

.Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Η ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ: ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.



Σπουδάστριες

Νικολοπούλου Νικολέτα

Πάττα Μαρία-Καθολική

Τοσιώτη Μαρία

Εισηγήτρια:

κ. Βαλσάμη Ουρανία

Πάτρα, 2014

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας

Υπογραφή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας συνέβαλλαν πολλοί και διαφορετικοί άνθρωποι, ο καθένας με το δικό του ξεχωριστό τρόπο. Αρχικά, θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στις οικογένειες μας για τη συμπαράσταση και την ηθική υποστήριξη που μας προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

Ιδιαίτερα, όμως, ευχαριστίες θα θέλαμε να απονέμουμε στην επιβλέπων καθηγήτρια μας, τόσο για την υπομονή και την υποστήριξη, όσο και για τις επικοινωνιακές της υποδείξεις, που μας έδειξε στην προσπάθειά μας αυτή. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και όλους τους καθηγητές μας για τις γνώσεις που μας μετέδωσαν όλα αυτά τα χρόνια.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η χρήση και η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες αναγνωρίζεται πλέον ως ένα σύνθετο φαινόμενο, που προκύπτει ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ατομικών, οικογενειακών και κοινωνικών παραγόντων μεταξύ τους. Ένα φαινόμενο με συνιστώσες οικονομικές, πολιτιστικές, ιστορικές, αλλά και πολιτικές καθώς είναι σημαντικός παράγοντας για την ανθρώπινη και κοινωνική υπόσταση.

Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός γυναικών χρηστών, αρκετές από τις οποίες είναι μητέρες ή εγκυμονούσες, είναι φαινόμενο που παρουσιάζεται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες τα τελευταία χρόνια. Οι κοινωνίες σε ολόκληρο τον κόσμο εκφράζουν την ανησυχία τους για τις επιπτώσεις της χρήσης ουσιών από όλο και περισσότερα άτομα. Οι κοινωνικές συνέπειες που μπορεί να υπάρξουν στη γυναικεία εξάρτηση ποικίλλουν και είναι σημαντικές για την επικείμενη βελτίωση της εξέλιξης της στο κοινωνικό όλο.

Η ανάγκη για ιδιαίτερη μελέτη και αξιολόγηση στην αναφορά του προβλήματος της εξάρτησης περιλαμβάνει και το φύλο. Το φύλο είναι θεμελιακό συστατικό της ταυτότητας και συνεπάγεται διαφορές ως προς την κοινωνικοποίηση, τις προσδοκίες γύρω από την εκπλήρωση του ρόλου, τις αξίες, τις αρχές και τις σχέσεις. Είναι λοιπόν πιθανό να υπάρχουν διαφορές και ως προς τον τρόπο που οι γυναίκες βιώνουν την εμπειρία της εξάρτησης από ουσίες και ως προς τους αιτιολογικούς παράγοντες που προδιαθέτουν στην χρήση ουσιών.

Ακόμα, καθοριστικό παράγοντα τόσο στην ουσιοεξάρτηση όσο και στον χρήστη ουσιών παίζει η οικογένεια. Θεωρώντας την οικογένεια ένα ολιστικό μοντέλο ανάπτυξης συμπεριφοράς, επικοινωνίας και ανάπτυξης του ανθρώπου μέσα στην ευρύτερη κοινωνία ο οποίος είναι ο συνδεδετικός κρίκος για την εξασφάλιση ευημερίας και ενίσχυσης των κοινωνικών δεσμών. Έτσι, η ίδια η οικογένεια παίζει μέγιστο ρόλο στην ζωή του χρήστη, στις συμπεριφορές που επιδεικνύει τόσο στα ίδια τα μέλη όσο και προς την κοινωνία καθώς και στην αίσια εξέλιξη της κατάστασης που μπορεί να έχει το τοικοεξαρτημένο άτομο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τίτλος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι « *Η Ουσιοεξάρτηση στην σύγχρονη κοινωνία: γυναίκες και οικογένεια*», και απαρτίζεται από πέντε (5) θεωρητικά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αφορά τις ψυχοτρόπες ουσίες. Συγκεκριμένα, αναλύονται ο ορισμός των ψυχοτρόπων ουσιών, η ιστορική εξέλιξη της χρήσης ναρκωτικών καθώς και της τοξικοεξάρτησης, τα είδη των εξαρτησιογόνων ουσιών, οι παράγοντες της τοξικοεξάρτησης, οι μορφές της εξάρτησης, καθώς και τα κλινικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου εξάρτησης – κατάστασης στέρησης. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η τοξικοεξάρτηση και η προσωπικότητα. Συγκεκριμένα, αναλύονται ο ορισμός της προσωπικότητας, η προσωπικότητα του τοξικοεξαρτημένου, οι τύποι τοξικοεξαρτημένων προσωπικοτήτων, τα χαρακτηριστικά της τοξικοεξάρτησης καθώς και του τοξικοεξαρτημένου. Το τρίτο κεφάλαιο αφορά την πρόληψη, την θεραπεία, την απεξάρτηση και τέλος την αποκατάσταση. Συγκεκριμένα, αναλύονται η θεραπεία απεξάρτησης ως διαδικασία, οι προσεγγίσεις στη θεραπεία, η κοινωνική επανένταξη, τα θεραπευτικά κέντρα στην Ελλάδα και τέλος ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπευτική διαδικασία. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ουσιοεξάρτηση στις γυναίκες. Συγκεκριμένα, αναφέρονται οι διαφορές ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες τοξικομανείς, ο κοινωνικός αποκλεισμός, ο εργασιακός αποκλεισμός, τα στερεότυπα και τέλος οι συνέπειες. Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η ουσιοεξάρτηση στην οικογένεια. Συγκεκριμένα, αναλύονται οι σχέσεις των τοξικομανών στην οικογένεια, η οικογενειακή ζωή του χρήστη, η εξάρτηση και ο φόβος αποχωρισμού ως μια διαδικασία ενδοεξάρτησης ανάμεσα στο χρήστη και την οικογένειά του, οι ακραίες συμπεριφορές και η παραβατικότητα προς την οικογένεια, η τοξικοεξάρτηση ως συνέπεια της ενδοοικογενειακής βίας σε προϋπάρχουσες εμπειρίες κακοποίησης, η άσκηση βίας στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων και η έκταση του προβλήματος διεθνώς, η εξαρτημένη μητέρα και η σχέση της με το παιδί της καθώς και η οικογένεια και το σχολείο ως φορέας πρόληψης της ουσιοεξάρτησης και τέλος ο θάνατος μέσα στην οικογένεια.

ABSTRACT

The title of this thesis is *"Drug addiction in modern society: Women and Family"*, which consists of five (5) theoretical chapters. The first chapter concerns psychoactive substances. Specifically, the following issues are analyzed: the definition of psychotropic substances, the historical development of drug use and drug dependence, the types of addictive substances, the factors of drug addiction, the forms of dependence and the clinical features of the syndrome of dependence - withdrawal symptoms. In the second chapter, drug addiction and personality are analyzed. Particularly, the issues examined are: the definition of personality, drug addicted personalities, the types of drug addicted personalities, the characteristics of drug addiction and drug addicted people. In the third chapter the issues analyzed are prevention, treatment, rehabilitation and finally, detox. Specifically, we analyze drug treatment as a process, treatment approaches, social rehabilitation, treatment centers in Greece and the role of social worker at the therapeutic procedure. Finally, in the fourth chapter drug addiction in women is presented. In particular, we present the differences between drug addicted men and women, the social exclusion, the work exclusion, the stereotypes and finally the consequences. The fifth and final chapter the concerns the addiction in the family. Specifically, we analyzes the relationships of drug addicted in the family, the family life of the user, the dependency and the fear of separation as a process of endoexartisis between the user and his family, extreme behaviors and the delinquency in family, drug addiction as a result of domestic violence in pre existing abuse experience, and the violence in drug addicted peoples families and the extent of the problem internationally, the dependent mother and her relationship with her child, the family and the school as a way of the prevention of drug addiction, and finally, the death in the family.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	11
1. Εισαγωγή	11
1.1 Ορισμοί.....	11
1.2 Ιστορική εξέλιξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών	14
1.2.1 Ιστορική εξέλιξη της τοξικοεξάρτησης.....	15
1.3 Είδη εξαρτησιογόνων ουσιών	17
1.4 Παράγοντες τοξικοεξάρτησης.....	24
1.5 Μορφές εξάρτησης	26
1.6 Κλινικά χαρακτηριστικά συνδρόμου εξάρτησης – κατάστασης στέρησης	26
1.7 Ανακεφαλαίωση.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	29
2. Εισαγωγή	29
2.1 Ορισμός προσωπικότητας.....	29
2.2 Η προσωπικότητα του τοξικοεξαρτημένου.....	30
2.3 Τύποι τοξικοεξαρτημένων προσωπικοτήτων.....	31
2.4 Τα χαρακτηριστικά της τοξικοεξάρτησης.....	33
2.5 Ανακεφαλαίωση.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΠΡΟΛΗΨΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	35
3. Εισαγωγή	35
3.1 Ορισμοί	35
3.2 Η θεραπεία απεξάρτησης ως διαδικασία	36
3.3 Προσεγγίσεις στη θεραπεία	37
3.4 Κοινωνική επανένταξη.....	37
3.5 Θεραπευτικά Κέντρα	39
3.5.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην θεραπευτική διαδικασία	40
3.6 Ανακεφαλαίωση.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	42

4. Εισαγωγή	42
4.1 Οι διαφορές ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες τοξικομανείς	42
4.1.1 Κοινωνικές συνέπειες της γυναικείας εξάρτησης.....	46
4.1.2 Επιβάρυνση της υγείας ως συνέπεια της γυναικείας εξάρτησης	47
4.2 Χαρακτηριστικά εξαρτημένων γυναικών	50
4.3 Κοινωνικός αποκλεισμός	53
4.4 Στερεότυπα.....	54
4.5 Ανακεφαλαίωση.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	60
5. Εισαγωγή	60
5.1 Οικογένεια και σχέσεις τοξικομανών	60
5.2 Οικογενειακή ζωή του χρήστη.....	62
5.3 Οικογένεια, εξάρτηση και ο φόβος αποχωρισμού ως μια διαδικασία ενδοεξάρτησης, ανάμεσα στο χρήστη και την οικογένειά του.....	64
5.4 Οι ακραίες συμπεριφορές και η παραβατικότητα προς την οικογένεια.....	66
5.5 Η τοξικοεξάρτηση ως συνέπεια της ενδοοικογενειακής βίας σε προϋπάρχουσες εμπειρίες κακοποίησης	67
5.6 Η άσκηση βίας στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων και η έκταση του προβλήματος διεθνώς.....	68
5.7 Η εξαρτημένη μητέρα και η σχέση της με το παιδί της.....	69
5.8 Η οικογένεια και το σχολείο ως φορείς πρόληψης της ουσιοεξάρτησης.....	70
5.9 Ο θάνατος μέσα στην οικογένεια.....	71
5.10 Ανακεφαλαίωση.....	72
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	73
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	81

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, διεξάχθηκε από τις σπουδάστριες Νικολέτα Νικολοπούλου, Πάττα Μαρία- Καθολική, Τοπιώτη Μαρία. Ο λόγος που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο θέμα, είναι πως το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις στη σύγχρονη κοινωνία και μαστίζει ένα πολύ μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού. Η ουσιοεξάρτηση επηρεάζει με αρνητικό τρόπο το ίδιο το άτομο, την οικογένεια, τις σχέσεις και ολόκληρη την κοινωνία. Μάλιστα στη σύγχρονη κοινωνία όπου οι γυναίκες έχουν ίσα δικαιώματα με τους άντρες και έχουν ενεργό ρόλο σε πολλούς τομείς της ζωής είναι επόμενο να έχουν ευκολότερη πρόσβαση στις εξαρτησιογόνες ουσίες σχετικά με παλαιότερα. Τέλος, η οικογένεια αποτελεί σημαντικό κομμάτι κάθε κοινωνίας ιδιαίτερα στη σύγχρονη Ελλάδα της οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τα παραπάνω λοιπόν η ουσιοεξάρτηση και ιδιαίτερα των γυναικών ή μέσα στην οικογένεια αποτελεί ένα φαινόμενο που πρέπει συνεχώς να μελετάτε με σκοπό τη πρόληψη και την ανάπτυξη των τρόπων αντιμετώπισης της.

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο έκανε την εμφάνιση του απ' την αρχή της ύπαρξης της ανθρωπότητας. Αυτό αιτιολογείται από την έμφυτη τάση που έχει ο άνθρωπος να αναζητά τρόπους για να μεταβάλλει την ψυχολογία του. Έτσι οι άνθρωποι άρχισαν να εξερευνούν όσα υπήρχαν στο φυσικό περιβάλλον γύρω τους και μετά από πειραματισμούς ανακάλυψαν πως κάποιες ουσίες επιδρούσαν με κάποιου είδους μαγικό τρόπο στην συναισθηματική τους κατάσταση.

Με τη πορεία των χρόνων το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης εξαπλώθηκε και πήρε μεγαλύτερες διαστάσεις. Σ' αυτό συντέλεσαν διάφοροι παράγοντες κυριότεροι από τους οποίους είναι η δημιουργία συνθετικών ουσιών, η άνοδος του νόμιμου αλλά και του παράνομου εμπορίου εξαρτησιογόνων ουσιών, η χρήση μερικών απ' αυτές στον τομέα της ιατρικής και τέλος οι πολλαπλές δυσκολίες που εμφανίζονται στην καθημερινότητα.

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια βασισμένες στη σύγχρονη κοινωνία και την ύπαρξη του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης σε αυτή δίνουν ιδιαίτερη έμφαση σε ορισμένες πτυχές του ζητήματος. Ιδιαίτερη σημασία λοιπόν δίνεται στις αιτίες που οδηγούν ένα άτομο στην ουσιοεξάρτηση, στο προσδοκώμενο στόχο που έχει το ίδιο άτομο απ' την χρήση της ουσίας αλλά και από τα συγκεκριμένα στοιχεία της προσωπικότητας κάθε χρήστη. Τα παραπάνω είναι δυνατό να υποδείξουν εάν το άτομο θα εμφανίσει εξάρτηση στην ουσία, εάν θα πραγματοποιεί περιστασιακή χρήση ή εάν η επαφή του με την ουσία ήταν κάτι το παροδικό και τελείωσε. Τέλος, η εξάρτηση κάνει την εμφάνιση της όταν ένα άτομο νιώθει απελπισία και αισθάνεται πως ο μόνος τρόπος διαφυγής και απαλλαγής από αυτή τη δυσάρεστη και επίπονη ψυχολογική κατάσταση είναι η εξαρτησιογόνος ουσία. Κυρίαρχος λοιπόν στόχος της εργασίας αυτής αποτελεί η αντικειμενική καταγραφή όλων των υφιστάμενων πλευρών του φαινομένου έπειτα από μια προσπάθεια συγκέντρωσης, επεξεργασίας και ανάλυσης του υπάρχοντος βιβλιογραφικού υλικού.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η σκοπιμότητα της παρούσας έρευνας, βασίζεται στη διερεύνηση και αποσαφήνιση των σχέσεων, των δυναμικών και των αλληλεπιδράσεων που αναπτύσσονται ανάμεσα στον ουσιοεξαρτημένο χρήστη με το σύνολο της οικογένειάς του καθώς και το σύνολο της ευρύτερης κοινωνίας. Επίσης, η ουσιοεξάρτηση στο γυναικείο πληθυσμό είναι ένα σύγχρονο κοινωνικό πρόβλημα που χρήζει πλήρη διερεύνηση, παρακολούθηση και συνεχής μελέτη.

Βασικός λοιπόν στόχος της εργασίας αυτής, είναι η αντικειμενική και καίρια καταγραφή και παράθεση όλων των υφιστάμενων πλευρών του ζητήματος, μέσα από μια προσπάθεια συλλογής, επεξεργασίας και ανάλυσης του υπάρχοντος βιβλιογραφικού υλικού, με απώτερο σκοπό τη διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων, χρήσιμων για τη βαθύτερη γνώση του θέματος.

Ειδικότερα, μια επιστημονική θεώρηση της συγκρότησης της δομής και της λειτουργίας της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας του χρήστη τοξικών ουσιών, της οικογένειάς του και της μεταξύ τους σχέσης, μέσα στο συγκεκριμένο οικογενειακό πλαίσιο που βρίσκεται σε κρίση, αλλά και την περιγραφή του ρόλου της Κοινωνικής Εργασίας, της πρακτικής της και της συμβολής της γύρω από το ζήτημα αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

1. Εισαγωγή

Η ιστορία της ανθρωπότητας είναι γεμάτη από παραδείγματα χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Βότανα, ρίζες, φυτά, καρποί χρησιμοποιούνταν για να θεραπεύσουν ή να ανακουφίσουν από τον πόνο. Αργότερα, πολλές ουσίες χρησιμοποιούνταν για να προκαλέσουν συναισθήματα ευφορίας, δύναμης και ευεξίας. Η συχνή τους χρήση είναι πιθανόν να δημιουργήσει επικίνδυνες καταστάσεις εξάρτησης. Για να φτάσει κάποιος στην εξάρτηση περνάει από διάφορα στάδια: χρήση, κατάχρηση, εθισμός και τέλος εξάρτηση.

Το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών ήταν γνωστό στον άνθρωπο από χιλιάδες χρόνια. Αποτελεί, ωστόσο, ένα σημαντικό πρόβλημα στις μέρες μας και το οποίο μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα από τα κοινωνικά προβλήματα που μαστίζουν την κοινωνία μας.

1.1 Ορισμοί

Οι ορισμοί που αναλύονται παρακάτω δεν είναι πιθανόν φαρμακολογικά και επιστημονικά οι πλέον άρτιοι, αλλά αφενός είναι αυτοί που είθισται να επικρατούν στη σύγχρονη βιβλιογραφία και αφετέρου δίνουν τη δυνατότητα διαμόρφωσης μιας βασικής άποψης για το τι σημαίνουν οι διάφοροι, σχετικοί με το αντικείμενο της παρούσας εργασίας, όροι και ορισμοί, οι οποίοι παρόλα αυτά έχουν υποστεί κακή μεταχείριση στην καθημερινή τους χρήση.

Ψυχότροπος ουσία καλείται «κάθε ουσία που, χρησιμοποιούμενη μέσω οποιασδήποτε οδού, μεταβάλλει το συναίσθημα, το επίπεδο αντιληπτικότητας ή την εγκεφαλική λειτουργία ενός χρήστη» (Λιάππας Γ., 1997, 18). Επιπρόσθετα, το 1969 από τον Π.Ο.Υ, ορίζεται ως ναρκωτικό, κάθε ουσία που όταν εισαχθεί στον ζωντανό οργανισμό, μπορεί να τροποποιήσει μια ή περισσότερες λειτουργίες αυτού.

Ο όρος **τοξικομανία**, ο οποίος προέρχεται από τη λέξη τοξικόν που σημαίνει δηλητήριο και τη λέξη μανία που αναφέρεται σε μια ψυχιατρική διαταραχή, είχε από την πρώτη στιγμή μια ηθική και παράλληλα μια ιατρική διάσταση. Υποδηλώνει μια κοινωνική μάστιγα και ταυτόχρονα μια νόσο, ως συνέπεια της εξάρτησης του ατόμου από ψυχοτρόπες ουσίες. Είναι αξιοσημείωτο, ότι βρίσκουμε την πρώτη χρήση του όρου τοξικοεξάρτηση το 1885 από τον Reghard. Ο όρος δεν επανεμφανίζεται παρά μόνο το 1894, όμως η έννοια υπήρχε ήδη από πριν και γι' αυτό θεωρείται πως οι γιατροί τη χρησιμοποιούσαν ήδη από το 1871, έστω κι αν ο όρος σε κείμενο εμφανίζεται μόλις το 1909 (Μάτσα Κ., 2001, 66).

Ο όρος τοξικομανία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στα μέσα του 19^{ου} αιώνα, για να υποδηλώσει μια κατάσταση που βρισκόταν μεταξύ νόσου και παραπτώματος. Η τοξικοεξάρτηση συμπεριελήφθη βέβαια στη διαμορφωμένη τότε

ψυχιατρική νοσολογία, αλλά η πραγματική θέση που της επιφύλαξε η επιστήμη και η κοινωνία, βρισκόταν μεταξύ Ψυχιατρικής και Νομικής και αυτήν τη θέση διατηρεί ουσιαστικά μέχρι και σήμερα. Χρησιμοποιούμε δηλαδή τον όρο τοξικομανία στην ιστορική του διάσταση και στην ευρύτητα των σημασιών του, για να τονίσουμε ότι η τοξικομανία και η χρήση ουσιών, δεν είναι έννοιες ταυτόσημες κι ότι η τοξικομανία ως έννοια δεν εξαντλείται στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, αλλά ούτε στην εξαρτητική συμπεριφορά (Μάτσα Κ., 2001, 66, 67). Οι διαφορές της από την απλή χρήση ουσιών, αφορούν το χαρακτήρα της χρήσης, τις διαστάσεις της, τις ομάδες του πληθυσμού που αγκαλιάζει, καθώς και τη σημασία που αποκτά για το άτομο, αλλά και για ολόκληρη την κοινωνία. (Bergeret J., 1999).

Μόλις το 1950 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), ορίζει ως τοξικομανία *«την κατάσταση η οποία οφείλεται στην περιοδική ή χρόνια δηλητηρίαση που προκαλείται από την επαναλαμβανόμενη κατανάλωση ναρκωτικών, φυσικών ή συνθετικών ουσιών»*. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία ή ανάγκη κατανάλωσης ναρκωτικών, από την τάση συνεχούς αύξησης των δόσεων, από την εξάρτηση ψυχικής και σωματικής φύσης και τέλος από τα καταστροφικά για το άτομο και την κοινωνία αποτελέσματα της χρήσης. Το 1964 αντικαθίσταται ο όρος τοξικοεξάρτηση με τον όρο εξάρτηση (Μάτσα Κ., 2001, 67, 68).

Οι σύγχρονοι βιολογιστές, χαρακτηρίζουν την τοξικομανία - τοξικοεξάρτηση ως μια *«χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο του εγκεφάλου, αποτέλεσμα της παρατεταμένης δράσης των ναρκωτικών σε ειδικούς εγκεφαλικούς νευρώνες και των αλλαγών που προκαλούνται εξαιτίας τους στη δομή και τη λειτουργία του. Υποστηρίζουν μάλιστα ότι η έρευνα έχει αρχίσει να αποκαλύπτει μείζονες διαφορές μεταξύ των εγκεφάλων των εξαρτημένων και των μη εξαρτημένων ατόμων και ενδείξεις κοινών στοιχείων εξάρτησης, ανεξάρτητα από την ουσία»* (Μάτσα Κ., 2001, 28).

Ο ορισμός που προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει ως **τοξικοεξαρτημένο** κάθε άνθρωπο που είναι θύμα μιας φαρμακο- ή ψυχοεξάρτησης (ή βεβαίως και των δυο μορφών εξάρτησης ταυτοχρόνως) (Bergeret J., 1999, 20).

Ως **εθισμός** ορίζεται *«το φαινόμενο της προοδευτικής ευαισθησίας ενός βιολογικού συστήματος σε μια ουσία που λαμβάνεται κατ' επανάληψη, κατά τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται το αυτό αποτέλεσμα, μόνο μετά από προοδευτική αύξηση της δόσης»*. (Κουτσελίνης Α., 2002, 3).

Το 1964 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, κατέληξε ότι ο όρος «εθισμός» δεν ήταν πλέον επιστημονικός και συνέστησε την αντικατάστασή του με τον όρο «φαρμακευτική εξάρτηση». Η λέξη «εθισμός» και η σχετική λέξη «εθισμένος» συνδέονται κατά κάποιον τρόπο με την «εξάρτηση». Ωστόσο σήμερα ο ίδιος όρος έχει αποκτήσει μια χαρακτηριστική, άτοπη και υποτιμητική απόχρωση, που δεν αντιστοιχεί στην έννοια της κατάχρησης ουσίας ως ιατρικής διαταραχής (Kaplan H., Sadock B., & Grebb J., 2000, 568, 569).

Η έννοια της εξάρτησης είναι αυτή που καθορίζει τη γνησιότητα της τοξικοεξάρτησης. **«Εξάρτηση»** από ουσία, ορίζεται μια ψυχολογική ή και σωματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την επιτακτική ανάγκη για εκσεσημασμένη λήψη της ουσίας σε συνεχή ή περιοδική βάση, με σκοπό να βιώσει ο χρήστης τα αποτελέσματα της δράσης της ουσίας ή να αποφύγει τη δυσφορική κατάσταση που

προκαλεί η στέρησή της. Εξάρτηση είναι δυνατόν να αναπτυχθεί σε περισσότερες από μια ουσίες (Λιάππας Γ., 1997, 19).

Η εξάρτηση κατά τον Parquet ανάγεται σε μια ψυχολογική κατάσταση. Δεν εξαντλείται στο αποτέλεσμα της επίδρασης της ψυχοτρόπου ουσίας στον οργανισμό. Όταν πια εγκατασταθεί η εξάρτηση, όλες οι ουσίες μπορούν να λειτουργήσουν εξαρτητικά. Λόγω αυτού, όταν λείπει η κύρια ουσία εξάρτησης, οι τοξικοεξαρτημένοι καταφεύγουν στη χρήση όποιας ουσίας βρουν μπροστά τους (Μάτσα Κ., 2001, 71).

Εικόνα 1.



Ως «**ανοχή**» ορίζεται η ανάγκη για λήψη συνεχώς αυξανόμενων ποσοτήτων μιας ουσίας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, ή το σημαντικά ελαττωμένο αποτέλεσμα μετά από σταθερή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας. Μολονότι υπάρχουν απόψεις που υποστηρίζουν ότι η σωματική εξάρτηση και η ανοχή είναι διαδικασίες που αναπτύσσονται παράλληλα, φαίνεται ότι τα δυο αυτά φαινόμενα δε συνδέονται με απολύτως ευθεία αναλογική σχέση μεταξύ τους (Λιάππας Γ., 1997, 19, 20).

Ολοκληρώνοντας, «**στερητικό σύνδρομο**» ορίζεται η ανάπτυξη σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στην περίπτωση που μια ουσία στην οποία υπάρχει σωματικός εθισμός διακόπτεται ή ελαττώνεται σε σημαντικό βαθμό, με απότομο τρόπο. Το στερητικό σύνδρομο, όπως και η ανοχή συνήθως παρουσιάζει ποικιλία πιθανών συμπτωμάτων όσον αφορά τον αριθμό και την έντασή τους (Λιάππας Γ., 1997, 20).

1.2 Ιστορική εξέλιξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών

Από τα πανάρχαια χρόνια, σε κάθε πολιτισμό και κοινωνική οντότητα, οι άνθρωποι συνήθιζαν να κάνουν χρήση διαφόρων ουσιών. Οι ουσίες αυτές, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και το τσιγάρο ονομάζονται ψυχοτρόποι, διότι προκαλούν μεταβολές στο επίπεδο της νοητικής σφαίρας, του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς του ανθρώπου (Μάτσα Κ., 2001, 47).

Η σχέση και η σύνδεση του ανθρώπου με τις ψυχοτρόπες ουσίες προσδίδει ιδιαίτερο και πολυσήμαντο νόημα στην ιστορία της ανθρωπότητας και αυτό γιατί αγγίζει ζητήματα υψίστης σημασίας και θεμελιώδους σημασίας, όπως είναι η ελευθερία, η εξάρτηση, το καλό και το κακό. (Γωγούσης, 1973). Για τον προσδιορισμό και την επικείμενη κατανόηση αυτής της σχέσης, απαιτείται διεπιστημονική και διαπολιτισμική προσέγγιση. Στην προσέγγιση αυτή μπορούν να συμβάλλουν διάφορες επιστήμες όπως η Ανθρωπολογία, η Ιατρική, η Ψυχοφαρμακολογία, η Ψυχολογία και η Φιλοσοφία.

Η χρήση αλλά και ο τρόπος χρήσης των ψυχοτρόπων ουσιών, είχε πάντα ένα ιδιαίτερο πολιτισμικό καθώς και κοινωνικό νόημα, το οποίο ήταν αυτό που μαρτυρούσε τον ειδικό ρόλο και σκοπό που έπαιζε η συγκεκριμένη ουσία στη ζωή των ανθρώπων καθώς και στην κοινωνία που ανήκαν. Κάθε ψυχοτρόπος ουσία έχει μία συμβολική διάσταση για την ομάδα των ανθρώπων που τη χρησιμοποιούν καθώς και για την κοινωνική ολότητα. Έχει επίσης μία ιερή διάσταση, αφού σχετίζεται και συνδέεται με το στοιχείο του ιερού. Ακόμη αποκτά μία μυθική διάσταση τοποθετώντας ένα πλαίσιο ενός συστήματος αξιών, κοινωνικών αντιλήψεων, μύθων, στερεοτύπων και κοινωνικών συμπεριφορών. Τέλος, έχει και μία θεραπευτική διάσταση, εφόσον είναι πολύτιμο στοιχείο το οποίο μπορεί να προσφέρει και να λειτουργήσει θετικά στην ίαση πολλών ασθενειών (Μάτσα Κ., 2001, 47, 48).

Ο τρόπος χρήσης μιας ψυχοτρόπου ουσίας, ήταν πάντα συνδεδεμένος με συγκεκριμένες πολιτιστικές, κοινωνικές και οικονομικές λειτουργίες. Συχνά πραγματοποιούνταν στο πλαίσιο ιερών τελετών π.χ. διονυσιακών στην Αρχαία Ελλάδα, μυστικιστικών ή θρησκευτικών τελετουργιών π.χ. τελετών μύησης στην εφηβεία ή σε μυστήρια, μετάβασης στον πόλεμο κ.α. Παρόλα αυτά, η κοινωνία ήταν ο καθοριστικός κρίκος που επέτρεπε ποιός πολίτης και σε ποια χρονική στιγμή έχει το δικαίωμα να κάνει χρήση ουσιών (Μαρσέλος, 1986).

Είναι πασιφανές λοιπόν, ότι στις αρχαίες κοινωνίες η χρήση ουσιών είτε γινόταν για τελετουργικούς, είτε για θεραπευτικούς λόγους, τοποθετούνταν πάντα στην αναπαραγωγή της κοινότητας και ήταν ένας σημαντικός και ακέραιος παράγοντας ο οποίος ενίσχυε τους κοινωνικούς δεσμούς των ατόμων και κατά συνέπεια ολόκληρης της κοινωνίας, προσθέτοντας σημαντικά στοιχεία και εφόδια στην δημιουργία μιας σχέσης και στην συνεχή προσπάθεια βελτίωσης της. Η ίδια η συμβολική, η ιερή, η μυθική και η θεραπευτική διάσταση της ουσίας, καθώς προαναφέρθηκε, της έδινε τη δυνατότητα να λειτουργεί ως μέσον πρόσβασης του ατόμου στην κουλτούρα κυρίως της ομάδας, της κοινωνίας στη μυθολογία της, αλλά και στους συμβολισμούς της (Μάτσα Κ., 2001, 48, 49).

Οι βαθιές κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί σε κάθε χώρα και σε κάθε πολιτισμό, στην πορεία της Ιστορίας, έχουν επιφέρει βαθιά ριζωμένες και σημαντικές αλλαγές και στην ίδια την κοινωνική και πολιτιστική σημασία της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, μετατρέποντας κατά συνέπεια τόσο το

ρόλο τους, όσο και τις κοινωνικές στάσεις απέναντι σε εκείνους που κάνουν χρήση ουσιών (EMCDDA, 2010). Λόγω του ότι οι αλλαγές που μπορεί να προκαλέσει μία ουσία στην ψυχική και νοητική σφαίρα και κατά συνέπεια στη συμπεριφορά του ατόμου, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνική και πολιτισμική ολότητα μέσα στην οποία γίνεται η χρήση της σε μία δεδομένη στιγμή και λιγότερο από τις καθαρά φαρμακολογικές ιδιότητές της (ΚΕ.ΘΕ.Α, 2003).

Από τις αρχές της νεωτερικότητας, τα ναρκωτικά άρχισαν να θεωρούνται από το κοινωνικό σώμα ως φάρμακα αμφίβολης αποτελεσματικότητας. Στη συνέχεια, πήραν το ρόλο που εξακολουθούν και σήμερα να έχουν. Στη σύγχρονη εποχή η χρήση τους έχει εξατομικευτεί, αποτελώντας κατά βάση ένα μέσο ανακούφισης από τα δεινά της καθημερινότητας και της ζωής γενικότερα. Συνδέεται ωστόσο με όλα τα κοινωνικά στρώματα, με όλο και νεότερες ηλικίες σε προηγμένες και υπανάπτυκτες χώρες και έχει μετατραπεί σε ισχυρό παράγοντα ρήξης των κοινωνικών δεσμών. (Μάτσα Κ., 2001, 49).

Το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης, μέσα στην πολυπλοκότητά του, εκφράζει μία παθολογία που οδηγεί στην καταστροφή της ανθρώπινης υπόστασης. Η έντονη επιθυμία αναζήτησης και ανεύρεσης από τους ανθρώπους πολλών διόδων διαφυγής από τις μαρτυρικές, οδυνηρές και αλλεπάλληλες συνέπειες της κοινωνικής και της οικονομικής κρίσης στην καθημερινή τους ζωή, τους οδηγεί μαζικά στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών κάθε είδους, ως μέσον διαφυγής, ανακούφισης και χαλάρωσης από μία δύσκολη και δύστροπη προσωπική και συνεπακόλουθα κοινωνική πραγματικότητα. (Ε.Κ.Π.Ν.Τ., 2010).

Οι διάφορες ψυχοτρόπες ουσίες φυσικής και χημικής προέλευσης, νόμιμες και παράνομες, δεν πρέπει να εξετάζονται και να προσδιορίζονται ως απλά καταναλωτικά αγαθά, που έχουν ως σκοπό την άμεση εξασφάλιση της έστω και πρόσκαιρης πρόσβασης του ανθρώπου στη μέθη και την ηδονή, αλλά ο συγκεκριμένος κοινωνικός και πολιτιστικός ρόλος που έχουν αποκτήσει, τους προσδίδει και μία πολύ σημαντική και οικονομική διάσταση. Τα μετατρέπει σε πανάκριβα εμπορεύματα, νόμιμα και παράνομα, που διακινούνται με βάση τους νόμους της ελεύθερης αγοράς και της κοινωνικής απελευθέρωσης. (Μάτσα Κ., 2001, 51).

1.2.1 Ιστορική εξέλιξη της τοξικοεξάρτησης

Η τοξικοεξάρτηση, προσδιορίζεται ως φαινόμενο ιστορικό και συνάμα κοινωνικό. Δεν μπορεί να περιοριστεί στο στενό πλαίσιο μιας ιστορικής ψυχοπαθολογίας. Η εξέλιξή της μέσα στο χρόνο, της δίνει τα χαρακτηριστικά της εποχής, ανάγοντας τη σε μία κοινωνική πράξη απ' όλα συμπεριφορά, έκφραση μιας κοινωνικής κατά βάση παθολογίας.

Η Ευρώπη του 19^{ου} αιώνα, υπέστη βαθιές οικονομικές και ταυτοχρόνως κοινωνικές αλλαγές. Αφορά την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης, της δημιουργίας του προλεταριάτου, της ανάπτυξης της επιστήμης. Όλα αυτά, δημιουργούν βαθιές ανατροπές στους όρους ζωής των ανθρώπων. Πολλά στοιχεία από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα, το προλεταριάτο, τις διπλά καταπιεσμένες στο σπίτι και στη δουλειά γυναίκες, αναζητούσαν την προσωρινή έστω ανακούφιση από τους απάνθρωπους όρους εξαντλητικής εργασίας, φτώχειας και δυστυχίας,

καταφεύγοντας στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, τα παράγωγα των οποίων χορηγούνταν ελεύθερα από τα φαρμακεία. Το λάβδανο, για παράδειγμα, ήταν το φάρμακο που χορηγούνταν στα παιδιά και σταματούσε τη διάρροια, τα ηρεμούσε και τα έκανε να μην κλαίνε τις ώρες που οι γονείς τους δούλευαν στα εργοστάσια. (Μάτσα Κ., 2001, 53).

Η πορεία της χρήσης ουσιών στους μοντέρνους καιρούς, σηματοδεύτηκε από δύο γεγονότα μεγάλης ιστορικής σημασίας, τους μεγάλους πολέμους και την πρόοδο της ιατρικής. Η ανακάλυψη της σύριγγας από τον Pravaz το 1850, έκανε δυνατή την υποδόρια ένεση της μορφίνης. Ο πόλεμος του 1870 δημιούργησε τους όρους για τη χρησιμοποίηση της μορφίνης σε ευρεία κλίμακα για την ανακούφιση των τραυματιών του πολέμου. Με την ανακάλυψη της μορφίνης, αλλάζει και η σχέση του ανθρώπου με τον πόνο, το σωματικό αρχικά και τον ψυχικό στη συνέχεια. Την θέση της αναλαμβάνει, μέσα από την ένεση της μορφίνης, να καταργήσει το σωματικό πόνο και να ανακουφίσει το σώμα. Έτσι, καταγράφει μία τεράστια επιτυχία. Την ίδια στιγμή όμως, συμβάλλει και αυτή, μέσα από την πρόοδό της, στην εγκατάσταση του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης. Στη βάση της ίδιας λογικής τα ψυχοφάρμακα που ανακαλύπτονται μετά από έναν αιώνα, έρχονται να διαμεσολαβήσουν στη σχέση του ατόμου με τον ψυχικό πόνο, στο όνομα της δυνατότητας που σου δίνουν να γεμίσεις με ένα χάπι τα κενά σου και να απαλλαγείς από τα βάσανα, συμβάλλοντας φυσικά και αυτά με τη σειρά τους στην ανάπτυξη του σημερινού κύματος της τοξικοεξάρτησης. (Μάτσα Κ., 2001, 54).

Τα ναρκωτικά συνδέθηκαν, επίσης, και με την καλλιτεχνική δημιουργία. Η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης τους έδωσε ξεχωριστή θέση. Οι πρώτες δεκαετίες του 19ου αιώνα, προσφέρονταν για καινούριες εμπειρίες στα όρια του ποιητικού και του ιατρικού. Εκείνη την εποχή, αρχίζουν να δημιουργούνται και τα μεγάλα κύματα των τοξικοεξαρτημένων, με τη μορφίνη πρώτα ανάμεσά τους. Μετά τη μορφίνη ήρθε η σειρά της κοκαΐνης, που απομονώθηκε από τα φύλλα της κόκας στη δεκαετία του 1980 και χρησιμοποιήθηκε αρχικά ως φάρμακο κατά της τοξικοεξάρτησης. Το επόμενο φάρμακο κατά της μορφινομανίας ήταν η ηρωίνη που ανακαλύφθηκε το 1898. (Κέντρο Ψυχολογικών μελετών, 2011).

Τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνταν ευρύτατα τόσο από πλούσιους, όσο και από φτωχούς. Στις συνοικίες των Κινέζων, των μαύρων και των μεταναστών οι καπνιστές του οπίου, στις αρχές του αιώνα, ξεπερνούσαν το μισό εκατομμύριο. Φαίνεται λοιπόν, ότι σε κάθε περίοδο κοινωνικής κρίσης εμφανίζεται ένα κύμα τοξικοεξάρτησης. Το πρώτο μεγάλο κύμα μορφινομανίας τοποθετείται γύρω στα 1875 - 1900 και το δεύτερο κατά τη διάρκεια του Πρώτου Παγκόσμιου πολέμου. (Μάτσα Κ., 2001, 55).

Στη συνέχεια, η μορφινομανία έγινε κοκαΐνομανία και μετά ηρωινομανία. Ακολούθησε η μεθαδόνη, η ναλαξόνη, η ναλτρεξόνη και έπεται συνέχεια. Ο εικοστός αιώνας σηματοδοτεί την επιβολή ενός νομικού καθεστώτος απαγόρευσης των ναρκωτικών ουσιών. Σηματοδοτεί επίσης την εξάπλωση της τοξικοεξάρτησης και στις χώρες- παραγωγούς των ναρκωτικών. Καταδικασμένες από τους ιμπεριαλιστές στη φτώχεια και την υπανάπτυξη, αυτές οι χώρες υποχρεώνονται να στηρίζουν το εθνικό τους εισόδημα και συχνά ολόκληρη την οικονομία τους στα ναρκωτικά. Το μεγάλο άλμα στην παραγωγή και διακίνηση των ναρκωτικών έγινε τη δεκαετία του 1980 με την όξυνση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Όταν έπεσαν οι τιμές των πρώτων υλών, οι αγροτικές οικονομίες των χωρών της Λατινικής Αμερικής αλλά και

των χωρών της Ασίας, μετατράπηκαν σε ναρκοοικονομίες. Τότε, αυξήθηκε τρομερά η προσφορά ναρκωτικών ουσιών, στις ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες. (Μάτσα Κ., 2001, 56, 57).

Στην σύγχρονη εποχή, τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται ως μέσον αποκατάστασης μιας καινούριας γεωπολιτικής και οικονομικής ισορροπίας, ανάμεσα στις χώρες παραγωγούς του Τρίτου Κόσμου και τις ιμπεριαλιστικές μητροπόλεις. Ολόκληρες οικονομίες στηρίζονται σε παράνομες, υπόγειες οικονομικές συναλλαγές, που ελέγχονται σε μεγάλο βαθμό από τη μαφία και τις παρακρατικές οργανώσεις, εξυπηρετώντας μεγάλα οικονομικά και πολιτικά συμφέροντα. (Μάτσα Κ., 2001, 59, 60). Την ίδια στιγμή, όσο μεγαλώνει η ανεργία, η φτώχεια, η εξαθλίωση στις ιμπεριαλιστικές μητροπόλεις, τόσο μαζικότερα διεισδύουν τα ναρκωτικά στα πιο εξαθλιωμένα κοινωνικά στρώματα που τα καταναλώνουν ή και τα διακινούν στο πλαίσιο μιας εκ των προτέρων αποτυχημένης στρατηγικής επιβίωσης. Όμως η εξάρτηση από ουσίες, είναι κατά βάση ένα κοινωνικό φαινόμενο με τη δική του δυναμική. Οι όροι ζωής του σημερινού ανθρώπου διαμορφώνουν το πλαίσιο της συστηματικής ιατροκοποίησης του ψυχικού πόνου και τελικά ολόκληρης της ύπαρξης. Κάνουν πιο εύκολη την καταφυγή στην ουσία, τα χάπια, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά. Μετατρέπουν τη χρήση, σε κοινωνική συμπεριφορά. Της δίνουν το χαρακτήρα στερεότυπου, που επιδιώκει μέσα από κάποια ουσία την εξασφάλιση της ατομικής ηρεμίας, έστω και μέσα σε συνθήκες ακραία κοινωνικής έντασης και δυστυχίας.

1.3 Είδη εξαρτησιογόνων ουσιών

Ο όρος ναρκωτικά ακούγεται συχνά και χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό από το ευρύ κοινό. Έχει συνδεθεί μάλιστα με ουσίες που προκαλούν σοβαρές διαταραχές στον οργανισμό, τις οποίες χρησιμοποιεί μια μερίδα ανθρώπων ως διαφυγή από την πραγματικότητα. Παρόλο που δεν είναι τελείως λανθασμένη αυτή η αντίληψη, υπάρχουν αρκετές κατηγορίες ναρκωτικών ουσιών και χιλιάδες είδη υπάγονται σε κάθε μια από αυτές. (Παπαναστασίου, Σπυρόγλου, & Γιάτρας, 1980). Σε αυτό το κεφάλαιο λόγω της μεγάλης έκτασης αυτών θα γίνει μια σύντομη αναφορά και περιγραφή των κυριότερων κατηγοριών και των, επιμέρους αυτών ειδών εξαρτησιογόνων ουσιών.

▼ *Οπιοειδείς ουσίες*

Το όπιο είναι χυμός που παίρνουμε από το χάραγμα της χλωρής κάψουλας ενός συγκεκριμένου τύπου παπαρούνας (Λιάππας Γ., 1997, 91).

Οι οπιούχες ουσίες επιδρούν αναλυτικά στο νευρικό σύστημα. Επιβραδύνουν τους χτύπους της καρδιάς και τον ρυθμό της αναπνοής, δημιουργούν μια αίσθηση εφορίας και απουσίας πόνου. (Τσίλη, 1996). Προκαλούν υπνηλία και σε περιπτώσεις υπερβολικής δόσης, μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε κόμμα και σε θάνατο (Ροκ Μ., 1995, 41).

Εικόνα 2.



Η συστηματική χρήση των οπιοειδών έχει συμπτώματα παρόμοια με της ηρωίνης η οποία περιγράφεται παρακάτω. Τα βασικά χαρακτηριστικά του οποίου είναι η μορφίνη, κωδεΐνη, παπαβερίνη και θηβαΐνη. (Gossop M., & Grant M., 2003).

1. Η *μορφίνη* έχει τη δυνατότητα να καταστέλλει τη λειτουργία αρκετών περιοχών του εγκεφάλου. Ανάλογα με τη δόση που θα ληφθεί, αρχικά επηρεάζονται οι ανώτερες πνευματικές λειτουργίες που είναι υπεύθυνες για τον αυτοέλεγχο του ατόμου. Αυτό έχει σαν συνέπεια το ευφορικό συναίσθημα και την ελαφρά άρση των αναστολών. Σε μεγαλύτερες δόσεις, προκαλεί επιβράδυνση της σκέψης και άμβλυνση του συναισθήματος. Οι περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν την αίσθηση του πόνου και την αναπνευστική λειτουργία, είναι ιδιαίτερα κατεσταλμένες. Σε πολύ μεγάλες δόσεις παρατηρείται διέγερση και σπασμοί. Σε αυτήν την περίπτωση συχνή είναι η κωματώδης κατάσταση του ατόμου και ο θάνατος λόγω γενικευμένης εγκεφαλικής καταστολής.

2. Η *Κωδεΐνη* (codeine) είναι ένα οπιοειδές αναλγητικό, το οποίο ασκεί αγωνιστική επίδραση σε συγκεκριμένους, υποδοχείς οπιοειδών στο ΚΝΣ και σε άλλους ιστούς. Στα αποτελέσματα της δράσης της κωδεΐνης συμπεριλαμβάνονται η αναλγησία, η δυσκοιλιότητα από μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα, η καταστολή του αντανακλαστικού του βήχα, η αναπνευστική καταστολή από μειωμένη ανταπόκριση του αναπνευστικού κέντρου στο CO₂, η ναυτία και ο έμετος μέσω διέγερσης της CTZ, οι αλλαγές στη διάθεση, συμπεριλαμβανομένων ευφορία και δυσφορία, καταστολή, νοητική θόλωση, μύση και αλλοίωση της δράσης του ενδοκρινικού και του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

3. Η *Παπαβερίνη* είναι αλκαλοειδής ουσία η οποία περιέχεται στο όπιο. Σε εξαιρετικά μικρές ποσότητες δεν έχει επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως τα οπιοειδή της ομάδας της μορφίνης. Διαθέτει έντονη σπασμολυτική και αγγειοδιασταλτική δραστηριότητα και ενδείκνυται για τους σπασμούς της χολής, των νεφρών, του εντερικού συστήματος και των αρτηριών. Προκαλεί διαστολή των αγγείων, αυξάνοντας τη ροή του αίματος και συνίσταται σε προβλήματα της κυκλοφορίας του αίματος. Επιπλέον, έχει μυοχαλαρωτική δράση, χαλαρώνοντας τους λείους μυς.

4. Η ηρωίνη είναι παράγωγο του οπίου και ιδίως της μορφίνης. Γνωστή για την ενδοφλέβια χρήση της μεταφέρεται μέσω του αίματος στον εγκέφαλο πολύ γρηγορότερα από την μορφίνη, χαρίζοντας στον χρήστη αίσθηση ζεστασιάς και ευφορίας. Μπορεί να λειτουργήσει σαν ηρεμιστικό και διεγερτικό μαζί. Είναι ιδιαίτερα εθιστική και εξαρτησιογόνος ουσία, όπου προκαλεί τόσο σωματική όσο και ψυχολογική εξάρτηση.

5. Η Πεθιδίνη ή μεπεριδίνη είναι συνθετικό οπιοειδές, το οποίο χρησιμοποιείται ως αναλγητικό στον μέτριο και έντονο πόνο. Ήταν το πρώτο συνθετικό οπιοειδές που παρασκευάστηκε, το 1932 από το χημικό Όττο Άισλιμπ. Οι αναλγητικές του ιδιότητες ανακαλύφθηκαν από το Όττο Στσάουμαν, ο οποίος δούλευε για την IG Farben. Η μεπεριδίνη μπορεί να χορηγηθεί είτε μέσω του στόματος είτε πιο συχνά ενδομυϊκά. Η δράση της διαρκεί 2 - 4 ώρες και γι' αυτό τον λόγο χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση του πόνου του τοκετού και έχει χρησιμοποιηθεί ως υποκατάστατο της μορφίνης και της ηρωίνης στους εθισμένους. Η μεπεριδίνη επίσης μπορεί να καταστείλει την αναπνοή. Όταν χορηγείται ενδοφλέβια, η μεπεριδίνη προκαλεί διαστολή των αγγείων στην περιφέρεια και στον εγκέφαλο, αύξηση της αιματικής ροής, αύξηση του ENY και μπορεί επίσης να αυξήσει την καρδιακή συχνότητα. Όμως, όταν χορηγείται από το στόμα δεν επιδρά στο καρδιαγγειακό σύστημα. Μεγάλες δόσεις προκαλούν άγχος, τρόμο και μυϊκές συσπάσεις, διαστέλλει την κόρη του ματιού και αυξάνει τα αντανεκλαστικά. Προκαλεί εθισμό, αν και είναι λιγότερο εθιστική από τη μορφίνη

6. Η μεθαδόνη προκαλεί έξη μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα συνεχούς λήψης και τα συμπτώματα του στρεπτικού της συνδρόμου είναι ίδια, αλλά ηπιότερα από αυτά της μορφίνης και της ηρωίνης (Λιάππας Γ., 1997, 96, 97).

▼ Σκευάσματα σκόνης

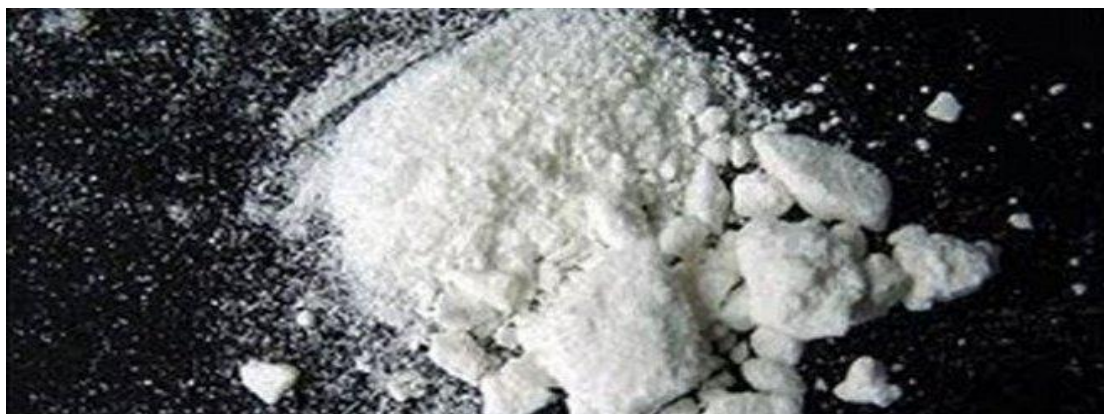
1. Η κοκαΐνη είναι φυσική αλκαλοειδή ουσία που περιέχεται στα φύλλα του φυτού κόκα. Έχει την ιδιότητα να διεγείρει τους υποδοχείς της ντοπαμίνης του εγκεφάλου προκαλώντας ζωντάνια και εγρήγορση, αφήνοντας την διαδικασία της σκέψης διαυγή. Οι επιπτώσεις στον οργανισμό βραχυπρόθεσμα αφορούν στην μείωση του άγχους, την ευφορία, καταστολή της πείνας και απομάκρυνση της αίσθησης της κούρασης. Αντιθέτως, μακροπρόθεσμα προκαλεί σωματική αδυναμία, αίσθημα κόπωσης, απώλεια βάρους και πρόωρη γήρανση.

2. Το κراك είναι παράγωγο της κοκαΐνης.

3. Οι αμφεταμίνες είναι ισχυρό διεγερτικό, σε μορφή σκόνης, κρυστάλλων, χαπιών ή και σκευάματος ενδοφλέβιας χρήσης. Οι αμφεταμίνες δρουν διεγερτικά στο νευρικό σύστημα. Προσδίδουν ενεργητικότητα και κάνουν τον χρήστη να μιλάει πολύ γρήγορα. Η πρόσκαιρη χρήση μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικό ανέβασμα αλλά η καθημερινή του χρήση είναι εξουθενωτική και οδηγεί σε οργανική κατάρπτωση.

4. Τα βαρβιτουρικά είναι υπνοκαταπραυντικά σκευάσματα σε μορφή σκόνης. Αρχικά χρησιμοποιούνταν σαν υπνωτικά. Οι επιδράσεις τους δεν είναι καθόλου ευχάριστες. Ο χρήστης μπαίνει σε κατάσταση λήθης, σύγχυσης και σκότους. Τα βαρβιτουρικά είναι εξαρτησιογόνες ουσίες με σοβαρά συμπτώματα στέρησης (Ροκ Μ., 1995, 68).

Εικόνα 3.



✓ *Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης*

Η κάνναβη είναι μίγμα 20 περίπου καννοβιοειδών ουσιών που περιέχονται σε όλα τα μέρη του φυτού, αλλά κυρίως συγκεντρώνονται στις κορυφές των κλαδιών και στα σημεία ανθοφορίας. Η πιο γνωστή τους ονομασία είναι αυτή της μαριχουάνας ή του χασίς (Λιάππας Γ., 1997, 160).

Η είσοδος του στον ανθρώπινο οργανισμό, προκαλεί χαλάρωση και διευρύνει τα επίπεδα της σκέψης. Επίσης εμπλουτίζει τους μουσικούς ήχους και προτρέπει τη συζήτηση για θέματα σχετικά με το νόημα της ζωής. Κατά τη διάρκεια της επίρρειας της, ο ειρμός σκέψης μπορεί να ξεχασθεί αλλά όταν φύγει η επίδραση της η ικανότητα της μνήμης επανέρχεται. Επίσης μπορεί να προκαλέσει σκέψεις παράνοιας σε μερικούς ή και να εμπνεύσει κάποιους άλλους (Ροκ Μ., 1995, 42, 43).

Εικόνα 4.



✓ *Ηρεμιστικά*

Είναι γνωστά σε όλους και η χορήγηση τους γίνεται με ιατρική συνταγή. Τα ηρεμιστικά περιέχουν βενζοδιαζεπίνες και παράγονται από τις φαρμακοβιομηχανίες για ιατρική χρήση. Η ύπαρξη τους στον οργανισμό προκαλεί αίσθημα ηρεμίας και έχουν την ιδιότητα να καταπολεμούν το άγχος και την αϋπνία. Τα ηρεμιστικά

μετατρέπονται σε εξαρτησιογόνες ουσίες μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα λήψης (Ροκ Μ., 1995, 55- 60).

▼ Αντικαταθλιπτικά

Είναι χημικές ουσίες που κατασκευάζονται από τις φαρμακευτικές εταιρίες. Επιδρούν στην σεροτονίνη του εγκεφάλου η οποία είναι υπεύθυνη για τη διάθεση και την συμπεριφορά. Στόχος τους είναι να ανεβάσουν τη διάθεση. Το αποτέλεσμα είναι η απώλεια εκνευρισμού και αρνητικής διάθεσης. Τα σύγχρονα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα, δεν προκαλούν εξάρτηση (Ροκ Μ., 1995, 59, 60).

Εικόνα 5.



▼ Ψευδοαισθησιογόνες ουσίες ή Ψυχεδελικές

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

1. *Μαγικάμανιτάρια*. Οι μικρές ποσότητεςμανιταριών, προκαλούν αίσθημα ευτυχίας, αστείας διάθεσης, έκρηξης γέλιου, και γενικά ευφορίας που διαρκεί μερικές ώρες. Η κανονική δόση προκαλεί πληθώρα χρωμάτων γύρω από τον χρήστη που παραμένει όταν ο χρήστης κλείσει τα μάτια.

2. *LSD*. Όπως όλες οι ψυχεδελικές ουσίες έτσι και αυτή προκαλεί την αίσθηση πλημμύρας χρωμάτων που επιπλέουν στην ατμόσφαιρα.

3. *Η Μεσκαλίνη* είναι ψευδαισθησιογόνο αλκαλοειδές, λαμβανόμενο από τον κάκτο *Lophophora williamsii* (Cactaceae). Η από του στόματος λήψη 100 - 400mg μεσκαλίνη προκαλεί ευφορία, μεταβολές στην αντίληψη του χρόνου και λαμπερές έγχρωμες ψευδαισθήσεις. Η μεσκαλίνη έχει χρησιμοποιηθεί για την πρόκληση προτύπων ψυχώσεων κατά τη μελέτη της αιτιολογίας των νοητικών παθήσεων.

4. Το *DMT* είναι συνθετικό ναρκωτικό. Βρίσκεται σε σκόνη ή σε υγρή κατάσταση, λαμβάνεται με εισπνοή ή με κάπνισμα της σκόνης μαζί με καπνό ή με ενέσεις.

5. Η έκσταση είναι συνθετικό χημικό παρασκεύασμα που ονομάζεται *MDMA*. Στον οργανισμό επιδρά δημιουργώντας ένα αίσθημα αγάπης για τους γύρω ανθρώπους. Επιπλέον αυξάνει την ένταση της αφής και ως αποτέλεσμα αυτού, εμπλουτίζεται η ερωτική εμπειρία και αυξάνονται οι ρυθμοί της καρδιάς. Τέλος η όραση αρχίζει να ταλαντεύεται και οι χρήστες αναπτύσσουν το χάρισμα της πειστικής ομιλίας.

6. *MDA* είναι η ονομασία που χρησιμοποιείται για τη μεθιλενοδιοσιμεταμφεταμίνη. Κυκλοφορεί συνήθως σε μορφή χρωματιστών χαπιών με διάφορα σχέδια, όπως καρδιές, αστέρια, κ.α. Έχει τα αποτελέσματα τόσο των παραισθησιογόνων όσο και των αμφεταμινών. Το χρώμα και η μορφή των δόσεων δεν εγγυώνται την ποιότητα και έτσι κανείς δεν μπορεί να γνωρίζει τι χρησιμοποιεί. Η επίδρασή του αρχίζει 30 λεπτά μετά την κατάποση, φτάνει στο απόγειο σε 1 ½ ώρα περίπου και διαρκεί γύρω στις 3 ώρες. Η πίεση ανεβαίνει όπως και ο ρυθμός της καρδιάς και η θερμοκρασία του σώματος. Έχουν σημειωθεί περιστατικά αιφνίδιων θανάτων από υπερθερμία. Παρουσιάζονται συμπτώματα ασφυξίας, όπως μείωση της εφίδρωσης, κράμπες στα πόδια και στα χέρια, ζαλάδες και εμετός. Ψυχολογική σύγχυση, κατάθλιψη, αϋπνία, έντονο άγχος και ψυχωσικά συμπτώματα (ακόμα και για εβδομάδες μετά τη χρήση). Η μακροχρόνια χρήση καταστρέφει περιοχές του εγκεφάλου σημαντικές για τη μνήμη και τη σκέψη.

7. Το *GHB* κυκλοφορεί συνήθως σε μορφή σκόνης ή διαλυμένο σε κάποιο υγρό. Στην υγρή μορφή του ο χρήστης δε μπορεί να γνωρίζει την περιεκτικότητα του *GHB* στο υγρό. Η δράση του ξεκινά 10 με 20 λεπτά μετά τη χρήση του και διαρκεί ως και 4 ώρες, ανάλογα με τη δόση. Το *GHB* επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και δημιουργεί ευφορικά και καταπραυντικά συναισθήματα. Επίσης, συχνά αναφέρεται η χρήση του και ως αναβολικό, που βοηθά στις καύσεις του λίπους και την ενίσχυση των μυών. Έχει συνδυασθεί με σεξουαλικές επιθέσεις, τα λεγόμενα "date-rapes", όπου τα θύματα δεν μπορούν να θυμηθούν τα γεγονότα που συνέβησαν όσο ήταν κάτω από την επήρειά του. Σε χαμηλές δόσεις, το *GHB* φέρνει χαλάρωση και διώχνει το άγχος. Με τη συνεχή και αυξανόμενη χρήση του μειώνονται οι ρυθμοί της καρδιάς και της αναπνοής σε επικίνδυνα επίπεδα που μπορεί να προκαλέσουν και το θάνατο. Προκαλεί έντονη ζαλάδα, υπνηλία, τάση προς εμετό, σύγχυση και μειωμένη αίσθηση των αντανακλαστικών. Το *GHB* γρήγορα αποβάλλεται από τον οργανισμό και συχνά είναι δύσκολο να διαγνωσθεί η χρήση του (Λιάππας Γ., 1997).

8. *Αναβολικά στεροειδή*. Τα αναβολικά ενισχύουν την αύξηση του όγκου των μυών, ενώ τα στεροειδή παράγουν τις δικές τους τεστοστερόνες που δρουν στο σώμα για να διατηρήσουν τα αντρικά χαρακτηριστικά (Ροκ Μ., 1995, 122- 220).

9. Ο καπνός προέρχεται από τα αποξηραμένα φύλλα του φυτού *nicotiana tabacum*, το οποίο φύτευται σε πολλά μέρη του κόσμου και στην Ελλάδα. Τα φύλλα του καπνού περιέχουν μια σειρά από ουσίες από τις οποίες η σπουδαιότερη είναι η νικοτίνη. Η καθαρή νικοτίνη είναι ισχυρό δηλητήριο (60 χιλιοστά του γραμμαρίου είναι δόση θανατηφόρα για τον άνθρωπο). Συνήθως ο καπνός βρίσκεται σε μορφή τσιγάρου και πούρου, αλλά κυκλοφορεί και στη φυσική του μορφή για πίπα ή για στρίψιμο τσιγάρου στο χέρι. Υπάρχει επίσης και καπνός για μάσηση. Ο καπνός περιέχει πάνω από 1200 διαφορετικές χημικές ουσίες, 5% των οποίων είναι το μονοξειδίο του άνθρακα. Περιέχει επίσης πίσσα και νικοτίνη. Όλο το μονοξειδίο του άνθρακα, το

90% της νικοτίνης και το 70% της πίσσας κατακρατείται από τους πνεύμονες όταν καταπίνεται ο καπνός. Η νικοτίνη είναι μία πολύ δηλητηριώδης ουσία, που επιδρά στην καρδιά, στα αιμοφόρα αγγεία, στο στομάχι, στα νεφρά και στο ΚΝΣ (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα). Η νικοτίνη προκαλεί αίσθημα χαλάρωσης, βοηθάει το χρήστη να αντιμετωπίσει αγχογόνες καταστάσεις και ανιαρές εργασίες. Ο ρυθμός της καρδιάς και η πίεση αυξάνονται, ενώ η όρεξη μειώνεται. Αυτοί που δοκιμάζουν για πρώτη φορά να καπνίσουν μπορεί να παρουσιάσουν ναυτία και εμετούς.

10. Η καφεΐνη είναι ένα πικρό, λευκό κρυσταλλικό αλκαλοειδές της ξανθίνης το οποίο είναι ένα ψυχοενεργό διεγερτικό ναρκωτικό. Η καφεΐνη ανακαλύφθηκε από το Γερμανό χημικό Φρίντριχ Φέρντιντ Ρούνγκε το 1819. Αυτός επινόησε τον όρο kaffein, μιας χημικής ένωσης του καφέ, η οποία έγινε στην ελληνική γλώσσα έγινε καφεΐνη. Στον άνθρωπο η καφεΐνη δρα ως διεγερτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), έχοντας ως αποτέλεσμα την προσωρινή αποτροπή της υπνηλίας και την αποκατάσταση της εγρήγορσης. Ποτά που περιέχουν καφεΐνη, όπως ο καφές, το τσάι, ορισμένα αναψυκτικά και ενεργειακά ποτά είναι πολύ δημοφιλή. Η καφεΐνη είναι η πιο ευρείας καταναλώσεως ψυχοδραστική ουσία στον κόσμο, αλλά, σε αντίθεση με πολλές άλλες ψυχοδραστικές ουσίες, η χρήση της είναι νόμιμη και μη ρυθμιζόμενη σε σχεδόν όλες τις χώρες.

Εικόνα 5.



11. Το κατ (*khat*) αναφέρεται στα νεαρά, τρυφερά φύλλα και βλαστούς του θάμνου κατ (*Catha edulis*). Το κατ κυκλοφορεί με πολλές ονομασίες, όπως qat (Υεμένη), jad ή chad (Αιθιοπία, Σομαλία), miraa (Κένυα) ή marungi (Ουγκάντα, Ρουάντα). Εντός περίπου μιας ώρας, ο χρήστης νιώθει σωματική διέγερση και ευφορία. Έπεται μια πιο ήρεμη, εσωστρεφής φάση, η οποία σταδιακά παραχωρεί τη θέση της σε μια κατάσταση αδιαθεσίας που ενδέχεται να συνοδεύεται από ανησυχία, ευερεθιστότητα και μελαγχολία (Λιάππας Γ., 1997).

1.4 Παράγοντες τοξικοεξάρτησης

Υπάρχουν πολλές απόψεις για το τι μπορεί τελικά να οδηγήσει ένα άτομο στην χρήση τοξικών ουσιών. Οι διάφοροι μελετητές συχνά διαφωνούν μεταξύ τους έντονα για τις αιτίες και ανάλογα με την σχολή που εκπροσωπούν, αποδίδουν το γεγονός σε γενετικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Τελικά ο δρόμος που οδηγεί στην χρήση ουσιών, φαίνεται να είναι μια μακρόχρονη δυναμική διαδικασία αρκετά εξατομικευμένη για τον κάθε χρήστη. (Γεωργούλας, 1999).

Θέλοντας να δώσουμε μια πιο σαφή εικόνα των παραγόντων που οδηγούν στην χρήση τοξικών ουσιών, τους διακρίνουμε σε δυο μεγάλες κατηγορίες που μέσα τους συμπεριλαμβάνονται άλλα χαρακτηριστικά. (Ζαφειρίδης, 1989). Έτσι, αναφέρουμε τους ατομικούς παράγοντες όπου τους διακρίνουμε στους γενετικούς και μαθησιακούς και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες όπου τους διακρίνουμε στην οικογένεια, την προσωπικότητα, το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, τις κοινωνικό-πολιτισμικές επιδράσεις και την υπόθεση της αυτοθεραπείας.

1. Ατομικοί παράγοντες.

α) Οι *γενετικοί παράγοντες* αφορούν στην κληρονομικότητα που φαίνεται να υπάρχει μεταξύ γονέων χρηστών και παιδιών. Δεν έχει, ακόμη, καμία έρευνα επιβεβαιώσει αυτήν την υπόθεση αν και οι περισσότεροι ερευνητές ασχολήθηκαν με τη συσχέτιση του αλκοόλ και της κληρονομικότητας και όχι με άλλες ουσίες (Λιάππας Ι., 1997, 25).

β) Οι *μαθησιακοί παράγοντες* αφορούν στην ουσία τον τρόπο ζωής που διδάχτηκαν τα άτομα, καθώς και τα πρότυπα τα οποία είχαν. Υπάρχουν μάλιστα ερευνητές που υποστηρίζουν πως «το γονικό παράδειγμα είναι γενικώς πιο δυνατό από τα γονίδια που έλαβαν τα άτομα χρήστες» (Λιάππας Ι., 1997, 29). Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι μαθησιακοί παράγοντες δίνουν έμφαση στην διατήρηση και ενίσχυση της συμπεριφοράς παρά στη γέννηση της.

2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.

α) Η *οικογένεια*. Πρωτίστως αναφερόμαστε στην οικογένεια γιατί φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην ουσιοεξάρτηση. Η λάθος διαπαιδαγώγηση είναι πιθανόν να οδηγήσει σε αντικοινωνική συμπεριφορά και αυτή με την σειρά της στην έναρξη χρήσης τοξικών ουσιών. Συχνό φαινόμενο στις οικογένειες των χρηστών είναι ότι οι γονείς πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο ή είναι εξαρτημένοι από ψυχοτρόπες ουσίες. Οι μελλοντικές συμπεριφορές των παιδιών τους φαίνεται να επηρεάζονται και να διαμορφώνονται από συμπεριφορές και απόψεις των γονέων τους. Παρόλα αυτά, επιστημονικά είναι δύσκολο να αποδειχτεί πια είναι επακριβής σχέση οικογένειας και χρήσης και πως αυτοί οι δυο παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (Λιάππας Ι., 1997, 26, 27).

β) Η *προσωπικότητα*. Προβλήματα συναισθηματικού τύπου που προέρχονται από την ιδιοσυστασία ενός ατόμου και συνεπώς συνδέονται με γενετικούς παράγοντες και επιδράσεις που δέχτηκε το άτομο κατά την παιδική του ηλικία, φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη τοξικών ουσιών στη ζωή του χρήστη. Είναι αρκετά διαδεδομένη η αντικοινωνική συμπεριφορά χρηστών αλλά η σύνδεση της

αντικοινωνικής συμπεριφοράς με τη χρήση τοξικών ουσιών δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί. Επιπλέον, στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές αναφορές που υποστηρίζουν πως ψυχοπαθολογικές διαταραχές των χρηστών, η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, η κακή σχολική επίδοση, το χαμηλό επίπεδο εκπαιδευτικής φιλοδοξίας, η παραπτωματική συμπεριφορά παίζουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη της χρήσης ουσιών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών έχουν κοινά στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα τους και κατ' επέκταση τη συμπεριφορά τους. Άγχος, κατάθλιψη, ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση, έλλειψη τάσης για συμμόρφωση, συναισθηματική αστάθεια, υποχονδρίαση, αμυντικότητα, επιθετικότητα, δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων και δυσκολία ανοχής της ματαίωσης είναι μερικά από αυτά, τα οποία όμως δε θα πρέπει να θεωρούνται αιτιολογικοί παράγοντες για την έναρξη της ουσιοεξάρτησης (Λιάππας Ι., 1997, 27- 30).

γ) *Ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.* Είναι ίσως ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας. Επιδράσεις που προέρχονται από τους φίλους είναι αρκετά ισχυρές ώστε να πείσουν τον χρήστη να έρθει σε επαφή με τις διάφορες ουσίες. Οι επιδράσεις αυτές είναι εντονότερες στην προεφηβική ηλικία, όπου αποδυναμώνεται σημαντικά η οικογενειακή επιρροή και ξεκινά η προσκόλληση και η εμπιστοσύνη στους φίλους. Σύμμαχος για να ωριμάσει μια τέτοια κατάσταση είναι όταν το άτομο αντιμετωπίζει ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα όπως επαγγελματική αποτυχία, ερωτική απογοήτευση, οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα και θάνατο αγαπημένων προσώπων (Καράμπελας Λ., 1998, 227).

δ) *Κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις.* «Οι θέσεις και οι τοποθετήσεις που κάθε άτομο διαμορφώνει ως μέλος ενός κοινωνικού συνόλου, καθώς και οι κανόνες και οι συνήθειες που θεσπίζονται και υιοθετούνται από το σύνολο, φαίνεται ότι έχουν ικανή διαμορφωτική επίδραση ως προς την τελική έκφραση της συμπεριφοράς των μελών του συνόλου. Επίσης, τα εκάστοτε επικρατούντα πολιτισμικά δεδομένα, είναι καθοριστικά για τις απόψεις και τις συμπεριφορές κάθε κοινωνικής ομάδας» (Λιάππας Ι., 1997, 31).

ε) *Η υπόθεση της αυτοθεραπείας.* Αρκετές μελέτες που έγιναν μέχρι σήμερα υποστηρίζουν πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αιτιολογίας και πρόγνωσης διαφόρων ψυχικών διαταραχών όπως συναισθηματικές, δυσκολίες προσοχής, διαταραχές τύπου υπερδραστηριότητας, αντικοινωνική συμπεριφορά, αγχώδης διαταραχές, δισθυμικού τύπου καταστάσεις, φοβικά σύνδρομα, σχιζοφρενικά συμπτώματα και αυτοκτονικός ιδεασμός. Υποστηρίζεται επίσης πως οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές προμηνύουν τη δημιουργία προδιάθεσης για την κατάχρηση ουσιών. Οι χρήστες οπιοειδών έχουν συχνά τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και παράνοιας. Οι χρήστες δεν φαίνεται να επιλέγουν τυχαία την ουσία, αλλά με βάση την επίδραση της στα εκάστοτε ψυχολογικά ή σωματικά προβλήματα (Λιάππας Ι., 1997, 32, 33).

1.5 Μορφές εξάρτησης

Η εξάρτηση του ατόμου από ψυχοτρόπους ουσίες, ανάγεται στη δημιουργία μιας νέας ανάγκης που καθιστά αυτή την ουσία απολύτως απαραίτητη για το άτομο, το οποίο δεν μπορεί πλέον να ζήσει χωρίς αυτήν. (Σκιαδόπουλος, 1981). Όσο πιο επιτακτική γίνεται αυτή η ανάγκη, τόσο φθίνουν όλες οι άλλες ανάγκες, χάνονται τα ενδιαφέροντα του ατόμου και εγκαταλείπονται οι προηγούμενες ασχολίες και σχέσεις του (Μάτσα Κ., 2001, 69).

Το 1974 ο Π.Ο.Υ. προσδιορίζει την ψυχική και τη σωματική εξάρτηση, ως ουσιαστικά χαρακτηριστικά της τοξικοεξάρτησης. Τα παραπάνω δυο χαρακτηριστικά, αποτελούν και τις κύριες μορφές εξάρτησης. Ψυχολογική εξάρτηση, ονομάζεται η κατάσταση που συνοδεύει όλες σχεδόν τις περιπτώσεις εξάρτησης και κατά την οποία η προοπτική λήψης της ουσίας προκαλεί ένα συναίσθημα ευχαρίστησης. Έτσι γίνεται ισχυρότερο το κίνητρο για την επανάληψη της χρήσης, με σκοπό την ένταση της ευχαρίστησης ή την αποφυγή της δυσφορίας από την πιθανή στέρηση της ουσίας (Λιάππας Γ., 1997, 19). Σωματική εξάρτηση, ονομάζεται η κατάσταση εκείνη του οργανισμού που εκφράζεται με την παρουσία σωματικών και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στις περιπτώσεις που το ποσό της καταχρώμενης ουσίας μειώνεται απότομα σε σημαντικό βαθμό (Λιάππας Γ., 1997, 19).

Η σωματική και η ψυχολογική εξάρτηση είναι καταστάσεις συχνά αλληλεπικαλυπτόμενες. Ωστόσο η ψυχολογική εξάρτηση από την ουσία, θεωρείται το κύριο χαρακτηριστικό της τοξικοεξάρτησης και αποτελεί το βασικό πρόβλημα στη θεραπεία των εξαρτημένων ασθενών. (Ζαφειρίδης, 1989). Ακόμα και για τις ουσίες οι οποίες κάνουν έντονη σωματική εξάρτηση π.χ. μορφίνη, ηρωίνη κ.λπ. η αντιμετώπιση της εξάρτησης αυτής δε διαρκεί παρά συγκεκριμένο χρονικό διάστημα· έτσι όμως δε λύνεται το πρόβλημα της ψυχικής εξάρτησης το οποίο έχει ανάγκη μιας περισσότερο μακροχρόνιας θεραπείας. Το βασικότερο πρόβλημα όλων των ουσιών που δημιουργούν εξάρτηση, είναι η ψυχική σύνδεση με την ουσία και όχι η σωματική. (Τσαχαλίδης, 1993).

1.6 Κλινικά χαρακτηριστικά συνδρόμου εξάρτησης – κατάστασης στέρησης

Για να τεθεί η διάγνωση της εξάρτησης ενός ατόμου από μια ψυχοτρόπο ουσία, θα πρέπει τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα να συνυπάρχουν σε κάποια χρονική περίοδο, κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους.

Α) Έντονη επιθυμία ή επιτακτική λήψη της ουσίας.

Β) Δυσκολίες στον έλεγχο της συμπεριφοράς λήψης ουσίας σε σχέση με την έναρξη της, τη διακοπή της ή το βαθμό χρήσης.

Γ) Η φυσιολογική κατάσταση στέρησης όταν διακοπεί η χρήση της ουσίας ή όταν έχει ελαττωθεί η δοσολογία της, όπως αυτή εκδηλώνεται με το χαρακτηριστικό σύνδρομο στέρησης από την ουσία ή η χρήση της ίδιας ουσίας, με σκοπό την ανακούφιση ή αποφυγή των συμπτωμάτων της στέρησης.

Δ) Αντοχή στην ουσία, διαπιστούμενη από το φαινόμενο ότι απαιτούνται αυξημένες δόσεις προκειμένου να επιτευχθεί επίδραση, η οποία αρχικά απαιτούσε μικρότερες δόσεις.

Ε) Προοδευτική παραμέληση εναλλακτικών πηγών ευχαρίστησης ή ενδιαφερόντων εξαιτίας της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, προοδευτικά αυξανόμενος χρόνος απαραίτητος για την απόκτηση ή για τη λήψη της ουσίας ή για ανάνηψη από τις επιδράσεις της.

ΣΤ) Επιμονή στη χρήση της ουσίας, παρά τις αναμφισβήτητες ενδείξεις σοβαρών βλαπτικών συνεπειών, όπως βλάβη του ήπατος, καταθλιπτικές συναισθηματικές καταστάσεις κ.α. Πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια προκειμένου να διευκρινίζεται εάν ο χρήστης είχε πράγματι ή θα αναμενόταν να έχει επίγνωση της φύσης και της έκτασης της βλάβης (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., & Μαυρέας Β., 1997, 93, 94).

Εικόνα 6.



Ουσιώδες, λοιπόν, χαρακτηριστικό του συνδρόμου εξάρτησης, αποτελεί η διαπίστωση της λήψης της ψυχοδραστικής ουσίας ή η επιθυμία για τη λήψη μιας ψυχοδραστικής ουσίας. (Σεφέρου, 1997). Η κατάσταση στέρησης (απόσυρσης) περιλαμβάνει μια ομάδα συμπτωμάτων ποικίλης έντασης, τα οποία εμφανίζονται κατά την απόλυτη ή τη σχετική απόσυρση από την ουσία μετά από επανηλημένη και συνήθως παρατεταμένη ή και σε μεγάλες δόσεις χρήση μιας ουσίας. Η έναρξη και η πορεία της κατάστασης στέρησης συνδέονται με το είδος της ουσίας και τη δόση που έχει ληφθεί αμέσως πριν την αποχή. Ανάλογα με τη χρησιμοποιούμενη ουσία, ποικίλλουν και τα σωματικά συμπτώματα. Οι ψυχολογικές διαταραχές (όπως το άγχος, η κατάθλιψη και οι διαταραχές του ύπνου), αποτελούν συχνά γνωρίσματα της κατάστασης στέρησης (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., & Μαυρέας Β., 1997, 96).

Η κατάσταση στέρησης, μπορεί να συνοδεύεται με delirium, όπου τα πρόδρομα συμπτώματα τυπικά περιλαμβάνουν την αϋπνία, το τρεμούλιασμα και τον φόβο. Οι αναφερόμενοι ως στερητικοί σπασμοί είναι δυνατόν να προηγούνται της εγκατάστασης της κατάστασης στέρησης. (Γρίβας, 1984). Τα κύρια συμπτώματα

περιλαμβάνουν θόλωση της συνείδησης και σύγχυση, ζωνρές ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Επίσης, συχνά παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, ανησυχία, αϋπνία και διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., & Μαυρέας Β., 1997, 97).

1.7 Ανακεφαλαίωση

Στο παρόν κεφάλαιο ασχοληθήκαμε με τις ψυχοτρόπες ουσίες. Αναλύθηκαν οι ορισμοί των ψυχοτρόπων ουσιών, η ιστορική εξέλιξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών καθώς και η ιστορική εξέλιξη της τοξικοεξάρτησης. Επιπρόσθετα, παρουσιάστηκαν τα είδη των εξαρτησιογόνων ουσιών, οι παράγοντες της τοξικοεξάρτησης, οι μορφές της εξάρτησης, και τέλος, τα κλινικά χαρακτηριστικά συνδρόμου εξάρτησης – κατάστασης στέρησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

2. Εισαγωγή

Το ζήτημα της προσωπικότητας τίθεται με ανάλογους όρους και όταν πρόκειται για τη μελέτη κάθε υποκειμένου που βρίσκεται σε κατάσταση εξάρτησης σε σχέση με ένα τοξικό προϊόν. Το ζητούμενο είναι να ξέρουμε αν υπάρχει σταθερή σχέση ανάμεσα στην εξάρτηση και την προσωπικότητα, που θα ανήκει ειδικά σε ότι θα όριζε κανείς ως τοξικομανιακή δομή προσωπικότητας. Μεταξύ των ερευνητών που δημοσιεύουν εργασίες για την τοξικοεξάρτηση ή μεταξύ κυρίως του μεγάλου κοινού, δεν είναι λίγοι εκείνοι που θεωρούν ότι υπάρχει ένας τύπος προσωπικότητας ή οποία είναι δομημένη κατά ένα μοντέλο τυπικά τοξιμανιακό.

2.1 Ορισμός προσωπικότητας

«Το νευρικό σύστημα του ανθρώπου, έχει την ικανότητα να καταγράφει, αποθηκεύει και συνθέτει τις εμπειρίες του ατόμου, έτσι ώστε να παράγονται τα πιο αποτελεσματικά για την προσαρμογή σχήματα συμπεριφοράς. Με την πάροδο του χρόνου και κάτω από την επίδραση των εμπειριών που προέρχονται από το κοινωνικό περιβάλλον αναπτύσσεται ένα σύστημα βασικά σταθερών διαθέσεων, τάσεων, πεποιθήσεων, επιθυμιών, αξιών και σχημάτων προσαρμογής, που χαρακτηρίζουν το συγκεκριμένο άτομο και του δίνουν τη μοναδικότητά του. Το διακριτό αυτό όλο, που αποτελείται από σχετικά μόνιμες τάσεις και σχήματα συμπεριφοράς ενός ατόμου, το ονομάζουμε προσωπικότητα» (Μάνος Ν., 1997, 47).

Συμπερασματικά η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο συγκεκριμένων συναισθημάτων και συμπεριφορών που συνηθίζει να εμφανίζει το άτομο κάτω από φυσιολογικές καταστάσεις της καθημερινής του ζωής. Οι ιδιαίτερες εκφράσεις κάθε προσωπικότητας είναι σχετικά μόνιμες και αναμενόμενες. (Kaplan H., Sadock B., & Grebb J., 2000, 1061).

Μια προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από ένα συγκεκριμένο σύνολο ολοκληρωμένων χαρακτηριστικών αλλά και από ένα ιδιαίτερο τρόπο σκέψης που το άτομο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον γύρω του καθώς και τον ίδιο του τον εαυτό. Τα παραπάνω έχουν διαμορφωθεί οριστικά μετά τη λήξη της εφηβικής περιόδου και είναι δυνατόν να υποδείξουν εάν το άτομο είναι υγιές ή άρρωστο. Τα στοιχεία της προσωπικότητας παραμένουν σταθερά και γίνονται φανερά σε όλες τις κοινωνικές και προσωπικές καταστάσεις που βιώνει το άτομο. Η βαθύτερη σύσταση της προσωπικότητας είναι αδύνατο να μεταβληθεί. (Bergeret J., 1999, 19, 20).

2.2 Η προσωπικότητα του τοξικοεξαρτημένου

Σύμφωνα με εργασίες των τελευταίων χρόνων που είναι στηριγμένες σε έγκυρες επιδημιολογικές έρευνες, όπου έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα τα εξαρτημένα από τοξικές ουσίες άτομα, πάρθηκε το συμπέρασμα πως κάποια άτομα εμφανίζουν τύπους προσωπικότητας σύμφωνα με τους οποίους είναι πιθανόν να εμφανίσουν κάποιο τύπο τοξικοεξάρτησης. Τα άτομα με την επιρρεπή προς τις τοξικές ουσίες προσωπικότητα είναι περισσότερο πιθανό να γίνουν ψυχο- ή φαρμακο- εξαρτημένα. Παρ' όλα αυτά ο τύπος προσωπικότητας δεν αποτελεί το μόνο παράγοντα που υποδεικνύει την πιθανή εμφάνιση τοξικοεξάρτησης. (Bergeret J., 1999, 21).

Έναν ακόμη παράγοντα που είναι δυνατό να συντελέσει στην ύπαρξη τοξικοεξάρτησης αποτελούν οι συναισθηματικές συνθήκες που βιώνει το άτομο. Οι παραπάνω διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ως προς την εμφάνιση τοξικοεξάρτησης μα δεν αποτελούν από μόνες του μια σίγουρη ένδειξη εμφάνισης αυτής. Οι συναισθηματικές καταστάσεις κυρίως αποτελούν ένα πρόσφορο έδαφος για την παρουσίαση (Griffith E., 2010).

Ο αριθμός των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα και δίνουν έμφαση στον τύπο προσωπικότητας του τοξικοεξαρτημένου είναι πολύ μικρός. Σύμφωνα με τις έρευνες ΙΝΣΕΡΜ (1971) υπάρχουν κάποιες συγκεκριμένες μορφές προσωπικότητας που εμφανίζουν παραπάνω την πιθανότητα εμφάνισης τοξικοεξάρτησης. Αυτές δεν είναι άλλες από τις διάχυτες, μη συμβατικές και κοινωνικές μορφές προσωπικότητας. Το ίδιο αφορά και τις άκρως αντίθετες από αυτές οι οποίες είναι οι ελάχιστα διαχυτικές, απομονωμένες και διακατεχόμενες από ανία. (Bergeret J., 1999, 37).

Παρ' όλα αυτά, ο προσδιορισμός μιας καταφατικής απάντησης στο ερώτημα αν μπορεί να καθοριστεί από αναγνωρισμένους ειδικούς μια τοξικομανιακή προσωπικότητα, είναι αδύνατος. Ωστόσο, μια επαρκώς αξιόπιστη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών που θα ερευνά την επίδραση των τοξικών προϊόντων στο σύνολο της προσωπικότητας του τοξικοεξαρτημένου, οφείλει να επικεντρώνεται ταυτόχρονα σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς, συναισθηματικούς, βιολογικούς και άλλους παράγοντες. (Griffith E., 2010).

2.3 Τύποι τοξικοεξαρτημένων προσωπικοτήτων

Στη σύγχρονη παγκόσμια βιβλιογραφία, προσδιορίζονται βασικοί τύποι τοξικοεξαρτημένων προσωπικοτήτων, ταξινομούμενοι αφενός με βάση το είδος του ναρκωτικού ή τον τρόπο που ο χρήστης το λαμβάνει και αφετέρου με βάση τη δομή της προσωπικότητας ή τον τύπο δόμησης της προσωπικότητας του χρήστη. Έτσι προκύπτουν δυο κύρια διαφορετικά σχήματα, τα οποία δεν σχετίζονται καθόλου μεταξύ τους. (Καβουνίδη, 1996).

Στηριζόμενοι στο αρχικό σχήμα, σύμφωνα με τον τύπο της ναρκωτικής ουσίας και τον τρόπο που ο τοξικοεξαρτημένος το εισάγει στον οργανισμό του, ορίζουμε ως μορφές τοξικοεξαρτημένων προσωπικοτήτων:

1. Ο χρήστης που πραγματοποιεί χρήση των πιο σκληρών ναρκωτικών. Αυτός ο τύπος χρήστη γίνεται εύκολα αντιληπτός όταν αδυνατεί για κάποιους λόγους να πραγματοποιήσει χρήση της ναρκωτικής ουσίας διότι αντιμετωπίζει το σύνολο των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του στερητικού συνδρόμου. Οι συγκεκριμένοι χρήστες βιώνουν ψυχικό πόνο λόγω της σεξουαλικής δυσλειτουργίας που τους προκάλεσε η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Τέλος, έρχονται αντιμέτωποι με την δυσπιστία του κόσμου μιας και κανείς δεν τους δείχνει εμπιστοσύνη ούτε ακόμη και ο έμπορος ναρκωτικών απ' τον οποίο προμηθεύονται τη δόση τους.
2. Ο χρήστης που εμφανίζει ως βασικά χαρακτηριστικά τη φυγοπονία, την αδιαφορία και την ευερεθιστότητά του, ιδιαίτερα σε φάσεις της ζωής του που αδυνατεί να πραγματοποιήσει χρήση της δόσης του.
3. Ο χρήστης που εμφανίζει ως σωματικά συμπτώματα πρόσωπο ωχρό, γαιώδες, βλέμμα απλανές, κόρες οφθαλμών συνεσταλμένες, καχεξία, πρόωρο γήρας. Επιπρόσθετα η αντίληψη του ελαχιστοποιείται ενώ η βούληση και η μνήμη του παραλύουν.
4. Είναι πολύ συχνό το φαινόμενο ο τοξικοεξαρτημένος στη πορεία του χρόνου να παίρνει και τη θέση του έμπορου ναρκωτικών. Η εξέλιξη αυτή ολοκληρώνεται συνήθως μετά από ένα μικρό χρονικό διάστημα με αφορμή την αδυναμία που αντιμετωπίζει κάποιες φορές ο χρήστης να προμηθευτεί την δόση του. Είναι γεγονός πως ως έμπορος ναρκωτικών είναι ευκολότερο να εξασφαλίζει την δόση του. (Καράμπελας Λ., 1998, 235, 236).

Σύμφωνα με το πρώτο σχήμα, το 45% των τοξικοεξαρτημένων έχει διαφορετική προσωπικότητα σε σχέση με τον μέσο πληθυσμό. Τα άτομα αυτά είναι αρκετά ιδιόρρυθμα με συνέπεια να είναι είτε εσωστρεφή είτε υπέρμετρα συναισθηματικά, δεν προσπαθούν για το καλύτερο όταν τους εμφανίζονται δυσκολίες, τα παρατάνε πολύ εύκολα, απογοητεύονται συχνά και είναι επιρρεπής στην τοξικοεξάρτηση. Το μεγαλύτερο όμοιο γνώρισμα τους αποτελεί η τοξικοεξάρτηση. (Καράμπελας Λ., 1998, 216- 218).

Με βάση το δεύτερο σχήμα, ανάλογα με τη δομή της προσωπικότητας ή το τύπο δόμησης της προσωπικότητας, αναγνωρίζουμε τους τοξικοεξαρτημένους «νευρωτικής δομής», «ψυχωτικής δομής» και τους «καταθλιπτικούς τοξικοεξαρτημένους».

1. *Τοξικοεξαρτημένοι νευρωτικής δομής. Τα άτομα αυτά τις περισσότερες φορές κάνουν χρήση των λεγόμενων σκληρών ναρκωτικών τα οποία είναι δυνατόν να*

προκαλέσουν με τη πάροδο του χρόνου και τη συνεχή χρήση οργανικές βλάβες. Οι συγκεκριμένοι χρήστες συνήθιζαν να είναι τύποι κοινωνικοί, λογοτεχνικοί ή καλλιτεχνικοί και αντιμετώπιζαν δυσκολία στην διαχείριση των εσωτερικών τους οιδιπόδειων συγκρούσεων. Η παραπάνω ανικανότητα προκαλεί στα άτομα αυτά επιθετικότητα προς τον ίδιο τους τον εαυτό καθώς και τάσεις αυτοτιμωρίας και αυτοκτονίας. Αυτές οι αυτοκαταστροφικές αντιδράσεις προκύπτουν απ' την ανάγκη που νοιώθει το άτομο να εξιλεωθεί για τις απόπειρες που έχει κάνει να ασκήσει βία σε κάποιο άλλο άτομο ή να πραγματοποιήσει αιμομικτικό γεγονός. Σε περίπτωση που τα άτομα αυτά προχωρήσουν τελικά σε αυτοκτονία ο τρόπος που επιλέγουν δεν είναι άλλος από το γνωστό ως «overdose».

2. *Τοξικοεξαρτημένοι ψυχωσικής δομής.* Αφορά μια δομική κατηγορία ευρύτερα διαδεδομένη στο κλάδο των ψυχιάτρων, οι οποίοι σε βάθος χρόνου έχουν εργαστεί με μία μεγάλη ποικιλία ψυχώσεων συμπεριφοράς αλκοολικού τύπου και συνεχίζουν μέχρι σήμερα όλο και περισσότερο να παρεμβαίνουν σε ψυχωτικές συμπεριφορές τοξικοεξαρτητικού τύπου (Bergeret J., 1999, 50).

3. *Καταθλιπτικοί τοξικοεξαρτημένοι.* Μια κατηγορία τοξικοεξαρτημένων με πολύ περισσότερο απροσδιόριστο τύπο, σε σχέση με τις δυο προαναφερθέντες κατηγορίες αποτελούν οι καταθλιπτικοί τοξικοεξαρτημένοι.

Μετά από επιδημιολογική μελέτη που διεξήχθη στο Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης για τα Ναρκωτικά, έγινε φανερό πως υπάρχουν διακριτικά καταθλιπτικά χαρακτηριστικά στο μεγαλύτερο ποσοστό των τοξικοεξαρτημένων που συμμετείχαν στην έρευνα δίνοντας τις δικές τους απαντήσεις. Αυτά δεν είναι άλλα από: απουσία αυτονομίας, σχέση εξάρτησης, κενό σχέσεων, ανάγκη αποφυγής της σχέσης, αστάθεια, επαναλαμβανόμενες ρήξεις με τα περιβάλλοντα, από-επένδυση των οικογενειακών αναπαραστάσεων, ασάφεια αισθημάτων και συναισθηματική απομόνωση» (Bergeret J., 1999, 54).

Το ποσοστό κινδύνου για αυτοκτονία είναι μεγάλο όταν πρόκειται για τέτοιου είδους καταθλιπτικές ψυχικές οργανώσεις, εξαρτημένες σε κάποια τοξική ουσία και όπως συμβαίνει και στους τοξικοεξαρτημένους νευρωτικής δομής πραγματοποιείται συνήθως με τη μορφή του overdose. (Θέμελης, 2000).

Συμπερασματικά αντιλαμβανόμαστε ότι αποκλείεται η αναγνώριση ενός χωριστού- ειδικού τύπου προσωπικότητας τοξικοεξαρτημένων. Ωστόσο, συναντάμε στους τοξικοεξαρτημένους ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς και συναισθηματικής κατάστασης, τα οποία μπορεί κανείς να τα συναντήσει και σε πολλούς από τους μη τοξικοεξαρτημένους. (Φωστέρη, 2004).

2.4 Τα χαρακτηριστικά της τοξικοεξάρτησης

Επιχειρώντας να δώσουμε μια εικόνα για τα κοινά χαρακτηριστικά των ατόμων που κάνουν χρήση τοξικών και άλλων ουσιών, κρίνουμε σωστό να δώσουμε πρώτα απ' όλα έναν ορισμό για το ποιό άτομο θεωρείται τοξικοεξαρτημένο.

«Τοξικοεξαρτημένος ονομάζεται εκείνος που βρίσκεται σε σωματική ή ψυχική εξάρτηση από κάποια ουσία. Σωματική εξάρτηση υπάρχει όταν ο χρήστης θέλει όχι μόνο να πάρει την δόση του αλλά και να την αυξήσει. Ψυχική εξάρτηση είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία ο χρήστης αισθάνεται έντονα την ανάγκη να πάρει τη δόση του, απλά γιατί και μόνο αισθάνεται ευφορία» (Παπαπαναγιώτου Κ., 2004, 128).

Ο βαθμός εξάρτησης ποικίλει και το πόσο ένα άτομο καταφέρνει τελικά να εξαρτηθεί από μια ουσία εξαρτάται από την ναρκωτική ουσία που χρησιμοποιεί, από την προσωπικότητα του, καθώς επίσης και από την αντίδραση του οργανισμού του. (Φωστέρη, 2004). Οι χρήστες οδηγούνται από την απλή χρήση στην εξάρτηση και τελικά στην τοξικοεξάρτηση σε διάρκεια μικρότερη από αυτή που το κοινό πιστεύει και δυστυχώς το πέρασμα από το ένα επίπεδο στο άλλο γίνεται χωρίς εκείνος να το καταλάβει, ιδίως αν πρόκειται για ανώριμη προσωπικότητα (Καράμπελας Λ., 1998, 232).

Τα κύρια χαρακτηριστικά του τοξικοεξαρτημένου έχουν να κάνουν με το ότι δεν ενδιαφέρεται για κανένα συνάνθρωπο του εκτός από εκείνον που το προμηθεύει την ουσία. Δεν ξεκινάει με την πρόθεση να γίνει τοξικοεξαρτημένος. Θέλει απλά να δοκιμάσει ή να δείξει στην παρέα ότι είναι «μάγκας» και ότι μπορεί να αντισταθεί. Συνήθως σε τέτοια άτομα ανήκουν οι ανώριμες προσωπικότητες, οι ανίκανες να χρησιμοποιήσουν τους αμυντικούς τους μηχανισμούς, οι επιρρεπείς (Παπαπαναγιώτου Κ., 2004, 128).

Γενικότερα τον τοξικοεξαρτημένο θα τον αναγνωρίσει κάποιος από την αλλαγή του χαρακτήρα του (γίνεται οξύθυμος, απρόθυμος, απόμακρος, μυστικοπαθής, αδιάφορος και αναίσθητος), από τα αναίτια γέλια, από την διαστολή της κόρης των ματιών του, από την ωχρότητα του προσώπου και την κίτρινη χροιά των ματιών του, από τις ιδέες δίωξης και παρακολούθησης καθώς και από τις ακουστικές, οπτικές και οσφρητικές ψευδαισθήσεις, την ανεξήγητη αλλαγή στην παρέα και τον νέο τρόπο ζωής, το κλείδωμα στο δωμάτιο του και το αποχωρητήριο στα οποία ανοίγει τα παράθυρα έστω κι όταν έχει πολύ κρύο για να απομακρυνθεί η μυρωδιά της ουσίας, τα μυστηριώδη τηλεφωνήματα στα οποία μιλάει συνωμοτικά και διακόπτει την συζήτηση μόλις αντιληφθεί άτομο γύρω του, από την αλλαγή στον τρόπο ντυσίματος, την αποχώρηση από το σπίτι ακατάλληλες ώρες και ταυτόχρονα την επιστροφή του μετά τα μεσάνυχτα ώστε να έχει περάσει η επίδραση της ουσίας, από την παρουσία τατουάζ, σκουλαρικών και μυστήριων κουρεμάτων, την επιθυμία του για γλυκά ταψιού και την απώλεια βάρους (Καράμπελας Λ., 1998, 233).

Τα κλινικά χαρακτηριστικά του χρήστη ναρκωτικών ουσιών είναι τα ακόλουθα: Ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, ανέκφραστο πρόσωπο, τρόμος, βήχας, βρογχίτιδα, μυαλγίες, εμβοές, αϋπνία, σπασμοί, θόλωση της διάνοιας, δακρύρροια, ψυχώσεις, νυσταγμός, σύγχυση, αύξηση ή πτώση πίεσης, άμβλυση της μνήμης και των άλλων ψυχικών λειτουργιών, δυσκοιλιότητα, κώμα - απώλεια συνείδησης, ωχρότητα (Καράμπελας Λ., 1998, 233).

Όπως γίνεται φανερό τα συμπτώματα αυτά δεν υπάρχουν ταυτόχρονα σε όλους τους τοξικοεξαρτημένους. Το ποια στοιχεία από αυτά θα εμφανίσει κατά τη χρήση, εξαρτάται άμεσα από το είδος της ουσίας την οποία παίρνει. (Τσιλιγρήστος, 1991).

2.5 Ανακεφαλαίωση

Το παρόν κεφάλαιο αφορά την τοξικοεξάρτηση με βάση την προσωπικότητα του τοξικοεξαρτημένου ατόμου. Παρουσιάστηκαν ο ορισμός της προσωπικότητας, ο ορισμός της προσωπικότητας του τοξικοεξαρτημένου ατόμου, οι τύποι των τοξικοεξαρτημένων προσωπικοτήτων, και τέλος, τα χαρακτηριστικά της τοξικοεξάρτησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

3. Εισαγωγή

Υπάρχει ένας αριθμός προσεγγίσεων για την πρόληψη και τη θεραπεία του εθισμού στα ναρκωτικά. Προφανώς, από το αυξανόμενο πρόβλημα με την τοξικομανία, κανένα πρόγραμμα δεν ταιριάζει σε κάθε τμήμα του πληθυσμού. Τα προγράμματα πρόληψης συχνά δεν είναι σε συντονισμό με τα προγράμματα θεραπείας και προέρχονται από εντελώς διαφορετικούς οργανισμούς. Τις περισσότερες φορές, υπάρχουν προβολής προγράμματα που είναι διαθέσιμα μέσω της παροχής συμβουλών εθισμού.

Η Θεραπεία για τα εξαρτημένα άτομα από ουσίες αποτελείται από διάφορα στάδια. Η αντιμετώπιση του συνδρόμου στέρησης είναι σχετικά η πιο απλή εργασία. Η περίοδος της αποτοξίνωσης διαρκεί κατά προσέγγιση δύο (2) εβδομάδες. Αργότερα, ξεκινάει η πιο σύνθετη διαδικασία: η ενίσχυση των κινήτρων για τη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη.

3.1 Ορισμοί

Η πρόληψη στο σύνολό της είναι το κυριότερο στοιχείο για την ουσιαστική αντιμετώπιση του προβλήματος. Για τον λόγο αυτό, πρέπει να υπάρχει μια συγκεκριμένη στρατηγική πρόληψης στο σύνολο του Ελλαδικού χώρου με ξεκάθαρους στόχους που θα παίρνει υπόψη τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν στη ζωή του κάθε ανθρώπου. Η οικογένεια, η εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, ο ελεύθερος χρόνος, η επαγγελματική κατάσταση αποτελούν μερικούς μονάχα από αυτούς. Δυστυχώς τα πράγματα σε αυτόν τον τομέα είναι τόσο ρευστά που κατά κύριο λόγο η πρόληψη σήμερα ταυτίζεται με την ενημέρωση. (Μισουρίδου, 2008).

Η θεραπεία δεν μπορεί παρά να νοείται ως απαλλαγή από τους σωματικούς και ψυχικούς πόνους και τις δουλειές που συνιστούν την εξάρτηση, καθώς και ως δυνατότητα ομαλής ένταξης στον κοινωνικό ιστό (Παπαγεωργίου Ε., 1990, 71).

Η σωματική απεξάρτηση ως απαλλαγή από τα δυσμενή σωματικά σύνδρομα που συνδέονται με τη στέρηση, είναι μια διαδικασία συγκριτικά ταχύτερη και ευκολότερη από την ψυχολογική απεξάρτηση. (Τσιλιχρήστος, 1991). Υπάρχουν εξάλλου ορισμένα ναρκωτικά που δεν προκαλούν καν σωματική εξάρτηση (Παπαγεωργίου Ε., 1990, 72). Ωστόσο και η ψυχολογική απεξάρτηση η οποία συνδέεται με την απαλλαγή των εξίσου δυσμενών ψυχολογικών συμπτωμάτων και η οποία κρατάει έναν σημαντικό ρόλο στη βάση της εξάρτησης, αποτελεί μια διαδικασία ακόμη πιο επώδυνη η οποία βαραίνει στη ζυγαριά της αποκατάστασης του ατόμου (Μισουρίδου, 2008).

3.2 Η θεραπεία απεξάρτησης ως διαδικασία

Η απεξάρτηση δεν μπορεί να αποβλέπει παρά στην αποκατάσταση της ελευθερίας σκέψης και δράσης του ατόμου, μέσα από τη βαθιά κατανόηση και τροποποίηση όλων εκείνων των παραγόντων που συνέβαλαν στην εγκατάσταση της εξάρτησης. Αυτός ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την ένταξη του ατόμου σε ένα ειδικά δομημένο θεραπευτικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο θα γίνει δυνατή η αποκατάσταση των βιολογικών λειτουργιών του και η ανασυγκρότηση όχι μόνο της προσωπικότητας, αλλά ολόκληρης της ύπαρξής του. (Σφήκας, 2004).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο λοιπόν, εξασφαλίζονται οι όροι για την παρέμβαση των ειδικών θεραπειών και των ψυχοθεραπειών. Εδώ σχεδιάζεται η παρέμβαση των θεραπειών στην οικογένειά του ατόμου, ώστε να μπορέσει να δεχτεί τις αλλαγές του. Οι βασικές προϋποθέσεις για να πραγματοποιηθούν όλα αυτά, είναι δύο. Η πρώτη αφορά την απομάκρυνση του τοξικοεξαρτημένου από το οικογενειακό και άλλο περιβάλλον και η οργάνωση της ζωής του μέσα στο θεραπευτικό πλαίσιο για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και η δεύτερη αφορά την ψυχοθεραπεία του (Μάτσα Κ., 2001, 118 - 119).

Η θεραπεία απεξάρτησης ανάγεται σε μια ενιαία διαδικασία που θέτει στο επίκεντρο τον τοξικοεξαρτημένο ως πρόσωπο που πάσχει και ως μέρος ενός ευρύτερου συνόλου, οικογενειακού και κοινωνικού. Δεν εξαντλείται στην αντιμετώπιση των κινδύνων που διατρέχει από τη χρήση ουσιών. Ένα μέρος αυτής της διαδικασίας, αφορά την αποτοξίνωση και το άλλο αφορά την ψυχολογική απεξάρτηση, που αποβλέπει στην ανασυγκρότηση αυτής της αποδομημένης προσωπικότητας και την κοινωνική της επανένταξη. (Παπαγεωργίου, 1990).

Ολόκληρη η θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης, απαιτεί ένα δίκτυο υπηρεσιών, διαρθρωμένων με τέτοιο τρόπο που να σέβεται τον εξαρτημένο άνθρωπο, σε όποια κατάσταση κι αν βρίσκεται όταν ζητά βοήθεια, όσο εξαθλιωμένος κι αν είναι. Περιλαμβάνει, ως συστατικά στοιχεία, το εξειδικευμένο θεραπευτικό πλαίσιο, το συμβόλαιο θεραπείας και το θεραπευτικό πλάνο, με τις αναγκαίες θεραπευτικές πράξεις, που λειτουργούν συμπληρωματικά μεταξύ τους, αποβλέποντας κατά κύριο λόγο στο να κάνουν ικανό τον τοξικοεξαρτημένο να γνωρίσει και να αλλάξει τον εαυτό του, μέσα σε μία διαδικασία ανθρώπινης, δηλαδή κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Μάτσα Κ., 2001, 121- 124).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η θεραπεία απεξάρτησης μπορεί να είναι αποτελεσματική, όταν στρέφει τη δράση της προς τις κοινωνικές ενότητες και όχι μόνο προς το άτομο, εμπλέκοντας στη θεραπευτική διαδικασία την οικογένεια του τοξικοεξαρτημένου, καθώς και ένα κοινωνικό σύνολο από φίλους και συγγενείς. Κάθε τοξικοεξαρτημένος όταν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά, πρέπει να εξετάζεται στη μοναδικότητά του. Έχει τη δική του ιστορία, τη δική του προσωπικότητα, τη δική του πορεία στις ουσίες, τα δικά του βιώματα, το δικό του ιδιαίτερο οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον, που αντιδρά διαφορετικά στη στάση ζωής του. Έχει τη δική του κουλτούρα, τη δική του ψυχική οικονομία, τις δικές του συναισθηματικές και άλλες ψυχολογικές ανάγκες (Μισουρίδου, 2008).

Η θεραπεία απεξάρτησης λοιπόν, ισοδυναμεί με μία διαρκή προσπάθεια απελευθέρωσης από τον καταναγκασμό της εξάρτησης από την ουσία, αλλά σε τελευταία ανάλυση και από πρόσωπα και από το πλαίσιο του προγράμματος. Πρέπει να κάνει δυνατή την πρόσβαση του ατόμου στη αυτονομία σε όλα τα επίπεδα, μέσα

από τη διαμόρφωση ενός νέου τρόπου ζωής, με νόημα, αρχές, αξίες και οράματα (Μάτσα Κ., 2001, 124- 128).

Όσον αφορά το ρόλο του θεραπευτή, δε θα πρέπει να εμφανίζεται ούτε ως παντοδύναμος, ούτε ως απορριπτικός. Αντίθετα μέσα από τη απλότητα της σταθερής παρουσίας του, θα πρέπει να τον καλέσει να μιλήσει για τον εαυτό του, όχι για τη ουσία του· να τον καλέσει σε μία προσωπική δέσμευση, που θεμελιώνεται στην ανάγκη της ρήξης με την ουσία και εγκαινιάζει μία δυνατή θεραπευτική σχέση, που θα παίξει καταλυτικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία. (Τσιλιγρήστος, 1991). Μέσα από τη θεραπευτική σχέση ο εξαρτημένος γίνεται ικανός να παίξει πρωταγωνιστικό ρόλο στη θεραπεία του. Μπορεί πια να σκέφτεται ανεξάρτητα, να επεξεργάζεται τη σκέψη του, να εκφέρει το δικό του λόγο (Μάτσα Κ., 2001, 160- 164).

3.3 Προσεγγίσεις στη θεραπεία

Κάποιοι συγγραφείς έχουν εστιάσει την προσοχή τους σε δυνατές προσεγγίσεις στη θεραπεία. Οι Kurzman και Eiseman διεξήγαγαν σεμινάρια με οικογένειες διδάσκοντας λήψη αποφάσεων, επικοινωνία, διαπροσωπικές σχέσεις και δεξιότητες συναισθηματικής συναλλαγής.

Οι Gluckstein, Rollin και Avey εκπαίδευσαν γονείς, στο να συμβουλεύουν άλλους γονείς χρηστών. Και τα δύο προγράμματα περιλαμβάνουν γενική πληροφόρηση για τα ναρκωτικά, εκπαίδευση σε συμβουλευτική και πληροφόρηση σχετικά με πηγές βοήθειας (Baither R.C., 1989 16, 17).

3.4 Κοινωνική επανένταξη

Η φάση της κοινωνικής επανένταξης, με τη μορφή που σήμερα γνωρίζουμε, εισήχθη ως αναγκαίος κρίκος της θεραπευτικής αλυσίδας των επαγγελματικών θεραπευτικών προγραμμάτων μετά τα μέσα της δεκαετίας του 1960. Μέχρι τότε, πρόδρομοι των σημερινών θεραπευτικών Κοινοτήτων, τα Σπίτια της Ιδέας (Synanon και οι παραφυάδες του) δεν διέθεταν τέτοια φάση. Αυτά τα κοινόβια, που αποτέλεσαν τις πρώτες ουσιαστικές ανεξαρτητικές προτάσεις, έδιναν τη δυνατότητα στα μέλη τους να μένουν εκεί όσο ήθελαν, ακόμη και ισόβια, ενώ θεωρούσαν την αποχώρηση από το κοινόβιο και την ένταξη στην κοινωνία προσωπική επιλογή και υπόθεση. Αυτή η θέση ήταν σύμφωνη με τη φιλοσοφία τους, που θεωρούσε την κοινωνία υπεύθυνη για τα ψυχολογικά και ενταξιακά προβλήματα των μελών τους και την παραμονή στο κοινόβιο έμπρακτη απόδειξη της υπεροχής του δικού τους τρόπου ζωής σε σχέση με τους υιοθετημένους από την κοινωνία τρόπους. (Σφήκας, 2004).

Ο όρος «επανένταξη» χρησιμοποιείται λοιπόν για πρώτη φορά από τα επαγγελματικά προγράμματα ανεξάρτησης που εμπνέονται από τα Σπίτια της Ιδέας, στα μέσα της δεκαετίας του 1960. Δεν γνωρίζουμε με ακρίβεια ποιος εισήγαγε τον όρο. Σίγουρα όμως τον δανείστηκε από τα ιατρικά και τα ψυχιατρικά προγράμματα. Η αποδοχή και επικράτηση του συγκεκριμένου όρου είναι ακατανόητη γιατί, ειδικά εκείνη την εποχή, οι επαγγελματικές Θεραπευτικές Κοινότητες απέρριπταν τη νοσολογική προσέγγιση της εξάρτησης, ενώ ο όρος «επανένταξη» παραπέμπει

ευθέως στο νοσολογικό/ ιατρικό πρότυπο. (Παπαγεωργίου, 1990). Πράγματι, μέχρι τότε ο όρος χρησιμοποιούνταν ευρέως στην ιατρική αποκατάσταση χρόνιων σωματικών και ψυχιατρικών νόσων. Η θεραπεία αυτών των νόσων προϋπέθετε την αποκοπή των πασχόντων από τον κοινωνικό ιστό και τον εγκλεισμό τους για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ειδικά θεραπευτήρια. Η μακροχρόνια διαμονή σε ψυχιατρεία ή ακόμη σε σανατόρια (θεραπεία φυματίωσης), όπου οι άνθρωποι απενεργοποιούνταν και αποκοινωνικοποιούνταν πλήρως, καθιστούσε εκ των πραγμάτων αναγκαίο ένα πρόγραμμα επανάκτησης επαγγελματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων μετά το πέρας της πολύχρονης θεραπείας. Σε αυτή την περίπτωση, το συγκεκριμένο πρόγραμμα ορθά ονομαζόταν «κοινωνική επανένταξη» γιατί αφορούσε σε ανθρώπους κοινωνικά ενταγμένους που, εξαιτίας της πραγματικής σωματικής νόσου ή εξαιτίας της ψυχιατρικά κατασκευασμένης νόσου, από-εντάχθηκαν χωρίς τη θέλησή τους (Ζαφειρίδης Φ., 2009: 228).

Στην Ελλάδα, στα προγράμματα ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, η κοινωνική επανένταξη είναι ενσωματωμένη στην θεραπευτική διαδικασία. Οι υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης μπορεί να παρέχονται από τα θεραπευτικά προγράμματα στο τελευταίο στάδιο μιας ενιαίας θεραπευτικής διαδικασίας ή σε εξειδικευμένες δομές κοινωνικής επανένταξης. Βασικός στόχος των υπηρεσιών κοινωνικής επανένταξης αποτελεί η παροχή υποστήριξης σε πρώην χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών στο κρίσιμο στάδιο της μετάβασής τους από το θεραπευτικό σύστημα στην κοινωνική και εργασιακή πραγματικότητα. Οι υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν τις εκπαιδευτικές και επαγγελματικές ελλείψεις που συνήθως συνοδεύουν την εξάρτηση από ουσίες, να ενδυναμώσουν τους μηχανισμούς επιβίωσής του ατόμου και να ενισχύσουν τις προσωπικές και κοινωνικές του δεξιότητες προκειμένου να διεκδικήσει και να κατακτήσει μια πιο δημιουργική ζωή.

Πιο συγκεκριμένα, η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών επαγγελματικού προσανατολισμού, προκατάρτισης, επαγγελματικής κατάρτισης, ανάπτυξης δεξιοτήτων εύρεσης εργασίας, η διασύνδεση με επιχειρήσεις, ελεύθερους επαγγελματίες, επιμελητήρια, συλλόγους του επαγγελματικού τομέα κατάρτισης σε τοπικό επίπεδο, η ευαισθητοποίηση της κοινότητας για την άμβλυνση των αρνητικών κοινωνικών αντιδράσεων και του στιγματισμού που συνοδεύει τη χρήση ουσιών καθώς και η παροχή συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους αποτελούν διεθνώς τις επιμέρους δράσεις των προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης.

3.5 Θεραπευτικά Κέντρα

Στην Ελλάδα έχουμε όλους τους τύπους των θεραπευτικών προγραμμάτων. Ενώ, οι 3 κύριοι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες αντιμετώπισης των προβλημάτων εξάρτησης είναι οι εξής: ΚΕΘΕΑ, ΟΚΑΝΑ & ΕΣΥ που αναγνωρίζονται ως φορείς για την απεξάρτηση και οι οποίοι μέσω των δικτύων των υπηρεσιών τους και τα ειδικά προγράμματα που έχουν αναπτύξει καλύπτουν τις ανάγκες θεραπείας και υποστήριξης των ατόμων με προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Ακόμα υπάρχουν βέβαια και η μονάδα απεξάρτησης 18 Άνω, το Αργώ, οι Ανώνυμοι Ναρκομανείς (οι οποίες εφαρμόζουν ψυχοθεραπευτικές μεθόδους). Βέβαια, ο κάθε φορέας ακολουθεί διαφορετικές θεραπευτικές μεθόδους. Παρακάτω θα δούμε την θεραπευτική προσέγγιση πάνω στο θέμα της εξάρτησης από ΚΕΘΕΑ και ΟΚΑΝΑ, δυο φορέων με εντελώς διαφορετική φιλοσοφία και προσέγγιση στο πρόβλημα της εξάρτησης.

Στο δύσκολο περιβάλλον της οικονομικής κρίσης και των περικοπών των δαπανών, οι φορείς ξεκίνησαν το 2010 την εφαρμογή του ΕΣκΕ με τη διεύρυνση των δράσεων και των μονάδων τους. Ο Υπουργός Υγείας εξήγγειλε τον Αύγουστο του 2011, 40 νέες μονάδες του Προγράμματος Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ, οι οποίες θα στεγαστούν κυρίως σε νοσοκομεία. ή στελέχωση των μονάδων θα αποτελείται ως επί το πλείστον από το ήδη υπάρχον προσωπικό του ΟΚΑΝΑ και των νοσοκομείων. Στην Αθήνα προβλέπεται να λειτουργήσουν 23 μονάδες σε ισάριθμα νοσοκομεία και θεραπευτήρια του ΙΚΑ (Ευαγγελισμός, Λαϊκό, Σισμανόγλειο, Ελπίς, Αγία Όλγα, Παμμακάριστος, Κατ, Γ. Γεννηματάς, Ιπποκράτειο, Ερυθρός Σταυρός, Αμαλία Φλέμινγκ, Άγιος Σάββας, Πατησίων, Έλενα, Αλεξάνδρας, Αγία Ελένη, Άγιοι Ανάργυροι, Πολυκλινική, Ανδρέας Συγγρός, το 3ο και το 7ο θεραπευτήριο ΙΚΑ, καθώς και δύο Στρατιωτικά νοσοκομεία, Βουτύρη Γουδή και το 414). Στον Πειραιά προγραμματίζονται 9 νέες μονάδες (Τζάνειο, Ασκληπιείο Βούλας, Άγιος Παντελεήμων Νικαίας, Θριάσιο, Μεταξά, Αττικό, Δρομοκαΐτειο, Αγία Βαρβάρα και στο Σταθμό Α΄ Βοηθειών ΙΚΑ Περάματος). Στην περιφέρεια Θεσσαλονίκης προβλέπονται 8 μονάδες (Ειδικών Παθήσεων, Ιπποκράτειο, Γ. Γεννηματάς, Άγιος Παύλος, Παπαγεωργίου, Άγιος Δημήτριος, Θεαγένειο και στο 424 Στρατιωτικό νοσοκομείο). Το ΚΕΘΕΑ, στην προσπάθειά του να ανταποκριθεί στη μειωμένη επιχορήγησή του, ανασχεδίασε τμήματα του δικτύου του με στόχο την καλύτερη αξιοποίηση του προσωπικού και των εγκαταστάσεων, αλλά και την ποιοτικότερη εξυπηρέτηση των θεραπευομένων. Παράλληλα, με την αξιοποίηση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης αλλά και εθελοντών, κατάφερε να δημιουργήσει νέες υπηρεσίες, κυρίως στην περιφέρεια.

Το 2011 ο ΟΚΑΝΑ εφάρμοσε ένα νέο ολοκληρωμένο πλαίσιο για τη λειτουργία των μονάδων του Προγράμματος Υποκατάστασης. Το πλαίσιο αυτό αφορά τους κανόνες λειτουργίας όλων των φάσεων του προγράμματος από τα κέντρα Υποδοχής, τα προγράμματα προένταξης (χαμηλής ουδού), τις μονάδες ολοκληρωμένης θεραπείας, έως και την Επανάταξη.

3.5.1 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Θεραπευτική διαδικασία

Στην αρχή της θεραπευτικής διαδικασίας είναι υψίστης σημασίας ο θεραπευτής κοινωνικός λειτουργός να θέτει σε συνεργασία με τη θεραπευόμενη κάποιους συγκεκριμένους βραχυπρόθεσμους θεραπευτικούς στόχους. Οι αρχικοί αυτοί στόχοι πρέπει να είναι εφικτοί ώστε να είναι σίγουρη και η επίτευξη τους σε αυτό το πρώιμο στάδιο θεραπείας. Εάν τεθούν οι κατάλληλοι θεραπευτικοί στόχοι στην αρχή τότε αυτόματα είναι δυνατό να εδραιωθεί μία σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ της θεραπευόμενης και του θεραπευτή κοινωνικού λειτουργού. Η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης ευνοεί στην επιδίωξη ακόμη δυσκολότερων στόχων στη συνέχεια της θεραπευτικής διαδικασίας κάτι το οποίο και στις δύο πλευρές θα φάνταζε ανέφικτο στα πρώιμα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας (Λιάππας, 1997).

Με σκοπό την επίτευξη της θεραπευτικής διαδικασίας ο θεραπευτής κοινωνικός λειτουργός φροντίζει να γίνουν στην τοξικοεξαρτημένη αντιληπτά τα αρνητικά στοιχεία που υπάρχουν στη προσωπική της συναισθηματική ανάπτυξη. Έπειτα, την προτρέπει και την καθοδηγεί έτσι ώστε να αποβάλει τις δυσλειτουργικές ψυχολογικές της λειτουργίες και να τις αντικαθιστά με λειτουργικές. Τα παραπάνω συμβάλουν στο να υιοθετήσει η θεραπευόμενη μία επιτυχή στάση ελέγχου των συναισθηματικών της αντιδράσεων. Βέβαια και ο θεραπευτής από τη πλευρά του οφείλει να οριοθετεί τις αντιδράσεις του συναισθήματος του που δημιουργούνται απ' την θεραπευτική εμπλοκή του με την τοξικοεξαρτημένη.

Εφόσον λοιπόν ο κοινωνικός λειτουργός-θεραπευτής εργάζεται σε κάποιο πλαίσιο απεξάρτησης είναι αναγκαίο να έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα πάνω στην θεραπεία των τοξικοεξαρτημένων πριν ξεκινήσει την επαγγελματική του δραστηριότητα και φυσικά πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς για τα νέα δεδομένα που προκύπτουν στο αντικείμενο αυτό. Έπειτα είναι πολύ σημαντικό ο θεραπευτής να διαθέτει μία άρτια δομημένη προσωπικότητα και να έχει αυτογνωσία. Υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία εάν τα διαθέτει ένας θεραπευτής αμέσως θεωρείται ο καταλληλότερος για να αναλάβει μια θεραπευτική διαδικασία ουσιοεξάρτησης. Ο θεραπευτής-κοινωνικός λειτουργός λοιπόν πρέπει να είναι έμπειρος, αμερόληπτος, αποφασιστικός, να δείχνει σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα της εξαρτημένης, έχει υιοθετήσει ο ίδιος μια στάση ζωής που χαρακτηρίζεται από αρχές, αξίες, αγωνιστικότητα, πνευματικότητα, ενδιαφέροντα. (Μάτσα, 2007).

Στη πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας είναι δυνατό να εδραιωθεί επιτυχώς η θεραπευτική σχέση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η θεραπευόμενη να αποκτήσει μία περισσότερο ενεργή θέση στη συνέχεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Καθίσταται από εκεί και έπειτα ικανή να επεξεργάζεται τη σκέψη της χωρίς την βοήθεια του θεραπευτή καθώς και να διατυπώνει τη δική της άποψη σταδιακά όλο και καλύτερα μέσα στη πορεία του χρόνου. Κάπως έτσι αρχίζει να κυριαρχεί ο διάλογος μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενης ο οποίος όσο και αν χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια είναι πιθανό να απουσιάζουν απ' αυτόν σημαντικά πράγματα. Ο ρόλος λοιπόν του κοινωνικού λειτουργού-θεραπευτή επιτάσσει την προσπάθεια αυτού να φέρει στην επιφάνεια τα σημαντικά ανείπωτα. Ο θεραπευτής τηρεί πάντα το απόρρητο. (Nichols, 1993).

Με το πέρασμα του χρόνου καθώς πραγματοποιείται η ψυχοθεραπεία η θεραπευόμενη είναι αναγκαίο να έχει αποκτήσει πλέον την ικανότητα να

εξωτερικεύει από μόνη της ,στον κοινωνικό λειτουργό-ψυχοθεραπευτή της για αρχή και μετέπειτα στους υπόλοιπους ανθρώπους της ζωής της, το σύνολο των φοβιών που κρύβει μέσα της και την πλήττουν, τις ενοχές για σκέψεις της ή για πράγματα που έχει κάνει, και τέλος το θυμό της που αφορά μέλη της οικογένειάς της όπως τη μητέρα της και τον πατέρα της. Η θεραπευόμενη πρέπει να καταφέρει να εξωτερικεύσει ακόμα και τις αρνητικές σκέψεις που κάνει για τον εαυτό της και τον κόσμο της, τις πεποιθήσεις της ανικανότητας και της ανημποριάς, οι οποίες την οδηγούν στο να νοιώθει πως είναι ανώφελο έστω και να δοκιμάσει να βρει μία λύση στο πρόβλημα της που γι' αυτή φαντάζει ακατόρθωτο. Ακολουθώντας μία ποικιλία μηχανισμών το σύνολο των αρνητικών συναισθημάτων και σκέψεων θα σαφηνιστούν και θα πάρουν σταδιακά μία πιο θετική μορφή. Η νέα αυτή κατάσταση λειτουργεί δημιουργικά και συντελεί στην μετάβαση από την παραίτηση και την παθητικότητα στην αγωνιστικότητα που φέρνει την αλλαγή (Μάτσα, 2007).

Ο θεραπευτής πρέπει να αξιολογήσει αντικειμενικά το χαρακτήρα της θεραπευόμενης και τις δυσλειτουργικές πτυχές αυτού. Ο τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι να δώσει ο θεραπευτής όσο το δυνατόν μεγαλύτερη έμφαση σε όλους του τομείς της ζωής της θεραπευόμενης αλλά και σε κάθε γεγονός της καθημερινότητας της. Ο τρόπος για να αναλυθούν καταλλήλως τα παραπάνω περιλαμβάνει μία ψυχοθεραπευτικής μορφής παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον της. Η παρέμβαση αυτή θα συντελέσει στην εξακρίβωση πληροφοριών του ιστορικού της με σκοπό να φανερωθούν όσα εσκεμμένα η θεραπευόμενη αποκρύπτει. Οι πληροφορίες που συλλέγονται σταδιακά σχετικά με τη ζωή της θεραπευόμενης δεν αποτελούν τυχαία περιστατικά αλλά πολύτιμες πηγές που κάνουν κατανοητό στο θεραπευτή τη σημασία που παίρνουν σε διάφορες περιπτώσεις ο λόγος, τα συναισθήματα της και οι σκέψεις της (Μάτσα, 2007).

Καθώς εξελίσσεται η θεραπευτική διαδικασία γίνονται αντιληπτές διάφορες αντιφάσεις στα λεγόμενα της θεραπευόμενης. Αυτές είναι δυνατόν να γίνουν φανερές από πράγματα στα οποία εστιάζει ο θεραπευτής όπως είναι ο τόνος της φωνής, οι κινήσεις, η στάση του σώματος. Ο κοινωνικός λειτουργός-θεραπευτής διατυπώνει ειλικρινά και ξεκάθαρα στη θεραπευόμενη το σκεπτικό του είτε με έμμεσο τρόπο μέσα από τη συναισθηματική ατμόσφαιρα της ψυχοθεραπείας είτε άμεσα χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες σε κάθε περίπτωση παρεμβάσεις. (Μάτσα, 1997).

3.6 Ανακεφαλαίωση

Το παρόν κεφάλαιο αφορά την πρόληψη, την θεραπεία καθώς και την απεξάρτηση – αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Αναλύονται οι βασικοί ορισμοί, η θεραπεία της απεξάρτησης ως διαδικασία, οι προσεγγίσεις στη θεραπεία, η κοινωνική επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων, παρουσιάζονται τα Θεραπευτικά Κέντρα στην Ελλάδα και τέλος προσδιορίζεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού-θεραπευτή στην θεραπευτική διαδικασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

4. Εισαγωγή

Την τελευταία δεκαετία εμφανίζεται όλο και περισσότερο η θεωρητική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία το κάθε φύλο εμπλέκεται διαφορετικά από το άλλο στη χρήση ουσιών και ακολουθεί μία διαφορετική πορεία από την έναρξη της χρήσης ως την αναζήτηση της θεραπείας από την εξάρτηση.

Οι διαφυλικές διαφορές εντοπίζονται σε ποικίλους τομείς, όπως τα αίτια της έναρξης της χρήσης, οι ουσίες εξάρτησης και ο τρόπος χρήσης τους, η αναζήτηση της θεραπείας και η θεραπευτική προσέγγιση, ο χρόνος που το κάθε φύλο χρειάζεται για να περάσει από το ένα στάδιο χρήσης στο άλλο, αλλά και η ηλικία στην οποία βρίσκεται το κάθε φύλο σε κάθε στάδιο της χρήσης.

4.1 Οι διαφορές ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες τοξικομανείς

Τα αίτια των παραπάνω διαφυλικών διαφορών συνοψίζονται στο γεγονός ότι τα δύο φύλα διαφέρουν τόσο ως προς τον ψυχισμό τους, όσο και ως προς την κοινωνική ταυτότητα του φύλου τους (Κ.Ε.Θ.Ι. 2001: 33).

Η έκθεση (Ε.Κ.Π.Ν.Τ. 2010: 1) αναφέρει ότι οι γυναίκες χρήστες διαπράττουν λιγότερα εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας από τους άνδρες, ενώ συχνότερα εξασφαλίζουν χρήματα, για να συντηρήσουν τον εθισμό τους μέσω της βιομηχανίας του σεξ. Τα σχετιζόμενα με το σεξ επαγγέλματα μπορούν να αποτελέσουν μια καθιερωμένη πηγή εισοδήματος, σε μερικές περιπτώσεις για το 60% των γυναικών χρηστών. Η έκθεση προσθέτει, ότι η πιθανότητα μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων από γυναίκες, που απασχολούνται επαγγελματικά με το σεξ στους πελάτες τους, προκαλεί πάντα ανησυχία και η σχέση μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών από γυναίκες και της πορνείας συνέβαλε πιθανότατα στην αύξηση των υπηρεσιών μείωσης της βλάβης και των υπηρεσιών θεραπείας για γυναίκες χρήστες ναρκωτικών.

Το Ε.Κ.Π.Ν.Τ. αναφέρει ότι τα θέματα, που αφορούν ειδικά τις γυναίκες χρήστες ναρκωτικών, δεν έχουν εξεταστεί συστηματικά από τα συστήματα πληροφοριών της ΕΕ για τα ναρκωτικά. Εντούτοις, τα περισσότερα κράτη μέλη αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των εξαρτημένων από τα ναρκωτικά γυναικών, μέσω εξειδικευμένων προγραμμάτων, των οποίων η έκταση και οι στόχοι ποικίλουν - έχουν δημιουργηθεί αρκετές υπηρεσίες για γυναίκες, οι οποίες προσφέρουν στέγη,

πληροφόρηση και πρακτικές συμβουλές για ασφαλέστερες σεξουαλικές σχέσεις και ασφαλέστερη χρήση ναρκωτικών.

Δώδεκα Κράτη Μέλη προσφέρουν προγράμματα, που ανταποκρίνονται στις ανάγκες γυναικών, που απασχολούνται επαγγελματικά με το σεξ και κάνουν χρήση ναρκωτικών. Η Ιρλανδία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν αρκετά τέτοια προγράμματα, ενώ το Βέλγιο, και η Φιλανδία δεν αναφέρουν κανένα παρόμοιο πρόγραμμα. Γενικά, όπως αναφέρει η έκθεση, οι άνδρες χρησιμοποιούν παράνομα ναρκωτικά περισσότερο από ότι οι γυναίκες. Ωστόσο, οι διαφορές στη χρήση ναρκωτικών μεταξύ των φύλων είναι περίπλοκες, όπως τα θέματα γύρω από τη βιομηχανία του σεξ και την πίεση που ασκούν άνδρες σε νεαρά κορίτσια.

Όπως επισημαίνεται από τον Οργανισμό, ένα πρόβλημα για τις γυναίκες είναι το γεγονός, ότι τα κορίτσια πειραματίζονται με τα ναρκωτικά σε μικρότερη ηλικία απ' ότι τα αγόρια. Αυτό είναι "γενικά το αποτέλεσμα που προκύπτει από το γεγονός, ότι τα κορίτσια έχουν μεγαλύτερους σε ηλικία φίλους, οι οποίοι ενδέχεται να τις ενθαρρύνουν να δοκιμάσουν ναρκωτικά". Για το λόγο αυτό, οι δραστηριότητες πρόληψης των ναρκωτικών στην Αυστρία, τη Γερμανία και τη Σουηδία προσανατολίζονται κυρίως προς τις πολύ νεαρές γυναίκες και τις μαθήτριες. Αυτές οι πρωτοβουλίες επικεντρώνονται συχνά στη γυναικεία ταυτότητα και στους τρόπους άρνησης της προσφοράς ναρκωτικών από τους φίλους τους ή άλλους άνδρες του περιβάλλοντός τους.

Σε ηλικία μεταξύ 15 και 16 ετών, τα αγόρια και τα κορίτσια έχουν την τάση να πειραματίζονται το ίδιο με την κάνναβη. Εντούτοις, από τα 20 έως τα 24, παρατηρείται περισσότερη χρήση από άνδρες παρά από γυναίκες. Σύμφωνα με τα στοιχεία, οι διαφορές φύλου στην επικράτηση της χρήσης κατά τους 12 τελευταίους μήνες και στη χρήση συγκεκριμένων ναρκωτικών είναι ακόμη πιο αξιοσημείωτες. Καθώς τα κορίτσια μεγαλώνουν, εμφανίζονται και ενισχύονται περαιτέρω διαφορές στη χρήση ναρκωτικών με βάση το φύλο. (Μάτσα, 2001).

Σε αντίθεση με τα παράνομα ναρκωτικά, η χρήση φαρμάκων, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, είναι συνηθέστερη στις γυναίκες, διαφορά η οποία αυξάνεται με την ηλικία. Ο κοινωνικός στιγματισμός είναι μικρότερος, ωστόσο οι κίνδυνοι για την υγεία από την τακτική χρήση τέτοιων φαρμάκων είναι σημαντικοί. (Μεσημέρης, 2009).

Ανέκδοτες (μη-επιστημονικές) αναφορές από τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο υποδηλώνουν κάποιες ανησυχίες για αύξηση των κρουσμάτων μόλυνσης από τον ιό HIV και της ηπατίτιδας Β' σε ορισμένες γυναίκες χρήστες ναρκωτικών. Υποστηρίχθηκε, ότι πρόκειται για το αποτέλεσμα πιο επικίνδυνης συμπεριφοράς ενδοφλέβιας χρήσης, από τις γυναίκες ή σεξουαλικών σχέσεων χωρίς προφύλαξη. Οι διαφορές μεταξύ άνδρα και γυναίκας έχουν τις ρίζες τους σε έναν προφανή φυλετικό διμορφισμό. Η πλειοψηφία των πολιτισμών έχουν δημιουργήσει μια διαφοροποίηση των κοινωνικών ρόλων, μεταξύ των φύλων, κατά την οποία τα κοινωνικά φύλα θεωρούνται όχι μόνο ανόμοια αλλά και ανταγωνιστικά. Βιολογικές διαφορές, όπως η εγκυμοσύνη των γυναικών ή η μεγαλύτερη σωματική δύναμη των αντρών έχουν καθορίσει την ανάθεση των παραδοσιακά διχοτομούμενων ρόλων: ένα χαρακτηριστικό για τους άντρες και ένα άλλο χαρακτηριστικό για τις γυναίκες, τόσο στην εκπαίδευση όσο και στην οικογένεια, την απασχόληση, ακόμη και στις διαπροσωπικές σχέσεις της δύναμης. Παρά το γεγονός ότι ορισμένοι

διαχωρισμοί με βάση τις βιολογικές διαφορές έχουν ξεπεραστεί από τις τεχνολογικές αλλαγές, το κοινωνικό σύστημα, ακόμη και στις πιο προηγμένες κοινωνίες, προωθώντας τη διαίωνιση αυτής της διχοτόμησης των ρόλων. (Μάτσα, 2001).

Στις τρέχουσες κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες, η μεταβλητή του φύλου αποτελεί βασικό σημείο αναφοράς, κατά την ανάλυση και κατανόηση της σημασίας και της επίδρασης ορισμένων κοινών εξωτερικών διαφορών, μεταξύ ανδρών και γυναικών στο μέτρο που οι κοινωνικές στάσεις και οι επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής σχετίζονται. Η στάση απέναντι σε αυτή την κατάσταση θεωρήθηκε ως μία σχετική πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς, καθώς και στις ψυχολογικές διεργασίες και στις κοινωνικές συμπεριφορές. Οι στάσεις απέναντι στις κοινωνικές πτυχές, όσον αφορά τη σχέση της ισότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών, έχουν έναν ειδικό και καθοριστικό παράγοντα στην αντικειμενική και υποκειμενική διάσταση της ποιότητας ζωής και, σε μία γενική έννοια του όρου, συμπεριλαμβάνεται η υγεία. (Μεσημέρης, 2009).

Η ικανότητα να αναπτύσσουμε έναν ισχυρό και αυτόνομο ρόλο, είναι μία διαδικασία η οποία πρέπει όχι μόνο να αναπτυχθεί κατά τα πρώτα χρόνια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, αλλά να συνεχιστεί στα διάφορα στάδια της ενήλικης ζωής. Οι εμπειρίες από τη συμμετοχή στην οικογένεια, στο σχολείο, το χώρο εργασίας κλπ. αποτελούν βασικούς παράγοντες για την κατανόηση των δυνατοτήτων, των περιορισμών και των εμποδίων που επηρεάζουν τη συμμετοχή των γυναικών στο κοινωνικό σύστημα. Η παραδοχή ενός ενεργού κοινωνικού ρόλου δεν παράγεται σε απομονωμένα υποκείμενα, αλλά σε άτομα που συνδέονται με το καθημερινό πλαίσιο της αλληλεπίδρασης μεταξύ των κοινοτήτων. (Μεσημέρης, 2009).

Ως εκ τούτου, για να κατανοήσουμε τη διαφορετικότητα της επίδρασης μεταξύ των γυναικών και των αντρών στη χρήση ναρκωτικών, είναι απαραίτητο να εισέλθουμε σε ένα πιο κοινωνικό έδαφος όπου οι συνθήκες της ατομικής ταυτότητας είναι εγκατεστημένες. Η προοπτική του φύλου επιτρέπει την ανάλυση των σχέσεων εξουσίας και της επιρροής στη διαμόρφωση της ταυτότητας των γυναικών. (Μάτσα, 2001).

Το ιεραρχικό μοντέλο της οικογένειας βασίζεται σε μία ιεραρχική σχέση της εξουσίας και των δραστηριοτήτων. Τα αρσενικά διαθέτουν τον ρόλο της αρχής και τα θηλυκά τον ρόλο του υποδεέστερου, ρόλοι τμηματοποιημένοι από την ιεραρχία των κοινωνικών ομάδων με διαφορετικό καθεστώς. Επιπλέον, οι δραστηριότητες που διατίθενται για άνδρες και γυναίκες, επίσης, καταλαμβάνουν μια θέση στην κοινωνική ιεραρχία. Οι δραστηριότητες των αντρών είναι μεγαλύτερης κοινωνικής αξίας και αυτές των γυναικών πιο υποτιμημένες. Οι δραστηριότητες των γυναικών είναι αυτές που έχουν την θεμελιώδη σημασία για την κοινωνική αναπαραγωγή (φροντίδα των μελών της οικογένειας και των οικιακών καθηκόντων), χωρίς την οποία καμία κοινωνική ομάδα δεν θα επιβίωνε, και η χρηστή διοίκησή τους καθορίζει την ποιότητα ζωής. Έτσι, οι γυναίκες υποβιβάζονται σε έναν κατώτερο κοινωνικό χώρο, αλλά τους κατανέμονται καθήκοντα θεμελιώδους σημασίας, τα οποία, παραδόξως, είναι υποτιμημένα. (Μεσημέρης, 2009).

Σε αυτό το μοντέλο των σχέσεων εξουσίας μεταξύ ανδρών και γυναικών προστίθενται ένα συνεχές διαλεκτικό παιχνίδι της υπέρβασης και της χρήσης των ρόλων προς όφελός τους, τόσο από τους άντρες αλλά πολύ περισσότερο από τις

γυναίκες, προκειμένου να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την υποδεέστερη θέση τους. Το παιχνίδι αυτό εξηγεί γιατί νέες μορφές κυριαρχίας του αρσενικού χώρου δημιουργούνται συνεχώς για να διατηρήσουν τη θέση της εξουσίας και ταυτόχρονα την παράβαση του γυναικείου χώρου. Αυτό είναι σημαντικό για δύο πτυχές που αφορούν αυτό το θέμα. Κατ' αρχάς, η δραστηριότητα της φροντίδας των άλλων, η αφοσίωση στην οικογένεια ως μέρος της γυναικείας ταυτότητας, είναι ένα δίκιο μαχαίρι, κάνει το θηλυκό περισσότερο εξαρτημένο από αυτούς τους άλλους, από τα αρσενικά, ιδίως, αλλά τους παρέχει επίσης μεγαλύτερη δύναμη και ισχύ, δεδομένου ότι η εξέλιξη της καθημερινής ζωής και η συναισθηματική σφαίρα των οικογενειών τους εξαρτάται από αυτές. Υπάρχουν πολλές γυναίκες που ταυτίζονται με τον ρόλο του φροντιστή. Δεύτερον, στις κοινωνίες μας, οι ανδρικές αξίες δεν διαιώνονται μόνο αλλά ενισχύονται προσδίδοντας περισσότερη αξία στις δραστηριότητες και τους χώρους που παραδοσιακά είναι ανδρικοί όπως η εργασία/ο επαγγελματίας, και διατηρώντας τις παραδοσιακές γυναικείες δραστηριότητες σε υποτιμητική θέση αν και οι γυναίκες, την ίδια στιγμή, εισέρχονται όλο και περισσότερο στο χώρο της εργασίας. Μερικές γυναίκες προσπαθούν να ενσωματωθούν στον χώρο με περισσότερο κύρος -επαγγελματικό- και αποστασιοποιούνται από τα οικιακά και τη φροντίδα. Άλλες όμως δεν το επιτυγχάνουν και παραμένουν στον πιο υποτιμημένο χώρο. Στην περίπτωση των νεότερων γυναικών, οι οποίες πλήττονται περισσότερο από τις κοινωνικές αλλαγές, μερικές λαμβάνουν θετικά τον παραδοσιακό ρόλο και συνεχίζουν να αναζητούν καταφύγιο στην αόρατη δύναμη και στο δυναμικό που τους προσδίδει η θέση τους. Άλλες, αντιθέτως, υφίστανται τον κατακερματισμό της ταυτότητάς τους. Δεν ενσωματώνονται ούτε στον παραδοσιακό ρόλο ούτε στο χώρο του κύρους. Σε κάθε μία από αυτές τις θέσεις, οι γυναίκες είναι ευάλωτες να προστατεύσουν τον εαυτό τους με διαφορετικούς τρόπους και αυτό σημαίνει ότι θα αντιμετωπίσουν την χρήση των ναρκωτικών και της τοξικομανίας με διαφορετικές προσωπικές και κοινωνικές προσφυγές, τόσο σε σχέση με άλλες γυναίκες, όπως και σε σχέση με τους άντρες στην ομάδα τους (Μεσημέρης, 2009).

Η πλειοψηφία των ερευνητών που έχουν μελετήσει τις γυναίκες τοξικομανείς βρίσκουν σημαντικές διαφορές, μεταξύ ανδρών και γυναικών τοξικομανών. Οι γυναίκες λαμβάνουν χαμηλότερες ποσότητες ναρκωτικών, αλλά εθίζονται πολύ πιο γρήγορα, λαμβάνουν περισσότερα ηρεμιστικά και κατασταλτικά. Παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, έχουν λίγους οικονομικούς πόρους και ενδιαφέρονται περισσότερο από τους εταίρους τους για την επιβίωση τους μέρα με τη μέρα. Ο εθισμός στα ναρκωτικά συνεπάγεται υψηλότερους κινδύνους για τις γυναίκες και έχει σοβαρές επιπτώσεις στα παιδιά τους. Επίσης, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, οι γυναίκες υποφέρουν συχνά από επεισόδια σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης (Μάτσα, 2001).

Οι γυναίκες τοξικομανείς έχουν διαφορετικά κίνητρα, τόσο για την μύηση όσο και για τη συνεχή χρήση και κύρια κίνητρά τους για την εγκατάλειψη των ναρκωτικών είναι η φροντίδα και η επιμέλεια των παιδιών τους. Τέλος, οι γυναίκες παρουσιάζουν ειδικές θεραπευτικές ανάγκες (Stocco P., et al., 2000: 27).

4.1.1 Κοινωνικές συνέπειες της γυναικείας εξάρτησης

Οι συνθήκες ζωής της εξαρτημένης γυναίκας, στην πλειονότητα τους, είναι άσχημες. Η συνάντησή τους με την κατάσταση της εξάρτησης από ουσίες διαμορφώνει όρους ακόμα μεγαλύτερης απαξίωσης, οδηγώντας γρήγορα την εξαρτημένη γυναίκα σε πλήρη περιθωριοποίηση και εξαθλίωση (Μάτσα, 2001). Έτσι, η γυναίκα – χρήστης, καθώς δεν έχει την ηθική, συναισθηματική και οικονομική υποστήριξη της οικογένειάς της, οδηγείται σε παραβιάσεις του νόμου, σχετικά με τα ναρκωτικά ή την πορνεία, για να εξασφαλίσει τη ουσία που έχει ανάγκη. (Μεσημέρης, 2009).

Την τελευταία εικοσαετία οι θάνατοι από ναρκωτικές ουσίες σε όλη την Ευρώπη έχουν υπερδιπλασιαστεί, σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA, 2010).

Επιπλέον, μελέτες που έχουν γίνει στο Βέλγιο, στην Γερμανία, στην Ελλάδα, στην Γαλλία καθώς και στο Ηνωμένο Βασίλειο, δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό χρηστών ουσιών κάνει κοινή χρήση σύριγγας, πολλές φορές και σε ποσοστό 100% (EMCDDA, 2010).

Η γυναίκα χρήστης ουσιών δεν είναι απλώς παραβάτης του ποινικού δικαίου, αλλά αντίθετα είναι πολλοί οι παράγοντες που έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στη ζωή της, ώστε η χρήση ουσιών να φαντάζει σαν μια παράδοξη μορφή αυτό-θεραπείας. Η ένταξη στο κοινωνικό περιθώριο και στην παραβατικότητα είναι σύμπτωμα αιτιών που οι ρίζες τους απλώνονται στην πρώιμη παιδική ηλικία, την εφηβεία, αλλά και το οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η αντιμετώπιση της γυναικείας χρήτριας ουσιών από το σωφρονιστικό σύστημα, σαν κοινού παραβάτη, αποβαίνει μάταιη και τις περισσότερες φορές προκαλεί χειροτέρευση της κατάστασής της. Επίσης, διαφαίνεται η διαφορετικότητα της ψυχοσυναισθηματικής και κοινωνικής κατάστασης του άνδρα χρήστη και της γυναικείας χρήτριας ουσιών (Τέντης, 2003).

Οι χρήτριες διαπράττουν λιγότερα εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας από ότι οι άνδρες και πολύ συχνά υποστηρίζουν τις ναρκωτικές τους συνήθειες μέσω της βιομηχανίας του σεξ. Η πορνεία είναι μια καθιερωμένη πηγή εισοδήματος για πάνω από 60% των χρηστών. Η σύνδεση ανάμεσα στη γυναικεία χρήση ουσιών και στην πορνεία έχει προκαλέσει μεγάλο προβληματισμό σχετικά με τον κίνδυνο μεταδοτικών μολυσματικών ασθενειών αναγκάζοντας τις θεραπευτικές υπηρεσίες σε καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών των χρηστριών (Pomini & Nikolaou, 2002).

Έτσι, οι γυναίκες που δεν έχουν ένα υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον καταλήγουν στην πορνεία προκειμένου να προμηθευτούν την ουσία κατάχρησής τους. Η ζωή τους είναι η δόση και τίποτα άλλο. Πολλές από αυτές είτε γίνονται *call girl* είτε αναζητούν τους πελάτες τους στο δρόμο. Η καλή εμφάνιση παίζει καθοριστικό ρόλο στην αμοιβή που θα πάρουν. Οι λευκές γυναίκες κερδίζουν περισσότερα χρήματα απ' ό,τι οι μαύρες γυναίκες. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, το άτομο που τους προμηθεύει τη δόση, να τις εκμεταλλεύεται οικονομικά. Βρίσκει εκείνος τους «πελάτες» και πολλές αναφέρουν ότι μπορεί να έχουν μέχρι και 50 πελάτες την ημέρα (NIDA, 1994).

Οι πελάτες αυτοί συνήθως δεν είναι χρήστες ουσιών με αποτέλεσμα η κατηγορία αυτή των χρηστών να είναι η ομάδα με την πλέον επικίνδυνη συμπεριφορά

για τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών στο γενικό πληθυσμό. Αν και οι έρευνες έδειξαν ότι οι χρήστες ναρκωτικών άλλαξαν σε σημαντικό βαθμό την συμπεριφορά τους σχετικά με την εναλλαγή κοινής σύριγγας, δεν φαίνεται να άλλαξαν αντίστοιχα τις συνήθειές τους σχετικά με την ερωτική συναλλαγή (EMCDDA, 2010).

4.1.2 Επιβάρυνση της υγείας ως συνέπεια της γυναικείας εξάρτησης

A) Σωματική - Σεξουαλική υγεία

Υπάρχουν πολλές συνέπειες που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση της χρήσης των ναρκωτικών και των ιδιομορφιών της εξαρτημένης γυναίκας που τα λαμβάνει. Μερικές από αυτές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον (Sale Puig, 1989).

Οι σεξουαλικές σχέσεις των εθισμένων στην ηρωίνη υποβιβάζονται σε δευτερεύον επίπεδο εξαρτώμενες από την εθιστική συμπεριφορά και τη χρήση σύριγγας. Αυτό ενεργεί ως βάση για ψυχαναλυτικές θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν τον εθισμό και συγκεκριμένα τη σύνδεση της βελόνας και τα επακόλουθα αυτής, συμπεριλαμβανομένης και της εισροής της ουσίας στη φλέβα ως υποκατάστατο για τον αυνανισμό, έναν μηχανισμό προγεννητικής καθήλωσης στο πρωκτικό-σαδιστικό στάδιο και μια επαναλαμβανόμενη επιθυμία, όπως αναφέρει ο Sale Puig (1989).

Κατά βάση η σεξουαλικότητα των εθισμένων πρέπει να αντιπροσωπεύει μόνο ένα ατομικό πρόβλημα, το αποτέλεσμα της σεξουαλικής αναισθησίας, η οποία προκύπτει από τον εθισμό στην ηρωίνη. Παρόλα αυτά, η αλήθεια είναι ότι η ερωτική ασυδοσία, η έλλειψη υγιεινής και η πορνεία, όπως επίσης και η πνευμονολογική επιδείνωση δείχνουν ότι οι σεξουαλικές ασθένειες είναι συνήθεις στις χρήστριες. Επιπλέον, σύμφωνα με αναφορές των τελευταίων χρόνων που έχουν εκδοθεί από το Επιδημιολογικό Πρόγραμμα Επαγρύπνησης για το AIDS δείχνουν μία αύξηση μετάδοσης του ιού στις περιπτώσεις όπου υπάρχει ετεροσεξουαλική σχέση με τις γυναίκες να μολύνονται περισσότερο. Επιπροσθέτως, η σχέση μεταξύ σεξουαλικής δραστηριότητας και του κινδύνου μόλυνσης από τον HIV δεν είναι μόνο ένα ανησυχητικό χαρακτηριστικό των εθισμένων από τα ναρκωτικά ατόμων. Ανάλογο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αύξηση επικίνδυνης συμπεριφοράς στις εφήβους που χρησιμοποιούν ναρκωτικά, κυρίως έκσταση ή άλλα διεγερτικά, τα οποία κάνουν τις σεξουαλικές σχέσεις «πιο εύκολες» παράγοντας αυξημένη λίμπιντο, μη αναστολή του αυτοελέγχου και μειωμένη ικανότητα να λάβουν μέτρα για να μειώσουν το κίνδυνο, όπως για παράδειγμα να χρησιμοποιήσουν ναρκωτικά σύμφωνα με τον Shaphiro (2009).

Σε κάθε περίπτωση, η μόλυνση από τον HIV είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για τη χρήστρια, από τη μία λόγω της κοινής χρήσης σύριγγας και από την άλλη λόγω της εξάπλωσης του ιού μέσω των σεξουαλικών σχέσεων, οι οποίες, αν συμβούν με άνδρες οι οποίοι κάνουν και οι ίδιοι χρήση, τότε ο κίνδυνος πολλαπλασιάζεται. Ταυτόχρονα 70% των περιπτώσεων των γυναικών με AIDS είναι χρήστριες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών ή έχουν σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες που κάνουν

ενδοφλέβια χρήση ουσιών σύμφωνα με τα δεδομένα που εξέδωσε η NIDA(1994). Στην Ισπανία σύμφωνα με τον Parras (1997) αυτό το ποσοστό αγγίζει το 80% των γυναικών με AIDS.

Οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες συμβαίνουν συχνά ανάμεσα σε χρήστες, κυρίως σε γυναίκες, όπως δήλωσε ο Rosemberg (1992). Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ύπαρξη αυξανόμενης σεξουαλικής δραστηριότητας χωρίς προφύλαξη μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης από τον HIV μέσω των ετεροσεξουαλικών σχέσεων.

Η χρήστρια έχει έναν ισχύον αποφασιστικό ρόλο στην επιλογή αποτελεσματικών μεθόδων προφύλαξης στις σεξουαλικές σχέσεις. Εάν, παρόλο που οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών χρησιμοποιούν ασφαλείς μεθόδους κατά τη χρήση, εξακολουθούν να κινδυνεύουν από τον HIV, τότε καθίσταται απαραίτητη η μείωση του κινδύνου στη σεξουαλική τους συμπεριφορά, εφόσον, σύμφωνα με τους συγγραφείς Rhodes και Quirk (1995), η μετάδοση του HIV, της ηπατίτιδας B και C και άλλων ασθενειών με αυτούς τους τρόπους αυξάνεται ολοένα και περισσότερο ανάμεσα στις χρήστριες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών και των σεξουαλικών συντρόφων τους.

Το συμπέρασμα που διεξάγεται από τις έρευνες των διαφόρων συγγραφέων είναι ότι η γυναικεία εξάρτηση πολλαπλασιάζει τους κινδύνους και τις περιπλοκές στη σεξουαλικότητα και σύμφωνα με τον Gossop (1993:144-157), «επειδή η εξάρτηση από την ηρωίνη συσχετίζεται με την παρουσία και τη συχνότητα της πορνείας και της χαμηλής αναγνώρισης αυτών των συμπεριφορών», ένα από τα κυριότερα θέματα προφύλαξης και θεραπείας των χρηστριών πρέπει να είναι η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και η ενημέρωση για τις ασφαλείς σεξουαλικές μεθόδους. Η χρήση του προφυλακτικού πρέπει να είναι πάντα μια ομόφωνη και όχι ατομική απόφαση, να βασίζεται στην εμπιστοσύνη και στη σταθερότητα του σεξουαλικού συντρόφου και επιπλέον να γίνεται σωστά.

B) Ψυχική Υγεία

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα μελετών που υποστηρίζουν ότι η χρήση ουσιών έχει σχέση με την αιτιολογία και την πρόγνωση διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών, όπως συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολίες προσοχής, διαταραχές τύπου υπερδραστηριότητας, αντικοινωνική συμπεριφορά, αγχώδεις διαταραχές, δισθυμικού τύπου καταστάσεις, φοβικά σύνδρομα, σχιζοφρενικόμορφα συμπτώματα και αυτοκτονικός ιδεασμός. Από την άλλη πλευρά υποστηρίζεται ότι οι υπάρχουσες ψυχοπαθολογικές διαταραχές παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία προδιάθεσης για την κατάχρηση ουσιών. Οι χρήστριες δεν φαίνεται να επιλέγουν τυχαία τις διάφορες ουσίες κατάχρησης. Τα οποιοιδήποτε επιλέγονται για τη σημαντική κατασταλτική τους επίδραση στα αποδιοργανωτικά και απειλητικά συναισθήματα οργής και επιθετικότητας που βιώνει η χρήστρια, ενώ η κοκαΐνη προτιμάται για την ικανότητά της να ανακουφίζει διάφορες διαταραχές σχετικές με κατάθλιψη, υπομανία και υπερδραστηριότητα (Λιάππας & Πομίνη, 2004).

Συγκριτικά με το άλλο φύλο, οι γυναίκες δηλώνουν πιο συχνά απόπειρες αυτοκτονίας. Διάφορες έρευνες σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας έδειξαν ότι τα ποσοστά απόπειρας από οποιοιδήποτε κυμαίνονται μεταξύ 8% και 67% (Σκορδά, 1995).

Οι Dekin και Buka (1994) επισήμαναν υψηλό ποσοστό απόπειρας αυτοκτονίας σε δείγμα εφήβων τοξικομανών (28% στους άνδρες και 61% στις γυναίκες). Ο Vertheim (1994) αναφέρει ποσοστό 44% αυτοκτονικών ατόμων μεταξύ των χρηστών ουσιών που παρακολουθούν προγράμματα μεθαδόνης. Η ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης, το αίσθημα απελπισίας και απουσίας ενδιαφέροντος για τη ζωή είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά των τοξικομανών γυναικών που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν.

Η γυναίκα διαφέρει από τον άνδρα τοξικομανή και ως προς τον τρόπο με τον οποίο βιώνει ψυχολογικά και κοινωνικά την τοξικομανία της. Η ίδια η στροφή της στις ουσίες και στον κόσμο τους, πιθανόν είναι μια προσπάθεια για να αντέξει τη ζωή της. Πιθανόν είναι και μια μορφή διαμαρτυρίας, εξέγερσης ενάντια στον παραδοσιακό γυναικείο ρόλο της συζύγου, της μητέρας, της νοικοκυράς. Όμως αυτή η εξέγερση δεν υπήρξε απελευθερωτική για αυτήν, γιατί παρέμεινε παγιδευμένη στα κοινωνικά στερεότυπα για τη γυναίκα που είχε και η ίδια εσωτερικεύσει. Στερεότυπα που την κρατούν εγκλωβισμένη να αντιλαμβάνεται τον εαυτό της μέσα από τις σχέσεις τις με τους άλλους, εξαρτώντας την αυτοεκτίμηση της από την αποδοχή των άλλων. Γι' αυτήν την εξέλιξη όπως αναφέρει ο Bennett et al, 1988 (Μάτσα & Σφηκάκη, 2008) σηματοδοτείται από τη δημιουργία σημαντικών συναισθηματικών δεσμών.

Μέσα της γίνεται μια μάχη, μια διαρκής αντιπαράθεση ανάμεσα στον χαοτικό τρόπο ζωής, στον οποίο την καταδικάζει η τοξικομανία της, και στον «φυσιολογικό», τον τακτικό τρόπο ζωής, με τον οποίο συνυφαίνεται ο ρόλος της «κανονικής» γυναίκας. Μέσα από τέτοιες εσωτερικές αντιπαράθεσεις και συγκρούσεις διαμορφώνεται ο ψυχισμός της, που κυριαρχείται από το στοιχείο της άρνησης εαυτού της και των άλλων. Έχει μια αρνητική εικόνα εαυτού, μια αρνητική εικόνα για τον κόσμο. Νιώθει τρομακτική ανασφάλεια και αυτό-υποτίμηση, ντροπή, θυμό, ενοχή. Τίποτα δεν την ικανοποιεί και ταυτόχρονα αισθάνεται ανήμπορη να αλλάξει, καταδικασμένη στην καθημερινή μιζέρια. Αυτό την κάνει επιθετική, με βίαια ξεσπάσματα, συχνά αυτοκαταστροφική. Ο τρόπος με τον οποίο συμπεριφέρεται η τοξικομανής γυναίκα συγκεντρώνει τα χειρότερα στοιχεία της στάσης των άλλων απέναντι της, την πρόκληση, τη χειριστικότητα, τη βία, το ψέμα, τη χυδαιότητα. Ίσως να αποτελεί και αυτό μια μορφή άμυνας απέναντι στη σκληρότητα της κοινωνίας που τη βιώνει καθημερινά (Μάτσα & Σφηκάκη, 2008).

Η συναισθηματική αστάθεια που την χαρακτηρίζει συνυπάρχει με την πλήρη, συνήθως, απουσία κοινωνικών στηριγμάτων στη ζωή της από τα παιδικά της χρόνια μέχρι σήμερα. Η ζωή της είναι μια κόλαση. Παρόλα αυτά είναι αυτή συνήθως που φροντίζει τον άνδρα τοξικομανή, ως σύζυγος, ως σύντροφος, ως μητέρα, ως αδερφή του. Όπως αποδεικνύεται από σχετικές έρευνες, γυναίκες σε μεγαλύτερα ποσοστά από τους άνδρες συμβιώνουν με εξαρτημένα πρόσωπα. Πολλές από αυτές στρέφονται στα ναρκωτικά αφού έχουν επί χρόνια συμβιώσει με κάποιο εξαρτημένο άτομο. Σε αυτές τις περιπτώσεις της συν-εξάρτησης, παίζει αναμφίβολα σημαντικό ρόλο για τη στροφή στις ουσίες το στρες που προκαλεί αυτή η συμβίωση. Άλλωστε δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις των γυναικών, που κάνουν υποτροπή ακόμα και μετά την ολοκλήρωση ενός θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης, μέσα σε όρους συμβίωσης με τοξικομανή (σύζυγο, αδερφό, πατέρα) (Μάτσα & Σφηκάκη, 2008).

4.2 Χαρακτηριστικά εξαρτημένων γυναικών

Την τελευταία δεκαετία εμφανίζεται όλο και περισσότερο η θεωρητική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία το κάθε φύλο εμπλέκεται διαφορετικά από το άλλο στη χρήση ουσιών και ακολουθεί μια διαφορετική πορεία από την έναρξη της χρήσης ως την αναζήτηση θεραπείας, κάτι το οποίο προκύπτει από ερευνητικές εκτιμήσεις των φορέων θεραπείας (Μεσημέρης, 2009).

Οι διαφυλικές διαφορές εντοπίζονται σε ποικίλους τομείς, όπως είναι τα αίτια της έναρξης της χρήσης, οι ουσίες εξάρτησης και ο τρόπος χρήσης τους, η αναζήτηση της θεραπείας και η θεραπευτική προσέγγιση, ο χρόνος που το κάθε φύλο χρειάζεται για να περάσει από το ένα στάδιο χρήσης στο άλλο, αλλά και η ηλικία στην οποία βρίσκεται το κάθε φύλο σε κάθε στάδιο της χρήσης. Τα αίτια των διαφυλικών διαφορών συνοψίζονται στο γεγονός ότι τα δύο φύλα διαφέρουν τόσο ως προς τον ψυχισμό τους, όσο και ως προς την κοινωνική ταυτότητα του φύλου τους (Μεσημέρης, 2009).

Στον διεθνή χώρο, κατά την τελευταία δεκαετία, αυξήθηκαν οι ανάγκες για πληρέστερη μελέτη, διερεύνηση και κατανόηση της ιδιαίτερης σχέσης των γυναικών με ψυχοτρόπες ουσίες. Επιδημιολογικές μελέτες σε ανεπτυγμένες χώρες έδειξαν πως, ενώ το προσδόκιμο ζωής των γυναικών είναι σταθερά ανώτερο από αυτό των ανδρών, το επίπεδο υγείας τους είναι χαμηλότερο. Αυξημένα ποσοστά καρκίνου, καρδιακών νοσημάτων, ψυχικών διαταραχών, αυτοκτονικών συμπεριφορών, κακοποιήσεων, χρήσης και κατάχρησης ψυχοφαρμάκων επιβεβαιώνουν το υψηλό ποσοστό νοσηρότητας του γυναικείου πληθυσμού. Επιπλέον οι γυναίκες, εκδηλώνουν σωματικά συμπτώματα και φοβίες σε διπλάσια ποσοστά από τους άνδρες, ενώ πάσχουν συχνότερα από κόπωση, κρίσεις πανικού, αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης, ψυχαναγκαστική και καταναγκαστική διαταραχή και κατάθλιψη (Στέκα, 2004).

«Η τοξικομανής είναι μια τραγική φιγούρα, η οποία πρέπει να προσεγγίζεται με σεβασμό στον τεράστιο πόνο της, που καλύπτεται συνήθως από την τραυματική, και σε όλα τα επίπεδα εξαθλίωσή της», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει στη σελ 282 η Μάτσα (2007). Αυτές οι γυναίκες, που σε μια κρίσιμη στιγμή της ζωής τους συναντήθηκαν με τα ναρκωτικά, είχαν πίσω τους δραματικές εμπειρίες. Στερήθηκαν πολύ ωρίς, συνήθως πριν από τα 18 τους χρόνια, τον έναν ή και τους δύο γονείς, λόγω χωρισμού, θανάτου, τοποθέτησής τους σε ίδρυμα ή υιοθεσίας. Βίωσαν με πόνο και απόγνωση τη βία που ασκήθηκε με πολλούς τρόπους πάνω τους, την εκμετάλλευση, ακόμα και από τα δικά τους πρόσωπα. Μέσα τους υπάρχει ένα τεράστιο κενό, ανία, πίκρα, οδύνη, απελπισία, φόβος, ντροπή, ανασφάλεια, ενοχή και μοναξιά. (Μάτσα, 2007).

Η εξαρτημένη από ουσίες γυναίκα είναι διπλά στιγματισμένη- ως γυναίκα με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και ως εξαρτημένη γυναίκα- και έτσι διπλά καταπιεσμένη, διπλά αποκλεισμένη. Το κοινωνικό σύνολο την αποστρέφεται, την θεωρεί «μίασμα», φορέα καταστροφής κοινωνικών θεσμών και παραδόσεων, μικροαστικών συμβάσεων και ηθικολογικών αρχών, πηγή κοινωνικών δεινών. Γιατί είναι σε εποχές βαθιάς κοινωνικής κρίσης, σαν την σημερινή, που κινητοποιείται αυτόματα ο μηχανισμός δημιουργίας εξιλαστήριων θυμάτων και την μετατρέπει σε αποκλειστική σχεδόν αιτία του κοινωνικού κακού, δίνοντάς της ακόμα περισσότερο απ' τον τοξικομανή άνδρα, το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου (Μάτσα, 1998).

Αυτό είναι σε αδρές γραμμές το περίγραμμα, ψυχολογικό και κοινωνικό, της κατάστασης της ουσιοεξαρτημένης γυναίκας. Δεν υπάρχει ιδιαίτερο προφίλ, υπάρχουν όμως, ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά που συνάγονται τόσο από την διεθνή βιβλιογραφία, όσο και από την κλινική εμπειρία του μοναδικού αυτή την στιγμή προγράμματος για γυναίκες στην Ελλάδα (Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γυναικών και Μητέρων – 18 άνω), που την διαφοροποιούν από τον αντίστοιχο ανδρικό πληθυσμό των εξαρτημένων, και συνοψίζονται στα εξής:

- § Οι γυναίκες χρήστριες κάνουν οι ίδιες την πρώτη επαφή με τα προγράμματα απεξάρτησης σε ποσοστό 54% (Καλαμβοκίδου & Ράλλη, 2000).
- § Στις γυναίκες τοξικομανείς παρατηρούνται μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας.
- § Στις γυναίκες τοξικομανείς παρατηρούνται συνήθως μεγαλύτερα ποσοστά συννοσηρότητας απ' ότι στους άνδρες. Το αυξημένο ποσοστό συννοσηρότητας αφορά και άλλα μέλη της οικογένειας, που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Οι συχνότερες διαταραχές που συνυπάρχουν με την τοξικομανία είναι η κατάθλιψη, η ψυχογενής ανορεξία, η βουλιμία, οι κρίσεις πανικού. Επίσης είναι συχνότερες στις γυναίκες τοξικομανείς οι απόπειρες αυτοκτονίας.
- § Το πρόσωπο που λειτουργεί ως «σημαντικός άλλος» είναι συνήθως εξαρτημένο από ουσίες. Οι γυναίκες χρήστριες προσελκύονται συχνά στην χρήση από τους συντρόφους τους. Οι περισσότερες γυναίκες ξεκινούν την χρήση ναρκωτικών σε μια προσπάθεια να «σώσουν» την σχέση τους, θέλοντας να μοιραστούν τα ίδια συναισθήματα και τις ίδιες εμπειρίες με τον σύντροφό τους. Οι γυναίκες αυτές υποτιμούν πολύ τους πιθανούς κινδύνους, που φτάνουν σε σημείο να δοκιμάσουν και οι ίδιες την χρήση. Έτσι, εμφανίζεται το φαινόμενο της «διπλής εξάρτησης», εξάρτησης δηλαδή τόσο από την ουσία όσο και από τον σύντροφο (Στρατίκη, 2006).
- § Οι όροι της ζωής τους είναι χειρότεροι από αυτούς των εξαρτημένων ανδρών. Το 1/3 των γυναικών είναι άστεγες και το 95% άνεργες. Το 50% έχουν παιδιά, που τα μεγαλώνουν μόνες τους, χωρίς καμία οικονομική και άλλη στήριξη από τον πατέρα των παιδιών ή την πατρική οικογένεια. Κάτω από την κοινωνική κατακραυγή, η πόρτα του πατέρα ή της μητέρας έχει κλείσει πια οριστικά για αυτές, οι δεσμοί έχουν βαθιά διαρραγεί, οι σχέσεις τους έχουν καταστραφεί.
- § Σχεδόν το 50% των εξαρτημένων γυναικών καταφεύγει στην πορνεία, για να βρει τη δόση του και για να επιβιώσει. Το αντίστοιχο ποσοστό στους άντρες φτάνει το 6%.
- § Το ποσοστό μόλυνσης από τον ιό HIV είναι μεγάλο (14 - 18%), μεγαλύτερο, όπως συνάγεται από την διεθνή βιβλιογραφία, από το αντίστοιχο των εξαρτημένων ανδρών.
- § Οι γυναίκες ολοκληρώνουν την συνεργασία με τις υπηρεσίες σε ποσοστό 50% (Καλαμβοκίδου & Ράλλη, 2000).

- § Στο ιστορικό των τοξικομανών γυναικών, και σε μικρότερη συχνότητα των ανδρών, υπάρχουν εμπειρίες κακοποίησης, σεξουαλικής και άλλης, κατά την παιδική τους ηλικία, συχνά από πρόσωπα της οικογένειας (Μάτσα, 2007).
- § Οι γυναίκες μοιράζονται πιο συχνά τις βελόνες με τους συντρόφους τους, και άρα πιο επιρρεπείς σε μολύνσεις, όπως HIV και ηπατίτιδες (Pomini & Nikolaou, 2002).
- § Στις γυναίκες εμφανίζονται μεγαλύτερα ποσοστά συννοσηρότητας σε ποσοστό 56,75%. Πιο αναλυτικά: συμπτώματα κατάθλιψης σε ποσοστό 28,37%, αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστό 14,86%, διαταραχές στη λήψη τροφής 2,70% και ψυχωσική συνδρομή 2,70%.
- § Ένας στους τρεις άνδρες (30,3%) και περίπου οι μισές γυναίκες κάνουν κοινή χρήση σύριγγας. Η διαφορά αυτής της συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ηλικιακή ομάδα των κάτω από 19, όπου οι άνδρες κάνουν κοινή χρήση σύριγγας σε ποσοστό 14,3% ενώ οι γυναίκες σε ποσοστό 57,1%. Στην ηλικιακή ομάδα των 20-29 τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 30,3% για τους άνδρες και 55% για τις γυναίκες, ενώ στην ηλικιακή ομάδα των πάνω από 30 δε φαίνεται να διαφοροποιείται η συμπεριφορά (31,5% για τους άνδρες και 33,3% για τις γυναίκες) (ΚΕΘΕΑ, 1995).
- § Συνήθως, οι γυναίκες που κάνουν χρήση έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους από ότι οι άνδρες. Η καταναγκαστική συμπεριφορά του συντρόφου που κάνει χρήση, εστιάζει στην απομάκρυνση της γυναίκας από τα υποστηρικτικά πλαίσια, όπως η οικογένεια και οι φίλοι. Η κοινωνική απομόνωση προκαλεί περαιτέρω εξάρτηση από το σύντροφο, δίνοντας έτσι στον τελευταίο την ευκαιρία να την αναγκάσει να κάνει χρήση και άλλων ψυχοτρόπων ουσιών. Ο γυναικείος εθισμός παρέχει στον σύντροφο, που κάνει κατάχρηση ακόμη περισσότερο έλεγχο, αφού μπορεί να την εκμεταλλευτεί, όσο εκείνη βρίσκεται υπό την επήρεια ουσιών ή να την απειλήσει με στέρηση της ουσίας, στην οποία εκείνη είναι εξαρτημένη, αν δεν συμφωνεί μαζί του (Στρατίκη, 2006).
- § Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρηστών διαμένει με την γονική οικογένεια. Ακόμα και στην ηλικιακή ομάδα άνω των 30 ετών, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στα 68,8% για τους άνδρες και 57,6% για τις γυναίκες. Επιπλέον περισσότερες γυναίκες (ποσοστό 19,6%) από ότι άνδρες (ποσοστό 15,5%) συγκατοικούν με χρήστες (ΚΕΘΕΑ, 1995).
- § Το 87% των γυναικών ανέφεραν κάποιου είδους σωματικής κακοποίησης από οικείο τους άτομο, το 58% ανέφερε πολλαπλές επιθέσεις από οικείο τους πρόσωπο, το 64,5% ανέφερε σεξουαλική κακοποίηση από οικείο τους πρόσωπο και το 12,9% ανέφερε πολλαπλές σεξουαλικές επιθέσεις από οικείο τους πρόσωπο. Όλες αυτές οι αναφορές αφορούσαν τον τελευταίο χρόνο (NIDA, 1994).

- § Συχνά έχουν ανατραφεί σε ένα περιβάλλον που μπορεί να χαρακτηριζόταν από χαμηλά επίπεδα φροντίδας, υψηλό έλεγχο, υπερπροστατευτικότητα ή κακοποίηση. Επίσης πολλές γυναίκες προέρχονται από περιβάλλον με αυξημένη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών (NIDA, 1994).
- § Επιπλέον το 37,6% των ανδρών και το 37% των γυναικών δεν γνωρίζει αν έχει προσβληθεί από ηπατίτιδα, είτε έχει κάνει εξέταση (11,2% των ανδρών και 8% των γυναικών), είτε όχι. Στην ηλικιακή ομάδα των κάτω από 19 το ποσοστό αυτό είναι επίσης υψηλό (63,2% οι άνδρες με ένα ποσοστό 2,9% να έχει κάνει εξετάσεις, χωρίς να γνωρίζει τα αποτελέσματα, και 60,6% οι γυναίκες με ένα ποσοστό 3% να μην γνωρίζει το αποτέλεσμα των εξετάσεων που έχει κάνει) (ΚΕΘΕΑ, 1995).

Συμπερασματικά, οι γυναίκες που εθίζονται σε εξαρτησιογόνες ουσίες συνήθως έχουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα από ότι οι άνδρες, έχουν υπάρξει πιο πολλά τραυματικά γεγονότα στην ζωή τους και γι αυτό είναι και πιο ευάλωτες στην χρήση ουσιών. Η χρήση ουσιών είναι πολλές φορές ένας τρόπος για να ξεπεράσουν τους προσωπικούς τους φόβους και τις τραυματικές εμπειρίες. Μια εξαρτημένη γυναίκα είναι εκτεθειμένη σε περισσότερους κινδύνους και σε πιο πολλές απειλές από έναν άνδρα (Pomini & Nikolaou, 2002).

4.3 Κοινωνικός αποκλεισμός

Η χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών θα μπορούσε να θεωρηθεί ως συνέπεια ή ως αιτία του κοινωνικού αποκλεισμού. Μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης, όμως από την άλλη μεριά οι διαδικασίες κοινωνικής περιθωριοποίησης, μπορεί να αποτελέσουν αιτία για την έναρξη της χρήσης ναρκωτικών. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ της χρήσης ναρκωτικών και του κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι μία σχέση αιτιώδους συνάφειας, «διότι ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν ισχύει για όλους τους χρήστες ναρκωτικών», καθώς χρήστες με οικονομική ευρωστία αναφέρουν πως δεν αντιμετωπίζουν μορφές κοινωνικού αποκλεισμού (Μεσημέρης, 2009).

Στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών και που θα μπορούσαν να συμβάλουν στον κοινωνικό αποκλεισμό των εξαρτημένων ατόμων, περιλαμβάνονται το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η πρόωρη αποχώρηση και εγκατάλειψη του σχολείου, η ανεργία, οι χαμηλοί μισθοί και τα δύσκολα επαγγέλματα, το χαμηλό εισόδημα και τα χρέη, η έλλειψη ασφαλούς στέγης γενικότερα, η θνησιμότητα και τα συνδεδεμένα με τα ναρκωτικά νοσήματα, η περιορισμένη πρόσβαση σε περίθαλψη και ο κοινωνικός στιγματισμός. (Μεσημέρης, 2009).

Με βάση τα στοιχεία της Eurostat (2002), σχετικές διαφορές στις κοινωνικές συνθήκες χρήσης ναρκωτικών διαπιστώνονται με βάση τη χρησιμοποιούμενη ουσία και τα πρότυπα χρήσης ναρκωτικών, οι χειρότερες συνθήκες διαπιστώνονται στους χρήστες ηρωίνης και οπιούχων και στους χρόνιους τοξικομανείς. Στην πλειοψηφία των ατόμων που κάνει χρήση ουσιών παρατηρούνται υψηλά ποσοστά πρόωρης

αποχώρησης και εγκατάλειψης του σχολείου. Διαφορές διαπιστώνονται ανάλογα με το κύριο ναρκωτικό που χρησιμοποιείται, με τους χρήστες οπιούχων (ειδικότερα οι χρήστες ηρωίνης) να έχουν το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Λόγω των επισφαλών κοινωνικών συνθηκών από τις οποίες ζουν, οι χρήστες ναρκωτικών αντιμετωπίζουν επίσης προβλήματα όσον αφορά την εργασιακή τους κατάσταση. Τα ποσοστά ανεργίας είναι πολύ υψηλά σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η εύρεση εργασίας είναι δύσκολη και είναι σπάνιο για τους τοξικομανείς να διατηρούν μία θέση εργασίας για μεγάλο διάστημα ή να ακολουθούν επαγγελματική σταδιοδρομία. Μία επισφαλής εργασιακή κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικά προβλήματα, οι τοξικομανείς συχνά έχουν χαμηλό εισόδημα ή καθόλου οικονομικούς πόρους και είναι σύνηθες να έχουν χρέη (Μπένας, 2004).

Οι συνθήκες διαβίωσης των χρηστών ναρκωτικών είναι, σύμφωνα με τα στοιχεία, πολύ άσχημες. Συνήθως δεν έχουν σταθερό κατάλυμα και σε ένα μεγάλο ποσοστό είναι άστεγοι. Επιπλέον, πέραν των άμεσων επιπτώσεων για την υγεία, οι χρήστες ναρκωτικών μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση σε περίθαλψη λόγω της απροθυμίας τους να απευθυνθούν σε υπηρεσίες ή λόγω περιορισμένης εκπαίδευσης, χαμηλού βαθμού αποδοχής τους από τις γενικές ιατρικές υπηρεσίες και ιδιαίτερα προβλήματα υγείας για τα οποία δεν διατίθενται κατάλληλες υπηρεσίες (Μπένας, 2004). Τέλος, οι χρήστες ναρκωτικών έχουν μία αρνητική κοινωνική εικόνα και ενδέχεται να αντιμετωπίζουν εχθρικότητα από τον γενικό πληθυσμό και τις δημόσιες αρχές. Έχει διαπιστωθεί ότι οι χρήστες ναρκωτικών αντιμετωπίζουν μερικές φορές βία και παρενόχληση από αστυνομικούς ή άλλους δημόσιους υπαλλήλους (Ιμβριώτη, Α., 2005: 26).

4.4 Στερεότυπα

Είναι παραδεκτό ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις για το συγκεκριμένο άτομο χαρακτηρίζονται από φόβους, προκαταλήψεις, στερεότυπα, κοινωνικό ρατσισμό. Αντίθετα, στη σημερινή εποχή το άτομο που καταναλώνει νόμιμες ουσίες (όπως αλκοόλ, κάπνισμα) είναι κοινωνικά αποδεκτό, δεν είναι στιγματισμένο και έχει κοινωνική ταυτότητα, αν εξαιρέσουμε βέβαια το χρήστη εξαρτημένο από αλκοόλ (αλκοολικό). Η χρήση ναρκωτικών δε γίνεται σ' έναν «ουδέτερο» και αδιάφορο περίγυρο, αλλά σε μία κοινωνία που αναπτύσσει ως προς το φαινόμενο μία σειρά αντιδράσεων. Αυτές οι αντιδράσεις συγκεντρώνονται σε μία δυναμική που φέρνει σε αντίθεση τους καταναλωτές ναρκωτικών με την υπόλοιπη κοινωνία και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά των ίδιων των καταναλωτών και το φαινόμενο «χρήση ναρκωτικών» γενικότερα. (Μπένας, 2004).

Εκτός από την ουσία και το άτομο, ένας άλλος καθοριστικός παράγοντας του προβλήματος είναι η κοινωνία και ιδιαίτερα ο τρόπος που η κοινωνία αντιλαμβάνεται το φαινόμενο της χρήσης ναρκωτικών. (Μάτσα, 2012).

Η κοινωνική αντίληψη για τη χρήση ναρκωτικών είναι αρνητική και οπωσδήποτε δυσανάλογη σε σχέση με τις πραγματικές συνέπειες του φαινομένου. Αυτή η συμπεριφορά βασίζεται κατά ένα μέρος σε λογικές αιτιολογίες, που συνδέονται με τις σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις που φέρει η ανεξέλεγκτη χρήση

συγκεκριμένων ουσιών, όπως η ηρωίνη. Από την άλλη πλευρά, είναι επηρεασμένη και από μη λογικά στοιχεία και συγκεκριμένα από τη δημιουργία στερεότυπων. (Μεσημέρης, 2009).

Αναλύοντας την κοινωνική αντίληψη για τη χρήση ναρκωτικών, μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερα στερεότυπα: α) το στερεότυπο σχετικά με τα περιεχόμενα, β) το στερεότυπο της «φυσιολογικότητας με τη συμβατική έννοια», γ) το στερεότυπο της εξάρτησης και δ) το στερεότυπο τοξικότητας. (Μάτσα, 2012).

α) Το στερεότυπο σχετικά με τα περιεχόμενα.

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Delay «ναρκωτικό είναι κάθε χημική, φυσική ή τεχνητή ουσία που μεταβάλλει τη ψυχολογία ή τη νοητική δραστηριότητα των ανθρώπων», συμπεραίνεται ότι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των αποτελεσμάτων που προκαλούν όλα τα ναρκωτικά είναι η μεταβολή της ψυχολογίας και της διανοητικής δραστηριότητας. Αυτή η τάση υπάρχει σε μία ατέλειωτη σειρά συμπεριφορών, στις οποίες όμως η κοινωνία δε βάζει καμία διακριτική ετικέτα. Παρόλα αυτά υπάρχει ένα στερεότυπο που προσπαθεί να αποδώσει στο θέμα των ναρκωτικών ένα συγκεκριμένο και αποκλειστικό περιεχόμενο. Το πιο διαδεδομένο στερεότυπο είναι εκείνο που αποδίδει στη χρήση όλων των ναρκωτικών το ιδιαίτερο αποτέλεσμα της «φυγής από την πραγματικότητα».

Αν με τον όρο «πραγματικότητα» εννοείται η αντικειμενική πραγματικότητα σε αντίθεση με την υποκειμενική, το στερεότυπο δε βρίσκει εφαρμογή στις παράνομες εκείνες ουσίες που η φαρμακολογική τους ενέργεια είναι αντίθετη από εκείνον που θα καθιστούσε εφικτό το ξέκομμα από την εξωτερική πραγματικότητα. Από την άλλη πλευρά, η προσπάθεια επαφής με την εσωτερική πραγματικότητα είναι αντικείμενο της επιστημονικής σκέψης, που αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του πολιτισμού μας.

Αν με τον όρο «πραγματικότητα» εννοείται η παραγωγική πραγματικότητα με την ηδονιστική στιγμή, αγνοείται το γεγονός πως η χρήση ναρκωτικών αιτιολογείται σε μεγάλο ποσοστό από την ανάγκη του ατόμου να βρίσκεται στο ύψος των παραγωγικών αναγκών. Από την άλλη πλευρά, η ηδονιστική στιγμή, ως συμπλήρωμα της παραγωγικής δραστηριότητας, ενθαρρύνεται από την κοινωνία μας και συγκεκριμενοποιείται με πολλές άλλες συμπεριφορές εκτός από τη χρήση ναρκωτικών.

Μία άλλη μορφή του στερεότυπου «φυγή από την πραγματικότητα» συνδέεται με την εντύπωση ότι τα ναρκωτικά προκαλούν τους λεγόμενους «τεχνητούς παραδείσους». Αυτό σημαίνει ότι η ψυχή του ατόμου κατακλύζεται από περιεχόμενα ξένα προς την προσωπικότητά του. Αυτή η επιχειρηματολογία στηρίζεται στο γεγονός ότι η κατάχρηση ορισμένων ουσιών μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο να χάσει τον έλεγχο των ψυχικών περιεχομένων και της συμπεριφοράς του. Αυτό όμως δεν μπορεί να θεωρηθεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της χρήσης ναρκωτικών. Στην πραγματικότητα τα ψυχικά περιεχόμενα που εκδηλώνονται με τη χρήση ναρκωτικών (φαντασιώσεις, παρορμήσεις, τρόπο αντίληψης και σκέψης) ανήκουν ολοκληρωτικά στον ψυχικό κόσμο του ατόμου. Πάντως, καμία από τις ερμηνείες του στερεότυπου «φυγή από την πραγματικότητα» δεν δικαιολογεί τη διάκριση μεταξύ νόμιμων και παράνομων ουσιών. Βέβαια, η έννοια της φυγής (ηδονισμός, έρευνα της εσωτερικότητας, «τεχνητότητα») μπορεί ν' αποδοθεί στη χρήση ουσιών όπως ο καφές, ο καπνός, το αλκοόλ και τα ψυχοφάρμακα. Μία άλλη

επιχειρηματολογία, όσον αφορά στην φυγή από την πραγματικότητα, δίνει έμφαση όχι τόσο στο περιεχόμενο των ψυχικών μεταβολών, όσο στο χημικό και κατά συνέπεια στο τεχνητό μηχανισμό με τον οποίο πετυχαίνεται αυτή η μεταβολή.

Η μεταβολή αυτή των ψυχικών περιεχομένων που δημιουργεί η χρήση ναρκωτικών δε γίνεται πάνω σε μία κατάσταση απόλυτης ψυχικής «φυσιολογικότητας» - με την έννοια της μη παρουσίας τεχνητών αποτελεσμάτων - απαλλαγμένης από κάθε πιθανό εξωτερικό ερέθισμα των ψυχικών περιεχομένων. Η ανθρώπινη ψυχή ξεφεύγοντας από το δικό μας έλεγχο επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από εξωτερικούς και κατά συνέπεια «τεχνητούς παράγοντες». (Μάτσα, 2012).

Τέλος, υπάρχει ακόμα μία πιθανή ερμηνεία του στερεότυπου της φυγής από την πραγματικότητα. Είναι η πολιτιστική πραγματικότητα, δηλαδή το σύνολο των αξιών και των συμβατικοτήτων της κυρίαρχης κουλτούρας και η χρήση ναρκωτικών θεωρείται φυγή από αυτές τις αξίες και συμβατικότητες. Στη συγκεκριμένη περίπτωση το χαρακτηριστικό γνώρισμα της χρήσης ναρκωτικών βρίσκεται στο γεγονός ότι η εμπειρία γίνεται έξω από τις κοινωνικές συμβατικότητες. Γι' αυτό θεωρείται «ναρκομανής» αυτός που χρησιμοποιεί αμφεταμίνες για ψυχαγωγία και όχι ο φορτηγατζής ή ο αστροναύτης που χρησιμοποιεί την ίδια ουσία για να εργαστεί.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι οι κοινωνικές αντιλήψεις για το περιεχόμενο της χρήσης ναρκωτικών βασίζονται όχι τόσο στην ιδιαίτερη ανάλυση του περιεχομένου, όσο στον τρόπο που πραγματοποιείται αυτό το περιεχόμενο.

β) Το περιεχόμενο της φυσιολογικότητας με τη συμβατική έννοια.

Η κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο πριν αρχίσει η ανώμαλη δράση των αποτελεσμάτων του ναρκωτικού θεωρείται ένα στερεότυπο που μπορούμε να το ονομάσουμε «συμβατική έννοια της φυσιολογικότητας».

Αυτό στηρίζεται στα παρακάτω αξιώματα:

- Η μη χρήση ναρκωτικών συμπίπτει με τη φυσιολογική κατάσταση και βρίσκεται σε αντίθεση με την κατάσταση που επέρχεται το άτομο μετά από τη χρήση ουσιών.
- Η φυσιολογική κατάστασή του συμπίπτει με μία ικανοποιητική σχέση του ατόμου με τους άλλους, με τον ίδιο του τον εαυτό, με το περιβάλλον και έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη ανεξαρτησία από κάθε πιθανή αλλοίωση των ψυχικών περιεχομένων και την πλήρη αυτοδιάθεση του ατόμου.
- Η χρήση ναρκωτικών είναι το μοναδικό στοιχείο αλλοίωσης της φυσιολογικότητας.

Το στερεότυπο της συμβατικής έννοιας της φυσιολογικότητας αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τις σχέσεις καταναλωτών και κοινωνίας, με την έννοια ότι, κολλώντας τους την ετικέτα της φυσιολογικότητας, δίνει σε όλους αυτούς που δεν κάνουν χρήση το δικαίωμα να διατυπώνουν γνώμες σχετικά με τους ναρκομανείς.

γ) Το στερεότυπο της εξάρτησης.

Αυτό το στερεότυπο θεωρεί το φαινόμενο της εξάρτησης ως το χαρακτηριστικό γνώρισμα της σχέσης μεταξύ ατόμου και του ναρκωτικού, ανεξάρτητα από το είδος της ουσίας και από τις περιστάσεις που γίνεται η χρήση.

Το στερεότυπο αυτό δε στηρίζεται στη σωματική εξάρτηση, αλλά δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη «ψυχική εξάρτηση». Η ψυχική εξάρτηση δεν ξεφεύγει από αυτό που θεωρείται συνήθως φυσιολογικότητα. Επειδή είναι φυσικό να επαναλαμβάνουμε τις ευχάριστες εμπειρίες και ν' αποφεύγουμε τις δυσάρεστες, το ανθρώπινο γένος δημιούργησε σχέση εξάρτησης με μία ατέλειωτη σειρά από εμπειρίες και μορφές συμπεριφοράς. Ανάμεσα σ' αυτές τις μορφές συμπεριφοράς υπάρχουν διάφορα επίπεδα αναλογικότητας μεταξύ του βαθμού εξάρτησης και του βαθμού ανάγκης. Υπάρχουν όμως και πολλές μορφές συμπεριφοράς, όπου η εξάρτηση είναι δυσανάλογη προς την ανάγκη και παρόλα αυτά έχουν εξαπλωθεί και η κοινωνία μας όχι μόνο τις ανέχεται, αλλά και τις ενθαρρύνει.

Μερικές από τις συμπεριφορές που θεωρούνται απολύτως «φυσιολογικές» είναι:

- Η καταναγκαστική χρήση της τηλεόρασης.
- Η ανάγκη συμμετοχής σε «κουραστικές συζητήσεις», όπως κουτσομπολιά στην κοινή γνώμη, η συνηθισμένη μετάδοση κοινοτυπιών μεταξύ γνωστών και φίλων.
- Η τάση για αγορά άχρηστων αντικειμένων.
- Η τάση για συσσώρευση χρήματος.

Όσον αφορά στην ανάλυση στο θέμα των ναρκωτικών είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα η περίπτωση του καπνού. Η χρήση αυτής της ουσίας περισσότερο από κάθε άλλο νόμιμο ή παράνομο ναρκωτικό χαρακτηρίζεται από μία τεράστια δυσαναλογία ανάμεσα στο βαθμό εξάρτησης και τα άμεσα φαρμακολογικά της αποτελέσματα στην ψυχική δραστηριότητα. Η χρήση του καπνού στηρίζεται περισσότερο στους κινδύνους και τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου παρά στην εξαρτητική σχέση. Μάλιστα, ένα μεγάλο μέρος της κοινής γνώμης δε θεωρεί ναρκωτικό τον καπνό.

Είναι φανερό πως η κοινωνία δεν εκτιμά τη σχέση εξάρτησης με βάση τα εσωτερικά γνώρισμα, αλλά με βάση την κοινωνική αποδοχή των μορφών συμπεριφοράς από τις οποίες είναι εξαρτημένο.

Ωστόσο, υπάρχει επάλληλη σχέση μεταξύ της έννοιας εξάρτησης με την κοινωνική σημασία, της εξάρτησης, δηλαδή από μία συμπεριφορά μη αποδεκτή κοινωνικά και του όρου εξάρτησης με τη σημασία του φαρμακολογικού φαινομένου. Έτσι, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για μίαν από εκείνες τις ταυτολογίες που συμβάλλουν στη διαιώνιση του στερεοτύπου (Βαρλατζίδου & Μπάφα, 2002).

δ) Το στερεότυπο της απόλυτης τοξικότητας.

Το στερεότυπο της «απόλυτης τοξικότητας» θεωρείται η οποιαδήποτε ενόχληση στην υγεία ή τη συμπεριφορά των ατόμων παράνομων ναρκωτικών ως άμεση συνέπεια των ουσιών που χρησιμοποιούν: όταν δηλαδή ένα άτομο που κάνει χρήση οποιουδήποτε ναρκωτικού διαπράξει ένα έγκλημα ή έχει κάποια ασθένεια ή δε

συμπεριφέρεται με φυσιολογικό τρόπο η κοινή γνώμη έχει την αίσθηση ότι αυτό δεν εξαρτάται από το ναρκωτικό, ακόμα και στην περίπτωση που δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι το άτομο ήταν τοξινώμενο τη στιγμή του συμβάντος.

Αυτό το στερεότυπο της τοξικότητας απορρέει και η διάκριση μεταξύ νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών, που έχει ως αποτέλεσμα να θεωρείται δεδομένο η βλαβερότητα των παράνομων ουσιών, ενώ αντίθετα οι νόμιμες ουσίες (π.χ. αλκοόλ και καπνός) θεωρούνται βλαβερές μόνο στην περίπτωση υπερβολικής χρήσης.

Η διάκριση δεν αφορά μόνο στις ουσίες, αλλά και συγκεκριμένες συμπεριφορές που έχουν κάποιο κοινό χαρακτηριστικό με τη χρήση ναρκωτικών. Για παράδειγμα πολύ συχνά γίνεται αναφορά στην τάση αυτοκαταστροφής των χρηστών της ηρωίνης, αλλά κανένας δε μιλάει για τους οδηγούς της «φόρμουλα Ένα», μολονότι αυτοί (οι δεύτεροι) έχουν λιγότερες πιθανότητες επιβίωσης από τους παραπάνω χρήστες, αδιαφορούν εντελώς για τους κινδύνους που διατρέχουν.

Το στερεότυπο της βλαβερότητας δε δίνει σημασία στα ειδικά αντικειμενικά δεδομένα (φαρμακολογικά και στατιστικά) του φαινομένου. Αυτή τη συμπεριφορά υποστηρίζει και η επίσημη επιστήμη: σύμφωνα μ' ένα ορισμό που δίνει η φαρμακολογία «η κατάχρηση ναρκωτικών» ορίζεται ως χρήση οποιασδήποτε ουσίας που γίνεται με τρόπο αντίθετο προς τα ιατρικά και κοινωνικά διαγράμματα τα αποδεκτά από μία συγκεκριμένη κοινωνία».

Ανάμεσα στους διάφορους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία των στερεότυπων είναι σημαντικό ν' αναλυθούν: α) η ταυτολογική επιχειρηματολογία και β) η αρνητική κοινωνική θεώρηση.

α) Ταυτολογική επιχειρηματολογία.

Με τον όρο «ταυτολογία» εννοούμε μία τεκμηρίωση που τα συμπεράσματά της δεν εξάγονται από συγκεκριμένα γεγονότα, αλλά από ορισμούς που χρησιμοποιεί για να βασιστεί.

Στην περίπτωση της χρήσης των ουσιών που ονομάζονται «ναρκωτικά» η ταυτολογία συγκεκριμενοποιείται στο γεγονός ότι η απόδειξη της μη κοινωνικής αποδοχής της συγκεκριμένης συμπεριφοράς ξεκινά από έναν ορισμό της υπό εξέταση συμπεριφοράς, όπου καθοριστικός παράγοντας στη διατύπωσή του ήταν η κοινωνική διάκριση.

Χαρακτηριστικά αυτό συμβαίνει με το στερεότυπο της φυγής. Η σημασία αυτού του στερεότυπου είναι εκείνη της κοινωνικής παρέκκλισης. Από την άλλη πλευρά, επειδή ο νόμος αποτελεί θεσμικά την πιο έγκυρη μορφή των κοινωνικών κανόνων, το γεγονός της χρήσης μίας παράνομης ουσίας συμβάλλει στην επιβεβαίωση των γνωρισμάτων της «φυγής», που συνήθως αποδίδονται στην κατανάλωση παράνομων ναρκωτικών. Έτσι, δημιουργείται μία χαρακτηριστική ταυτολογική επιχειρηματολογία: «όποιος ντοπάρεται, παραβιάζει τους νόμους», «αυτό αποδεικνύει ότι, όποιος ντοπάρεται, έχει τάση φυγής από την πραγματικότητα», «όποιος έχει την τάση φυγής από την πραγματικότητα είναι κοινωνικά επικίνδυνος», «κατά συνέπεια, είναι σωστό να υπάρχει ένας νόμος που να τον τιμωρεί».

Μία άλλη χαρακτηριστική ταυτολογία είναι η σχετική με την κατάσταση εξάρτησης. Μία σχέση εξάρτησης δεν αποτελεί αποκλειστικό στοιχείο της χρήσης ναρκωτικών, αλλά μπορεί να υπάρξει και σε πολυάριθμα άλλα αντικείμενα και εκδηλώσεις συμπεριφοράς. Από την άλλη πλευρά η χρήση ναρκωτικών αποδοκιμάζεται κοινωνικά για το λόγο ότι προκαλεί εξάρτηση. Έτσι, υπάρχει μία ταυτολογία που συγκεκριμενοποιείται με την παρακάτω επιχειρηματολογία: «η εξάρτηση από ναρκωτικά δεν είναι αποδεκτή, γιατί τα ναρκωτικά δεν είναι αποδεκτά», «τα ναρκωτικά δεν είναι αποδεκτά, γιατί προκαλούν εξάρτηση».

Όσο για το στερεότυπο της τοξικότητας, η ταυτολογία συγκεκριμενοποιείται στο γεγονός ότι οι παράνομες ουσίες δεν μπορούν να ταξινομηθούν ως νόμιμες, παρά μόνο αφού αποδεχτεί ότι είναι απόλυτα αβλαβείς. Αντίθετα, για τις νόμιμες ουσίες η εξακριβωμένη βλαβερότητά τους δε θεωρείται λόγος για να τεθεί σε αμφισβήτηση η νομιμότητά τους (Βαρλατζίδου & Μπάφα, 2002).

β) Αρνητική κοινωνική θεώρηση.

Με τον όρο «κοινωνική θεώρηση» εννοούμε το σύνολο των απόψεων της κοινής γνώμης για ένα συγκεκριμένο κοινωνικό φαινόμενο. Το σύνολο αυτό των απόψεων δεν ανταποκρίνεται αναγκαστικά στη συνολική πραγματικότητα του φαινομένου, αλλά περιορίζεται στις πλευρές που γίνονται πιο εύκολα αντιληπτές είτε άμεσα είτε διαμέσου των μέσων μαζικής επικοινωνίας. Στην περίπτωση του φαινομένου «χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών», οι καταστάσεις εκείνες που δεν καταλήγουν σε αρνητικά περιστατικά είναι ουσιαστικά άγνωστες στο κοινό, γιατί πρόκειται για μία απαγορευμένη παράνομη συμπεριφορά. Το φαινόμενο γίνεται αντιληπτό από την κοινή γνώμη μόνο όταν παρουσιαστεί ένα αρνητικό γεγονός, όπως τοξίνωση, σύλληψη, αντικοινωνική συμπεριφορά, που γνωστοποιείται με ιδιαίτερη έμφαση από τα μαζικά μέσα επικοινωνίας. Συμπερασματικά, υπάρχει μία τάση να θεωρούνται κανόνες οι αρνητικές πλευρές του φαινομένου. Έτσι, δημιουργείται μία αρνητική κοινωνική θεώρηση. (Μάτσα, 2012).

4.5 Ανακεφαλαίωση

Το παρόν κεφάλαιο αφορά την ουσιοεξάρτηση στο γυναικείο φύλο, και συγκεκριμένα, τις διαφορές που παρατηρούνται ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες τοξικομανείς, τα χαρακτηριστικά των τοξικοεξαρτημένων γυναικών, τον κοινωνικό αποκλεισμό που αντιμετωπίζουν καθώς και τα στερεότυπα που δημιουργούνται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

5. Εισαγωγή

Η παρούσα ενότητα πραγματεύεται τη σχέση ψυχοτρόπων ουσιών και βίας στις οικογένειες χρηστών τοξικών ουσιών, επικεντρώνεται εξ' ολοκλήρου στην καταγραφή και περιγραφή των χαρακτηριστικών, των σχέσεων, των δυναμικών και των αλληλεπιδράσεων που αναπτύσσει ο χρήστης με το σύνολο της οικογένειας του και τα επιμέρους μέλη αυτής, καθώς και τους παράγοντες από τους οποίους επηρεάζονται και εξαρτώνται αυτές, σύμφωνα με το πρώτο κύριο ερευνητικό ερώτημα αυτής της μελέτης.

Επίσης, επιχειρεί μια προσέγγιση του τρόπου με τον οποίο η επικοινωνία, η κατανόηση και οι αλληλεπιδράσεις που αναπτύσσονται μέσα στην οικογένεια, με δεδομένη ή ακολουθούμενη τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, συμβάλλει ενισχυτικά στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς από το μέλος - χρήστη.

5.1 Οικογένεια και σχέσεις τοξικομανών

Έρευνες σε οικογένειες τοξικοεξαρτημένων, έχουν δείξει ότι δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο μοντέλο που να περιγράφει τις οικογενειακές σχέσεις. Περιγράφονται ωστόσο ορισμένα χαρακτηριστικά που είναι κοινά στις περισσότερες οικογένειες των τοξικοεξαρτημένων.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, στις οικογένειες των τοξικοεξαρτημένων, παρατηρείται μεγάλη συχνότητα ψυχικών διαταραχών και κυρίως κατάθλιψης, καθώς και χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, όπως αλκοόλ. Υπάρχει επίσης μεγάλη συχνότητα χωρισμών και διαζυγίων και μεγάλος βαθμός ενδοοικογενειακής σύγκρουσης, η οποία συνήθως εκφράζεται με πρωτόγονους τρόπους. Η ένταση καθώς και η βία αποτελούν βασικά στοιχεία της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Η βία ανάμεσα στους γονείς αλλά και προς το παιδί είναι συχνότερη στις οικογένειες των γυναικών τοξικοεξαρτημένων και βιώνεται πολύ πιο τραυματικά (Μάτσα Κ., 2001, 275, 276).

Αυτό που χαρακτηρίζει αυτές τις οικογένειες, στην πλειονότητά τους, είναι η αδυναμία τους να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Οι εν λόγω οικογένειες αισθάνονται στερημένες από αγάπη, στοργή και ενδιαφέρον και αυτή η κατάσταση συναισθηματικής αποστέρησης δημιουργεί στα μέλη μία τρομακτική αίσθηση θυμού. Όμως ο θυμός καταπιέζεται από το φόβο ότι αν εκδηλωθεί θα προκαλέσει ακόμα μεγαλύτερη απόρριψη και έλλειψη αγάπης και αν χαθεί ο έλεγχος μπορεί να πυροδοτηθούν επιθετικές, παρορμητικές πράξεις. Το παιδί αυτής της οικογένειας, λοιπόν, αντί να εκφράσει, άμεσα, ανοιχτά το θυμό του, τον εκφράζει έμμεσα, με τις πράξεις του, κάνοντας χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Μάτσα Κ., 2001, 276).

Όσον αφορά τους γονείς του τοξικοεξαρτημένου, ο πατέρας παρουσιάζεται συνήθως συναισθηματικά απών ή και αδιάφορος, αναποτελεσματικός, απορριπτικός, βίαιος προς το παιδί αλλά και εύκολα χειραγωγούμενος από τη μητέρα. Παράλληλα γίνεται αντιληπτός ως ψυχρός και ο χρήστης αισθάνεται αποξενωμένος από την οικογενειακή ζωή και την οικογενειακή ατμόσφαιρα (Baither R., 1989, 2).

Η μητέρα του τοξικοεξαρτημένου από την άλλη πλευρά, έχει γίνει αντικείμενο πολλών μελετών. Είναι συνήθως υπερπροστατευτική, ελέγχει συστηματικά και εξονυχιστικά τα ρούχα του, τα προσωπικά του αντικείμενα, ακόμα και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Παρεμβαίνει στη ζωή του, παίρνει αποφάσεις που τον αφορούν, του συμπεριφέρεται σαν παιδί που χρειάζεται προστασία και καθοδήγηση, δεν τον αφήνει να χειραφετηθεί, του παρέχει τα πάντα, του ικανοποιεί όλες του τις επιθυμίες. Γενικότερα θα λέγαμε ότι τον θεωρεί ανήμπορο και ανεπαρκή και αναλαμβάνει η ίδια να λύσει τα προβλήματά που θεωρεί ότι εκείνος δε μπορεί να αντιμετωπίσει (Μάτσα Κ., 2001, 277, 278).

Σε αντίθεση τώρα με τους άνδρες χρήστες, οι γυναίκες φαίνεται να είναι σε φανερό ανταγωνισμό με τις μητέρες τους, τις οποίες βλέπουν υπερπροστατευτικές και εξουσιαστικές, ενώ οι πατέρες τους, αναφέρεται ότι είναι παράλογοι, επιεικείς μαζί τους, σεξουαλικά επιθετικοί και συχνά εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Επίσης, η πιθανότητα αιμομιξίας στην περίπτωση αυτή είναι αρκετά μεγάλη (Stanton M. D., 1997, 22).

Σε έρευνες πού έχουν γίνει, φαίνεται ότι το ένα τρίτο των γονιών και των αδελφών των εφήβων χρηστών χρειάζονται ψυχιατρική θεραπεία· πατέρες και αδελφοί μπλεγμένοι σε χρήση ναρκωτικών και μητέρες και αδελφές με καταθλιπτικά και νευρωτικά συμπτώματα. Ο Huberty αποκαλύπτει ότι το 50% των χρηστών ναρκωτικών προέρχονται από σπίτια που γίνεται χρήση ναρκωτικών ουσιών. Πολλές φορές επίσης οι γονείς δίνουν λεφτά στον χρήστη, ώστε αυτός να μη χρειαστεί να κλέψει (Baither R., 1989, 2). Όσον αφορά το ρόλο των γονέων στη χρήση τοξικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ, όσο και στην πρόληψη και στην απεξάρτηση, είναι καθοριστικός, καθώς σήμερα έχει αποδειχθεί ότι οι πιθανότητες ανάπτυξης μιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών, αυξάνονται μέσα από διαδικασίες μάθησης και μίμησης των πρακτικών της οικογένειας. Από έρευνες έχει βρεθεί ότι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών των γονέων συνδέεται με τη χρήση τοξικών ουσιών από τα παιδιά, ενώ και άλλοι παράγοντες, όπως η έλλειψη επικοινωνίας, συναισθηματικών δεσμών, ορίων, ανεπίλυτων συγκρούσεων και αντιθέσεων μέσα στη οικογένεια συνεισφέρουν προς αυτήν την κατεύθυνση. (Βαρλατζίδου & Μπάφα, 2002).

Η οικογένεια ως ο πρωταρχικός παράγοντας κοινωνικοποίησης, επιδρά στη στάση και συμπεριφορά των νέων μελών της έμμεσα ή άμεσα, καθώς τα μέλη της βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση. Οι έφηβοι που μεγάλωσαν σε οικογένειες όπου γινόταν χρήση ουσιών από τους γονείς, είναι πιο πιθανόν να υιοθετήσουν αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς το οποίο έμαθαν μέσα στην οικογένεια και με το οποίο προσπαθούν να διαχειριστούν τις συναισθηματικές τους δυσκολίες, τις ανησυχίες τους, το άγχος και τα αδιέξοδά τους.

Παρόλα αυτά το φαινόμενο της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, εμφανίζεται και σε οικογένειες όπου κανένας από τους δύο γονείς δεν είναι χρήστης. Θα πρέπει να κατανοήσουμε ότι σε οποιαδήποτε δυσλειτουργική οικογένεια και όχι μόνο στην

οικογένεια στην οποία οι γονείς κάνουν χρήση, ο κίνδυνος υιοθέτησης μιας αρνητικής συμπεριφοράς από τα παιδιά είναι αυξημένος. Οποιαδήποτε αρνητική συμπεριφορά είναι πιθανόν να υιοθετηθεί από τα παιδιά, γιατί η ζωή στις δυσλειτουργικές οικογένειες είναι χαοτική, απρόβλεπτη, τυχαία και χωρίς συνέπεια. Τα παιδιά είναι συχνά παραμελημένα, χωρίς όρια, γίνονται «αποδιοπομπαίοι τράγοι» και έχουν ελάχιστα παραδείγματα σταθερής συμπεριφοράς στα οποία μπορούν να καταφύγουν. Σε αυτή την περίπτωση παρατηρείται έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς και σχέσεις που είναι παθολογικές. Τέτοιου είδους οικογενειακές σχέσεις εμποδίζουν τη συναισθηματική ωρίμανση του παιδιού (Baither R., 1989).

5.2 Οικογενειακή ζωή του χρήστη

Στις σύγχρονες αλλά και παλαιότερες βιβλιογραφικές αναφορές σχετικές με το ζήτημα της τοξικοεξάρτησης, εντοπίζουμε έρευνες και μελέτες που έχουν επικεντρωθεί στην οικογενειακή ζωή του χρήστη επιχειρώντας μέσα από την περιγραφή αυτής πριν, αλλά και μετά την έναρξη χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, την κατανόηση των σχέσεων που αναπτύσσει ο χρήστης με τα επιμέρους μέλη της οικογένειας, αλλά και τους παράγοντες από τους οποίους αυτές εξαρτώνται. Έτσι, σύμφωνα με ένα σημαντικό μέρος αυτών των ερευνών η οικογενειακή ζωή του χρήστη πριν την αποκάλυψη της χρήσης χαρακτηρίζεται συμβατική, χωρίς συναισθηματικές δονήσεις και παλμό. Το μόνο γεγονός που φαίνεται να ζωντανεύει την οικογένεια και τις σχέσεις των μελών, κινητοποιώντας έντονα συναισθήματα, είναι η αποκάλυψη της τοξικοεξάρτησης του χρήστη. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι οι σχέσεις των μελών της γίνονται αρμονικές· αντιθέτως στις περισσότερες περιπτώσεις τα μέλη της οικογένειας λογομαχούν και αυτοκατηγορούνται, επιρρίπτοντας ευθύνες ο ένας στον άλλο.

Στις περισσότερες περιπτώσεις συναντάμε την έκφραση και ανάπτυξη ανταγωνισμού ανάμεσα στους γονείς. Συνεπώς η κρίση που δημιουργείται από τη διαδικασία της χρήσης του μέλους της οικογένειας είναι ο μόνος τρόπος για να βρεθεί η οικογένεια και πάλι μαζί και να επιχειρήσει τη λύση του προβλήματος. Το παραπάνω παρουσιάζεται ως μία από τις λίγες ευκαιρίες της συναισθηματικά «νεκρής» οικογένειας, στο να πλησιάσει το ένα μέλος το άλλο, να βιώσει κάποια συναισθήματα και να τα εκφράσει ελεύθερα (Μάτσα Κ., 2001, 276).

Αυτό που κατά κύριο λόγο λείπει από την οικογένεια του χρήστη, πριν την εμπλοκή του με τα ναρκωτικά, είναι η αληθινή και άμεση επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της. Ο καθένας βρίσκεται σε μεγάλη συναισθηματική απόσταση από τον άλλο κι ως εκ τούτου, η επαφή γίνεται συνήθως με αρνητικούς τρόπους που παίρνουν τη μορφή των παραπόνων, της κριτικής, της αντιπαράθεσης. Συχνά, ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, αναπτύσσονται συμμαχίες φανερές είτε κρυφές· συμμαχίες που ανατρέπουν την ιεραρχική οργάνωση της οικογένειας, χωρίζοντας τους γονείς σε στρατόπεδα, ενώ η επικοινωνία ανάμεσά τους χρειάζεται πάντοτε κάποιον ενδιάμεσο. Δηλαδή ο γιος μιλάει στην μητέρα για να ακούσει ο πατέρας κ.α. Η οικογένεια λειτουργεί με ελάχιστους ή καθόλου κανόνες, ενώ τα παιδιά, λαμβάνουν συγκεκριμένα μηνύματα για το σωστό και το λάθος, μιας και οι γονείς σχεδόν ποτέ δεν έχουν κοινή άποψη και κοινή στάση απέναντι στο παιδί. Μέσα σε αυτήν τη συνθήκη, η χρήση των ναρκωτικών γίνεται ένα μέσον που χρησιμοποιεί το μέλος για

να προσελκύσει την προσοχή και το ενδιαφέρον της οικογένειας και να ζητήσει τη βοήθειά των άλλων μελών. Το παιδί που θα στραφεί στα ναρκωτικά, είναι συνήθως δεμένο με τον γονέα του αντίθετου φύλου· το κορίτσι με τον πατέρα και το αγόρι με την μητέρα. Το παραπάνω βέβαια δε σημαίνει ότι σε κάποιες περιπτώσεις δε βρίσκουμε παθολογικά στενές σχέσεις ανάμεσα στον πατέρα και τον τοξικοεξαρτημένο γιο ή στη μητέρα και την τοξικοεξαρτημένη κόρη (Μάτσα Κ., 2001, 276, 277).

Ορισμένοι συγγραφείς, θεωρούν ότι ο κύριος τρόπος λειτουργίας αυτών των οικογενειών, πριν ακόμη εγκατασταθεί η εξάρτηση από τις ουσίες, είναι η συναισθηματική υπερεμπλοκή τουλάχιστον δυο μελών της οικογένειας (π.χ. μητέρας - γιου) μεταξύ τους και η ολοκληρωτική απεμπλοκή ενός μέλους από την οικογένεια (π.χ. πατέρα), ως αντίδραση στον αποκλεισμό του στη δυαδική αυτή σχέση. Σε μερικούς τομείς, οι οικογένειες των τοξικοεξαρτημένων παρουσιάζονται παρόμοιες με άλλες σοβαρά δυσλειτουργικές οικογένειες. Στις οικογένειες αυτές παρατηρείται από γενιά σε γενιά μεγαλύτερη συχνότητα ανάπτυξης εξαρτητικών συμπεριφορών. Η συμπεριφορά των γονέων των τοξικοεξαρτημένων, είναι «πασιφανώς μη σχιζοφρενική» σε ποιότητα, ενώ οι οικογένειες αυτές φαίνονται να είναι πιο πρωτόγονες και άμεσες στην έκφραση της σύγκρουσής τους· για παράδειγμα η συμμαχία μεταξύ τοξικοεξαρτημένου και μητέρας, είναι συχνά αρκετά σαφής. Η οικογένεια του χρήστη, λειτουργεί συνήθως μέσα σε ένα κλίμα καταθλιπτικότητας, όπως το αποκαλεί ο Bergeret. Έτσι οι συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών ουσιών πάνω στην οικογένεια μπορεί να είναι συγχρόνως ψυχολογικές και σωματικές, ενώ η χρήση τους μπορεί να προκαλέσει οικονομικές δυσκολίες, συναισθηματική αστάθεια και να κατακερματίσει την οικογένεια (Baither R. C., 1989, 16).

Δεν είναι κατ' ανάγκη προφανές ότι οι χρήστες στα είκοσι ή στα τριάντα τους χρόνια θα είναι ακόμα μπλεγμένοι με την οικογένεια προέλευσής τους. Εν τούτοις, η εμπειρία και οι έρευνες μας δείχνουν ότι παρά τις διακηρύξεις ανεξαρτησίας τους, η πλειοψηφία των χρηστών διατηρεί στενούς οικογενειακούς δεσμούς. Σε μελέτη που πραγματοποίησε το ΚΕ.ΘΕ.Α το 1995 για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των εξαρτημένων ατόμων, βρέθηκε ότι οι επτά στους δέκα χρήστες που ζητούν βοήθεια από τα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.ΘΕ.Α, ζουν με την οικογένειά τους. Το ποσοστό διαβίωσης με την οικογένεια, ξεπερνά το 80% για την ηλικιακή ομάδα κάτω των δεκαεννέα ετών, ενώ είναι ενδιαφέρον ότι ακόμη και στην ηλικιακή ομάδα άνω των τριάντα ετών, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 68,8% για τους άνδρες και 57,6% για τις γυναίκες (Πουλόπουλος Χ., 1999, 87). Αντίστοιχα σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Επιστημονικής Τεκμηρίωσης για το 1999, το 69,4% των τοξικοεξαρτημένων που προσέρχονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα, ζουν ακόμη με τους γονείς τους (Εθνικό Κέντρο Επιστημονικής Τεκμηρίωσης, 2000, 28).

Ωστόσο ακόμα κι αν δε διαμένουν με τους γονείς τους, η συχνότητα επαφής μαζί τους είναι υψηλή καθώς τείνουν να χρησιμοποιούν ένα δεδομένο νοικοκυριό σαν σταθερό σημείο αναφοράς στη ζωή τους. Οι τοξικοεξαρτημένοι είναι επιδεικτικοί να συνάψουν ισχυρότερες εξωτερικές σχέσεις και είναι περισσότερο πιθανό να καταφύγουν σε αυτές ακόμη κι αν το κάνουν μόνο για μια σύντομη περίοδο μετά από οικογενειακή σύγκρουση. Με άλλα λόγια η αυταπάτη της ανεξαρτησίας, είναι μεγαλύτερη για τους χρήστες ναρκωτικών (Stanton M.D., 1997, 24, 27).

Αναφορικά με τον γάμο και τη δημιουργία δικής τους οικογένειας, υπάρχει γενικά το συμπέρασμα ότι οι δυαδικές σχέσεις που δημιουργούν οι εθισμένοι σε ναρκωτικά, είναι μια επανάληψη της πυρηνικής οικογένειας με ρόλους και πρότυπα, όμοια με εκείνα που είχαν με τον γονιό του αντίθετου φύλου, καθώς αναφέρθηκε παραπάνω. Σε ένα αριθμό αυτών των γάμων και οι δυο σύζυγοι είναι χρήστες, αν και είναι πιο συνηθισμένο ο ένας ή κανένας από τους δυο να μην είναι εξαρτημένος από ναρκωτικά στην αρχή της σχέσης (Stanton M.D., 1997, 24).

Έτσι οι χρήστες που είναι παντρεμένοι, συμμετέχουν τουλάχιστον σε δύο διαπροσωπικά συστήματα: αυτό του γάμου και αυτό της οικογένειας προέλευσης. Γενικά οι χρήστες σε σχετικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν πιστεύουν ότι η οικογένεια καταγωγής ή τα πεθερικά τους θα είναι περισσότερο βοηθητικά στις προσπάθειές τους να σταματήσουν τα ναρκωτικά, απ' ό,τι θα είναι ο αντίθετος φύλου σύντροφος τους. Η γονική έγκριση, φαίνεται αρκετά καθοριστική για να έχει ο χρήστης έναν βιώσιμο γάμο, μιας και υπάρχει από την πατρική του οικογένεια πάντοτε σχεδόν κάποια έλξη ώστε να επιστρέψει.

Συμπερασματικά η τοξικοεξάρτηση του μέλους της οικογένειας, συνεπάγεται την απώλεια της αρχικής του θέσης στον οικογενειακό χώρο. Ακόμα κι όταν δεν εγκαταλείπει οριστικά την οικογένειά του, βιώνει μια ιδιότυπη σχέση μαζί της, η οποία συνήθως χαρακτηρίζεται από ένα ατέρμονο πηγαινέλα, συνοδευόμενο από συγκρούσεις, απειλές, εκβιασμούς, βία. Μέσα σε αυτό το αρνητικό κλίμα ο χρήστης βιώνει συχνά την απόρριψη, ενώ η υπερεμπλοκή της οικογένειας στο πρόβλημα της εξάρτησης, η παθολογική προσκόλλησή του χρήστη στη μάνα ή στον πατέρα, η έντονα αρνητικά φορτισμένη συναισθηματικά ατμόσφαιρα διαμορφώνουν για αυτόν όρους μη οικειότητας με τον οικογενειακό του χώρο (Stanton M.D., 1997, 24).

5.3 Οικογένεια, εξάρτηση και ο φόβος αποχωρισμού ως μια διαδικασία ενδοεξάρτησης, ανάμεσα στο χρήστη και την οικογένειά του

Η σχέση του τοξικοεξαρτημένου με την οικογένειά του χαρακτηρίζεται πολύ στενή, έστω κι αν δεν υπάρχει αληθινή επικοινωνία μεταξύ τους. Ο τοξικοεξαρτημένος είναι ένα πρόσωπο πρώτα απ' όλα εξαρτημένο συναισθηματικά, αλλά και υλικά από την οικογένειά του. Αλλά και η οικογένειά του είναι εξαρτημένη από εκείνον, στον οποίο επικεντρώνει όλη την προσοχή και το ενδιαφέρον της. Ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα του τοξικοεξαρτημένου λειτουργεί εξαρτητικά, γι' αυτό και κάποιοι συγγραφείς μιλούν για «οικογενειακή εξάρτηση».

Αποτελεί μύθο λοιπόν η άποψη που θέλει τον τοξικοεξαρτημένο άνθρωπο του δρόμου, μιας και παραμένει στις περισσότερες περιπτώσεις δεμένος με την οικογένειά του, εξαρτημένος συναισθηματικά και οικονομικά από αυτήν, με διαταραγμένες σχέσεις μαζί της. Συχνά φεύγει από το σπίτι, μετά από έντονη σύγκρουση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς, ξαναγυρίζει όμως μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, είτε γιατί το ζήτησαν επίμονα οι δικοί του, είτε γιατί έκαναν ότι τους είχε ζητήσει, είτε γιατί ο ίδιος έχει μπλεξίματα (Μάτσα Κ., 2001, 285, 286).

Γενικότερα οι σχέσεις που ο τοξικοεξαρτημένος μπορεί να συνάψει με τους άλλους, έχουν το χαρακτήρα της προσκόλλησης και της συναισθηματικής εξάρτησης από πρόσωπα, καταστάσεις και γονεϊκά πρότυπα. Όμως αυτός ο τύπος σχέσεων αφήνει ακάλυπτες τις πραγματικές του ανάγκες, μιας και μέσα του εξακολουθεί να κυριαρχεί ο φόβος μπροστά στον κίνδυνο αποχωρισμού από το αντικείμενο-πρόσωπο, στο οποίο είναι συναισθηματικά προσκολλημένος, ο φόβος της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας.

Στο σημείο αυτό η χρήση του δίνει τη δυνατότητα να καλύψει τις εσωτερικές του αυτές ρωγμές και να καλύψει το άγχος και τον ψυχικό του πόνο, ναρκώνοντας τις αισθήσεις του, αποφορτίζοντας την ψυχική λειτουργία και βραχυκυκλώνοντας την επεξεργασία των συναισθημάτων του. Η χρήση, του δίνει τη δυνατότητα εγκαθίδρυσης μιας σχέσης φαινομενικής κυριαρχίας πάνω στους γονείς ή τα υποκατάστατά τους μέσα στην οικογένεια και ευρύτερα στην κοινωνία. Αξιοσημείωτη αποτελεί η παρατήρηση ότι όταν τα άτομα αυτά αρχίζουν να πετυχαίνουν σε κάποιους τομείς της ζωής τους, οδεύουν στο να εγκαταλείψουν την οικογένειά τους, αναπτύσσοντας περισσότερη αυτονομία γενικά. Ωστόσο μόλις εμφανιστεί κάποιο είδος κρίσης στην οικογένεια, από την οποία ο χρήστης προσπαθεί να αυτονομηθεί (π.χ. οι γονείς έχουν μια σύγκρουση ή χωρισμό, ή ένας από τα αδέρφια έχει γίνει πρόβλημα), ο χρήστης θα αναπτύξει άμεσα κάποιο είδος αποτυχημένης συμπεριφοράς και ευθύς το άλλο οικογενειακό πρόβλημα θα εξαφανιστεί. (Βαρλατζίδου & Μπάφα, 2002).

Αυτή η αλληλουχία αντιδράσεων παρατηρείται τόσο συχνά στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων, ώστε να συμπεραίνει κανείς ότι όχι μόνον ο χρήστης φοβάται τον αποχωρισμό από την οικογένεια, αλλά και η οικογένεια αισθάνεται παρομοίως προς αυτόν. Η συμπεριφορά τους δείχνει ότι αυτή είναι μια διαδικασία «ενδοεξάρτησης», κατά την οποία η αποτυχία του χρήστη λειτουργεί προστατευτικά για να διατηρείται η οικογενειακή ενότητα. Η ανάγκη της οικογένειας για αυτόν, είναι εξίσου μεγάλη, όσο και η δική του ανάγκη γι' αυτήν (Stanton M.D., 1997, 26).

Όσον αφορά τώρα τον φόβο του αποχωρισμού, ο χρήστης καθώς φαίνεται να είναι πολύ αναγκαίος στην οικογένεια, η επαπειλούμενη απομάκρυνσή του μπορεί να προκαλέσει πανικό στα επιμέρους μέλη αυτής. Συνεπώς η πίεση πάνω του για να μη φύγει είναι τόσο ισχυρή, ώστε η οικογένεια θα ανεχθεί τρομερές προσβολές, ψέματα, κλοπές, βίαιες συμπεριφορές εκ μέρους του, συχνά θα του δώσει χρήματα ενώ γνωρίζει ότι θα χρησιμοποιηθούν για τη δόση του, είτε θα κάνει πως δεν καταλαβαίνει όταν η χρήση γίνεται μέσα στο σπίτι, παρά να πάρει μια σταθερή θέση απέναντί του. Επίσης τείνει να τον προστατεύει από εξωτερικούς φορείς, συγγενείς και άλλα κοινωνικά συστήματα. Αν οι γονείς προβούν σε αποτελεσματικές ενέργειες όπως το να τον διώξουν από το σπίτι, στη συνέχεια τις αναιρούν με το να ενθαρρύνουν την επιστροφή του. Η οικογένεια μοιάζει να λέει στην πραγματικότητα «θα υπομείνουμε σχεδόν τα πάντα, αλλά σε παρακαλάμε μη μας αφήνεις». Έτσι γίνεται εντελώς αδύνατο για τον χρήστη να διαπραγματευτεί την πορεία του έξω από την οικογένεια (Stanton M.D., 1997, 26).

Συμπερασματικά λοιπόν, η ανικανότητα του τοξικοεξαρτημένου να εγκαταλείψει την οικογένεια του από την οποία και με την οποία αναπτύσσει μεγάλη εξάρτηση, λειτουργεί προστατευτικά για όλους, διατηρώντας μια φαινομενική συνοχή ανάμεσα στα μέλη αυτής. Μια απομάκρυνση του χρήστη από αυτή, μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στα μέλη της, καθώς ο χωρισμός βιώνεται ως ισοδύναμο του

θανάτου. Οι γονείς ασκούν τεράστια πίεση στο παιδί να μη φύγει, όντας διατεθειμένοι να κάνουν τα πάντα αρκεί να το κρατήσουν στους κόλπους της οικογένειας. Έτσι ο φόβος αποχωρισμού, οδηγεί σε μια αμφίπλευρη διαδικασία εξάρτησης «ενδοεξάρτηση», ανάμεσα στον χρήστη και την οικογένειά του. Η ουσία ωστόσο έγκειται στο ότι αυτή η οικογένεια ως κλειστό σύστημα, με τα δικά της παθολογικά δυναμικά, αντιστέκεται συστηματικά και με κάθε τρόπο σε κάθε απόπειρα αλλαγής, απ' όπου κι αν προέρχεται αυτή.

5.4 Οι ακραίες συμπεριφορές και η παραβατικότητα προς την οικογένεια

Το τυραννικό βίωμα της εξάρτησης ως διαρκούς ανάγκης και αναζήτησης της ουσίας, συνδέεται με τη ρήξη του ατόμου με το περιβάλλον του, την αναζήτηση του κινδύνου, την πρόκληση του νόμου, την παραβατικότητα, τη βία μέσα και έξω από την οικογένεια. Ο τοξικοεξαρτημένος θέτοντας σε διαρκή αμφισβήτηση πρόσωπα, καταστάσεις, θεσμούς, βρίσκεται σε μόνιμη ρήξη με το περιβάλλον του, το στενό της οικογένειας και το ευρύτερο της κοινωνίας, με βίαιες και άλλες εκδηλώσεις. Ο τοξικοεξαρτημένος οδηγείται στην παραπάνω κατάληξη εξαιτίας της διαρκούς αναζήτησης της ουσίας, πράγμα που επηρεάζει την οικογένεια του, τόσο σε οικονομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο απομάκρυνσης του χρήστη, αφού το ενδιαφέρον του επικεντρώνεται γύρω από την προσπάθεια εύρεσης της ουσίας (Μάτσα Κ., 2001, 303).

Φαινομενικά, ο χρήστης καθώς μυείται στον κόσμο των ναρκωτικών κόβει όλους τους κοινωνικούς του δεσμούς. Μπαίνοντας στο κοινωνικό περιθώριο, φαίνεται να κάνει τη ρήξη του με όλη την κοινωνία και με ότι την αντιπροσωπεύει. Στην πορεία αισθάνεται ανίκανος να συνάψει νέους κοινωνικούς δεσμούς και κατά συνέπεια βιώνει την ανεπάρκεια, την απαξίωση, το αίσθημα του ανικανοποίητου, του κενού της αδυναμίας (Μάτσα Κ., 2001, 303).

Ο τοξικοεξαρτημένος μέσα στην απελπισία του, βλέπει το σώμα του σαν ένα σημείο εξιλέωσης και έτσι για να αντισταθεί στον ψυχικό πόνο προκαλεί τον σωματικό, στρέφοντας την ουσία κατά του ίδιου του εαυτού, μετατρέποντας παράλληλα σε αντικείμενο βίας το δικό του σώμα. Τέτοιες αντιδράσεις είναι η χαράκωση του δέρματος, η δημιουργία πολλαπλών τατουάζ, και αποστημάτων, η κατακρεούργηση του σώματος χωρίς έλεος καθώς βυθίζεται παντού η βελόνα (Μάτσα Κ., 2001, 305, 306).

«Σε αυτόν λοιπόν τον άνθρωπο τον χωρίς όρια, το σώμα του γίνεται το όριο του. Γίνεται το όριο ανάμεσα σε εσωτερικές και εξωτερικές δυνάμεις, αρένα σύγκρουσης μεταξύ των δύο δυνάμεων της ζωής και του θανάτου, τρόπος υπέρβασης της καθημερινής του μιζέριας της εξάρτησης, μέσα στην ψευδαίσθηση της παντοδυναμίας που του προκαλεί η ουσία» (Μάτσα Κ., 2001, 307). Στην Ελλάδα τα αδικήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά αυξήθηκαν από 4272 το 1996, σε 5658 το 1997 (Μάτσα Κ., 2001, 313).

Οι παραβατικές πράξεις που διαπράττονται από τους τοξικοεξαρτημένους μέσα σε ορισμένο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο και σε στιγμές που οι χρήστες

ωθούνται μέσω της εξάρτησης να παραβούν το υπάρχον νομικό πλαίσιο, είθισται να αντιμετωπίζονται σαν αποτέλεσμα μιας παραβατικής κατάστασης που χαρακτηρίζει το άτομο αυτό και συνυφαίνεται με την τοξικοεξάρτησή του. Ο τοξικοεξαρτημένος λοιπόν, μεγαλώνοντας σε ένα κλίμα όπου η βία στις διάφορες εκφάνσεις της είναι το κυρίαρχο στοιχείο της καθημερινής του ζωής, έρχεται η στιγμή όπου εκδηλώνει εύκολα κι αυτός βία ενάντια σε όλους (Γεωργούλας, 1999).

5.5 Η τοξικοεξάρτηση ως συνέπεια της ενδοοικογενειακής βίας σε προϋπάρχουσες εμπειρίες κακοποίησης

Η βία στην οικογένεια των τοξικοεξαρτημένων, είναι ένα φαινόμενο που συχνά αν όχι σχεδόν πάντα, συμβαίνει. Πολλές συζητήσεις έχουν γίνει για το ποιό από τα δυο γεγονότα προϋπήρξε. Είναι δηλαδή η τοξικοεξάρτηση απόρροια της άσκησης βίας από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ή το να κάνει κάποιος χρήση τοξικών ουσιών τον οδηγεί στην άσκηση βίας προς την οικογένεια; Απάντηση σαφής δεν έχει υπάρξει. Αυτό που σίγουρα διαπιστώθηκε είναι η συσχέτιση των δυο παραγόντων. Αυτό σημαίνει πως υπάρχει αμφίδρομη σχέση μεταξύ των δυο. Μπορεί δηλαδή ένας χρήστης ουσιών να έχει βιώσει τραυματικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια των παιδικών του χρόνων, που σημάδεψαν την ψυχή του και μελλοντικά τον οδήγησαν στο να ψάξει να βρει δρόμους διαφυγής από μια κατάσταση, την οποία δε μπορούσε να αποβάλλει. ένας τρόπος είναι και η τοξικοεξάρτηση (Χαραμή, 2004).

Μέσα από μελέτες διαπιστώθηκε πως πολλά κορίτσια, που στην παιδική τους ηλικία, αλλά και στην εφηβική, βίωσαν τη σεξουαλική κακοποίηση από τον πατέρα τους, ξεκίνησαν τη χρήση ουσιών για να μπορέσουν να απομακρύνουν από το νου τους την επαναλαμβανόμενη αυτή εικόνα και να μπορέσουν να συμβιώσουν με την οικογένειά τους, ή να μετατοπίσουν το ενδιαφέρον για σεξουαλική επαφή, ώστε να μην μπορεί να τις αγγίξει. Θα πρέπει να τονιστεί πως δεν είναι μόνο τα παιδιά που βιώνουν την κακοποίηση, αλλά και οι γυναίκες- σύζυγοι. Σε πολύ μικρότερο ποσοστό αντιμετωπίζουν και οι άντρες την άσκηση βίας μέσα στην οικογένεια, η οποία είναι συνήθως ψυχολογικού τύπου. Παρόλα αυτά αναφερόμαστε κυρίως στα ανήλικα μέλη της οικογένειας, γιατί μελετάμε το πως μπορεί οι προϋπάρχουσες εμπειρίες βίας να επηρεάσουν την ώθηση του ατόμου στη χρήση τοξικών ουσιών (Stratiki L., 2003, 16).

Η καταπίεση είναι η κυριότερη μορφή ψυχολογικής βίας και μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους. Πολλοί γονείς είναι υπερπροστατευτικοί τόσο που τα παιδιά τους καταλήγουν να μη μπορούν να πάρουν καμιά πρωτοβουλία ούτε καν για θέματα που αφορούν μόνο αυτά. Παρατηρείται δηλαδή συχνά στις οικογένειες, να ελέγχουν τις παρέες των παιδιών τους, χωρίς να έχουν κανένα λόγο να το κάνουν (Χαραμή, 2004).

Στον αντίποδα μια άλλη μορφή που συμβάλλει σημαντικά στη χρήση τοξικών ουσιών, είναι η αδιαφορία των γονέων προς το παιδί και συγκεκριμένα όταν αυτή η έλλειψη συναισθηματικού ενδιαφέροντος, καλύπτεται από υλικά αγαθά. Πολλοί κάνουν το λάθος αυτό, θεωρώντας πως κατά αυτόν τον τρόπο θα αναπληρώσουν τις συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών τους και θα μειώσουν τις τύψεις που νιώθουν οι ίδιοι, επειδή λείπουν πολλές ώρες από το σπίτι, εξαιτίας των αυξημένων

επαγγελματικών ή των κοινωνικών τους υποχρεώσεων. Κάποια άτομα λοιπόν, καταφεύγουν στα ναρκωτικά για να καλύψουν αυτό το κενό, που τους άφησε η απουσία των γονιών τους κατά την παιδική και εφηβική τους ηλικία (Stratiki L., 2003, 16).

Η καταφυγή, λοιπόν, στα ναρκωτικά είναι αποτέλεσμα κάθε μορφής βίας που ασκήθηκε ή και συνεχίζει να ασκείται στις πιο ευαίσθητες ηλικίες των παιδιών· που δεν είναι άλλες από αυτές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Πολλοί χρήστες το κάνουν για να ξεφύγουν από την πραγματικότητα που ζουν, γιατί δε μπορούν να βρουν τίποτα όμορφο σε αυτήν. Άλλοι πάλι θέλοντας να εκδικηθούν τους γονείς τους για τα αρνητικά παιδικά βιώματα που τους προκάλεσαν, καταφεύγουν στα ναρκωτικά και τη χρήση τοξικών ουσιών. (Γεωργούλας, 1999).

5.6 Η άσκηση βίας στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων και η έκταση του προβλήματος διεθνώς

Η άσκηση βίας στα πλαίσια της οικογένειας, είναι ένα φαινόμενο με σημαντικές διαστάσεις, οι οποίες περιγράφονται στο πέρασμα του χρόνου ποικιλοτρόπως, μέσα από ένα πλήθος παραγόντων με τους οποίους συνδέεται και αλληλεπιδρά. Παράλληλα η σύνδεση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας, με το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης, όπως έχει επιχειρηθεί μόλις τα τελευταία χρόνια, παρότι ερευνητικά δεν έχει καλυφθεί πλήρως, φαίνεται να δίνει στο ζήτημα αυτό μεγαλύτερες διαστάσεις (Χαραμή, 2004).

Έτσι στη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία, παρουσιάζεται ότι τα άτομα που ασκούν βία στο οικογενειακό περιβάλλον, είναι πιο πιθανό να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, είτε κάποιας άλλης εξαρτητικής ουσίας, από τα άτομα που δεν ασκούν βία. Οι εκτιμήσεις συσχέτισης του οινοπνεύματος και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών για τα άτομα που ασκούν βία, κυμαίνονται σε ποσοστό αρκετά υψηλό, έως και τρεις φορές μεγαλύτερο από εκείνους που δεν ασκούν βία, ξεκινώντας από 58% (www.google.com, Domestic violence and substance abuse, 2004).

Οι εγκληματολογικές μελέτες για την οικογενειακή βία, βρίσκουν ότι τα επεισόδια βίας που περιλαμβάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών και άλλων εξαρτητικών ουσιών, είναι περισσότερα και όχι λιγότερα και είναι πιο πιθανόν η οικογενειακή βία να έρχεται σαν αποτέλεσμα της χρήσης αυτών των ουσιών. Η χρήση συνδέεται με τη βία με την έννοια ότι η χρόνια κατάχρηση δημιουργεί πίεση στην οικογένεια και η βαριά χρήση, μπορεί να διαταράξει τον έλεγχο της συμπεριφοράς (Χαραμή, 2004).

Έρευνα για τη σχέση μεταξύ χρήσης ναρκωτικών ουσιών και βίας, διαπιστώνει ότι οι χρήστες ουσιών είναι βίαιοι συχνότερα και προκαλούν τους σοβαρότερους τραυματισμούς, είναι πιθανόν να επιτεθούν στα μέλη της οικογένειάς τους και σεξουαλικά, ενώ η χρήση ναρκωτικών ουσιών αυξάνει την πιθανότητα της οικογενειακής βίας, όχι μονάχα κατά τη διάρκεια των περιόδων χρήσης, αλλά και κατά τη διάρκεια των περιόδων ηρεμίας που ακολουθούν (www.google.com, Domestic violence and substance abuse, 2004).

Ωστόσο παρά τις προσπάθειες που καταβάλλονται, είναι αρκετά δύσκολο να επισημανθεί η πλήρης έκταση του προβλήματος. Τούτο οφείλεται κατά κύριο λόγο στο ότι πρόκειται για «ενδοοικογενειακή» υπόθεση και τα θύματα σπάνια εκθέτουν εκτός οικογένειας τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, για λόγους κοινωνικούς, ηλικιακούς, πολιτισμικούς, ελπίδας ότι τα πράγματα θα βελτιωθούν, είτε γιατί φοβούνται τις συνέπειες της αντίδρασής τους αυτής (Χαραμή, 2004).

Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια, τόσο σε άλλες χώρες του κόσμου, όσο και στην Ελλάδα, γίνονται όλο και πιο γνωστές πράξεις βίας στην οικογένεια, σχετιζόμενες με χρήση ναρκωτικών ουσιών και άλλων εξαρτητικών καταστάσεων. Το παραπάνω οδηγεί στην επέκταση της έρευνας για το πρόβλημα αυτό, αλλά και στη μελέτη του από τοπικούς, περιφερειακούς και διεθνείς οργανισμούς. (Μισουρίδου, 2004).

5.7 Η εξαρτημένη μητέρα και η σχέση της με το παιδί της

Σύμφωνα με διεθνής μελέτες, οι εξαρτημένες μητέρες αντιμετωπίζουν στην πλειονότητα τους σοβαρά προβλήματα υγείας καθώς και προβλήματα κοινωνικοοικονομικής προέλευσης. Η παιδική τους ηλικία είναι συχνά πολύ δύσκολη. Η προσωπική τους ζωή είναι επίσης ένας τομέας, στον οποίο φαίνεται να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα, ενώ το οικογενειακό περιβάλλον συχνά εντείνει την ήδη επιφορτισμένη ψυχολογική τους κατάσταση (Μάτσα, 2003).

Η εξαρτημένη μητέρα δεν έχει συνήθως την δυνατότητα να είναι αυτόνομη. Δεν είναι συχνά σε θέση να καλύπτει τις ανάγκες της ίδιας καθώς και του παιδιού. Αυτό καθιστά μητέρα και παιδί εν δυνάμει εκτεθειμένους σε κινδύνους που απειλούν την σωματική καθώς και την ψυχική τους υγεία (Χαραμή, 2004).

Συνήθως, η εγκυμοσύνη γίνεται αντιληπτή από την εξαρτημένη μητέρα σε προχωρημένο στάδιο είτε λόγω της αμνηόρροιας και της ψευδούς πεποίθησης, ότι, επειδή κάνουν χρήση ναρκωτικών, δεν υπάρχει πιθανότητα να μείνουν έγκυες είτε λόγω της παραμέλησης και έκθεσης του σώματός τους στη σεξουαλική επαφή χωρίς αντισυλληπτικές προφυλάξεις, παρότι ο κίνδυνος μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες είναι πραγματικά πολύ μεγάλος στις σχέσεις τους. Η εξαρτημένη μητέρα πολλές φορές βιώνει την εγκυμοσύνη σαν ατύχημα, σαν απρόβλεπτο γεγονός και μπορεί να επιδιώξει την άμβλωση. Συχνά όμως, όπως επισημαίνει και η Μάτσα (2007), επιθυμεί την μητρότητα, μια επιθυμία που συνυπάρχει με την φαντασίωση του παιδιού ως λυτρωτή από την δύσκολη ζωή της στα ναρκωτικά και που τελικά την κινητοποιεί προς την κατεύθυνση της προστασίας του εαυτού της και την αντιμετώπιση των προβλημάτων της. Το παιδί, ως σημείο αναφοράς, θα αποκαταστήσει την χαμένη ενότητα και θα της δώσει τον σκοπό που της διαφεύγει. Ο ενθουσιασμός αυτός βέβαια πολλές φορές ξεφουσκώνει γρήγορα μετά την γέννηση του παιδιού, όταν συνειδητοποιεί τις τεράστιες απαιτήσεις του καινούριου της ρόλου και την δυσκολία της να ανταποκριθεί σε αυτόν. Κι εκεί βιώνει το δίλημμα «το παιδί ή την ουσία», το οποίο χαρακτηρίζει την αμφιθυμική στάση της προς το βρέφος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, άλλες φορές να φροντίζει το παιδί της, να του προσφέρει αγάπη και γενικά να του καλύπτει τις ανάγκες και την επόμενη στιγμή να έχει αλλάξει τελείως συμπεριφορά. Η έλλειψη σταθερότητας στην γονεϊκή

συμπεριφορά, μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από στιγμές τραυματικής απουσίας και στιγμές έντονης παρουσίας, η τόσο μεγάλη ανικανότητα του παιδιού να προβλέψει την συμπεριφορά της μητέρας, προκαλούν έντονο άγχος στο παιδί (Μισουρίδου, 2004).

5.8 Η οικογένεια και το σχολείο ως φορείς πρόληψης της ουσιοεξάρτησης

Η οικογένεια και το σχολείο είναι οι πρώτοι βασικοί κοινωνικοί θεσμοί που συμβάλουν στην γνωστική, συναισθηματική και ηθική ανάπτυξη του παιδιού. Θα μπορούσαν, επομένως, δυνητικά να παίξουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης (Μάτσα, 2012).

Έτσι, όσον αφορά στην οικογένεια, φαίνεται ότι η σταθερή γονεϊκή παρουσία, η αναγνώριση των ρόλων, οι στερεές αξίες, τα σαφή όρια δραστηριοτήτων, προσφέρουν ένα περιβάλλον ασφαλούς και δημιουργικής εξέλιξης στα παιδιά. Αντίθετα, η σύγχυση των ρόλων, τα ασαφή όρια, η απουσία αξιών, η αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά του πατέρα ή της μητέρας, η ασταθής γονεϊκή παρουσία, οδηγούν τα παιδιά σε μια αναπτυξιακή πορεία χωρίς ιδανικά, πρότυπα, σημεία αναφοράς και ταυτόχρονα περιορίζουν ή μηδενίζουν την απαραίτητη φροντίδα του παιδιού, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται γενικότερα προβλήματα της ψυχικής και σωματικής υγείας (Μάτσα, 2012).

Το σχολείο από την άλλη πλευρά, είναι χώρος δημιουργικότητας, όπου μεταφέρονται στα παιδιά γνώσεις, αρχές, στάσεις, συμπεριφορές και διαμορφώνονται χαρακτήρες. Οι εκπαιδευτικοί επηρεάζουν στη διαμόρφωση αξιών, στάσεων και πεποιθήσεων των νέων ανθρώπων. Οι εκπαιδευτικοί, λοιπόν, έχουν τη δυνατότητα να εξερευνήσουν τις γνώσεις των παιδιών σε επίμαχους τομείς, όπως είναι τα ναρκωτικά και η χρήση τους, να ξεκαθαρίσουν τα μπερδεμένα μηνύματα και να διορθώσουν λανθασμένες πληροφορίες και ιδέες. Επιπλέον, λόγω της στενής, καθημερινής τους επαφής με τα παιδιά μπορούν να αναγνωρίσουν ότι «κάτι δεν πάει καλά» και να προβούν στις κατάλληλες ενέργειες (Μπένας, 2004).

Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί μπορούν σε συνεργασία με τους επαγγελματίες της τοπικής κοινότητας να αποτελέσουν ένα δίκτυο πρόληψης με σκοπό την προστασία, την ασφάλεια και την υγεία των παιδιών. Αυτό αποτελεί και τη μετουσίωση της φιλοσοφίας των προγραμμάτων πρόληψης (Μπένας, 2004).

5.9 Ο θάνατος μέσα στην οικογένεια

Σύμφωνα με αρκετούς συγγραφείς (Stanton et al., 1997, Μάτσα, 1994, Μάτσα, 1997) η θεματική του θανάτου φαίνεται ότι κατέχει κεντρική θέση στη ζωή του τοξικομανή όσο και στην οικογένεια του. Οι Reilly αναφέρουν ότι στο ιστορικό της οικογένειας του τοξικομανή έχει καταγραφεί ένας μεγάλος αριθμός πρόωρων, βίαιων και απροσδόκητων θανάτων. Από την πλευρά των γονέων έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει ένα υψηλό ποσοστό πρόωρων θανάτων των πατρικών παππούδων. Οι Stanton 1997 αναφέρουν ότι πρέπει να υπάρχει κάποιο είδος συσχετισμού ανάμεσα στο χρόνο έναρξης της χρήσης των ναρκωτικών από τους έφηβους και από τον θάνατο κάποιου σημαντικού προσώπου στο οικογενειακό περιβάλλον.

Έρευνες δείχνουν ότι το 72% των οικογενειών των χρηστών έχουν βιώσει την τραυματική απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου που δεν το έχουν πενθήσει. Μπορεί οι γονείς του χρήστη στην παιδική τους ηλικία να έχουν βιώσει το θάνατο, την εγκατάλειψη ή την απόρριψη από διαζύγιο των δικών του γονέων που όμως δεν έχουν θρηνήσει. Με αποτέλεσμα να διατηρούν τους συναισθηματικούς δεσμούς του προσώπου αυτού μέσα στην νέα οικογένεια τους σαν φάντασμα. Οι γονείς αδυνατούν να δώσουν ολοκληρωμένη αγάπη και μπορεί να αναγνωρίζουν το πρόσωπο του αποθανόντος σε ένα από τα παιδιά τους που του έμοιαζε ή φέρει το όνομα του. Ο Coleman 1986 υποστήριξε ότι η οικογένεια μπορεί να εκδραματίζει πρόωρους ή αξεπέραστους θανάτους άλλων μελών από το οικογενειακό περιβάλλον. Η Μάτσα το 1994 - 1997 αναφέρει ότι το παιδί «αντικατάστατης» θα στραφεί στα ναρκωτικά και θα γίνει ο κληρονόμος του άλυτου πένθους των γονέων. Για αυτό εξάλλου ο χρήστης αυτοκαταστρέφεται «φλερτάρει» με τον θάνατο καθημερινά και έχει αυτοκτονικούς ιδεασμούς, το ποσοστό είναι 20 φορές περισσότερο από το γενικό πληθυσμό.

Ο έφηβος θυσιάζεται, ενώ οι γονείς θεωρούν αδύνατη την ανεξαρτησία του, εφόσον τον ζουν σαν μία αναβίωση της δικής τους παλιάς τραυματικής απώλειας. Η προοπτική αποχωρισμού αναδύει ανεπεξέργαστα συναισθήματα του παρελθόντος όπως ο πόνος, η θλίψη, η εγκατάλειψη, τα οποία ωστόσο δεν μπόρεσαν να παλέψουν. Έτσι, για αυτούς ο θάνατος του χρήστη είναι πιο αποδεκτός και επιθυμητός από το ενδεχόμενο αποχώρησης του από το οικογενειακό σύστημα (Stanton, 1997).

Σύμφωνα με Hilgard και Newman ο τοξικομανής καταφεύγει στα ναρκωτικά για να προστατευτεί από αισθήματα οδύνης που νοιώθει, από τις απώλειες που έζησε στην παιδική ή εφηβική ηλικία. Η εμπειρία αναζωπυρώνεται στην ενήλικη ζωή όπου έρχεται αντιμέτωπος με το άγχος, τις αναπτυξιακές αλλαγές και ευθύνες. Έτσι φανερώνεται ένα αδύναμο εγώ, το οποίο έχει λάβει λίγη υποστήριξη και καθοδήγηση. Σύμφωνα με το Winnicott 1965, η απώλεια τις περισσότερες φορές σημαίνει την πλήρη αποσύνθεση του, από το οικογενειακό περιβάλλον, η απώλεια του πατέρα σηματοδοτεί και την απώλεια της ύπαρξης και της προστασίας της μητέρας, η οποία έχει αναλάβει περισσότερους ρόλους, προς το παιδί. Η μη θρηνημένη απώλεια είναι μια «ψυχική μαύρη τρύπα», που ο χρήστης με την «στρατηγική» των ναρκωτικών θα καλύψει, επισκιάζοντας τον ψυχικό πόνο, την οργή, τις ενοχές ώστε να αντέξει τη ζωή (Μάτσα, 1994).

5.10 Ανακεφαλαίωση

Το παρόν κεφάλαιο αφορά το αντίκτυπο της ουσιοεξάρτησης στην οικογένεια του τοξικοεξαρτημένου ατόμου και συγκεκριμένα, αναλύονται οι σχέσεις των τοξικομανών μέσα στην εστία της οικογένειας, η οικογενειακή ζωή του χρήστη, η εξάρτηση και ο φόβος του αποχωρισμού ως μια διαδικασία ενδοεξάρτησης ανάμεσα στον χρήστη και την οικογένεια του, οι ακραίες συμπεριφορές και η παραβατικότητα των χρηστών προς την οικογένεια, η τοξικοεξάρτηση ως συνέπεια της ενδοοικογενειακής βίας σε προϋπάρχουσες εμπειρίες κακοποίησης, και τέλος, η άσκηση βίας στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων και η έκταση του προβλήματος διεθνώς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι φανερό πως η κοινωνία δεν εκτιμά τη σχέση εξάρτησης με βάση τα εσωτερικά γνωρίσματα, αλλά με βάση την κοινωνική αποδοχή των μορφών συμπεριφοράς από τις οποίες είναι εξαρτημένο.

Συμπεραίνεται ότι:

- Ø Αν η εξάρτηση σχετίζεται με μορφές συμπεριφοράς που είναι κοινωνικά αποδεκτές, δεν αποδοκιμάζεται ή δεν αναγνωρίζεται καν σαν τέτοια.
- Ø Η εξάρτηση από συμπεριφορές που αποδοκιμάζονται κοινωνικά, όπως είναι η χρήση παράνομων ναρκωτικών, ορίζεται ως εξάρτηση και θεωρείται χαρακτηριστικό στοιχείο της ίδιας της συμπεριφοράς.

Ωστόσο, υπάρχει επάλληλη σχέση μεταξύ της έννοιας εξάρτησης με την κοινωνική σημασία, της εξάρτησης, δηλαδή από μία συμπεριφορά μη αποδεκτή κοινωνικά και του όρου εξάρτησης με τη σημασία του φαρμακολογικού φαινομένου. Έτσι, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για μίαν από εκείνες τις ταυτολογίες που συμβάλλουν στη διαιώνιση του στερεοτύπου.

Στην περίπτωση του φαινομένου «χρήση παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών», οι καταστάσεις εκείνες που δεν καταλήγουν σε αρνητικά περιστατικά είναι ουσιαστικά άγνωστες στο κοινό, γιατί πρόκειται για μία απαγορευμένη παράνομη συμπεριφορά. Το φαινόμενο γίνεται αντιληπτό από την κοινή γνώμη μόνο όταν παρουσιαστεί ένα αρνητικό γεγονός, όπως τοξίνωση, σύλληψη, αντικοινωνική συμπεριφορά, που γνωστοποιείται με ιδιαίτερη έμφαση από τα μαζικά μέσα επικοινωνίας. Συμπερασματικά, υπάρχει μία τάση να θεωρούνται κανόνες οι αρνητικές πλευρές του φαινομένου. Έτσι, δημιουργείται μία αρνητική κοινωνική θεώρηση.

Η τοξικοεξάρτηση του μέλους της οικογένειας, συνεπάγεται την απώλεια της αρχικής του θέσης στον οικογενειακό χώρο. Ακόμα κι όταν δεν εγκαταλείπει οριστικά την οικογένειά του, βιώνει μια ιδιότυπη σχέση μαζί της, η οποία συνήθως χαρακτηρίζεται από ένα ατέρμονο πηγαινέλα, συνοδευόμενο από συγκρούσεις, απειλές, εκβιασμούς, βία. Μέσα σε αυτό το αρνητικό κλίμα ο χρήστης βιώνει συχνά την απόρριψη, ενώ η υπερεμπλοκή της οικογένειας στο πρόβλημα της εξάρτησης, η παθολογική προσκόλλησή του χρήστη στη μάνα ή στον πατέρα, η έντονα αρνητικά φορτισμένη συναισθηματικά ατμόσφαιρα διαμορφώνουν για αυτόν όρους μη οικειότητας με τον οικογενειακό του χώρο.

Ως συμπέρασμα λοιπόν, η ανικανότητα του τοξικοεξαρτημένου να εγκαταλείψει την οικογένεια του από την οποία και με την οποία αναπτύσσει μεγάλη εξάρτηση, λειτουργεί προστατευτικά για όλους, διατηρώντας μια φαινομενική συνοχή ανάμεσα στα μέλη αυτής. Μια απομάκρυνση του χρήστη από αυτή, μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στα μέλη της, καθώς ο χωρισμός βιώνεται ως ισοδύναμο του θανάτου. Οι γονείς ασκούν τεράστια πίεση στο παιδί να μη φύγει, όντας διατεθειμένοι να κάνουν τα πάντα αρκεί να το κρατήσουν στους κόλπους της οικογένειας. Έτσι ο φόβος αποχωρισμού, οδηγεί σε μια αμφίπλευρη διαδικασία εξάρτησης «ενδοεξάρτηση», ανάμεσα στον χρήστη και την οικογένειά του. Η ουσία ωστόσο έγκειται στο ότι αυτή η οικογένεια ως κλειστό σύστημα, με τα δικά της παθολογικά δυναμικά, αντιστέκεται συστηματικά και με κάθε τρόπο σε κάθε απόπειρα αλλαγής, απ' όπου κι αν προέρχεται αυτή.

Όσο αναφορά την ουσιοεξαρτημένη γυναίκα, δεν είναι άρρωστη, αλλά το θύμα ενός διχασμένου κόσμου, που αλλοτριώνει και διασπά την προσωπικότητα του καθενός από εμάς. Έτσι, το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης δεν υπάρχει επειδή υπάρχουν οι εξαρτησιογόνες ουσίες, αλλά γιατί υπάρχουν δομές που παράγουν ευάλωτα άτομα.

Συνεπώς, η οργανική αποτοξίνωση επιλύει το πρόβλημα της οργανικής συνήθειας, όχι όμως και τα βασικά κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια που ωθούν τελικά το άτομο στην τοξικομανία. Το πρόβλημα αφορά στην ψυχολογική απεξάρτηση της τοξικομανούς. Δηλαδή, στην αλλαγή της νοοτροπίας της χρήστριας, του τρόπου ζωής της, η έξοδος από αυτή την παθητικότητα που την καταβάλλει και κατ' επέκταση η ανάληψη της ευθύνης της ζωής της, κατ' έναν τρόπο δημιουργικό κι όχι καταστρεπτικό, τόσο για την ίδια, όσο και για τους γύρω της.

Οι αιτίες του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης βρίσκονται στην «άρρωστη» κοινωνία μας και το πρόβλημα αντιμετωπίζεται όταν η κοινωνία βελτιώνεται, αλλάζει προς το καλύτερο και όταν οι πολίτες ευαισθητοποιούνται προς αυτή την κατεύθυνση.

Καθένας από εμάς έχει την υποχρέωση να προσπαθήσει να αναλύσει όλους τους παράγοντες που συμβάλλουν στο να αποκτούν οι άνθρωποι πρόβλημα με τις ουσίες. Όμως σε τελική ανάλυση, η τρωτότητα που βασίζεται πολύ στη διαθεσιμότητα ορισμένων ουσιών και η ροπή προς υπερχρήση από πολύ μεγάλες ομάδες έχουν να κάνουν με το κοινωνικό πλαίσιο. Με αυτό το δεδομένο ο καθένας από εμάς είναι υπεύθυνος για την θεραπεία των χρηστριών και για την αποτροπή από τη χρήση.

Η κατάχρηση ουσιών πρέπει να τύχει της προσοχής μας σε όλες τις πτυχές της ζωής μας: στην οικογένεια μας, στο χώρο των θρησκευτικών μας πεποιθήσεων, στη δουλειά μας, στα σχολεία μας και τελικά σε όλους τους χώρους όπου αναζητούμε ψυχαγωγία, παιχνίδι και ξεκούραση. Ευχής έργο θα είναι αν η ποινική καταστολή δε φθάνει στο μέλλον να πολλαπλασιάζει ή να οξύνει τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα. Ωστόσο, σημαντικός παράγοντας για τις μελλοντικές εξελίξεις θα παραμείνει η στρατηγική της ελληνικής οικογένειας. Η στοργή ή ο αυταρχισμός της, το ουσιαστικό της ενδιαφέρον, η αδιαφορία ή η εξουσιαστική της στάση απέναντι στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σήμερα, οι διεθνείς εξελίξεις, η σχετική εμπειρία, η δυνατότητα έρευνας με εμπλουτισμό ποιοτικών χαρακτηριστικών, η κλινική προσέγγιση, η εφαρμογή πιλοτικών προγραμμάτων κοινωνικού χαρακτήρα, μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης.

Ένα από τα θέματα που προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων της παρούσας εργασίας, αφορά την αναγκαιότητα λειτουργίας του τομέα της πρόληψης, σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο. Η πρόληψη ως τρόπος συμπεριφοράς, αρχίζει να αναπτύσσεται με τη διερεύνηση των θεμάτων και των χαρακτηριστικών ενός φαινομένου, ώστε να μπορέσει να λειτουργήσει κατάλληλα. Αυτή η λογική, αποτελεί το μοντέλο πάνω στο οποίο θα πρέπει να εστιάζονται δράσεις και προγράμματα με σκοπό την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην σύγχρονη κοινωνία.

Η ουσιοεξάρτηση πρέπει να αντιμετωπιστεί και από τις τρεις μορφές πρόληψης. Της πρωτογενούς, με στόχο τη γενική βελτίωση της ποιότητας ζωής όλου του πληθυσμού. Η συνεχής ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού, οφείλει να στοχεύσει στην αλλαγή των κοινωνικών αξιών, δομών και θεσμών. Της δευτερογενούς, με στόχο την έγκαιρη εντόπιση πληθυσμού νέων ατόμων που χαρακτηρίζονται ως ευάλωτες για την ανάπτυξη συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Της τριτογενούς, στοχεύοντας στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων που έρχονται σε επαφή με τα ναρκωτικά, αλλά και των οικογενειών τους που ήδη εισπράττουν συμπεριφορές βίας από τους πρώτους, για τη διακοπή του κύκλου της βίας, την απεξάρτηση του χρήστη και την καλύτερευση των συνθηκών διαβίωσης στις οικογένειες αυτές.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, θεωρούμε ότι ο καθορισμός μιας βασικής πολιτικής πρόληψης και θεραπείας, θα μπορούσε ρεαλιστικά να περιλαμβάνει:

1. Καλύτερο συντονισμό και πιο άρτια οργάνωση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, ψυχικής υγείας, πρόνοιας, εκπαίδευσης, για τη σφαιρική αντιμετώπιση του θέματος.
2. Στελέχωση των υπηρεσιών με διεπιστημονική ομάδα και συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού τους, γύρω από το θέμα αυτό.
3. Ενημέρωση σε ομάδες εφήβων, γονέων και γενικότερα ευαισθητοποίηση του κοινού.
4. Προσέγγιση ευάλωτων οικογενειών, με την ενίσχυση του θεσμού «Βοήθεια στο σπίτι».
5. Σχεδιασμό και παροχή υπηρεσιών, ευθυγραμμισμένων στις ανάγκες των οικογενειών αυτών.
6. Προώθηση ερευνών για θέματα που αφορούν την ενδοοικογενειακή βία στις οικογένειες τοξικοεξαρτημένων, ώστε να λειτουργήσει κατάλληλα ο τομέας της πρόληψης και θεραπείας.
7. Αυστηρότερες νομοθετικές ρυθμίσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. Ελληνική

ΒΑΡΛΑΤΖΙΔΟΥ Α., & ΜΠΑΦΑ Β., (2002). *Διερεύνηση της Ψυχοπαθολογίας χρηστών διαφόρων εξαρτησιογόνων ουσιών*. Θεσσαλονίκη: Α.Π.Θ.

ΓΕΩΡΓΟΥΛΑΣ Σ., (1999). *Κράτος και ναρκωτικά: κριτική της καταστολής*. Αθήνα.

ΓΡΙΒΑΣ Κ., (1984). *Αποδιοπομπαίος τράγος, ψυχική αρρώστια και τοξικοεξάρτηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Μάλλιαρης.

ΓΩΓΟΥΣΗΣ Β., (1973). *Ναρκωτικά και τοξικοεξαρτημένοι*. Θεσσαλονίκη.

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ. (1990). *Ναρκωτικά: Κοινωνικά αίτια- πρόληψη- θεραπεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Σύγχρονη Εποχή.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ (2000). *Ετήσια αναφορά για το 1999*. Αθήνα.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ (Ε.Κ.Π.Ν.Τ), (2010). *Ετήσια αναφορά*. Αθήνα.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ (Ε.Κ.Π.Ν.Τ), (2012), *Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ελλάδα 2012*.

Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (2010). *Ετήσια Έκθεση 2010: Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρώπη*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

ΖΑΦΕΙΡΙΔΗΣ Φ., (1989). *Βασικές θέσεις στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτητικών ουσιών*. Κοινωνική Εργασία, Νο. 15, σελ. 157 - 162.

ΖΑΦΕΙΡΙΔΗΣ Φ., (2009). *Εξαρτήσεις και κοινωνία, θεραπευτικές κοινότητες, ομάδες αυτοβοήθειας*. Εκδόσεις: Κέρδος.

ΘΕΜΕΛΗΣ Θ., (2000). *Σανίδα σωτηρίας η φυλακή για απελπισμένους γονείς τοξικομανών*. Τα Νέα, 23/12, σελ. 32 - 33.

ΙΜΒΡΙΩΤΗ Α., (2005). *Μέτρα και στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος των ναρκωτικών*. Αθήνα: Σιδέρης.

ΚΑΒΟΥΝΙΔΗ Τ., (1996). Κοινωνικός αποκλεισμός - έννοια. Κοινοτικές πρωτοβουλίες, ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής. Στον ΚΑΤΣΟΥΛΗΣ, Η. (επιμ.). *Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Τόμος Α'*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΚΚΕ.

ΚΑΛΑΜΒΟΥΚΙΔΟΥ & ΡΑΛΛΗ (2000). *Εξαρτήσεις: οι θεραπευτικές κοινότητες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ, Λ. (1998). *Τοξικοεξαρτημένους εγκληματίας*. Αθήνα.

ΚΕ.ΘΕ.Α. (2003). *Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.ΘΕ.Α. τα έτη 1995- 2002*. Αθήνα: Εκδόσεις ΚΕ.ΘΕ.Α.

ΚΕ.Θ.Ε.Α. (1995). *Έρευνα για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των εξαρτημένων ατόμων που ζήτησαν υπηρεσίες από το ΚΕ.Θ.Ε.Α. το 1995*, Κοινωνική Εργασία, τ. 42, 109 -111.

ΚΕΝΤΡΟ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΙΣΟΤΗΤΑΣ (Κ.Ε.Θ.Ι.), (2001).

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ. (2011). *Εμείς και τα ναρκωτικά*. Αθήνα: Κέντρο ψυχολογικών μελετών.

ΚΟΥΤΣΕΛΙΝΗΣ Α., (2002). *Εξαρτησιογόνες ουσίες, ναρκωτικά: φαρμακολογία, τοξικολογία, το πρόβλημα και η αντιμετώπισή του*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού.

ΛΙΑΠΠΑΣ Γ.Α., (1997). *Ναρκωτικά: εθιστικές ουσίες - κλινικά προβλήματα - αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Παττάκη.

ΛΙΑΠΠΑΣ Γ.Α., και ΠΟΜΙΝΙ Β., (2004). *Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα Θέματα, ΙΤΑΣΑ*.

ΜΑΝΟΣ Ν., (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University studio press.

ΜΑΡΣΕΛΟΣ Μ., (1986). *Ναρκωτικά: φαρμακολογία και τοξικολογία των εξαρτησιογόνων ουσιών*. Αθήνα.

ΜΑΤΣΑ Κ., (2003). *Ο τοξικοεξαρτημένους στο ρόλο του εξιλαστήριου θύματος της οικογένειας και της κοινωνίας*. Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο. 45, σελ. 83- 89.

ΜΑΤΣΑ Κ., (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίτιο της τοξικοεξάρτησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.

ΜΑΤΣΑ Κ., (2001). *Γυναίκα τοξικομανής, Χειραφέτηση και κοινωνική επανένταξη*, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.76, 18-21.

ΜΑΤΣΑ Κ., (1998) *Έχει πραγματικά ανάγκη η ελληνική κοινωνία από ένα ειδικό για γυναίκες πρόγραμμα απεξάρτησης;* Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.61, 85-88.

ΜΑΤΣΑ Κ., (1994). *Ο τοξικοεξαρτημένους στο ρόλο του εξιλαστήριου θύματος της οικογένειας και της κοινωνίας*. Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο. 45, σελ. 83 - 89.

ΜΑΤΣΑ Κ., (1997). *Από το ατομικό στο συλλογικό και αντίστροφα .Η πρόληψη της υποτροπής*, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.59, 49-66.

ΜΑΤΣΑ Κ., (2007). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικοεξάρτησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.

ΜΑΤΣΑ Κ., και ΣΦΗΚΑΚΗ Μ., (2008). *Η εξαρτημένη γυναίκα: Μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερα προβλήματα ή μήπως ένα παραμελημένο πρόβλημα που αναζητά τη λύση του;*, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.101, 154-159.

ΜΑΤΣΑ Κ., (2012). *Το αδύναμο πένθος και η κρύπτη, ο τοξικομανής και ο θάνατος*. Εκδόσεις: Άγρα, Αθήνα.

ΜΕΣΗΜΕΡΗΣ Σ., (2009). *Η ψυχολογία των ναρκομανών*. Αθήνα: Εκδόσεις Ταμάσος.

ΜΠΕΝΑΣ Π., (2004). *Ναρκωτικά: αίτια, πρόληψη, θεραπεία*. Αθήνα: Νομική βιβλιοθήκη.

ΜΙΣΟΥΡΙΔΟΥ Ε., (2004). *Εξάρτηση και μητρότητα: Βασική φροντίδα και θεραπευτικές προσεγγίσεις*, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.88, 59-62.

ΜΙΣΟΥΡΙΔΟΥ Ε., (2008). *Εξαρτήσεις και Οικογένεια, Κοινωνική Εργασία*, τ. 92, 135-139.

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε., (1990). *Εξαρτήσεις στη ζωή μας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανός.

ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Ν., ΣΠΥΡΟΓΛΟΥ Σ., & ΓΙΑΤΡΙΑΣ Κ., (1980). *Ναρκωτικά και τοξικοεξάρτηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Άλφα.

ΠΑΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Κ.Π., (2004). *Η επίδραση των ναρκωτικών στη σωματοψυχική υγεία*. Αθήνα.

ΣΕΦΕΡΟΥ Μ., (1997). *Η κραυγή: Ναρκωτικά. Αρρώστια ή επιλογή*. Αθήνα: Εκδόσεις Ευρώτας.

ΣΚΙΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α., (1981). *Είναι που...* Αθήνα: Εκδόσεις Γνώση.

ΣΚΟΡΔΑ Π., (1995). *Κοινωνική επανένταξη πρώην εξαρτημένων ατόμων*. Θεσσαλονίκη: Ψ.Ν.Θ.

ΣΤΕΚΑ Χ., (2004). *Χρήση νόμιμων ψυχοτρόπων ουσιών από το γυναικείο πληθυσμό της Αθήνας*, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.15, 245-250.

ΣΤΕΦΑΝΗΣ, ΣΟΛΔΑΤΟΣ, & ΜΑΥΡΕΑΣ, (1997). *Ναρκωτικά: εθιστικές ουσίες- κλινικά προβλήματα-αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

ΣΤΡΑΤΙΚΗ Λ., (2003). *Το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών. Η ψυχολογική, κοινωνική και νομική αποψη*. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα.

ΣΤΡΑΤΙΚΗ Λ., (2006). *Γυναίκες χρήστριες τοξικών ουσιών με ιστορικό σωματικής και /ή σεξουαλικής κακοποίησης*, Εξαρτήσεις, τ. 10, 39-46.

ΣΦΗΚΑΣ Θ., (2004). *Η κατασκευή του φαινομένου της τοξικομανίας μεταξύ κοινωνιοπαθολογίας και ψυχοπαθολογίας*, Μετάλογος, τ.6, 7-9.

TENTHS, (2003). *Τοξικοεξαρτημένοι*. Αθήνα: Εκδόσεις Αποσπερίτης.

ΤΣΑΧΑΛΙΔΗΣ, Ι. (1993). *Διερεύνηση των στάσεων της ελληνικής κοινωνίας απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, τους τοξικοεξαρτημένοι και στους αλκοολικούς*. Εκλογή, Νο. 96, σελ. 17 - 34.

ΤΣΙΑΗ Σ., (1996). *Τοξικοεξαρτημένοι και κοινωνικός αποκλεισμός*. Στον ΚΑΤΣΟΥΛΗΣ Η., (επιμ.). *Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Τόμος Β'*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΚΚΕ.

ΤΣΙΛΙΧΡΗΣΤΟΣ Ν., (1991). *Ναρκωτικά: Όχι η Ιθάκη δεν είναι εδώ*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

ΦΩΣΤΕΡΗ Μ., (2004). *Η συνεργασία με την οικογένεια του εξαρτημένου απόμου στα πλαίσια της θεραπευτικής κοινότητας*, στο Λιάππας Ι.Α., και Πομίνη Β. (εκδ) *Ουσιοεξάρτηση – Σύγχρονα Θέματα*, Αθήνα, ΙΤΑΚΑ (Σύλλογος των Ευρωπαίων Επαγγελματιών του Χώρου της Ουσιοεξάρτησης), 199 – 204.

ΧΑΡΑΜΗ Μ., (2004). *Η σχέση ανάμεσα στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός νέου και την χρήση ουσιών*. Αθήνα: Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 76

B. Ξενόγλωσση

BAITHER C.R., (1989). *Οικογενειακή θεραπεία σε έφηβους χρήστες ναρκωτικών: Μια ανασκόπηση*. Εκλογή, Νο. 80, σελ. 15 - 19.

BERGERET J., (1999). *Τοξικοεξάρτηση και προσωπικότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

GRIFFITH E., (2010). *Αποποινικοποίηση της χρήσης ουσιών, σωστή απάντηση ή λάθος ερώτηση*; Ερευνητές ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

GOSSOP M., (1993). *Ναρκωτικά: εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*, Αθήνα, Πατάκη.

GOSSOP M., & GRANT M., (2003). *Κατάχρηση ουσιών*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2010). *Trends in Injecting Drug Use in Europe. Luxemburg*. Publicatios Office of the European Union.

KAPLAN H., & SADOCK B., & GREBB J., (2000). *Ψυχιατρική, Τόμοι Α & Β*. Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσα.

NIDA (1994). *Τοξικοεξάρτηση και προσωπικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

NICHOLS M., (1993) *The Therapist as Authority Figure*, *Fam. Process*, Vol. 32, June 1993.

POMINI V., & NIKOLAOU A., (2002) *Women drug users Clients needs in the drug field*, *ITACA*.

POK M., (1995). *Η αλήθεια για τα ναρκωτικά*. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.

SALE PUIG, (1989). *Women and drug abuse*, *Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institute on Drug Abuse NIH publication*, No 94.

STANTON M. D., (1997) *Outcome, attrition and family coypletretment for drug*. A meta-analysis and review of controlled, comperative studies, *Psychological bulletin*.

STOCCO P., LACER J.J.L., AMADOR L., & MENDES C.F., (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity*, Irefrea

Γ. Διαδικτυακές Πηγές

www.google.com, Domestic violence and substance abuse, 2004.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Προγράμματα για γυναίκες:

Ψ.Ν.Α. – 18 ΑΝΩ

ΚΕΝΤΡΟ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Απευθύνεται σε όλες τις γυναίκες που έχουν πρόβλημα με τη χρήση ουσιών και στις οικογένειές τους. Στο κέντρο υποδοχής παρέχονται υπηρεσίες συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα:

- ✓ Στο χώρο αυτό πραγματοποιείται η πρώτη φάση του θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης γυναικών (υποδοχή, εμπύχωση, ευαισθητοποίηση) μέσα από ατομικές και ομαδικές διαδικασίες.
- ✓ Συμβουλευτικές υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των πολλαπλών ψυχοκοινωνικών και ιατρικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν (γυναικολογικές εξετάσεις, εύρεση εργασίας κλπ)
- ✓ Ολιγόωρη απασχόληση του παιδιού που εξασφαλίζει τη συμμετοχή της μητέρας σε ατομικές ή ομαδικές θεραπευτικές δραστηριότητες
- ✓ Ενημέρωση και συμβουλευτική όσον αφορά στην ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη και εκπαίδευση του παιδιού. Άμεση παραπομπή σε κοινωνικές υπηρεσίες σχετικά με την φροντίδα του παιδιού (δυνατότητες αναδοχής, επιδομάτων κλπ) στο πλαίσιο συστηματικής συνεργασίας με τις υπηρεσίες αυτές, ανοικτή τηλεφωνική επικοινωνία για την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων. Λειτουργεί δίκτυο φορέων υποστήριξης μητέρων που έχει δημιουργηθεί με πρωτοβουλία του 18 ΑΝΩ.

Αριστείδου 10 – 12, 3ος όροφος,

Τηλ: 2103215990 – 2103219290

fax: 2103212447

ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ (ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ 15 ΘΕΣΕΩΝ)

Απευθύνεται σε εξαρτημένες από ψυχοτρόπες ουσίες γυναίκες, διαρκεί 6 μήνες και είναι κλειστό. Μέσω διαφόρων θεραπευτικών διαδικασιών επιδιώκει την συνειδητοποίηση των αιτιών της εξάρτησης και την αναζήτηση νέων τρόπων ζωής.

Ταυγέτου 21, Παλαιό Ψυχικό

Τηλ: 210 8250106-206 & 210 6728781

ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ (ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ 30 ΘΕΣΕΩΝ)

Είναι κλειστό πρόγραμμα, διαρκεί 6-8 μήνες. Βρίσκονται μαζί με τα παιδιά τους.

Κ.Ε.Θ.Ε.Α

ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ «ΙΘΑΚΗ»

Προσφέρει θεραπεία σε μητέρες που έχουν παιδιά προσχολικής ηλικίας ή εγκυμονούν. Τους δίνει την δυνατότητα να παρακολουθούν το πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας «Ιθάκη» χωρίς να αποχωρίζονται τα παιδιά τους, για τα οποία διαθέτει παιδικό σταθμό.

Σίνδος, Θεσσαλονίκη,

Τηλ.: 2310 798139, 2310 798694 & 2310 212031

fax: 2310 723309

ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ

Δημιουργήθηκε το 2001 και προσφέρει υπηρεσίες σε εξαρτημένες μητέρες παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας καθώς και σε εξαρτημένες εγκύους. Δίνει την δυνατότητα ένταξης σε μακροχρόνια θεραπευτική διαδικασία, παρέχοντας συγχρόνως, λύση στο θέμα της φροντίδας και φύλαξης των παιδιών.

Το πρόγραμμα είναι εξωτερικής παρακολούθησης και οι μητέρες μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται και να μένουν στο σπίτι τους. Για τις ώρες που είναι απασχολημένες (εργασία, θεραπευτικές διαδικασίες) υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος φύλαξης και δημιουργικής απασχόλησης των παιδιών. Εκεί προσφέρονται δραστηριότητες οργανωμένου παιχνιδιού, κουκλοθέατρου, θεατρικού παιχνιδιού, μουσικοκινητικής και εικαστικών.

Στις βασικές επιδιώξεις του προγράμματος ανήκει η υποστήριξη της σχέσης μητέρας-παιδιού καθώς και η ενίσχυση των μητέρων στο γονεϊκό τους ρόλο. Παρέχεται εκπαίδευση σε θέματα διατροφής, ανάπτυξης του παιδιού, σχέσεων στην οικογένεια, παιδικών ασθενειών, εμβολιασμών κ.ά. Επίσης, παρέχεται ιατρική παρακολούθηση στα παιδιά. Από το 2005 το πρόγραμμα δέχεται και εξαρτημένους πατέρες.

Ρεμπέλου 7, Θεσσαλονίκη

Τηλ. & fax: 2310544939

Κ.Ε.Θ.Ε.Α. «ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ»

Πρόγραμμα που δραστηριοποιείται στις γυναικείες φυλακές Κορυδαλλού, και περιλαμβάνει υπηρεσίες θεραπείας, εκπαίδευσης, συμβουλευτικής και κοινωνικής επανένταξης.

Τσαμαδού 7, Εξάρχεια,

Τηλ: 2103847700, 2103300058

fax: 2103303903

info@kethea-endrasi.gr

ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΟΥ Ψ.Ν.Α. (18 ΑΝΩ)

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ 18 ΑΝΩ

Εξαρτημένοι από ουσίες και για ψυχιατρικό πρόβλημα (στεγνό πρόγραμμα μόνο με ραντεβού).

Ασκληπιού 19, Αθήνα, 2ος όροφος,

Τηλ: 210 3611803, 210 3614242

fax: 210 3609816

ΤΜΗΜΑ ΕΦΗΒΩΝ – ΝΕΩΝ

Συμβουλευτική και θεραπευτική προσέγγιση του προβλήματος της χρήσης ναρκωτικών ουσιών σε νέους και τις οικογένειές τους. Δέχονται έως 22 ετών.

Ισόγειο, Ασκληπιού 19, Αθήνα

Τηλ: 210 3638833, 210 3638895, 210 3617089

fax: 210 3617839

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ 18 ΑΝΩ

Διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες (ατομική, ομαδική ψυχοθεραπεία).
Κλειστό πρόγραμμα.

Λεωφόρος Αθηνών 360, Χαϊδάρι (ΔΑΦΝΙ)

Τηλ: 210 5323780, 210 5388359-360,

fax: 210 5321913

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

Προετοιμασία θεραπευομένου για κοινωνικό-οικονομική επανένταξη.
Λειτουργούν: ομαδική/ ατομική ψυχοθεραπεία -ομάδες τεχνών -κοινωνικός ξενώνας
(για όσους έχουν προβλήματα διαμονής). Ανοιχτό 10 μήνες.

Χανίων 4 Κυψέλη, Αθήνα

Τηλ: 210 3622217, 210 8250106, 210 8250206

ΤΜΗΜΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Συμβουλευτική σε θέματα χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών για γονείς που τα παιδιά δεν είναι στο πρόγραμμα. Ανοιχτό πρόγραμμα για εργαζόμενους χρήστες.
Όπως επίσης, -Οικογένειες – ζευγάρια που παρακολουθούν το πρόγραμμα ή όχι.
Εξαρτημένα άτομα, καλά δομημένα ψυχικά, χωρίς μεγάλη έκπτωση στις σχέσεις τους.

Μάρνη 30, 6ος όροφος, Αθήνα,

Τηλ: 210 5234951, 210 5234737, 210 5234376

ΞΕΝΩΝΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ 18 ΑΝΩ

Μέσω διαφόρων θεραπευτικών διαδικασιών επιδιώκει την συνειδητοποίηση των αιτιών της εξάρτησης και την αναζήτηση νέων τρόπων ζωής. Γυναίκες εξαρτημένες από ψυχοτρόπες ουσίες. Κλειστό διάρκειας 6 μηνών.

Ταυγέτου 21, Παλαιό Ψυχικό

Τηλ: 210 8250106-206, 210 6728781

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΥΛΑΚΩΝ 18 ΑΝΩ

Ομάδες μέσα στη φυλακή και από αποφυλακισμένους. Ραντεβού με δική του απόφαση.

Ασκληπιού 19, Αθήνα, 10680

Τηλ: 210 3611803

fax: 210 3609816

ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ

Τζαβέλα 21 Εξάρχεια

Τηλ: 210 3846812

ΤΜΗΜΑ ΕΝΙΣΧΥΤΙΚΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

Μαυρομιχάλη 122, Εξάρχεια

Τηλ: 210 3622701, 210 3622217

fax: 210 3622201

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΣΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

Ασκληπιού 19 2ος όροφος

Τηλ: 210 3611803, 210 3614242

fax: 210 3609816

ΤΜΗΜΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ

Πατησίων κ Φερρών 2, Αθήνα

Τηλ: 210 8822260

fax: 210 8820548

ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΟΥ Ο.ΚΑ.ΝΑ..

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ: 210 8898200

Αβέρωφ 21, Αθήνα

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

3ΗΣ Σεπτεμβρίου 21

Τηλ: 210 5224202

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ

Τηλ: 1031

ΤΜΗΜΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΟΚΑΝΑ

Πληροφόρηση, βοήθεια και παραπομπή σε θεραπευτικά προγράμματα για θέματα που έχουν σχέση με χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ.

Ασκληπιού 19, Αθήνα, 10680

Τηλ: 210 3617089 (10:00-20:00)

Α' ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ

Χορήγηση μεθαδόνης.

Ερεσσού 40, Εξάρχεια, 10681

Τηλ: 210 3304265-71

Α' ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ

Χορήγηση μεθαδόνης.

Ευζώνων 34, Θεσσαλονίκη

Τηλ: 2310 868896-97

fax: 2310 888858

Β' ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ

Χορήγηση μεθαδόνης.

Καποδιστρίου 46, Αθήνα

Τηλ: 210 5236288, 2105237255

fax: 210 523911

Β' ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΛΟΝΗΣ

Χορήγηση μεθαδόνης.

Λαγκαδά 196Α, Σταυρούπολη, 56430

Τηλ: 2310 601101-2

fax: 2310 602666

Γ' ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΛΟΝΗΣ

Χορήγηση μεθαδόνης.

Νοταρά 106, Πειραιάς

Τηλ: 210 4528761-4

fax: 210 4528765

Γ' ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΛΟΝΗΣ

Χορήγηση μεθαδόνης.

Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπανικολάου, Εξοχή Θεσσαλονίκης (είσοδος δίπλα στην πύλη), Θεσσαλονίκη

Τηλ: 2310 357109

fax: 2310 359147

Δ' ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΘΑΛΟΝΗΣ

Χορήγηση μεθαδόνης.

Σοφοκλέους 48, 10551, Αθήνα

Τηλ: 210 5200700-29

fax: 210 5225575

ΚΕΝΤΡΟ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΟΚΑΝΑ

Σταθμός πρώτων βοηθειών & υποστήριξης εξαρτημένων ατόμων. Εξωτερικά ιατρεία οδοντιατρείου, παθολογικού & μικροβιολογικού. Κοινωνική υπηρεσία. Διαθέτει ασθενοφόρο (166).

3ΗΣ Σεπτεμβρίου 21, Αθήνα

Τηλ: 210 5224202, 210 5224436

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΓΕΦΥΡΑ»

Συμβουλευτικός σταθμός. Ανοιχτή θεραπευτική κοινότητα. Ξενώνας. Πρόγραμμα οικογένειας. Πρόγραμμα κοινωνικής δραστηριοποίησης. Για ενήλικους χρήστες και τις οικογένειες τους. Ευρύτερη περιοχή Πελοποννήσου & Αργινίου.

Αλ. Υψηλάντου 185, Πάτρα

Τηλ: 2610 279795

fax: 2610 621955

e-mail: patrasnet@okana.gr

ΜΟΝΑΔΑ ΕΦΗΒΩΝ ΟΚΑΝΑ «ΑΤΡΑΠΟΣ»

Θεραπευτικό πρόγραμμα (έως 20 ετών).

Βαρβάκη 9, Αθήνα

Τηλ: 210 6420453, 210 6429689

Fax: 210 6448796

E-mail: adolescence@okana.gr

Θεσσαλονίκη: Δαναΐδων 9

Τηλ; 2310 566134-5

Fax: 2310 525348

E-mail: adolesthes@okana.gr

ΜΟΝΑΔΑ ΕΦΗΒΩΝ ΡΕΘΥΜΝΟΥ

Δημοκρατίας 32, Ρέθυμνο

Τηλ; 28310 21200

Fax: 28310 21201

E-mail: adolret@okana.gr

ΜΟΝΑΔΑ ΕΦΗΒΩΝ ΛΑΡΙΣΑΣ

Αθανασίου Διάκου 2, Λάρισα

Τηλ: 2410 538850-1

fax: 2410 536642

e-mail: adollar@okana.gr

ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΘΗΝΑ» - ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΚΑΝΑ

Απεξάρτηση στέγνη χριστών αλκοολικών και για άτομα με ψυχοτρόπες ουσίες. Ενήλικοι αλκοολικοί και τοξικομανείς. Στεγνό πρόγραμμα χωρίς πιστοποιητικά. Για γονείς αλλά και για μη εξαρτημένους.

Ξενίας 20, Αθήνα

Τηλ: 210 7757692

fax: 2107753240

ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΙΑΣΩΝ»

Συμβουλευτικός σταθμός. Για χρήστες ναρκωτικών ή αλκοόλ, καθώς και για γονείς.

Αγρινίου 33, Κάτω Πατήσια

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΕ.Θ.Ε.Α.

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΣΤΡΟΦΗ

Πρόκειται για ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα εφήβων. Αποτελεί ένα οργανωμένο δίκτυο υπηρεσιών για έφηβους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών (από 13 έως 21 ετών) και τις οικογένειές τους.

Αμορίου 4, Αθήνα

Τηλ: 210 8822122, 210 8814514

fax: 210 8842237

Mail: info@kethea-strofi.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΕΞΑΝΤΑΣ

Πρόκειται για θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας εφήβων. Απευθύνεται σε έφηβους (13-20 ετών) σε οποιαδήποτε φάση εμπλοκής με τη χρήση και αν βρίσκονται καθώς και τις οικογένειές τους.

Ευπλοίας 32, Πειραιάς

Τηλ: 210 4227940

Fax: 210 4227948

Mail: info@kethea-exantas.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΑΝΑΔΥΣΗ

Πρόκειται για θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας εφήβων χρηστών, και καλύπτει τις ανάγκες τόσο των χρηστών, όσο και των οικογενειών τους στη Βόρεια Ελλάδα.

Ρεμπέλου 7, Θεσσαλονίκη

Τηλ: 2310 253354, 2310 253537-8

Fax: 2310 260847

Mail: info@kethea-anadysi.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΠΛΕΥΣΗ

Πρόκειται για πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης για εφήβους. Απευθύνεται σε νέους έως 21 ετών, που κάνουν πειραματική, περιστασιακή ή συστηματικότερη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, καθώς και τις οικογένειές τους.

Μαγνησίας 25, Αθήνα

Τηλ: 210 8218883

Fax: 210 8218814

Mail: info@kethea-plefsi.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Πρόκειται για θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων. Απευθύνεται σε χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών άνω των 20 ετών και στις οικογένειές τους.

Βαλτετσίου 37, Αθήνα

Τηλ: 210 3300751(απευθείας γραμμή για χρήστες ουσιών)

Fax: 210 3300759

Mail: info@kethea-paremvasi.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΔΙΑΒΑΣΗ

Πρόκειται για ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα ενηλίκων. Απευθύνεται σε ενήλικους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών και στις οικογένειές τους.

Φυλής 217, Αθήνα

Τηλ: 210 8660070, 210 8664259

Fax: 210 8626721

Mail: info@kethea-diavasi.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΝΟΣΤΟΣ

Πρόκειται για θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων. Καλύπτει τις ανάγκες των ενηλίκων χρηστών και των οικογενειών τους στις περιοχές του Πειραιά, των νησιών του Αιγαίου και γενικότερα της Νότιας Ελλάδας.

Ανδρούτσου 63, Πειραιάς

Τηλ: 210 4220708, 210 4221061

Fax: 210 4220709

Mail: info@kethea-nostos.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. MOSAIC

Πρόκειται για διαπολιτισμικό μεταβατικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας. Απευθύνεται σε εξαρτημένους μετανάστες και πρόσφυγες καθώς και στις οικογένειές τους. Η προσέγγισή του είναι διαπολιτισμική και συνεργάζεται με συλλόγους μεταναστών και προσφύγων.

Δροσοπούλου 41-43 & Τήνου, Αθήνα

Τηλ: 210 8256944, 210 8257164

Fax: 210 8257163

Mail: info@kethea-mosaic.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΑΡΙΑΔΝΗ

Πρόκειται για ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα ενηλίκων. Το πρόγραμμα «ΑΡΙΑΔΝΗ», με έδρα την πόλη του Ηρακλείου, είναι το πρώτο πρόγραμμα απεξάρτησης για χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους που λειτούργησε στην Κρήτη.

Σμπώκου 6, Ηράκλειο Κρήτης

Τηλ: 2810 261026, 2810 261126

Fax: 2810 260566

Mail: info@kethea-ariadni.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΚΙΒΩΤΟΣ

Πρόκειται για θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας ενηλίκων, που καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης. Έχει την δυνατότητα να προσφέρει υπηρεσίες σε διαφορετικές εθνικές και θρησκευτικές ομάδες, με γνώση και σεβασμό απέναντι στα πολιτισμικά και γλωσσικά τους χαρακτηριστικά.

Τσολάκη & Αθηνάς Καβάλα

Τηλ: 2510 223131, 2510 223134

Fax: 2510 223135

Ηροδότου 1, Αλεξανδρούπολη

Τηλ: 25510 89595, 25510 89681

Fax: 25510 89596

Mail: info@kethea-kivotos.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΠΙΛΟΤΟΣ

Πρόκειται για πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας εφήβων και νεαρών ενηλίκων. Στοχεύει στην απεξάρτηση νέων από 15 έως 25 ετών και στην απεμπλοκή τους από παραβατικές δραστηριότητες.

Προύσσης & Μυριοφύτου, Πλατεία Εθνικών Αναμνήσεων, Νέα Ιωνία Βόλου

Τηλ: 24210 80246, 24210 77055

Fax: 24210 64615

Mail: info@kethea-pilotos.gr

ΚΕ.Θ.Ε.Α. ΟΞΥΓΟΝΟ

Πρόκειται για θεραπευτικό κέντρο ημερήσιας φροντίδας εφήβων και νεαρών ενηλίκων. Παρέχει υπηρεσίες ενημέρωσης, συμβουλευτικής, απεξάρτησης και

επανένταξης στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες της πόλης με πρόβλημα χρήσης ουσιών από ψυχοτρόπες ουσίες, καθώς και υποστήριξη στις οικογένειές τους.

Φωκαίας 26, Πάτρα

Τηλ: 2610 343400

Fax: 2610 343023

Mail: info@kethea-oxygono.gr