και ο αριθμός τους κυμαίνεται από δέκα έως δεκαπέντε, αν και μπορεί να χρειασθούν πολύ λιγότερες ή πολύ περισσότερες. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, θεραπευτής και θεραπευόμενος συνήθως συμφωνούν σε έναν επιπλέον περιορισμένο αριθμό αραιότερων συναντήσεων έτσι ώστε να διατηρηθεί το καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα. (Ελληνική εταιρία γνωστικής – συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας)

6.6. Φύση της θεραπευτικής σχέσης στη γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία

Η θεραπευτική σχέση είναι συνεργατική με την έννοια ότι ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος εργάζονται ως ομάδα, ο ρόλος του θεραπευόμενου είναι η εξερεύνηση των σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, ενώ ο ρόλος του θεραπευτή είναι να βοηθά αυτή την εξερεύνηση. Και οι δυο εργάζονται από κοινού για να καθορίσουν τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και μετά τις αξιολογούν στη βάση αντικειμενικών δεδομένων που τις ενισχύουν ή τις καταρρίπτουν, πραγματοποιούν πειράματα ώστε να τις ελέγξουν, και καταλήγουν σε καταλληλότερους τρόπους συμπεριφοράς για το μέλλον (Beck et al., 1979).

Στα πλαίσια του γνωστικού- συμπεριφορικού μοντέλου, οι θεραπευτές συμμετέχουν περισσότερο ενεργά στις αρχικές φάσεις της θεραπείας. Καθορίζουν τη δομή, με τέτοιο τρόπο ώστε σε κάθε βήμα να εξασφαλίζεται η συνεργασία και η συμμετοχή του θεραπευόμενου, παρουσιάζουν τη λογική της θεραπείας και καθορίζουν την ατζέντα. Οι δυσλειτουργικές σκέψεις, αντιλήψεις και πεποιθήσεις του θεραπευόμενου, μετατρέπονται, με τη βοήθεια του θεραπευτή, σε υποθέσεις που μπορούν να ελεγχθούν εμπειρικά. Για το λόγο αυτό σχεδιάζονται συμπεριφορικοί στόχοι. Αργότερα στη θεραπεία, οι θεραπευτές ενισχύουν τους θεραπευόμενους να συμμετέχουν πιο ενεργά και να παίρνουν περισσότερες ευθύνες. Ο καθορισμός των επόμενων θεραπευτικών στόχων, ο ρυθμός της θεραπείας και η γενίκευση των θεραπευτικών κερδών, με την εφαρμογή όσων έχουν επιτευχθεί στην καθημερινή ζωή, αποτελούν μερικά παραδείγματα αυτών των ευθυνών. Η προσέγγιση αυτή συνοψίζεται από

τους Wilson και Evans (1977), «Ο θεραπευτής γίνεται περισσότερο σύμβουλος παρά ελεγκτής, και περισσότερο κατευθύνει με δεξιότητες έναν συνειδητά εμπλεκόμενο θεραπευόμενο σε στρατηγικές για την ενεργή επίλυση προβλημάτων, παρά κατευθύνει παθητικές αντιδράσεις σε εξωτερικές δυνάμεις». Η συμμετοχή του θεραπευόμενου στην διευκρίνιση των στόχων και του τρόπου με τον οποίο αυτοί θα επιτευχθούν είναι κρίσιμη ώστε να επιτευχθεί συμφωνία και συναίνεση σε ότι θα επακολουθήσει.

Η καλή και αρμονική σχέση με το θεραπευόμενο αποτελεί βασικό στοιχείο της γνωσιακής ψυχοθεραπείας. Η εδραίωση αυτού του είδους σχέσης σημαίνει ότι ο θεραπευόμενος βλέπει το θεραπευτή ως κάποιον που είναι συντονισμένος με τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, δείχνει ενσυναίσθηση και κατανόηση, τον αποδέχεται με όλα τα μειονεκτήματά του (χωρίς αυτό να σημαίνει ότι εγκρίνει όλα του τα χαρακτηριστικά) και δεν είναι επικριτικός, επικοινωνεί μαζί του χωρίς ο ίδιος να χρειάζεται να εξηγήσει με λεπτομέρειες πώς νιώθει ή τι σκέφτεται, και θέλει και μπορεί να τον βοηθήσει. Από την πλευρά του ο θεραπευτής νιώθει ενδιαφέρον για το θεραπευόμενο, κατανόηση και ενσυναίσθηση για τα προβλήματά του, ότι επικοινωνεί μαζί του, και ότι οι παρεμβάσεις του προς αυτόν δεν θα παρερμηνευτούν. Τέλος, τόσο ο θεραπευτής όσο και ο θεραπευόμενος αισθάνονται ασφάλεια και άνεση μεταξύ τους (Beck et al., 1979).

Μια πραγματικά σημαντική λειτουργία της θεραπευτικής σχέσης είναι η αποφυγή ή η αντιμετώπιση της «αντίστασης» του θεραπευόμενου. Ως αντίσταση ορίζεται κάθε στάση ή συμπεριφορά που εμποδίζει τη διαδικασία της αλλαγής (Raue & Goldfried, 1994). Ο θεραπευόμενος μπορεί να μην ακολουθεί τις υποδείξεις του θεραπευτή γιατί δυσκολεύεται να αφομοιώσει καινούριους χειρισμούς και υποχρεώσεις, και/ή διότι θέλει να διατηρήσει την κατάστασή του. Ο Mahoney (1991) όρισε την αντίσταση ως μια υγιή αντίδραση αυτοπροστασίας του ατόμου και των συμφερόντων του. Τα συμφέροντα αυτά είναι η ταυτότητα, το σθένος, η ισχύς και ο έλεγχος της πραγματικότητας. Η μη συμμόρφωση του θεραπευόμενου είναι δυνατό να παρατηρηθεί άμεσα με καθυστερήσεις ή συχνές ακυρώσεις των συνεδριών ή έμμεσα με συμπεριφορές που δείχνουν ντροπή, φόβο απόρριψης ή με συνεχείς διακοπές του θεραπευτή. Ως αντίσταση θα μπορούσαν να θεωρηθούν πεποιθήσεις ότι η επιλεγείσα διαδικασία δεν θα είναι αποδοτική, ότι η αλλαγή δεν είναι δυνατή, μια απροθυμία στην έκφραση συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με το πρόβλημα, απροθυμία εμπλοκής σε θεραπευτικές ασκήσεις κατά την διάρκεια της συνεδρίας όπως χαλάρωση, δραστηριότητες στη φαντασία, παίξιμο ρόλων, ή εκτός συνεδρίας όπως έκθεση σε φοβικές καταστάσεις, κοινωνικές επαφές, άρνηση στην ανατροφοδότηση από το θεραπευτή και μια απροθυμία στην παρατήρηση και καταγραφή σκέψεων, αισθήσεων

και συμπεριφορών (Goldfried, 1982). Ειδικά στο γνωστικό- συμπεριφορικό μοντέλο, αντί του όρου αντίσταση, προτιμάται ο όρος μη συμμόρφωση, προκειμένου να αποσυνδεθεί από τις ιδιότητες που έχει αποδώσει στον όρο η ψυχαναλυτική βιβλιογραφία.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που οδηγούν στη μη συμμόρφωση. Άλλοι απορρέουν από το θεραπευόμενο, άλλοι από το θεραπευτή, και κάποιοι οφείλονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Συγκεκριμένα, η ανυπαρξία δεξιοτήτων για την εκτέλεση κάποιου στόχου, η ύπαρξη δυσλειτουργικών πεποιθήσεων ότι η θεραπεία δεν θα αποδώσει, κάποιο δευτερογενές όφελος από τη δυσλειτουργική συμπεριφορά, η ελλιπής κατανόηση του γνωστικού-συμπεριφορικού μοντέλου θεραπείας ή η έλλειψη κίνητρου είναι παράγοντες που αφορούν στο θεραπευόμενο και μπορεί να παρεμποδίσουν την αλλαγή. (Goldfried, 1982)

Παρόμοιοι παράγοντες από την πλευρά του θεραπευτή αφορούν σε ανεπαρκείς δεξιότητες για την αντιμετώπιση παρόμοιων περιστατικών, ή την ύπαρξη δυσλειτουργικών πεποιθήσεων ότι παρόμοια περιστατικά δεν πηγαίνουν καλά. Ο θεραπευόμενος προσέρχεται στη θεραπευτική διαδικασία με πολλές και ποικίλες προσδοκίες και είναι σημαντικό να κατανοήσει εξ αρχής ότι η συγκεκριμένη διαδικασία είναι ένα συνεργατικό εγχείρημα και ότι τόσο ο ίδιος όσο και ο θεραπευτής του χρειάζεται να συμμετέχουν ενεργά σε κάθε στάδιο ώστε να επιτευχθεί ο επιθυμητός στόχος. Ο θεραπευόμενος θα πρέπει να ενημερωθεί από το θεραπευτή για τη δομή και τα όρια της μεταξύ τους σχέσης, την εχεμύθεια, τις δυνατότητες και τις προσδοκίες. Η παράλειψη παροχής τέτοιων εξηγήσεων ενδέχεται να αυξήσει την εξάρτηση του θεραπευόμενου από το θεραπευτή, να ενδυναμώσει τα αισθήματα απόρριψης και εχθρότητας, καθώς και την τάση του θεραπευόμενου να εγκαταλείψει την όλη προσπάθεια (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1994).

Ο χρόνος, επίσης, που επιλέγει ο θεραπευτής να κάνει παρεμβάσεις είναι σημαντικός. Αν ο θεραπευτής βιαστεί να εκφράσει τις υποθέσεις του σχετικά με το πρόβλημα, ή αν προσπαθήσει να εφαρμόσει τεχνικές χωρίς να έχει δημιουργήσει το κατάλληλο έδαφος, τότε είναι πολύ πιθανό να μη συνεργασθεί με ευκολία ο θεραπευόμενος (Καλαντζή και συν., 2002)

Οι θεραπευόμενοι χρειάζονται χρόνο για να αποκαλύψουν θέματα ή για να εκφράσουν ό,τι τους απασχολεί. Επιπλέον, ο παράγοντας «χρόνος» είναι σημαντικός για την καλλιέργεια του κλίματος εμπιστοσύνης προς το θεραπευτή. Η θεραπευτική διαδικασία χρειάζεται χρόνο για να εξελιχθεί εποικοδομητικά, αφού συχνά οι πολύ γρήγορες αλλαγές συγκρούονται με τις αρνητικές, παγιωμένες επί αρκετά χρόνια, αντιλήψεις του

θεραπευόμενου. Ο τελευταίος χρειάζεται χρόνο για να ξεκαθαρίσει και να επεξεργαστεί όλα όσα συμβαίνουν ή αλλάζουν μέσα του (Σταλίκας, 2005).

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο που επισημαίνεται είναι οι εκτιμήσεις των θεραπευτών για τη θεραπευτική σχέση και η επιρροή που ασκούν στη θεραπευτική συμμαχία. Υποστηρίζεται ότι οι θεραπευτές πρέπει να είναι προσεκτικοί στις εκτιμήσεις που κάνουν για τη σχέση κυρίως στα πρώτα στάδια της θεραπείας, καθώς μπορεί να έρθουν σε διαφωνία με τους θεραπευόμενους, γεγονός που πιθανά να έχει συνέπειες στη συνεργασιμότητα αλλά και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Φαίνεται λοιπόν συνετότερο, να προσπαθούν οι θεραπευτές να καταλάβουν τις απόψεις των θεραπευόμενων για τις διαφορετικές πτυχές της συμμαχίας και να διαπραγματεύονται με ευελιξία τους στόχους της θεραπείας και το περιεχόμενό της ώστε να διασφαλιστεί η ενεργητική τους συνεργασία και εμπλοκή.

Τέλος, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αφορούν κυρίως στις στάσεις και συμπεριφορές σημαντικών προσώπων της ζωής του θεραπευόμενου οι οποίοι άμεσα ή έμμεσα παρεμποδίζουν τις αλλαγές μολονότι μπορεί να ενθαρρύνουν τη συνέχιση του θεραπευτικού προγράμματος (Καλαντζή και συν, 2002).

6.7. Παράγοντες που διαμορφώνουν θετικό αποτέλεσμα στην έκβαση της θεραπείας

Πέντε φαίνεται να είναι τα βασικά στοιχεία για την έκβαση της θεραπείας:

α) Το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης

Το Drug Abuse Reporting Program (DARP) στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής είναι ίσως ένα από τα μεγαλύτερα ερευνητικά προγράμματα για χρήστες που έχουν εκπονηθεί. Το πρόγραμμα έχει κάνει έρευνες και εκτιμήσεις που αφορούν 44.000 χρήστες από 52 θεραπευτικά προγράμματα όλης της Αμερικής. Από το υλικό αυτό έχουν δημοσιευτεί πολλές ερευνητικές εργασίες.

Μια ιδιαίτερα χρήσιμη ανάλυση έχει γίνει από τους Sells και Simpson (1982) στην οποία εκτιμήθηκαν τα θεραπευτικά αποτελέσματα σ' ένα δείγμα 3.000 χρηστών μετά από παρέλευση πέντε χρόνων. Σύμφωνα με την ανάλυση αυτή, την καλύτερη θεραπευτική έκβαση έχουν κατά σειρά α) οι θεραπευτικές κοινότητες, β) τα θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής βάσης χωρίς συνταγογράφηση φαρμάκων, γ) τα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη και δ) οι θεραπευτικές προσεγγίσεις σε εξωτερική βάση, που περιοριζόταν μόνο στη σωματική απεξάρτηση. Τα ποσοστά των ατόμων που παρέμεναν σε αποχή από ουσίες ήταν 36,9%, 34,4%, 29,5% και 19,6% αντίστοιχα.

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

β) Η εντατικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης

Σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτώμενων υπάρχουν δυο βασικοί προβληματισμοί των θεραπειών: α) Εάν η οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση αποφέρει καλύτερα αποτελέσματα από τη μη θεραπεία. β) Εάν η μικρή θεραπευτική παρέμβαση είναι το ίδιο αποτελεσματική με τα εντατικά και οργανωμένα θεραπευτικά προγράμματα. Όσον αφορά το αλκοολισμό η απάντηση είναι εύκολη, αφού η οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση κρίνεται ευεργετική για τον αλκοολικό από το να μη γίνει καμία προσπάθεια. Για τις υπόλοιπες εξαρτησιογόνες ουσίες παρατηρείται το φαινόμενο, πολλοί χρήστες να σταματούν από μόνοι τους τη χρήση, καθώς μεγαλώνουν ηλικιακά. Πρόσφατες έρευνες, ωστόσο, αποδεικνύουν ότι ο ισχυρισμός αυτός είναι υπεραπλούστευση. Οι σύγχρονες κυρίαρχες επιστημονικές απόψεις αντικατοπτρίζονται στις εξής θέσεις:

α) Τρία χρόνια μετά από την πρώτη χρήση είναι πιθανόν να υπάρξει διακοπή της χρήσης. β) Οι νεότεροι χρήστες, με σχετικά μικρό χρονικό διάστημα χρήσης, διακόπτουν ευκολότερα την επαφή με τις ουσίες από τους παλιούς χρήστες που έχουν μακρύ ιστορικό χρήσης. γ) Οι χρήστες που παρακολουθούν συστηματικά και εντατικά ένα οργανωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αποχή από τις ουσίες σε σχέση με τους υπόλοιπους χρήστες.

γ) Ο χώρος της θεραπείας

Στο χώρο θεραπευτικών παρεμβάσεων για την απεξάρτηση έχει τεθεί πολλές φορές το ερώτημα, αν είναι προτιμότερο οι χρήστες να αντιμετωπίζονται σε εξωτερική ή εσωτερική βάση. Μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν ότι για τους παλιούς συστηματικούς χρήστες «σκληρών» ναρκωτικών καλύτερα αποτελέσματα έχει η εσωτερική νοσηλεία. Αντίθετα για τους «ελαφρότερους» χρήστες είναι το ίδιο αποτελεσματικό είτε παρακολουθούνται σε εσωτερική βάση είτε σε εξωτερική.

δ) Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή

Η διαμόρφωση της θεραπευτικής συνεργασίας αλλά και η ίδια η θεραπεία διευκολύνεται όταν ο θεραπευτής χαρακτηρίζεται από ζεστασιά, ενσυναίσθηση και αυθεντικότητα (Beck et al., 1979). Σε αντίθεση ωστόσο με άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, η γνωσιακή θεωρεί μεν αναγκαία αυτά τα χαρακτηριστικά της σχέσης, αλλά όχι και επαρκή για την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος.

Η συναισθηματική ζεστασιά και το ενδιαφέρον του θεραπευτή για το θεραπευόμενο, όπως εκφράζονται μέσω της λεκτικής και της μη λεκτικής συμπεριφοράς, βοηθούν, ώστε ο τελευταίος να βιώσει το θεραπευτή ως ένα άτομο που νοιάζεται, και επιτρέπουν την ανασκευή εσφαλμένων αντιλήψεων ή προσδοκιών που πιθανόν να υπάρχουν σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία.

Στην αρχική φάση της θεραπείας είναι συνήθως απαραίτητα περισσότερα δείγματα ζεστασίας και ενδιαφέροντος από μέρους του θεραπευτή. Στην πορεία όμως, και εφόσον η θεραπευτική σχέση είναι καλή, ο θεραπευόμενος έχει αποκτήσει εμπιστοσύνη στο θεραπευτή, έχει πεισθεί για το ενδιαφέρον του και δεν χρειάζεται πλέον συνεχείς αποδείξεις (Καλαντζή και συν., 2002). Μια από τις πρώτες έρευνες στοιχείων της θεραπευτικής σχέσης σε συμπεριφορική θεραπεία, αφορούσε στη σημασία της ζεστασίας σε κατακλυσμική θεραπεία, όπου βρέθηκε ότι η συναισθηματική ζεστασιά των θεραπευτών συνδεόταν με καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Περισσάκη και συν., 1979). Βέβαια, ο θεραπευτής οφείλει να είναι προσεχτικός στον τρόπο επίδειξης συναισθηματικής ζεστασίας.

Αν οι εκδηλώσεις του θεραπευτή εκτιμηθούν από το θεραπευόμενο ως υπερβολικές, είναι δυνατό να τον δυσαρεστήσουν, να παρερμηνευτούν ως εκδηλώσεις οίκτου, και να επιφέρουν το αντίθετο από το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, δηλαδή ρήξη στη θεραπευτική σχέση (Καλαντζή Α. και συν., 2002).

Η ενσυναίσθηση αποτελεί την ικανότητα του ανθρώπου να κατανοεί και να ανταποκρίνεται στις συναισθηματικές εκφράσεις των άλλων. Συνδέεται με την αισιοδοξία, γιατί μέσα από τη συνειδητοποίηση της σύνδεσης και σχέσης με τους άλλους, το άτομο νιώθει την αποτελεσματικότητα και τη σπουδαιότητά του. Όσον αφορά στη θεραπευτική διαδικασία, η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να κατανοήσει συναισθηματικά τον ασθενή και να δει τη ζωή με τη δική του οπτική, διατηρώντας ταυτόχρονα την ικανότητα ελέγχου της πραγματικότητας (Καλαντζή Α. και συν., 2002). Πρόκειται για μια διαδικασία κατά την οποία ο ψυχοθεραπευτής «δοκιμάζει» τον κόσμο του πελάτη σαν να ήταν δικός του, τοποθετώντας τον εαυτό του στη θέση του πελάτη και αντικρίζοντας τη ζωή και τον κόσμο μέσα από τα δικά του μάτια. Με αυτόν τον τρόπο ο

θεραπευτής καταλαβαίνει πώς ο ασθενής δομεί συγκεκριμένα γεγονότα και πώς αντιδρά σε αυτά, ενώ παράλληλα μπορεί και αποστασιοποιείται για να εξετάσει τα στοιχεία που έχει συλλέξει από μια πιο αντικειμενική σκοπιά. Η ενσυναίσθηση είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εγκαθίδρυση ενός ενθαρρυντικού και ασφαλούς κλίματος, το οποίο διευκολύνει τον πελάτη να εμπλακεί στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία και να μιλήσει για τον εαυτό του, σίγουρος ότι ο θεραπευτής τον «κατανοεί». Με τον τρόπο αυτό προάγεται η συνεργασία και μειώνονται οι πιθανές ανησυχίες του θεραπευόμενου (Σταλίκας Α., 2005).

Τέλος, η αυθεντικότητα του θεραπευτή αναφέρεται στην ειλικρίνεια και την αμεσότητα με την οποία χειρίζεται θέματα του θεραπευόμενου αλλά και δικά του και συμβάλλει στην ανάπτυξη και διατήρηση της θεραπευτικής συνεργατικής σχέσης. Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ειλικρινής και να έχει συνείδηση των εσωτερικών αντιδράσεων και συναισθημάτων του καθώς παρακολουθεί τον πελάτη. Κατ' αυτό τον τρόπο του μεταδίδει την αίσθηση ότι η κατάσταση και τα συναισθήματά του γίνονται αποδεκτά με σεβασμό και ειλικρινή κατανόηση, γεγονός που αυξάνει το αίσθημα ασφάλειας που έχει ανάγκη ο πελάτης (Holmes, 1993 αναφ. στο Σταλίκας, 2005). Ένας ψυχοθεραπευτής που χαρακτηρίζεται από αυθεντικότητα και επιδεικνύει ενσυναίσθηση και άνευ όρων αποδοχή δημιουργεί το ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη της θεραπευτικής συμμαχίας. Η απουσία αυθεντικότητας αναιρεί και τη σπουδαιότητα της ενσυναίσθησης καθώς η επιτηδευμένη ενσυναίσθηση γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη και δημιουργεί ενστάσεις, με αρνητικές συνέπειες για τη θεραπευτική διαδικασία. Βέβαια, καθώς η αυθεντικότητα συνδέεται με ειλικρίνεια και αμεσότητα, δεν πρέπει να συγχέεται με παρορμητική συμπεριφορά ή αποκάλυψη προσωπικών δεδομένων και συναισθημάτων, στοιχεία που παραβιάζουν τα όρια της ψυχοθεραπευτικής σχέσης (Σταλίκας, 2005).

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι αν και αρχικά οι θεραπευτές συμπεριφοράς επέδειξαν μια αδιαφορία για θέματα που αφορούσαν στη θεραπευτική σχέση, πολύ γρήγορα, οι κλινικές παρατηρήσεις, η ανάπτυξη της γνωσιακής προσέγγισης και κάποια πρώιμα ερευνητικά δεδομένα μετέβαλλαν το κλίμα αυτό. Η θεραπευτική συμμαχία και τα συστατικά της στοιχεία, δηλαδή ο συναισθηματικός δεσμός, η συνεργασία γύρω από τους θεραπευτικούς στόχους και οι στρατηγικές που θα οδηγήσουν στην επίτευξή τους, αναγνωρίστηκαν ως σημαντικά στοιχεία για τη θεραπευτική διαδικασία. Οι Raue και Goldfried (1994) παρομοίασαν το ρόλο της θεραπευτικής συμμαχίας στη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία με εκείνη του αναισθητικού στην πραγματοποίηση μιας εγχείρησης. Υποστήριξαν ότι απαιτείται ένα κατάλληλο και επαρκές επίπεδο αναισθησίας για να πραγματοποιηθεί μια

χειρουργική επέμβαση, και δίνεται μεγάλη προσοχή σε αυτό πριν την έναρξη της διαδικασίας.

Εφόσον, η επέμβαση αρχίσει, το πρωταρχικό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην αποτελεσματική εφαρμογή των χειρουργικών διαδικασιών, που είναι και ο κύριος λόγος για τον οποίο ο ασθενής ήρθε για θεραπεία. Μόνο αν εμφανιστούν προβλήματα με την αναισθησία σε κάποιο σημείο της επέμβασης, γίνεται αυτή το επίκεντρο του ενδιαφέροντος καθώς δεν μπορεί να συνεχιστεί η επέμβαση. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι επιτυχημένες παρεμβάσεις γνωστικού-συμπεριφορικού τύπου είναι απίθανο να συμβούν εκτός και αν υπάρχει μια καλή θεραπευτική συμμαχία, ένας καλός δεσμός και μια κοινή συμφωνία σε στόχους και μεθόδους.

Σύμφωνα με τη Simpson (1986), όπως αναφέρει σε άρθρο του ο Ζαφειρίδης (2001), «η αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης αποτελεί αναμφισβήτητα ένα από τα πλέον δυσεπίλυτα θεραπευτικά προβλήματα. Η ανεπάρκεια των μέχρι σήμερα γνωστών θεραπευτικών προσεγγίσεων γίνεται ακόμη πιο εμφανής όταν στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης είναι α) η πλήρης αποχή από τη χρήση οποιονδήποτε νόμιμων ή παράνομων ουσιών, β) η επαγγελματική αποκατάσταση, γ) η αποχή από παραβατικές ενέργειες.»

Ο θεραπευτής, στη συγκεκριμένη περίπτωση, οφείλει να αποτελεί πρότυπο συμπεριφοράς, ηθικής, τρόπου σκέψης και προσέγγισης της ζωής για το θεραπευόμενό του. Ο θεραπευτής οφείλει να προωθεί τη θεραπευτική συνεργασιμότητα με χρήστες των διαφόρων εξαρτησιογόνων ουσιών. Οφείλει να παρέχει στον θεραπευόμενο κοινωνική στήριξη και την αίσθηση του ανήκειν. Παρέχει συναισθηματική υποστήριξη σε άτομα που έχουν βιώσει συναισθηματική απομόνωση και περιστατικά σε δυσλειτουργικές οικογένειες. Επιπλέον, συμβάλλει ώστε να αποκτήσει το άτομο αυτοσεβασμό και αυτοεκτίμηση με την ενθάρρυνση της φροντίδας. Ο θεραπευτής αναλαμβάνει και την πνευματική ανάρρωση του θεραπευόμενου. Η ανάκαμψη προϋποθέτει και πνευματική αφύπνιση. Ο κάθε θεραπευόμενος αναζητά καθοδήγηση ή έμπνευση από το θεραπευτή του στη φάση της ανάρρωσης. Καθοδήγηση μακριά από τον εγωκεντρισμό και την εσωστρέφεια.

ε) Τα χαρακτηριστικά του χρήστη

Δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος χρήστη, καθώς τα χαρακτηριστικά της κάθε προσωπικότητας ποικίλουν. Έτσι, πέρα από την ηλικία, το διάστημα της χρήσης, τη χρήση «σκληρών» ή «μαλακών» ναρκωτικών, το υποστηρικτικό περιβάλλον και το δείκτη παραβατικότητας, είναι δύσκολο να απομονώσει κανείς επιπλέον χαρακτηριστικά του χρήστη, τα οποία να έχουν προγνωστική αξία αναφορικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Γενικά, κρίσεις που περιγράφουν τους χρήστες, όπως άτομα παρορμητικά, επιπόλαιοι, αγχώδη, καταθλιπτικά κ.ά., είναι επικίνδυνες γενικολογίες, δεν βοηθούν στη θεραπευτική διαδικασία και θα πρέπει να μη χρησιμοποιούνται από τους θεραπευτές.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα ουσιοεξαρτημένα άτομα έχουν υποστεί την επίδραση κοινωνικών, οικογενειακών, πολιτισμικών και άλλων παραγόντων και καταστάσεων, που αρκετές φορές είναι πέρα από τις δυνατότητες του ελέγχου τους. Όλες αυτές οι καταστάσεις τροφοδοτούν το άτομο και ανατροφοδοτούνται από αυτό σ' ένα φαύλο κύκλο, ο οποίος θα πρέπει να διακοπεί. Αυτός άλλωστε είναι και ο στόχος της θεραπευτικής διαδικασίας.

6.8. Ανακεφαλαίωση

Όπως διαπιστώσαμε στο παραπάνω κεφάλαιο, η σημασία της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας είναι ιδιαίτερα σημαντική για το εξαρτημένο άτομο. Δειγματοληπτικά αναλύθηκαν περιληπτικά τρία μοντέλα ψυχοθεραπείας, από τα οποία ο κοινωνικός λειτουργός – θεραπευτής, μπορεί να ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο ή ακόμα και να αντλήσει στοιχεία από το καθένα και να δημιουργήσει έναν δικό του τρόπο προσέγγισης του εξυπηρετούμενου. Ιδιαίτερης σημασίας παράγοντες για το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή την ανακούφιση του ψυχικού πόνου και την επίλυση των εσωτερικών συγκρούσεων του εξαρτημένου, αποτελούν η ποιότητα και η δύναμη της συνεργατικής σχέσης, η αμφίδρομη συναίνεση και αφοσίωση προς τους στόχους της διαδικασίας, η κάμψη των αντιστάσεων, η επιλογή σωστής χρονικής στιγμής για την εφαρμογή των παρεμβάσεων κ.ά.. Στο τέλος του κεφαλαίου, δόθηκε έμφαση στα στοιχεία εκείνα τα οποία διαμορφώνουν θετικά τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας, όπως είναι τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και η επιλογή του μοντέλου αντιμετώπισης του κάθε εξυπηρετούμενου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ

7.1. Εισαγωγή

Στη συνέχεια, θα ασχοληθούμε με την οικογένεια των εξαρτημένων ατόμων και τους τρόπους με τους οποίους επηρεάζει και επηρεάζεται από το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. Το κεφάλαιο αποσκοπεί στην διερεύνηση των τρόπων με τους οποίους η κοινωνική εργασία μπορεί να βρει διεξόδους και να βοηθήσει την οικογένεια να ανακαλύψει τις βαθύτερες αιτίες που οδηγούν κάποιο μέλος στις ουσίες, με στόχο να εξεταστεί το πρόβλημα συστημικά. Ταυτόχρονα όμως, ο κοινωνικός λειτουργός θα έρθει αντιμέτωπος με μία σειρά θεμάτων που εμφανίζονται στους κόλπους της οικογένειας μετά την εγκατάσταση της εξάρτησης σε κάποιο μέλος, όπως για παράδειγμα η ενδοοικογενειακή βία. Σε αυτή την περίπτωση, όπως θα διαπιστώσουμε στη συνέχεια, το στέλεχος της κοινωνικής εργασίας καλείται να εφαρμόσει ένα σχέδιο παρέμβασης για να ξεπεραστούν συνολικά τα συγκεκριμένα προβλήματα, που είναι πολύπλοκα και απαιτούν ιδιαίτερο χειρισμό.

7.2. Πρακτική της κοινωνικής εργασίας με οικογένειες

Η πρακτική της κοινωνικής εργασίας με τις οικογένειες βασίζεται σε πολλά μοντέλα που αποτελούνται από στοιχεία διαφόρων θεραπευτικών προσεγγίσεων. Η εκάστοτε στρατηγική παρέμβασης επιλέγεται με βάση τη πολυπλοκότητα των προβλημάτων της οικογένειας. Η σύγχρονη πρακτική της κοινωνικής εργασίας με οικογένεια εστιάζεται στη σχέση αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, στο γενεαλογικό της σύστημα και στο οικογενειακό σύστημα.

Οι σχέσεις με το περιβάλλον εξετάζονται από τη σκοπιά της θεωρίας των οικοσυστημάτων και στοχεύει στις αλλαγές των σχέσεων της με το περιβάλλον. Οι οικογένειες υποστηρίζονται στην κάλυψη υλικών και κοινωνικών αναγκών με στρατηγικές όπως η ανάπτυξη πόρων, η διαμεσολάβηση, η συνηγορία και η αποτελεσματικότερη χρήση του περιβάλλοντος.

Η παρέμβαση στο γενεαλογικό-οικογενειακό σύστημα βασίζεται στην υπόθεση ότι η οικογένεια έχει διαμορφωθεί υπό την επίδραση ισχυρών επιρροών των προηγούμενων γενεών. Βασικό εργαλείο αποτελεί το γενεόγραμμα, για τη συλλογή στοιχείων, ως εργαλείο εκτίμησης αναφορικά με την κατανόηση της συμπεριφοράς της οικογένειας. Στόχος της

παρέμβασης είναι η ανάλυση της ατομικής διαφοροποίησης από την οικογένεια προέλευσης, η ανανέωση της σχέσης των ατόμων με άλλα μέλη της οικογένειας και η τροποποίηση ανεπιθύμητων ενεργειών.

Τέλος η εστίαση στην αλλαγή του οικογενειακού συστήματος εξετάζει μεταβλητές όπως αλλαγές στη δομή, κατάργηση ιεραρχίας, ανεπάρκεια ορίων και διαδικασιών επικοινωνίας. Αρχικά καταγράφεται η υπάρχουσα δομή, η επικοινωνία και η οργάνωση του οικογενειακού συστήματος που βρίσκεται σε κρίση. Κατά τη διαδικασία της παρέμβασης ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να δημιουργήσει ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο η οικογένεια θα βιώσει διαφορετικά τον εαυτό της και τον περίγυρό της.

(Βεργέτη, 2009)

7.3. Συστημική προσέγγιση – Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία

Η Συστημική Προσέγγιση είναι μια εξέλιξη της Θεωρίας των Συστημάτων που εμφανίστηκαν την δεκαετία του '40 και έστρεψαν την ψυχολογική ματιά από το άτομο ,στο "όλον" και από τις προσωπικές ιδιότητες, στις σχέσεις. Αυτή η διευρυμένη Θεώρηση του ανθρώπου εμπλούτισε την ατομική και την οικογενειακή θεραπεία διεθνώς. Σύμφωνα με την συστημική θεώρηση ,γεννιόμαστε και εξελισσόμαστε μέσα σε συστήματα, δηλαδή ,ομάδες ισχυρής επιρροής ,με κυρίαρχη την οικογένεια. Σε κάθε σύστημα κάθε μέλος συνδέεται με όλα τα άλλα μέλη με ένα πλέγμα σχέσεων που υπερβαίνει τα μέλη και καθορίζει την πορεία και την εξέλιξη όλων.

Η οικογένεια είναι ένα μικρό κοινωνικό σύστημα, του οποίου τα μέλη βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους, αλλά και με το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο είναι ενταγμένες. Έτσι όταν ένα παιδί/έφηβος παρουσιάζει κάποιο σύμπτωμα (π.χ. προβλήματα συμπεριφοράς, άγχος, ψυχοσωματικά συμπτώματα, κατάθλιψη κλπ.) η οικογενειακή θεραπεία το αντιμετωπίζει σαν κάτι που αφορά όλη την οικογένεια και όχι μόνο το παιδί/έφηβο, εφ' όσον εμφανίστηκε στο συγκεκριμένο οικογενειακό σύστημα και έχει αποκτήσει ένα νόημα μέσα σ' αυτό.

Ο όρος οικογενειακή ψυχοθεραπεία αναφέρεται στη μορφή εκείνη της ψυχοθεραπείας που έχει ως σκοπό τη βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας ως ομάδας αλλά και τη βελτίωση της λειτουργικότητας του κάθε μέλους ξεχωριστά.

Η έννοια "σύστημα" είναι πολύ ενδιαφέρουσα ,γιατί μας δίνει μια μέθοδο να καταλάβουμε πολύ πολύπλοκα φαινόμενα. Ακόμα και το σύμπαν μπορεί να θεωρηθεί και να μελετηθεί ως σύνολο συστημάτων, έμβιων και άψυχων.

Σύμφωνα με την συστημική θεώρηση τα μέλη μιας οικογένειας αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοπροσδιορίζονται έτσι ώστε να γίνεται ανέφικτη και άσκοπη ή εξέταση και η κατανόηση της συμπεριφοράς του ενός ανεξάρτητα από την συμπεριφορά του άλλου. Η οικογένεια όπως και κάθε ζωντανό σύστημα δεν είναι μια απλή σύναξη ατόμων ,αλλά μια ενότητα, "ένα σύνολο" με τη δική του δομή, δικούς του κανόνες και στόχους. Αυτή η θεωρητική προσέγγιση καθώς και η παρατήρηση της συναλλαγής ανάμεσα στα μέλη, αρχικά, οικογενειών σχιζοφρενών ,οδήγησε στην εικονοκλαστική για την εποχή της θέση, πως η ψυχική ασθένεια δεν είναι ατομική υπόθεση αλλά οικογενειακή. Κατά συνέπεια και όλα τα άλλα συμπτώματα, δυσκολίες αλλά και αλλαγές που μπορεί να παρουσιάσει ένα άτομο στην προσωπική του πορεία και εξέλιξη είναι σε άμεση αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση με τα σημαντικά συστήματα στα οποία ανήκει.

Στο επίπεδο της θεραπευτικής σχέσης είναι πολύ σημαντικό να κατανοήσουμε το αίτημα για βοήθεια, του ατόμου, ή της οικογένειας, σε σχέση με τους ρόλους και τη θέση του καθενός στο συγκεκριμένο σύστημα και στην συγκεκριμένη φάση της εξέλιξης τους.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η οικογένεια προσέρχεται για διάγνωση επικεντρώνοντας στις ανάγκες του μέλους που παρουσιάζει κάποιο σύμπτωμα. Το σύμπτωμα λειτουργεί ως μήνυμα προς τους γονείς πως το παιδί υποφέρει και τους κινητοποιεί για να τα αντιμετωπίσουν. Με αφορμή το σύμπτωμα του μέλους η οικογενειακή προσέγγιση και ψυχοθεραπεία εστιάζει στις ανησυχίες όλων των μελών της οικογένειας. Τα συμπτώματα αντιμετωπίζονται σαν να έχουν ένα νόημα, μια λειτουργία για το οικογενειακό σύστημα και όχι σαν να αφορούν αποκλειστικά ένα από τα μέλη. Το σύμπτωμα είναι ένα μήνυμα προς τους σημαντικούς άλλους, αποτελεί ένα κρίκο στην επικοινωνιακή αλυσίδα της οικογένειας.

Στα πλαίσια των οικογενειακών θεραπευτικών συναντήσεων – συνεδριών, ο διάλογος δεν εστιάζει σε ατομικά χαρακτηριστικά ή συμπεριφορές αυτές καθαυτές, αλλά στον τρόπο που αυτά τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές συνδέονται με το πλαίσιο μέσα στο οποίο εμφανίζονται. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία προσεγγίζει τον τρόπο που η οικογένεια διαχειρίζεται όχι μόνο το πρόβλημα του παιδιού, αλλά και άλλα θέματα ή δυσκολίες της καθημερινότητας. Στη διάρκεια των συνεδριών μεταξύ άλλων συζητούνται οι κανόνες που ρυθμίζουν τη ζωή της οικογένειας, οι σχέσεις και συμπεριφορές των μελών μεταξύ τους, οι πιθανές επιρροές από τις οικογένειες καταγωγής. Ενθαρρύνεται η άμεση επικοινωνία των μελών μεταξύ τους, η έκφραση συναισθημάτων και πεποιθήσεων. Εντοπίζονται παράλληλα οι θετικές πλευρές της οικογενειακής ζωής με στόχο να αξιοποιηθούν κατάλληλα τα δυνατά σημεία της οικογένειας, ώστε να διευκολυνθεί η εξομάλυνση των σχέσεων, η μείωση των εντάσεων, η εξάλειψη του συμπτώματος. Από το υλικό του θεραπευτικού διαλόγου,

αναδύονται περισσότερες από μία σημασίες του συμπτώματος που αφορούν στο σύστημα-πλαίσιο, οικογενειακό, φιλικό σχολικό ή οποιοδήποτε άλλο. Η νέα σηματοδότηση του συμπτώματος και η διεργασία που επιτελείται από τα μέλη της οικογένειας, αναμένεται να ευοδώσει την υιοθέτηση εναλλακτικών στάσεων και συμπεριφορών που με τη σειρά τους θα οδηγήσουν στην ύφεση ή εξάλειψη του συμπτώματος.

Με την εφαρμογή της συστημικής προσέγγισης στην συμβουλευτική και την ψυχοθεραπεία διευρύνεται πολύ το πλαίσιο αναφοράς του ατόμου αλλά και το πεδίο δράσης του θεραπευτή. Το άτομο βγαίνει από την άδικη θέση του προβληματικού που από δική του και μόνο αδυναμία δεν μπορεί να προχωρήσει στην ζωή του. Η προσωπική πορεία συσχετίζεται με τις εξελικτικές φάσεις των αντίστοιχων συστημάτων που ζει και αναπτύσσεται, χωρίς ταυτόχρονα να θεωρείται ανεύθυνο και απλό υποχείριο της δυναμικής των ομάδων που ανήκει.

Ο συστημικός σύμβουλος/ θεραπευτής μπορεί να αξιοποιήσει γνώσεις και μεθόδους από όλο το φάσμα των Ψυχοθεραπευτικών σχολών, για να βοηθήσει τα άτομα και τις οικογένειες να ολοκληρώσουν την πορεία τους και να εξελιχθούν ομαλά. (Corey, 2005)

7.4. Οι οικογένειες των εξαρτημένων ατόμων

Η πυρηνική οικογένεια στην εποχή μας, έχει οδηγηθεί σταδιακά στην απώλεια του κοινωνικού της χαρακτήρα και στην αποκοπή από το κοινωνικό σώμα, σε μία είδους ιδιώτευσης με στόχο την αυτάρκειά της. Πρόκειται για ένα πολιτιστικό φαινόμενο της εποχής μας και συνοδεύεται από μικρού ή μεγάλου βαθμού ρήξεις (χωρισμούς, διαζύγια κτλ) στους κόλπους της οικογένειας. Στην προσπάθειά της να είναι αυτάρκης, κόβει σε κάθε ευκαιρία τους δεσμούς με συγγενείς, οικογενειακή παράδοση και κοινότητα. Με αυτόν τον τρόπο, όμως, αποδυναμώνεται χάνοντας τα στηρίγματα που θα μπορούσε να βρει.

Μέσα σε αυτούς τους όρους η οικογένεια σαν σύνολο είναι συναισθηματικά ανώριμη. Σε αυτές τις συνθήκες, η προσφυγή στις ουσίες, πρώτα από τους γονείς και μετά από το παιδί λειτουργεί σαν αυτοθεραπεία προσπαθώντας να αντέξουν μια ανυπόφορη κατάσταση. Αυτή η οικογένεια είναι ανίκανη να κοινωνικοποιήσει με σωστό και ολοκληρωμένο τρόπο. Η αδυναμία κοινωνικοποίησης του παιδιού από την οικογένεια, αναφέρεται στην αδυναμία παροχής των αναγκαίων ψυχολογικών εφοδίων ώστε το παιδί να οργανώσει την ζωή του ανεξάρτητα από αυτήν. Η ατομικότητα, η απόκτηση δηλαδή ανεξάρτητης ταυτότητας του παιδιού, γίνεται ελλειμματική. Αυτού του τύπου οικογένεια χαρακτηρίζεται από την εξάρτηση ως τρόπο λειτουργίας. Το παιδί είναι συναισθηματικά εξαρτημένο από την

οικογένεια και παθολογικά προσκολλημένο στον έναν ή και τους δύο γονείς. Οι γονείς από την άλλη μεριά αδυνατούν να δεχτούν ότι το παιδί τους μεγάλωσε και δεν του επιτρέπουν στην πραγματικότητα να ζήσει ανεξάρτητο από αυτούς (Μάτσα, 2001).

Η οικογένεια του τοξικομανούς ενσαρκώνει σε ακραίο βαθμό τη δυσλειτουργία της σύγχρονης οικογένειας με εξασθενημένους τους οικογενειακούς δεσμούς καθώς και με την επικράτηση νέων αντιλήψεων και αξιών. Βέβαια, πρέπει να τονίσουμε ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένο μοντέλο που να ορίζει την οικογένεια του τοξικομανούς. Ωστόσο, έχουν καταγραφεί ορισμένα χαρακτηριστικά που είναι πιθανό να συναντήσουμε στην οικογένεια του τοξικομανούς όπως η συχνότητα ύπαρξης ψυχικών διαταραχών (κυρίως κατάθλιψης) αλλά και χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (κυρίως αλκοόλ). Επιπρόσθετα, διακρίνεται από έλλειψη συνοχής, αδυναμία διαλόγου και υγιούς επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της, την έλλειψη ορίων από τους γονείς στα παιδιά, από ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και συναισθηματική απόσταση μεταξύ των μελών. Συχνό φαινόμενο αποτελούν οι εντάσεις και η βία τόσο ανάμεσα στους γονείς όσο και απέναντι στο παιδί. Ακόμη, χαρακτηρίζεται από την αδυναμία των μελών να εκφράσουν ανοιχτά και ελεύθερα τα συναισθήματα τους. Στις οικογένειες αυτές δεν εκφράζεται η στοργή και η αγάπη με αποτέλεσμα τα παιδιά συχνά να νιώθουν θυμό τον οποίο δεν εκδηλώνουν ανοιχτά και άμεσα αλλά μέσω της χρήσης των ουσιών. (Μάτσα, 2001)

Το κλίμα μέσα στην οικογένεια συχνά είναι συγκεχυμένο καθώς πολλές φορές υπάρχουν φανερές ή κρυφές συμμαχίες με τους γονείς του αντίθετου φύλου με αποτέλεσμα να αλλάζει η ιεραρχική οργάνωση της οικογένειας. Η επικοινωνία στηρίζεται σε κάποιον ενδιάμεσο. Δεν υπάρχουν κανόνες και τα παιδιά δέχονται διπλά μηνύματα για το τι είναι επιτρεπτό και τι όχι. Ο πατέρας είναι, συνήθως απών συναισθηματικά ή και φυσικά, αδιάφορος, αναποτελεσματικός, απορριπτικός, βίαιος προς το παιδί αλλά εύκολα χειραγωγούμενος από τη μητέρα. Η μητέρα είναι συνήθως υπερπροστατευτική, παρεμβατική στη ζωή του παιδιού της, ελέγχει τη ζωή του, τις σχέσεις του και δεν τον θεωρεί ικανό να αντιμετωπίσει μόνος του τα προβλήματα του, και για αυτό το λόγο αναλαμβάνει η ίδια να δώσει λύσεις σε αυτά. Το πρόβλημα της εξάρτησης του παιδιού λειτουργεί ως μέσο για να μπορέσει η οικογένεια να διατηρηθεί, να κρατηθούν όλα τα μέλη. Η οικογένεια ενώνεται για να μπορέσει να σώσει το παιδί της και αγωνίζεται για ένα κοινό σκοπό. Το δράμα της τοξικομανίας, ο φόβος μήπως το παιδί πεθάνει, ο κοινωνικός στιγματισμός αποτελούν κίνητρα για να μπορέσει η οικογένεια να αποκτήσει ξανά μια υποτιθέμενη συνοχή και να διατηρήσει τη συνέχεια της. (Μάτσα, 2001)

Η διαδικασία της απεξάρτησης προϋποθέτει την παρέμβαση του θεραπευτικού προγράμματος σε αυτήν την οικογένεια και μπορεί να πάρει την μορφή της θεραπείας της οικογένειας αν κριθεί απαραίτητο. Η οικογένεια θα πρέπει να βρεθεί αντιμέτωπη με τις εξαρτητικές σχέσεις των μελών, της απουσίας των ορίων, τις εντάσεις, τις συγκρούσεις, την βία, την έλλειψη επικοινωνίας. Η συνεργασία της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο κάνει δυνατές τις αλλαγές στον τρόπο ζωής της, έναν τρόπο ζωής που συνέβαλε σημαντικά στην εγκατάσταση της τοξικομανίας του μέλους της. (Μάτσα, 2001)

Σε αυτό το πλαίσιο η θεραπευτική ομάδα και τα στελέχη της κοινωνικής εργασίας θα πρέπει να καταρτίσουν ένα σχέδιο παρεμβάσεων, με τους στόχους του να συνοψίζονται ως εξής:

- Εκπαίδευση της οικογένειας για να μπορέσει να συνεργαστεί με το θεραπευτικό πρόγραμμα
- Απενοχοποίηση της οικογένειας ώστε να μπορεί να μιλά χωρίς να ντρέπεται, να μπορεί να ζητά και να δίνει βοήθεια
- Διερεύνηση του χαρακτήρα των σχέσεων των μελών, αναζήτηση νέων τρόπων αλληλεπίδρασης
- Ενθάρρυνση για την έκφραση συναισθημάτων – απόκτηση οικειότητας στις μεταξύ των μελών σχέσεις
- Κατάκτηση της δυνατότητας της οικογένειας να λύνει μόνη της τα προβλήματα που εμφανίζονται, έχοντας πια ξεκαθαρίσει τους ρόλους κάθε μέλους, έχοντας λύσει τα ζητήματα εξουσίας και ελέγχου στο εσωτερικό της
- Κατάκτηση της δυνατότητας των γονιών να αποχωριστούν τα παιδιά τους και των παιδιών να οργανώσουν ανεξάρτητα την ζωή τους στηριγμένα στις δικές τους δυνάμεις

Η ανταπόκριση της οικογένειας στη θεραπεία μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην σταθεροποίηση του εξαρτημένου προς την ανεξαρτησία. Η θετική στάση της οικογένειας απέναντι στη θεραπευτική διαδικασία, συμβάλλει στην καλύτερη πορεία της απεξάρτησης του μέλους της. Οι απαιτούμενες αλλαγές της οικογένειας, ωστόσο, είναι δύσκολες, ασταθείς και συχνά πρόσκαιρες γιατί η οικογένεια έχει την τάση να επιστρέφει σε παλιούς τύπους συμπεριφοράς. Γι' αυτό το λόγο απαιτείται συντονισμένη και σταθερή παρέμβαση. (Μάτσα, 2001)

7.5. Ομάδες αυτοβοήθειας για τους οικείους των χρηστών

Το θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης των πρώην χρηστών, απαραίτητα περιλαμβάνει και στήριξη των οικείων τους. Αυτόν τον σκοπό έχουν οι ομάδες αυτοβοήθειας, τόσο για τους οικείους, όσο και τους ίδιους τους πρώην χρήστες. Η ομάδα που αποτελείται από τους οικείους των πρώην χρηστών συνέρχεται χωριστά, σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η διεργασία βιωματικών εμπειριών γίνεται, όπως χαρακτηριστικά λέγεται, στο εδώ και τώρα. Η δυναμική της ομάδας, που αναπτύσσεται προοδευτικά με το δέσιμο της ομάδας, καλύπτει τις ανάγκες των μελών της, δηλαδή δεν αισθάνονται πια μόνοι αυτοί με το πρόβλημά τους και μαθαίνουν να ζητούν και να δίνουν βοήθεια.

Η θεραπευτική ομάδα αποτελείται από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων όπως ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, εργοθεραπευτές και πρώην χρήστες οι οποίοι είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και καταρτισμένοι. Τα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας μπορεί να είναι από 4 μέχρι 16 ενώ πιο ιδανικές θεωρούνται οι ομάδες των 10 με 12 μελών. Ακόμα, οι ομάδες απεξάρτησης μπορεί να έχουν ρόλο υποστηρικτικό, ψυχοπαιδαγωγικό, αυτοβοήθειας, ψυχοθεραπευτικό.

Το αίσθημα ασφάλειας που αναπτύσσεται με το χρόνο, σε ανθρώπους που βασανίζει το ίδιο πρόβλημα, επιτρέπει την κάθε είδους συμπεριφορά μέσα στο προστατευτικό πλαίσιο της ομάδας. Κατ' αυτόν τον τρόπο, μπορεί το κάθε μέλος να χρησιμοποιεί την ομάδα του ως τρόπο λύτρωσης, εναπόθεσης του φόβου, της λύπης, της μοναξιάς και του πόνου του, να φανερώνει εκεί τις αδυναμίες του και να καλλιεργεί τις προσδοκίες του. Σε μια ομάδα αυτοβοήθειας δεν υπάρχουν όρια στην έκφραση συναισθημάτων. Η ένταση της φωνής, το κλάμα και η κριτική είναι καλοπροαίρετα. Δεν αποσκοπούν να προσβάλλουν και να πληγώσουν τον άλλον, αλλά τον βοηθούν να αλλάξει τη συμπεριφορά του, για δικό του όφελος. Συγχρόνως δίνει διέξοδο στη συναισθηματική φόρτιση που δημιουργείται έξω και μέσα στην Ομάδα. Με την καλοπροαίρετη λοιπόν αντιπαράθεση, μπορεί να αναπτυχθεί η συναισθηματική ανταλλαγή των μελών της ομάδας σε μια ειλικρινή βάση αλληλεγγύης, που οδηγεί στην κάλυψη των αναγκών τους για κατανόηση, φροντίδα και αγάπη. Η ομάδα αυτοβοήθειας δεν είναι απλά μια συνηθισμένη κοινωνική συγκέντρωση, δεν είναι μια συζήτηση καφενείου ή σαλονιού. Είναι το μέρος της συναισθηματικής εμπειρίας και ανταλλαγής, με την έννοια «δίνω βοήθεια για να πάρω βοήθεια». (Μάτσα, 2001)

7.6. Ενδοοικογενειακή βία ασκούμενη από εξαρτημένα μέλη

Γίνεται ξεκάθαρο ότι τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας επικρατούν στο καθημερινό πρόγραμμα δουλειάς των Κοινωνικών Λειτουργών και στην Ελλάδα, οι οποίοι προβληματίζονται γύρω από θέματα αναγνώρισης, κατανόησης, καταγραφής και αντιμετώπισης του προβλήματος

Ο τρόπος με τον οποίο οι υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας και οι υπάλληλοί τους κατανοούν και αντιμετωπίζουν την άσκηση βίας σε οικογένειες τοξικοεξαρτημένων, είναι το αποτέλεσμα ενός αριθμού παραγόντων που σχετίζονται με την κατανόηση των Κοινωνικών Λειτουργών για τέτοια ζητήματα, με την εκπαίδευση που έχουν λάβει για να εργαστούν πάνω σε τέτοιες περιπτώσεις και με την οργάνωση των υπηρεσιών, η οποία διευκολύνει ή παρεμποδίζει την ευαισθητοποιημένη αντιμετώπιση.

Η επικράτηση και η αναγνώριση της τοξικοεξάρτησης, ως αιτίας ή αποτελέσματος της ενδοοικογενειακής βίας μέσα στην οικογένεια, οδηγεί σε ένα σημαντικό θέμα, που δεν είναι άλλο από τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται αυτό καθεαυτό το φαινόμενο οι Κοινωνικοί Λειτουργοί. Είναι σημαντικό το να γίνει κατανοητό ότι το παραπάνω, αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα και όχι φαινόμενο βίαιων ατόμων ή σχέσεων.

Καθώς το πρόβλημα εντοπίζεται, τονίζεται ότι μεγάλο μέρος της πολιτικής που θα πρέπει να ακολουθήσουν οι υπηρεσίες και φορείς, όπως η αστυνομία, η Κοινωνική Εργασία και οι υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας απέναντι στο πρόβλημα, πρέπει να εστιάζει στη συγκέντρωση ερευνητικού και άλλου υλικού πάνω στο οποίο να βασίζονται τα επιχειρήματά τους για την ενημέρωση του κοινού, την ενδυνάμωση των θυμάτων και την τελική καταστολή του προβλήματος. (Χατζηφωτίου, 2005).

7.6.1 Η προσέγγιση της Κοινωνικής Εργασίας σε περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Παραμένει αξιοπερίεργο το γεγονός ότι, παρά την πρακτική της ισότιμης αντιμετώπισης του ατόμου, ο θεωρητικός προσανατολισμός της Κοινωνικής Εργασίας για τα αίτια της ενδοοικογενειακής βίας, παραμένει ακόμη στην ατομική παθολογία ή στα μοντέλα των οικογενειακών συστημάτων. Ο κύριος λόγος γι' αυτό, είναι ότι τα άτομα που ζουν μέσα σε βίαιες σχέσεις, ανεξάρτητα από την ύπαρξη του χαρακτηριστικού της τοξικοεξάρτησης, αντιμετωπίζονται ακόμη από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς σαν πελάτες που χρειάζονται θεραπεία και όχι σαν άνθρωποι που χρειάζονται εναλλακτικές λύσεις και επιλογές (Χατζηφωτίου, 2005).

Είναι γνωστό πως σκοπός του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να καταστήσει το άτομο ικανό να βρει κάποιο αποτελεσματικό τρόπο, για να λύσει ή να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του. Έτσι λοιπόν πιστεύεται ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, θα πρέπει να είναι από τους πρώτους ειδικούς που έρχονται σε επαφή με τα μέλη της οικογένειας.

Με την ατομική Κοινωνική Εργασία, μπορεί να παρέχει βοήθεια, ενίσχυση και υποστήριξη στα μέλη της οικογένειας, ενώ ενεργώντας δυναμικά, μπορεί να βοηθήσει στην εύρεση τρόπων για την επίλυση του προβλήματος.

Σύμφωνα με τη δεοντολογία και τις αρχές του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στις περιπτώσεις κακοποίησης πρέπει να ξεκινούν από την αναγνώριση των κοινών βιωμάτων των θυμάτων και να προχωρούν πάντα στην εξέταση των διαφορών, ανάμεσα στο συγκεκριμένο θύμα και τα άλλα θύματα.

Η διαγνωστική εκτίμηση, θα πρέπει να εμπεριέχει πάντα τη γνώση των προτύπων ζωής της οικογένειας και των παραγόντων που τις επηρεάζουν, καθώς και των παραμέτρων που συχνά επηρεάζουν τη διαγνωστική εκτίμηση.

Η άποψη των Κοινωνικών Λειτουργών θα πρέπει να εστιάζεται στο γεγονός ότι οι οικογένειες αυτές αντιμετωπίζουν προβλήματα και δυσκολίες που δημιουργούνται κάτω από τις συνθήκες μιας συγκεκριμένης κοινωνικής δομής. Με την ατομική Κοινωνική Εργασία ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει αρχικά, να ανασυγκροτήσει το «εγώ» των μελών της οικογένειας και να αναπτύξει τη χαμένη αυτοπεποίθηση τους, ώστε να μπορέσουν τα ίδια να δράσουν, μειώνοντας την παθητικότητα και τη μοιρολατρία που τα διακατέχουν. Η επέμβαση των Κοινωνικών Λειτουργών, πρέπει να γίνεται στο πλαίσιο μιας δημιουργικής θεραπευτικής σχέσης.

Η παρέμβαση του επαγγελματία στην κρίση, θεωρείται απαραίτητο να γίνει με τη συνεχή υποστήριξη του. Θα πρέπει να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση και την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, καθώς και τις δυνατότητες τους. Θα πρέπει γενικότερα τα μέλη της οικογένειας, μέσα σε μια θεραπευτική σχέση να αντιμετωπίζονται με κατανόηση, αποδοχή των συναισθημάτων και των παλινδρομήσεων στη συμπεριφορά τους (Πελεκίδου και Στεργίου, 2004).

Το στέλεχος της Κοινωνικής Εργασίας, πρέπει να είναι σε θέση μέσα από τη συζήτηση και τη συνεργασία του με τα μέλη της οικογένειας, να βοηθήσει στον εντοπισμό των εναλλακτικών λύσεων. Ανάγκη στήριξης έχουν τόσο τα θύματα της βίαιης συμπεριφοράς του χρήστη, στα πλαίσια του οικογενειακού συστήματος, όσο και οι ίδιοι οι χρήστες - φορείς βίαιων εκδηλώσεων, για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης και να σταματήσουν τη βίαιη συμπεριφορά τους.

Στην περίπτωση λοιπόν αυτή, ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να παρέμβει και να εφαρμόσει μεθόδους και τεχνικές της συστημικής θεραπείας, έτσι ώστε να εμπλέξει τα μέλη της οικογένειας σε συνεργασία, για την καταστολή της κακοποίησης και την αντιμετώπιση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης. Δουλεύοντας συστημικά το στέλεχος της Κοινωνικής Εργασίας, πρέπει να ενεργοποιήσει την τεχνική της προσεκτικής ακρόασης και να κατανοήσει τις αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται μεταξύ των μελών σύμφωνα με το γεγονός που βιώνουν. Θα πρέπει κυρίως να ενδυναμώσει τα μέλη και να αναπτύξει την επικοινωνία μεταξύ τους, έτσι ώστε τα ίδια να βρουν τον τρόπο που θα βοηθηθούν (Πελεκίδου - Στεργίου, 2004).

Παράλληλα μπορεί να βρει γέφυρες επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, που ενώ θέλουν τις περισσότερες φορές να βοηθήσουν, δεν ξέρουν τον τρόπο να το κάνουν.

Στην περίπτωση βέβαια που τα θύματα - μέλη της οικογένειας αποφασίσουν να καταγγείλουν την κακοποίηση, ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να τα ενημερώσει για την πορεία της καταγγελίας. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να κινηθεί διερευνώντας και αξιοποιώντας τις κατάλληλες πηγές, έτσι ώστε να παρέχει τη σωστή πληροφόρηση.

Οι περισσότεροι από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, θεωρούν απαραίτητη τη δημιουργία Κέντρων με υψηλό δυναμικό θέσεων, όπου θα προσφέρουν προσωρινή στέγη, προστασία, πληροφόρηση και κυρίως ψυχολογική υποστήριξη σε ένα περιβάλλον αποδοχής και αλληλεγγύης.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί ακόμη να συμβάλλει, συμμετέχοντας στην εκπαίδευση άλλων ειδικοτήτων και επαγγελματιών που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε κλάδους που σχετίζονται τόσο με το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης, όσο και της ενδοοικογενειακής βίας (π.χ. αστυνομικοί, ιατροδικαστές), προσφέροντας τις γνώσεις και την εμπειρία του, γύρω από τις ρεαλιστικές διαστάσεις και συνιστώσες του ζητήματος.

Ακόμη, απαραίτητη θεωρείται η συμμετοχή τους στην διεκδίκηση από την Πολιτεία, στο σχεδιασμό, την οργάνωση και την ανάπτυξη διαφόρων προγραμμάτων, δομών και υπηρεσιών για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού.

Παράλληλα η διαμεθοδική υπόσταση της επιστήμης της Κοινωνικής Εργασίας, περιλαμβάνει άλλα δύο σημεία. Πρώτον τη συμμετοχή των μελών των οικογενειών στις οποίες συναντάται το χαρακτηριστικό της τοξικοεξάρτησης και της βίας, σε θεραπευτικές ομάδες τις οποίες λειτουργούν τα Θεραπευτικά Κέντρα (π.χ. Κέντρο οικογενειακής υποστήριξης του ΚΕ.ΘΕ.Α, 18 ΑΝΩ)· οι ομάδες αυτές λειτουργούν τόσο για τις οικογένειες των τοξικοεξαρτημένων, όσο και για τους ίδιους τους χρήστες. Δεύτερον καθώς

προαναφέρθηκε, την εργασία με την Κοινότητα, μέσω της ανάπτυξης σχετικών προγραμμάτων, πρωτοβουλιών, διαδικασιών ευαισθητοποίησης και συμμετοχής των ίδιων των μελών της Κοινότητας σε αυτά. Ειδικότερα μέσα από την Κοινότητα, ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να δουλέψει ιδιαίτερα στον τομέα της πρόληψης. Με την εφαρμογή προγραμμάτων στα σχολεία σε συνεργασία με άλλους ειδικούς, καθώς και με την εφαρμογή διαλέξεων και σεμιναρίων, όπου θα μετέχουν όλα τα μέλη της Κοινότητας, θα μπορεί να φέρει το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης, της ενδοοικογενειακής βίας, αλλά και της μεταξύ τους συσχέτισης στο προσκήνιο.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το έργο των Κοινωνικών Λειτουργών και των άλλων επαγγελματιών με το ζήτημα της ενδοοικογενειακής βίας στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων, δε «φαίνεται». Η κατανόηση, η διαμεσολάβηση ανάμεσα στους θεσμούς (οργανώσεις, αστυνομία, δικαστήριο) και στους ανθρώπους (μέλη οικογένειας, γειτονιά), η συμπαράσταση, η προστασία από επανάληψη αντίστοιχων συνθηκών, η αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων ή στιγμών, η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των τρίτων και της κοινής γνώμης, η επίλυση διαφορών με ιδιαιτερότητες, είναι κάποιες μονάχα από τις πτυχές της διαμεθοδικής υπόστασης της Κοινωνικής Εργασίας, γύρω από το φαινόμενο αυτό. Χρειάζεται ωστόσο επιμονή για την υπέρβαση των δυσκολιών που δημιουργούν, τόσο το πρόβλημα αυτό καθ'αυτό, όσο και η περιρρέουσα ατμόσφαιρα.

Πολλές οικογένειες τοξικοεξαρτημένων μελών που υπόκεινται άσκηση βίας και κακοποίησης, προσεγγίζουν τους Κοινωνικούς Λειτουργούς για συμβουλές και βοήθεια. Ωστόσο, ούτε τα ίδια αυτά μέλη, ούτε οι Κοινωνικοί Λειτουργοί με τους οποίους έρχονται σε επαφή, έχουν μια απολύτως ξεκάθαρη ιδέα του τι βοήθεια πρέπει να τους δοθεί. Υποστήριξη, πληροφορίες, στέγαση, πρόνοια και θέματα πρόσβασης στις υπηρεσίες, όλα είναι στη δικαιοδοσία των Κοινωνικών Λειτουργών.

Παρότι το πλαίσιο εργασίας τους δεν είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένο και παρ' όλες τις υπάρχουσες ανάγκες οι διαθέσιμες πηγές είναι περιορισμένες, υπάρχει ένας αριθμός μέτρων που μπορεί εύκολα και αποτελεσματικά να εκτελεστούν σε επίπεδο οργανώσεων και από μεμονωμένους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Σε επίπεδο οργανώσεων, αυτά τα μέτρα μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Ενδιαφέρον για τα μέλη των οικογενειών (τοξικοεξαρτημένους - λοιπά μέλη), ώστε να αναγνωρίσουν τις σημαντικές προσωπικές τους δυνάμεις και πηγές, αλλά και ακριβείς πληροφορίες για τις τοπικές πηγές πρακτικής και συναισθηματικής υποστήριξης για αυτά.

- Ο προσδιορισμός ενός συγκεκριμένου ατόμου στα πλαίσια κάθε υπηρεσίας, όπου θα έχει το ρόλο του συνδετικού κρίκου ανάμεσα στα μέλη των οικογενειών και άλλες υπηρεσίες, πηγές, φορείς.
- Επαρκείς υλικές πηγές για βοήθεια και συμβουλευτικές υπηρεσίες, καθώς και τη δημιουργία ενός χώρου επικοινωνίας με Κοινωνικούς Λειτουργούς, που θα λειτουργεί επί 24ώρου βάσεως.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης νέων επαγγελματιών, στις ειδικότητες που εμπλέκονται με το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας στις οικογένειες των τοξικοεξαρτημένων (Κοινωνικών Λειτουργών, Ψυχολόγων κ.α.).
- Συνεργασία με τοπικές οργανώσεις για τη δημιουργία της πολιτικής της Κοινωνικής Εργασίας σχετικά με την οικογενειακή βία, που σχετίζεται με το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης.
- Έλεγχος της έκτασης και της φύσης της οικογενειακής βίας στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων, στις περιπτώσεις που φτάνουν στις κοινωνικές υπηρεσίες

(Χατζηφωτίου, 2005).

Κάθε Κοινωνικός Λειτουργός μεμονωμένα, μπορεί να εφαρμόσει τα εξής:

- Να αναγνωρίζει τα σημάδια που φανερώνουν την ύπαρξη βίας στα πλαίσια αυτών των οικογενειών.
- Να αναγνωρίσει τις επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας στα μέλη των οικογενειών με την πάροδο του χρόνου, τις επιπτώσεις στην αυτοεκτίμησή τους και στη συναισθηματική και σωματική τους κατάσταση.
- Να μην αμφισβητεί τα βιώματά τους και να αρχειοθετεί τα βίαια περιστατικά.
- Να είναι εχέμυθος και διακριτικός, καθώς και ρεαλιστής, αναφορικά με την υποστήριξη που μπορεί να προσφέρει στις οικογένειες αυτές, άμεσα ή μακροπρόθεσμα (Χατζηφωτίου, 2005).

Από τα παραπάνω, γίνεται ξεκάθαρο ότι η Κοινωνική Εργασία ως επιστήμη, αλλά και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί ως φορείς αυτής, μπορούν να προσφέρουν πάρα πολλά στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων μελών, στα πλαίσια των οποίων παρατηρείται το φαινόμενο της βίας. Υπάρχουν ωστόσο θέματα σχετικά με τη δημιουργία μιας ενιαίας πολιτικής, την πρακτική, τις συμπεριφορές και τις αξίες των αρμόδιων επαγγελματιών, τα οποία και

οφείλουν άμεσα να διασαφηνιστούν, ώστε να διευκολυνθεί ο ρόλος, αλλά και η πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας πάνω στο ζήτημα αυτό.

7.7. Προγράμματα πρόληψης για τους γονείς (ΚΕΘΕΑ)

Ο ρόλος της οικογένειας στην πρόληψη της χρήσης και κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών είναι σημαντικός. Πολυάριθμες μελέτες δείχνουν ότι η γονική στάση και πρακτική έχει ισχυρή επίδραση στα παιδιά. Η σχέση που αναπτύσσουν ή δεν αναπτύσσουν μεταξύ τους οι γονείς καθώς και οι γονείς με τα παιδιά τους είναι ένας ουσιαστικός παράγοντας προστασίας ή επικινδυνότητας, αντίστοιχα, ως προς τη χρήση ουσιών. Οι γονείς μπορούν να εκπαιδευτούν στο πώς να ενισχύουν τους παράγοντες προστασίας και να μειώνουν τους παράγοντες επικινδυνότητας μέσα στην οικογένεια. Στα προγράμματα για τους γονείς γίνεται ευαισθητοποίησή τους για την αναγνώριση και την κατανόηση της σημασίας του ρόλου του γονιού και της οικογένειας στην προαγωγή της πρόληψης της χρήσης ουσιών.

Τα προγράμματα πρόληψης του Τομέα Πρόληψης του ΚΕΘΕΑ για γονείς περιλαμβάνουν :

- Σχολή Γονέων

Σκοπός της «Σχολής Γονέων» είναι να στηρίζει τη σύγχρονη οικογένεια στο ρόλο της στην ανάπτυξη του παιδιού και στην προστασία της συναισθηματικής και κοινωνικής του υγείας προκειμένου να είναι σε θέση να κάνει υπεύθυνες, θετικές και υγιείς επιλογές ζωής. Οι συναντήσεις γίνονται ανά 15/ήμερο και η διάρκεια της κάθε συνάντησης είναι περίπου στις 2 ώρες. Τα εργαστήρια διακρίνονται σε βραχύχρονα και μακροχρόνια, ανάλογα με τις ανάγκες των συμμετεχόντων και πραγματοποιούνται ύστερα από αίτημα των ενδιαφερομένων.

- Εργαστήρια ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης ή εκπαίδευσης για ομάδες γονέων συλλόγων γονέων και κηδεμόνων σχολείων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Στόχοι των εργαστηρίων ευαισθητοποίησης είναι η βαθύτερη κατανόηση του προβλήματος της χρήσης και κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών, η θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος και η διερεύνηση του ρόλου της οικογένειας και της προσωπικής στάσης των μελών της απέναντι στην πρόληψη. Ο αριθμός των συναντήσεων ανέρχεται στις πέντε, ενώ ο χώρος που πραγματοποιούνται καθορίζεται μετά από συνεννόηση των στελεχών πρόληψης και των ενδιαφερόμενων. Στόχοι των εργαστηρίων εκπαίδευσης αποτελούν η εμβάθυνση στην έννοια 'πρόληψη' και η ενεργοποίηση των γονέων στην προαγωγή της, η ανάπτυξη γονικών δεξιοτήτων

απαραίτητων για τη σύγχρονη πραγματικότητα, η κατανόηση των αναπτυξιακών αλλαγών του παιδιού και του νέου και των αναγκών του καθώς μεγαλώνει, η εκπαίδευση στην επικοινωνία στην οικογένεια, η ενίσχυση στάσεων- συμπεριφορών στην οικογένεια που προάγουν τις ανθρώπινες σχέσεις και την υγιή ανάπτυξη των μελών της, η ενίσχυση της εμπλοκής των γονέων στη σχολική κοινότητα για ενδυνάμωση της συνεργασίας σχολείου-σπιτιού και η δικτύωση της οικογένειας με εξειδικευμένες υπηρεσίες της τοπικής κοινότητας με στόχο τη βοήθεια και την έγκαιρη παρέμβαση. Ο αριθμός των συναντήσεων ανέρχεται στις δέκα ενώ πραγματοποιούνται επίσης μετά από συνεννόηση των στελεχών πρόληψης και των ενδιαφερόμενων. (Τομέας πρόληψης ΚΕΘΕΑ)

7.8. Ανακεφαλαίωση

Ανακεφαλαιώνοντας, ο τρόπος προσέγγισης της οικογένειας σε γενικό επίπεδο προκύπτει από την πολυπλοκότητα των προβλημάτων της. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι σχέσεις της με το περιβάλλον, οι επιρροές από προηγούμενες γενεές, η δομή, η έλλειψη ορίων και η ιεραρχία. Ένα εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο κοινωνικός λειτουργός είναι οι προσεγγίσεις της συστημικής – οικογενειακής ψυχοθεραπείας, η οποία αντιμετωπίζει την οικογένεια σαν ένα κοινωνικό σύστημα του οποίου τα μέλη βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους αλλά και με το ευρύτερο περιβάλλον. Έτσι, τα προβλήματα της οικογένειας του εξαρτημένου ατόμου, αντιμετωπίζονται συνολικά, με στόχο την στήριξη και την θετική ανταπόκριση στη θεραπεία του εξαρτημένου μέλους. Ωστόσο, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το ενδεχόμενο άσκησης ενδοοικογενειακής βίας από την μεριά των εξαρτημένων ατόμων και να μπορεί να το αντιμετωπίσει. Στο τέλος του κεφαλαίου, έγινε μια μικρή αναφορά σε προγράμματα πρόληψης και ενημέρωσης για το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης στους γονείς που εφαρμόζονται από το ΚΕΘΕΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

8.1 Εισαγωγή

Το όγδοο και τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας μας, αφορά την πρόκληση σκόπιμης αλλαγής του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης σε ένα ευρύτερο επίπεδο, αυτό της κοινωνίας μέσα από την άσκηση παρεμβάσεων της κοινοτικής εργασίας. Εξετάζονται τα πρότυπα άσκησης της κοινοτικής εργασίας, βάσει των οποίων ένας κοινωνικός λειτουργός θα καταρτίσει το σχέδιο παρέμβασης στην κοινότητα, καθώς και η σημασία των διύπηρεσιακών προσεγγίσεων του φαινομένου. Γίνεται μια εκτενής αναφορά στην πρόληψη και τα κέντρα πρόληψης και παρατίθενται τα προγράμματα πρόληψης του ΚΕΘΕΑ, η σημασία της πρόληψης στα σχολεία και στην δημόσια υγεία και η δράση της κινητής μονάδας πρόληψης ΠΗΓΑΣΟΣ του ΚΕΘΕΑ. Τέλος τονίζεται η ανάγκη για κοινωνική επανένταξη των απεξαρτημένων αλλά και η ανάγκη διεκδίκησης συμμετοχής των κοινωνικών λειτουργών στην χάραξη εθνικής πολιτικής για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού που υπόκεινται τα απεξαρτημένα άτομα.

8.2. Η κοινοτική εργασία ως μέθοδος παρέμβασης

Ένας βασικός τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης, είναι η χρήση στρατηγικών και παρεμβάσεων της κοινοτικής εργασίας. Αν και οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με την επίλυση προβλημάτων μέσα από ψυχοκοινωνική θεραπευτική προσέγγιση, ταυτόχρονα εκπαιδεύονται στη χρήση μεθόδων κοινοτικής δράσης, διαπραγματεύσεων και την επίλυση κοινοτικών συγκρούσεων. Συγκεκριμένα ως στέλεχος της κοινοτικής εργασίας ένας κοινωνικός λειτουργός θα εκπαιδευτεί στη χρήση μεθόδων και τεχνικών πολιτικής ανάλυσης και κοινωνικής πίεσης για τη διάθεση πόρων από τη κυβέρνηση στη κοινότητα, καθώς η κοινωνική εργασία με κοινότητα, αποτελεί ένα από τα τρία βασικά πεδία εφαρμογής της κοινωνικής εργασίας.

Συγκεκριμένα ο όρος κοινοτική εργασία χρησιμοποιείται για να δηλώσει τη συστηματική αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων τα οποία απασχολούν κατηγορίες ή ομάδες πολιτών σε μια κοινότητα, συνοικία ή γειτονιά, την κινητοποίηση των πολιτών για την επίλυση τοπικών προβλημάτων και την παρέμβαση και την ανάπτυξη αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ κοινοτικών οργανώσεων και φορέων κοινωνικής αλλαγής. Ως

διαδικασία, η κοινοτική εργασία επιδιώκει την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών και κοινωνικής αλληλεγγύης μεταξύ των κατοίκων μιας περιοχής.

Η κοινοτική εργασία περιλαμβάνει τρία βασικά επίπεδα εφαρμογής:

- Της γειτονιάς: για τη κινητοποίηση του πληθυσμού, συλλόγων και σωματείων
- Κοινοτικών υπηρεσιών ή αποκεντρωμένων κρατικών υπηρεσιών: (πχ διεύθυνσης κοινωνικής πρόνοιας). Η κοινοτική εργασία χρησιμοποιεί τις παρεμβάσεις της για να συντονίσει τη συνεργασία δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών, που εξειδικεύονται στην παροχή υπηρεσιών με κοινούς στόχους σε πληθυσμιακές ομάδες.
- Σε περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο: για τη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής, καθώς προβλήματα όπως η καταπολέμηση των ναρκωτικών, δε αντιμετωπίζονται μόνο σε κοινοτικό επίπεδο. (Σταθόπουλος, κοινοτική εργασία – θεωρητική προσέγγιση)

(Σταθόπουλος, 2005)

8.2.1 Πρότυπα άσκησης – παρέμβασης της κοινοτικής εργασίας στην κοινότητα

Η κοινοτική εργασία, ως μέρος των στρατηγικών παρέμβασης στην κοινότητα, αποτελείται από διάφορες μορφές (πρότυπα άσκησης, προσεγγίσεις) οι οποίες στοχεύουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της κοινότητας και την προγραμματισμένη κοινωνική αλλαγή. Αυτές οι διαφορετικές προσεγγίσεις παρατίθενται παρακάτω:

- Κοινοτική δράση.
Κοινοτική δράση είναι η κοινωνική δράση ατόμων ή ομάδων οργανωμένων που κινητοποιούνται με σκοπό την διεκδίκηση δικαιωμάτων, οικονομικών πόρων και την ανακατανομή κοινωνικής δύναμης για την προστασία των συμφερόντων της ομάδας, μέσα από την ανάπτυξη πνεύματος συλλογικής δράσης. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι η προσπάθεια για κοινωνική αλλαγή ή για αποτροπή μιας ανεπιθύμητης κοινωνικής αλλαγής. Μπορεί να είναι αμυντική ή επιθετική και οι μέθοδοι που χρησιμοποιεί περιλαμβάνουν την αντιπαράθεση, η παθητική αντίσταση και οι καταλήψεις.
- Κοινοτική ανάπτυξη – κοινωνική ανάπτυξη.
Σύμφωνα με τον ορισμό των Ηνωμένων Εθνών κοινοτική ανάπτυξη είναι το σύνολο των διαδικασιών με τις οποίες οι κάτοικοι μιας χώρας ενώνουν τις προσπάθειές τους με εκείνες των κρατικών αρχών, για να βελτιώσουν τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες των κοινοτήτων, να τις ενσωματώσουν στη ζωή του έθνους και

να τις καταστήσουν αυτάρκειες και ικανές ώστε να συμβάλουν πλήρως στην εθνικά πρόοδο και ευημερία. (Σταθόπουλος, 2000). Κυριότεροι στόχοι της κοινοτικής ανάπτυξης είναι να επιτύχει τη μέγιστη δυνατή ισορροπία μεταξύ των αναγκών του πληθυσμού και των διαθέσιμων πόρων, να επιτύχει την ενεργό συμμετοχή του πληθυσμού στο σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων και να επιτύχει την ένταξη προγραμμάτων τοπικού ενδιαφέροντος, μέσα σε προγράμματα ευρύτερης περιφερειακής και εθνικής ανάπτυξης. Η ανάπτυξη έχει διάφορες πτυχές (οικονομική, κοινοτική, πολιτική). Η οικονομική ανάπτυξη στοχεύει στην ανύψωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού. Από την άλλη, η κοινωνική ανάπτυξη αναφέρονται στην βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η αντίληψη ότι η επιτυχία της οικονομικής ανάπτυξης θα επιφέρει και κοινωνική ανάπτυξη αποδείχθηκε σε πολλές χώρες λανθασμένη. Το ιδανικό πλαίσιο για την ευημερία των πολιτών είναι η ισόρροπη ανάπτυξη. Η σημασία της ισόρροπης ανάπτυξης τονίστηκε από τον Midgley, ο οποίος θεωρεί ότι η κοινωνική ανάπτυξη είναι άμεσα συνδεδεμένη με την κοινωνική αλλαγή. Τονίζει ότι η πρόοδος και η ευημερία θα επιτευχθεί σε μια κοινωνία αν οι οικονομικοί θεσμοί, η αγορά, το κράτος και οι κοινωνικές οργανώσεις κινητοποιηθούν, συνδυάζοντας την οικονομική με την κοινωνική πολιτική. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί και με την χρήση μεθόδων σύγκρουσης και αντιπαράθεσης ως μέσο πίεσης προς κρατικές και άλλες οργανώσεις για την χρηματοδότηση προγραμμάτων, που θα ενισχύουν πληθυσμιακές ομάδες.

- Κοινοτική εκπαίδευση.

Αποτελεί την διαπαιδαγώγηση των νέων –συνδυάζοντας την υποχρεωτική εκπαίδευση με λειτουργίες της κοινωνικής πρόνοιας, για την κοινωνική ζωή, την συμμετοχή στα κοινά, τις προσπάθειες για ανάπτυξη με στόχο την ευημερία. Η θεωρία του κοινοτισμού προβάλλει την συνεργασία και την συναίνεση, σε αντίθεση με την ατομοκεντρική προσέγγιση διεκδίκησης δικαιωμάτων της σύγκρουσης και της χρήσης μεθόδων πολιτικής πίεσης. Ωστόσο, η κοινοτική εκπαίδευση προωθεί και τα ατομικά δικαιώματα, σε συνδυασμό με τα συλλογικά συμφέροντα. Ο κοινοτισμός έχει στόχο την ανάπτυξη κοινωνικών δεσμών και να την κινητοποίηση των πολιτών σε προγράμματα αυτοβοήθειας και την εκπαίδευση στην επίτευξη στόχων πέρα από τα στενά ατομικά συμφέροντα.

- Κοινοτική οργάνωση.

Η κοινοτική οργάνωση αφορά στην επίλυση προβλημάτων του τομέα της κοινωνικής πρόνοιας και ταυτίζεται με την κοινωνική εργασία με κοινότητες. Αναφέρεται επίσης, στο συντονισμό κοινωνικών, εθελοντικών και δημοσίων υπηρεσιών πρόνοιας. Στόχος του συντονισμού είναι η καλύτερη παροχή υπηρεσιών, αλλά και η ορθολογική χρήση των πόρων (οικονομικών, υλικών κ.α.). Ο Dunham ορίζει την κοινοτική οργάνωση για την κοινωνική πρόνοια, ως μια διαδικασία για την εξισορρόπηση των κοινωνικών αναγκών για την αντιμετώπιση αναγκών σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή ή σε έναν τομέα κοινωνικό – προνοιακών υπηρεσιών. Κύριος ρόλος της δηλαδή, είναι η προοδευτική, αμοιβαία προσαρμογή των κοινωνικών αναγκών και των δαπανών που απαιτούνται για την αντιμετώπισή τους.

- Κοινωνικός σχεδιασμός.

Αποσκοπεί στην μεθόδευση και πραγματοποίηση επιθυμητών στόχων κοινωνικής ανάπτυξης και αλλαγής. Είναι ταυτόχρονα ένα μέσο για την διαμόρφωση και υλοποίηση κοινωνικής πολιτικής και συγχρόνως μια διαδικασία ενεργοποίησης και δημοκρατικής συμμετοχής του πληθυσμού, για την επίτευξη επιθυμητών στόχων κοινωνικής ευημερίας, κοινωνικής δικαιοσύνης και ανακατανομής του εθνικού συστήματος. Στόχος του είναι η επίλυση κοινωνικών προβλημάτων μέσα από την πρόβλεψη μελλοντικών γεγονότων και η επιδίωξη προγραμματισμένης κοινωνικής αλλαγής. Στηρίζεται σε επιστημονική μεθοδολογία και σε εξειδικευμένες τεχνικές, στοχεύοντας στο συνδυασμό εφικτού με το επιθυμητό. Η άμεση έρευνα για καταγραφή και ιεράρχηση κοινωνικών αναγκών, η δημιουργία σχετικών υπηρεσιών και η αξιολόγηση των παρεχόμενων αυτών υπηρεσιών συντελούν στη στρατηγική παρέμβαση του κοινωνικού σχεδιασμού στην κοινότητα.

- Αποκέντρωση υπηρεσιών.

Αφορά στην ανακατανομή εξουσίας και αρμοδιοτήτων από την κεντρική κυβέρνηση στην τοπική αυτοδιοίκηση και σε παροχή υπηρεσιών με μεγαλύτερη προσπελασιμότητα σε τοπικό επίπεδο. Προβλήματα όπως οι δυσπρόσιτες υπηρεσίες και η απόσταση μεταξύ τους και η αδυναμία των εξυπηρετούμενων να επωφεληθούν από αυτές, μπορούν να αντιμετωπιστούν με την αποκέντρωση και την παροχή βοήθειας στο επίπεδο της γειτονιάς. Η στρατηγική αυτή, αλλάζει την μορφή και την δομή των υπηρεσιών. Η δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων που έχουν την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών σε μικρές περιοχές αλλά και την πρόληψη κοινωνικών προβλημάτων σε αυτές, συντελεί στην καλύτερη αντιμετώπιση πολυδιάστατων

προβλημάτων. Η χώρα μας ακόμα δεν έχει υιοθετήσει την στρατηγική αυτή, καθώς αυτό θα προϋπέθετε αναδιοργάνωση του δημόσιου τομέα και αλλαγή στη σχέση κράτους – πολίτη. (Σταθόπουλος, 2005)

8.2.2 Διϋπηρεσιακές προσεγγίσεις του φαινομένου

Οι επιτυχημένες διϋπηρεσιακές πρωτοβουλίες στον τομέα αυτό, οφείλουν να χαρακτηρίζονται από δυο βασικά στοιχεία. Πρώτον τη θέληση να μοιραστούν την πείρα τους και να δημιουργήσουν επαφές και δεύτερον ξεκάθαρες, ρεαλιστικές εργασίες. Μια προσέγγιση θα ήταν να περιοριστούν οι δραστηριότητες των διϋπηρεσιακών ομάδων στην ανταλλαγή πληροφοριών και να συντονιστεί η υπάρχουσα ανταπόκριση υπηρεσιών. Μια άλλη προσέγγιση θα ήταν να χωριστούν οι ευθύνες σε κάθε συνεργαζόμενη πλευρά ή ομάδα και να εξεταστεί η ανταπόκριση κάθε υπηρεσίας, που παίρνει μέρος, στην κάθε ευθύνη.

Το ερέθισμα για πρωτοβουλία από συνεργαζόμενες υπηρεσίες, μπορεί να έρθει από οποιαδήποτε πηγή, είτε αυτή είναι μεμονωμένοι Κοινωνικοί Λειτουργοί που ενδιαφέρονται για το φαινόμενο αυτό, είτε είναι μια συλλογική απόφαση και διεκδίκηση.

Εντούτοις, μια θετική διϋπηρεσιακή ανταπόκριση, πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά- προτάσεις:

- Την παραγωγή ενημερωτικών φυλλαδίων γύρω από το φαινόμενο αυτό και την ύπαρξη διαθέσιμων για να βοηθήσουν, υπηρεσιών.
- Την έναρξη ερευνών για την εκτίμηση της έντασης και της ακριβούς διάστασης του προβλήματος σε κάθε γεωγραφική περιοχή, πριν να εκτιμηθεί η πιο κατάλληλη διϋπηρεσιακή ανταπόκριση.
- Τον ορισμό στόχων για δράση, μέσα και μεταξύ των υπηρεσιών και την υποκίνηση ενός συστήματος ελέγχου και επιθεώρησης των υπηρεσιών αυτών.
- Την ενθάρρυνση της εξέλιξης της διϋπηρεσιακής προσέγγισης, συμπεριλαμβάνοντας στο σύνολο των δράσεων, άλλους φορείς και εθελοντές.
- Την πρόληψη μέσω της εκπαίδευσης στην Κοινότητα και τα σχολεία.
- Την εξέταση τρόπων βελτίωσης της επικοινωνίας και συντονισμού, μεταξύ των υπηρεσιών, αλλά και μεταξύ των υπηρεσιών και των τοπικών αρχών, και
- Την ενιαία εκπαίδευση των στελεχών και την ανάπτυξη ομαδικής δουλειάς (Χατζηφωτίου, 2005).

8.3 Πρόληψη στην κοινότητα

Βασικός σκοπός της κοινοτικής εργασίας είναι η πρόληψη των κοινωνικών προβλημάτων. Η πρόληψη στοχεύει στη μείωση της συχνότητας ενός προβλέψιμου και με αρνητικές επιπτώσεις φαινομένου. Η πρόληψη αφορά σε κατηγορίες πληθυσμού κ όχι σε μεμονωμένα άτομα.

Μια δραστηριότητα κρίνεται ως πρόληψη όταν μπορεί να παρατηρηθεί και να καταγραφεί με σαφείς όρους, αφορά συγκεκριμένο πληθυσμό ο οποίος κινδυνεύει από μία κατάσταση, υπάρχει τρόπος μέτρησης της συχνότητας εμφάνισης στο πληθυσμό, διαθέτει σαφές σχέδιο παρέμβασης και πραγματοποιείται μέτρηση συχνότητας μετά τη παρέμβαση. Έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί της έννοιας πρόληψη. Μερικοί από αυτούς παραθέτονται:

Στόχοι της είναι :

- Η παροχή έγκυρης πληροφόρησης σχετικά με τις ουσίες στους νέους, απευθυνόμενη στις ιδιαίτερες ανάγκες τους
- Η παρέμβαση στους κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου όπως οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι ομάδες νεαρών παραβατών
- Η προώθηση των προστατευτικών παραγόντων που κάνουν λιγότερο πιθανή την κατάχρηση ουσιών
- Η ενδυνάμωση των νέων προκειμένου να λαμβάνουν υπεύθυνες αποφάσεις που οδηγούν σε υγιέστερους και ευτυχέστερους τρόπους ζωής
- Η καθυστέρηση της έναρξης της χρήσης στα νεανικά χρόνια και η μείωση των πιθανοτήτων για μετέπειτα προβλήματα που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών
- Η ενσωμάτωση γονέων, σχολείων, θρησκευτικών ομάδων, προγραμμάτων που απευθύνονται σε νέους εκτός σχολείου, ΜΜΕ, υπηρεσιών επιβολής του νόμου σε συντονισμένα και σταθερά προγράμματα
- Η μείωση της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής βλάβης που μπορεί να προκαλέσει η κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ και ναρκωτικών)

Από την εμπειρία που αποκομίστηκε σε ορισμένα κράτη μέλη προκύπτει ότι οι παρεμβάσεις για την πρόληψη των ναρκωτικών σε ατομικό επίπεδο μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές εάν υποστηρίζονται επίσης από κανονιστικές πολιτικές για τις νόμιμες ναρκωτικές ουσίες που μπορούν να περιορίσουν την πρόσβαση των νέων στις ουσίες αυτές και να περιορίσουν την κοινωνική αποδοχή τους. Ως εκ τούτου, οι στρατηγικές πρόληψης

σχετικά με το περιβάλλον που επιλαμβάνονται του κανονιστικού και πολιτισμικού πλαισίου της χρήσης ουσιών κερδίζουν έδαφος σε ορισμένες περιοχές της Ευρώπης.

Ο ρόλος των εκστρατειών στα μέσα ενημέρωσης θεωρείται ολοένα και περισσότερο ότι συνίσταται στην ενίσχυση της ευαισθητοποίησης (τη στήριξη, την ενίσχυση και την ενημέρωση του γενικού πληθυσμού σχετικά με το σκεπτικό των στρατηγικών για το περιβάλλον) παρά στην αλλαγή συμπεριφοράς. Στο πλαίσιο αυτό, συνιστάται οι εκστρατείες στα μέσα ενημέρωσης να χρησιμοποιούνται ως υποστηρικτικό μέτρο και όχι ως το μοναδικό μέτρο για την επίτευξη συμπεριφορικών αλλαγών.

(Σταθόπουλος, 2005)

8.3.1 Επίπεδα πρόληψης

Η πρόληψη διακρίνεται σε 3 επίπεδα:

Οι στρατηγικές πρόληψης, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή της εμφάνισης των προβλημάτων-στόχων, δηλαδή τη μείωση της επίπτωσης τους, απαρτίζουν αυτό που είναι γνωστό ως πρωτοβάθμια πρόληψη. Αυτός ο τύπος αντιμετώπισης προϋποθέτει επαρκή γνώση των αιτιολογικών μηχανισμών, καθώς και την ανάπτυξη τεχνικών ικανών να τους επηρεάσουν σε πρώιμο στάδιο. Εντούτοις, η πρωτοβάθμια πρόληψη είναι επίσης δυνατή σε περίπτωση προβλημάτων, των οποίων η αιτιολογία δεν είναι πλήρως κατανοητή, υπό τον όρο ότι θα μπορούσαν να προσδιορισθούν κάποιοι σημαντικοί παρεμβατικοί παράγοντες, επιδεκτικοί διορθώσεως. Πολλά προγράμματα πρόληψης στο πεδίο των ναρκωτικών είναι ανάλογα πρωτοποριακών παρεμβάσεων. Η πρωτοβάθμια πρόληψη είναι αποτελεσματική με τους ακόλουθους τρόπους: μέσω της εξάλειψης των παθογενετικών παραγόντων, μέσω του ελέγχου των συμβαλλουσών περιβαλλοντικών συνθηκών και μέσω της ενίσχυσης της αντιστάσεως του ξενιστή. Και οι τρεις τρόποι σχετίζονται με τα προβλήματα που συνδέονται με τα ναρκωτικά, αλλά η επιλογή προσέγγισης επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τις κοινωνικές αντιλήψεις και στάσεις, καθώς και από το είδος του δημόσιου φορέα που εφαρμόζει το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης απευθύνονται στο γενικό υγιή πληθυσμό με σκοπό να εμποδίσουν ή να καθυστερήσουν την εμφάνιση του φαινομένου της χρήσης και κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη επιστρατεύεται όταν το πρόβλημα έχει ήδη εμφανιστεί και στόχος της είναι να αποφευχθεί η εξάπλωση του προβλήματος. Η δευτεροβάθμια πρόληψη αποσκοπεί στη μείωση της επικράτησης της καταστάσεως-στόχου στα πλαίσια της κοινότητας. Απευθύνεται σε άτομα που υποφέρουν ήδη από το πρόβλημα και ονομάζεται παρέμβαση,

θεραπεία ή αποκατάσταση, ανάλογα με τη φύση και το ειδικό πλαίσιο αναφοράς του προγράμματος που εξετάζεται. Οι σκοποί της είναι η μείωση της διάρκειας του προβλήματος που επιλέχθηκε και ο περιορισμός της έκτασης της ατομικής και κοινωνικής βλάβης που προκαλεί. Η δευτεροβάθμια πρόληψη σχετίζεται, σε μεγάλο βαθμό, με τον έλεγχο της κατάστασης των ναρκωτικών. Ο επιτυχημένος έλεγχος των υπαρχουσών περιπτώσεων στα πλαίσια της κοινότητας προϋποθέτει την ύπαρξη αξιόπιστων συστημάτων πρώιμου προσδιορισμού και τη διαθεσιμότητα ταχείας και αποτελεσματικής θεραπείας. Δυστυχώς, στο βαθμό που αφορά τα προβλήματα που προκαλούνται από τα ναρκωτικά, συνήθως δεν καλύπτεται καμία από αυτές τις καταστάσεις. Όλα τα προγράμματα παρέμβασης πρέπει να είναι ευαίσθητα στις μεταβολές των συνθηκών και να υπάρχει η δυνατότητα προσαρμογής και τροποποίησης της δράσης τους σύμφωνα με τις τοπικές ανάγκες. Γι' αυτό το σκοπό, οι υπηρεσίες θεραπείας χρειάζονται να γνωρίζουν καλά τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν στις κοινότητες τους. Η δευτεροβάθμια πρόληψη τείνει να αποτελέσει την ευρύτερα προτιμώμενη μέθοδο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Αυτό μπορεί να οφείλεται κατά ένα μέρος τόσο στην αβεβαιότητα της προσέγγισης της πρωτοβάθμιας πρόληψης όσο και στην αυξανόμενη πίεση για δράση, η οποία ανακύπτει, όταν αυξάνεται ο αριθμός των χρηστών σε μια κοινότητα.

Η τριτοβάθμια πρόληψη τίθεται σε ενέργεια, προκειμένου να μην καταστεί χρόνιο το πρόβλημα της εξάρτησης, αλλά και για να ελαττωθούν οι επιπτώσεις που δεν αποτράπηκαν. Στο επίπεδο αυτό λειτουργούν και η θεραπεία και η επανένταξη των ατόμων. Στο τριτοβάθμιο επίπεδο, ο στόχος της πρόληψης είναι η επίτευξη και διατήρηση βελτιωμένου επιπέδου ατομικής λειτουργικότητας, όπως και η αποκατάσταση. Η επιτυχία της εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατάλληλη παρέμβαση στο δευτεροβάθμιο επίπεδο. Η διατήρηση ή η πρώιμη αποκατάσταση της κοινωνικής επικοινωνίας και των δικτύων υποστήριξης του ατόμου, καθώς και η οργάνωση αποτελεσματικών προγραμμάτων παρακολούθησης, αποτελούν παραδείγματα αντικειμενικών στόχων, που αφορούν και τα δυο επίπεδα πρόληψης. Άλλα είναι η αποφυγή των αρνητικών αποτελεσμάτων της ιδρυματοποίησης, του χαρακτηρισμού και της προκατάληψης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί καλύτερα με τον έγκαιρο χειρισμό των περιπτώσεων με προβλήματα ναρκωτικών. Ειδικότερα, η τριτοβάθμια πρόληψη μπορεί να περιλαμβάνει την οργάνωση μεταβατικών προγραμμάτων, προγραμμάτων. (Σταθόπουλος, 2005)

8.3.2 Επίπεδα πρόληψης στην ουσιοεξάρτηση (προγράμματα πρόληψης ΚΕΘΕΑ)

Από τον τομέα πρόληψης του ΚΕΘΕΑ εφαρμόζονται προγράμματα:

α. Πρωτογενούς πρόληψης που απευθύνονται στη σχολική κοινότητα και στις ομάδες που την απαρτίζουν (γονείς, εκπαιδευτικούς, μαθητές) και στο σύνολο της τοπικής κοινωνίας για τους φορείς που σχετίζονται με την εκπαίδευση και την κοινωνικοποίηση των νέων αλλά και με την αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης ουσιών (επαγγελματίες υγείας, στελέχη τοπικής αυτοδιοίκησης, αστυνομικούς, στρατευμένους, κληρικούς). Αφορούν στην πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και άλλων συμπεριφορών, βλαπτικών για την ψυχική και τη σωματική υγεία των νέων.

Στόχο έχουν:

- την έγκαιρη, έγκυρη και επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης και τις βασικές αρχές πρόληψης
- την ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων ως προς τη χρήση ουσιών και την μείωση των παραγόντων κινδύνου
- την προώθηση της προσωπικής και κοινωνικής εκπαίδευσης για την ανάπτυξη συναισθηματικών, γνωστικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, καθώς και την αύξηση της αντίστασης απέναντι στις εξαρτήσεις
- την προώθηση και ανάπτυξη υγιών στάσεων ζωής

β. Δευτερογενούς πρόληψης, που απευθύνονται σε ομάδες «υψηλού κινδύνου» (νέοι που έχουν διακόψει το σχολείο, κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες, νέοι με αντικοινωνική συμπεριφορά, κλπ), άτομα που κάνουν χρήση ουσιών σε πειραματική/περιστασιακή βάση και ομάδες επαγγελματιών που έρχονται σε επαφή με χρήστες ουσιών κατά την άσκηση του επαγγελματικού τους ρόλου

Στόχο έχουν :

- την ενημέρωση για τις συνέπειες της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών
- την ενίσχυση της δυνατότητας αντιμετώπισης του πειραματισμού
- την ενίσχυση των προσωπικών δεξιοτήτων για την ανάπτυξη των δυνατοτήτων αντίστασης και αντιμετώπισης των πρώτων σταδίων του πειραματισμού

γ. Προγράμματα τριτογενούς πρόληψης που απευθύνονται σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών και σε γονείς - συγγενείς χρηστών

Στόχο έχουν:

- την κινητοποίησή τους για τη διαχείριση του προβλήματος

- την αξιοποίηση του υπάρχοντος δικτύου υπηρεσιών: θεραπευτικά προγράμματα και άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες
 - την παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής για την ορθότερη διαχείριση του προβλήματος
 - την παροχή πληροφοριών για την αξιοποίηση των πηγών βοήθειας στην οικογένεια
- (Τομέας πρόληψης ΚΕΘΕΑ)

8.3.3 Κέντρα πρόληψης εξαρτησιογόνων ουσιών

Τα Κέντρα Πρόληψης, καθώς και φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης, επεκτείνουν τις δράσεις τους σε τοπικούς φορείς και ομάδες της τοπικής κοινότητας που «επηρεάζουν σημαντικά το κοινωνικό γίγνεσθαι των τοπικών κοινωνιών (αιρετοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, εκπρόσωποι εργαζομένων, εκπρόσωποι της Εκκλησίας, σύλλογοι κτλ.), έχουν άμεση επαφή με παιδιά και νέους (π.χ. πρόσκοποι, αθλητικοί και πολιτιστικοί σύλλογοι) και μπορούν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη των εξαρτήσεων και να λειτουργήσουν ως πολλαπλασιαστές (π.χ. επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εθελοντές πολίτες)» (<http://www.pyxida.org.gr>). 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.

Όσον αφορά τη δικτύωση με φορείς και ανθρώπους-κλειδιά των τοπικών κοινωνιών, τα Κέντρα Πρόληψης πραγματοποιούν ενημερωτικές συναντήσεις με μέλη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, τοπικούς φορείς και συλλόγους, προκειμένου να αναπτύξουν ένα πλαίσιο συνεργασίας και να διευκολύνουν το έργο τους στην τοπική κοινότητα. Επίσης, η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η κινητοποίηση φορέων και ομάδων της κοινότητας στην πρόληψη επιδιώκονται μέσα από τη διοργάνωση ανοικτών συναντήσεων, ημερίδων και ομιλιών, καθώς και τη δημιουργία και τη διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων τόσο του ΟΚΑΝΑ όσο και των Κέντρων Πρόληψης και άλλων φορέων που δραστηριοποιούνται στην πρόληψη, αλλά και φορέων από το χώρο της αντιμετώπισης των ουσιοεξάρτησης. Τα Κέντρα Πρόληψης οργανώνουν εκπαιδευτικά σεμινάρια για τη δημιουργία εθελοντικών ομάδων ή για τη συμμετοχή στην πρόληψη ήδη διαμορφωμένων δικτύων εθελοντών (π.χ. εθελοντές Ερυθρού Σταυρού), ενώ στη συνέχεια παρέχουν υποστηρικτικές συναντήσεις για την ενίσχυση και την υποστήριξη των δράσεων των εθελοντών στον τομέα της πρόληψης.

Με βάση το μοντέλο ανάπτυξης του εθελοντισμού σε τοπικό επίπεδο λειτουργεί η Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ για έναν άλλο τρόπο ζωής, συμμετέχει ένας σημαντικός αριθμός ενεργών πολιτών της Πάτρας (www.krachaia.gr). Στο πλαίσιο της προσέγγισης νέων, τα Κέντρα Πρόληψης, συνεργάζονται με τις τοπικές μονάδες Ενόπλων Δυνάμεων και πραγματοποιούν ενημερωτικές συναντήσεις με στρατευμένους και μόνιμα στελέχη σχετικά με τις εξαρτησιογόνες ουσίες, τη διάσταση του προβλήματος και τις επιπτώσεις της χρήσης, καθώς και τους παράγοντες κινδύνου και τους προστατευτικούς παράγοντες σχετικά με τη χρήση ουσιών και την εξάρτηση. Κατά τη διάρκεια του 2010 πραγματοποιήθηκαν 9 παρεμβάσεις με τη συμμετοχή 7.425 στρατευμένων και μόνιμων στελεχών. Παράλληλα, τα Κέντρα Πρόληψης υλοποιούν εκπαιδευτικά σεμινάρια για μόνιμα στελέχη και μέλη των υγειονομικών υπηρεσιών προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν σχετικά με την πρόληψη και τις ανάγκες των στρατευμένων και να διερευνήσουν τρόπους διαχείρισης περιστατικών χρήσης. Σώματα Ασφαλείας. Τα Κέντρα Πρόληψης πραγματοποιούν ενημερωτικές συναντήσεις με στελέχη Σωμάτων Ασφαλείας (συμπεριλαμβανομένων και λιμενικών, συνοριοφυλάκων, ειδικών φρουρών, Δημοτικής Αστυνομίας), καθώς και των εκπαιδευομένων στις σχολές τους προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν στη φιλοσοφία της πρόληψης και να διερευνήσουν τρόπους διαχείρισης περιστατικών χρήσης.

Τα Κέντρα Πρόληψης πραγματοποιούν ενημερωτικές συναντήσεις με επαγγελματίες υγείας με στόχο την ενημέρωσή τους για το έργο της πρόληψης, την ανάπτυξη συνεργασίας, καθώς και την ευαισθητοποίησή τους για την αντιμετώπιση περιστατικών χρήσης. Επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με νέους. Τα Κέντρα Πρόληψης υλοποιούν παρεμβάσεις για επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με νέους (όπως για παράδειγμα ομαδάρχες κατασκηνώσεων, ιερείς, κατηχητές κτλ.). Στόχος αυτών των παρεμβάσεων είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση στη φιλοσοφία και στις αρχές της πρόληψης.

Επίσης, το Κέντρο Πρόληψης του Ιδρύματος Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών πραγματοποιεί εκπαιδευτικά σεμινάρια για κατηχητές σχετικά με την ουσιοεξάρτηση.

Στο πλαίσιο της ενημέρωσης και της ευαισθητοποίησης της κοινότητας, τα Κέντρα Πρόληψης, καθώς και άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης, χρησιμοποιούν το διαδίκτυο προκειμένου να παρέχουν πληροφορίες τόσο για τις παρεμβάσεις που αναπτύσσουν όσο και για την πρόληψη, τις ουσίες κτλ.

Επίσης, τα Κέντρα Πρόληψης, καθώς και άλλοι φορείς, αξιοποιούν το διαδίκτυο τόσο για την προώθηση των δράσεων που υλοποιούν, όσο και για την επικοινωνία σχετικά με θέματα που αφορούν την πρόληψη. Ενδεικτικά αναφέρονται ο ΔΙΑΥΛΟΣ (διμηνιαίο ηλεκτρονικό δελτίο 25 Κέντρων Πρόληψης και της Κίνησης ΠΡΟΤΑΣΗ για έναν άλλο τρόπο ζωής, επίσης), η ΠΥΞΙΔΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ (περιοδική ηλεκτρονική έκδοση του Κέντρου Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας Βορειοδυτικού Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης ΠΥΞΙΔΑ) και το περιοδικό ηλεκτρονικό δελτίο του Κέντρου Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ανατολικού Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης ΕΛΠΙΔΑ.

8.3.4 Κινητή μονάδα ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ

Η Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ (ΚΜΕ ΠΗΓΑΣΟΣ) του ΚΕΘΕΑ υλοποιεί βραχύχρονες παρεμβάσεις σε όλη την Ελλάδα στο πλαίσιο της ανταπόκρισης αιτημάτων από τοπικούς φορείς. Με το ειδικά διαμορφωμένο λεωφορείο οι αποστολές του ΠΗΓΑΣΟΥ απευθύνονται στις τοπικές κοινωνίες και περιλαμβάνουν συναντήσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, βιωματικά εργαστήρια, καθώς και πολιτιστικές και αθλητικές εκδηλώσεις, ενώ συμμετέχει σε φεστιβάλ και σε καλλιτεχνικές και αθλητικά γεγονότα. Κατά τη διάρκεια του 2010 πραγματοποιήθηκαν οι εξής δράσεις:

1. σε σχολεία και πανεπιστημιακά ιδρύματα του Νομού Αττικής: α) δίωρες ενημερωτικές συναντήσεις με 2.030 μαθητές, 112 εκπαιδευτικούς και 33 γονείς από 17 σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκ -παίδευσης, β) δίωρες ενημερωτικές συναντήσεις με 866 μαθητές και 30 καθηγητές σε πέντε σχολές μαθητείας ΟΑΕΔ, γ) παρουσίαση αφισών στο πλαίσιο της παρέμβασης «Οι νέοι οραματίζονται την πρόληψη» σε δύο τμήματα της Σχολής Γραφιστικής του ΤΕΙ Αθηνών με συμμετοχή 19 σπουδαστών, δ) εβδομαδιαία παρέμβαση στο ΤΕΙ Αθηνών σε συνεργασία με την Κοινωνική Υπηρεσία του ΤΕΙ
2. παρεμβάσεις στις τοπικές κοινότητες: α) σε τρεις δήμους (Αθηνών, Βόλου, Μεταμόρφωσης): στάθμευση του λεωφορείου σε κεντρικό σημείο κάθε πόλης ώστε να είναι εύκολη η πρόσβαση ενδιαφερομένων, β) δίωρες ενημερωτικές συναντήσεις με την τοπική κοινότητα 2 δήμων (Νέου Ηρακλείου Αττικής, Λέρου) με τη συμμετοχή 110 ατόμων, γ) ημερίδα στην Αθήνα για τις Ένοπλες Δυνάμεις με τη συμμετοχή 50 στρατευσίμων, δ) συναντήσεις με 31 εθελοντές στην πρόληψη

3. παρεμβάσεις για νέους σε χώρους δια -σκέδασης και σε χώρους αθλητισμού: α) σε τρία φεστιβάλ νέων και β) σε αγώνες μπάσκετ στο ΟΑΚΑ
4. συναντήσεις συμβουλευτικής σε θέματα ουσιοεξάρτησης: α) 17 συναντήσεις με χρήστες και 6 συναντήσεις με συγγενείς και φίλους χρηστών και β) συναντήσεις με 11 άτομα σε θέματα πρόληψης
(Τομέας πρόληψης ΚΕΘΕΑ)

8.4. Πρόληψη στα σχολεία

Οι νέοι που κινδυνεύουν να εγκαταλείψουν πρόωρα το σχολείο ή/και έχουν προβλήματα συμπεριφοράς αποτελούν όλο και περισσότερο το στόχο επικεντρωμένης πρόληψης, για παράδειγμα στην Ιταλία, όπου το 15 % περίπου των παρεμβάσεων πρόληψης στα σχολεία στοχεύει ευάλωτες υποομάδες μαθητών (επικεντρωμένη και εξειδικευμένη πρόληψη). Οι κύριες υποομάδες που αποτελούν στόχο της επικεντρωμένης πρόληψης στα σχολεία είναι μαθητές με προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς, μαθησιακά προβλήματα ή οικογενειακά προβλήματα, μετανάστες μαθητές και μαθητές που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες. Στην πραγματικότητα, οι σχολικές επιδόσεις και η παρακολούθηση των μαθημάτων αποτελούν βασικά κριτήρια πρόβλεψης προβλημάτων ναρκωτικών και η παρακολούθησή τους επιτρέπει την έγκαιρη και ακριβή παρέμβαση.

Η πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου βρίσκεται στο επίκεντρο των προγραμμάτων πρόληψης ναρκωτικών σε αρκετά κράτη μέλη. Το σχέδιο HUP στην κομητεία Storstrom της Δανίας αποβλέπει στην αύξηση του μέσου όρου ολοκλήρωσης της φοίτησης στο σχολείο από το 75 % στο 95 %, που αποτελεί τον εθνικό στόχο, δίνοντας έμφαση στους ευάλωτους μαθητές. Παρόμοια προγράμματα αναφέρονται στην Ιρλανδία, την Πορτογαλία (47 σχέδια) τη Ρουμανία (ένα σχέδιο) και τη Νορβηγία (φυλλάδια για εκπαιδευτικούς). Ο περιορισμός του φαινομένου της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου αποτελεί επίσημο στόχο της εθνικής στρατηγικής της Ιρλανδίας, αποβλέποντας σε μείωση 10 % σε σχέση με τα ποσοστά του 2005 στους τομείς των τοπικών ομάδων δράσης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Οι μαθητές που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο αποτελούν στόχο προγραμμάτων επικεντρωμένης πρόληψης στη Μάλτα, ενώ στη Γαλλία και τη Σλοβακία παρέχονται συμβουλευτικές υπηρεσίες σε σχολεία στη βάση παραπομπής.

Οι προσεγγίσεις πρόληψης βάσει προγραμμάτων κερδίζουν έδαφος στο πλαίσιο της πρόληψης στα σχολεία. Η πρόληψη βάσει προγραμμάτων συνεπάγεται τυποποιημένη εφαρμογή στο πλαίσιο ενός συγκεκριμένου αριθμού συνεδριών, καθεμία από τις οποίες έχει

επακριβώς καθορισμένο περιεχόμενο και συνοδεύεται από αναλυτικό υλικό για τους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η παρακολούθηση και η αξιολόγηση και αυξάνεται η ακρίβεια, η πιστότητα και η συνέπεια των παρεμβάσεων, με αποτέλεσμα την υψηλής ποιότητας εφαρμογή τους. Ως εκ τούτου, περισσότερα κράτη μέλη σε σχέση με το παρελθόν επιδίδονται στην παρακολούθηση παρεμβάσεων πρόληψης στο σχολείο (Τσεχική Δημοκρατία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Κύπρος, Ουγγαρία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο). Τα αποτελέσματα του πρώτου ευρωπαϊκού δοκιμαστικού προγράμματος πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών (www.eudap.net) ήταν ενθαρρυντικά. Με χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το πρόγραμμα υλοποιήθηκε και αξιολογήθηκε σε επτά χώρες, εννέα περιφερειακά κέντρα και 143 σχολεία με τη συμμετοχή 7 000 μαθητών (3 500 στην ομάδα δοκιμής και 3 500 στην ομάδα ελέγχου). Το EU-Dap αναφέρει ότι, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι μαθητές της ομάδας δοκιμής είχαν 26 % μικρότερη πιθανότητα να καπνίζουν σε ημερήσια βάση, 35 % μικρότερη πιθανότητα να είναι συχνά μεθυσμένοι και 23 % μικρότερη πιθανότητα να κάνουν χρήση κάνναβης. Μια συγκρίσιμη ερευνητική προσέγγιση στο πλαίσιο προγράμματος είναι το Blueprint στο Ηνωμένο Βασίλειο (30). Επιπλέον, μεγαλύτερη προσοχή δίνεται πλέον στην αυστηρότερη τεχνική καθοδήγηση και στην καλύτερη κάλυψη κατά την εφαρμογή της πρόληψης στα σχολεία (π.χ. στη Γαλλία και την Ιρλανδία).

8.5 Πρόληψη στη δημόσια υγεία

Ενώ η προαγωγή της υγείας – ως απαραίτητη προϋπόθεση για την πρόληψη – συνίσταται στην παρότρυνση των ατόμων να υιοθετήσουν υγιεινό τρόπο ζωής και στη δημιουργία υγιεινών συνθηκών διαβίωσης για όλους, ο νέος όρος «πρόληψη στη δημόσια υγεία» («public health prevention») μνημονεύεται όλο και πιο συχνά από ορισμένα κράτη μέλη (Ιταλία, Κάτω Χώρες, Σλοβακία) και τη Νορβηγία. Η πρόληψη στη δημόσια υγεία συνεπάγεται ένα ευρύ φάσμα μέτρων πρόληψης που αποσκοπούν στη βελτίωση της υγείας ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων, μεταξύ των οποίων και πρόληψη των ναρκωτικών. Τα μέτρα αυτά είναι ειδικά προσαρμοσμένα στις ανάγκες των νέων, των οποίων οι προβληματικές συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ναρκωτικών, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον βαθμό ευπάθειας (κοινωνικής και προσωπικής) και από τις συνθήκες διαβίωσης. Ως εκ τούτου, καθώς οι στρατηγικές επικεντρωμένες και εξειδικευμένες πρόληψης στοχεύουν συνθήκες κινδύνου σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο, συνδέονται όπως είναι φυσικό με άλλες πολιτικές δημόσιας υγείας που αφορούν τους νέους

(στρατηγικές για την ψυχική υγεία των εφήβων που αφορούν διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές ελλειμματικής προσοχής), κοινωνικές πολιτικές (παροχή χώρων ψυχαγωγίας και υποστήριξης σε ευάλωτους νέους ή άπορες οικογένειες), εκπαιδευτικές πολιτικές (περιορισμός του φαινομένου της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου) κλπ. Έτσι, η πρόληψη στη δημόσια υγεία στοχεύει το σύνολο των παραγόντων ευπάθειας, των οποίων η αντιμετώπιση είναι απαραίτητη για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών μέσω της εξασφάλισης της συμμετοχής υπηρεσιών και τομέων που δεν έχουν εξ ορισμού αντικείμενό τους τα ναρκωτικά.

8.6. Εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού

Την περίοδο της κοινωνικής επανένταξης όπου το άτομο βρίσκεται στην τελική φάση της θεραπείας, γίνονται προσπάθειες για την ομαλή ενσωμάτωση του στην κοινωνία. Όμως, ο στόχος δεν είναι μόνο αυτός. Εξίσου σημαντικό πέρα από την σταθερή ένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο, είναι και η ενεργή και παραγωγική συμμετοχή του στην κοινωνία. Αυτό το επιτυγχάνει ο πρώην χρήστης σε συνδυασμό με τη βοήθεια του θεραπευτικού πλαισίου το οποίο στηρίζει το άτομο στην σταθερή αποχή του από τις εξαρτησιογόνες ουσίες, στην πρόληψη της υποτροπής, καθώς και με τη δημιουργία λειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων, με τον επαγγελματικό προσανατολισμό και την επαγγελματική αποκατάσταση αλλά και με την απόκτηση δεξιοτήτων για την επίλυση δυσκολιών της ζωής (αυτονόμηση). (Πουλόπουλος και συν., 2004)

8.6.1. Στοιχεία για τον κοινωνικό αποκλεισμό που σχετίζεται με την ουσιοεξάρτηση

Έχει αποδειχθεί ότι άτομα τα οποία είναι ήδη αποκλεισμένα από την κοινωνία καταφεύγουν στην χρήση ψυχοτρόπων ουσιών. Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα ναρκωτικά(EMCDDA) το 45,8% των χρηστών στην Ευρώπη είναι άνεργοι ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό φτάνει το 64,3%. Ακόμα οι μισοί από τους χρήστες που έχουν απευθυνθεί σε θεραπευτικά προγράμματα έχουν εγκαταλείψει το σχολείο ενώ πολλοί από αυτούς δεν έχουν τελειώσει καν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Στο χώρο της φυλακής επίσης, φαίνεται ότι το 54% των κρατουμένων κάνει χρήση ενώ το 34% αυτών κάνει ενδοφλέβια. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης (ΕΚΤΕΠΝ), το ποσοστό των Ελλήνων χρηστών που απευθύνθηκαν σε θεραπευτικά προγράμματα το 2001 και ήταν άστεγοι ανέρχεται στο 4,9%. Τα παιδιά των

οποίων οι γονείς είναι τοξικομανείς έχουν διπλάσια πιθανότητα να κάνουν χρήση και τα ίδια στο μέλλον από τα παιδιά των μη- χρηστών. Επίσης το ποσοστό είναι μεγάλο και για τα παιδιά τα οποία βρίσκονται στο δρόμο αλλά και για αυτά τα οποία βρίσκονται σε αναμορφωτήριο. Στη Γαλλία το ποσοστό αυτό φτάνει το 65% ενώ στη Φιλανδία το 40%. (Πουλόπουλος και συν., 2004)

Βέβαια, πρέπει να παραδεχθούμε ότι η χρήση ουσιών είναι από μόνη της αρκετή για την κοινωνία ώστε να ωθήσει τα άτομα αυτά στο περιθώριο. Ουσιαστικά, απωθεί ότι δεν αναγνωρίζει ως όμοιο της. «Ο κοινωνικός αποκλεισμός, λοιπόν, έχει στη βάση του το μηχανισμό της άρνησης του άλλου ως όμοιου, της άρνησης δηλαδή των ενσωματωμένων να αναγνωρίσουν και να δεχθούν ότι αυτοί οι άλλοι είναι όμοιοι τους και μπορεί οποιαδήποτε στιγμή να βρεθούν στη θέση τους.» (Μάτσα, 2004:254) Ο κοινωνικά αποκλεισμένος χρήστης από την άλλη μεριά βιώνει αυτή την απόρριψη από την κοινωνία σαν προσωπική αποτυχία και πολλές φορές αντιδρά προκαλώντας φαινομενικά μία ρήξη ανάμεσα στον ίδιο και την κοινωνία και τους θεσμούς της. Στην πραγματικότητα όμως αυτό είναι δύσκολο να συμβεί διότι τα περισσότερα άτομα που κάνουν χρήση, δεν έχουν καταφέρει να δημιουργήσουν αληθινές σχέσεις με άλλους. (Πουλόπουλος και συν., 2004)

8.6.2. Κοινωνική επανένταξη μέσω εκπαίδευσης – επαγγελματικής αποκατάστασης

Πιο συγκεκριμένα, για να επιτευχθεί η επαγγελματική αποκατάσταση του πρώην εξαρτημένου, δίνεται έμφαση στην κάλυψη των εκπαιδευτικών του ελλείψεων και στην επαγγελματική του κατάρτιση. Το άτομο ωθείται στην ολοκλήρωση των σπουδών του, εάν τις έχει εγκαταλείψει στο παρελθόν, στηρίζεται για την συμμετοχή του σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες, ενισχύεται στην απόφαση του για επαγγελματική κατάρτιση και εξειδίκευση. Στα παραπάνω συμβάλλουν τα θεραπευτικά προγράμματα μέσω ειδικών εκπαιδευτικών δομών που λειτουργούν σε αυτά, όπως είναι το Μεταβατικό Σχολείο Εφήβων (ΚΕΘΕΑ), το Πρόγραμμα Σχολικής Εκπαίδευσης (Πρόγραμμα Αργώ), το Σχολείο Ενηλίκων (ΚΕΘΕΑ) κ.α. Αυτές οι δομές προετοιμάζουν τους πρώην χρήστες για τη συμμετοχή τους σε προαγωγικές εξετάσεις ενώ στην επαγγελματική κατάρτιση τους βοηθούν ειδικά προγράμματα κατάρτισης που λειτουργούν στο πλαίσιο της επανένταξης ή Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΘΕΑ, ΟΚΑΝΑ) τα οποία προσφέρουν συνοδευτικές υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως συμβουλευτική σε θέματα εργασίας και υποστήριξη για την εξεύρεση εργασίας. (Ι.Κ. Κούκου,2004) (ΚΕΘΕΑ, Απολογισμός έργου, 2008-9). Αντιλαμβανόμαστε τη σπουδαιότητα της εύρεσης εργασίας των πρώην χρηστών διότι μόνο

έτσι θα καταφέρουν να αποκτήσουν μία θέση στην κοινωνία. Μέσω λοιπόν της επαγγελματικής τους ταυτότητας τα άτομα αυτά θα μπορέσουν να έχουν πρόσβαση στις λειτουργίες και δομές της. Θα καταφέρουν να γίνουν αποδεχτοί και να αναπτύξουν κοινωνικούς δεσμούς. Επιπρόσθετα , πολύ σημαντικό για να καταφέρουν τα άτομα αυτά να ενταχθούν στην κοινωνία είναι η εύρεση κατοικίας που του εξασφαλίζει την ανεξαρτησία του αλλά και η επίλυση τυχόν νομικών υποθέσεων που μπορεί να έχει. Τέλος μεγάλη έμφαση δίνεται στο να μάθει το άτομο κάποιες κοινωνικές δεξιότητες οι οποίες θα το βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν. Αυτές οι δεξιότητες είναι: η ανάληψη ευθυνών, η ανάληψη αποφάσεων σε όλους τους προσωπικούς τομείς, η ενίσχυση του αυτοσεβασμού, η εκμάθηση νέων τρόπων επικοινωνίας, η αντιμετώπιση κρίσεων και η επίλυση συγκρούσεων και η δημιουργία αίσθησης ασφάλειας και εμπιστοσύνης. (Πουλόπουλος και συν., 2004)

8.7. Ανάγκη συμμετοχής στελεχών της Κοινωνικής Εργασίας στη χάραξη εθνικής πολιτικής για τον κοινωνικό αποκλεισμό των απεξαρτημένων ατόμων.

Η χάραξη εθνικής πολιτικής μπορεί να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις του κοινωνικού αποκλεισμού των απεξαρτημένων ατόμων, αιτία του οποίου είναι να στιγματίζονται τα άτομα αυτά και να περιθωριοποιούνται. Δεν απολαμβάνουν τις ίδιες ευκαιρίες, την ισότιμη πρόσβαση σε παροχές/κοινωνικά αγαθά και κοινωνικά δικαιώματα. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι πιθανό να ωθήσουν τους πρώην χρήστες σε υποτροπές, καθώς οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν είναι μεγάλες.

Στη χάραξη της εθνικής πολιτικής θα πρέπει να συμμετέχουν - εκτός από τους εκπροσώπους δικαστικών αρχών, υπουργείων, δικηγορικών συλλόγων - εκπρόσωποι των προγραμμάτων απεξάρτησης και επανένταξης ανάμεσα στους οποίους και κοινωνικοί λειτουργοί. Οι επιστημονικές γνώσεις των κοινωνικών λειτουργών, αλλά κυρίως η άμεση επαφή με το φαινόμενο στο σύνολό του θα ωφελήσουν την εθνική πολιτική να κινηθεί σε δίκαια πλαίσια προς όφελος των εξυπηρετούμενων.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να διεκδικήσουν και να προτάξουν ως πρωτεύουσας σημασίας την αλλαγή του νομοθετικού πλαισίου αναφορικά με την επιβολή ποινών στους χρήστες, τη δημιουργία ξενώνων για απεξαρτημένους που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στέγασης, την οικονομική ενίσχυση των προγραμμάτων απεξάρτησης, τη συμμετοχή εκπροσώπων των απεξαρτημένων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που τους αφορούν, την ενημέρωση και επιμόρφωση σχετικών με το φαινόμενο επαγγελματικών

κλάδων (δικαστικών, αστυνομικών, σωφρονιστικών υπαλλήλων και νομικών). Τέλος την επαγγελματική κατάρτιση και ένταξη στην αγορά εργασίας των απεξαρτημένων ατόμων μέσω προγραμμάτων, αλλά κυρίως μέσω της ευαισθητοποίησης των εργοδοτών και της κοινής γνώμης. (Κατσούλης και συν., 2005)

8.8. Ανακεφαλαίωση

Το κεφάλαιο που προηγήθηκε, έχει ιδιαίτερη σημασία στην προσπάθεια κοινωνικής αλλαγής στο φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. Ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιώντας τις μεθόδους της κοινοτικής εργασίας, έχει την δυνατότητα να επιτύχει την κινητοποίηση του πληθυσμού, να συντονίσει την συνεργασία υπηρεσιών και να διαμορφώσει σε τοπικό επίπεδο την κοινωνική πολιτική προς το επιθυμητό αποτέλεσμα. Οι προσεγγίσεις που μπορεί να χρησιμοποιήσει είναι η κοινοτική δράση, η κοινοτική ανάπτυξη, η κοινοτική οργάνωση, η κοινοτική εκπαίδευση, ο κοινωνικός σχεδιασμός και η αποκέντρωση υπηρεσιών. Η πρόληψη είναι ένα πεδίο στο οποίο ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να εργαστεί με στόχο να πετύχει την μείωση της συχνότητας ενός προβλέψιμου και με αρνητικές συνέπειες φαινομένου όπως είναι η ουσιοεξάρτηση. Σε πρωτογενές επίπεδο η πρόληψη αφορά την αποφυγή της εμφάνισης του προβλήματος, σε δευτερογενές επίπεδο αφορά στην αποφυγή της εξάπλωσης του προβλήματος όταν αυτό ήδη υπάρχει και σε τριτογενές επίπεδο αφορά στην αποφυγή παγίωσης του προβλήματος. Τα κέντρα πρόληψης όπως και η κινητή μονάδα ΠΗΓΑΣΟΣ εργάζονται προς αυτές τις κατευθύνσεις. Τέλος, μία από τις πιο σημαντικές δράσεις που οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να υιοθετήσουν, είναι η διεκδίκηση συμμετοχής στην χάραξη εθνικής πολιτικής για την κοινωνική επανένταξη των απεξαρτημένων, για την εξάλειψη των προκαταλήψεων και ισότιμη συμμετοχή των ατόμων αυτών στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας έγινε με σκοπό να διερευνηθεί με ποιον τρόπο μπορεί η κοινωνική εργασία να προκαλέσει κοινωνική αλλαγή στο ζήτημα της ουσιοεξάρτησης. Καθώς το επίκεντρο της κοινωνικής εργασίας είναι το άτομο, το περιβάλλον και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση, η κοινωνική εργασία έχει αναπτύξει μεθοδολογίες για να προσεγγίζει άτομα, ομάδες και κοινότητες. Παρά τις διαφορές μεταξύ των μεθόδων αυτών, όλες μπορούν να προσφέρουν στην πρόκληση της κοινωνικής αλλαγής, η καθεμιά με τον δικό της τρόπο. Η κοινωνική εργασία με άτομα, δύναται να προκαλέσει αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου και να το καταστήσει φορέα κοινωνικής αλλαγής μέσα από την αλληλοεξαρτώμενη σχέση που έχει με το περιβάλλον του. Με παρόμοιο τρόπο, η κοινωνική εργασία με ομάδες προσφέρει το γνωστικό υπόβαθρο που απαιτείται, μπορεί να δημιουργήσει υπεύθυνες ομάδες ατόμων που λαμβάνουν πρωτοβουλίες και δράση και θέτουν στόχους για την πρόκληση κοινωνικών αλλαγών. Τέλος, η κοινωνική εργασία με κοινότητα αποτελεί την πιο ευδιάκριτη από τις τρεις μεθόδους, ως προς την συμβολή της στην κοινωνική αλλαγή. Είτε θα είναι συντηρητική και θα επιδιώκει την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα στις υπάρχουσες κοινωνικές σχέσεις και στους συσχετισμούς ισχύος, είτε θα είναι πιο ριζοσπαστική και θα επιδιώκει την ανακατανομή ισχύος και την διεκδίκηση δικαιωμάτων των λιγότερο ισχυρών. Με το γνωστικό υπόβαθρο που προσφέρει η μεθοδολογία της κοινωνικής εργασίας λοιπόν, υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπιστούν τα ψυχολογικά και τα κοινωνικοπολιτισμικά αίτια του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης. Από τα ευρήματα της βιβλιογραφικής μας έρευνας, μπορούμε να καταλήξουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Η κοινωνική εργασία με άτομα και ομάδες, αξιοποιώντας στοιχεία ψυχοθεραπευτικών μοντέλων, παρέχει εξειδικευμένες γνώσεις που αφορούν στις ψυχικές λειτουργίες του εξαρτημένου ατόμου ή τα δυναμικά μιας ομάδας εξαρτημένων ατόμων. Το εξαρτημένο από ουσίες άτομο, έχει υποστεί μια διαδικασία αποδόμησης, που ακυρώνει τον κοινωνικό του χαρακτήρα και έχει απολέσει το νόημα της ζωής του. Αυτό το χαμένο νόημα, ανακτάται ξανά μέσα από την ψυχοθεραπεία, που τον βοηθά να επαναπροσεγγίσει τον εαυτό του και τον κόσμο, ωθώντας τον προς την αλλαγή των μέχρι πρότινος λειτουργιών του. Σημαντικοί παράγοντες σε αυτήν την προσπάθεια είναι η θεραπευτική σχέση, το είδος και η εντατικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης που θα επιλεγεί και τέλος τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή και του χρήστη.

- Η κοινωνική εργασία με τις οικογένειες των εξαρτημένων, οι οποίες αντιμετωπίζονται ως μία μικρή κοινωνική ομάδα υπό το πρίσμα της θεωρίας των οικοσυστημάτων, θεωρείται απαραίτητη για την θετική έκβαση της διαδικασίας απεξάρτησης του μέλους της. Η θεραπευτική παρέμβαση θα φέρει την οικογένεια αντιμέτωπη με τις εξαρτητικές σχέσεις των μελών της, τις συγκρούσεις, το ενδεχόμενο ενδοοικογενειακής βίας και την έλλειψη ορίων, με σκοπό την αλλαγή της λειτουργίας και της δομής της. Ωστόσο, για την ουσιαστική αλλαγή του φαινομένου μακροπρόθεσμα, δεν θα μπορέσουμε να μην τονίσουμε την σημασία της πρόληψης στην οικογένεια και τους γονείς, ακόμα και αν το πρόβλημα της εξάρτησης δεν εμφανίζεται στους κόλπους της. Τα προγράμματα πρόληψης στην οικογένεια του ΚΕΘΕΑ που ενδεικτικά περιλήφθηκαν στην εργασία μας, καταδεικνύουν την σημασία της ευαισθητοποίησης, της βαθύτερης κατανόησης της κατάχρησης ουσιών και της στήριξης της οικογένειας στην προστασία της συναισθηματικής και κοινωνικής υγείας των μελών της.
- Η κοινωνική εργασία με κοινότητες στοχεύει από την μεριά της με πιο άμεσο τρόπο στην πρόκληση σκόπιμης κοινωνικής αλλαγής στο φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, χρησιμοποιώντας μεθόδους παρέμβασης της κοινοτικής εργασίας, όπως για παράδειγμα την κοινοτική εκπαίδευση και τον κοινωνικό σχεδιασμό. Ένα άλλο μέσο προς αυτή την κατεύθυνση είναι οι διύπηρεσιακές προσεγγίσεις του φαινομένου, με την συνεργασία φορέων που με την πείρα τους θα συντονίσουν τις δράσεις τους και συλλογικά θα διεκδικήσουν αλλαγές. Η πρόληψη στην κοινότητα, στα σχολεία και την δημόσια υγεία, μειώνει την συχνότητα ενός προβλέψιμου και με αρνητικές συνέπειες φαινομένου, όπως είναι η ουσιοεξάρτηση, γι' αυτό και είναι απαραίτητη. Ένα τελευταίο θετικό στοιχείο που μπορεί να προσφέρει η κοινωνική εργασία με κοινότητες αν αξιοποιηθούν πλήρως οι δυνατότητές της, είναι ότι μπορεί να καταπολεμήσει τον κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν οι χρήστες και οι πρώην χρήστες, με την αλλαγή της στάσης και με κάμψη των αντιστάσεων της κοινωνίας απέναντι στην ουσιοεξάρτηση.

- Κριτική προσέγγιση της εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά.

Στην εργασία μας συμπεριλήφθηκε η στρατηγική παρέμβασης της Ε.Ε, καθώς και η εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά που έχει υιοθετηθεί για τα έτη 2005 – 2012, στόχοι των οποίων είναι μεταξύ άλλων, η ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για την μείωση της ζήτησης και δημιουργία δομών για την κάλυψη περισσότερων θεραπευτικών θέσεων.

Ωστόσο, σε πραγματικές συνθήκες κατανοούμε πως αυτοί οι στόχοι δεν έχουν ούτε κατά το ήμισυ πραγματοποιηθεί. Στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, οι κυβερνήσεις επιλέγουν να καταστρέφουν το κράτος πρόνοιας, σε βάρος των αδύναμων κοινωνικών ομάδων και στη συγκεκριμένη περίπτωση που μελετούμε, των εξαρτημένων ατόμων. «Να θεραπεύσεις την εξάρτηση και να κρατήσεις τους ανθρώπους σε μια θεραπευτική κοινότητα κοστίζει έξι φορές λιγότερο από το κόστος εγκλεισμού. Ωστόσο, η κυβέρνηση έχει περικόψει τις κοινωνικές δαπάνες, χωρίς να λάβει υπόψη το ανθρωπιστικό και κοινωνικό κόστος. Αυτό δημιουργεί μια πολύ επικίνδυνη κατάσταση", αναφέρει ο διευθυντής του ΚΕΘΕΑ, Πουλόπουλος Χαράλαμπος (Lifo, 2013). Άλλο ένα στοιχείο – που δεν επαληθεύεται επίσημα, αλλά αποτελεί κοινό μυστικό, είναι η ατιμωρησία και η συγκάλυψη του εμπορίου ναρκωτικών λόγω των περιπτώσεων διαφθοράς που παρουσιάζονται στην ελληνική αστυνομία. (Lifo, 2013) Το ελληνικό κράτος είτε είναι ανίκανο να δημιουργήσει ισχυρό κοινωνικό δίκτυ προστασίας, είτε εσκεμμένα αγνοεί τις πραγματικές ανάγκες της κοινωνίας, με αποτέλεσμα το βάρος της ευθύνης να μετατίθενται σε υποχρηματοδοτούμενους φορείς.

Κατά τη γνώμη μας, η κρατική χρηματοδότηση θα πρέπει να αυξηθεί, ώστε να ενισχυθεί το έργο των αρμόδιων φορέων, ιδιαίτερα σε περιόδους όπως αυτή της οικονομικής ανέχειας και της κοινωνικοπολιτιστικής κρίσης που διανύουμε.

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να ενισχυθούν οι δράσεις κοινωνικής επανένταξης των απεξαρτημένων ατόμων, μέσω προγραμμάτων εκπαίδευσης, κατάρτισης και εισαγωγής τους στην αγορά εργασίας. Η κοινωνία, όμως, θα πρέπει να εκπαιδευτεί και εκείνη σε όλα τα επίπεδα, για να μην αντιμετωπίζει με αδιαφορία, σκοταδισμό και καχυποψία εξαρτημένα και απεξαρτημένα άτομα. Αντίθετα, η ίδια η κοινωνία που συντηρεί στους κόλπους της τέτοια φαινόμενα και διακρίσεις, θα πρέπει να αλλάξει ριζικά και να αγκαλιάσει κάθε προσπάθεια για απεξάρτηση και επανένταξη, με προτεραιότητα την κοινωνική αλλαγή και όχι την καταστολή του φαινομένου.

Για να φτάσουμε σε αυτό το σημείο, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι κλάδοι που σχετίζονται με την ουσιοεξάρτηση θα πρέπει να εκπαιδευτούν κατάλληλα και να διεκδικήσουν συλλογικά την συμμετοχή τους στην χάραξη εθνικής στρατηγικής και στον κοινωνικό σχεδιασμό για την καταπολέμηση του φαινομένου. Η πείρα, οι γνώσεις, η συνεχής επαφή στην πράξη με τους εξυπηρετούμενους και η καθημερινή μάχη που δίνουν οι επαγγελματίες, είναι στοιχεία πολύ σημαντικά για την κατάρτιση στρατηγικής παρέμβασης σε εθνικό επίπεδο. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει με μαχητικότητα και

δυναμισμό να διεκδικήσουμε ένα καλύτερο αύριο για τους εξυπηρετούμενους και όχι να περιμένουμε παθητικά οι συνθήκες να αλλάξουν από μόνες τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βεργέτη, Α. (2009) *Κοινωνική εργασία με οικογένειες σε κρίση*. Αθήνα: Τόπος.
2. Ζαφειρίδης, Φ. (1989). Βασικές θέσεις στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτητικών ουσιών. *Κοινωνική Εργασία*, 15: 157- 162.
3. Ζωγράφου, Α. (2002) *Κοινωνική εργασία με κοινότητα*. 3^η Έκδοση, Αθήνα: Τυπωθήτω.
4. Ιατρίδης, Δ. (1985) *Εθνική κοινωνική πολιτική και κοινωνική εργασία*. Πρακτικά Γ' πανελληνίου συνεδρίου κοινωνικών λειτουργών, Πάντειο Πανεπιστήμιο 1, 2, 3.
5. Καλατζή - Αζίζι, Α., Αγγελή, Κ., Ευσταθίου, Γ. (2002) *Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
6. Καλλινικάκη, Θ., (1998): *Εισαγωγή στη Θεωρία και την Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
7. Κατσορίδου – Παπαδοπούλου, Χ. (2002) *Κοινωνική εργασία με ομάδες*. Αθήνα: Έλλην.
8. Κατσούλης, Η., Καραντινός, Δ., Μαράτου – Αλιπράντη, Λ., Φρονίμου, Ε., (2005). *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών.
9. Κοκκέβη, Α., Στεφανής, Κ. (1994). *Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: η διαχρονική πορεία της χρήσης: η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό και στο μαθητικό πληθυσμό*. Αθήνα: Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.
10. Κωτσαρίδου – Ευκλείδη, Α. (1999) *Η ψυχολογία των κινήτρων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
11. Λυκούδης, Η. Π. (2009) *Η δύναμη του μωρμηγκιού. Από το νόημα της χρήσης στην ουσία της θεραπείας*. Αθήνα: Ερευνητές ΚΕΘΕΑ.
12. Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (1994). *Συμβουλευτική ψυχολογία* (Β' έκδοση). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
13. Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

14. Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές...Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.
15. Πελεκίδου, Μ.- Στεργίου, Κ. (2004) *Παροχή κοινωνικής φροντίδας για την κακοποιημένη γυναίκα στο Δήμο Ηρακλείου, από ανεπίσημα δίκτυα υποστήριξης*. Ηράκλειο
16. Περισσάκη Κ, Ραμπαβίλας Α.Δ, Μπουλουγούρης Ι. (1979). Ομαδικές ψυχοθεραπείες συμπεριφοράς: Προβλήματα και προοπτικές. Αρχεία Ελληνικής Εταιρείας Ερεύνες της Συμπεριφοράς.1:76-80.
17. Πιπερόπουλος, Γ. (2002) *Εξαρτήσεις και αποκλίσεις*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
18. Πουλόπουλος, Χ., Μάτσα, Κ., Κούκου, Ι.Κ, (2004) *Ουσιοεξάρτηση –Σύγχρονα Θέματα*. Σύλλογος των Ευρωπαϊκών Επαγγελματιών του χώρου της ουσιοεξάρτησης ΙΤΑΑ, Ελληνικό τμήμα.
19. Πουλόπουλος, Χ., (2008) *Εξαρτήσεις - Οι Θεραπευτικές κοινότητες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
20. Σταθόπουλος, Π. (1985). *Η κοινωνική αλλαγή από την σκοπιά των κοινωνικών επιστημών*. Πρακτικά Γ΄ Πανελλήνιου Συνεδρίου, Πάντειο Πανεπιστήμιο 1, 2, 3.
21. Σταθόπουλος, Π. (2000). *Κοινοτική εργασία*. Αθήνα: Παπαζήση.
22. Σταθόπουλος, Π (2005). *Κοινοτική εργασία. Θεωρητική προσέγγιση*. Τόμος Α΄. Αθήνα: Παπαζήση.
23. Σταλίκας, Α., Μερτίκας, Α. (2004). *Η Θεραπευτική Συμμαχία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
24. Σταλίκας, Α., (2005). *Θεραπευτικές παρεμβάσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
25. Χατζηφωτίου, Σ. (2005). *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και παιδιών. Διαπιστώσεις και προκλήσεις για την Κοινωνική Εργασία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Τζιόλα.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

26. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
27. Goldfried, M. R. (1982) *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice*, New York: Srpinger Pub. Co.
28. Goode, E. (1988) *Sociology*. New Jersey: Prentice Hall Englewood Cliffs.
29. Hatcher, R. L. (1999). Therapists' view of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research*, 9: 405 - 423
30. Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 561 - 573
31. Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). *The Alliance*. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
32. Imlah, N. (1971) *Drugs in Modern Society*. Princeton: Vertex .
33. Keijsers, G. P. Schaap, C. P. & Hoogduin, C. A. (2000). *The impact of interpersonal patient and therapist behavior in cognitive-behavior therapy. A review of empirical studies*. *Behavioral modification*, 24: 264-297
34. Kooyman, M. (1993) *The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement, and treatment success*. Amsterdam: Sweets and Zeitlinger.
35. Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
36. Merikangas, KR, Dierker, L. & Szatmari, P. (1998). *Psychopathology among Offspring of Parents with Substance Abuse and/or Anxiety: A High Risk Study*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 39 (5), 711-720.
37. Patterson, M. (1983) *Getting Off the Hook*. Wheaton: Harold Shaw
38. Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). *The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy*. In A. O. Horvaath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*, New York: Wiley.
39. Simpson, D. D., Sells, S. B., (1982). *Effectiveness of treatment for drug abuse: an ovevrview of the DARP research program*. *Advances in alcohol and substance abuse*, 2 (1): 7 - 29.

40. Wilson, G. T., Evans, I. M. (1977). *The therapist-client relationship in behavior therapy*. Στο A.S. Gruman & A.M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: A handbook of research* New York: Pergamon Press.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

41. Corey, G. (2005) Θεωρία και πρακτική της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας. Μετάφραση: Μπαρπάτση, Μ., Αθήνα: Έλλην.
42. Perlman, H. (2000) Κοινωνική εργασία με άτομα. Μετάφραση: Καλούτση, Α., Αθήνα: Ατλαντίς.
43. Rock, M. (1995). Η αλήθεια για τα ναρκωτικά, Μετάφραση: Κοσμά, Α., Αθήνα: Κέδρος.
44. Thio, A. (2008) Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Μετάφραση: Μπαρπάτση, Μ., Αθήνα: Ιων.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

45. Ελληνική Εταιρεία για τη Γνωστική και τη Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (ΕΕΓΣΨ). Τι είναι οι συμπεριφορικές και γνωστικές (ή γνωσιακές) θεραπείες; Ανάκτηση από: www.gacbp.com/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=4&lang. Ανάκτηση στις: 3/6/2012
46. European monitoring for drugs and drug addiction. (2004). *Στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά*. Ανάκτηση από: www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm
Ανάκτηση στις: 14/5/2012
47. Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας «Πυξίδα». Εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες. Ανάκτηση από: www.pyxida.org.gr/substances_principles.asp?mid=3. Ανάκτηση στις: 19/ 7/2012
48. Lifo, (2013). «Θάνατος στους δρόμους της Αθήνας». Ανάκτηση από: www.lifo.gr/team/readersdigest/35135#. Ανάκτηση στις: 7/1/2013
49. Τομέας πρόληψης – ΚΕΘΕΑ. Κινητή μονάδα ενημέρωσης «ΠΗΓΑΣΟΣ». Ανάκτηση από: www.prevention.gr/kiniti-monada-pigasos.asp. Ανάκτηση στις: 21/10/2012
50. Τομέας πρόληψης – ΚΕΘΕΑ. Προγράμματα πρόληψης για γονείς. Ανάκτηση από: www.prevention.gr/prog-prol-goneis.asp. Ανάκτηση από:
Ελληνική Εταιρεία για τη Γνωστική και τη Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (ΕΕΓΣΨ).
Ανάκτηση στις: 21/10/2012