



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το burnout που υφίστανται οι θεραπευτές που εργάζονται σε κέντρα απεξάρτησης ναρκωτικών.

The burn out which is experienced by therapists who work in drug rehabilitation centers.

ΓράπλαΚωνταντίνα

Ζαραϊδόνη Αρτεμης

Κουδούνα Ζωή



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΒΑΛΣΑΜΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

Πάτρα, Οκτώβριος 2012



Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

Το burnout που υφίστανται οι θεραπευτές που εργάζονται σε κέντρα απεξάρτησης ναρκωτικών.

The burn out which is experienced by therapists who work in drug rehabilitation centers.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΓράπαΚωνταντίνα

Ζαραϊδώνη Άρτεμις

Κουδούνα Ζωή

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Κα Βαλσάμη Ουρανία

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

Πάτρα, Οκτώβριος 2012

Copyright © Γράππα Κωνσταντίνα, Ζαραϊδώνη Άρτεμις, Κουδούνα Ζωή, 2012
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved.

Η διπλωματική εργασία των Γράππα Κωνσταντίνα, Ζαραϊδώνη Άρτεμις,
Κουδούνα Ζωή, 2012 εγκρίνεται :

Υπογραφές

1. Βαλσάμη Ουρανία, Καθηγήτρια (επιβλέπουσα καθηγήτρια)

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

- 2.
- 3.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες σε όλους όσους μας βοήθησαν για τη συγγραφή αυτής της εργασίας. Ιδιαίτερος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας Κα Βαλσάμη Ουρανία για τις πολύ σημαντικές συμβουλές και οδηγίες που μας πρόσφερε, καθώς επίσης για τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσε στην ομάδα μας.

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	IX
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	X
SUMMARY.....	XI
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ.....	13
1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ-ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ.....	13
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΘΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ.....	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
2.1. Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ.....	16
2.2. Ο ΤΡΟΠΟΣ ΣΚΕΨΗΣ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΕΝΟΥ ΑΤΟΜΟΥ.....	19
2.3. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ.....	20
2.3.1. ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	20
2.3.2. ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	21
2.3.3. ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	22
2.4. ΕΙΔΗ ΕΘΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ.....	23
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ.....	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	28
3.1. ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥ ΑΤΟΜΟΥ.....	28
3.1.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	28
3.1.2. ΤΑ ΣΤΕΓΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	30
3.1.3. ΦΑΡΜΑΚΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	32
3.1.4. Η ΜΕΘΑΔΟΝΗ.....	32
3.1.5. Η ΒΟΥΠΡΕΝΟΡΦΙΝΗ.....	34
3.2. ΦΟΡΕΙΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....	36
3.2.1.ΟΚΑΝΑ.....	39

3.2.2. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ.....	40
3.3. ΚΕΝΤΡΟ ΡΕΤΟ.....	40
3.3.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΡΕΤΟ.....	41
3.4. ΑΓΙΑ ΣΚΕΠΗ.....	41
3.4.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΓΙΑΣ ΣΚΕΠΗΣ.....	41
3.5. ΚΕΘΕΑ.....	42
3.5.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ.....	43
3.6. Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	43
3.7. Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.....	47
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΥΦΙΣΤΑΝΤΑΙ ΟΣΟΙ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ.....	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	52
4.1. ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ.....	52
4.1.1. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ.....	56
4.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	57
4.2.1. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ/ΕΛΕΓΧΟΥ/ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ.....	58
4.2.2. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ.....	59
4.2.3. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ /ΑΝΤΑΠΟΔΟΣΗΣ.....	60
4.2.4. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗΣ ΑΤΟΜΟΥ/ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.....	60
4.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	61
4.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	63
4.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ.....	64
4.6. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ.....	64
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ.....	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	65
5.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	65
5.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	67
5.2.1. ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	67
5.2.2. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	68
5.2.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	70

5.2.4. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	71
5.2.5. ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.....	73
5.3. ΑΙΤΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	73
5.4. ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	75
5.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ.....	75
ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ.....	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	
6.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	88

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως το σύνδρομο της σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης του επαγγελματία υγείας. Στα πλαίσια αυτού, ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον για τους αρρώστους του, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία και έτσι εμφανίζει δυσκολία στην αναγνώριση και στην ταυτοποίησή του. Οριοθετείται μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις των εργαζομένων, που συχνά συνοδεύονται από οργανικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα και τα αίτιά της αναζητούνται στη δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον. Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου, ο επαγγελματίας υγείας καλείται να αναγνωρίσει αρχικά μόνος του τις αδυναμίες και τα όριά του, ώστε, εάν είναι δυνατόν, να προλάβει ή να αντιμετωπίσει έγκαιρα τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οφείλει όμως και η διοίκηση των νοσοκομείων να ενδιαφερθεί με την εξεύρεση αποτελεσματικών τρόπων χειρισμού των προβλημάτων, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στους χρήστες υπηρεσιών υγείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο Burnout αναφέρθηκε για πρώτη φορά αρκετά παλαιότερα, το 1974 από τον Freudenberger και το όρισε ως εξάντληση του ατόμου, η οποία προέρχεται από παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών αποθεμάτων. Από τότε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο συστηματικής έρευνας κατ' αρχήν στους επαγγελματίες που προσφέρουν υπηρεσίες στον χώρο της υγείας αφού αυτοί θεωρήθηκαν ως οι πλέον επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 αναπτύχθηκαν και δημοσιεύτηκαν οι πρώτες σημαντικές έρευνες χωρίς όμως να υπάρχει συμφωνία μεταξύ των συγγραφέων, όσον αφορά τον ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης.(Freudenberger,1974)

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται ο σκοπός της μελέτης της εργασίας και ορισμένες έννοιες όπως: εθισμός, εργασιακό στρες, burnout, νάρκωση και ναρκωτικές ουσίες. Στη συνέχεια παραθέτουμε τα στάδια του εθισμού, τα είδη των ναρκωτικών ουσιών και τον τρόπο σκέψης του εθισμένου ατόμου. Στο τρίτο κεφάλαιο καταγράφονται τα αίτια που οδηγούν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών και ο διαχωρισμός των δευτέρων. Συνεχίζοντας, στο τέταρτο κεφάλαιο διατυπώνονται οι τρόποι θεραπείας ενός εξαρτημένου ατόμου, καθώς επίσης και η στάση του ιδίου αλλά και της οικογένειάς του και της κοινωνίας απέναντι σε αυτό. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζουμε ορισμένους φορείς απεξάρτησης, όπως Ο.ΚΑ.ΝΑ, ΡΕΤΟ, ΑΓΙΑ ΣΚΕΠΗ, ΚΕ.ΘΕ.Α. Στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο αναλύονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις των θεραπειών, οι οποίοι εργάζονται σε κέντρα απεξάρτησης και οι παράγοντες εμφάνισής τους (όπως άγχος, εργασιακό στρες). Εν κατακλείδι αναφέρονται ορισμένες προσεγγίσεις, τα αίτια, οι επιπτώσεις καθώς και η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

SUMMARY

Burnout syndrome was first reported quite earlier, in 1974 by Freudenberger and appointed as depletion of the individual, which comes from prolonged use of energy resources. Since then, the phenomenon has been the subject of systematic research, professional offering services in the field of health after they were found to be most prone to burnout. In the early 1980's developed and published the first important studies but there is no agreement between writers, concerning the definition of burnout.

The first chapter presents the purpose of the study of work and some concepts such as addiction, work stress, burn out, and sedation drugs. Then we present the stages of addiction, types of drugs and the mindset of the addict person. In the third chapter, we present the causes which lead to drug abuse and the separation of the second. In the way, the fourth chapter sets out the ways of treating addict individuals as well as the attitude of him, his family and society towards this. The fifth chapter presents some drug carriers, such as O.K.A.NA, RETO, AGIA SKEPH, KETHEA. The next chapter analyzes the psychological effects of therapists who work in rehabilitation centers and the appearance factors (such as stress, work stress). In conclusion there are mentioned some approaches, such as the causes, the effects and the treatment of burn out.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μελετήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες σε ανθρώπους που ασκούσαν διαφορετικά επαγγέλματα βοήθειας: ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, εκπαιδευτικούς, κοινωνικούς λειτουργούς, αστυνομικούς, λειτουργούς ψυχιατρικών νοσοκομείων, ανθρώπους που εργάζονται με μικρά παιδιά, κ.α.

Χρειάζεται να διευκρινιστεί πως το burnout δεν προσβάλλει μόνο άτομα που απασχολούνται σε τέτοιες επαγγελματικές θέσεις, αλλά μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι τα helpingprofessions αντιπροσωπεύουν την πιο τυπική περίπτωση, το κατ'εξοχήν παράδειγμα μιας εργασίας η οποία χαρακτηρίζεται από έντονο διαπροσωπικό στρες.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχει βρεθεί ότι συχνά συνδέεται με σειρά αρνητικών επιπτώσεων τόσο στη σωματική όσο και ψυχική υγεία του εργαζόμενου. Οι διαπροσωπικές σχέσεις – είτε εντός ή εκτός εργασίας – επιδεινώνονται. Αυτές οι αρνητικές συνέπειες δεν εκπορεύονται αποκλειστικά από το burnout, καθώς συνδέονται και με άλλες μορφές στρες. Το γεγονός όμως ότι εκφράζονται με το συγκεκριμένο σύνδρομο ενισχύει την υπόθεση πως το burnout αποτελεί ένα πολύ πιο σοβαρό πρόβλημα απ' ό,τι εθεωρείτο στο παρελθόν.

Το burnout δε συνδέεται άμεσα με συγκεκριμένα τραυματικά συμβάντα που παραδοσιακά βρίσκονταν στο επίκεντρο των ερευνών για το στρες, αλλά με το χρόνιο καθημερινό στρες που βιώνει κανείς στην εργασία.

1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής ήταν να μελετήσει την υπάρχουσα βιβλιογραφία η οποία έχει αναπτυχθεί γύρω από το θέμα του burnout που υφίστανται οι θεραπευτές που εργάζονται σε κέντρα απεξάρτησης ναρκωτικών και να προσπαθήσει να αναπτύξει στο βαθμό που ήταν δυνατόν τις θέσεις των μελετητών για να ανασύρει στην επιφάνεια την αναγκαιότητα ενημέρωσης του κοινού σχετικά με αυτό το ζήτημα. Τα ναρκωτικά είναι ένα συνηθισμένο θέμα που αγγίζει πάντα τους ανθρώπους, ενώ σπάνια αναφέρονται στους επαγγελματίες που εργάζονται στα κέντρα απεξάρτησης. Θεωρήσαμε απαραίτητη την ενημέρωση όλων για το δύσκολο έργο των θεραπευτών και για την επαγγελματική εξουθένωση που συχνά αντιμετωπίζουν.

1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ

ΝΑΡΚΩΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ:

Τα ναρκωτικά είναι τοξικές ουσίες φυτικές ή χημικές που επιδρούν στον εγκέφαλο και γι' αυτό προκαλούν: νάρκη, τάση για ύπνο, διέγερση, ένα αίσθημα ευφορίας, αλλά φέρνουν και εξασθένηση στις φυσιολογικές λειτουργίες του νευρικού συστήματος και προκαλούν στους χρήστες εθισμό, μια εξάρτηση και στο τέλος όταν τα στερηθεί ο οργανισμός μας επιφέρουν το στερητικό σύνδρομο. Οι άνθρωποι που τα χρησιμοποιούν θέλουν να βιώσουν τις συνέπειες των ναρκωτικών. Ορισμένα φάρμακα επίσης επιδρούν στον εγκέφαλο, όπως για παράδειγμα φάρμακα για την επιληψία, αλλά δεν λαμβάνονται από τους χρήστες γι' αυτό το λόγο, για την θεραπευτική τους δηλαδή λειτουργία. Το Rotalin είναι ένα φάρμακο το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής /

υπερκινητικότητας αλλά επίσης χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια και σαν ναρκωτικό. (CoxT., London, HMSO, 1993)

ΕΘΙΣΜΟΣ:

Ο εθισμός είναι η εκτός ελέγχου ανίχνευση ευτυχίας ή αποφυγής του πόνου. Είτε είναι αλκοόλ, τσιγάρο ή ναρκωτικά, ο κάθε εθισμένος δημιουργεί μια «σχέση» με την ουσία που τον διακατέχει για να μπορεί να αλλάζει και να διατηρεί τη διάθεσή του πάντα στα ίδια επίπεδα. Με τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ο εθισμένος προσπαθεί να δημιουργήσει αισθήματα ηρεμίας, έξαψης, ή φαντασίας. Η αλλαγή διάθεσης που προκαλείται από τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών δίνει στον εθισμένο την ψευδαίσθηση ότι όλα πάνε καλά. (Αδαλή Ε. Αθήνα, 1999)

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ:

Το στρες ορίζεται ως μια διαλογική ψυχολογική διαδικασία ανάμεσα στο άτομο και την στρεσογόνο περίσταση. (Cox, 1993) Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό το στρες παρουσιάζεται ως μια δυσαναλογία μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών απαιτήσεων που αντιμετωπίζει κάποιος, και την δυνατότητά του να ανταποκριθεί σε αυτές. (BuunkB, SchaufeliW. *Burnout: A perspective from social comparison theory*. Professional burnout: recent developments in theory and research 1993)

BURN OUT:

Με τον όρο burnout εννοείται μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης. Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με μακροχρόνια, απαιτητική και γεμάτη ένταση εργασία. (Μπινιώρη, 2006)

Αποτελείται από τρεις επί μέρους διαστάσεις :

- Τη συναισθηματική εξάντληση, με αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να προσφέρει πια συναισθηματικά στους αποδέκτες των υπηρεσιών του,
- Την αποπροσωποποίηση, με αποτέλεσμα την αρνητική και κυνική αντιμετώπιση των αποδεκτών των υπηρεσιών,
- Και το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης, με αποτέλεσμα το άτομο να κάνει αρνητική αξιολόγηση του εαυτού του, ιδίως σε ό,τι έχει να κάνει με τη δουλειά του με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του, καταλήγοντας έτσι σε ένα γενικότερο αίσθημα δυστυχίας και δυσαρέσκειας (Κάντας, 1995).

ΝΑΡΚΩΣΗ:

Ο όρος νάρκωση, χρησιμοποιήθηκε αρχικά από τον Ιπποκράτη για τη διαδικασία ή την κατάσταση έλλειψης αισθήσεων.

Ο όρος ναρκωτικό, πιστεύεται ότι προτάθηκε από το Γαληνό για να περιγράψει τις δραστικές ουσίες που μουδιάζουν, νεκρώνουν που μουδιάζουν, νεκρώνουν κάποια σημεία του σώματος και προκαλούν παράλυση ή και απώλεια αισθήσεων. Ο Γαληνός ανέφερε τη ρίζα μανδραγόρα, τους σπόρους του φυτού altercus και το χυμό παπαρούνας (όπιο)σαν βασικά παραδείγματα ναρκωτικών ουσιών.(What you need to know about addiction, Copyright ©2002, Canada Post with the Centre for Addiction and Mental Health)

Λέξεις-κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση, θεραπευτές, burnout, άγχος.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό επιδιώξαμε να τονίσουμε το μείζονος σημασίας έργο των θεραπευτών που εργάζονται σε κέντρα απεξάρτησης και την επαγγελματική εξουθένωση που υφίστανται. Επίσης αναφέραμε και αναλύσαμε ορισμένους

όρους, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι για την εξέλιξη της υπόλοιπης εργασίας, ώστε να γίνει κατανοητή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΘΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί αναλύουμε τη φύση του εθισμού και τον τρόπο σκέψης του εθισμένου ατόμου, το οποίο δεν ακολουθεί καμία λογική, έχοντας ως μόνη σκέψη πως μέσω των ουσιών μπορεί να ξεφύγει από τα προβλήματά του. Επιπλέον παρουσιάζουμε τα τρία βασικά στάδια του εθισμένου που σχετίζονται με την αλλαγή της προσωπικότητας, την αλλαγή του τρόπου ζωής και την απουσία ελέγχου. Τέλος κάνουμε αναφορά και ανάπτυξη στα είδη των ναρκωτικών ουσιών.

2.1. Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ

Καθώς ο εθισμένος συνεχίζει τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών κάτι πολύ σαγηνευτικό συμβαίνει. Νομίζει ότι το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά τον βοηθούν να αναπτυχθεί σαν άτομο. Του είναι τόσο απαραίτητα όσο και η τροφή ή το νερό. Αυτό συμβαίνει γιατί μετά από κάθε χρήση ξεφεύγει προσωρινά από τον πόνο, τις ενochές, τα προβλήματα, τις πιέσεις και την πραγματικότητα. Βραχυπρόθεσμα ο χρήστης νοιώθει ότι τον βοηθάει η χρήση του, εφόσον ξεφεύγει από τα προβλήματα. Όλοι κάποια στιγμή θέλουμε να αποφύγουμε ορισμένες δυσάρεστες καταστάσεις. Η διαφορά είναι ότι ο εθισμός γίνεται τρόπος ζωής και ο εθισμένος χάνει τον έλεγχο και μπερδεύεται σε μια καθημερινή αποφυγή της πραγματικότητας. (Αδαλή Ε. Αθήνα, 1999)

Ο εθισμένος προσπαθεί να αναπτυχθεί σαν άτομο με το να αποφεύγει συστηματικά την υπευθυνότητα και την πραγματικότητα. Σταδιακά, χωρίς να το καταλάβει, αρχίζει να εξαρτάται στην εξελικτική πορεία του εθισμού του για να νοιώθει ότι είναι φυσιολογικός άνθρωπος. Όλη του η αξία σαν άτομο βασίζεται στην εξάρτησή του από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά και στην αλλαγή διάθεσης που συνεπάγεται η χρήση. Η χρήση που κάνει τον βοηθάει να αποφεύγει τα δυσάρεστα συναισθήματα που νοιώθει. Η ζωή για αυτόν έχει ένα μοναδικό σκοπό - την επιδίωξη της χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών για να ικανοποιηθεί ο εθισμός του. Έτσι βυθίζεται όλο και πιο βαθιά στην διαδικασία του εθισμού. (Αδαλή Ε. Αθήνα, 1999)

Συνήθως οι συναισθηματικές μας ανάγκες παύουν να μας βασανίζουν όταν τις μοιραζόμαστε με άλλους. Ο εθισμένος όμως τείνει να απομονώνει τον εαυτό του από τους άλλους λόγω της ντροπής και του πόνου που νοιώθει. Καθώς αυτό συνεχίζεται, νοιώθει εντελώς αδύναμος να δημιουργήσει ένα ζωτικό σύνδεσμο με άλλους ανθρώπους. Μένει μόνος του με την ουσία που τον κυριαρχεί. Πονάει, πληγώνεται, υποφέρει, νοιώθει μόνος και απομονωμένος και στρέφεται ακόμα πιο πολύ προς τον εθισμό του για ανακούφιση. Η αλλαγή διάθεσης που ακολουθεί μετά από κάθε χρήση δίνει του δίνει την ψευδαίσθηση ότι οι ανάγκες του έχουν καλυφθεί. Όμως αντί να στραφεί σε ένα συνάνθρωπό του για να βοηθηθεί, αντλεί την δύναμή του από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Το πρόβλημα με τον εθισμό είναι ότι τα συναισθήματα της απόσπασης και της απομόνωσης σπρώχνουν τον εθισμένο σε μεγαλύτερη και συχνότερη χρήση. Αυτό γίνεται φαύλος κύκλος και συχνά οδηγεί σε συμφορές και αυτοκαταστροφή.

Άλλος ένας λόγος που συμβάλει σε αυτό είναι η σιγουριά που προσφέρουν οι χημικές ουσίες. Το αλκοόλ και τα ναρκωτικά σου εγγυούνται την αλλαγή διάθεσης. Έτσι ο εθισμένος αποκτά εμπιστοσύνη σε αυτά και όχι σε άλλους ανθρώπους. Ως αποτέλεσμα του δημιουργείται μια φοβία για τους άλλους. Με την κάθε χρήση βιώνει ένα συναίσθημα ισοροπίας, δύναμης και ελέγχου. Αυτό τον βοηθάει να υπερνικάει την εσωτερική μειονεκτικότητα που νοιώθει. Αυτή είναι η φύση του εθισμού. Ο εθισμένος αρχίζει να πιστεύει ψευδείς και

άδειες υποσχέσεις, την υπόσχεση της ανακούφισης από τον πόνο, της συναισθηματικής ασφάλειας, της ψευδαίσθησης της ολοκλήρωσης και του συνδέσμου με τους άλλους. (Αδαλή Ε. Αθήνα, 1999)

Οπωσδήποτε υπάρχει και η βιοχημική εξήγηση του εθισμού. Οι Εγκεφαλίνες και οι Ενδορφίνες είναι καταπραυντικά μόρια που παράγονται φυσιολογικά στον εγκέφαλο για την καταπολέμηση του πόνου. Τα μόρια αυτά έχουν παρόμοιες επιδράσεις με τα οπιούχα ναρκωτικά. Οι χρήστες αλκοόλ ή ναρκωτικών αλλάζουν τη χημεία του εγκεφάλου μέσω της χρήσης τους. Πολλά φάρμακα με ιατρική συνταγή ή άνευ κάνουν το ίδιο πράγμα. Πέφτοντας με ένα αλεξίπτωτο από ένα αεροπλάνο 13 χιλιάδες πόδια ψηλά δημιουργεί μια χημική αλλαγή στον εγκέφαλο παρόμοια με μια δόση κοκαΐνης. Αν και όλα αυτά είναι ενδιαφέροντα και βοηθητικά, δεν φτάνουν για να δώσουν μια ικανοποιητική εξήγηση γύρω από το γιατί δημιουργείται ο εθισμός. (Αδαλή Ε. Αθήνα, 1999)

Ο εθισμός έχει τις ρίζες του σε κάθε πλευρά της ύπαρξής μας και επιδρά σε όλες τις πτυχές της. Για αυτό το λόγο είναι τόσο σαγηνευτικός και επιβλητικός συνάμα. Ο εθισμός αρχίζει να επιδεικνύεται όταν ο χρήστης αρχίζει σταδιακά να χάνει τον έλεγχο όσον αφορά τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Η παθολογική συμπεριφορά γίνεται καλύτερα κατανοητή όταν ο εθισμένος δημιουργεί συνήθειες που σχετίζονται άμεσα με την χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών για να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητα. (Αδαλή Ε. Αθήνα, 1999)

Αν και είναι δύσκολο να σπάσει αυτός ο φαύλος κύκλος, υπάρχει ελπίδα, μόνο που το μονοπάτι της ανάρρωσης και απεξάρτησης είναι στενό και μακρύ. Όμως δεν είναι αδύνατον να επανακτήθει ο έλεγχος (Αδαλή Ε. Αθήνα, 1999).

2.2. Ο ΤΡΟΠΟΣ ΣΚΕΨΗΣ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΕΝΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Τα συναισθήματα και οι πράξεις του εθισμένου, όπως όλων μας επηρεάζονται από ορισμένες ιδέες γύρω από γεγονότα και καταστάσεις. Πολλά από αυτά τα πιστεύω μπορεί να είναι λανθασμένα, αλλά ο εθισμένος τα φυλάει πεισματικά γιατί δεν γνωρίζει τίποτα καλύτερο. Όταν το σκεφτούν λογικά οι χρήστες γνωρίζουν ότι είναι αδύνατο να καλυφθούν οι συναισθηματικές και υπαρξιακές τους ανάγκες από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Για παράδειγμα, όταν είσαι μόνος, παραμένεις μόνος είτε πεις είτε όχι. Η μοναξιά σου δεν φεύγει με το που θα κάνεις χρήση. Αλλά ο εθισμός δεν ακολουθεί καμιά λογική. Το συναισθηματικό δέσιμο είναι θέμα εμπειρίας και δεν είναι αποτέλεσμα της λογικής. Οι συναισθηματικές ανάγκες είναι συνήθως επείγουσες και παθολογικές. (Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ., Βήμα του Ασκληπιού 2002)

Ο εθισμένος προσπαθεί να ικανοποιήσει την επιτακτική ανάγκη που τον πιέζει, όσο πιο γρήγορα γίνεται, ακόμη κι αν αυτό δεν είναι προς όφελός του. Η σκέψη του, του λέει ότι το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά θα τον βοηθήσουν να ξεχάσει τα προβλήματά του. Αναζητεί την διέγερση, κι έτσι υποκύπτει στην συναισθηματική λογική που του λέει ότι η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών θα τον βοηθήσει να αλλάξει διάθεση και να νοιώσει καλύτερα. Κάνει κάτι για να νοιώσει καλύτερα, και το κάνει αυτή τη στιγμή! Πως είναι δυνατόν να κάνει λάθος; Για αυτό το λόγο ο εθισμός είναι πολυσύνθετος, ισχυρός και είναι πολύ δύσκολο να επέλθει η απεξάρτηση. (Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ., Βήμα του Ασκληπιού 2002)

Τα πιστεύω και ο τρόπος σκέψης του ατόμου θα επηρεάσουν το αν θα εξακολουθήσει να επιστρέφει σε μια εμπειρία (χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών) που σταδιακά αλλά σίγουρα θα τον καταστρέψει. Ακόμη και μετά την ανάπτυξη του εθισμού, ο χρήστης μπορεί να αποφασίσει να αλλάξει τον τρόπο σκέψης του ώστε να ενθαρρύνει ή να αποθαρρύνει τον εθισμό του. Έτσι, έχοντας υπόψη μας τον τρόπο σκέψης που μας διακατέχει κάνουμε ένα σημαντικό θετικό βήμα προς την

κατανόηση των αιτιών που μας σπρώχνουν στη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών και επομένως είμαστε ένα βήμα πιο κοντά στην ανεξάρτησή μας. (Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ., Βήμα του Ασκληπιού 2002)

2.3. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΕΘΙΣΜΟΥ

Υπάρχουν τρία βασικά στάδια στην εξελικτική πορεία του εθισμού. Το πρώτο έχει να κάνει με εσωτερικές αλλαγές. Η προσωπικότητα αρχίζει να αλλάζει σαν αποτέλεσμα της μεθυστικής εμπειρίας της χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών. Το δεύτερο στάδιο έχει να κάνει με αλλαγές στον τρόπο ζωής. Οι τριγύρω αρχίζουν να αντιλαμβάνονται ότι κάτι συμβαίνει γιατί η συμπεριφορά του εθισμένου αλλάζει. Το τελικό στάδιο λαμβάνει χώρα όταν ο εθισμένος χάνει εντελώς τον έλεγχο. Τίποτα δεν μετράει πλέον στη ζωή του από το να κάνει όλο και περισσότερη χρήση. Η ικανοποίηση έχει εξατμιστεί και η ζωή του γίνεται ένας αγώνας επιβίωσης. Ακολουθούν μερικές λεπτομέρειες του κάθε σταδίου. (Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ., Βήμα του Ασκληπιού 2002)

2.3.1. ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

Για τον εθισμένο μια εμπειρία που θα του χαρίσει μια ευχάριστη αλλαγή διάθεσης (χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών), μπορεί να του δώσει την ψευδαίσθηση του ελέγχου και της ανακούφισης. Αυτή μπορεί να είναι η αρχή του εθισμού. Οι αρχικές εμπειρίες που συνεπάγεται η χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών είναι συνήθως μεθυστικές. Αυτή η αρχική ευφορία διδάσκει στο χρήστη ότι η διάθεση και τα συναισθήματά του μπορούν να αλλάξουν αν αρχίσει να χρησιμοποιεί αλκοόλ ή ναρκωτικά. Δυστυχώς ο χρήστης πιστεύει ότι αυτό το συναίσθημα που νοιώθει όταν κάνει χρήση είναι αγάπη, αποδοχή και δύναμη. Ο εθισμός ξεκινάει τη στιγμή που ο χρήστης προσπαθεί επανειλημμένα να ξανανοιώσει την ψευδαίσθηση που του χαρίζουν το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Προσπαθεί να καλύψει τις συναισθηματικές του ανάγκες απομονωμένος από τους άλλους χρησιμοποιώντας αλκοόλ ή ναρκωτικά. Νοιώθει την επίμονη ανάγκη να καλύψει

και να απαλύνει τον πόνο. Αυτό τον σπρώχνει να κάνει χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Αρχικά νοιώθει καλύτερα. Αλλά αυτό δεν κρατάει πολύ. Ο πόνος, η ντροπή και τα προβλήματα επανέρχονται δυναμικότερα. Έτσι, ξανακάνει χρήση (πιο πολύ αλκοόλ ή ναρκωτικά), νοιώθει πάλι πόνο και αποτροπιασμό για την πράξη του, και ξανανοιώθει εντονότερα την ανάγκη να ξανακάνει χρήση, και ο φαύλος κύκλος συνεχίζεται. Σε αυτό το στάδιο ο εθισμός αρχίζει να δημιουργεί ακριβώς αυτό που προσπαθεί να αποφύγει ο χρήστης - περισσότερο πόνο. Δημιουργώντας πόνο, η εξελικτική πορεία συνεχίζεται καθώς έτσι δημιουργείται και η ανάγκη για συνέχιση της χρήσης. Ο εθισμένος αναζητά καταφύγιο από τον πόνο του εθισμού με το να βυθίζεται πιο βαθιά στον εθισμό του χρησιμοποιώντας περισσότερο αλκοόλ ή ναρκωτικά. Αυτός ο φαύλος κύκλος δημιουργεί διανοητικά προβλήματα και έγνοιες. Όσο πιο εθισμένος είναι ο χρήστης τόσο πιο απορροφημένος είναι από τον εθισμό του. Τελικά, ο εθισμένος δημιουργεί μια εξαρτημένη σχέση με την ίδια του την εθιστική προσωπικότητα. (Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ., Βήμα του Ασκληπιού 2002)

2.3.2.ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ

Ο εθισμός στο αλκοόλ ή τα ναρκωτικά είναι ένα αναμφισβήτητο σημείο ότι ο χρήστης έχει χάσει τον έλεγχο. Στο δεύτερο στάδιο του εθισμού, ο χρήστης εξωτερικεύει τα συμπτώματα που δείχνουν ότι είναι εκτός ελέγχου. Η συμπεριφορά του αλλάζει και αυτό γίνεται εμφανές σε συνεχή βάση. Ο εθισμένος ζει μόνο για να ικανοποιήσει τον εθισμό του. Σε αυτό το στάδιο οι τριγύρω του αρχίζουν να προσέχουν ότι κάτι συμβαίνει. Η συμπεριφορά του χειροτερεύει και ο εθισμός γίνεται έμμονη ιδέα. Εξαρτάται ολοκληρωτικά στη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών και αυτό αλλάζει όχι μόνο την διάθεσή του αλλά αμαυρώνει την προσωπικότητά του και επηρεάζει όλες τις πτυχές της ύπαρξής του. Ο εθισμός γίνεται τρόπος ζωής. (Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ., Βήμα του Ασκληπιού 2002)

Σε αυτό το στάδιο ο χρήστης δεν διακατέχεται από τη λογική αλλά από τον εθισμό του. Μερικά συμπτώματα αυτού του σταδίου είναι: ο χρήστης λέει ψέμματα ενώ είχε την ευκαιρία να πει την αλήθεια. Ρίχνει τις ευθύνες σε άλλους ενώ γνωρίζει ότι δεν φταίνε. Η συμπεριφορά του παίρνει μορφή ιεροτελεστίας. Απομονώνεται και συναναστρέφεται μόνο με άλλους χρήστες. Επειδή ο εθισμένος προσπαθεί να δικαιολογήσει την συμπεριφορά του, γίνεται ισχυρογνώμον, αρνείται την πραγματικότητα, λέει ψέμματα, δικαιολογεί τις πράξεις του, γίνεται αμείλικτος και απειλιτικός. Όταν κάνει χρήση αναγκάζεται να αποτραβηχτεί από όλους για να αντλήσει την δύναμή του από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Έτσι απομονώνεται ακόμη πιο πολύ. Η μοναξιά όμως τον ωθεί να ξανακάνει χρήση για να άμβλύνει τον πόνο. Αυτό τον σπρώχνει πιο βαθιά στην εξελικτική πορεία του εθισμού. Αν και προσωρινά νοιώθει ανακούφιση μακροπρόθεσμα η κατάστασή του χειροτερεύει. Οι σχέσεις του καταστρέφονται και η ντροπή του προκαλεί περισσότερο πόνο. Στο δεύτερο στάδιο του εθισμού, ο χρήστης παραδίνεται κυριολεκτικά στην δύναμη που ασκεί ο εθισμός πάνω του. Καθώς το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά ελέγχουν τη ζωή του οι τριγύρω του αντιδρούν νοιώθοντας παραγκονισμένοι. Έτσι ξεκινούν τα κοινωνικά προβλήματα που συνεπάγεται η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών μια που ο χρήστης χρησιμοποιεί τους άλλους σαν αντικείμενα προκειμένου να ικανοποιήσει τον εθισμό του. Σαν επακόλουθο οι άλλοι τον αποκαλούν ανεύθυνο, προβληματικό, παρανοϊκό, τρελό ή παράξενο. Στο δεύτερο στάδιο ο εθισμένος δημιουργεί ανοχή στο αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Αυτό σημαίνει ότι όσο χρήση και να κάνει δεν μπορεί πλέον να ξεφύγει τον πόνο. Αυτό τον εξωθεί σε επικίνδυνες συμπεριφορές προσπαθώντας να κάνει όλο και πιο πολύ χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών για να μη νοιώθει τον πόνο με αποτέλεσμα να μην είναι ποτέ νηφάλιος. Αυτό τον εξουθενώνει και καταρέει εσωτερικά και εξωτερικά. Όπως όλες οι ασθένειες που εξελίσσονται, ο εθισμός καταναλώνει όλη την ενέργεια και προσοχή του χρήστη σε σημείο που δεν μπορεί πλέον να ζήσει μια φυσιολογική ζωή. (Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ., Βήμα του Ασκληπιού 2002)

2.3.3. ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

Σε αυτό το στάδιο της εξελικτικής πορείας του εθισμού η εθιστική προσωπικότητα ελέγχει ολοκληρωτικά το χρήστη. Ο εθισμένος είναι πλέον σκλάβος του εθισμού του. Η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών δεν του χαρίζουν πλέον καμιά ικανοποίηση. Η διάθεση μπορεί να αλλάζει για λίγο αλλά η αλλαγή δεν κρατάει πολύ και ο πόνος δεν φεύγει ποτέ. Ο χρήστης συνηθιστοποιεί ότι είναι έρμαιο του εθισμού του και ότι είναι ανίκανος να ξεφύγει και να σπάσει τον φαύλο κύκλο της εξάρτησης. Η ζωή του είναι ολοκληρωτικά αφιερωμένη στον εθισμό του. Το μόνο που σκέφτεται είναι πως θα πάρει την επόμενη δόση του για να συνεχίσει τον εθιστικό τρόπο ζωής του. Τίποτε άλλο δεν μετράει. Παθαίνει νευρικό κλονισμό. Η παρανοηκότητα, η κατάθλιψη, ο θυμός, τα νεύρα, οι ενοχές, η ντροπή, η μοναξιά, οι αγχώδεις διαταραχές, ο πανικός και η υστερία τον κυριαρχούν. Σε αυτό το σημείο, η αυτοκτονία προβάλλεται σαν επιθυμητή λύση. Επίσης τα εξωτερικά προβλήματα πληθαίνουν. Κινδυνεύει να χάσει τη δουλειά του, οι σχέσεις ή ο γάμος του απειλούνται ή τερματίζονται, η υγεία του κλονίζεται και τα οικονομικά ή τα νομικά προβλήματα φθάνουν στο ζενίθ. Ο χρήστης αδυνατεί να απεξαρτηθεί από τον εθισμό του και να θεραπευτεί όταν βρίσκετε σε αυτό το στάδιο εκτός αν λάβει άμεση, δυναμική, εξωτερική βοήθεια από ειδικούς επαγγελματίες. Αλλιώς θα μείνει κολημένος σε αυτό το στάδιο μέχρι να επέλθει ο θάνατος. (Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ., Βήμα του Ασκληπιού 2002)

2.4. ΕΙΔΗ ΕΘΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Παρά το γεγονός ότι το κοινό συχνά χρησιμοποιεί τον όρο ναρκωτικά για να χαρακτηρίσει όλες τις τοξικές ψυχοτρόπες ουσίες που προκαλούν εκτός από παθολογικές οργανικές βλάβες, σοβαρή διαστρέβλωση της προσωπικότητας με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ικανότητα της προσαρμογής και της κοινωνικής ενσωμάτωσης, στην Ιατρική ο όρος αυτός επιφυλάσσεται μόνο για τις ψυχοτρόπες ουσίες που προκαλούν έντονη γενικευμένη καταστολή με αναλγησία, όπως η μορφίνη και η ηρωίνη. Οι τοξικές ψυχοτρόπες ουσίες που προκαλούν σοβαρή αλλοίωση της προσωπικότητας του χρήστη, ανάλογα με τους βασικούς μηχανισμούς δράσης τους περιλαμβάνουν γενικώς τα ηρεμιστικά – υπνωτικά όπως το αλκοόλ και τα αγχολυτικά φάρμακα, τα ναρκωτικά όπως η ηρωίνη και η μορφίνη, τα διεγερτικά όπως η καφεΐνη, η κοκαΐνη και

τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα παραισθησιογόνα όπως το LSD και τις ουσίες μεικτής δράσης όπως το χασίς και η μαριχουάνα. Ορισμένα από αυτά έχουν ευεργετικές επιδράσεις σε μικρές ποσότητες όπως το αλκοόλ και η καφεΐνη. Άλλα παρουσιάζουν ισχυρή τοξικότητα ακόμα και σε μικρές δόσεις όπως το LSD και η ηρωίνη. (What you need to know about addiction, Copyright ©2002, Canada Post with the Centre for Addiction and Mental Health)

Οι πρώτες αναφορές

- ✓ Γραπτά που φαίνεται να αναφέρονται σε εκχυλίσματα παπαρούνας με ναρκωτικές ενέργειες έχουν βρεθεί στην περιοχή των Σουμερίων στη Μέση Ανατολή και χρονολογούνται από το 4.000 π.Χ..
- ✓ Οι Αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποιούσαν όπιο τόσο για τα ψυχαγωγικά όσο και για τα θεραπευτικά του αποτελέσματα. Ο Έλληνας γιατρός Γαληνός του 2ου αιώνα μ.Χ., αυθεντία της Ιατρικής, χορηγούσε όπιο για να καταπραΰνει τους πονοκεφάλους, τις ασθένειες της χοληδόχου κύστης, τους κολικούς και τις πέτρες στα νεφρά ή ακόμη για να ανακουφίζει τους ασθενείς που παρουσίαζαν δύσπνοια, άσθμα και καρδιακή ανεπάρκεια.
- ✓ Πολύ αργότερα τον 16ο και 17ο αιώνα οι γιατροί άρχισαν να προειδοποιούν για τους κινδύνους των ναρκωτικών.

Παρακάτω αναλύονται οι πιο κοινές ουσίες από κάθε κατηγορία.

- Αλκοόλ : Το αλκοόλ σε μικρές ποσότητες προκαλεί ευφορία, αγχώλυση και έχει ευεργετικές για τον οργανισμό επιδράσεις. Σε μεγάλες ποσότητες προκαλεί ηπατίτιδα, ανικανότητα, κίρρωση, εγκεφαλοπάθεια, καρδιοπάθεια, διαταραχή αναπνοής, θάνατο. Η ευαισθησία στην τοξική επίδραση του αλκοόλ ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Εάν σας αρέσει το αλκοόλ, καλό είναι να μην πίνετε πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα και πάνω από δύο ποτά τη φορά, χαμηλής, σχετικώς περιεκτικότητας σε αλκοόλη, όπως η μπύρα ή κρασί.

Οι γυναίκες καλό είναι να αρκούνται σε ένα ποτό τη φορά. (What you need to

know about addiction, Copyright ©2002, Canada Post with the Centre for Addiction and Mental Health)

- Ηρεμιστικά φάρμακα : Σε μικρές δόσεις έχουν ηρεμιστική δράση. Σε ευαίσθητα άτομα ή μεγάλες δόσεις προκαλούν αστάθεια, αταξία, νυσταγμό, αδυναμία εκτέλεσης οργανωμένων κινήσεων (π.χ. οδήγηση), παράδοξη διέγερση, αναπνευστική καταστολή, υπόταση, ενίοτε κώμα, θάνατο.(What you need to know about addiction, Copyright ©2002, Canada Post with the Centre for Addiction and Mental Health)
- Μορφίνη, ηρωίνη: Ισχυρά κατασταλτικά, ακόμη και σε μικρές δόσεις, με αποτέλεσμα να προκαλείται ζάλη, καταστολή των αισθήσεων και των συναισθημάτων, ναυτία, άμβλυση πόνου, μείωση ερωτικής διάθεσης, ευφορία. Σε μεγαλύτερες δόσεις εγκεφαλοπάθεια, αναπνευστική καταστολή, υπόταση, βραδυκαρδία, υποθερμία, λήθαργο, κώμα, θάνατο. Σε ενδοφλέβια χορήγηση, επιθετικές λοιμώξεις, βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα, γάγγραινα. Η εύκολη επίτευξη ανοχής με τις ουσίες αυτές με αποτέλεσμα την ανάγκη αύξησης της δόσης για να επιτευχθούν τα αποτελέσματα της νάρκωσης των αισθήσεων και της ευφορίας που επιδιώκει ο χρήστης, αποτελεί μία από τις αιτίες που η κατηγορία αυτή των ψυχοτρόπων προκαλεί άμεσα τόσους θανάτους σε όλο τον κόσμο.
- Καφεΐνη : Σε μικρές ποσότητες όσο αυτές που περιέχονται σε ένα δύο φλιτζάνια καφέ ή εναλλακτικά σε δύο τρία φλιτζάνια τσάι ασκεί διεγερτική επίδραση με τόνωση του οργανισμού και αύξηση της εγρήγορης. Σε υψηλές δόσεις άγχος, επίμονη αϋπνία, ταχυκαρδίες, πονοκέφαλο, πόνους εντέρου.(What you need to know about addiction, Copyright ©2002, Canada Post with the Centre for Addiction and Mental Health)
- Κοκαΐνη : Ισχυρό διεγερτικό, που προκαλεί άμεσα έντονη διέγερση με έξαψη, ευφορία, αυξημένη ενέργεια. Λόγω ισχυρής διέγερσης των ζωτικών οργάνων, μπορεί να προκληθεί έμφραγμα μυοκαρδίου,

εγκεφαλικά επεισόδια, επιληψία, παραλήρημα, υπέρταση, υπερθερμία, θάνατος. Παρά το γεγονός ότι οι χρήστες χρησιμοποιούν συχνά την κοκαΐνη για οξεία αύξηση της σεξουαλικής ενέργειας, σε χρόνια χορήγηση προκαλείται μείωση της σεξουαλικής ορμής, ανικανότητα και στειρότητα, λόγω εξάντλησης της ζωτικής εφεδρείας του οργανισμού. Επίσης προκαλούνται και όλα τα συμπτώματα του «καφεϊνισμού», που αναφέρονται παραπάνω. (What you need to know about addiction, Copyright ©2002, Canada Post with the Centre for Addiction and Mental Health)

- Αντικαταθλιπτικά φάρμακα: Διέγερση και ευφορία σε μικρές δόσεις. Σε ευαίσθητους οργανισμούς ή σε περίπτωση μεγάλων δόσεων, καρδιαγγειακή βλάβη, σεξουαλική δυσλειτουργία, γαστρεντερικές ανωμαλίες, διέγερση, αϋπνία, μυοκλονίες, υπερπυρεξία, υπέρταση, ενίοτε θάνατος. (What you need to know about addiction, Copyright ©2002, Canada Post with the Centre for Addiction and Mental Health)
- LSD: Ισχυρό παραισθησιογόνο. Προκαλείται διαταραχή της αντίληψης με απελευθέρωση συναισθηματικών εκδηλώσεων, όπως κλάματος ή γέλιου και ανάπτυξη παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε απρόβλεπτη συμπεριφορά (π.χ. αυτοκτονία), σχιζοφρενικό επεισόδιο. Σε παθολογικό οργανικό επίπεδο, οι παρενέργειες περιλαμβάνουν την ταχυκαρδία, τον τρόμο, την υπέρταση, την υπερπυρεξία. (What you need to know about addiction, Copyright ©2002, Canada Post with the Centre for Addiction and Mental Health)
- Χασίς, μαριχουάνα: Σε μικρές δόσεις προκαλούν ευφορία, ταχυκαρδία, υπνηλία, διαφοροποιημένη αντίληψη χρόνου, άρση αναστολών, ψυχοκινητικά προβλήματα. Οι ουσίες αυτές μπορούν να δράσουν και ως παραισθησιογόνα. Σε χρόνια χρήση προκαλούνται αποφρακτική πνευμονοπάθεια, διαταραχή γονιμότητας, καρδιακές αλλοιώσεις, έκπτωση γνωστικών λειτουργιών. (What you need to know about addiction,

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Όταν εγκατασταθεί ο εθισμός στα ναρκωτικά, τότε ο ασθενής παρουσιάζει μια ακατάσχετη επιθυμία για χρήση ναρκωτικών ουσιών. Η έντονη και ακατάσχετη αυτή επιθυμία συχνά δεν μπορεί να ελεγχθεί παρά το γεγονός ότι μπορεί να δημιουργεί εξαιρετικά αρνητικές επιπτώσεις για τον ασθενή. Οι επιδράσεις των ναρκωτικών στον εγκέφαλο προκαλούν αλλοιώσεις της συμπεριφοράς. Η αναζήτηση των ναρκωτικών γίνεται καταναγκαστική, η ασθένεια γίνεται χρόνια και παρουσιάζει πολλές υποτροπές ακόμη και μετά από μεγάλες περιόδους αποχής. Τα άτομα που πάσχουν από εθισμό στα ναρκωτικά δεν μπορούν να απαλλαγθούν μόνο τους από τη νόσο τους. Χρειάζεται μια εξατομικευμένη αντιμετώπιση και θεραπεία για τον κάθε χρήστη. Το πρώτο βήμα είναι η αποτοξίνωση που επιτρέπει στον οργανισμό να απαλλαγεί από τα ναρκωτικά και παράλληλα αντιμετωπίζει τα συμπτώματα στέρησης. Μετά από την αποτοξίνωση η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται με ψυχολογικές προσεγγίσεις σε θέματα συμπεριφοράς ή και με φάρμακα εάν είναι δυνατόν. Η αποτοξίνωση χωρίς συνέχιση της θεραπείας με μια ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη ψυχολογική και κοινωνική προσέγγιση του ασθενούς δεν είναι αποτελεσματική.

Οι θεραπείες μπορούν να έχουν καλά αποτελέσματα αλλά είναι μακρόχρονες, η συνέχεια είναι απαραίτητη και συχνά χρειάζονται επαναλαμβανόμενες θεραπείες για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Οι θεραπείες αντιμετώπισης του εθισμού στα ναρκωτικά έχουν σημαντικό αντίκτυπο όχι μόνο για τους χρήστες αλλά και για την κοινωνία γενικότερα. Έχουν τη δυνατότητα να βελτιώνουν την ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών αλλά και να μειώνουν την εγκληματικότητα, τη βία

και τη διάδοση του AIDS. Παράλληλα οι θεραπείες αυτές μειώνουν δραματικά το οικονομικό κόστος που προκαλεί στην κοινωνία ο εθισμός στα ναρκωτικά. Η κατανόηση του προβλήματος του εθισμού στα ναρκωτικά, αποτελεί το θεμέλιο λίθο της πρόληψης της μάστιγας αυτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στα προηγούμενα κεφάλαια είδαμε τι είναι ο εθισμός και ποιες είναι οι ουσίες που είναι υπαίτιες για την εξάρτηση αυτή. Στο παρόν κεφάλαιο αναπτύσσονται οι τρόποι θεραπείας από τις εξαρτισιογόνες ουσίες η στάση της οικογένειας και της κοινωνίας απέναντι στο εξαρτημένο άτομο. Επιπλέον, αναφέρονται οι φορείς οι οποίοι συντελούν πραγματικά στο να απεξαρτηθούν τα εξαρτημένα άτομα από τα ναρκωτικά. Αναφέρονται εκτενέστερα, τα προγράμματα ΟΚΑΝΑ, ΡΕΤΟ, ΑΓΙΑ ΣΚΕΠΗ και ΚΕΘΕΑ.

3.1. ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Η αποκατάσταση χρηστών ναρκωτικών ουσιών είναι μια διαδικασία ψυχολογικής θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εθισμένα σε ψυχοτρόπες ουσίες. (www.okana.org.gr)

3.1.1. Θεραπεία με Υποκατάσταση

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

Το 1993, με το Νόμο 2161/1993 (ιδρυτικός νόμος του ΟΚΑΝΑ) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95, ΦΕΚ 254 Β΄) προσδιορίστηκαν οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996 ο ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε το πρώτο στη χώρα μας ΠΠΥ με χορήγηση μεθαδόνης, και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη. (www.okana.org.gr)

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

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

Στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας. Μέλημα του προγράμματος είναι η μείωση της χρήσης ναρκωτικών καθώς και των συναφών με τη χρήση προβλημάτων - κοινωνικών και υγείας - καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών ενώ παράλληλα, στόχος παραμένει να βοηθηθούν τα άτομα, που το επιθυμούν και μπορούν, να πετύχουν επιπρόσθετα της μείωσης της βλάβης, την απεξάρτηση. (www.okana.org.gr)

Κύρια επιδίωξη αποτελεί η σταθεροποίηση σε ένα κανονικό τρόπο ζωής που θα συνοδεύεται από βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων, καθώς και από ενδιαφέρον για εκπαίδευση/κατάρτιση, για εργασία και για επαγγελματική αποκατάσταση. (www.okana.org.gr)

3.1.2. Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα

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

Σήμερα, περίπου το 1/3 των θέσεων θεραπείας στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι νεαρότερα σε ηλικία, και έχουν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, πριν αυτά αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης. (www.okana.org.gr)

Αυτή τη στιγμή, ο ΟΚΑΝΑ, διαθέτει μια Μονάδα Εφήβων στην Αθήνα, ένα Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών στην Πάτρα και ένα Πρόγραμμα Πολλαπλής Παρέμβασης στο Ρέθυμνο. Με τη συνεργασία του ΟΚΑΝΑ λειτουργούν επίσης το Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» της Ψυχιατρικής Κλινικής του

Πανεπιστημίου Αθηνών και το Πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης. (www.okana.org.gr)

3.1.3. Φάρμακα υποκατάστασης

Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν, σε σύγκριση με την ηρωίνη, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει τόσο η δράση όσο και η αποδρομή τους. Αντίθετα, η ηρωίνη προκαλεί σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της μια κατάσταση ευφορίας ("ανέβασμα") που ακολουθείται σε σύντομο χρονικό διάστημα από "πτώση". Έτσι, με τα υποκατάστατα αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση. (www.okana.org.gr)

3.1.4. Η Μεθαδόνη

Η μεθαδόνη ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων, γνωστή με το όνομα οπιοειδή. Τα φάρμακα αυτά χαρακτηρίζονται από παρόμοια χημική δομή και δράση με τη μορφίνη. Στα οπιοειδή ανήκουν επίσης φυσικά και ημισυνθετικά παράγωγα του οπίου (οπιούχα, όπως η κωδεΐνη, η μορφίνη και η ηρωίνη). Τα οπιοειδή χαρακτηρίζονται ως κατασταλτικά φάρμακα, καθώς επιβραδύνουν τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Άλλες κατασταλτικές ουσίες είναι το αλκοόλ, η κάνναβη και οι βενζοδιαζεπίνες (όπως το Stedon, το Hipnosedon και το Vulbegal). (www.okana.org.gr)

Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται στη θεραπεία υποκατάστασης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη, ή άλλα οπιοειδή. Η δράση της διαρκεί πολύ περισσότερο από της ηρωίνης. Μία δόση είναι αποτελεσματική για τουλάχιστον 24 ώρες, ενώ η ηρωίνη μπορεί να διαρκεί λίγες μόνο ώρες. Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η μεθαδόνη χορηγείται υπό την μορφή πόσιμου διαλύματος (σιρόπι). (www.okana.org.gr)

Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 60 και 120mg, κατά την αρχική φάση. Η δόση αυτή μπορεί κατόπιν να μειώνεται σταδιακά, με αργό ρυθμό, χωρίς τον κίνδυνο εμφάνισης στερητικών φαινομένων. (www.okana.org.gr)

Τι προσφέρει η μεθαδόνη

Όταν η μεθαδόνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. (www.okana.org.gr)

Πέραν αυτών επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές λειτουργίες του οργανισμού που έχουν διαταραχθεί από την κατάχρηση ουσιών. Έτσι δίνεται η ευκαιρία να βελτιωθεί η σωματική κατάσταση, η ψυχική υγεία, αλλά και οι κοινωνικές λειτουργίες του ατόμου. (www.okana.org.gr)

Πρέπει όλοι να γνωρίζουμε όμως ότι:

- Η μεθαδόνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης.(www.okana.org.gr)
- Όσο διάστημα χρησιμοποιεί κάποιος μεθαδόνη διατηρεί την σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.
- Η μεθαδόνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας (μαστούρα, high).
- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη μεθαδόνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.
- Η μεθαδόνη, όπως και η ηρωίνη, είναι ένα ισχυρό φάρμακο και μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά.
- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια (Vulbegal, Hipnocedon), μαζί με μεθαδόνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose).

3.1.5. Η Βουπρενορφίνη

Η βουπρενορφίνη είναι και αυτή ένα οπιοειδές φάρμακο, όπως και η μεθαδόνη. Χρησιμοποιείται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από ηρωίνη. Η αποτελεσματικότητά της έχει αποδειχθεί τόσο στη θεραπεία υποκατάστασης της ηρωίνης, όσο και στη σωματική αποτοξίνωση από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Η βουπρενορφίνη, όπως και πολλά άλλα οπιοειδή, έχει χρησιμοποιηθεί και ως ισχυρό αναλγητικό. (www.okana.org.gr)

Στα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης η βουπρενορφίνη χορηγείται υπό τη μορφή υπογλώσσιας ταμπλέτας. Πρόκειται για μια μορφή χαπιού που δεν πρέπει να το καταπίνουμε ή να το μασούμε, αλλά να το αφήνουμε να λιώσει στο στόμα (χρειάζονται 15-30 λεπτά). Η δράση της αρχίζει μετά από 30 περίπου λεπτά και διαρκεί, ανάλογα με τη δόση, έως και τρεις ημέρες. Η ημερήσια δοσολογία κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 4 και 16mg. (www.okana.org.gr)

Τι προσφέρει η Βουπρενορφίνη

Όταν η βουπρενορφίνη χορηγείται στην κατάλληλη δοσολογία εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών, ενώ μειώνει την επιθυμία που έχει το εξαρτημένο άτομο να κάνει χρήση ηρωίνης. Έχει δηλαδή όμοια αποτελέσματα με την μεθαδόνη. (www.okana.org.gr)

Επιπλέον αυτών, η βουπρενορφίνη παρουσιάζει και κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τη μεθαδόνη, όπως:

- Ανταγωνίζεται τη δράση της ηρωίνης. Όταν κάποιος χρησιμοποιήσει ηρωίνη δεν θα νιώσει το ευφορικό της αποτέλεσμα. Έτσι, με τη βουπρενορφίνη καταπολεμάται ένας από τους κύριους λόγους για τους οποίους γίνεται η χρήση της ηρωίνης.
- Έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, όχι μόνο από την ηρωίνη, αλλά και από τη μεθαδόνη. Συγκεκριμένα, στην κατάλληλη δόση, μπορεί να είναι αποτελεσματική για έως και 72 ώρες. Έτσι δεν είναι απαραίτητη η καθημερινή προσέλευση στο πρόγραμμα. Η χορήγηση μπορεί να γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα και τα Σαββατοκύριακα να είναι ελεύθερα.
- Αν χρησιμοποιεί κάποιος μόνο βουπρενορφίνη, είναι απίθανο να εμφανίσει υπερδοσολογία (overdose), ακόμη και αν λάβει αρκετά μεγάλη δόση.
- Εμφανίζει πολύ λιγότερα στερητικά συμπτώματα από τη μεθαδόνη και για το λόγο αυτό είναι ευκολότερο να αποτοξινωθεί κανείς από αυτήν. Για τον

ίδιο λόγο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όποιους δυσκολεύονται να αποτοξινωθούν από τη μεθαδόνη.(www.okana.org.gr)

Πρέπει όλοι να γνωρίζουμε όμως ότι:

Η βουπρενορφίνη δεν αρκεί για να αλλάξει η ζωή ενός ατόμου εξαρτημένου από τα ναρκωτικά. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητες η επαγγελματική συμβουλευτική, η ιατρική παρακολούθηση και η ψυχοκοινωνική στήριξη που προσφέρουν τα ΘΠΥ.(www.okana.org.gr)

Όσο διάστημα κάποιος χρησιμοποιεί βουπρενορφίνη διατηρεί τη σωματική του εξάρτηση στα οπιοειδή.(www.okana.org.gr)

- Η βουπρενορφίνη δεν προκαλεί αισθήματα ευφορίας (μαστούρα, high).
- Όπως συμβαίνει με κάθε φάρμακο, έτσι και με τη βουπρενορφίνη μπορεί να υπάρχουν παρενέργειες.(www.okana.org.gr)
- Η βουπρενορφίνη, όπως και η ηρωίνη, είναι ένα ισχυρό φάρμακο και μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη αν δεν χρησιμοποιηθεί σωστά.
- Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μη γίνεται χρήση κατασταλτικών ουσιών, όπως είναι το αλκοόλ και τα υπνωτικά χάπια (Vulbegal, Hipnocedon), μαζί με βουπρενορφίνη. Τέτοια χρήση μπορεί να οδηγήσει σε υπερδοσολογία (overdose).
- Όταν χρησιμοποιεί κανείς την βουπρενορφίνη μαζί με ηρωίνη, μεθαδόνη, ή άλλα οπιοειδή, μπορεί να προκαλέσει στερητικά συμπτώματα

3.2. ΦΟΡΕΙΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΤΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΝΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΘΟΥΝ

Στην θεραπευτική κοινότητα εφαρμόζονται κατά κανόνα, η μέθοδος της αυτοβοήθειας δηλαδή, ιδρύονται κοινόβια στα οποία δρουν και εργάζονται τοξικομανείς υπό την επίβλεψη, βέβαια, ειδικών επιστημόνων. Σήμερα στην χώρα μας λειτουργούν συνολικά 22 θεραπευτικές μονάδες εσωτερικής ή

εξωτερικής παραμονής. Οι περισσότερες από τις μονάδες αυτές παρέχουν ψυχοκοινωνικού τύπου θεραπευτική βοήθεια και δεν χρησιμοποιούν φαρμακευτική υποκατάσταση και διαθέτουν περίπου 600 θέσεις, υπάρχουν 4 μονάδες που χορηγούν φαρμακευτική θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και διαθέτουν 650 περίπου θέσεις. (www.okana.org.gr)

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. (www.okana.org.gr)

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 ζησει την πραγματικότητα και να αποδεχθεί τα δεδομένα προσπαθώντας να αλλάξει :όνο εκείνα τα πράγματα και τις καταστάσεις που επιδέχονται αλλαγές. (www.okana.org.gr)

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, 2005). (www.okana.org.gr)

Τα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης, βασισμένα στη φιλοσοφία της αγωγής και της προαγωγής της υγείας, και επιδιώκουν την ευαισθητοποίηση των φορέων και των πολιτών των τοπικών κοινωνιών, με σκοπό την ενεργοποίησή τους στον αγώνα της πρόληψης. (www.okana.org.gr)

Τα προγράμματα που αναπτύσσουν τα Κέντρα Πρόληψης απευθύνονται:

- Σε γονείς
- Σε μαθητές και εφήβους
- Σε στρατευμένους
- Σε αθλητικούς συλλόγους και ομάδες
- Σε επαγγελματίες που έρχονται σε άμεση επαφή με το πρόβλημα (εκπαιδευτικούς, προπονητές, αστυνομικούς, επαγγελματίες υγείας, ιερείς, στρατιωτικούς κ.ά)
- Σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (παλινοστούντες, πρόσφυγες, μειονοτικές ομάδες, φυλακισμένους κ.ά)
- Στην ευρύτερη κοινότητα

Οι στόχοι τους, ανάλογα με την ομάδα στην οποία απευθύνονται και τη διάρκεια της παρέμβασης, είναι:

- Η ενδυνάμωση, υποστήριξη και εκπαίδευση των νέων ώστε να υιοθετήσουν μια θετική στάση ζωής και να αναπτύξουν δεξιότητες που να αντιστέκονται στη χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και σε άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές (τζόγος, διαδίκτυο κ.α). (www.okana.org.gr)
- Η συμβουλευτική και υποστήριξη της οικογένειας με σκοπό την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και τη βελτίωση της επικοινωνίας.
- Η ευαισθητοποίηση καθηγητών και δασκάλων σε θέματα πρόληψης, η ενίσχυση του παιδαγωγικού τους ρόλου και η ενδυνάμωση των σχέσεων εκπαιδευτικών -μαθητών.
- Η ενημέρωση των ενδιαφερομένων για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα
- Η πληροφόρηση, ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της ευρύτερης κοινότητας

3.2.1 OKANA

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

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο OKANA έχει ως κύριους σκοπούς:

- το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων
- τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού

- την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

3.2.2. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ

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

Για τη χάραξη και το συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.ά.) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA, Ομάδα Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.) ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΙΝ). (www.okana.org.gr)

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

3.3.ΚΕΝΤΡΟ ‘ΡΕΤΟ’

Το "ΡΕΤΟ" είναι ένα κέντρο που βοηθάει αφιλοκερδώς τον τοξικομανή. Είναι πρώην χρήστες και έχουν πολύ διάθεση να βοηθήσουν νέους και νέες που είναι στο πρόβλημα. Είναι ένα χριστιανικό κέντρο όπου εμπιστεύονται το Θεό.

Έτσι βρήκαν τον τρόπο να κάνουν στροφή 180° μοιρών στη ζωή τους και μια αληθινή ελπίδα στην οποία στηρίζοντε και για την οποία δίνουν μάχη κάθε μέρα.

Είναι ένα κέντρο απεξάρτησης τοξικομανών και ξεκίνησε να δουλεύει σ' αυτόν τον τομέα στην Ισπανία πριν 17 χρόνια. Από τότε έχουν βοηθήσει πολλούς νέους να ξεφύγουν από τα ναρκωτικά. Είναι ένα μη κερδοσκοπικό κέντρο και χάρη στην προσφορά των μελών κατάφεραν να συνεχίσουν. Αυτοί που έχουν την ανάγκη να επικοινωνούν με το Κέντρο γίνονται κάθε μέρα και πιο πολλοί και έτσι σιγά σιγά επεκτείνεται η δραστηριότητά τους.

3.3.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΡΕΤΟ

Προσφέρει ένα κέντρο άμεσης βοήθειας όπου ο τοξικομανής θα μπορέσει να αποκατασταθεί σωματικά, ψυχικά, πνευματικά και επίσης να επανενταχθεί στο φυσικό του περιβάλλον. Η βοήθεια που προσφέρει βγαίνει από την καρδιά τους, μιάς και αυτοί ήταν κάποτε στην ίδια κατάσταση. Με την εμπειρία τους αυτή θέλουν να προσφέρουν την ίδια ελπίδα που κι αυτοί κάποτε συνάντησαν.

3.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ 'ΑΓΙΑ ΣΚΕΠΗ'

Η Θεραπευτική Κοινότητα «Αγία Σκέπη» είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός που ιδρύθηκε από την Ιερά Μονή Μαχαιρά με σκοπό την ψυχολογική στήριξη και θεραπεία σε χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών και στις οικογένειες τους.

3.4.1.ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ 'ΑΓΙΑ ΣΚΕΠΗ'

Με σκοπό την κινητοποίηση, την απεξάρτηση και την κοινωνική επανένταξη, η Θεραπευτική Κοινότητα «Αγία Σκέπη» λειτουργεί τις εξής μονάδες:

- Συμβουλευτικό Σταθμό που απευθύνεται σε χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, άνω των 18 ετών, και στις οικογένειές τους
- Κλειστή Θεραπευτική Κοινότητα όπου τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα προετοιμασίας από τον συμβουλευτικό σταθμό εντάσσονται για το κυρίως μέρος της θεραπείας - απεξάρτησης.
- Κέντρο Επανένταξης όπου τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το κλειστό μέρος της Κοινότητας προσανατολίζονται προς την επανένταξή τους στην κοινωνία.

Συμβουλευτικός Σταθμός:

Ο Συμβουλευτικός Σταθμός αποτελεί θεραπευτική μονάδα του Θεραπευτικού Προγράμματος «Αγία Σκέπη». Απευθύνεται σε χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, άνω των 18 ετών, και στις οικογένειές τους. Έχει σαν στόχους:

- Την ολοκληρωμένη προετοιμασία χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών προκειμένου να εισαχθούν στην Θεραπευτική Κοινότητα «Αγία Σκέπη».
- Τη ψυχοκοινωνική υποστήριξη των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους
- Τη ψυχοκοινωνική υποστήριξη και συμβουλευτική στις οικογένειες των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών

Οι παραπάνω στόχοι πραγματοποιούνται με την εφαρμογή τριών προγραμμάτων:

1. Πρόγραμμα Κινητοποίησης και Βελτίωσης της Ποιότητας Ζωής
2. Πρόγραμμα Προετοιμασίας για τη Θεραπευτική Κοινότητα
3. Πρόγραμμα Οικογενειακής Θεραπείας και Συμβουλευτικής

3.5. ΚΕΘΕΑ

Το ΚΕΘΕΑ είναι το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης στη χώρα μας. Βρίσκεται δίπλα στους χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους από την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης ελληνικής Θεραπευτικής Κοινότητας, το 1983. Όλες οι υπηρεσίες του παρέχονται δωρεάν και χωρίς λίστες αναμονής: στο δρόμο, στα σωφρονιστικά καταστήματα, σε μονάδες σε όλη την Ελλάδα. Το ΚΕΘΕΑ απευθύνεται επίσης σε όσους αντιμετωπίζουν πρόβλημα με άλλες μορφές εξάρτησης, όπως το αλκοόλ, ο τζόγος και το διαδίκτυο.

3.5.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ

Τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ αντιμετωπίζουν ολοκληρωμένα την εξάρτηση και τα προβλήματα που τη συνοδεύουν, παρέχοντας συμβουλευτική και θεραπεία απεξάρτησης, υποστήριξη της οικογένειας, φροντίδα για θέματα υγείας και νομικές εκκρεμότητες, εκπαίδευση και κατάρτιση, επανένταξη στην κοινωνία και τον κόσμο της εργασίας. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν χορηγούνται υποκατάστατα ή φάρμακα. Στόχος είναι η πλήρης και σταθερή αποχή από τις ουσίες και η ισότιμη επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία. Το ΚΕΘΕΑ εφαρμόζει επίσης προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας σε εκπαιδευτικές κοινότητες όλων των βαθμίδων, ομάδες υψηλού κινδύνου για χρήση ουσιών και τις τοπικές κοινωνίες. Αποτελεί δραστήριο οργανισμό εκπαίδευσης και έρευνας στον τομέα των εξαρτήσεων με προγράμματα και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου, στην προώθηση της επιστημονικής γνώσης και στη διαρκή βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους.

3.6. Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών αποτελεί καθολική προτεραιότητα. Περιλαμβάνει μέτρα που αποβλέπουν στην αποτροπή της χρήσης, στην ενδυνάμωση των στοιχείων της προσωπικότητας του ατόμου-στόχου και

στη βελτίωση του ευρύτερου οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος. (www.okana.org.gr)

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

Ειδικές ομάδες-στόχοι είναι οι νέοι, οι ομάδες με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, οι μετανάστες, οι εργαζόμενοι στη νυχτερινή διασκέδαση, οι ιερόδουλες, οι στρατευμένοι και οι φυλακισμένοι. (www.okana.org.gr)

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

Πολλές είναι οι μελέτες που καταδεικνύουν την συσχέτιση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών με διάφορους οικογενειακούς παράγοντες, όπως η ανατροφή κατά την παιδική ηλικία, οι ρόλοι και η σταθερότητα του ζεύγους, η στάση των γονεϊκών προτύπων απέναντι στις εξαρτησιογόνες ουσίες, η συρρίκνωση της υποστήριξης από το οικογενειακό σύστημα, καθώς από την

εκτεταμένη οικογένεια (τριών γενεών) περνάμε στην πυρηνική (δύο γενεών), η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από τους γονείς, καθώς επίσης και η έλλειψη επικοινωνίας, συναισθηματικών δεσμών και ορίων. (www.okana.org.gr)

Σύμφωνα με έκθεση του Ευρωκοινοβουλίου ήδη από το 1986 είχε αναφερθεί :

«Οι γονείς πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι αποτελούν μια συνιστώσα του προβλήματος χρήσης ουσιών. Είμαστε μία κοινωνία που κάνει χρήση και κατάχρηση ναρκωτικών, με εκατομμύρια αλκοολικών, καπνιστών και ακόμα περισσότερων που χρησιμοποιούν, χωρίς σύσταση γιατρού, διεγερτικά ή ηρεμιστικά χάπια. Παρ' όλα αυτά οι γονείς συζητούν το πρόβλημα των ναρκωτικών με τα παιδιά τους όταν είναι πια πολύ αργά, στηρίζονται συνήθως σε ανακριβείς πληροφορίες και καθυστερούν σημαντικά να αναζητήσουν βοήθεια από τους ειδικούς, πολλές φορές και για λόγους κοινωνικού στιγματισμού».(<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Θέλοντας να αναδείξουμε τον ρόλο της οικογένειας στην πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, δεν μπορούμε παρά να αναφέρουμε κατ' αρχάς ότι οι πιθανότητες ανάπτυξης μιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με την χρήση ουσιών, αυξάνονται μέσα από διαδικασίες μάθησης και μίμησης των πρακτικών της οικογένειας. (<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Οι γονείς αποτελούν συνήθως πρότυπα μίμησης από τα παιδιά, σε ηλικίες που αυτά δεν διαθέτουν την διακριτική ικανότητα να ταξινομήσουν τις γονεϊκές συμπεριφορές σε θετικές ή αρνητικές. Αντιθέτως όσο πιο ισχυροί είναι οι συναισθηματικοί δεσμοί με τα πρότυπα αυτά, τόσο πιο έντονη και η διάθεση για καθολική και πλήρη μίμηση των μοντέλων συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τους γονείς, μεταξύ των οποίων μπορεί να είναι το κάπνισμα, η κατάχρηση ουσιών, η αυτόβουλη λήψη ηρεμιστικών χαπιών ή πολύ χειρότερα η χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών – των λεγόμενων ναρκωτικών. (<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Το φαινόμενο όμως της χρήσης ουσιών μπορεί να εμφανισθεί και σε παιδιά οικογενειών όπου κανείς από τους γονείς δεν είναι χρήστης, αλλά υπάρχουν άλλου τύπου δυσλειτουργίες που εμποδίζουν την συναισθηματική ωρίμανση του παιδιού. (<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Η απουσία αξιών, η σύγχυση των ρόλων, η παράδοση ή ασταθής συμπεριφορά του πατέρα ή της μητέρας, χαρακτηριστικά που δεν προσφέρουν ένα περιβάλλον ομαλής και δημιουργικής ανάπτυξης για τα παιδιά. (<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Σε αντίθεση με άλλες χώρες, οι οικογενειακοί δεσμοί στην Ελλάδα αν και έχουν σημαντικά διαφοροποιηθεί παραμένουν ακόμα ουσιαστικοί και ισχυροί. (<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Οι οικογενειακοί παράγοντες που οι έρευνες έχουν καταδείξει ότι σχετίζονται θετικά ή προστατευτικά με την πρόληψη ψυχοδραστικών ουσιών :

- (1) Γονείς με θετικά πρότυπα συμπεριφοράς
- (2) Αντιμετώπιση κρίσεων χωρίς τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, παρά μόνο στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει ιατρική ένδειξη
- (3) Ενίσχυση αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης των παιδιών μέσα από οικογενειακές, σχολικές ή ευρύτερα κοινωνικές δραστηριότητες
- (4) Σωστή οριοθέτηση σχέσεων, προσδοκιών, ευθυνών και η ρεαλιστική αντιμετώπιση δυνατοτήτων και αποτελέσματος (όχι παράλογες, υψηλές ή χαμηλές προσδοκίες αλλά με σημείο αναφοράς τις ικανότητες του συγκεκριμένου ατόμου και όχι ότι θεωρείται «επιτυχές» στην ανταγωνιστική μας κοινωνία)
- (5) Αναγνώριση και επισήμανση του υποστηρικτικού ρόλου που έχουν οι παραδόσεις και η ιστορία όχι μόνο σε εθνικό αλλά και σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας (σεβασμός αξιών, ηθών και εθίμων)

(6) Επαφή γονιών με σχολικό ή εξωσχολικό περιβάλλον Αυτοί είναι μερικοί από τους λόγους που μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η οικογένεια αποτελεί σημαντική, μεταξύ άλλων, παράμετρο για τον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης. (<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

3.7. Η ΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟ ΑΤΟΜΟ

Είναι προφανές ότι το πρόβλημα του Κοινωνικού Αποκλεισμού και ειδικότερα των διακρίσεων στην αγορά εργασίας, χρειάζεται να αντιμετωπίζεται σε διάφορα επίπεδα, ανάλογα με τη φύση των αναγκών. Σε μια χώρα σαν την Ελλάδα η διαμόρφωση πολιτικής και ο παραμερισμός των θεσμικών εμποδίων στον τομέα αυτό είναι αρμοδιότητα της κεντρικής διοίκησης και επομένως εξασφαλίζεται σε εθνικό επίπεδο. Παρά ταύτα, για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων κοινωνικοοικονομικής (επαν-) ένταξης ατόμων σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές, είναι απαραίτητο να ακολουθείται μια ολοκληρωμένη εφαρμογή μέτρων σε γεωγραφική βάση που να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των τοπικών κοινωνιών, χωρίς να παραγνωρίζεται η σημασία υπερ-τοπικού χαρακτήρα μέτρων και ενεργειών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών. (<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Προκειμένου, όμως, να διαμορφωθούν και να αποφασιστούν τα κατάλληλα μέτρα και κατά συνέπεια να σχεδιαστούν οι κατάλληλες δράσεις για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και την προώθηση της απασχόλησης ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων, είναι αναγκαίο να υπάρχει μια σαφής εικόνα όσον αφορά στη φύση και την έκταση των προβλημάτων, στις διάφορες μορφές που συναντώνται, καθώς και στις τάσεις και τις προοπτικές τους. (<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Στο πλαίσιο αυτό, είναι προφανές ότι απαιτείται η συμμετοχή και στενή συνεργασία όλων των συνεπλεκομένων και συναρμοδίων φορέων στο τοπικό επίπεδο. Αυτό αφορά τόσο την Τοπική Αυτοδιοίκηση όσο και τους κοινωνικούς

εταίρους καθώς και τους φορείς του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένου και του μη κερδοσκοπικού τομέα. Κυρίως, όμως, τα προβλήματα που επιφέρει ο Κοινωνικός Αποκλεισμός, δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν χωρίς την πλήρη συμμετοχή των ιδίων ενδιαφερομένων ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στις διαδικασίες της κοινωνικοοικονομικής ένταξης.
(<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Πέραν τούτου, ο πολυδιάστατος χαρακτήρας των δράσεων που απαιτεί η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού προϋποθέτει μια διευρυμένη διαθεσμική συνεργασία των εμπλεκόμενων αρχών και φορέων. Είναι αναγκαίο επομένως να ενισχυθεί η συνεργασία των κεντρικών και περιφερειακών διοικήσεων και φορέων με τους τοπικούς φορείς
(<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Για το άτομο ή/ και τις διάφορες ομάδες του πληθυσμού, οι συνέπειες της συσσώρευσης διάφορων αποστερήσεων σε σημαντικούς τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, είναι ότι μένουν απ' έξω ή στο περιθώριο μιας γενικότερης ευημερίας. Αυτές εντοπίζονται κυρίως στην εξάρτηση του ατόμου από τα επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας, σε ένα χαμηλό επίπεδο ζωής ή/ και σε μειωμένες προσδοκίες καθώς και στο στιγματισμό του ατόμου.

Οι συνέπειες αυτές με τη σειρά τους υπονομεύουν την ικανότητα του ατόμου που πλήττεται να συμμετέχει παραγωγικά σε μία εξελισσόμενη οικονομία, επιβραδύνοντας έτσι και την οικονομική ανάπτυξη, δεδομένου ότι το κόστος της κρατικής υποστήριξης των αποκλεισμένων ατόμων, μέσω επιδομάτων κ.λ.π., περιορίζει τους πόρους που θα μπορούσαν να διατεθούν για παραγωγικές επενδύσεις. Κα βέβαια όσο αυξάνεται ο αριθμός του πληθυσμού που αποκλείεται από τον τρόπο ζωής που απολαμβάνουν οι πολλοί, αυξάνεται και ο κίνδυνος διατάραξης της κοινωνικής συνοχής μιας κοινωνίας.
(<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Γενικότερα, ο αποκλεισμός μπορεί να υφίσταται σε ατομικό, ομαδικό (π.χ.

εθνικές ή φυλετικές μειονότητες) ή γεωγραφικό επίπεδο (π.χ. Κοινότητα / Δήμος) . Και στα τρία επίπεδα, η φύση και ο βαθμός του είναι σχετικά μετρήσιμα, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε περιβάλλοντος και ανάλογα βέβαια με το πώς προσδιορίζεται ή τι σημαίνει για τις τοπικές αρχές να συμμετέχει και να ανήκει κάποιος στην κοινότητα/πόλη/ευρύτερη περιοχή. Σε τοπικό επίπεδο, για παράδειγμα, οι συνέπειες του Κοινωνικού Αποκλεισμού μπορεί να αφορούν στη διατάραξη της ισορροπίας δυνάμεων ανάμεσα στο άτομο ή την κοινότητα και στις αρμόδιες για την λήψη κοινωνικών και οικονομικών αποφάσεων αρχές. Αυτό μπορεί να συμβεί για δύο κυρίως λόγους: είτε επειδή το άτομο δεν μπορεί να εκπροσωπήσει σωστά τον εαυτό του, είτε γιατί οι πόροι του (χρόνος, χρήματα, κ.α.) δεν του επιτρέπουν την ενεργή συμμετοχή του στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. (<http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>)

Η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης του OKANA ξεκίνησε επίσημα τη λειτουργία της με οργανωμένο θεραπευτικό και διοικητικό πλαίσιο το Σεπτέμβριο του 2000.

Ο κύριος στόχος της Μονάδας είναι να συμβάλλει, μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, στη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση, αλλά και την προώθηση στην αγορά εργασίας των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στις μονάδες υποκατάστασης και έχουν απεξαρτηθεί. Η διάρκεια του προγράμματος κυμαίνεται από 12 έως 24 μήνες. Σε ειδικό τμήμα της Μονάδας μπορούν να ενταχθούν και θεραπευόμενοι που συνεχίζουν να λαμβάνουν μεθαδόνη, εφόσον παρουσιάσουν σταθερή συμμόρφωση στο πρόγραμμα θεραπείας και έχει εκτιμηθεί ότι είναι ικανοί να διεκδικήσουν και να διατηρήσουν εργασιακή θέση με στόχο την ομαλή κοινωνική επανένταξή τους. (www.okana.org.gr)

Η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης παρέχει στα μέλη της ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία καθώς και συνεχή παρακολούθηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας τους. Κατά τη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα αντιμετωπίζονται επίσης τα ιατρικά προβλήματα των μελών με

χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή/και παραπομπή σε άλλα νοσηλευτικά πλαίσια. Η χορήγηση ναλτρεξόνης βοηθά τα άτομα που την έχουν ανάγκη για να διατηρηθούν σε κατάσταση απεξάρτησης. (www.okana.org.gr)

Στη Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης, τα μέλη κινητοποιούνται και ενισχύονται προκειμένου να συμμετέχουν σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες καθώς και στα προγράμματα που υλοποιούν τα Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης του OKANA. Επίσης, σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ αξιοποιούνται για τα μέλη της Μονάδας τα προγράμματα «Επιδότησης Ελεύθερων Επαγγελματιών» και «Επιδότησης Νέων Θέσεων Εργασίας για την απασχόληση Απεξαρτημένων ατόμων». Ενισχύεται τέλος, η συμμετοχή των μελών, σε δραστηριότητες που αναπτύσσουν πολιτιστικοί και αθλητικοί φορείς της ευρύτερης κοινότητας. (www.okana.org.gr)

Η νομική υποστήριξη που παρέχεται έχει ως στόχο την εκκαθάριση του ποινικού μητρώου των ατόμων που "αποφοιτούν" από τη Μονάδα, ενώ η διατήρηση της επαφής με τα μέλη που ολοκληρώνουν το Πρόγραμμα Κοινωνικής Επανάταξης βοηθά και ενισχύει την αποχή από τα ναρκωτικά λειτουργώντας ταυτόχρονα υποστηρικτικά στις προσπάθειές τους για ανεύρεση εργασίας. (www.okana.org.gr)

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Το παρόν κεφάλαιο καλείται να δώσει απαντήσεις σχετικά με τους τρόπους θεραπείας από τις εξαρτισιογόνες ουσίες, τη στάση της οικογένειας και της κοινωνίας απέναντι στο εξαρτημένο άτομο. Αναλύει τις πιθανές επιλογές που έχει ένα άτομο που αποφασίζει να ξεφύγει από τη μάστιγα των ναρκωτικών.

Οι βασικές αρχές της φιλοσοφίας των θεραπευτικών κοινοτήτων έχουν άμεση σχέση με τον προσδιορισμό των αιτιών του προβλήματος της χρήσης φαρμακευτικών ουσιών. Το πρόβλημα των ναρκωτικών δεν υπάρχει επειδή υπάρχουν οι συγκεκριμένες ουσίες, είναι πρόβλημα κοινωνικό. Τα αίτια της

χρήσης φαρμακευτικών ουσιών πρέπει να αναζητηθούν στις υπάρχουσες κοινωνικές δομές, στα ψυχολογικά αδιέξοδα του σύγχρονου ανθρώπου και στην ποιότητα των οικογενειακών και γενικότερα των ανθρώπινων σχέσεων. Τα εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες άτομα δεν είναι στη συντριπτική πλειοψηφία τους "άρρωστοι" με τη ψυχιατρική ή ιατρική έννοια του όρου, αλλά πρέπει να αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι με ψυχολογικά προβλήματα (όπως αυτά που λίγο ή πολύ έχουν όλοι), σε συνάρτηση με ένα τεράστιο επιπρόσθετο πρόβλημα, αυτό της εξάρτησης. Η θεραπεία δεν μπορεί να βασιστεί στη χορήγηση μιας ουσίας, ενός υποκατάστατου. Οι θεραπευτικές κοινότητες απαντώντας στα αίτια του προβλήματος προτείνουν έναν νέο τρόπο ζωής, αντιπαραθέτουν ένα ξεκάθαρο πλαίσιο αρχών. Ο αυτοσεβασμός, η ειλικρίνεια, η υπευθυνότητα, η εντιμότητα είναι αναγκαίες αξίες για τη συνύπαρξη των ανθρώπων. Στη χρήση φαρμακευτικών ουσιών αντιπαρατίθεται η αλήθεια, η έκφραση των συναισθημάτων και η προσπάθεια για αυτογνωσία, στη μοναξιά η φιλία, στην παθητικότητα και την αδιαφορία το ενεργό και υπεύθυνο ενδιαφέρον. Το πρόγραμμα των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι εθελοντικό και "στεγνό". Μόνο η εθελοντική προσέλευση, ενδεικτική της πραγματικής επιθυμίας του χρήστη για αλλαγή, σε αντίθεση με τον υποχρεωτικό εγκλεισμό, εγγυάται τη θεραπεία. Η μη χορήγηση υποκατάστατων-ψυχοφαρμάκων και άλλων φαρμακευτικών ουσιών είναι ο μόνος ουσιαστικός τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος της χρήσης ουσιών. Η θεραπευτική πρόταση βασίζεται σε ψυχοθεραπευτικές και κοινωνιοθεραπευτικές τεχνικές, καθώς και στις αρχές λειτουργίας των θεραπευτικών κοινοτήτων, μοντέλων που με την 30χρονη λειτουργία τους απέδειξαν ότι αποτελούν μια ριζική πρόταση θεραπείας, και μάλιστα με το μικρότερο δυνατό κόστος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΥΦΙΣΤΑΝΤΑΙ ΟΣΟΙ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία δεν είναι απλά ένας τρόπος για να κερδίζει κανείς τα προς το ζειν. Αποτελεί επίσης ένα βασικό στοιχείο της κοινωνικής θέσης του ατόμου καθώς και πηγή νοήματος για τη ζωή του. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα έντονο για τους ανθρώπους εκείνους που έχουν σχετικά απορρίψει την θρησκευτική προσέγγιση στις υπαρξιακές τους ανησυχίες.

4.1. ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ανώτερου ζώντος οργανισμού και οριοθετείται ως μια ειδική ανταλλαγή ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο είδος συστήματος, άτομο-κοινωνία, και σε ένα συγκεκριμένο είδος περιβάλλοντος. (Κ.Αργυροπούλου, 1999)

Το άγχος θεωρείται ως μία κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας (Γκίκα, 1995 στο: Ποταμιάνος, 1995). Βιώνεται ως ψυχολογική πίεση (stress), η οποία με τη σειρά της ορίζεται ως μία κοινή ανθρώπινη εμπειρία, η οποία χαρακτηρίζεται από μία προσδοκία φόβου για κάποιο δυσάρεστο γεγονός στο μέλλον. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ορισμός του άγχους είναι συμβατικός και δεν αποσαφηνίζει τυχόν εννοιολογικές αντιφάσεις που σχετίζονται με το άγχος ως ψυχική κατάσταση, αλλά και ως μηχανισμό ψυχικής άμυνας.

Ως μηχανισμός άμυνας και ως ψυχική κατάσταση, το άγχος έχει πολυπαραγοντική βάση. Αρχικά θεωρήθηκε ότι αποτελεί αντίδραση κάθε έμβιου όντος σε εξωτερικές απειλές, η οποία χαρακτηρίζεται από παροδικές αλλαγές στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Ένα απειλητικό ερέθισμα, ανάλογα με την ένταση και τη φύση του, προκαλεί πολλά αρνητικά συναισθήματα, όπως αγωνία, πανικό και θυμό. Ενδέχεται επίσης να προκαλέσει έμμονες σκέψεις, ανησυχία, αδυναμία συγκέντρωσης και άλλες διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν μερική αδεξιότητα στις κινήσεις, υπερκινητικότητα ή κοινωνική απομόνωση (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999). Το στρες, επιπρόσθετα, προκύπτει στα πλαίσια της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Όταν το άτομο αντιλαμβάνεται μία ασυμφωνία ή αντίφαση – πραγματική ή φανταστική – ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μία κατάσταση και στα αποθέματα – βιολογικά, ψυχολογικά, και κοινωνικά – που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει, τότε βιώνει στρες. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999)

Η ένταση του άγχους εξαρτάται όχι μόνο από εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και από ενδογενείς παράγοντες (π.χ. προσωπικότητα εμπειρία από προηγούμενα αγχογόνα γεγονότα που δρουν αθροιστικά στη βίωση μιας νέας απειλής, τρόπο με τον οποίο το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται το εξωτερικό ερέθισμα, καθώς και τρόπους που επιλέγει για να το αντιμετωπίσει. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999)

Το εργασιακό άγχος είναι σύμφωνα με τους Berr&Newman (1978, στο Ασημομύτη, 2007) «μία κατάσταση αλληλεπίδρασης σχετικών με την εργασία παραγόντων και εργαζομένου, που βιώνεται ως απειλή, μέσα από την οποία διαφοροποιείται η σωματική ή/ και ψυχολογική λειτουργία του ατόμου και αποκλίνει του φυσιολογικού».

Το άγχος είναι ένας παράγοντας ο οποίος επηρεάζει σε πολύ σημαντικό βαθμό το κατά πόσο ο εργαζόμενος αποδίδει στην δουλειά του και στο ποιο θα είναι το ποιοτικό αποτέλεσμα της εργασίας του. Λόγω της πολύπλοκης φύσης

του ίδιου του άγχους, οι επιδράσεις δεν μπορεί παρά να είναι πολύ σημαντικές. Υπερβολικό επαγγελματικό άγχος μπορεί να οδηγήσει στην εξουθένωση.

Σύμφωνα με τον Κάντα (1995), ορισμένα επαγγέλματα είναι εκ φύσεως περισσότερο αγχογόνα από κάποια άλλα. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται τα ένστολα επαγγέλματα, τα καλλιτεχνικά, τα επαγγέλματα διοίκησης και εμπορίου, παραγωγής και κατασκευών, τα επαγγέλματα υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών κ.α.

Σύμφωνα με τους Edelmich και Brodsky (1980), η πορεία από ένα άγχος το οποίο τελικά θα εξελιχθεί σε εξουθένωση, είναι πολύπλοκη και ξεκινάει από τη στιγμή που ο εργαζόμενος θα αρχίσει να εργάζεται. Σε πρώτη φάση λοιπόν, κυριαρχεί ο ενθουσιασμός. Ο πρωτοδιοριζόμενος δεν ξέρει ακριβώς τι θα αντιμετωπίσει. Θέτει υψηλούς στόχους και προσδοκά να του πετύχει. Όσο όμως περνάει ο καιρός, και ο εργαζόμενος αρχίζει να έχει εμπειρία του χώρου στον οποίο βρίσκεται, αρχίζει παράλληλα να έχει διάφορες αμφιβολίες. Οι αμφιβολίες αυτές έχουν να κάνουν κυρίως με αυτά που του επιστρέφονται από τη δουλειά που κάνει. Με άλλα λόγια, αρχίζει να απογοητεύεται, να θεωρεί ότι δουλεύει πάρα πολύ και ότι δεν βλέπει ανταμοιβή. Γεννώνται όμως αμφιβολίες και για τον εαυτό του, ως προς τα αν κάνει σωστά τη δουλειά του. Αρχίζει λοιπόν να δουλεύει περισσότερο, με ελπίδα να αλλάξει η κατάσταση προς το καλύτερο. Σε τρίτη φάση, ο εργαζόμενος αρχίζει να νιώθει πως οι προσπάθειές του δεν βρίσκουν ανταπόκριση. Νιώθει ακύρωση, αρχίζει να αναρωτιέται αν η επιλογή της εργασίας του ήταν σωστή. Πολλές φορές βιώνει κατάθλιψη. Αρχίζει να αποστασιοποιείται και να απομακρύνεται από τον στρεσογόνο χώρο εργασίας του (βλέπουμε για παράδειγμα πολλές άδειες για λόγους υγείας) (Mercer, 1988). Στο τέταρτο στάδιο, το στάδιο της απάθειας, η εργασιακή πραγματικότητα δεν ενδιαφέρει πλέον τον εργαζόμενο. Ο τελευταίος δεν παίρνει καμία ευθύνη, δεν λαμβάνει καμία απόφαση. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, παραμένει στην εργασία του για βιοποριστικούς λόγους. (BuunkB, SchaufeliW. *Burnout:*

A perspective from social comparison theory. Professional burnout: recent developments in theory and research (1993)

Προσπαθώντας να προσδιορίσουμε την κατάσταση αυτή καθαυτή, είναι δύσκολο. Αυτή η κατάσταση μπορεί να οριστεί σαν όλα εκείνα τα προβλήματα στην εργασία που συντελούν σε μια αρνητική αλληλεπίδραση ανάμεσα στα άτομα και στα περιβάλλοντά τους, καθώς οι άνθρωποι προσπαθούν να προσαρμοσθούν μέσα στον οργανισμό όπου εργάζονται. (Potter, 1987)

Ο Freudenberger (1974), εργαζόμενος σε κλινική απεξάρτησης τοξικομανών, ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο Επαγγελματική Εξουθένωση (burnout) για να δηλώσει μια κατάσταση σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που προκύπτει από τις συνθήκες εργασίας. Η Cristine Maslach (1976), καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας, χρησιμοποίησε τον όρο για να περιγράψει μια υπερένταση του εαυτού η οποία εξελίσσεται σε μια σοβαρή απώλεια ενέργειας και περιορισμού της απόδοσης του ατόμου. (Buunk B, Schaufeli W. 1993)

Τα τελευταία χρόνια, παρουσιάστηκε έντονη ερευνητική κινητικότητα όσον αφορά το στρες, η οποία εστιάζεται στους παράγοντες που εντοπίζονται στον εργασιακό χώρο. Οι λόγοι γι' αυτό το έντονο ενδιαφέρον είναι πολλοί: Ο εργασιακός χώρος έχει απαιτήσεις παραγωγικότητας και αποδοτικότητας. Ο εργαζόμενος δρα υπό πιεστικές συνθήκες, γιατί ο παράγοντας χρόνος διαδραματίζει τον πιο σημαντικό ρόλο. Δύο επιμέρους στοιχεία, δηλαδή οι υψηλές απαιτήσεις και η πίεση του χρόνου, φαίνεται να επικρατούν, ολοένα και περισσότερο στη σύγχρονη αγορά εργασίας, με αποτέλεσμα να γίνεται πιο επιτακτική η ανάγκη μελέτης τους. (Hancock, 1988)

Στη σύγχρονη πραγματικότητα, ο χώρος εργασίας είναι καθοριστικός στη ζωή κάθε ανθρώπου, γιατί αποτελεί το κοινωνικό πλαίσιο για την αποδοχή και την αναγνώριση του (Siegrist, 1996). Η σπουδαιότητά του γίνεται πιο εύκολα αντιληπτή αν αναλογιστεί κανείς την κατάσταση της ανεργίας και τις επιπτώσεις της στους νέους.

Σήμερα υπάρχουν πολλές ερευνητικές και επιδημιολογικές μελέτες, οι οποίες καταδεικνύουν ότι το στρες επιδρά αρνητικά όχι μόνο στην ποιότητα

τηςεργασίας ή στην παραγωγικότητα και ασφάλεια, αλλά και στην υγεία τωνεργαζομένων. Η έρευνα έχει ασχοληθεί με τους ψυχοφυσιολογικούςμηχανισμούς που ευθύνονται για την επίδραση του περιβάλλοντος στην υγείατου ατόμου, αλλά και με ψυχοκοινωνικούς και εργασιακούς παράγοντες(Cox&Ferguson,1994). Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑυπολογίστηκε ότι υπάρχει απώλεια παραγωγικότητας του επιπέδου 4% λόγωαπουσιών και ότι γύρω στις 15.000 ζωές χάνονται κάθε χρόνο λόγω εργατικώνατυχημάτων, πολλά από τα οποία οφείλονται στις αγχογόνες συνθήκεςεργασίας.(Ross&Altmaier 1994)

4.1.1. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ

Το εργασιακό στρες μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι η κατάσταση κατά την οποία συσσωρεύονται στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με τη εργασία, ή το στρεςπου προκύπτει από μια συγκεκριμένη εργασιακή κατάσταση (π.χ νέα εργασιακήθέση) (Ross&Altmaier 1994). Όταν οι συνθήκες εργασίας βιώνονται ως αγχογόνεςκαι απειλητικές, το άτομο ενεργοποιεί το αμυντικό του σύστημα και ήπροσαρμόζεται ή επιτίθεται ή τρέπεται σε φυγή. Συχνά απουσιάζει από την εργασίακαι εμφανίζει απροθυμία ανάληψης καθηκόντων ή ακόμα και εγκατάλειψη της θέσης του.(Γρέβιας, 1991)

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία, το εργασιακό στρες (work-relatedstress), είναι ένα σύνολοσυναισθηματικών και ψυχικών αντιδράσεων σε δυσμενείς καταστάσεις του χώρουεργασίας, και αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα παράγοντα κινδύνου σεαυτόν.(Κεραμίδα, 2004)

Επομένως, το εργασιακό στρες είναι έντονο πρόβλημα για υπαλλήλους καιεργοδότες, ενώ μπορεί να οδηγήσει σε ασθένεια, απώλεια προσωπικού καιμειωμένη αποδοτικότητα. (SutherlandandCooper, 1990)

4.1.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία σχετικά με τους παράγοντες που προκαλούν στρες στον εργασιακό χώρο, συναντά κανείς αρκετές μελέτες οι οποίες είχαν ως σκοπό να περιγράψουν και να εξηγήσουν το πρόβλημα. Τα θεωρητικά αυτόματα μοντέλα μπορούν να χωριστούν σε δύο βασικές κατηγορίες:

Μοντέλα τα οποία στοχεύουν στις εργασιακές συνθήκες και στις επιπτώσεις τους στην υγεία των εργαζομένων, και τα οποία μελετούν κυρίως τις συνθήκες εργασίας, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους ίδιους τους εργαζόμενους. (Demand/Control/Social Support Model, Karasek & Theorell, 1979. Demands-Supports-Constraints Model, Payne & Fletcher, 1983. Effort/Reward Imbalance Model, Siegrist, 1996. Vitamin Model, Warr, 1990)

Μοντέλα τα οποία εξετάζουν την εναρμόνιση (fit) των εργασιακών συνθηκών και του εργαζόμενου: αν δηλαδή και σε ποιο βαθμό το άτομο που εργάζεται εκπληρώνει τις προσδοκίες του και καλύπτει τις ανάγκες του μέσα από τη δουλειά του, καθώς και κατά πόσο άτομο και εργασία συμπίπτουν ως προς τις βασικές τους αρχές. (Person-Environment Fit Model, French και συν., 1982. Van Harrison, 1978. Control Theory for Organizational Stress, Edwards, 1993)

Σ' αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητη η παρουσίαση των βασικών αρχών των σημαντικότερων μοντέλων.

4.2.1. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ / ΕΛΕΓΧΟΥ /ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ (DEMAND/CONTROL/SOCIAL SUPPORT MODEL, KARASEK,1979)

Το 1979 ο Karasek έκδωσε ένα άρθρο στο οποίο παρουσίασε ένα νέο θεωρητικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτό, οι βασικοί παράγοντες που επιδρούν στον εργαζόμενο είναι τρεις:

- ◆ Η εργασία που ο εργαζόμενος καλείται να επιτελέσει
 - ◆ Η ανεξαρτησία του εργαζόμενου να ορίζει τον τρόπο εργασίας του και το δικαίωμά του να παίρνει πρωτοβουλίες
 - ◆ Οι κοινωνικές σχέσεις με προϊσταμένους, συναδέλφους και υφισταμένους.
- Οι τρεις αυτοί παράγοντες, τόσο ο καθένας χωριστά όσο και όλοι μαζί σε αλληλεπίδραση, επηρεάζουν καθοριστικά τον εργαζόμενο. Ουσιαστικά, η ύπαρξη ενός μόνο από τους τρεις δεν είναι αρκετή για να προκαλέσει στρες. Ο Karasek ανέφερε δύο βασικές υποθέσεις για την πρόκληση στρες. (Buunk B, Schaufeli W. 1993)

Η εργασία προκαλεί στρες στον εργαζόμενο όταν οι απαιτήσεις είναι υψηλές, η δυνατότητα επιλογών και η πρόσβασή του στη λήψη αποφάσεων μικρή, και οι κοινωνικές του σχέσεις κακές. Μια συνθήκη με αυτά τα χαρακτηριστικά θεωρείται συνθήκη υψηλού άγχους.

Η εργασία προκαλεί στρες στον εργαζόμενο όταν δεν του κεντρίζει το ενδιαφέρον, είναι βαρετή, μονότονη, και δεν τον βοηθά να αναπτύσσει και να αξιοποιεί τις κλίσεις και τις γνώσεις του, ή να αποκτήσει νέες γνώσεις και δεξιότητες. (Πομάκη Γ, Αναγνωστοπούλου 2001)

4.2.2. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ (VITAMIN MODEL, WARR, 1990)

Σε ένα από τα βασικά του άρθρα ο Warr (1990) προσομοιάζει τις εργασιακές παραμέτρους με βιταμίνες. Πιστεύει ότι «ο καθένας από τους εργασιακούς παράγοντες που προαναφέρθηκαν πρέπει να υπάρχει στην κατάλληλη δοσολογία προκειμένου να μην προκαλεί στρες». Ο Warr υποστηρίζει ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν μια εργασιακή συνθήκη δεν συνδέονται γραμμικά με τις επιπτώσεις τους στην υγεία, όπως ισχυρίζεται ο Karasek.

Σύμφωνα με τον Warr, οι βασικοί εργασιακοί παράγοντες που μπορεί να επιδεινώσουν την υγεία των εργαζομένων χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες:

- Μηδυνατότητα λήψης αποφάσεων
- Μη δυνατότητα αξιοποίησης των γνώσεων και των ικανοτήτων
- Μη ικανοποιητική αμοιβή και υλικότεχνική υποστήριξη
- Εργασιακά καθήκοντα που δεν χαρακτηρίζονται από ενδιαφέρον και ποικιλία
- Ασάφεια ρόλου
- Σωματική ανασφάλεια
- Μηδυνατότητα διαπροσωπικής επικοινωνίας
- Στόχοι που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον
- Έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης

4.2.3.

ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ/ΑΝΤΑΠΟΔΟΣΗΣ (EFFORT/REWARD IMBALANCE MODEL, SIEGRIST, 1996)

Το 1990 ο Siegrist πρότεινε ένα νέο μοντέλο για την αλληλεπίδραση μεταξύ εργασιακών συνθηκών και υγείας των εργαζομένων. Προϋπόθεση είναι ότι πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα σε αυτό που ο εργαζόμενος «επενδύει» στη δουλειά του και σε αυτό που παίρνει πίσω ως ανταπόδοση, στην αντίθετη περίπτωση νιώθει απογοητευμένος, και αυτό μακροπρόθεσμα επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας του. (Buunk B, Schaufeli W. 1993)

Ο όρος προσπάθεια έχει δύο διαστάσεις: την «εξωγενή προσπάθεια», δηλαδή η προσπάθεια του εργαζόμενου προκειμένου να εκπληρώσει τα βασικά εργασιακά καθήκοντα και την «ενδογενή προσπάθεια», δηλαδή τα εσωτερικά κίνητρα του εργαζόμενου που τον ωθούν να αποδώσει στην δουλειά του. Τέτοια κίνητρα είναι η κοινωνική αναγνώριση, η ανταγωνιστικότητά του, ο βαθμός ευερεθιστότητάς του και η ικανότητά του να διαχωρίζει την επαγγελματική από την προσωπική του ζωή.

Ως ανταπόδοση ο εργαζόμενος λαμβάνει από τη δουλειά του κοινωνική αναγνώριση, χρηματική αμοιβή, μονιμότητα και επαγγελματική-οικονομική ασφάλεια. (Πομάκη, Αναγνωστοπούλου 2001)

4.2.4. ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗΣ ΑΤΟΜΟΥ – ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ (PERSON – ENVIRONMENT FIT MODEL)

Το μοντέλο αυτό παρουσιάστηκε από ερευνητές του Ινστιτούτου Κοινωνικής Έρευνας του Πανεπιστημίου του Michigan. Η κεντρική ιδέα αφορά τη σχέση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Η εργασία, μπορεί να αποτελέσει στρεσογόνο παράγοντα για τον εργαζόμενο όταν υπάρχει χάσμα:

- Ανάμεσα στα κίνητρα, τις επιδιώξεις και τις απολαβές.
- Ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας του και στην ικανότητά του να ανταποκριθεί σε αυτές (Baker, 1985).

Ο όρος «κίνητρα» περιγράφει τις δυνατότητες που παρέχει το εργασιακό περιβάλλον και τις επιδιώξεις του εργαζόμενου από την άποψη της αμοιβής, της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και της προσωπικής εξέλιξής του, ενώ ο όρος «απαιτήσεις» περιγράφει το φόρτο και το βαθμό δυσκολίας της εργασίας. Όταν η σχέση ανάμεσα σε αυτά τα στοιχεία δεν είναι αρμονική, αλλά αντίθετα προκύπτει χάσμα, τότε ο εργαζόμενος υφίσταται έντονο στρες και επιβαρύνεται η σωματική και ψυχική του υγεία. Μερικές από τις επιπτώσεις που έχουν μελετηθεί στο πλαίσιο του συγκεκριμένου μοντέλου είναι έντονο άγχος, κατάθλιψη, υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία, κάπνισμα κ.α. (Edwards & Van Harrison, 1993)

4.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για να μελετηθούν οι παράγοντες που προκαλούν εργασιακό στρες. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι, ο φόρτος εργασίας, η αρνητική συμπεριφορά πελατών, συναδέλφων και προϊσταμένων, ο χαμηλός μισθός, η σύγκρουση ρόλων καθώς και άλλοι.

Οι Beehr & Newman (1978) κατηγοριοποίησαν τους παράγοντες στρες σε τέσσερις ομάδες:

- τις συνθήκες εργασίας
- τις προσδοκίες και απαιτήσεις του προσωπικού
- τις απαιτήσεις που προέρχονται από το περιβάλλον εργασίας
- τις απαιτήσεις που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον.

Οι Ivancevich&Matteson (1980) διακρίνουν τους κοινωνικοψυχολογικούς παράγοντες στρες σε τρία επίπεδα:

- Ατομικό
- Ομαδικό
- Εργασιακό

Οι Osipow&Spokane (1984) ομαδοποίησαν τους παράγοντες σε πέντε κατηγορίες:

- Φόρτος εργασίας
- Ανεπαρκής ρόλος
- Ασαφής ρόλος
- Αντιφατικός ρόλος
- Υπευθυνότητες

Οι Cooper&Robertson (1991) στην προσπάθειά τους να ερμηνεύσουν το επαγγελματικό στρες το απέδωσαν σε:

- Εσωγενείς παράγοντες στην εργασία, όπου ανήκουν οι κακές συνθήκες εργασίας και ο εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας
- Ο ρόλος του ατόμου στην οργάνωση, όπου ανήκουν η ασάφεια των ρόλων καθώς και η σύγκρουση ρόλων μέσα στην οργάνωση
- Οι σχέσεις στο χώρο εργασίας με συναδέλφους, προϊσταμένους και υφισταμένους
- Η ανάπτυξη της σταδιοδρομίας, όπου εδώ διακρίνουμε την έλλειψη αισθήματος ασφάλειας ή το φόβο απόλυσης
- Το κλίμα και η δομή της οργάνωσης, όπως η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η καλλιέργεια ανταγωνιστικού κλίματος
- Η σύνδεση οικογένειας και εργασίας, όπου εμφανίζονται προβλήματα όταν μεταφέρονται τα προβλήματα της εργασίας στο σπίτι και το αντίστροφο, όταν αντικρούονται και ανταγωνίζονται οι καριέρες των συζύγων, οι συχνές απουσίες για επαγγελματικούς λόγους. (Κάντας, 1995)

4.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Οι επιπτώσεις του στρες και των κακών εργασιακών συνθηκών γίνονται εύκολα αντιληπτές στην καθημερινή ζωή. Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές (Barnett&Brennan 1995, Beehr&Newman 1978, Repetti 1993, Ross&Altamaier 1994, Staw 1984), μπορούν να χωριστούν στις εξής κατηγορίες:

- *Προβλήματα σωματικής υγείας*

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, οι επιπτώσεις που έχουν οι κακές εργασιακές συνθήκες στην υγεία των εργαζομένων μπορεί να είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα αναπνευστικά προβλήματα, ο καρκίνος, οι διαταραχές του αναπαραγωγικού συστήματος, τα προβλήματα ακοής, οι δερματολογικές παθήσεις, τα ψυχολογικά προβλήματα, τα ατυχήματα και η έκθεση σε επικίνδυνες για την υγεία ουσίες. Σε μελέτη, που έγινε σε 100 ασθενείς με στεφανιαία νόσο, το 91% των ασθενών δήλωσαν πώς πριν την εμφάνιση της νόσου βίωναν έντονο στρες και είχαν αυξημένες ευθύνες στη δουλειά τους. (Russek, 1962)

- *Προβλήματα ψυχολογικής φύσης*

Όπως κατάθλιψη, έντονο άγχος, νευρικότητα, **συναισθηματική εξουθένωση** και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σε μια μετά-ανάλυση επιδημιολογικών μελετών από την Βόρειο Αμερική και την Ευρώπη οι εργαζόμενοι παρουσίαζαν εμφανή συμπτώματα ψυχοπαθολογίας σε ποσοστά από 16% έως 25% (Dohrenwend, Dohrenwend, 1980). Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν από μελέτες σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες όπως δασκάλους, νοσηλευτές, εργαζόμενους σε μεγάλες βιομηχανικές μονάδες. (Parkes, 1982)

- *Προβλήματα που εντοπίζονται στη συμπεριφορά*

Σε αυτά αναφέρονται οι συχνές απουσίες από την εργασία, κάπνισμα, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ή ψυχοδραστικών ουσιών και φαρμάκων, επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε συναδέλφους, ροπή προς ατυχήματα.

4.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

Από την πλευρά της οργάνωσης, πρέπει να ληφθούν όλα εκείνα τα μέτρα που θα προλαμβάνουν τις στρεσογόνες καταστάσεις και θα επικεντρώνονται στις διαδικασίες πρόληψης και αντιμετώπισης του εργασιακού στρες. (Κάντας, 1995)

5.6. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ (MURPHY, 1995):

- Να αποφεύγεται η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων.
- Εργασία στο πλαίσιο των δυνατοτήτων του κάθε ατόμου.
- Οργάνωση του χώρου εργασίας βάσει εργονομικών αρχών, για τη μείωση της κόπωσης και των μυοσκελετικών προβλημάτων.
- Σύνθεση κοινών επιτροπών εργαζομένων και διοίκησης, με στόχο την επίλυση εργασιακών προβλημάτων.
- Εκπαίδευση και εξέλιξη των εργαζομένων ορθή και δίκαιη αξιολόγηση τους, αναθεώρηση των μεθόδων αξιολόγησης της απόδοσης των εργαζομένων.
- Δημιουργία ειδικών χώρων (παιδικός σταθμός, σχολείο) για την ελαχιστοποίηση σχετικών προβλημάτων. (Murphy, 1995)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURN OUT)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζουμε το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, κάνοντας μια ιστορική αναδρομή στην οποία αναφέρουμε τις σημαντικότερες ερευνήτριες πάνω σε αυτόν τον τομέα. Στη συνέχεια καταγράφουμε από κάθε οπτική γωνία την επαγγελματική εξουθένωση βασιζόμενοι σε κάποιες συγκεκριμένες θεωρίες (ατομική, διαπροσωπική, κοινωνική, οργανωτική και ακόμα μία που προτείνει ένα ενιαίο μοντέλο που συνδιάζει όλες τις προαναφερθείσες). Τέλος, αναπτύσσουμε τα αίτια, τις επιπτώσεις και το πώς αντιμετωπίζεται η επαγγελματική εξουθένωση.

5.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ενώ η πρώτη αναφορά του όρου burnout στην επιστημονική βιβλιογραφία έγινε από τον Bradley το 1969, η πρώτη εκτεταμένη μελέτη του φαινομένου έγινε από τον Freudenberger, που στο σύγγραμμά του “Staffburnout” (1974), περιέγραψε τα συμπτώματα υπερκόπωσης που παρατήρησε όχι μόνο στον εαυτό του, αλλά και σε εθελοντές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε ένα κέντρο υποστήριξης νέων με προβλήματα εθισμού. Ο Freudenberger μελέτησε τη σταδιακή συναισθηματική εξάντληση των δυνάμεών τους, την απώλεια του ενδιαφέροντος, την απογοήτευση, την αποχώρηση από την εργασία, καθώς και την ποικιλία πνευματικών και σωματικών συμπτωμάτων που παρουσίαζαν αρκετοί από τους εθελοντές. (Freudenberger, 1974)

Μια από τις σημαντικότερες ερευνήτριες στον τομέα της επαγγελματικής εξουθένωσης, η Maslach, ξεκινά την ίδια περίοδο (1976), την έρευνά της για το φαινόμενο. Η Maslach ασχολήθηκε με τους αμυντικούς

μηχανισμούς που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι, οι οποίοι βρίσκονται σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών, όπως η αποστασιοποίηση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος για τουποκείμενο, και κατέληξε ότι μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων παρουσίαζαν συναισθηματική εξάντληση ή αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς τους. Με βάση τις παρατηρήσεις αυτές, διατύπωσε έναν από τους πιο διαδεδομένους και ακριβείς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Την περιγράφει ως μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης στην οποία ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους, αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και παύει να είναι ικανοποιημένος με τη εργασία του. (Maslach, 1982) Σε νεότερη εργασία της, πιστεύει ότι το σύνδρομο είναι ένας δείκτης φθοράς των αξιών, της αξιοπρέπειας, του πνεύματος και της θέλησης του εργαζόμενου. (Maslach, 1997)

Πρόκειται για ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται σταδιακά ή όπως το περιγράφει η Maslach «ένα σπινάλιο από το οποίο είναι δύσκολο κανείς να ξεφύγει». Αποτελεί συναισθηματική αντίδραση, αλλά και μηχανισμό άμυνας, έναντι στο χρόνιο και παρατεταμένο στρες που προκαλεί η αλληλεπίδραση του επαγγελματία με τον ασθενή - υποκείμενο που χρήζει βοήθειας. Από τότε το φαινόμενο αποτέλεσε αντικείμενο σημαντικής έρευνας, αρχικά στους επαγγελματίες που προσέφεραν υπηρεσίες στο χώρο της υγείας, γιατί θεωρήθηκαν ως οι πλέον επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση. (Maslach & Pines, 1977)

Στη συνέχεια, οι έρευνες επεκτάθηκαν και σε άλλους επαγγελματικούς χώρους, επειδή το πρόβλημα απασχολούσε όχι μόνο επαγγελματίες υγείας, αλλά και εκπαιδευτικούς (Fong, 1993), αστυνομικούς (Burke, Deszca, 1986) νομικούς, υπαλλήλους φυλακών κ.α. Οι μελέτες αυτές στηρίχθηκαν σε προσωπικές εμπειρίες των συγγραφέων (Freudenberger, 1974) ή σε αναφορές βασισμένες σε προγράμματα που μελετούσαν περιστατικά (case-studies). (Maslach & Pines, 1977, Pines & Maslach, 1978)

5.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις επιχειρούν να ερμηνεύσουν την παθογένεση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, εξετάζοντας αυτό από διάφορες οπτικές γωνίες, με κέντρο το άτομο, τις διαπροσωπικές του σχέσεις ή με έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και τις οργανωτικές δομές. (Buunk B, Schaufeli W. 1993)

5.2.1. ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Οι ατομικές προσεγγίσεις αναζητούν τις αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης στον χαρακτήρα και τις προσδοκίες του ατόμου.

Ο Freudenberger (1977) χαρακτηρίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μία διαδικασία φθοράς, εξάντλησης και αποτυχίας, που οφείλεται σε υπερβολικές απαιτήσεις ενέργειας, δυνάμεων και ψυχικών αποθεμάτων. Θεωρεί, ότι η επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζεται σε άτομα με μη ρεαλιστικούς στόχους και πολύ μεγάλες προσδοκίες, «ασθένεια της υπερβολικής αφοσίωσης-φιλοδοξίας» (disease of overcommitment). (Freudenberger, 1974)

Αργότερα, οι Pines & Aronson (1988) όρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σωματική, συναισθηματική και ψυχική εξάντληση, η οποία προκαλείται από την επαφή για μεγάλο χρονικό διάστημα, με καταστάσεις που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή. Υποστήριξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση πηγάζει, όταν το άτομο αποιδανικοποιεί και αδυνατεί να δώσει νόημα στην εργασία του. Εξαρτάται δηλαδή από την ικανότητα ή την αδυναμία του ατόμου, να αντλήσει ικανοποίηση και νόημα από τις επαγγελματικές εμπειρίες του. (Pines, 1993)

Η Garden (1991) μελέτησε την επαγγελματική εξουθένωση με βάση τον τύπο προσωπικότητας του ατόμου. Τον διαχωρίζει σε «συναισθηματικό» με

κύριο χαρακτηριστικό το ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους, και σε «διανοητικό» μέντονο τον προσανατολισμό προς την επίτευξη των στόχων του. Κατέληξε ότι, η πορεία της επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από τη μεταστροφή, όπου το κυρίαρχο χαρακτηριστικό κάθε τύπου ατόμου ελαττώνεται (το ενδιαφέρον στον συναισθηματικό και η φιλοδοξία στον διανοητικό) και ακολουθεί η επιπέδωση και η σύγκλιση των δύο τύπων προσωπικότητας.

Τέλος, η θεωρία της διατήρησης του δυναμικού (*Conservation of Resources, COR*) υποστηρίζει ότι, η επαγγελματική εξουθένωση γεννιέται, όταν ένα δίκτυο αποθεμάτων που είναι σημαντικό για το άτομο (υλικά αντικείμενα και οικονομικές αποδοχές, κοινωνική αναγνώριση, αυτοεκτίμηση), υπολείπεται των προσδοκίων του ατόμου ή χάνεται χωρίς να μπορεί να αναπληρωθεί. (Hobfoll 1993)

5.2.2. ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Αυτή η προσέγγιση μελετά κατά κύριο λόγο, την επίδραση των σχέσεων στον εργασιακό χώρο, για την ανάπτυξη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο Meier (1983) αποδίδει την επαγγελματική εξουθένωση σε μακροχρόνια αρνητικά βιώματα στο εργασιακό περιβάλλον, που έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία χαμηλών προσδοκιών στο άτομο.

Η Maslach (1993) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση, έχει πηγή τον χαρακτήρα των διαπροσωπικών εργασιακών σχέσεων, και τον τρόπο που αντιμετωπίζει αυτές το άτομο. Υποστηρίζει, ότι οι χρόνιες συναισθηματικές απαιτήσεις των επαγγελματικών σχέσεων, και η συναισθηματική εξάντληση που αυτές συνεπάγονται, έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη διάφορων τεχνικών προστασίας-μηχανισμούς άμυνας από την πλευρά του επαγγελματία.

Ο μηχανισμός άμυνας που αναπτύσσει είναι η αποστασιοποίηση, δηλαδή η ψυχολογική απόσυρση, και η αντιμετώπιση των άλλων ως αντικείμενα-

περιστατικά και όχι ωστόμα. Με τη σειρά της η αμυντική αυτή συμπεριφορά, οδηγεί στην απώλεια του ενδιαφέροντος για τον ασθενή, στην αποπροσωποποίηση και στην αδιαφορία. Η συνειδητοποίηση αυτής της αλλαγής συμπεριφοράς, γεννά αισθήματα ανεπάρκειας και αμφιβολίας (Maslach, 1982)

Οι Buunk & Schaufeli (1993) θεωρούν ότι επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται, όταν υπάρχει ανισορροπία στην κοινωνική ανταλλαγή ανάμεσα στο άτομο που παρέχει βοήθεια, «τον δότη βοήθειας (caregiver)» και σε αυτόν που την δέχεται, «τον αποδέκτη της βοήθειας αυτής (recipient)». Βασικό στοιχείο της θεωρίας είναι, ότι ενώ ο δότης αναμένει κάποια ανταμοιβή, όπως π.χ. βελτίωση της κατάστασης του ασθενή, οικονομικές απολαβές ή εκδήλωση ευγνωμοσύνης, απογοητεύεται, όχι μόνο γιατί δεν εκπληρώνονται οι προσδοκίες του, αλλά και από την στάση των ασθενών του, που θεωρούν τη βοήθεια του δεδομένη ή και ακόμη υποχρέωση του. Αυτή η έλλειψη αμοιβαιότητας στο επαγγελματικό «δούναι και λαβείν», οδηγεί τον επαγγελματία σε συναισθηματική εξάντληση, σε αποστασιοποίηση από τα καθήκοντά του, και στη συνέχεια σε μείωση της προσωπικής επίτευξης των στόχων του. (Schaufeli et al., 1996)

Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση είναι δυνατό να οφείλεται στην έλλειψη αμοιβαιότητας σε οργανωτικό επίπεδο, δηλαδή στην ασυμφωνία μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι εργαζόμενοι για την εργασία τους, και στην πραγματικότητα όπως αυτοί την αντιμετωπίζουν, σε θέματα, όπως ο φόρτος εργασίας, ή η συναδελφική στήριξη. Αυτή η παραβίαση του συναισθηματικού συμβολαίου κάνει το άτομο να επενδύει όλο και λιγότερα στην εργασία του. Έτσι, το μοντέλο των δύο επιπέδων, βλέπει την επαγγελματική εξουθένωση σαν απόρροια μιας αναποτελεσματικής στρατηγικής που χρησιμοποιεί το άτομο, για να επαναφέρει τη χαμένη ισορροπία στα δύο επίπεδα, μειώνοντας την εμπλοκή και την αφοσίωση του, όχι μόνο απέναντι στους πελάτες αλλά και απέναντι στην επιχείρηση. (Schaufeli et al., 1996)

Αντίστοιχη είναι και η προσέγγιση των Austillo & Mendinueta (1996) που αναφέρουν, ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ανθρώπων, που επιθυμούν να δώσουν την βοήθειά τους πχ το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, και αυτών που θα λάβουν αυτή

τηβοήθεια πχ οι ασθενείς, και το περιβάλλον τους (σπίτι ασθενούς ή νοσοκομειακός χώρος). (Πετρομιχελάκη, 2006)

5.2.3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Οι κοινωνικές προσεγγίσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης εξετάζουν τησημασία των κοινωνικών δομών στο φαινόμενο αυτό.Ο Karger (1981) έθεσε αντιμετώπιη στις ατομικές προσεγγίσεις την άποψη, ότι ηεπαγγελματική εξουθένωση είναι ένα κοινωνικό οργανωτικό πρόβλημα,αποτέλεσμα της «αντικειμενοποίησης», δηλαδή της μετατροπής των κοινωνικώνδεξιοτήτων και του επαγγελματία σε εμπορεύσιμο είδος. Θεωρεί επίσης τημετατροπή αυτή, αλλά και την εμπορευματοποίηση της εργασίας, αφ' ενός μεν ωςτο κύριο αίτιο της αποπροσωποποίησης και της απομάκρυνσης μεταξύ τουεπαγγελματία και του πελάτη, αφ' ετέρου δε ως το αίτιο ανάπτυξης άσχημων εργασιακών σχέσεων .(Schaufelietal, 1996)

Η Handy (1988) δίνει έμφαση στον ενεργητικό ρόλο των εργαζομένων για την διαμόρφωση της κοινωνικής πραγματικότητας. Μέσα από μελέτες έδειξε, ότι οιφανερές και οι αφανείς λειτουργίες μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, καθώς και οι επιφανειακές αλλά και βαθύτερες δομές τους, μπορεί να επηρεάζουν σε βάθοςτις ενέργειες των εργαζομένων, οδηγώντας τους ακόμη και στην επαγγελματικήεξουθένωση.

ΗMeyerson (1994) μελέτησε την ερμηνεία που δίνουν οι επαγγελματίες και τα συστήματα για την επαγγελματική εξουθένωση. Αναφέρθηκε σε δύο μοντέλασυστημάτων σκέψης στα νοσοκομεία, το *ιατρικό* που θεωρεί ότι το μη φυσιολογικόαποτελεί «ασθένεια» και το άτομο αποτελεί την πηγή της «ασθένειας» αυτής, καιτο**ψυχολογικό** μοντέλο που θεωρεί, ότι η κατάσταση του ατόμου εξαρτάται από τοκοινωνικό περιβάλλον και όχι από προσωπικούς παράγοντες. Συμπερασματικάκαταλήγει πως ανάλογα με το μοντέλο σκέψης, η επαγγελματική εξουθένωση, είτεερμηνεύεται σαν μια παθολογική κατάσταση που πρέπει να ελεγχθεί και ναθεραπευτεί στο ιατρικό μοντέλο, είτε σαν ένα φυσιολογικό κοινωνικό φαινόμενοστο ψυχολογικό μοντέλο. (Schaufelietal, 1996)

5.2.4. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Οι οργανωτικές προσεγγίσεις αναφέρονται στους οργανωτικούς παράγοντες που οδηγούν στη γένεση της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά και στις επιπτώσεις, που έχει αυτή στην οργάνωση (χαμηλή παραγωγικότητα και κακή απόδοση των εργαζομένων).

Ο Cherniss (1980) περιγράφει την επαγγελματική εξουθένωση ως μία διαδικασία, στην οποία η επαγγελματική στάση του ατόμου και η συμπεριφορά του γενικότερα, μεταβάλλεται αρνητικά, ως προς την εργασιακή πίεση. Διακρίνεται τόσο από μείωση εμπιστοσύνης, όσο και από μείωση ιδεαλισμού και απόσυρση από την εργασία. Μέσα από συνεντεύξεις νέων εργαζομένων παρατήρησε, ότι οπιο πολλοί βίωναν μια σύγκρουση, ανάμεσα στην εργασιακή πραγματικότητα, και στις προσδοκίες και ιδανικά τους (reality shock). Λόγω αυτής της απογοήτευσης, εμφάνιζαν στοιχεία επαγγελματικής εξουθένωσης με τάσεις αποστασιοποίησης από την εργασία και τους πελάτες τους.

Το μοντέλο του Cherniss εντοπίζει τις πηγές άγχους στο εργασιακό περιβάλλον και στο άτομο. Για το νέο εργαζόμενο, οι αμφιβολίες για την ικανότητά του, η έλλειψη κινήτρου, η ανικανότητα να χειριστεί «δύσκολους» πελάτες, η έλλειψη ενδιαφέροντος και αισθημάτων ικανοποίησης, η γραφειοκρατία και η έλλειψη συναδελφικότητας, είναι σημαντικοί παράγοντες ανάπτυξης άγχους. Ενισχυτικά δρουν, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η ρουτίνα, η ανεπαρκής καθοδήγηση και εποπτεία, η έλλειψη αυτονομίας, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη επαφής με τον πελάτη και η σύγκρουση με τους καθιερωμένους στόχους.

Ο Golembiewski (1981) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει ως έναυσμα τους αλληλογόνους παράγοντες μέσα στον εργασιακό χώρο και

εξελίσσεται σταδιακά, με σωματικά συμπτώματα, και μείωση της επίδοσης. Αποτέλεσμα είναι να εμφανίζεται επίδραση, όχι μόνο στο άτομο αλλά και στην επιχείρηση.

Ο Golembiewski συμφωνεί με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως τις προσδιόρισε η Maslach (1982), αλλά διαφωνεί με την σειρά εμφάνισής τους. Υποστηρίζει ότι η διαδικασία της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεκινάει με την αποπροσωποποίηση, συνεχίζεται με την απώλεια της αίσθησης προσωπικής επίτευξης, και καταλήγει στην συναισθηματική εξάντληση.

Οι Maslach & Leiter (1997) τέλος, προσπάθησαν να συνδυάσουν την διαπροσωπική προσέγγιση με τα υπόλοιπα θεωρητικά μοντέλα. Η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται να είναι, απόρροια της ασυμφωνίας ανάμεσα σε αυτό που είναι το άτομο, και σε αυτό που οφείλει να κάνει, με αποτέλεσμα να διαβρώνονται αξίες, η αξιοπρέπεια, το πνεύμα και η ανθρώπινη ψυχή.

Παρουσιάζεται επίσης, σαν μια κατάσταση χρόνιας ανισορροπίας, στην οποία η εργασία απαιτεί περισσότερα από αυτά που μπορεί να προσφέρει το άτομο, ενώ παράλληλα του παρέχει πολύ λιγότερα. Η επαφή με τους πελάτες, που θεωρούνταν βασική αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης, παρουσιάζεται σαν μια συγκεκριμένη πτυχή της ασυμφωνίας αυτής, και περιλαμβάνει, την έλλειψη ελέγχου, ανταμοιβής, δικαιοσύνης, επικοινωνίας, το φόρτο εργασίας και τη σύγκρουση αξιών. Στη συνέχεια αναθεωρώντας την θεωρία τους, αναδιατύπωσαν τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης με πιο γενικούς όρους.

Η συναισθηματική εξάντληση ονομάστηκε εκ νέου σε εξάντληση, η αποπροσωποποίηση σε κυνισμό και η αίσθηση μειωμένης προσωπικής απόδοσης σε αναποτελεσματικότητα. (Brill PL. 1984)

5.2.5. ΝΕΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Τέλος, υπάρχουν οι προσεγγίσεις, που στόχο έχουν να ερμηνεύσουν την επαγγελματική εξουθένωση με ένα ενιαίο μοντέλο το οποίο να συνδυάζει όλα τα παραπάνω.

Οι Schaufeli & Enzman (1998) πρότειναν ένα τέτοιο ενοποιημένο περιγραφικό μοντέλο. Αυτό εμπεριέχει τα κοινά στοιχεία, δηλαδή το ισχυρό εσωτερικό κίνητρο, το οποίο θεωρείται αναγκαίο για τη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης, το μη ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον, και τη διαίωσιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη χρήση μη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης. (BrillPL, 1984)

5.3. ΑΙΤΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης κινδυνεύουν περισσότερο εργαζόμενοι που αφοσιώνονται πλήρως στη δουλειά τους, χωρίς να τη διαχωρίζουν από την προσωπική τους ζωή. Επίσης, είναι ευάλωτοι σε αυτό το σύνδρομο εργαζόμενοι που αναλαμβάνουν πληθώρα υποχρεώσεων, προκειμένου να ικανοποιήσουν τους άλλους, παραβλέποντας τις δικές τους προσωπικές ανάγκες. (Μπινιώρη, 2006)

Οι αιτίες που σχετίζονται με την εμφάνιση του συνδρόμου είναι πολλές. Οι υπερβολικές απαιτήσεις, η συνεχής έντονη δραστηριότητα και το μεγάλο φάσμα καθηκόντων απαιτούν συνεχή εγρήγορση και ενέργεια από τον εργαζόμενο, μα αποτέλεσμα να τον καταπονούν ψυχολογικά και σωματικά και, τελικά, να του προκαλούν επαγγελματική εξουθένωση. Τα προβλήματα σχέσεων και επικοινωνίας μεταξύ των συναδέλφων, οι αντιπαραθέσεις, ο ανταγωνισμός και οι συγκρούσεις είναι επιβαρυντικοί παράγοντες. Σημαντικό ρόλο παίζουν και το χαώδες επαγγελματικό περιβάλλον, η ασάφεια καθηκόντων και αρμοδιοτήτων, η αβεβαιότητα του εργαζόμενου, αλλά κι η μονοτονία, η πλήξη και η έλλειψη

ενδιαφέροντος από το αντικείμενο εργασίας. Καταστάσεις όπου ο εργαζόμενος νιώθει ότι δεν έχει κανέναν έλεγχο στις αποφάσεις που αφορούν τα καθήκοντά του και τους όρους εργασίας του συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση.

Το ίδιο μπορεί να συμβεί, όταν ο εργαζόμενος νιώθει ότι θίγονται και προσβάλλονται οι προσωπικές του αξίες από το εργασιακό περιβάλλον. (Μπινιώρη, 2006)

Τα επαγγέλματα που πλήττονται κυρίως από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτά που ασκούνται σε χώρους υγείας, αλλά και τα σώματα ασφαλείας. (Μπινιώρη, 2006)

Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι οι παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν να κάνουν με χαρακτηριστικά της εργασίας και του εργασιακού ρόλου (αντικείμενος εργασίας, χώρος εργασίας, συναισθηματικά φορτισμένες συνθήκες εργασίας, σύγκρουση ρόλων, ασάφεια ρόλων κ.λπ.), καθώς επίσης και με χαρακτηριστικά του ατόμου (ηλικία, πείρα, κοινωνική στήριξη, προσδοκίες κ.λπ.). (Κάντας, 1995)

5.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Οι εργαζόμενοι που υποφέρουν από αυτό το σύνδρομο χάνουν την αίσθηση της χαράς, ακόμα και στις επιτυχίες, γίνονται ευερέθιστοι, ασκούν περισσότερη κριτική, γίνονται κυνικοί και σαρκαστικοί. Χάνουν εύκολα την υπομονή τους και νευριάζουν με συναδέλφους τους ή άλλους που σχετίζονται με το χώρο εργασίας τους, αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες στον εργασιακό χώρο ως ανυπέβλητες και χάνουν την αισιοδοξία τους και τα όνειρά τους. Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητά τους μειώνεται.

Απαξιώνουν τη δουλειά τους και νιώθουν και αυτοί εξίσου απαξιωμένοι. Συχνά νιώθουν σωματικές ενοχλήσεις, όπως πονοκεφάλους, πόνους στον αυχένα ή στην πλάτη, και αισθάνονται μια συνεχή κούραση. Αρκετές φορές καταφεύγουν σε φάρμακα προκειμένου να ανακουφιστούν από τη δυσάρεστη κατάσταση, ή κάνουν χρήση αλκοόλ ή τρώνε υπερβολικά προκειμένου να τονωθούν σωματικά. (Μπινιώρη, 2006)

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζει και την προσωπική ζωή του εργαζομένου, επιφέροντας νέες επιπτώσεις. Η σοβαρότητά του είναι μεγάλη και πρέπει να ανιχνεύεται και να αντιμετωπίζεται έγκαιρα, μέσω της παροχής υπηρεσιών συμβουλευτικής στον εργαζόμενο. (Μπινιώρη, 2006)

5.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Γενικά θεωρείται ότι η κοινωνική στήριξη παίζει το μεγαλύτερο ρόλο στην αντιμετώπιση του άγχους. Για την ακρίβεια παίζει αναχαιτιστικό ρόλο και μπορεί να προέρχεται από το οικογενειακό ή το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του

ατόμου. Άλλοι τρόποι αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους μπορεί να είναι τεχνικές χαλάρωσης (μουϊκή χαλάρωση, βαθιές αναπνοές κ.λπ.) ή γνωστικής αντιμετώπισης τεχνικές όπως η εκλογίκευση, η ανοχή καταστάσεων που δεν μπορούν να αποφευχθούν κ.λπ. Οι περισσότερες μέθοδοι αντιμετώπισης απαιτούν ειδική άσκηση και εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, στην αύξηση αυτοπεποίθησης και θάρρους στις σχέσεις και δοσοληψίες κ ά. (Κάντας, 1995)

Σε επίπεδο οργάνωσης μπορούμε να το αντιμετωπίσουμε ως εξής:

- ✓ ακριβείς περιγραφές έργου
- ✓ οριζόντια μετακίνηση εργαζομένων
- ✓ επανασχεδιασμός εργασιακού χώρου και βάσει εργονομικών αρχών
- ✓ σχηματισμός κοινών επιτροπών εργαζομένων και διοίκησης
- ✓ ειδική εκπαίδευση και κατάρτιση με την αλλαγή αντικειμένου
- ✓ δημιουργία ειδικών χώρων μέριμνας και φροντίδας παιδιών εργαζομένων
- ✓ αναθεώρηση μεθόδων και δεικτών αξιολόγησης (Κάντας, 1995).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Ο όρος «Επαγγελματική Εξουθένωση» (burnout) χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει μια κατάσταση συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης στο πλαίσιο της εργασίας, και είναι φαινόμενο με σημαντικό αντίκτυπο στη σύγχρονη κουλτούρα.

Δεν είναι γνωστό το ποσοστό των εργαζομένων που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση και φυσικά αυτό κυμαίνεται ανάλογα με τη συγκεκριμένη εργασία, το εργασιακό καθεστώς, τη νομοθεσία και το περιβάλλον. Επίσης η χώρα και ηλικία παίζουν σημαντικό ρόλο και λόγω του γεγονότος ότι ανάλογα με το γενικότερο εργασιακό περιβάλλον ένας μεγάλος αριθμός εργαζομένων με επαγγελματική εξουθένωση τελικά συνταξιοδοτούνται πρόωρα. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 15-50%. Φαίνεται επίσης ότι υπάρχει ενασημαντικό

ποσοστό του πληθυσμού που εμφανίζει μια ευαλωτότητα στην ανάπτυξη εξουθένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στις μέρες μας όλο και περισσότερο εντείνονται οι συζητήσεις γύρω από το μέγα πρόβλημα των καιρών μας, τα ναρκωτικά. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι ασχολούνται μ' αυτά. Ψυχίατροι, παθολόγοι, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, πολιτικοί, επιστήμονες, δημοσιογράφοι, απλοί άνθρωποι, όλοι προσπαθούν να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος της εποχής μας.

Τα ναρκωτικά βέβαια δεν είναι θέμα που απασχόλησε μόνο τα τελευταία χρόνια την κοινωνία. Η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών παρατηρείται σε ολόκληρη την ιστορία της ανθρωπότητας. Όμως τα τελευταία χρόνια για πολλούς λόγους - που αξίζει να τους μελετήσει κανείς - έχει σημειωθεί μια συνεχώς αυξανόμενη εξάπλωση της χρήσης τους, με συνέπεια πάρα πολλοί άνθρωποι να οδηγούνται στο θάνατο.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση του προβλήματος έχουν διαμορφωθεί μέχρι στιγμής δύο τάσεις:

1. Η πρώτη απ' αυτές είναι η κλασική πλέον κατασταλτική πολιτική που ακολουθείται σχεδόν σ' όλο τον κόσμο από την εκάστοτε εξουσία. Βασική της αρχή είναι να σταματήσει με κάθε τρόπο η χρήση ναρκωτικών. Οι νόμοι είναι πολύ σκληροί με τους χρήστες, που συνήθως είναι νεαρά άτομα. Οι νόμοι επίσης είναι πολύ σκληροί με τους εμπόρους, οι οποίοι βέβαια θησαυρίζουν και τις περισσότερες φορές ανήκουν στις υψηλά ιστάμενες κοινωνικές τάξεις. Όμως, συμβαίνει πολλές φορές να βγαίνουν εύκολα από τις πόρτες της φυλακής με τις διασυνδέσεις που έχουν.

2. Μια δεύτερη τάση στην αντιμετώπιση του προβλήματος έχει αρχίσει να απλώνεται τα τελευταία χρόνια. Βασικός της φορέας η L.I.A (Διεθνής

Αντιαπαγορευτική Ένωση). Σύμφωνα μ' αυτή την τάση, αποποινικοποιείται η χρήση όλων ανεξαρτήτως των ουσιών. Τα ναρκωτικά χωρίζονται σε μαλακά και σκληρά. Το κάθε εξαρτημένο άτομο είναι ελεύθερο να προμηθεύεται τα ναρκωτικά και να τα χρησιμοποιεί ελεύθερα. Μάλιστα, επιφορτίζεται η πολιτεία, για την περίθαλψη των εξαρτημένων, με παροχή όλων των διευκολύνσεων που διασφαλίζουν την υγεία, τη ζωή και την αξιοπρέπεια τους (χορήγηση ουσιών ή υποκατάστατων σε κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα, προγράμματα αποτοξίνωσης σε θεραπευτικές κοινότητες κ.α.). Όλα αυτά τα μέτρα έχουν σκοπό την κοινωνική επανένταξη όλων όσων το θελήσουν, ενώ προσφέρουν "συντήρηση" σε εκείνους τους εξαρτημένους που δεν θέλουν να απεξαρτηθούν. Ήδη στη πατρίδα μας αυτή η τάση έχει αποκτήσει αρκετούς θιασώτες μεταξύ των γιατρών, πολιτικών, δημοσιογράφων και κοινωνικών φορέων.

Δυστυχώς, η πρώτη τάση μέχρι στιγμής έχει αποτύχει παταγωδώς. Οι αριθμοί, τουλάχιστον για τη χώρα μας, δεν προσφέρουν ελπίδες για καλύτερο μέλλον.

Οι εξαρτημένοι από 2.000 το 1980 υπολογίζονται σε 80.000 ή ακόμη και 100.000 το 1990. Επίσης, το 35% των φυλακισμένων είναι για αδικήματα συναφή με τη χρήση ναρκωτικών και τα επακόλουθα της παράνομης εμπορίας τους. Η μέχρι στιγμής εμπειρία καθιστά χωρίς χρησιμότητα την παράθεση επιχειρημάτων πάνω στο θέμα.

Ένα από τα βασικά αρνητικά αυτής της τάσης είναι η επίσημη "αναπαραγωγή" εξαρτημένων ατόμων με τη βοήθεια και υποστήριξη της πολιτείας. Και ας μην ερμηνευθεί η πιο πάνω φράση σαν συνηγορία υπέρ μιας "αγαθής", "αμόλυντης", όσο και υποκριτικής πολιτείας. Απλώς, στη περίπτωση αυτή πρόκειται για μια ανίκανη πολιτεία που, επειδή δε μπορεί να ελευθερώσει από τα ναρκωτικά τους χρήστες, προσπαθεί τουλάχιστον να τους προφυλάξει από χειρότερες καταστάσεις (π.χ. δίνει δωρεάν αποστειρωμένες σύριγγες για αποφυγή μετάδοσης τον AIDS και άλλων ασθενειών, προσφέρει μη νοθευμένες ουσίες και

όχι - για παράδειγμα - νοθευμένη ηρωίνη που κυκλοφορεί από έμπορους και οδηγεί πολύ σύντομα στο θάνατο).

Το επιχείρημα ότι η ελεύθερη χρήση ναρκωτικών ουσιών θα περιορίσει την εξάπλωσή τους, δε μπορεί ν' αποτελέσει αξίωμα. Αν με την απαγορευμένη χρήση οι μνημένοι είναι πάρα πολλοί, γιατί να μην είναι και με την πιο ελεύθερη χρήση; Πολύ περισσότερο να σκεφτεί κανείς ότι αυτοί που επιθυμούν τη μύηση στον κόσμο των ναρκωτικών το κάνουν για ν' απολαύσουν ένα νέο άγνωστο κόσμο κι όχι (ή ίσως σε πολύ μικρότερο ποσοστό) επειδή είναι ένας απαγορευμένος κόσμος. Τώρα λοιπόν με την ελεύθερη χρήση ο δρόμος για τον κόσμο αυτό θα "ναι πέρα για πέρα ανοιχτός.

Η ενσωμάτωση τέτοιων ατόμων στην κοινωνία και μάλιστα με αξιοπρέπεια, δείχνει την αδυναμία της κοινωνίας και βέβαια της αντιαπαγορευτικής τάσης να ελευθερώσει και να λυτρώσει αυτά τα άτομα από αυτό που και οι ίδιοι οι ναρκομανείς αποκαλούν αργό θάνατο στη ζωή τους.

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν αλλαγή στη φυσιολογία του οργανισμού δρώντας στα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Εκτός από τις παρενέργειές τους ως χημικά δηλητήρια του οργανισμού, επηρεάζουν τους νευρώνες, με ανεπανόρθωτο πολλές φορές τρόπο, μεταβάλλοντας τη λειτουργία τους και προκαλώντας εθισμό (ανοχή, εξάρτηση, παθολογική αναζήτηση ουσίας).

- ▼ Η τοξικομανία αποτελεί παθολογική κατάσταση, σε βιολογικό, συναισθηματικό και ψυχικό υπόβαθρο, που χρήζει ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, με στόχο την μετρίαση των κοινωνικών επιπτώσεων και την επαναφορά των χρηστών στην αξιοπρεπή διαβίωση. Οι τοξικομανείς, ως βιολογικά και ψυχικά ασθενείς, πρέπει να μπορούν εύκολα να εντάσσονται σε προγράμματα απεξάρτησης και να έχουν την μέγιστη δυνατή περίθαλψη.
- ▼ Το πρόβλημα των ναρκωτικών και του αλκοολισμού, αφορά όλους μας και επιβάλλεται η συνεχή εγρήγορση για την προστασία των νέων

ανθρώπων. Η εκρηκτική διάσταση του προβλήματος δεν επιτρέπει ολιγορία. Οι ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες της πολιτείας και οι κοινωνικές οργανώσεις πρέπει να δραστηριοποιηθούν με στόχο την πρόληψη του φαινομένου.

- ✓ Η πρόληψη, η ενημέρωση κυρίως μέσω της εκπαίδευσης και των ΜΜΕ, οι πολιτικές απεξάρτησης και επανένταξης, η προσπάθεια στροφής της νεολαίας μας στο μαζικό λαϊκό αθλητισμό, η ανάπτυξη του σχολικού αθλητισμού είναι μερικά μόνο μέτρα που η πολιτεία οφείλει να προωθή αδιάκοπα και ανεξαρτήτως κόστους. Παράλληλα θα πρέπει να επανεξεταστεί η ποινικοποίηση της χρήσης, αφού στα χρόνια που εφαρμόστηκε δεν επέλυσε κανένα απολύτως πρόβλημα. Η πολιτεία μέσω των διωκτικών αρχών και της δικαιοσύνης οφείλει να στραφεί στο κυνήγι και την παραδειγματική τιμωρία των καλλιεργητών και των εμπόρων και όχι των χρηστών, οι οποίοι χρειάζονται βοήθεια και προγράμματα απεξάρτησης και σε καμιά περίπτωση εγκλεισμό σε φυλακή. Στην κατεύθυνση αυτή οποιαδήποτε φαινόμενα διαφθοράς, ανοχής, διαπλοκής και συγκάλυψης θα πρέπει να τιμωρούνται παραδειγματικά .

Για να έχει τη δυνατότητα ο κάθε θεραπευτής να ανταποκριθεί στα καθήκοντά του απέναντι στον ασθενή θα πρέπει πρωτίστως να φροντίζει τον εαυτό του. Η επαγγελματική εξουθένωση ίσως να μην μπορεί να αποφευχθεί πλήρως αλλά αυξημένα επίπεδά της μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη παρέμβαση η οποία προσανατολίζεται είτε σε ατομικό, είτε σε οργανωτικό επίπεδο.

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο θεωρούνται οι ενέργειες που κάνει το ίδιο άτομο για τον εαυτό του.

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων
- Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών
- Αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης
- Αναζήτηση υποστήριξης
- Ενασχόληση με άλλα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες
- Σωστή διατροφή, άσκηση, καθώς και επάρκεια ανάπαυσης

- Προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρουεργασίας (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1995)

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό/ διοικητικό επίπεδο

Όταν η διοίκηση ενδιαφέρεται για τους εργαζόμενους και προσπαθεί να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας τους τότε είναι βέβαιο ότι εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών οι οποίες διακρίνονται για την ποιότητά τους από επαγγελματίες που αντλούν ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας τους όσο απαιτητικό και δύσκολο μπορεί να είναι. Οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1995) προτείνουν:

- Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία υγείας στην κατάλληλη θέση
- Δημοκρατική διοίκηση
- Αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων καθώς και συμμετοχή τουεπαγγελματία υγείας στη λήψη αποφάσεων
- Πολυμορφία στηνεργασία
- Δυνατότητα διαλειμμάτων και ειδικών αδειών
- Δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης
- Λειτουργία ομάδωνψυχολογικής υποστήριξης
- Συμβουλευτική εποπτεία
- Δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης
- Διεπιστημονική συνεργασία

Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό όχι μόνο από τις διοικήσεις αλλά και από τους θεραπευτές, ότι τα ποσοστά που εμφανίζονται στις μελέτες είναι απλοί αριθμοί καταγραφής ενός φαινομένου. Λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τις συνέπειες του burnout τόσο στον επαγγελματία υγείας, στην οικογένειά του, καθώς και στον άρρωστο, είναι υποχρέωσή μας να προβαίνουμε σε πράξεις, είτε πρόληψης είτε έγκαιρης αντιμετώπισής του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αδαλή Ε.(1999). *Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σεπαθολογικά τμήματα, ΜΕΘ, και τμήματα επειγουσών περιπτώσεων*. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα.

Αναγνωστόπουλος Φ.-Παπαδάτου Δ.(1992). *Παραγοντική σύνθεση και εσωτερικήσυννοχή του Ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σεδείγμα νοσηλευτριών, Ψυχολογικά Θέματα*.

Αντωνίου ΑΣ.(2003). *Μείζονες αιτίες Burnout όσον αφορά στις στάσεις τωνεργαζομένων έναντι της εργασίας και τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος. Στο Πρόληψη συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες*. Αθήνα, ΕΠΑΨΥ.

Αριστοτέλης Κ.(1998). *Οργανωτική Βιομηχανική Ψυχολογία*. Αθήνα.

Γρέβιας Δ.(1991). *Άγχος και εργασία, Ιατρική της εργασίας*.

Κακαβελάκης Κ, Βαρδάκη Χ, Ανυφαντή Κ.(2001).*Μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό*. Νοσηλευτική.

Κάντας Α.(1995). *Οργανωτική βιομηχανική ψυχολογία (μέρος 3ο)*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Κεραμίδα Π.(2004). *Οργανωτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στον καθορισμότου βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό*. Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ, Πάτρα.

Κοτρώτσιου Ε, Παραλίκας Θ.(2002). *Φροντίδα ηλικιωμένων και επαγγελματικήεξουθένωση*. Βήμα του Ασκληπιού.

Κουλιεράκης Γ, Μεταλληνού Ο, Πάντζου Π.(2000). *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας*, τομ. Β', ΕΑΠ, Πάτρα.

Λαχανά Ε.(2003). *Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών*. Διπλωματική εργασία ΕΑΠ, Λάρισα.

Μεταλληνού Ο.(2000). *Στήριξη των επαγγελματιών υγείας στην Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας*, τομ. Β', ΕΑΠ, Πάτρα.

Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β' Φάση»(2005). *Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο*. Αθήνα.

ΒΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Abu – Bader SH.(2000) *Work Satisfaction, Burnout and Turnover among Social Workers in Israel*. International Journal of Social Welfare.

Baker DB.(1985). *The study of stress at work*. Annual Review of Public Health.

Barnett RC.-Brennan RT.(1995) *The relationship between job experiences and psychological distress: A structural equation approach*. Journal of Organizational Behavior.

Beehr TA, Newman JE.(1978) *Job stress, employee health and organizational effectiveness: a facet analysis, model, and literature review*. Personnel Psychology.

Bertolote JM, Fleischmann A.(2006). *Staff burnout* W.H.O. Dep. of Mental Health and Substance Dependency.

Brill PL.(1984). *The need for an operational definition of burnout*. Family and community health.

Burke RJ, Deszca E.(1986). *Correlates of psychological burnout phases among police officers*. Human relations.

Burke RJ, Greenglass ER.(2001). *Hospital restructuring work-family conflict and psychological burnout among nursing staff*. Psychological Health.

Buunk B, Schaufeli W.(1993). *Burnout: A perspective from social comparison theory*. Professional burnout: recent developments in theory and research.

Cherniss C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York, NY: Praeger Publisher.

Cooper CL, Baglioni AJ.(1988). *A structural model approach toward the development of a theory of the link between stress and mental health*. British journal of medical psychology.

Cox T, Ferguson E.(1994). *Measurement of the subjective work environment*. Work and Stress.

Cox T.(1993) *Stress Research and Stress Management: Putting theory to work*. London, HMSO.

Cox T.(1978). *Stress*. London, Mcmillan.

Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A.(2003). *The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait – multimethod analysis*. European Journal of Psychological Assessment.

Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R.(1980). *Mental illness in the United States: Epidemiological estimates*. New York, Praeger.

Kahill S.(1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. Canadian psychology.

Karasek & Theorell.(1979). Demand control and social support model.

Payne & Fletcher.(1983). Demands supports and constraints model.

Siegrist.(1996). Effort, reward imbalance model.

Warr.(1990). Vitamin model.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Διαθέσιμο στο: www.kethea.gr.
Πρόσβαση : 03 Ιουνίου 2012.

Η Εφημερίδα του κόσμου της Υγείας. Διαθέσιμο στο: www.iatrikostypos.gr.
Πρόσβαση: 13^η Αυγούστου 2012.

Ευφροσύνη Σλαβάκη, Πτυχιακή εργασία: Οι ομάδες αυτοβοήθειας των Α.Α. και Ν.Α. και η συνεισφορά τους στη θεραπεία της εξάρτησης. Διαθέσιμο στο:

<http://invenio.lib.auth.gr/record/125788/files/GRI-2011-6236.pdf?version=1>. Πρόσβαση: 18^η Ιουλίου 2012.

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Διαθέσιμο στο : www.okana.org.gr.
Πρόσβαση: 13^η Ιουλίου 2012.

Σκαπινάκης Πέτρος, Λέκτορας Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Web4Health. Διαθέσιμο στο: <http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm>.

Πρόσβαση: 05 Απριλίου 2012.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Πολλές χώρες στην Ευρώπη κινήθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες στη νομιμοποίηση υπό όρους κάποιων ουσιών. Στην Ελβετία, η φιλελεύθερη κυβερνητική πολιτική περί ναρκωτικών, που περιλαμβάνει και διανομή ηρωίνης από το κράτος, συνάντησε τη στήριξη των ψηφοφόρων σε διπλό δημοψήφισμα που έγινε στις 28 Σεπτεμβρίου του 1997. Περίπου το 71% των ψηφοφόρων απέρριψαν την πρόταση «Νεολαία χωρίς ναρκωτικά», που θα περιόριζε τη χρήση ναρκωτικών στη χώρα. (What you need to know about addiction, Copyright ©2002, Canada Post with the Centre for Addiction and Mental Health)

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΟΚΑΝΑ

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

Το δίκτυο υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ περιλαμβάνει:

Στον Τομέα της Πρόληψης λειτουργούν σήμερα 71 Κέντρα Πρόληψης σε 49 νομούς της χώρας, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Στον Τομέα της θεραπείας λειτουργούν σήμερα σε όλη την Ελλάδα: 55 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης και 5 «Στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα.

Στην Αθήνα:

- 1 Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού
- 26 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης
- 1 «Στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εφήβων και Νεαρών Ενηλίκων (Μονάδα Εφήβων/Νέων «Ατραπός»)
- 1 «Στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα Ενηλίκων σε συνεργασία με την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Πρόγραμμα «Αθηνά»)

Στη Θεσσαλονίκη:

- 1 Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού
- 12 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης
- 1 Πρόγραμμα «Προαγωγής Αυτοβοήθειας» Ενηλίκων σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Στην Πάτρα:

- 1 Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης
- 1 «Στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα Ενηλίκων («Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Γέφυρα»)

Στο Ρέθυμνο:

- 1 Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης
- 1 Πρόγραμμα «Πολλαπλής Παρέμβασης»

Στη Λάρισα, τα Χανιά, τη Ρόδο, τη Λαμία, το Αγρίνιο, τη Χαλκίδα, τη Λιβαδειά, το Βόλο, την Πρέβεζα, την Κέρκυρα, την Κατερίνη, το Ηράκλειο, την Καβάλα, την Κομοτηνή, την Αλεξανδρούπολη, ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει από μια Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης.

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΚΕΘΕΑ

Πώς γίνεται η θεραπεία

Τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ ακολουθούν ψυχοκοινωνική κατεύθυνση και δεν χορηγούν φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Στόχος της θεραπείας είναι να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει το σύνολο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία και διατήρηση της εξάρτησης, αποκόπτοντας οριστικά το άτομο από το φαύλο κύκλο της. Για το σκοπό αυτό η θεραπευτική διαδικασία λαμβάνει υπόψη και εμπλέκει το άτομο, το διαπροσωπικό του δίκτυο αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Στο πλαίσιο αυτό ο εξαρτημένος δεν αντιμετωπίζεται ως «ασθενής» που υποβάλλεται παθητικά σε θεραπεία, αλλά συμμετέχει ενεργά σε αυτήν. Η συμμετοχή στο πρόγραμμα είναι εθελούσια, δεν πραγματοποιούνται αναγκαστικές εισαγωγές και ο θεραπευόμενος διατηρεί το δικαίωμα να διακόψει την παρακολούθηση ανά πάσα στιγμή. Από τη στιγμή που το άτομο αποφασίζει να ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα, απαιτείται η ενεργητική συμμετοχή του στις καθημερινές θεραπευτικές, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες.

Η μακροχρόνια και πολύπλευρη θεραπευτική παρέμβαση του ΚΕΘΕΑ περιλαμβάνει υπηρεσίες ενημέρωσης, μείωσης της βλάβης, συμβουλευτικής υποστήριξης, φροντίδας της υγείας, ψυχικής απεξάρτησης, οικογενειακής θεραπείας εκπαίδευση και κατάρτιση, νομικής στήριξης, επανένταξης στην κοινωνία και στον κόσμο της εργασίας.

Τελικό στόχος είναι η πλήρης και σταθερή αποχή από τη χρήση ουσιών και την παραβατικότητα και το χτίσιμο ενός νέου τρόπου ζωής με ισότιμη και δημιουργική ένταξη του ατόμου στην κοινωνία.

Όλες οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στους χρήστες ουσιών και στις οικογένειές τους και χωρίς διακρίσεις.