



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« Η ΟΥΣΙΟΞΕΑΡΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ
Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ »

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ :

ΓΚΟΥΤΣΕΛΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΔΡΑΚΟΥ ΑΣΠΑΣΙΑ

ΚΟΥΚΟΥΡΑ ΤΖΕΝΗ – ΟΛΓΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΒΑΣΑΜΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Δυτικής Ελλάδας.

ΠΑΤΡΑ 2014

Έγκριση

Υπογραφή

| | |
|------------------------------|--|
| Επιβλέπων: | |
| Μέλος εξεταστικής επιτροπής: | |
| Μέλος εξεταστικής επιτροπής: | |

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|----|
| Ευχαριστίες | 8 |
| Περίληψη..... | 9 |
| Κεφάλαιο 1 Σκοπός & Ορισμοί | |
| 1.1 Εισαγωγή | 10 |
| 1.2 Σκοπός | 11 |
| 1.3 Ορισμοί – Έννοιες | 12 |
| Κεφάλαιο 2 Ουσιοεξαρτήσεις | |
| 2.1 Εισαγωγή | 16 |
| 2.2 Γενικές έννοιες της ουσιοεξάρτησης..... | 17 |
| 2.3. Ιστορική αναδρομή..... | 18 |
| 2.4. Είδη ουσιοεξαρτήσεων | 19 |
| 2.4.1 Νόμιμες..... | 19 |
| 2.4.2 Παράνομες..... | 29 |
| Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα ουσιοεξαρτήσεων | |
| 3.1 Εισαγωγή | 32 |
| 3.2 Κάπνισμα..... | 33 |
| 3.2.1 Άμεσα αποτελέσματα του καπνίσματος..... | 35 |
| 3.2.2 Αποτελέσματα του μακροχρόνιου καπνίσματος | 36 |
| 3.3 Το παθητικό κάπνισμα | 37 |
| 3.4 Οινοπνευματώδη (Αλκοόλ)..... | 38 |
| 3.4.1 Περιεκτικότητα σε αλκοόλ και η επιρροή που ασκεί στον άνθρωπο | 42 |
| 3.4.2 Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης αλκοόλ | 42 |
| 3.4.3 Η δράση του αλκοόλ..... | 44 |
| 3.4.4 Κατανάλωση αλκοόλ και ατυχήματα | 46 |
| 3.4.5 Αλκοολισμός | 47 |
| 3.5 Διαγνωστικά κριτήρια όπως τα ορίζει ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας & Νομικό Πλαίσιο | 48 |
| 3.6 Έρευνες για τα οινοπνευματώδη ποτά | 49 |

| | |
|---|----|
| 3.7 Ναρκωτικά..... | 50 |
| 3.7.1 Αμφεταμίνες | 52 |
| 3.7.2 Ινδική κάνναβη (χασίς)..... | 54 |
| 3.7.3 Κοκαΐνη | 56 |
| 3.7.4 Το κρακ..... | 60 |
| 3.7.5 Το όπιο και τα παράγωγα του..... | 60 |
| 3.8 Οι κυριότερες ουσίες των ναρκωτικών | 62 |
| 3.8.1 Τρόποι χρήσης των ουσιών και αποτελέσματα | 62 |
| 3.9 Έρευνες για ναρκωτικά | 70 |
| 3.10 Τρόπος χρήσης της κύριας ουσίας 2012 | 71 |
| 3.11 Τροχαία ατυχήματα | 72 |
| 3.12 Νομοθετικό πλαίσιο για τα ναρκωτικά | 72 |

Κεφάλαιο 4^ο

Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες σχετικά με την χρήση ουσιών

| | |
|--|----|
| 4.1 Εισαγωγή | 76 |
| 4.2 Παράγοντες κινδύνου ουσιοεξάρτησης..... | 76 |
| 4.2.1 Παράγοντες κινδύνου σε ατομικό οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο | 77 |
| 4.2.2 Η εφηβεία σημαντικός παράγοντας κινδύνου | 79 |
| 4.3 Προστατευτικοί παράγοντες ουσιοεξάρτησης..... | 83 |
| 4.3.1 Παράγοντες προστασίας κινδύνου | 84 |
| 4.3.2 Η πρόληψη προλαμβάνει τον κίνδυνο | 85 |

Κεφάλαιο 5^ο Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης

| | |
|--|----|
| 5.1 Εισαγωγή | 88 |
| 5.2 Η ιστορική εξέλιξη της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στον Ελλαδικό χώρο..... | 88 |
| 5.3 Υπηρεσίες – φορείς και κέντρα για την απεξάρτηση ουσιών | 89 |
| 5.4 Παρεμβάσεις πρόληψης της ουσιοεξάρτησης..... | 90 |
| 5.4.1 Τύποι παρέμβασης για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης | 93 |
| 5.4.2 Περιβαλλοντικές στρατηγικές πρόληψης..... | 95 |
| 5.4.3 Τρόποι παρέμβασης πρόληψης της ουσιοεξάρτησης..... | 95 |
| 5.4.4 Παρεμβάσεις πρόληψης σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης..... | 97 |

| | |
|---|-----|
| 5.4.5 Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια..... | 99 |
| 5.4.6 Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην κοινότητα | 101 |
| 5.5 Φορείς που υλοποιούν παρεμβάσεις πρόληψης στην Ελλάδα | 102 |
| 5.6 Νομοθεσία | 102 |

Κεφάλαιο 6^ο

Η αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης

| | |
|--|-----|
| 6.1 Εισαγωγή | 105 |
| 6.2 Η συμβολή της συμβουλευτικής αντιμετώπισης για την ουσιοεξάρτηση..... | 105 |
| 6.3 Η συμβολή της θεραπευτικής αντιμετώπισης για την ουσιοεξάρτηση | 107 |
| 6.4 Οι συμβουλευτικές τηλεφωνικές γραμμές επικοινωνίας και υποστήριξης στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης..... | 112 |
| 6.5 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης... | 116 |
| 6.6 Θεωρίες της Κοινωνικής Εργασίας στην αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης | 118 |
| 6.6.1. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση | 119 |
| 6.6.2 Η θεωρία των συστημάτων..... | 119 |
| 6.6.3 Η γνωστική-συμπεριφορική θεωρία | 120 |
| 6.6.4 Η υπαρξιστική-ανθρωπιστική θεωρία | 121 |
| 6.7 Οι στόχοι των εφαρμογών της Κοινωνικής Εργασίας στην επανένταξη | 122 |
| 6.8 Οι μέθοδοι παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού..... | 123 |

Κεφάλαιο 7^ο

Σχέση ουσιοεξάρτησης με τους τρεις βασικότερους παράγοντες επίδρασης στην ανθρώπινη υπόσταση

| | |
|--|-----|
| 7.1 Εισαγωγή | 130 |
| 7.2 Ουσιοεξάρτηση και παραβατικότητα..... | 130 |
| 7.3 Ουσιοεξάρτηση και ψυχική υγεία | 135 |
| 7.4 Ουσιοεξάρτηση και διαπροσωπικές σχέσεις..... | 138 |

Κεφάλαιο 8

Συμπεράσματα – Προτάσεις

| | |
|------------------------|-----|
| 8.1 Συμπεράσματα | 143 |
| 8.2 Προτάσεις..... | 144 |

| | |
|--|-----|
| 8.3 Προτάσεις για τους γονείς για να βοηθήσουν το παιδί τους να πει ΟΧΙ στις ουσιοεξαρτήσεις..... | 150 |
| Επίλογος | 151 |
| Βιβλιογραφία..... | 152 |
| Παράρτημα Ι..... | 159 |
| Παράρτημα ΙΙ | 173 |
| Παράρτημα ΙΙΙ..... | 179 |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα εκτενούς αναζήτησης και έρευνας. Θα θέλαμε να απευθύνουμε θερμές ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια - επόπτρια μας κ. Βαλσάμη, για την καθοδήγηση και την άμεση και ουσιαστική βοήθεια που μας παρείχε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας. Μας βοήθησε να αντιληφθούμε την σημαντικότητα του « ταξιδιού» καθώς επίσης να συνειδητοποιήσουμε πως η γνώση ξεκινάει με την αναζήτηση.

Εν κατακλείδι, θα θέλαμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή εργασία μας στην συμφοιτήτρια μας Έφη Κουτάρα που έφυγε τόσο άδικα από την ζωή και δεν κατάφερε να ολοκληρώσει τον δικό της αγώνα προς την γνώση και την προσφορά στον συνάνθρωπο.

Καλό ταξίδι Έφη

Περίληψη

Η ουσιοεξάρτηση στην Ελλάδα, η πρόληψη και η αντιμετώπισή της είναι το βασικό ζητούμενο της παρούσας εργασίας. Παρατηρώντας μια πτυχιακή εργασία η οποία είναι βασισμένη στο πρόβλημα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς του ανθρώπου, μέσω των ουσιών και των συνεχόμενων εξαρτήσεων σε διαφορετικούς τομείς, γίνεται αντιληπτό τι είναι ουσίες, εάν υπάρχει πρόληψη και πώς μπορεί να δημιουργηθεί και πώς αντιμετωπίζονται αυτά τα σοβαρά προβλήματα. Τα προαναφερόμενα ζητήματα αναλύονται με έναν εκτενή τρόπο μέσα από οκτώ κεφάλαια.

Summary

Drug addiction in Greece, prevention and treatment is the key challenge of this work. Watching this work which is based on the problem of self-destructive human behavior through drugs and adjacent dependencies in different areas, you can understand what are substances , if any prevention exists, how can be created and how to deal with these serious problems. The above issues are analyzed in an extensive way through eight chapters.

Κεφάλαιο 1

Σκοπός & Ορισμοί

1.1 Εισαγωγή

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα: «Ουσιοεξάρτηση στην Ελλάδα η πρόληψη και η αντιμετώπισή της» θα παρατεθούν πληροφορίες για τις εξαρτήσεις, τα προβλήματα, την πρόληψη άλλα και την αντιμετώπιση που μπορούμε να έχουμε στην Ελλάδα .

Δουλεύοντας με βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατηρούμε ότι η εξάρτηση είναι ένα μείζον θέμα που ευδοκμεί στην εποχή μας. Στον 21^ο αιώνα παρατηρούμε την ραγδαία εξέλιξη της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς του ανθρώπου μέσω των ουσιών και των συνεχόμενων εξαρτήσεων σε διαφορετικούς τομείς.

Σε μια εποχή που υπάρχει έντονη κρίση αξιών και αρχών, είναι πολύ εύκολο ο άνθρωπος να θέλει να ξεφύγει από τα προβλήματα που του προκαλεί η κοινωνία, βρίσκοντας διέξοδο, σε κάποια ουσία που του διώχνει το στρες, το άγχος και ίσως τον έντονο φόβο για να αντεπεξέλθει στα προβλήματα του.

Η παρούσα πτυχιακή διακρίνεται σε οκτώ θεωρητικά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στον σκοπό της μελέτης, που είναι η πληροφόρηση του κόσμου για ένα πολυδιάστατο θέμα που μαστίζει την σύγχρονη κοινωνία «ουσιοεξάρτηση» και ο τρόπος που καθιστά εφικτό να αντιμετωπίζουμε και να προλαμβάνουμε τις καταστροφικές συνέπειές της. Επίσης δίνονται οι βασικές έννοιες και ορισμοί της μελέτης οι οποίοι βοηθούν στο να αντιληφθεί ο αναγνώστης επιστημονικές λέξεις κλειδιά για την ακριβή κατανόηση του θέματος.

Το δεύτερο κεφάλαιο επικεντρώνεται, στην ιστορική εξέλιξη και αναφέρεται επιγραμματικά στα είδη των ουσιοεξαρτήσεων, με σκοπό την κατανόησή τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται εκτενέστερη αναφορά στις κατηγορίες των εξαρτήσεων «Κάπνισμα, Αλκοόλ, Ναρκωτικά» παραθέτοντας τον προσδιορισμό τους και εξηγώντας τα σοβαρά προβλήματα που προκαλούν στον ανθρώπινο οργανισμό αλλά και στην κοινωνία.

Το τέταρτο κεφάλαιο της πτυχιακής εργασίας, αναφέρεται σε ένα κομμάτι που θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή. Προτείνουμε τη διαπαιδαγώγηση ως τρόπο αποφυγής του προβλήματος. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στους παράγοντες κινδύνου και στους προστατευτικούς παράγοντες σχετικά με την χρήση ουσιών .

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται μια επακριβής ανάλυση για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, μέσα από την ιστορική εξέλιξή της στον Ελλαδικό χώρο από τρόπους και τύπους παρέμβασης από υπηρεσίες – φορείς και κέντρα απεξάρτησης.

Το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης εστιάζοντας στην συμβολή της συμβουλευτικής και της θεραπευτικής αντιμετώπισης, αλλά και στις συμβουλευτικές τηλεφωνικές γραμμές επικοινωνίας - υποστήριξης και στον σημαντικό ρόλο του κοινωνικού λειτουργού για την αντιμετώπισή της .

Το έβδομο κεφάλαιο εξηγεί την σχέση της ουσιοεξάρτησης με τους τρεις βασικότερους παράγοντες, επίδρασης στην ανθρώπινη υπόσταση οι οποίοι είναι, η ουσιοεξάρτηση η παραβατικότητα, η ψυχική υγεία και οι διαπροσωπικές σχέσεις .

Τέλος, στο όγδοο κεφάλαιο δίνεται η δυνατότητα γενικότερης ενημέρωσης. Αφορά τα Συμπεράσματα – Προτάσεις που προκύπτουν ως αποτέλεσμα όλων των προαναφερόμενων κεφαλαίων .

Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι για μας ήταν μια πολύ ενδιαφέρουσα εργασία γιατί αφορά το δικό μας ταξίδι γνώσεων αναζητήσεων και συμπερασμάτων, οι προτάσεις που δίνουμε είναι μέσα από την σκοπιά που εμείς αντιληφθήκαμε το θέμα. Εν κατακλείδι εμείς θέλαμε να παρακινήσουμε τον κόσμο να μάθει τι είναι η ουσιοεξάρτηση και ποιες σοβαρές επιπτώσεις και επιδράσεις έχει τόσο στον άνθρωπο όσο και στην κοινωνία, προσπαθώντας να αποβάλουν τις προκαταλήψεις που πιθανόν έχουν, απέναντι σε αυτή την ευπαθή ομάδα. Διότι ο κοινωνικός αποκλεισμός και η κοινωνική απομόνωση ωθεί τον άνθρωπο στην αυτοκαταστροφή .

Τίποτα δεν αλλάζει χωρίς την προσπάθεια όλων μας .

1.2 Σκοπός

Η παρούσα πτυχιακή εργασία στοχεύει στην παρουσίαση - ανάλυση ενός πολυδιάστατου φαινομένου και στην σωστή ενημέρωση - πληροφόρηση για ένα μείζονος σημασίας πρόβλημα που μας αφορά όλους άμεσα την ουσιοεξάρτηση. Διαλέγοντας ένα θέμα με πλούσια βιβλιογραφική ανασκόπηση, δεν προσπαθούμε να βρούμε επαναστατικές καινοτόμες ιδέες, προσπαθούμε να τονίσουμε την σημαντικότητα της γνώσης για την αντιμετώπιση-πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Επιζητούμε να καταφέρουμε να παρακινήσουμε - επιμορφώσουμε και να ευαισθητοποιήσουμε, παραθέτοντας εμπειριστατωμένες πληροφορίες .

1.3 Ορισμοί – Έννοιες

Ουσίες: Η **ουσία** ως όρος προκύπτει από τη μετοχή του ρήματος «είναι» και δηλώνει τη φύση που χαρακτηρίζει το ον (αυτό που υπάρχει) σαν να ήταν αυτή πραγματική όσο το ίδιο το ον. Η ουσία του κάθε πράγματος είναι ο συγκερασμός των ιδιοτήτων που το χαρακτηρίζουν, που το κάνουν να είναι αυτό που είναι. Ως όρος χρησιμοποιείται από την αρχαία ελληνική γλώσσα ως και σήμερα.

(ανακτήθηκε από: <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9F%CF%85%CF%83%CE%AF%CE%B1>)

Οπιούχες ουσίες: οι οπιούχες ουσίες περιλαμβάνουν το όπιο (ρητίνη που λαμβάνεται από το περικόρπιο της παπαρούνας), τη μορφίνη, την ηρωίνη και την κωδεΐνη. Παράγονται όλα από το ακατέργαστο όπιο μέσω μιας αρκετά απλής χημικής επεξεργασίας. Τα συνθετικά αναλγητικά παρασκευάζονται υπό μορφή σκόνης, ταμπλετών ή υγρού. Περιλαμβάνουν το σιρόπι μεθαδόνης, το *physeptone*, ή τη ταμπλέτα μεθαδόνης, την πεθιδίνη, το *diconal* και το *palfium*. (Μαρσέλος Μ. , 1997).

Ουσιοεξάρτηση: σύνολο γνωσιακών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων που υποδεικνύουν ότι το άτομο αδυνατεί να ελέγξει τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και ότι εξακολουθεί να κάνει χρήση της ουσίας παρά τις δυσμενείς επιπτώσεις. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (Ανακτήθηκε από: EMCDDA.europa.eu [14.12.2010]) .

Κατάχρηση: η υπέρμετρη και άτοπη χρήση ή κατανάλωση ενός πράγματος, άτοπη ή υπερβολική χρήση ενός δικαιώματος, μεταφορική ή κατ' επέκταση της κύριας σημασίας της χρήση μιας λέξης. (ανακτήθηκε από: http://greek_greek.enacademic.com)

Πρόληψη: ενέργειες, δραστηριότητες, μέτρα που στοχεύουν στο να αποτρέψουν, να εμποδίσουν την εμφάνιση διάφορων αρνητικών, βλαπτικών φαινομένων ή καταστάσεων. (ανακτήθηκε από: <http://www.greek-language.gr>).

Αλκοόλ: Ο όρος αλκοόλ προέρχεται από την αραβική λέξη "al kohl". Το αλκοόλ που βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C₂ H₅ OH. (ανακτήθηκε από: <http://bestrong.org.gr>).

Κάπνισμα ονομάζεται η πρακτική της εισπνοής καπνού προερχόμενου από την καύση φύλλων του φυτού καπνός. Η καύση γίνεται συνήθως σε τσιγάρο, πίπα, πούρο ή με άλλο τρόπο (ανακτήθηκε από: <http://el.wikipedia.org>).

Καφεΐνη: Η καφεΐνη είναι ένα πικρό, λευκό κρυσταλλικό αλκαλοειδές της ξανθίνης το οποίο είναι ένα ψυχοενεργό διεγερτικό ναρκωτικό (ανακτήθηκε από: <http://el.wikipedia.org>).

Ναρκωτικά: Οποιαδήποτε ουσία σε υγρή μορφή, σε σκόνη, σε ταμπλέτα, σε φυτική σύσταση, σε σπρέι, που επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και αλλάζει την αντίληψη, το συναίσθημα, τη διάθεση, τη συμπεριφορά, τον τρόπο λειτουργίας του σώματος του ατόμου που τα χρησιμοποιεί, κατηγοριοποιείται με τον όρο «ναρκωτικό» (ανακτήθηκε από: <http://www.kethea.gr>).

Κατάχρηση: η χρήση μιας οποιασδήποτε ουσίας, συνήθως αυτοχορηγούμενης, με τρόπο που αποκλίνει από τα αποδεκτά πρότυπα και οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση

Εξάρτηση: είναι η επανειλημμένη χρήση μιας ουσίας ή φαρμάκου ή οτιδήποτε άλλου που επιθυμεί ο άνθρωπος, που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ή μη σωματικής εξάρτησης. Η σωματική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από συμπτώματα ανοχής (ανάγκη για αύξηση ποσοτήτων για επίτευξη επιθυμητού αποτελέσματος) ή στέρησης (στερητικό σύνδρομο) (Ηλίας Α. Γραμματικόπουλος, ανακτήθηκε από <http://www.i.grammatikopoulos.gr>).

Παράγοντες κινδύνου: Αναφερόμενοι στον όρο παράγοντες κινδύνου σχετικά με την χρήση ουσιών εννοούμε ορισμένες μεταβλητές, που αυξάνουν την πιθανότητα ενός ατόμου να οδηγηθεί στη χρήση ουσιών. Ορισμένοι από τους παράγοντες κινδύνου που μπορεί να έχει κάποιο άτομο το καθιστούν επιρρεπή στη χρήση ουσιών και δεν εμφανίζουν τον ίδιο βαθμό επικινδυνότητας από άτομο σε άτομο. (EMCDDA, 2010). Οι παράγοντες αυτοί εμφανίζονται σε διάφορους τομείς που αφορούν την ατομική και κοινωνική ζωή του ατόμου. (NIDA 2003).

Προστατευτικοί παράγοντες: είναι οι παράγοντες που προστατεύουν το άτομο και το απομακρύνουν από την χρήση ουσιών, επίσης προωθούν θετικές συμπεριφορές αποτρέποντας έτσι το άτομο να εμπλακεί σε καταστάσεις που σχετίζονται με την χρήση ουσιών. Οι προστατευτικοί παράγοντες αφορούν προσωπικά και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες. (EMCDDA, 2010).

Απεξάρτηση: Είναι η διαδικασία απαλλαγής από κάποια συγκεκριμένη εξάρτηση, από εθισμό (κυρίως για ναρκωτικές ή διεγερτικές ουσίες) και περιλαμβάνει την αποτοξίνωση και την ψυχολογική απεξάρτηση. (ανακτήθηκε από: <http://www.wikipedia.org>)

Παραβατικότητα: η τάση για παραβίαση νόμων και κανόνων. (ανακτήθηκε από: <http://www.wikipedia.org>)

Συμβουλευτικά Κέντρα: είναι ένα δίκτυο υπηρεσιών δράσεων βοήθειας, όπου προσφέρουν συμβουλευτική αλλά και ψυχολογική υποστήριξη. (ανακτήθηκε από: <http://www.isotita.gr>).

Θεραπευτικά Προγράμματα: είναι τα προγράμματα τα οποία προσφέρουν βοήθεια στους χρήστες τους, με σκοπό να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα που έχουν με τις ανάλογες διαδικασίες. (ανακτήθηκε από: <http://www.wikipedia.org>).

Κέντρα Απεξάρτησης Ουσιών: απευθύνονται στους χρήστες και στις οικογένειες αυτών. Στηρίζονται στην αντιμετώπιση εξάρτησης ουσιών, με ή χωρίς φαρμακευτικές ουσίες και με την εθελούσια προσέλευση αυτών. (ανακτήθηκε από: <http://www.wikipedia.org>).

Κέντρα Επανεκπαίδευσης: είναι τα κέντρα στα οποία είναι τα άτομα τα οποία χρήζουν βοήθεια προκειμένου να ενταχθούν ενεργά στην κοινωνία. (ανακτήθηκε από: <http://www.wikipedia.org>).

Κέντρα Οικογενειακής Υποστήριξης: απευθύνονται στα μέλη της οικογένειας ή και σε άλλους συγγενείς των χρηστών, προσφέροντας τους ενημέρωση, συμβουλευτική και θεραπευτική υποστήριξη (ανακτήθηκε από: <http://www.kethea.gr>).

Ερευνητικό Πανεπιστήμιο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ): Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και οιοπνευματωδών στην Ελλάδα 2010.(ανακτήθηκε από: <http://www.ektepn.gr>).

Ο.Κ.Α.Ν.Α.: Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. (ανακτήθηκε από: <http://www.okana.gr>).

Κ.Ε.Θ.Ε.Α.: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. (ανακτήθηκε από: <http://www.kethea.gr>).

Παραβατικότητα – παραβατικό άτομο: είναι η ενέργεια του ατόμου το οποίο παραβιάζει τους κανόνες και τους νόμους της κοινωνίας, δηλαδή κινούνται αντί των νόμων. (ανακτήθηκε από: <http://www.elesme.gr>).

Ψυχική Υγεία: η ψυχική υγεία απασχολεί την σωματική, αλλά παράλληλα και την ψυχολογική υγεία του ατόμου (πως αισθάνεται, σε τι κατάσταση βρίσκεται). Προφανώς σε κάθε άνθρωπο διαφέρει. (ανακτήθηκε από: <http://www.klimaka.org.gr>).

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (ανακτήθηκε από: <http://www.who.gr>).

Κοινωνικός Λειτουργός: Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού προάγει την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις σχέσεις των ανθρώπων και την ενδυνάμωση

και ενίσχυσή τους με στόχο την επαύξηση της ευημερίας τους. Η κοινωνική εργασία χρησιμοποιεί θεωρίες της συμπεριφοράς του ανθρώπου και των κοινωνικών συστημάτων για να παρέμβει στα σημεία εκείνα όπου τα άτομα αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους. Οι αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι θεμελιώδεις για την κοινωνική εργασία. ((International Federation of Social Workers) και από τη Διεθνή Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (International Association of Schools of Social Work), 2001)

Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: το κέντρο όπου μέσα εκεί τελείται η διαδικασία, προκειμένου να διευκολύνει τα άτομα με χαμηλή λειτουργικότητα, ανάπηρα ή και ανάικα από μια ψυχική διαταραχή να γίνουν όσο μπορούν πιο ενεργά και ικανά άτομα. (ανακτήθηκε από: [http:// www.klimaka.org.gr](http://www.klimaka.org.gr)).

Διαπροσωπικές Σχέσεις: είναι οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των ανθρώπων σε διάφορους τομείς στην ζωή τους. Είναι οι σχέσεις οι οποίες υπάρχουν ή και συνυπάρχουν μέσα σε έναν χώρο ανθρώπων. (ανακτήθηκε από: [http:// www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).

Κεφάλαιο 2

Ουσιοεξαρτήσεις

2.1 Εισαγωγή

Παρατηρώντας την ιστορική εξέλιξη της κοινωνίας γίνεται αντιληπτό ότι το φαινόμενο της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών έχει αυξηθεί επικίνδυνα τα τελευταία χρόνια, όμως δεν είναι ένα καινούριο φαινόμενο. Ο άνθρωπος από την αρχή της ιστορίας του είχε την ανάγκη να επέμβει στον ψυχικό του κόσμο, μεταβάλλοντας τα συναισθήματα και την διάθεσή του. Σαν ένα ον με συνεχείς αναζητήσεις ανακάλυπτε ουσίες με «μαγικές» ιδιότητες οι οποίες επιδρούσαν στο σώμα και στον ψυχισμό του.

Στο παρελθόν ο άνθρωπος χρησιμοποιούσε αρκετές εξαρτησιογόνες ουσίες για θρησκευτικές και θεραπευτικές τελετές, με σκοπό να έρθει σε επαφή με τον Θεό να γιατρέψει τις αρρώστιες του, να αποκτήσει δύναμη ενέργεια και κουράγιο, για να αντέξει τις αντίξοες συνθήκες καταφέροντας με αυτόν τον τρόπο να υπερβεί τον εαυτό του.

Με την ανακάλυψη των νέων κόσμων αναπτύχθηκε το εμπόριο μεταξύ των ηπείρων. Με αυτό τον τρόπο άρχισαν να γίνονται γνωστές σε όλους τους πολιτισμούς οι ουσίες, χάνοντας όμως τον τελετουργικό και ιατρικό χαρακτήρα αρχίζοντας να εξυπηρετούν προσωπικές ανάγκες. Έτσι, κάνουν την εμφάνιση τους τα προβλήματα της κατάχρησης και οι πρώτες νομοθετικές προσπάθειες για την εξάλειψη της χρήσης.

Με την πάροδο του χρόνου ανακαλύφθηκαν συνθετικές ουσίες. Η ανάπτυξη παράνομου εμπορίου, σε συνδυασμό με την συνεχόμενη αύξηση της πολυπλοκότητας των προβλημάτων της κοινωνίας έντυνε την εξάπλωση του φαινομένου των εξαρτησιογόνων ουσιών .

Στην αρχή, προσπαθώντας να εξαλείψουν ένα άγνωστο κομμάτι για τα δεδομένα της εποχής που αφορούσε την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, εστίασαν στην θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων, στοχεύοντας στην διακοπή της χρήσης και την επανένταξη του ανθρώπου, παρατηρώντας διεξοδικά τις βιολογικές επιδράσεις και τα ψυχολογικά αποτελέσματα της χρήσης και κατάχρησης των ουσιών.

Το πρόβλημα είναι ότι η ουσιοεξάρτηση δεν μπορεί να εξηγηθεί μόνο με τις ιδιότητες συγκεκριμένων ουσιών. Για αυτό το λόγο, τελευταία επικεντρώνονται σε αιτιολογικούς παράγοντες. Πως ο άνθρωπος χρησιμοποιεί τις εξαρτησιογόνες ουσίες, τις προσδοκίες που έχει

από τις ουσίες οι οποίες θα καθορίσουν εάν ο χρήστης θα εξαρτηθεί από αυτές ή θα είναι περιστασιακός χωρίς ποτέ να εξαρτηθεί ή η χρήση θα έχει περιορισμένη διάρκεια.

Γίνεται αντιληπτό, ότι οι άνθρωποι πλέον έχουν την ανάγκη να επέμβουν και να αλλάξουν την ψυχική τους διάθεση, να απαλλαγούν από την δυσαρέσκεια- δυσφορία που βιώνουν από την κοινωνία .

Για να υφίσταται τέτοιου είδους εξάρτηση θα πρέπει να έρθει σε επαφή με την ουσία και να θεωρεί ότι η χρήση είναι η μοναδική διαθέσιμη λύση για να αντιμετωπίσει την δυσαρέσκεια –δυσφορία, πιστεύοντας ότι δεν υπάρχει εναλλακτική λύση.

Με την πτυχιακή αυτή γίνεται μια προσπάθεια να δώσουμε μια πληροφόρηση για τις κυριότερες εξαρτησιογόνες ουσίες που χρησιμοποιεί ο άνθρωπος, τις επιδράσεις που έχει στο σώμα και στην ψύχη του .

2.2 Γενικές έννοιες της ουσιοεξάρτησης

Κατάχρηση: η χρήση μιας οποιασδήποτε ουσίας συνήθως αυτοχορηγούμενης , με τρόπο που αποκλίνει από τα αποδεκτά πρότυπα και οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση.

Εξάρτηση: η επανειλημμένη χρήση μιας ουσίας ή φαρμάκου που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ή μη σωματικής εξάρτησης. Η σωματική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από συμπτώματα ανοχής (ανάγκη για αύξηση ποσοτήτων για επίτευξη επιθυμητού αποτελέσματος) ή στέρησης (στερητικό σύνδρομο) (Ηλίας Α. Γραμματικόπουλος, ανακτήθηκε από <http://www.i.grammatikopoulos.gr>).

Συχνά αναφέρεται ο όρος «ναρκωτικά» ο οποίος όμως δεν ανταποκρίνεται με ακρίβεια στις ουσίες αυτές διότι άλλες έχουν κατασταλακτική επίδραση (υπνωτικά, αλκοόλ) και άλλες διεγερτική (αμφεταμίνες, κοκαΐνη) (Ε.Π.Ψ.Υ- Ο.Κ.ΑΝ.Α, 2003).

Η εξελικτική πορεία της εξάρτησης

Δοκιμή → Δραστήρια → Έντονη → Εξάρτηση → Ενασχόληση

Η πρώτη χρήση (δοκιμή) γίνεται συνήθως από περιέργεια: την τάση της έντονης επιθυμίας να δει, να μάθει κάποιος κάτι, η οποία διακατέχει τον άνθρωπο σε διάφορες διαβαθμίσεις κυρίως το νέο που τον ωθεί να εξερευνήσει μέσω της προσωπικής εμπειρίας κάτι το άγνωστο, το μυστηριώδες και στις μέρες μας, πολυσυζητημένο.

Συνυπάρχουν βέβαια και άλλοι παράγοντες όπως λ.χ. το περιβάλλον: ανεκτικό στην παρουσία της ουσίας και η χαλάρωση των δισταγμών: που μπορεί να διακατέχει το άτομο εκείνη τη στιγμή (ανακτήθηκε από <http://www.anarpoi.net>).

Στην βιβλιογραφία μπορούμε να βρούμε και άλλους όρους για τις ουσίες όπως «ψυχοτρόπες», «εθιστικές» κ.λπ.

Ο όρος «ναρκωτικά» χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά για τις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες. (Ε.Π.Ψ.Υ- Ο.Κ.ΑΝ.Α, 2003).

2.3. Ιστορική αναδρομή

Από τα αρχαία χρόνια οι άνθρωποι κάθε κοινωνίας συνήθιζαν να χρησιμοποιούν διάφορες ουσίες. Οι ουσίες αυτές στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και το τσιγάρο ονομάζονται ψυχοτρόπες, διότι προκαλούν μεταβολές στο επίπεδο της νοητικής σφαίρας του συναισθήματος ή της συμπεριφοράς του ανθρώπου. (Μάτσα Κ., 2001, σ.47).

Παρατηρώντας την σχέση του ανθρώπου με τις ουσίες, διαπιστώνουμε ότι δίνει ένα νέο νόημα στην ιστορία της ανθρωπότητας, επειδή θίγει κοινωνικά θέματα και ζητήματα που άπτονται της υπόστασης της ανθρώπινης φύσης όπως: ελευθερία, εξάρτηση, το καλό και το κακό.

Αντιλαμβανόμαστε ότι το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο μιας κοινωνίας καθορίζει και τον τρόπο χρήσης των ψυχοτρόπων ουσιών αλλά και τον ουσιαστικό ρόλο που διαδραμάτιζε η συγκεκριμένη ουσία στην ζωή του ανθρώπου.

Κάθε ψυχοτρόπος ουσία έχει μία συμβολική διάσταση για την ομάδα των ανθρώπων που τη χρησιμοποιούν. Έχει επίσης μία ιερή διάσταση, αφού συνδέεται με το στοιχείο του ιερού. Αποκτά ακόμη μία μυθική διάσταση στο πλαίσιο ενός συστήματος αξιών, κοινωνικών αντιλήψεων, μύθων, στερεοτύπων και κοινωνικών συμπεριφορών. Τέλος, έχει και μία θεραπευτική διάσταση εφόσον μπορεί να επιφέρει την ίαση πολλών ασθενειών. (Μάτσα Κ., 2001, σ. 47, 48).

Είδη από το παρελθόν οι εκάστοτε πολιτιστικές κοινωνικές και οικονομικές λειτουργίες κάθε κοινωνίας ήταν στενά συνδεδεμένες με τον τρόπο που χρησιμοποιούνταν οι ψυχοτρόπες ουσίες. Πολλές φορές λάμβαναν χώρα κατά την διάρκεια ιερών τελετών π.χ. διονυσιακών στην Αρχαία Ελλάδα, μυστικιστικών ή θρησκευτικών τελετουργιών π.χ. φύλλων κόκας από τους ιθαγενείς των Άνδεων της Λατινικής Αμερικής, τελετών μύησης στην εφηβεία ή

σε μυστήρια, μετάβασης στον πόλεμο κ.α. Ο τελικός λόγος στο ποιος και σε ποια στιγμή είχε την δυνατότητα να χρησιμοποιήσει κάποιος ουσίες, καθαριζόταν πάντοτε από την κοινωνία .

Γίνεται αντιληπτό ότι στην αρχαιότητα ο ρόλος της χρήσης ουσιών δεν ήταν για ατομική απόλαυση, αλλά γινόταν είτε για τελετουργικούς, θεραπευτικούς, θρησκευτικούς λόγους είτε για να μνηθεί ένα άτομο στην κουλτούρα της εκάστοτε κοινωνίας (ιερή, μυθική, θεραπευτική) και να δημιουργήσει ισχυρότερους κοινωνικούς δεσμούς. (Μάτσα, 2001).

Η ουσιοεξάρτηση στην αρχαιότητα μπορεί να προϋπήρχε και να προμήνυε την αδυναμία του ανθρώπου απέναντι στον εθισμό αλλά δεν θεωρείτο πρόβλημα. Στον 19^ο αιώνα γίνεται αντιληπτό ότι η χρήση ουσιών και ο εθισμός του ανθρώπου από την ουσία έχει γίνει τρόπος ζωής. Τότε ο εθισμός και η ουσιοεξάρτηση έχει πάρει διαστάσεις κοινωνικού φαινομένου – προβλήματος.

Είναι φανερό ότι ο εθισμός και η εξάρτηση πηγάζουν από τις αλλαγές της κοινωνίας. Γίνεται αντιληπτό ότι το πέρασμα στον καπιταλισμό δημιούργησε κοινωνικές ανακατατάξεις, αρχικά το φαινόμενο αυτό πήρε δραματικές εξελίξεις στις νεοδημιουργηθέντες κατώτερες κοινωνικές τάξεις εξαιτίας των άθλιων συνθηκών ζωής. Βέβαια με την ραγδαία ανάπτυξη του καπιταλισμού δεν άργησε η ταχεία εξάπλωση του φαινομένου σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. (Μάτσα, 2001).

2.4. Είδη ουσιοεξαρτήσεων

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες μπορούν να διακριθούν σε :

2.4.1 Νόμιμες

Δυστυχώς ότι ορίζουμε ως νόμιμο συνάμα το απενοχοποιούμε, χωρίς να αντιλαμβανόμαστε τις αυτοκαταστροφικές συνέπειες που μπορεί να προκαλέσει ο εθισμός σε ουσίες που θεωρούντο νόμιμες .

1. Οινοπνευματώδη (αλκοόλ)

Το αλκοόλ είναι μια ουσία η οποία, όταν η χρήση με τον καιρό αυξάνεται τότε εγκυμονεί τον κίνδυνο της κατάχρησης ή της εξάρτησης. Παρατηρώντας την κοινωνία μας, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι ενώ υπάρχει ο ΝΟΜΟΣ 3730/2008 - ΦΕΚ 262/Α'/23.12.2008. Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά, δεν υπάρχει η τήρηση του .

Είναι πλέον γνωστό ότι με τη μακροχρόνια χρήση αλκοόλ προκαλείτε ανοχή και εξάρτηση, σωματική και ψυχική. Δυστυχώς οι άνθρωποι που έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ δεν μπορούν εύκολα να το αντιληφτούν.

Στην χώρα μας το ποτό είναι μέρος της κουλτούρας μας, η οποία εν μέρει επικροτεί τα άτομα στην χρήση αλκοόλ σε γιορτές, εκδηλώσεις-εξόδους. Στην συνέχεια δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι στις 5/11 είναι η Παγκόσμια Ημέρα κατά του αλκοόλ και είναι εφικτό να προσπαθήσουμε να βοηθήσουμε να κόψουν οι δικοί μας άνθρωποι αυτή την βλαβερή συνήθεια. (ανακτήθηκε από <http://www.healthpress.gr>)

2. Κάπνισμα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναγνωρίσει ότι τα προϊόντα του καπνού θεωρούνται ως εξαρτησιογόνα και τα κατατάσσει στην ίδια ευρύτερη κατηγορία με ουσίες όπως η κοκαΐνη και τα οπιοειδή στο διεθνές σύστημα κατάταξης νοσημάτων ICD-10.

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάρα πολλές χημικές ουσίες με διαφορετικές επιδράσεις –ιδιότητες στον ανθρώπινο οργανισμό. Η πιο σημαντική ουσία που υπάρχει στον καπνό είναι η νικοτίνη, θεωρείται βασικός λόγος για την εξάρτηση των καπνιστών.

Έρευνα αποδεικνύει ότι η νικοτίνη συγκεντρώνει αρκετά φαρμακολογικά χαρακτηριστικά από κλασικές εξαρτησιογόνες ουσίες.

Όταν ένας άνθρωπος εισπνέει τον καπνό του τσιγάρου τότε προσλαμβάνει ο καπνιστής 1-2mg νικοτίνης. Παρατηρείται ότι η νικοτίνη η οποία εισέρχεται με τον καπνό στο αναπνευστικό σύστημα και απορροφάται από τους βλεννογόνους, έχει ως αποτέλεσμα να φτάνει γρήγορα σε υψηλά επίπεδα στο αίμα και να εισέρχεται στον εγκέφαλο. Με αυτόν τον τρόπο δρα στον εγκέφαλο διεγείροντας μια σειρά νικοτινικών υποδοχέων. Το πιο σημαντικό που ενεργοποιεί και που την ταυτίζουμε με τις υπόλοιπες εξαρτησιογόνες ουσίες, είναι το κοινό χαρακτηριστικό το οποίο έχει να κάνει με την ενεργοποίηση του συστήματος και την αύξηση στη ροή του νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνης στο μεταχιακό σύστημα του εγκέφαλου.

Η επαναλαμβανόμενη πρόσληψη νικοτίνης οδηγεί σε μεταβολές της ευαισθησίας των υποδοχέων στο μεταχιακό σύστημα, οι οποίοι επηρεάζουν την έκκριση ντοπαμίνης. Δεδομένου ότι η εκκρινόμενη ντοπαμίνη στην περιοχή αυτή του εγκεφάλου προκαλεί αίσθημα ευχαρίστησης, γίνεται κατανοητό ότι η συγκεκριμένη διαδικασία αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της εξάρτησης.

Στο σώμα η νικοτίνη έχει άμεση επίδραση και κρατάει μέχρι και τριάντα λεπτά μετά την άφιξη της στον εγκέφαλο. Για την ακρίβεια η περιεκτικότητά της στο αίμα μειώνεται κατά 50% μέσα σε μισή ώρα μετά από μια εισπνοή καπνού και κατά 75% στα τρία τέταρτα της ώρας, εξαφανίζεται δε από το αίμα σε δύο με τρεις ώρες. Σκόπιμο θα ήταν να αναφερθούμε σε άλλα σημαντικά συστατικά του καπνού όπως η μενθόλη, η αμμωνία το λεβουλινικό οξύ που ενισχύει την δράση της νικοτίνης, επειδή προκαλεί ευχάριστη επίδραση στον οργανισμό, άλλα και αύξηση του βαθμού απορρόφησης της νικοτίνης. Διαπιστώνουμε ότι από τη στιγμή που η περιεκτικότητα της νικοτίνης μειώνεται στο αίμα, τότε ο καπνιστής βιώνει την ανάγκη να αυξήσει από την αρχή τα επίπεδα της. Αίσθηση προκαλεί ότι στους μανιώδεις καπνιστές η νικοτίνη συσσωρεύεται στον οργανισμό και η ποσότητα της, είναι τόσο μεγάλη που είναι επαρκής ακόμα και για τις ώρες του ύπνου.

Οι καπνιστές αναφέρουν ότι με τη χρήση του τσιγάρου βιώνουν συναισθήματα τόνωσης ή ηρεμίας (εξαρτάται από την αρχική ποσότητα νικοτίνης και την αρχική κατάσταση του οργανισμού), βελτίωση της μνήμης, αύξηση προσοχής, υποχώρηση - ανακούφιση του άγχους.

Η αίσθηση που έχουν οι καπνιστές (ευχαρίστηση) με το άναμμα του τσιγάρου, βασίζεται στην ψευδαίσθηση που προκαλεί η νικοτίνη επειδή απομακρύνει τις δυσάρεστες συνέπειες που έχουν προκληθεί στον οργανισμό από την έλλειψη της. Τα συμπτώματα στέρησης εμφανίζονται όταν η νικοτίνη πέφτει σε χαμηλά επίπεδα, τότε ο ασθενής βιώνει συναισθήματα νευρικότητας και άγχους. Οπότε αντιλαμβανόμαστε ότι η εξάρτηση η οποία προκαλείται, είναι ο τρόπος που ικανοποιείται ο εθισμός στη νικοτίνη και η απόλαυση που υπάρχει.

Όταν οι καπνιστές έχουν έλλειψη νικοτίνης τότε προκαλούνται τα συμπτώματα στέρησης όπως π.χ. η υπερκινητικότητα, άγχος, δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές ύπνου, ευερεθιστότητα δυσφορία η καταθλιπτικό συναίσθημα ή πείνα.

Η υπερβολική χρήση μπορεί να προκαλέσει αύξηση θερμοκρασίας σώματος, κατακράτηση ιδρώτα, ζαλάδα, φουσκάλες στο δέρμα, ανορεξία, αρρυθμία τρόμο, ναυτία και πτώση της πίεσης (ανακτήθηκε από <http://www.neaygeia.gr>).

Γίνεται αντιληπτό ότι εκτός από τη σωματική εξάρτηση που αναλύσαμε εκτενεστέρα, υπάρχει και ψυχολογική εξάρτηση η οποία μπορούμε να την υποστηρίξουμε με βάση την θεωρία της συμπεριφοράς που στηρίζεται σε δυο βασικές αρχές της μάθησης: την κλασσική εξαρτημένη μάθηση και τη συντελεστική μάθηση.

Μπορούμε να αντιληφθούμε ότι οι καπνιστές δεν γεννήθηκαν καπνιστές, άλλα έμαθαν την συμπεριφορά αυτή με την πάροδο των χρόνων. Οπότε αντιλαμβανόμαστε ότι η δυσκολία δεν

έγκειται στις αιτίες που κάποιος ξεκίνησε το κάπνισμα, αλλά οι συνθήκες που χρησιμοποιούν την συμπεριφορά του καπνίσματος.

Η κλασική εξαρτημένη μάθηση συνδέει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά με ένα ουδέτερο ερέθισμα (εσωτερικά ή περιβαλλοντικά ερεθίσματα). Για το κάπνισμα ένα ουδέτερο ερέθισμα μπορεί να είναι η θέα του πακέτου με τα τσιγάρα ή ένα τασάκι, το αίσθημα χαλάρωσης μετά το φαγητό κ.λ.π. με μια συνεχή επανάληψη «ερέθισμα - αντίδραση» δημιουργείται μια σύνδεση, με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται μια συγκεκριμένη συμπεριφορά-αντίδραση (το κάπνισμα) έτσι ώστε να προκαλείται αυτόματα από το εξαρτημένο πια σε αυτή ερέθισμα. Χωρίς να το αντιληφθεί ο καπνιστής ανάβει αυτόματα τσιγάρο σε συγκεκριμένες καταστάσεις που λειτουργούν πια ως εξαρτημένο ερέθισμα. Ένα τρανταχτό παράδειγμα μπορεί να θεωρηθεί, όταν ανάβει αυτόματα τσιγάρο με το άκουσμα ή και την μυρωδιά κάποιας συνήθειας που έχει συνδυάσει μαζί με το τσιγάρο όπως ο καφές ή το κουδούνισμα του τηλεφώνου.

Συντελεστική θεωρείται η μάθηση που προκύπτει από τις συνέπειες των πράξεων. Δηλαδή συμπεριφορές που έχουν συνδυαστεί με ευχάριστες συνέπειες, εμφανίζονται πιο συχνά από τις ουδέτερες ή αρνητικές συνέπειες. Γίνεται αντιληπτό ότι στο κάπνισμα υπάρχουν θετικές ενέργειες και ιδιαίτερα ενισχύονται από την νικοτίνη που διεισδύει στον οργανισμό.

Η νικοτίνη προκαλεί ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος με συνακόλουθη απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξάρτηση από την νικοτίνη και στην εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης.

Στους νευροδιαβιβαστές αυτούς συμπεριλαμβάνονται:

α) η ντοπαμίνη και η νορεπινεφρίνη, οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με την πρόκληση ευχαρίστησης και ανορεξίας

β) η ακετυλοχολίνη, που μπορεί να επιδρά στη βελτίωση της μνήμης καθώς και

γ) η βήτα-ενδορφίνη, που είναι πιθανό να σχετίζεται με την μείωση του άγχους και της νευρικότητας. Ο καπνιστής έχει την τάση να επαναλάβει την ευχάριστη επίδραση και έτσι ξεκινά ο φαύλος κύκλος της εξάρτησης. Στο σημείο αυτό συνεμφανίζονται η σωματική και η ψυχολογική εξάρτηση. Η ανάγκη για νικοτίνη είναι σωματική και η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής συνιστά μια ευχάριστη συνέπεια που ενισχύει την ψυχολογική εξάρτηση από το κάπνισμα. Μπορούμε λοιπόν να καταγράψουμε τέσσερις πλευρές στο κάπνισμα οι οποίες συντηρούν την καπνιστική συμπεριφορά και δυσχεραίνουν τη διακοπή του.

- Τη σωματική έλξη για νικοτίνη (σωματική εξάρτηση).

- Την αυτοματοποίηση του καπνίσματος σε συγκεκριμένες καταστάσεις (ψυχολογική εξάρτηση).
- Τις ευχάριστες συνέπειες του καπνίσματος (ψυχολογική εξάρτηση).
- Τις πεποιθήσεις για τις ευχάριστες επιδράσεις που αναμένει ο καπνιστής ν' αντλήσει από την καπνιστική συμπεριφορά και τις αρνητικές προσδοκίες για τις συνέπειες της αποστέρησης του καπνίσματος (ψυχολογική εξάρτηση). (ανακτήθηκε από <http://www.neaygeia.gr>).

3. Εισπνεόμενες ουσίες

Ιστορική Αναδρομή

Οι άνθρωποι εισπνέουν αναθυμιάσεις από χημικές ουσίες με σκοπό να μεταβάλλουν τη συνείδηση, ή ως μέρος θρησκευτικών τελετών. Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές στην Αρχαία Ελλάδα εισέπνεαν ατμό αερίου με σκοπό την μεταβολή της συνείδησης το οποίο το εφάρμοζαν οι ιέρειες στο μαντείο των Δελφών .

Παρατηρήθηκε ότι στις αρχές του 19ου αιώνα το χλωροφόρμιο, ο αιθέρας και το νιτρώδες οξείδιο ήταν αναισθητικά που τα χρησιμοποιούσαν ως μεθυστικές ουσίες.

Ο Βρετανός επιστήμονας Σερ Χάμφρυ Ντέιβι έκανε ευρέως γνωστό το νιτρώδες οξείδιο, το οποίο είναι ένα φθινό υποκατάστατο του αλκοόλ. Διοργανώνοντας πάρτι με νιτρώδες οξείδιο και επινόησε την λέξη «αέριο γέλιου» το 1799.

Κατά την διάρκεια του 19^{ου} αιώνα συνεχίστηκε η χρήση αναισθητικών ως μέσα ψυχαγωγίας στην Ευρώπη και στην Αμερική. Ο αιθέρας χρησιμοποιήθηκε ως ψυχαγωγικό ναρκωτικό κατά τη διάρκεια της δεκαετίας της Ποτοαπαγόρευσης το 1920, όταν το αλκοόλ κηρύχθηκε παράνομο στις ΗΠΑ.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται αντιληπτό ότι η εισπνοή κόλας και βενζίνης έχει εξελιχτεί σε σοβαρό πρόβλημα ιδιαίτερα από τα άστεγα παιδιά στο Μεξικό, στην Ανατολική Ευρώπη, στην Νότια Ασία, Κένυα και σε άλλες περιοχές του κόσμου. Οι άνθρωποι αυτοί χρησιμοποιούν αυτές τις ουσίες για να κατευνάσουν τον πόνο από την πείνα την απελπισία και το κρύο .

Χρησιμοποιούν αναθυμιάσεις τοξικών ουσιών με σκοπό να δημιουργήσουν στον εαυτό τους ένα «φτιάξιμο», που αναφέρεται με τον όρο εισπνεόμενα. Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχουν περισσότερα από 1.000 προϊόντα νοικοκυριού και διάφορα προϊόντα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιήσουν καταχρηστικά ως εισπνεόμενες ουσίες, ωστόσο θα παραθέσουμε τις ουσίες οι οποίες χρησιμοποιούνται συχνότερα: η κόλλα, η βενζίνη, το σπρέι βαφής, το γυαλιστικό

παπουτσιών, το υγρό αναπήρων, το υποξείδιο του αζώτου (ένα άχρωμο αέριο, με γλυκιά μυρωδιά που χρησιμοποιείται ως αναισθητικό), το διορθωτικό υγρό, το υγρό καθαρισμού, το τολουένιο (ένα άχρωμο υγρό που χρησιμοποιείται ως διαλύτης και ως καύσιμο), το νιτρώδες αμύλιο (ένα υποκίτρινο υγρό που χρησιμοποιείται για το άνοιγμα ή τη διεύρυνση των αιμοφόρων αγγείων, ενίοτε καταχρηστικά ως εισπνεόμενο ναρκωτικό) ή «πόπερς», το διαλυτικό βερνικιού ή άλλοι διαλύτες χρωμάτων, τα αποσμητικά χώρων.

Ονομασίες εισπνεόμενων στην αργκό : Air blast, Ames, Amys, Aroma of men, Bolt ,Boppers ,Bullet, Bullet bolt ,Buzz bomb , Discorama ,Hardware ,Heart-on Hiagra in a bottle, Highball ,Hippie crack ,Huff ,Laughing gas ,Locker room ,Medusa, Moon gas, Oz ,Pearls ,Poor man's pot ,Poppers ,Quicksilver ,Rush Snappers ,Satan's secret ,Shoot the breeze ,Snappers Snotballs ,Spray ,Texas shoe shine ,Thrust ,Toilet water, Toncho,Whippets ,Whiteout (ανακτήθηκε από <http://gr.drugfreeworld.org>).

Οι περισσότερες από τις προαναφερόμενες ουσίες έχουν το ίδιο αποτέλεσμα με το αισθητικό, επιβραδύνουν και αυτές τις λειτουργίες του σώματος. Στην αρχή δημιουργείται ένα αρχικό «φτιάξιμο» που απομακρύνει τις αναστολές, εν συνεχεία έρχεται η υπνηλία, η αίσθηση ότι το κεφάλι είναι ανάλαφρο και η ταραχή.

Έχει διαπιστωθεί ότι τα χημικά με το που εισέλθουν στον οργανισμό απορροφούνται με ταχύ ρυθμό μέσω των πνευμόνων, εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και φθάνουν άμεσα στον εγκέφαλο και σε άλλα όργανα προκαλώντας, κάποιες φορές μη αναστρέψιμη σωματική και διανοητική βλάβη.

Οι χρηστές εισπνεόμενων ουσιών χρησιμοποιούν διάφορους τρόπους για να έρθουν σε επαφή με την ουσία, κάποιες φορές μπορεί να γίνει η χρήση από αναθυμιάσεις διαφόρων χημικών απευθείας από ανοιχτά δοχεία «σνιφάρισμα» ή μπορούν να εισπνεύσουν κουρέλια τα οποία είναι εμποτισμένα από χημικά «Χόκινγκ». Άλλος τρόπος είναι να ψεκάσουν την ουσία κατευθείαν στην μύτη ή στο στόμα ή μπορούν να την περιχύσουν στο γιακά, στις μανσέτες ή στα μανίκια για να μπορούν να τις εισπνέουν κατά διαστήματα. Μια εξίσου διαδεδομένη χρήση, είναι η εισπνοή των αέριων ουσιών μέσα από σακούλες (χάρτινες ή πλαστικές) αυτός ο τρόπος ονομάζεται «πάρκινγκ» (bagging), το οποίο αν χρησιμοποιηθούν σε κλειστό χώρο αυξάνεται ο κίνδυνος ασφυξίας

Τα «πόπερς» και τα «σπρέυ» τα όποια συνηθίζεται να πουλιούνται σε κλάμπ και συναυλίες, εμπεριέχουν στην σύνθεσή τους δηλητηριώδη χημικά τα οποία μπορεί να προκαλέσουν ανεπαισθητες βλάβες στο σώμα και στον εγκέφαλο.

Η χρήση εισπνεόμενων ουσιών μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα στον ανθρώπινο οργανισμό, όπως βλάβη στα νεφρά, στην καρδιά, στον εγκέφαλο, στο συκώτι, στον μυελό των οστών και σε άλλα όργανα. Η χρήση αυτών των ουσιών στερούν το οξυγόνο από το σώμα και με αυτόν τον τρόπο αναγκάζουν την καρδιά να χτυπά ακανόνιστα και πολύ γρήγορα.

Στους χρήστες μπορεί να προκαλέσουν ρινορραγίες να χάσουν την αίσθηση της όσφρησης, της ακοής και να αισθανθούν ναυτία. Οι άνθρωποι που κάνουν χρόνια χρήση μπορεί να προκαλέσουν δυσλειτουργίες του σώματος, όπως φθορά των μυών και μειωμένο μυϊκό τόνο. Ειδικότερα τα δηλητηριώδη χημικά προκαλούν με τον καιρό βλάβες στους πνεύμονες και στο ανοσοποιητικό σύστημα .

Τα άτομα που χρησιμοποιούν ουσίες που εισέρχονται με την εισπνοή στον οργανισμό κινδυνεύουν από το Σύνδρομο Αιφνιδίου Θανάτου. Ο άνθρωπος μπορεί να αποβιώσει είτε από την πρώτη επαφή, είτε μετά από εκατό φορές που έχει χρησιμοποιήσει την εισπνεόμενη ουσία (ανακτήθηκε από <http://gr.drugfreeworld.org>).

Οι επιπτώσεις από τα εισπνεόμενα

Ø Βραχυπρόθεσμες: Το σύνολο των εισπνεόμενων ουσιών επιδρά κατευθείαν στο νευρικό σύστημα αλλάζοντας τη συνείδηση. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές παρενέργειες που μπορεί να βιώνει κάποιος κατά την διάρκεια, είτε μετέπειτα της χρήσης όπως: μέθη, μερδεμένη ομιλία, ζαλάδα, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, εχθρική διάθεση, ανικανότητα συντονισμού κίνησης, απάθεια, ασυναισθησία, σοβαροί πονοκέφαλοι, εξανθήματα γύρω από τη μύτη και το στόμα κ.λ.π.

Ø Μακροπρόθεσμες: Οι άνθρωποι που κάνουν χρόνια χρήση βιώνουν, αποπροσανατολισμό, οξυθυμία, κατάθλιψη, βλάβη στο μυελό των οστών, θάνατο λόγω καρδιακής ανακοπής ή ασφυξίας (απώλεια οξυγόνου) κλπ. Επίσης έχει συνδεθεί με σοβαρά προβλήματα όπως η εισπνοή τολουένιου και άλλων διαλυτικών προκαλεί βλάβη στο συκώτι . Η εισπνοή κόλλας και διαλυτικού βαφής προκαλεί προβλήματα στα νεφρά. Η χρήση των προαναφερομένων ουσιών καταλήγει σε εξασθένιση μνήμης και μειωμένη οξύνοια

Οι ουσίες που εισπνέονται μπορεί να είναι εθιστικές σε ψυχολογικό και σε σωματικό επίπεδο. Οι χρήστες λένε ότι βιώνουν μια έντονη επιθυμία να μην σταματήσουν να χρησιμοποιούν αυτές τις ουσίες. Τα άτομα που κάνουν χρήση τακτικά και σταματούν την χρήση υποφέρουν από συμπτώματα στέρησης π.χ. ναυτία, μυϊκές κράμπες, ρίγη, πονοκέφαλους, τρέμουλο, παραισθήσεις, αναστάτωση. Η διακοπή μπορεί να προκαλέσει σπασμούς .

Οι εισπνεόμενες ουσίες διακρίνονται σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους :

α. Υγρά: εξατμίζονται στην θερμοκρασία του δωματίου. Βρίσκονται σε πάρα πολλά οικιακά προϊόντα π.χ. κόλλες, διορθωτικά υγρά μελάνια μαρκαδόρων βενζίνη και αρκετές άλλες.

β. Αέρια: συμπεριλαμβάνει τα ιατρικά αναισθητικά (χλωροφόρμιο και νιτρώδες οξείδιο που συνηθίζεται να αναφέρεται ως «αέριο γέλιου», αιθέρας), αέρια αναπτήρων βουτανίου, συνταγές σε σπρέι και ψυκτικών ουσιών κλπ .

γ. Σπρέι: όπως αποσμητικά σπρέι και λακ μαλλιών ,σπρέι προστατευτικών ουσιών για τα υφάσματα, φυτικών ελαίων ή βαφές σε σπρέι κλπ .

δ. Νιτρώδη: εμπεριέχετε σε χημικές ενώσεις μέσα σε συντηρητικά τροφίμων, σε αποσμητικά χώρου σε καθαριστικά δερματινών. Θεωρείται μια ειδική κατηγορία διότι επιδρά απευθείας στο κεντρικό νευρικό σύστημα ,στην σπονδυλική στήλη και στον εγκέφαλο .Αυτές οι ουσίες χρησιμοποιούνται σε σεξουαλικά βοηθήματα και αναφέρονται ως «πόπερς» ή «σνάπερς» (ανακτήθηκε από <http://gr.drugfreeworld.org>).

4. Καφεΐνη

Ιστορικά στοιχεία

Είναι γνωστό ότι το 1820 απομονώθηκε για πρώτη φορά η καφεΐνη. Η ονομασία της λέξης καφέ και καφεΐνη έχουν τις ρίζες τους από την αραβική λέξη qahweh (καχβέ στα τουρκικά). Η συνήθεια της χρήσης της μεταφέρθηκε στη Ευρώπη, μέσω της Τουρκίας και της Αραβίας από την βορειανατολική Αφρική. Τον 17^ο αιώνα ο καφές έγινε δημοφιλής στην Ευρώπη, κατά τον 18^ο αιώνα άρχισε να καλλιεργείται στην Ινδονησία και στις Δυτικές Ινδίες .

Παρατηρείται ότι πολλοί άνθρωποι είναι εξαρτημένοι από τον καφέ ή το τσάι . Τη δεκαετία του '70 επισημάνθηκε ότι μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για τον οργανισμό. Αν και στις μέρες μας υπάρχουν πολλά προϊόντα χωρίς καφεΐνη (decaffeine). Το εμπόριο του καφέ και του τσαγιού δεν επηρεάστηκε αισθητά, διότι ο άνθρωπος το έχει ενσωματώσει στις καθημερινές του συνήθειες .

Τι είναι η καφεΐνη και ποια τα αποτελέσματά της

Θεωρείται μια διεγερτική ουσία η οποία επιδρά άμεσα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Αποτελεί μια από τις πιο γνωστές εθιστικές ουσίες. Κυκλοφορεί σε διάφορες μορφές, όπως είναι ο καφές, επίσης υπάρχει σε μεγάλη ποσότητα στο κακάο, στη σοκολάτα, στο τσάι και σε κάποια αναψυκτικά τύπου cola (coca-cola)

Την καφεΐνη την βρίσκουμε φυσικά με μορφή λευκή, κρυσταλλική ή διαλυτική σκόνη. Πολλές φορές την χρησιμοποιούν για να νοθεύουν πιο ακριβές ουσίες με σκοπό την αύξηση του όγκου – τιμής .

Είναι κοινά αποδεχτό ότι η συγκεκριμένη ουσία διεγείρει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Όταν η καφεΐνη εισέρθει στον οργανισμό με πόσιμο τρόπο αρχίζει να κυκλοφορεί μέσα σε 5 λεπτά σε όλους τους ιστούς του σώματος. Περίπου μέσα σε 30 λεπτά επέρχεται η ανώτερη συγκέντρωση του αίματος. Σχεδόν η μίση από την ποσότητα που λαμβάνει κάποιος άνθρωπος μεταβάλλεται σε τέσσερις ώρες. Έχει παρατηρηθεί ότι ο μεταβολισμός γίνεται με ταχύτερο ρυθμό σε άτομα που καπνίζουν, ενώ αντίθετα σε νεογνά, εγκύους και στους πάσχοντες από ηπατικά προβλήματα γίνεται με πιο αργούς ρυθμούς. Η καφεΐνη που λαμβάνει ένας οργανισμός μεταβολίζεται σχεδόν όλη. Όταν ο ανθρώπινος οργανισμός λαμβάνει μικρές δόσεις (π.χ. 1-2 φλιτζάνια καφέ) έχει διαπιστωθεί ότι έχει κάποιες ευεργετικές ιδιότητες για το άτομο. Μειώνει την κόπωση, αυξάνει την ενεργητικότητα και αναστέλλει την ανάγκη για ύπνο. Επίσης, βοηθά τον άνθρωπο να αντέχει περισσότερο στις κοπιαστικές εργασίες, ενισχύοντας την πνευματική δραστηριότητα.

Ανάλογα με την ποικιλία του φυτού εξαρτάται και η περιεκτικότητα της καφεΐνης. Στην Κεντρική και Νότια Αμερική ευδοκίμει η ποικιλία του Coffea Arabica η οποία περιέχει περίπου 1,1% καφεΐνη, ενώ στην Ινδονήσια και στην Αφρική αναπτύσσεται η coffea Robusta με περιεκτικότητα 2,2% . Ενώ η καφεΐνη που περιέχεται στα φύλλα τσαγιού είναι περίπου 3,5%.

Ένας άνθρωπος ο οποίος προσλαμβάνει στον οργανισμό του μεγάλες δόσεις καφεΐνης, παρουσιάζει ταχυκαρδίες και πονοκέφαλους. Η ουσία δρα επίσης διουρητικά. Σε περιπτώσεις υπερβολικής ποσότητας καφεΐνης (15 φλιτζάνια περίπου) υπάρχει περίπτωση να οδηγήσει σε αϋπνία, τρέμουλο, σοβαρή ταχυκαρδία, βούισμα στα αυτιά ακόμα και σε γαστρικά προβλήματα .

Αποτελέσματα μακροχρόνιας χρήσης καφεΐνης

Έχει παρατηρηθεί επιστημονικά ότι η καφεΐνη προκαλεί εξάρτηση και ανοχή. Για να βιώσει ένας άνθρωπος συμπτώματα στέρησης θα πρέπει η χρήση να γίνεται για διάστημα, κατά το οποίο θα πρέπει να καταναλώνει 300mgs καφεΐνης την ημέρα (περίπου 4 φλιτζάνια). Όταν υπάρξει διακοπή της χρήσης, αρχίζουν να εμφανίζονται κάποια συμπτώματα όπως ευερεθιστότητα, ανησυχία και πονοκέφαλοι σε έντονο βαθμό. Αίσθηση προκαλεί ότι ένα άτομο που δεν έχει πιεί τον πρωινό του καφέ μπορεί να εμφανίσει κόπωση ή ευερεθιστότητα .

Όταν λαμβάνει συστηματικά ο οργανισμός 350mgs καφεΐνης και παραπάνω σε καθημερινή βάση, προκύπτει η σωματική εξάρτηση από την ουσία. Αντιλαμβανόμαστε ότι εάν

διακοπεί η χρήση της, προκαλείται ένα έντονο σύνδρομο στέρησης με βασικότερο σύμπτωμα, τον δυνατό πονοκέφαλο, ο οποίος για να ανακουφιστεί θα πρέπει να λάβει ο οργανισμός καφεΐνη.

Αρκετοί πιστεύουν ότι η χρήση αυτής της ουσίας σε εγκύους μπορεί να προκαλέσει γενετικές ανωμαλίες στο έμβryo, χωρίς όμως αυτές οι θεωρίες να έχουν επιβεβαιωθεί ως τώρα.

Στα νεογνά τα οποία έχουν αϋπνία, η καφεΐνη τα βοηθά να μπορέσουν να αναπνεύσουν για αυτό τον λόγο χρησιμοποιείται για την θεραπεία τους. Επίσης έχει ευεργετικές ικανότητες σε άτομα τα οποία βιώνουν overdose από ηρωίνη ή άλλα οπιοειδή που επιδρούν στο αναπνευστικό κέντρο του εγκεφάλου καταστέλλοντας το. (Ε.Π.Ι.Ψ.Η. , Ο.Κ.Α.Ν.Α , 2003).

5. Ηρεμιστικά

Είναι γνωστό ότι τα ηρεμιστικά είναι χημικές φαρμακευτικές ουσίες οι οποίες χορηγούνται με ιατρική συνταγή σε ανθρώπους που βιώνουν προβλήματα άγχους και αϋπνίας. Στο παρελθόν χρησιμοποιούνταν τα λεγόμενα βαρβιτουρικά, εξαιτίας όμως ανεπιθύμητων παρενεργειών αποσύρθηκαν από την αγορά και αντικαταστήθηκαν από τα ηρεμιστικά .

Τα ηρεμιστικά χωρίζονται σε δυο κατηγορίες :

- τα μείζον ηρεμιστικά, είναι για την αντιμετώπιση ασθενών που έχουν σοβαρά προβλήματα ψυχιατρικών περιπτώσεων - περιστατικών.
- τα ελάσσονα ηρεμιστικά, τα οποία χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του στρες του άγχους ή σε περιπτώσεις αϋπνίας. Στην συγκεκριμένη κατηγορία, η χρήση και η κατάχρηση γίνεται με στόχο την αλλαγή της διάθεσης. Κάποια από αυτά που κυκλοφορούν συσκευασμένα στην χώρα μας είναι : Tranxene ,Stedon, Lexotanil ,Tavor, Halcion ,Hipnosedon , Normison ,Vublegal κ.α.

Ιστορικά στοιχεία

Την δεκαετία του '50 εμφανίστηκαν τα σύγχρονα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες) τα οποία έγιναν με ενθουσιασμό αποδεκτά από τον ιατρικό κόσμο με σκοπό την αντικατάσταση των βαρβιτουρικών, τα οποία είχαν αναγνωριστεί ως εξαρτησιογόνα. Σε σύντομο χρονικό διάστημα έγιναν οι πιο δημοφιλείς ουσίες που χορηγούνται με ιατρική συνταγή.

Οι βενζοδιαζεπίνες σχετικά με την βασική επίδραση που έχουν, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε :

- Αγχολυτικά π.χ. Tavor ,Lexotanil κ.α.
- Υπνωτικά π.χ. Halcion , Hipnosedon κ.α.

Τα νέα αυτά ηρεμιστικά δεν άργησαν να δείξουν ότι ήταν το ίδιο εξαρτησιογόνα με τα προγενέστερα τους τα βαρβιτουρικά (1961). Παραβλέποντας το γεγονός χρειάστηκαν 20 χρόνια για να υπάρξουν περιορισμοί στη συνταγογράφηση τους .

Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης ηρεμιστικών

Το άτομο βιώνει παρεμφερή συμπτώματα με αυτά που προκαλεί μια μικρή δόση αλκοόλ. Δημιουργείται στον άνθρωπο το αίσθημα της χαλάρωσης σαν να έχει πιεί 1-2 ποτά. Έχει διαπιστωθεί ότι τέτοιους είδους ουσίες ελαττώνουν την νοητική λειτουργία αλλά δεν την αναιρούν τελείως .

Παρατηρείται ότι οι χρήστες υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσουν προβλήματα όπως ανικανότητα να εκτελέσουν πολύπλοκες εργασίες, μικρές αμνησίες – διαλείψεις και αυξημένο χρόνο αντίδρασης. Για τους προαναφερόμενους λόγους κρίνεται επικίνδυνη η οδήγηση αυτοκινήτου και ο χειρισμός μηχανημάτων. Εάν υπάρξει ταυτόχρονη χρήση οινόπνευματος και ηρεμιστικών τα συμπτώματα εντείνονται.

Έχει αποδειχθεί ότι η μεγάλη χρήση αλκοόλ με ηρεμιστικά προκαλεί υπνηλία, η υπερβολική κατανάλωση (μεγάλη δόση) μπορεί να προκληθεί θάνατος.

Αποτελέσματα μακροχρόνιας χρήσης ηρεμιστικών

Η χρήση αυτής της χημικής ουσίας προκαλεί σωματική και ψυχική εξάρτηση. Τα συνηθέστερα συμπτώματα που εκδηλώνονται μετά την διακοπή της χρήσης είναι: νευρική κατάσταση, αϋπνίες, ναυτία, ευερεθιστότητα, άγχος, ιλίγγους και κατάθλιψη. Αίσθηση προκαλεί ότι συμπτώματα στέρησης μπορεί να εμφανιστούν ακόμα και μετά από συστηματική χρήση 4 ή 6 εβδομάδων. (Ε.Π.Ι.Ψ.Η. , Ο.Κ.Α.Ν.Α ,2003).

2.4.2 Παράνομες

(σε αυτό το σημείο θα δοθεί μια σύντομη περιγραφή στα ναρκωτικά, διότι στο 3^ο Κεφάλαιο, θα γίνει εκτενέστερη περιγραφή).

1. Ναρκωτικά

Παρατηρώντας την πορεία των ναρκωτικών γίνεται αντιληπτό ότι οι άνθρωποι τα χρησιμοποιούν από αρχαιοτάτων χρόνων άλλοτε σε φυτικές ή οργανικές ενώσεις, δηλαδή είτε βρίσκονται μέσα στην φύση είτε δημιουργούνται μετά από χημική επεξεργασία με σκοπό να επηρεάσει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Είναι αισθητή η διαφορά ότι στο παρελθόν η χρήση

ουσιών ήταν κοινωνικά αποδεχτό κάποιες φορές για λόγους υγείας και κάποιες άλλες για θρησκευτικούς λόγους.

Διάκριση ουσιών

Γίνεται αντιληπτό ότι ψυχαντικές ουσίες ταξινομούνται ως εξής:

- α) στην επίδραση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
- β) στην περίπτωση στην οποία μπορεί να προκληθεί εξάρτηση και τον βαθμό χρήσης που θεωρείτο κοινά αποδεκτό από την ιατρική
- γ) στον κοινωνικό και προσωπικό κίνδυνο που κρύβει η χρήση και η κατάχρηση των ουσιών. Κατά κύριο λόγο χρησιμοποιείται η πρώτη κατηγοριοποίηση διότι είναι λιγότερο αμφιλεγόμενη .

Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα προκύπτει η εξής κατηγοριοποίηση των ουσιών (ΟΚΑΝΑ- ΕΠΙΨΥ.2003) :

1.Οπιούχα και Οπιοειδή

- Ηρωίνη
- Μορφίνη
- Κωδεΐνη
- Μεθαδόνη

2. Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

- Κοκαΐνη
- Κρακ
- Αμφεταμίνες

3.Κατασταλτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

- Αλκοόλ (δεν είναι ναρκωτικό άλλα είναι εθιστική ουσία που προκαλεί καταστολή)
- Ηρεμιστικά

4.Παραισθησιογόνα

- LSD
- Μαγικά μανιτάρια
- Πεγιότ
- P.C.P

5.MDMA (Εκσταση)

6.Ινδική Κάνναβη

7.Εισπνεόμενα ή Πτητικά (Ε.Π.Ι.Ψ.Η. , Ο.Κ.Α.Ν.Α ,2003).

Ανακεφαλαίωση

Συνοψίζοντας, το συγκεκριμένο κεφάλαιο ορίζει την ουσιοεξάρτηση. Γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή η οποία αποδεικνύει ότι ενώ η ουσιοεξάρτηση προϋπήρχε από την αρχαιότητα, δεν θεωρείτο ως πρόβλημα διότι εντασσόταν στα κοινωνικά πρότυπα της τότε υπάρχουσας κοινωνίας (οι ουσίες χρησιμοποιούνταν για θρησκευτικές τελετές , ίαση κ.λ.π). Στην συνέχεια γίνεται διαχωρισμός των ουσιών εξάρτησης σε νόμιμες και παράνομες και τις παραθέτει επιγραμματικά.

Κεφάλαιο 3

Αποτελέσματα ουσιοεξαρτήσεων

3.1 Εισαγωγή

Παρατηρώντας την κοινωνία του 21^ο αιώνα γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η πλειοψηφία του πληθυσμού είναι εξαρτώμενη από κάποιο είδος κατάχρησης. Η πιο συνήθης ουσία είναι το κάπνισμα το οποίο, όπως είναι ευρέως γνωστό, βλάπτει σοβαρά την υγεία του καπνιστή.

Το ερώτημα που θα πρέπει να απαντήσουμε μέσα από αυτές τις πληροφορίες που δίνονται είναι κατά πόσο γνωρίζουμε πραγματικά τι προβλήματα προκαλούν οι ουσίες ή κατά πόσο απλά θέλουμε να αποφεύγουμε τις συνέπειες που προκαλεί η εξάρτηση .

Σε μια κοινωνία που ωθεί τα μέλη της στην χρήση και στην εξάρτηση που επιλέγει να απομονώσει και να περιθωριοποιήσει, χωρίς να προσπαθεί να εξαλείψει τα φαινόμενα που την μαστιζουν. Η χρήση αρχίζει και γίνεται επιλογή για αυτούς που φοβούνται, που διαφέρουν, επειδή δεν μπορούν να ενσωματωθούν, απομονώνονται. Ο καθένας βρίσκει την λύση του σε διαφορετική χρήση - κατάχρηση. Κάποιοι άνθρωποι απομακρύνουν το έντονο στρες με την εξάρτηση τους στο κάπνισμα, άλλοι στο αλκοόλ και άλλοι στα ναρκωτικά (ελαφριά –βάρια). Το ζητούμενο όμως, είναι ότι όλοι από κάπου προσπαθούν να ξεφύγουν, ψάχνουν να βρουν ένα καταφύγιο για να επιζήσουν από μια σαθρή κοινωνία που βιώνει κρίση αξιών και αρχών.

Ο άνθρωπος είναι ένα ον που από την εμβρυακή ηλικία μέχρι και το τέλος της ζωής του λαμβάνει μηνύματα είτε από την κοινωνία είτε από την οικογένεια, τις παρέες από το σχολείο και γενικά από τον περίγυρο. Όταν αυτά τα μηνύματα είναι, είτε διφορούμενα, δεν έχουν ξεκάθαρο νόημα, ή δεν τα ενστερνίζονται, το άτομο περνάει μια σύγχυση, διότι τα θέλω του μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση με τα κοινωνικά γίνεσθαι με αποτέλεσμα το άτομο να συγκρούεται εσωτερικά είτε εξωτερικά.

Η κατάχρηση μπορεί να είναι μια απελπισμένη κίνηση ενός ανθρώπου να ζητήσει βοήθεια, να κάνει την επανάσταση του δείχνοντας μέσω του σώματος του την αντίδραση, απέναντι στον κόσμο. Εν κατακλείδι, θα αναφερθούμε στην ενημέρωση σχετικά με το είδος της ουσίας, τις συνέπειες που προκαλεί στον οργανισμό στην ψυχή και τους κινδύνους που εγκυμονεί.

3.2 Κάπνισμα

Με τα αποξηραμένα φύλλα του φυτού *nicotiana tabacum* μπορούμε να δημιουργήσουμε τον καπνό, τα φύλλα του οποίου περιέχουν μια σειρά από ουσίες από τις οποίες η πιο σημαντική είναι η νικοτίνη. Η καθαρή νικοτίνη θεωρείται δυνατό δηλητήριο, ο άνθρωπος εάν χρησιμοποιήσει 60 χιλιοστά του γραμμαρίου περιέχει θανατηφόρα ποσότητα στον οργανισμό του .

Η πιο συνηθισμένη μορφή του καπνού είναι σε τσιγάρο και πούρο, αλλά κυκλοφορεί και σε φυσική μορφή για πίπα ή για στρίψιμο στο χέρι αλλά και σε καπνό για μάσηση. (Ε.Π.Ι.Ψ.Η. , Ο.Κ.Α.Ν.Α ,2003).

Ιστορικά στοιχεία

Οι Ινδιάνοι χρησιμοποιούσαν τον καπνό, διότι πίστευαν ότι έχει πολύ σημαντικές θεραπευτικές ιδιότητες. Έκαναν χρήση κάποιες φορές για λόγους εφορίας, για θρησκευτικές εορτές, το κάπνιζαν ή το μασούσαν και έπαιξε σημαντικό ρολό σε διάφορες λειτουργίες του οργανισμού , πολύ πριν ο Κολόμβος ανακαλύψει την Αμερική

Το κάπνισμα έγινε γνωστό στην Ευρώπη από τους εξερευνητές του Νέου Κόσμου. Η εισαγωγή του στην Ευρώπη έγινε το 1556 όταν έφτασε στη Γαλλία και στη συνέχεια στην Πορτογαλία και την Ισπανία, παρόλο τις αρχικές αντιδράσεις της χρήσης του καπνίσματος και τις πίπας έγινε γρήγορη συνήθεια. Οι ιδιότητες του μαθεύτηκαν από τον Γάλλο πρεσβευτή στην Πορτογαλία Ζαν Νικό, (Jean Nicot) στον οποίον οφείλεται και η επιστημονική του ονομασία, Νικοτιανή (αποδιδόμενο στα ελληνικά ως "Νικοτιανή") ή ταμπάκος (*Nicotiana tabacum*). Με τους Πορτογάλους και Ισπανούς θαλασσοπόρους μεταφέρθηκε σε ολόκληρο τον κόσμο.

Επίσης έγινε ευρέως γνωστό από τον πόλεμο της Κριμαίας, όπου οι στρατιώτες είδαν τους τούρκους να τυλίγουν τον καπνό σε χαρτάκια. Στην Ελλάδα ο καπνός έφτασε στις αρχές του 17^{ου} αιώνα και καλλιεργήθηκε πρώτα στην Ξάνθη και αργότερα στη Μακεδονία. Με τη βιομηχανοποίηση του τσιγάρου, η συνήθεια του καπνίσματος επεκτάθηκε σε όλο τον πλανήτη (ανακτήθηκε από:<http://el.wikipedia.org>).

Στα τέλη του δεύτερου μισού του 20^{ου} αιώνα αρχίζουν να αναφέρονται τα σοβαρά προβλήματα και οι επιπτώσεις που μπορούσε να προκαλέσει το τσιγάρο. Το 1950 υπήρξαν οι πρώτες συσχετίσεις του τσιγάρου με τον καρκίνο των πνευμόνων. Για να μην υπάρξει μείωση

των καπνιστών αρχίζουν να εμφανίζονται χορηγίες σε διάσημα σόου διαφημίσεις με τον Marlboro cowboy και με αυτό τον τρόπο η βιομηχανία του καπνίσματος κατάφερε να εδραιωθεί χειραγωγώντας τον καπνιστή.

Το 1957 προτείνεται για πρώτη φορά η αναγραφή προειδοποιητικών μηνυμάτων στο πακέτο.

Το 1965 οι τηλεοπτικές διαφημίσεις καπνού απαγορεύονται στη Μεγάλη Βρετανία.

Το 1971 η United Airlines γίνεται η πρώτη αεροπορική εταιρία που διαχωρίζει καπνίζοντες και μη στις πτήσεις της.

Το 1981 η πρώτη μελέτη που αποδεικνύει την αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του πνεύμονα σε παθητικούς καπνιστές και συγκεκριμένα σε συζύγους καπνιστών βλέπει το φως της δημοσιότητας στην Ιαπωνία.

Το 1986 η επίπτωση του παθητικού καπνίσματος στην υγεία περιγράφεται πλέον με σαφήνεια από άμπολλες μελέτες και το επόμενο έτος το Αμερικανικό Κογκρέσο απαγορεύει το κάπνισμα σε όλες τις εσωτερικές πτήσεις κάτω των 2 ωρών.

Δύο χρόνια αργότερα πολλές μελέτες ρίχνουν φως στην εθιστική δράση της νικοτίνης και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι τόσο ισχυρή όσο και αυτή των οπιοειδών και της κοκαΐνης και την κατατάσσουν στην ίδια κατηγορία.

Το 1991 δημοσιεύθηκαν οι πρώτες μελέτες που απέδειξαν, την επιθετική πολιτική επέκτασης του καπνίσματος στα παιδιά από την πλευρά των καπνοβιομηχανιών, με τη διαφημιστική καμπάνια του Joe Camel.

Το 1995 πεθαίνει από καρκίνο του πνεύμονα ο David McLean, δηλαδή ο “Marlboro Man”.

Μετά από αυτόν τον ορυμαγδό στοιχείων για τα προβλήματα υγείας από το κάπνισμα, η καπνοβιομηχανία στις Η.Π.Α. αναγκάστηκε να προχωρήσει στη σύνταξη Σύμβασης Συλλογικής Διευθέτησης (Total Settlement) των διαφορών μεταξύ της καπνοβιομηχανίας και των πολιτών. Με τη σύμβαση αυτή η καπνοβιομηχανία θα έπρεπε να καταβάλει περισσότερα από 176 δις δολάρια για τα επόμενα 25 χρόνια στα θύματα της καπνιστικής συνήθειας και να αναλάβει δράση για τη μείωση κατά 60% του καπνίσματος των εφήβων σε μια δεκαετία, με οικονομική ρήτρα εάν αυτό δεν γινόταν επιτευκτό. Η σύμβαση αυτή θεωρήθηκε ως η πρώτη επίσημη αναγνώριση, από πλευράς βιομηχανίας, της βλαβερής επίδρασης του προϊόντος της.

Το 2003 υπογράφεται από 192 κράτη η παγκόσμια συνθήκη για τον έλεγχο του Καπνού (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) υπό την αρωγή της Παγκόσμιας

Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ). Σύμφωνα με τη σύμβαση αυτή ο Π. Ο. Υ δηλώνει την ανησυχία του για την εξάπλωση της καπνιστικής επιδημίας σε μικρότερες ηλικίες και στις γυναίκες. Επισημαίνει την ανάγκη για διεθνή συνεργασία όσον αφορά το λαθρεμπόριο τσιγάρων και καπνού και καλεί σε επαγρύπνηση όσον αφορά τις ενέργειες της καπνοβιομηχανίας με σκοπό την υπονόμευση της αντικαπνιστικής προσπάθειας. Στη συνθήκη αναφέρονται μέτρα για την συνεργασία των χωρών, τη φορολόγηση και τιμολόγηση, τη σήμανση των πακέτων και τα παραπλανητικά μηνύματα όπως “light”, “mild”, “χαμηλή πίσσα”, τη διαφήμιση, τη νομική ευθύνη των κρατών, την προώθηση θεραπευτικών προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος, την απαγόρευση πώλησης τσιγάρων σε ανήλικους, τη μείωση της έκθεσης του κοινού στο παθητικό κάπνισμα και άλλα. (ανακτήθηκε από: <http://www.anapnoi.gr>).

3.2.1 Άμεσα αποτελέσματα του καπνίσματος

Ο καπνός περιέχει πάνω από 4.000 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 μια ουσία δηλητηριώδης η οποία χαρακτηρίζεται ως εξαρτησιογόνος. Έχει την ίδια εθιστική επίδραση με τις αμφεταμίνες, την κοκαΐνη και τη μορφίνη (Batra & Buchkremer,1999).

Έχει διαπιστωθεί ότι η νικοτίνη μεταφέρεται με τον καπνό μέσω των πνευμόνων στο αίμα σε επτά δευτερόλεπτα φτάνει στον εγκέφαλο και προκαλεί αίσθημα χαλάρωσης, βοηθάει το χρήστη να αντιμετωπίσει το στρες- αγχογόνες καταστάσεις και ανιαρές εργασίες. Αυξάνεται ο ρυθμός της καρδιάς και η πίεση, ενώ η όρεξη μειώνεται. Τα άτομα τα οποία δοκιμάζουν για πρώτη φορά μπορεί να παρουσιάσουν ναυτία και εμετούς (Ε.Π.Ι.Ψ.Η Ο.Κ.Α.Ν.Α, 2003).

Στις μέρες μας το κάπνισμα θεωρείται μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου. Προκαλεί περίπου 1 στους 10 θανάτους παγκοσμίως, σχεδόν πάνω από 5 εκατομμύρια θάνατοι κάθε χρόνο παγκοσμίως σε βαθμό που ξεπερνά ασθένειες όπως, το AIDS και την ελονοσία μαζί. Ενώ έχει αποδειχτεί ότι σχετίζεται σχεδόν στις 6 από τις 8 αιτίες θνησιμότητας. Παρατηρήθηκε ότι την περίοδο του 20^{ου} αιώνα, περίπου 100 εκατομμύρια θάνατοι οφείλονταν στο κάπνισμα, μέχρι ώρας υπολογίζεται ότι στον 21^ο αιώνα, σύμφωνα με τις συνθήκες που έχουν διαμορφωθεί οι θάνατοι θα ξεπεράσουν το 1 δισεκατομμύριο.

Έχει υπολογισθεί, ότι κάθε τσιγάρο που καπνίζει ένας άνθρωπος του στερεί περίπου 5 λεπτά ζωής, ενώ έρευνες έχουν δείξει ότι περίπου κάθε 10 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει εξαιτίας του τσιγάρου.

Γνωρίζουμε, βάση ερευνών ότι ο αριθμός των ατόμων που καπνίζουν ξεπερνά το 1 δισεκατομμύριο, το 80% διαμένουν σε χώρες με χαμηλή οικονομία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι 100.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν 20 χρόνια νωρίτερα από τον μέσο όρο ζωής, εξ' αιτίας του καπνίσματος.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η Ελλάδα κατέχει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών στην Ευρώπη και σε ολόκληρο τον κόσμο. Το 49,9% των ενήλικων ανδρών και το 30,8% των ενήλικων γυναικών καπνίζουν καθημερινά, ενώ τέσσερις στους δέκα καπνιστές καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως, ποσοστά που φέρνουν την Ελλάδα στις πρώτες θέσεις παγκοσμίως. Η μέση ετήσια κατανάλωση τσιγάρων ανέρχεται στα 3199,76, ενώ ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι στις νεότερες ηλικίες, τα ποσοστά των καπνιστών παραμένουν υψηλά. Συγκεκριμένα το 44,3% των νέων ηλικίας 18-34 ετών καπνίζουν καθημερινά. Το αντίστοιχο ποσοστό στους μαθητές ηλικίας 14-17 ετών είναι 24,6%. Σε σύγκριση με το 1987, όπου το 61% των ανδρών και το 25% των γυναικών καταγράφονταν ως καπνιστές, παρατηρείται μείωση του ποσοστού στους άνδρες και αύξηση στις γυναίκες (ανακτήθηκε από: <http://www.neaygeia.gr>).

Το κάπνισμα προκαλεί τρεις βασικούς παράγοντες εμφάνισης συνηθέστερων ασθενειών όπως καρκίνος, καρδιοπάθειες, παθήσεις του αναπνευστικού (Meltzer, 1994).

Όσα περισσότερα χρόνια καπνίζει κάποιος, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος θνησιμότητας. Τα ποσοστά θνησιμότητας σε καπνιστές ηλικίας 35-69 χρόνων είναι τρεις φορές υψηλότερα από αυτά των μη καπνιστών (Peto, Lopes, Boreham, Thun & Heath, 1994, WHO, 1999).

3.2.2 Αποτελέσματα του μακροχρόνιου καπνίσματος

Ο καπνιστής αναπτύσσει γρήγορα την ανοχή. Τα άτομα τα οποία αρχίζουν το κάπνισμα, τους δημιουργείται γρήγορα η ανάγκη να αυξήσουν τα τσιγάρα μέχρι να μείνουν σταθεροί σε ένα συγκεκριμένο αριθμό τσιγάρων την ημέρα.

Οι επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα είναι να δημιουργεί σωματική και ψυχική εξάρτηση. Γίνεται αντιληπτό ότι όταν ο χρήστης διακόψει την επαφή του με το τσιγάρο, αρχίζει να εμφανίζει συμπτώματα στέρησης όπως ανησυχία, ευερεθιστότητα και μελαγχολία. Τα συμπτώματα σταματούν όταν ο χρήστης καπνίσει ξανά.

Το κάπνισμα ευθύνεται επίσης - άμεσα ή έμμεσα - για διάφορες σωματικές ασθένειες, κακή κυκλοφορία του αίματος, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, καρδιακές ανακοπές, έλκη, βρογχίτιδες, παθήσεις του λάρυγγα, εμφύσημα και καρκίνο του στόματος, του λάρυγγα και του λαιμού. Επίσης, είναι πιθανό να επηρεάσει την γονιμότητα της γυναίκας. Τέλος, παρατηρείται ότι τα μωρά των γυναικών που καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι λιποβαρή και αυξάνονται οι πιθανότητες πρόωρου θανάτου (Ε.Π.Ι.Ψ.Η. , Ο.Κ.Α.Ν.Α ,2003).

3.3 Το παθητικό κάπνισμα

Στις μέρες μας υπάρχει ένας μεγάλος προβληματισμός, σχετικά με τα δικαιώματα των μη καπνιστών απέναντι στην αθέλητη εισπνοή του καπνού από αλλά άτομα στους χώρους εργασίας και στους δημόσιους χώρους .

Τα προβλήματα εμφανίζονται από την διαπίστωση ότι οι μη-καπνιστές οι οποίοι συμβιώνουν με καπνιστές, επηρεάζονται οργανικά από τον καπνό που υπάρχει στον χώρο. Αυτό το φαινόμενο αναφέρεται με τον όρο «παθητικό» κάπνισμα.

Παρατηρείται ότι εμφανίζονται διάφορες επιπτώσεις στην υγεία των καπνιστών οι οποίες συνήθως σχετίζονται κυρίως με ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, αναπνευστικού συστήματος και η εμφάνιση καρκίνου κυρίως στους πνεύμονες (Böleskei, P.& König, M. (1997).

Σε πολλά παιδιά ξεκίνησε το παθητικό κάπνισμα από την βρεφική ηλικία.

Οι γυναίκες οι οποίες επρόκειτο να γίνουν μητέρες θα πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή σε αυτό το γεγονός. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης, εγκυμονεί κινδύνους για ανεπιθύμητες διακοπές κύησης, επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού, νεογνά με προβλήματα υγείας. (Who, 1999).

Οι Finette, O'Neill, Vacek & Albertini (1998) διαπίστωσαν γενετικές αλλαγές σε αγέννητα έμβρυα εξαιτίας παθητικού καπνίσματος των μητέρων. (Finette, O'Neill, Vacek & Albertini, 1998).

Το παθητικό κάπνισμα επηρεάζει την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο στην καρδιά. Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά που οι γονείς τους καπνίζουν, έχουν αυξημένες τιμές ενός ένζυμου που επιταχύνει τον διαχωρισμό οξυγόνου από την αιμογλοβίνη για να αντισταθμίσει τη χρόνια έλλειψη οξυγόνου. Τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά παθητικούς καπνιστές έχουν μετρηθεί χαμηλές τιμές της HDL χοληστερόλης, που σημαίνει αύξηση της εμφάνισης αρτηριοσκλήρυνσης. (Junge, B. (1995).

Για την προστασία των ατόμων οι οποίοι βίωναν προβλήματα επειδή γίνονταν παθητικοί καπνιστές, με το Ν. 3868/2010 (Κεφ Ζ) απαγορεύθηκε από 1.9.2010 πλήρως το κάπνισμα σε όλους τους κλειστούς δημόσιους, αλλά και στους ιδιωτικούς εργασιακούς χώρους με τροποποίηση των Νόμων 3730/2008 και 3370/2005 (Υπουργείο Υγείας & Κοιν. Αλληλεγγύης Γενική Δ/ση Δημόσιας Υγείας). Διότι όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα στην επιλογή .

Σύμφωνα με έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας & Θρησκευμάτων και το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής στο διάστημα 09 Απριλίου - 09 Μαΐου 2014. Το 26% του μαθητικού πληθυσμού της Β' και Γ' Γυμνασίου έχει την «εμπειρία της πρώτης δοκιμής», δηλαδή δοκίμασε κάποια στιγμή το κάπνισμα έστω με μερικές «ρουφηξιές» καπνού. Από αυτούς, το 40,6% είναι σήμερα καπνιστές. Συνολικά, το 10,7% του μαθητικού πληθυσμού της Β' και Γ' Γυμνασίου της χώρας, δηλαδή περίπου 22.000 μαθητές, καπνίζουν. Στην πλειοψηφία τους, οι σημερινοί μαθητές είχαν την πρώτη τους επαφή με το κάπνισμα πριν κλείσουν τα 13 και σχεδόν οι 2 στους 10 πριν συμπληρώσουν τα 10 έτη

Τα παραπάνω αποκαλυπτικά στοιχεία μας βοηθούν να αντιληφτούμε ότι στην Ελλάδα οι νέοι έχουν την πρώτη επαφή τους με το κάπνισμα από πολύ μικρή ηλικία. Εν κατακλείδι θα πρέπει να έχουμε στο μυαλό μας ότι η χώρα μας διατηρεί μια από τις πιο θλιβερές πρωτιές παγκοσμίως στα ποσοστά των καπνιστών (ανακτήθηκε από: <http://www.esos.gr>).

3.4 Οινοπνευματώδη (Αλκοόλ)

Ιστορικά στοιχεία

Θεωρείτο ότι το αλκοόλ είναι μια από τις πιο εξαρτησιογόνες ουσίες που από τα αρχαία χρόνια χρησιμοποιούνταν σε ολόκληρο τον κόσμο. Σε αρχαίο αιγυπτιακό πάπυρο του 3500π.χ συναντάμε την πρώτη ιστορική αναφορά οινοπνευματωδών πότων, επίσης από τον 4ο αιώνα έχουμε αναφορές από τον (Άγιο Ιωάννη τον Χρυσόστομο, επίσκοπος Κωνσταντινούπολης) ο οποίος αναφέρει τα προβλήματα που προκαλούνται από την κατάχρηση (Ε.Π.Ι.Ψ.Η. , Ο.Κ.Α.Ν.Α ,2003).

Είναι ευρέως γνωστό ότι η παραγωγή και η πώληση αλκοόλ είναι ρυθμισμένες με νόμους από τους πρώτους κίβλας πολιτισμούς. Παρατηρώντας τον κώδικα του Χαμουραμί ο οποίος περιείχε διατάξεις που ρύθμιζαν τον κανονισμό λειτουργίας των "οίκων οινοποσίας". Οι Αιγύπτιοι ιατροί χρησιμοποιούσαν το κρασί και την μπίρα για συστατικό των ιατρικών τους συνταγών .

Στους πρώτους γεωργικούς πολιτισμούς χρησιμοποιούσαν ως πολυτιμότερο αγαθό το νερό, αρχικά για να κάνουν σπονδές αλλά και άλλες λατρευτικές τελετές. Με τον καιρό όμως αντικαταστήθηκε από το μέλι, το γάλα το κρασί ή την μπίρα. Η χρήση οινοπνευματωδών ποτών στο τυπικό πολλών θρησκευτικών τελετών, συνδέθηκε με την ιδιότητα τους να φέρνουν τους ιερείς σε μια επιθυμητή κατάσταση έκστασης.

Θεωρούσαν ότι τα αποτελέσματα που είχαν οφείλονταν στην παρουσία υπερφυσικών πνευμάτων και θεών. Στα πλαίσια της θρησκευτικής χρήσης, το κόκκινο κρασί συνδυάστηκε-ταυτίστηκε με το σύμβολο του αίματος της ζωής, έχοντας αυτήν την πνευματική σημασία πέρασε ως συστατικό στοιχείο στο χριστιανικό μυστήριο της θείας ευχαριστίας.

Από τον αρχαιολογικό και ρωμαϊκό πολιτισμό έχουν σωθεί κάποιοι μύθοι και μαρτυρίες οι οποίες αποδεικνύουν πανομοιότυπους τρόπους χρήσης και απόσταξης του οίνου. Έλληνες φιλόσοφοι ανέφεραν μια χονδροειδή μέθοδο απόσταξης. Ο Διόνυσος ήταν θεός του κρασιού, γιος του Δία και της Σέμελης. Οι περιπέτειες του είναι πολλές. Έτσι σ' ένα μεγάλο του ταξίδι ως την Ινδία που συνοδεύονταν από σάτυρους, άντρες και γυναίκες και κρατούσαν κληματόβεργες χορεύοντας και τραγουδώντας, δίδασκε στους ανθρώπους, που συναντούσε και τον αγαπούσαν πως να καλλιεργούν το αμπέλι και να φτιάχνουν κρασί.

Στην αρχαία Ελλάδα ευδοκίμοιζε το αμπέλι, το σιτάρι, η ελιά. Πίστευαν ότι εάν κάποιος δεν έπινε κρασί ή δεν έτρωγε ψωμί ήταν βάρβαρος. Ο κύκλωπας Πολύφημος, όντας άγριος, έτρωγε μόνο κρέας και γαλακτοκομικά, αγνοώντας το κρασί. Μόνο οι πολιτισμένοι έπιναν κρασί, όχι όμως άκρατο.

Η ιδανική αναλογία για τον Ησίοδο και τον Πλούταρχο ήταν τρία προς ένα νερό- κρασί. Πρώτη φορά που παράχθηκαν ποτά με υψηλή συγκέντρωση οινοπνεύματος ήταν με την χρήση της απόσταξης από τους αλχημιστές. Από τους προϊστορικούς ακόμα χρόνους η μπίρα ήταν γνωστό ως ποτό. Παρασκευάζονταν από σπόρους δημητριακών ή αλεύρι, στην Βαβυλωνία, στην Ασσυρία και στην Αίγυπτο (5.000-2.500 π.χ.).

Στην αρχαία Αίγυπτο η βιομηχανία της, προστατευόταν από τους ίδιους τους Φαραώ. Οι Κινέζοι απέσταξαν ένα ποτό από μύρα ρυζιού γύρω στα 800 π.Χ. ενώ το Ιράκ αποσταζόταν στις Ανατολικές Ινδίες από καλαμοσάκχαρο και ρύζι. Οι Άραβες ανέπτυξαν μια μέθοδο απόσταξης για την παραγωγή ποτού από κρασί.

Όμως, το οινόπνευμα (αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη), αν και είναι το παλαιότερο και πιο διαδεδομένο νόμιμο ναρκωτικό, σε μεγάλες ποσότητες αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου,

που σχετίζεται με πολλές παθολογικές καταστάσεις (σωματικές και ψυχικές) και με σοβαρά κοινωνικά προβλήματα. Η νομιμότητα, βέβαια, του οινοπνεύματος δεν είναι δεδομένη.

Αναλυτικές αναφορές για την σωστή οινοποίηση συναντάμε στο συμπόσιο του Πλάτωνα, χωρίς όμως να παραλείπονται και οι δυσμενείς συνέπειες που προκαλούνται π.χ. πονοκέφαλοι κ.λπ. Επίσης, γίνονται αναφορές στην Παλαιά Διαθήκη για τις απολαύσεις από τη μετριοπαθή κατανάλωση αλκοόλ αλλά και στα δυσάρεστα αποτελέσματα της μέθης .

Ο Ξενοφών στην "Κύρου Ανάβαση" γράφει ότι, επιστρέφοντας με τους Μύριους από την Περσία, είδε στην Αρμενία να πίνουν ποτό από κριθάρι. Οι Σκυθές, οι Θράκες, οι Κέλτες κ.α. έπιναν μύρα από εκείνα τα χρόνια. Οι λαοί της Β. Ευρώπης έμαθαν την τέχνη της ζυθοποιίας από τους Ρωμαίους.

Η παρασκευή ποτών με απόσταξη ήταν γνωστή στη Βρετανία πριν από την ρωμαϊκή κατάκτηση. Παρόμοια ποτά κατασκευάζονταν στην Ισπανία, Γαλλία και την υπόλοιπη Δ. Ευρώπη, κυρίως μετά τον 8^ο αιώνα όπου ήλθαν σε επαφή με τους Άραβες.

Κατά το μεσαίωνα ιδρύθηκαν πολλές βιοτεχνίες μύρας στην Ευρώπη και ιδιαίτερα στη Γερμανία, που με τον καιρό εξελίχθηκαν στις σύγχρονες τεράστιες βιομηχανίες με πλατιά κατανάλωση που πολλές φορές επιβάλλονταν κυβερνητικός έλεγχος. Στην Ελλάδα το πρώτο βιοτεχνικό εργαστήριο μύρας ιδρύθηκε το 1864 στην Αθήνα από Ι.Φιζ., αργότερα ιδρύθηκαν και άλλα. (ανακτήθηκε από: <http://bestrong.org.gr>)

Η Αγγλία στα μέσα του 1700 περίπου αναγκάζεται εξαιτίας των προβλημάτων να αυξήσει την τιμή των οινοπνευματώδη ποτών με στόχο να αποφευχθεί η κατάχρηση της. Οι περισσότερες χώρες του κόσμου ακολούθησαν παρόμοιους περιορισμούς με σκοπό να σταματήσουν το πρόβλημα. Στην Αμερική από το 1920 μέχρι και το 1933 θα απαγορευθεί η πώληση και κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών «ποτοαπαγόρευση», το μετρό όμως δεν άργησε να αποσυρθεί εξαιτίας της αύξησης των αλκοολικών. Σήμερα θεωρείται ότι το αλκοόλ είναι υπεύθυνο για τους περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη εξαρτησιογόνα ουσία. (Ε.Π.Ι.Ψ.Η. , Ο.Κ.Α.Ν.Α ,2003).

Στις μέρες μας είναι γνωστό ότι με τον όρο οινοπνευματώδη αναφερόμαστε στα ποτά τα οποία κυκλοφορούν στο εμπόριο. Ενώ η χρησιμοποίηση του όρου αλκοόλ αναφέρεται στο βασικό συστατικό των ποτών αυτών. Στην Ελλάδα έχει επικρατήσει ο όρος αλκοόλ αν και έχει λατινογενή ρίζα, διότι χρησιμοποιείται από την επιστημονική κοινότητα .

Το αλκοόλ παρασκευάζεται από την ανάμειξη φρούτων, λαχανικών και δημητριακών σε συνδυασμό με ζάχαρη και μαγιά .Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται μια διαδικασία που

ονομάζεται ζύμωση. Τα προϊόντα τα οποία θεωρούνται απλής ζύμωσης είναι το κρασί η μπύρα και ο μηλίτης. Ενώ τα πιο βαριά οινοπνευματώδη ποτά π.χ. βότκα η ουίσκι κ.α. χρειάζονται να διυλίζονται περισσότερο για να γίνουν ισχυρότερα, ως αποτέλεσμα έχουν μεγάλη περιεκτικότητα σε αλκοόλ .

Το αλκοόλ είναι γνωστό ότι μετριέται σε μονάδες. Η κάθε μονάδα αντιστοιχεί σε 8 γραμμάρια καθαρού αλκοόλ. Είναι απαραίτητο να αναγράφεται πάνω σε κάθε μπουκάλι η περιεκτικότητα του σε αλκοόλ. Λέξεις όπως «export» ή «extra» δείχνουν ότι το ποτό είναι αρκετά ισχυρό .

Αντίθετα, όροι όπως «lite», «la» ή «light» αναφέρονται σε ποτά που έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ. Ο οργανισμός του ανθρώπου (καίει) - μεταβολίζει μια μονάδα αλκοόλ την ώρα (Ε.Π.Ι.Ψ.Η. , Ο.Κ.Α.Ν.Α ,2003).

Είναι γνωστό ότι το αλκοόλ κατατάσσεται στην κατηγορία των κατασταλτικών, διότι επιβραδύνει κάποιες ζωτικές λειτουργίες, έχοντας ως αποτέλεσμα την ασταθή κίνηση, την μπερδεμένη ομιλία ανικανότητα γρήγορης αντίδρασης κ.λπ. Σκόπιμο θα ήταν να τονισθεί ότι ο τρόπος που επηρεάζει την ικανότητα ευστροφίας, γίνεται άμεσα αντιληπτό ως ένα ναρκωτικό το οποίο επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να σκέπτεται λογικά και αλλοιώνει –διαστρεβλώνει την κρίση του .

Τα αποτελέσματα που καθορίζουν, ποσό θα επηρεάσει έναν άνθρωπο έχει να κάνει με την ποσότητα του αλκοόλ που θα καταναλώσει. Στο σύνολο τους οι άνθρωποι πίνουν για το τονωτικό αποτέλεσμα π.χ. ένα ποτήρι κρασί η μια μπίρα για να χαλαρώσουν. Το πρόβλημα έγκειται όταν καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες από αυτές τις οποίες μπορεί να χειριστεί το σώμα, τότε το άτομο επηρεάζεται από της κατασταλτικές επιπτώσεις του αλκοόλ. Βιώνουν συναισθήματα ενοχής –υποβάθμισης και χάνουν τον συντονισμό και τον έλεγχο των κινήσεων τους .

Έχει παρατηρηθεί ότι η υπερβολική ποσότητα αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει ακόμα σοβαρότερες κατασταλτικές επιπτώσεις όπως ανικανότητα αίσθησης πόνου, τοξικότητα (όπου το άτομο μέσω του εμετού αποβάλλει το δηλητήριο στη συνέχεια μπορεί να επέλθει αναισθησία ή ακόμα και θάνατος από υπερβολική δόση τοξινών). Οι προαναφερόμενες αντιδράσεις οφείλονται ανάλογα με την ποσότητα και την ταχύτητα από την οποία καταναλώθηκε το αλκοόλ.

3.4.1 Περιεκτικότητα σε αλκοόλ και η επιρροή που ασκεί στον άνθρωπο

Τα ποτά που υπόκεινται σε ζύμωση, όπως η μύρα και το κρασί, περιέχουν αλκοόλ σε ποσοστό από 2% έως 20%. Τα αποσταγμένα ποτά, ή οινοπνευματώδη περιέχουν από 40% έως 50% ή και παραπάνω αλκοόλ. Η συνηθισμένη περιεκτικότητα σε αλκοόλ για το κάθε ποτό είναι η εξής:

| | | | | |
|---------|--------|---|----------|--------|
| Μύρα | 2-6% | | | αλκοόλ |
| Μηλίτης | 4-8% | | | αλκοόλ |
| Κρασί | 8-20% | | | αλκοόλ |
| Τεκίλα | 40% | | | αλκοόλ |
| Ρούμι | 40% | ή | παραπάνω | αλκοόλ |
| Μπράντι | 40% | ή | παραπάνω | αλκοόλ |
| Τζιν | 40-47% | | | αλκοόλ |
| Ουίσκι | 40-50% | | | αλκοόλ |
| Βότκα | 40-50% | | | αλκοόλ |
| Λικέρ | 15-60% | | | αλκοόλ |

(Ε.Π.Ι.Ψ.Η. , Ο.Κ.Α.Ν.Α ,2003).

Κατανοώντας πως το αλκοόλ επηρεάζει το σώμα

Το αλκοόλ απορροφάται από την κυκλοφορία του αίματος μέσω των τριχοειδών αγγείων στα τοιχώματα του στομάχου και του λεπτού εντέρου. Μέσα σε λίγα λεπτά από την κατανάλωσή του, το αλκοόλ ταξιδεύει από το στομάχι στον εγκέφαλο, όπου εκεί δημιουργεί γρήγορα τις επιπτώσεις του, επιβραδύνοντας την αντίδραση των νευρικών κυττάρων.

Περίπου το 20% του αλκοόλ απορροφάται μέσω του στομάχου. Το περισσότερο από το υπόλοιπο 80% απορροφάται διαμέσου του λεπτού εντέρου.

Το αλκοόλ μεταφέρεται επίσης με την κυκλοφορία του αίματος στο συκώτι, το οποίο αφαιρεί το αλκοόλ από το αίμα μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται «μεταβολισμός», η οποία το μετατρέπει σε μια μη τοξική ουσία. Το συκώτι μπορεί να μετατρέψει μόνο μια συγκεκριμένη ποσότητα κάθε φορά, αφήνοντας το υπόλοιπο αλκοόλ να κυκλοφορεί μέσα στο σώμα. Έτσι, η ένταση των συνεπειών του αλκοόλ στο σώμα σχετίζεται ευθέως με την ποσότητα που καταναλώνει ένα άτομο.

Όταν η ποσότητα του αλκοόλ στο αίμα υπερβαίνει ένα ορισμένο επίπεδο, το αναπνευστικό σύστημα επιβραδύνεται σημαντικά και μπορεί να προκληθεί κώμα ή θάνατος, επειδή το οξυγόνο δεν φθάνει στον εγκέφαλο. (ανακτήθηκε από: <http://gr.drugfreeworld.gr>).

3.4.2 Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης αλκοόλ

Γνωρίζουμε ότι η χρήση αλκοόλ σε μικρή ποσότητα μπορεί να είναι ωφέλιμη για τον ανθρώπινο οργανισμό, παραδείγματος χάρη στην πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων. Δεν μπορούμε όμως να παραβλέψουμε ότι με την συχνή χρήση υπάρχει κίνδυνος είτε για κατάχρηση είτε για εξάρτιση από αυτήν την ουσία. Είναι γνωστό ότι οι επιπτώσεις του αλκοόλ διαφέρουν από οργανισμό σε οργανισμό, σημαντικό ρόλο παίζει η σωματική διάπλαση, το βάρος ο μεταβολισμός και η ποσότητα φαγητού που έχει καταναλώσει πριν την χρήση του αλκοόλ.

Ø Μέθη

Όταν γίνει υπερβολική κατανάλωση (κατάχρηση) του αλκοόλ εμφανίζονται συμπτώματα σωματικά και ψυχολογικά που χαρακτηρίζονται ως μέθη, κάποια από αυτά μπορεί να είναι αδυναμία κριτικής σκέψης, επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, εφορία, κατάθλιψη, συναισθηματική αστάθεια κ.λπ.

Σωματικές ενδείξεις είναι η συγκεχυμένη ομιλία, αστάθεια στις κινήσεις η αδυναμία των κινήσεων και το κόκκινο πρόσωπο κ.α.

Ένα εξίσου σημαντικό χαρακτηριστικό της μέθης είναι η άρση των αναστολών. Με αυτό τον τρόπο μπορεί το άτομο να εμφανίσει συμπεριφορές κυνικότητας ή ακόμα και βίας (Ε.Π.Ι.Ψ.Η. , Ο.Κ.Α.Ν.Α ,2003).

Ø Οι βλαπτικές επιδράσεις του αλκοόλ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ. 2005) η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να χαρακτηριστεί ως:

1. **Επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ:** Ως επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ έχει οριστεί το επίπεδο ή ο τρόπος κατανάλωσης που, πιθανόν να οδηγήσει σε βλάβη εάν οι συνθήκες κατανάλωσης επιμείνουν. Δεν υπάρχει καθορισμένη συμφωνία για το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ. Ο ορισμός του Π.Ο.Υ. την περιγράφει ως τη μέση ημερήσια κατανάλωση 20 - 40gr αλκοόλης για τις γυναίκες και 40 - 60gr για τους άνδρες.

2. **Επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ:** Επιβλαβής κατανάλωση αλκοόλ ορίζεται η μορφή κατανάλωσης που σχετίζεται με πρόκληση βλάβης στην υγεία, είτε οργανική (όπως κίρρωση του ήπατος) είτε ψυχική (όπως η δευτερογενής κατάθλιψη που ακολουθεί τη χρήση αλκοόλ). Βασιζόμενος σε επιδημιολογικά στοιχεία που συσχετίζουν την κατανάλωση αλκοόλ με τη βλάβη, ο Π.Ο.Υ. υιοθέτησε ως ορισμό για την επιβλαβή κατανάλωση αλκοόλ τη μέση κατανάλωση άνω των 40gr αλκοόλης ημερησίως στις γυναίκες και άνω των 60gr για τους άνδρες.

3. **Βαριά επεισοδιακή κατανάλωση αλκοόλ «BINGE DRINKING»:** Ο όρος αυτός εμπεριέχει εκτός από τη βαριά κατανάλωση την έννοια του σε μία μόνη περίπτωση ή «συνεδρία χρήσης» ή στην καθομιλουμένη στην «καθισιά». Η χρήση οδηγεί σε τοξίκωση. Ένας άλλος ορισμός θα μπορούσε να είναι η κατανάλωση σε μία μόνο περίπτωση το λιγότερο 60gr αλκοόλης.

3.4.3 Η δράση του αλκοόλ

Το αλκοόλ στον οργανισμό ασκεί πολύπλευρη φαρμακολογική και τοξική δράση και επηρεάζει τη λειτουργία πολλών συστημάτων. Οι δράσεις του εξαρτώνται από την πυκνότητα του αλκοόλ στο αίμα και περιλαμβάνουν:

1. Επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Κυρίως η δράση του αλκοόλ αφορά το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ). Η δράση του είναι κυρίως κατασταλτική, σε μεγάλες ποσότητες το κατασταλτικό αποτέλεσμα μοιάζει με εκείνο των αναισθητικών φαρμάκων .

Τα πρώτα συμπτώματα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα εμφανίζονται όταν η συγκέντρωση του αλκοόλ στο αίμα ξεπεράσει τα 40mg%. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα εξασθένηση της μνήμης και της προσοχής, ήπιες διαταραχές του λόγου, ελάττωση των αντιδράσεων, δυσκολία στην εκτέλεση λεπτών χειρισμών. Είναι αρκετά εύκολο να προσλαμβάνει ένας οργανισμός πυκνότητα 40 mg% αλκοόλ .πχ. πρέπει περίπου να καταναλώσει 200 γραμμαρίων κρασιού ή 60 γραμμαρίων ούισκι. Σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις, παρατηρείται σταδιακή θόλωση της διάνοιας (μέθη), κεφαλαλγίες κ.λπ., συμπτώματα που εμφανίζονται όταν η συγκέντρωση στο αίμα φτάσει τα 150 - 200mg %. Σε υψηλότερες συγκεντρώσεις εμφανίζεται η εικόνα της βαριάς μέθης και της δηλητηρίασης, με σύγχυση, λήθαργο και κώμα. Ο θάνατος είναι σπάνιος από οξεία δηλητηρίαση και μπορεί να επέλθει από παράλυση του κέντρου της αναπνοής, όταν η συγκέντρωση του αλκοόλ ξεπεράσει τα 450 - 500mg %.

2. Προκαλεί εξάρτηση και αλκοολισμό

Όταν ένας άνθρωπος καταναλώνει για χρόνια αλκοόλ, αναπτύσσετε σταδιακά στον οργανισμό του κάποιος βαθμός ανοχής. Αυτό μας βοηθά να καταλάβουμε ότι για να έχει το ίδιο φαρμακολογικό αποτέλεσμα θα πρέπει να συγκεντρώσει υψηλότερη ποσότητα αλκοόλ στο αίμα. Έχοντας ως δεδομένο ότι ο σκοπός της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ουσιών γίνεται για να προκληθεί στον άνθρωπο (ευθυμία η μέθη), η επίτευξη είναι εφικτή με την συνεχή αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ .

Η συνεχόμενη αύξηση του βαθμού ανοχής οδηγεί σταδιακά σε «σωματική εξάρτηση», δηλαδή σε εκδήλωση δυσάρεστων συμπτωμάτων, που ονομάζονται «στερητικά συμπτώματα», τα οποία εκδηλώνονται όταν δεν υπάρχουν επαρκή επίπεδα αλκοόλης στο αίμα. Καθώς ο οργανισμός έχει ανάγκη όλο και υψηλότερων επιπέδων αλκοόλης, είναι δυνατόν τα στερητικά συμπτώματα σε μερικές περιπτώσεις να εκδηλωθούν ακόμη και όταν η αλκοόλη βρίσκεται σε επίπεδα περίπου 100mg %.

Εντούτοις, ο όρος «αλκοολισμός» δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμος με την εμφάνιση σωματικής εξάρτησης από το αλκοόλ. Ο αλκοολισμός είναι μια κατάσταση κατά την οποία δημιουργούνται στο άτομο προβλήματα υγείας, εργασίας και κοινωνικά προβλήματα με ενδεχόμενες νομικές προεκτάσεις, ανεξάρτητα από το κατά πόσον έχει αναπτυχθεί σωματική εξάρτηση στο αλκοόλ ή όχι.

3. Επιδρά στο ήπαρ και στο πεπτικό σύστημα

Οι χρόνιοι χρήστες αλκοόλ έχει αποδειχθεί ότι έχουν κατά μέσο όρο 7,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν ηπατική κίρρωση από ότι οι μη χρήστες, ενώ ειδικά οι άνδρες που κάνουν υψηλή κατανάλωση έχουν μέχρι και 13 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα. Είναι γνωστό ότι η κύρωση του ήπατος είναι το τελικό στάδιο μιας χρόνιας και συνήθως ασυμπτωματικής ηπατικής βλάβης, της καλούμενης αλκοολικής ηπατίτιδας.

Η ευαισθησία των ατόμων στην ανάπτυξη κίρρωσης ποικίλει σημαντικά. Σε δόσεις 60 - 80 γραμμαρίων αλκοόλ την ημέρα, μετά 5 χρόνια, περίπου το 10 - 15% των ατόμων, θα παρουσιάσει ηπατικό πρόβλημα. Η αύξηση της ποσότητας επιφέρει ταχύτερα την ηπατική βλάβη και σε μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών.

Επιπλέον, η χρήση αλκοόλ οδηγεί σε λιπώδη διήθηση του ήπατος και σε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης πρωτοπαθούς καρκίνου. Στο πεπτικό σύστημα, η χρόνια υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια ή οξεία παγκρεατίτιδα, έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου, χρόνια γαστρίτιδα, ατροφική γαστρίτιδα, δυσαπορρόφηση βιταμινών, ασβεστίου, μαγνησίου κ.λπ (ανακτήθηκε από:<http://www.bestrong.org.gr>).

4. Επιδράσεις στο νευρικό σύστημα

Έχει αποδειχθεί ότι με την υπερβολική και παρατεταμένη χρήση αλκοόλ, προκαλούνται ποικίλες βλάβες στον εγκέφαλο, που ίσως προκαλέσουν σοβαρές αναπηρίες και να εμφανίσουν περιφερική πολυνευροπάθεια και σύνδρομο Wernicke – Korsakoff, επιληψία (ο κίνδυνος ώστε να προκληθεί αυτή η ασθένεια ακόμα και σε μεσαία κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να είναι 7,5 φορές μεγαλύτερος από άτομα τα οποία δεν κάνουν χρήση). Επίσης η κατανάλωση

αλκοόλ αυξάνει την εμφάνιση θανατηφόρων ή μη αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου, στους άντρες μπορεί να φτάσει περίπου το 2,38 και στις γυναίκες κοντά στο 8 (η διάφορα είναι αισθητή διότι ο κίνδυνος είναι 8 φορές μεγαλύτερος) .

5. Επιδράσεις στο αναπνευστικό σύστημα

Η χρόνια χρήση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια από χημικό ερεθισμό των πνευμόνων, πνευμονία και καρκίνο του λάρυγγα και των πνευμόνων, κρίσεις άπνοιας κατά τον ύπνο.

6. Επιδράσεις κατά την κύηση

Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι η κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί σοβαρές επιπτώσεις στο έμβρυο. Μπορεί να υπάρξουν προβλήματα όπως διανοητική καθυστέρηση, αποβολή, λιποβαρή, νευρολογικές αναπηρίες, υπατικές βλάβες κ.λπ. Αυτές οι βλάβες είναι πιο συχνές όταν η κατανάλωση αλκοόλ (ακόμα και 1 με 2 ποτήρια ημερησίως) γίνει το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Άλλες επιβλαβείς δράσεις του αλκοόλ στον οργανισμό είναι:

7. η εμφάνιση αιματολογικών διαταραχών (αναιμία ή θρομβοπενία),
8. οι μυοσκελετικές διαταραχές (μυοπάθειες, οστεοπόρωση κ.λπ.),
9. οι διαταραχές της αναπαραγωγικής λειτουργίας (διαταραχές στύσης, μείωση όγκου και ποιότητας του σπέρματος κ.λ.π.).

3.4.4. Κατανάλωση αλκοόλ και ατυχήματα

Η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί την αιτία ενός μεγάλου αριθμού τροχαίων, εργατικών και άλλων ατυχημάτων. Η τοξίκωση από αλκοόλη αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα πρόκλησης τροχαίων ατυχημάτων, τραυματισμών ή εγκληματικών πράξεων, ενδοοικογενειακής βίας, πτώσεων και δηλητηριάσεων.

Στην Ελλάδα, ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων, που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, ήταν 216,1 ανά 100.000 κατοίκους το έτος 2000 και 185,5 το 2001. Σε ελληνικές έρευνες διαπιστώθηκε ότι η χρήση αλκοόλ αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο πρόκλησης τροχαίου ατυχήματος.

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το 10% των τροχαίων ατυχημάτων στην Αθήνα μπορεί να αποδοθεί στη χρήση αλκοολούχων ποτών (Petridou et al. 1998). Ένα σημαντικό ποσοστό των οδηγών (41%) που είχαν εμπλακεί σε τροχαία ατυχήματα κατά τη διάρκεια των ετών 1995 -

1997, είχαν καταναλώσει κάποιο αλκοολούχο ποτό πριν το ατύχημα, ενώ στο 33% των οδηγών η συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα ήταν πάνω από 80mg/ lt.

Ο υψηλότερος κίνδυνος εμπλοκής σε τροχαία ατυχήματα ισχύει και για τους νέους που θεωρούν την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών κυρίαρχο στοιχείο του σύγχρονου τρόπου ζωής (ανακτήθηκε από <http://www.bestrong.org.gr>).

3.4.5 Αλκοολισμός

Είναι γνωστό ότι ο όρος αναφέρεται για πρώτη φορά από έναν ολλανδό γιατρό γύρω στα τέλη της δεκαετίας του 1840, ενώ θεωρήθηκε ως νόσος το 1970 και αναλύθηκε από τον John Coakley Letts που ήταν ιατρός. Ο αλκοολισμός είναι η δηλητηρίαση από αλκοόλ η οποία παρουσιάζεται σε δυο μορφές, την οξεία και την χρόνια μέθη.

Η οξεία μέθη έχει να κάνει με την ποσότητα οινοπνεύματος που έχει καταναλώσει και την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο. Συμπτώματα που παρουσιάζει είναι η μειωμένη αντίληψη, αναστολή ηθικών φραγμών μέχρι και κόμα ή θάνατος. Ενώ στην χρόνια μέθη υπάρχει η καθημερινή χρήση μεγάλης ποσότητας αιθανόλης.

Οι άνθρωποι αυτοί δεν μπορούν να αντισταθούν στην αυξημένη επιθυμία τους, με αποτέλεσμα σταδιακά να μην μπορούν να λειτουργήσουν χωρίς την χρήση της ουσίας (συμπτώματα στέρησης) και πολλές φορές μπορεί να γίνουν καταστροφικά.

Στα άτομα που θεωρούντο χρόνια αλκοολικοί παρουσιάζουν ποικίλες διαταραχές όπως του νευρικού συστήματος (τρεμούλιασμα, πολυνευρίτιδα, διανοητική σύγχυση, παραισθήσεις, τρομώδες παραλήρημα), του ήπατος (αλκοολική κίρρωση, δηλαδή καταστροφή του ιστού του οργάνου), του κυκλοφορικού συστήματος (αρτηριοσκλήρωση).

Ένα επίσης σοβαρό πρόβλημα των ατόμων που πάσχουν από αλκοολισμό έχει να κάνει με διαταραχές της συμπεριφοράς, δηλαδή περιορισμό της ικανότητας κρίσης, αστάθεια διάθεσης, ηθική κατάπτωση κ.λ.π., επομένως ο όρος αλκοολισμός έχει να κάνει με την υπερβολική χρήση οινοπνεύματος, την εξάρτηση που του προκαλεί αλλά και τις βλάβες που έχει ως αποτέλεσμα της χρήσης του.

3.5 Διαγνωστικά κριτήρια όπως τα ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας & Νομικό Πλαίσιο

1. Ανοχή. Καθορίζεται ως η ανάγκη συνεχούς αυξανόμενης κατανάλωσης αλκοόλ για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.
 2. Στέρηση. Εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων (τρόμος, ναυτία, εμετός, κεφαλαλγία κ.τ.λ.) εάν δεν γίνει λήψη αλκοόλ.
 3. Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνεύματος για μεγάλες περιόδους.
 4. Ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής.
 5. Συνεχώς αυξανόμενη προσπάθεια για προμήθεια οινοπνεύματος.
 6. Περιορισμός κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων που οφείλονται στη λήψη αλκοόλ.
 7. Συνεχιζόμενη χρήση παρά τα προβλήματα υγείας εξαιτίας του οινοπνεύματος.
- Ο συνδυασμός τριών από τα παραπάνω κριτήρια σε μια περίοδο 12 μηνών θέτει τη διάγνωση της εξάρτησης από την αιθανόλη (ανακτήθηκε από <http://www.bestrong.org.gr>).

Νομικό πλαίσιο

Γνωρίζουμε ότι το αλκοόλ είναι μια νόμιμη ουσία που διατίθεται ελεύθερα στο κόσμο. Έχει παρατηρηθεί μια συνεχής προσπάθεια για περιορισμό της χρήσης αυτής της ουσίας, αυτό γίνεται αντιληπτό μέσω της απαγόρευσης σε κάποιες χώρες, των διαφημίσεων αλκοολούχων ποτών, την καταβολή υψηλότερων-πρόσθετων φόρων και την απαγόρευση διάθεσής τους σε νέους κάτω των 18ετών .

Η Ελλάδα δεν έχει απαγορεύσει τις διαφημίσεις οινοπνευματωδών ποτών. Όμως με προεδρικό διάταγμα το 1994 απαγόρευσε την είσοδο και παραμονή σε μπαρ και κέντρα διασκέδασης των νέων κάτω των 17 ετών χωρίς την συνοδεία κηδεμόνα ή γονέα του, καθώς και την κατανάλωση ποτών σε δημόσια κέντρα (ΦΕΚ αρ.26 28/2/1994). Στην συνέχεια απαγορεύει την οδήγηση οχήματος υπό την επήρεια οινοπνευματωδών η άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Κριτήριο θεωρείτε η ανώτερη τιμή συγκέντρωσης οινοπνεύματος στο αίμα 0,5 τις χιλίους ανά λίτρο αίματος (αντιστοιχεί σε 1-5μοναδες αλκοόλ με γρήγορη κατανάλωση), δίνοντας το δικαίωμα σε αστυνομικά όργανα να υποβάλουν σε έλεγχο αλκοτέστ τους οδηγούς που υποψιάζονται ότι είναι υπό την επήρεια του αλκοόλ και να τους διώκουν ποινικά (ανακτήθηκε από <http://www.bestrong.org.gr>).

3.6 Έρευνες για τα οινοπνευματώδη ποτά

Τα στοιχεία προέρχονται από την Πανελλήνια Έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), η οποία πραγματοποιήθηκε το 2011 στο μαθητικό πληθυσμό ηλικίας 13-19 ετών (ΕΠΨΥ 2012).

Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα υψηλότερα ποσοστά συχνής κατανάλωσης αλκοόλ (≥ 10 φορές) τον τελευταίο μήνα στους μαθητές (13-19 ετών) παρατηρούνται στους νομούς Καστοριάς, Πιερίας, Έβρου, Χαλκιδικής, Σερρών και Λέσβου, δηλαδή κυρίως σε νομούς της Βόρειας Ελλάδας, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά στους νομούς Αχαΐας, Μεσσηνίας, Αιτωλοακαρνανίας, Αττικής και Φθιώτιδας.

Όσον αφορά την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ τον τελευταίο μήνα, τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στους νομούς Ρεθύμνου, Σάμου, Έβρου, Λευκάδας, Καστοριάς, Χανίων και Σερρών, δηλαδή σε νομούς κυρίως της Κρήτης, του Βορείου Αιγαίου, της Μακεδονίας και της Θράκης, ενώ τα χαμηλότερα στους νομούς Μαγνησίας,

Ευρυτανίας, Μεσσηνίας, Εύβοιας, Ηλίας, Αχαΐας και Αττικής

Ø Δαπάνη νοικοκυριών για αλκοολούχα ποτά και καπνό

Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, για την περίοδο 2010-2012 ο μέσος όρος μηνιαίων αγορών σε οινοπνευματώδη ποτά και καπνό διαμορφώθηκε για κάθε έτος ως εξής: 2010=68,7€, 2011=66,52 € και 2012=62,71 €

Ø Συγκριτικά στοιχεία παραβάσεων που αφορούν την οδήγηση υπό την επήρεια οινοπνεύματος

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Διεύθυνσης Τροχαίας του Αρχηγείου της Ελληνικής Αστυνομίας, οι έλεγχοι και οι διαπιστώσεις σχετικά με την οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ που έγιναν μέσα στο 2012, καθώς και η σύγκρισή τους με τα προηγούμενα τρία έτη (2009, 2010, 2011), παρουσιάζουν ότι το ποσοστό περιστατικών μέθης επί του συνόλου των ελεγχθέντων περιστατικών μειώνεται συνεχώς .

Ø Συγκριτικά στοιχεία των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων

Σύμφωνα με τα στοιχεία κατά την τελευταία τετραετία (2009-2012) παρατηρείται μείωση στον αριθμό των θανατηφόρων τροχαίων, καθώς επίσης και των θανατηφόρων τροχαίων που οφείλονται σε μέθη, ενώ το ποσοστό των θανατηφόρων τροχαίων που οφείλονται σε μέθη επί του συνόλου των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων παραμένει σχεδόν αμετάβλητο.

Εν κατακλείδι, διαπιστώνουμε ότι σύμφωνα με τα ερευνητικά στοιχεία, τα υψηλότερα ποσοστά συχνής κατανάλωσης αλκοόλ στους μαθητές 13-19 ετών εμφανίζονται κυρίως σε

νομούς της Μακεδονίας, της Θράκης και του Βορείου Αιγαίου και υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ σε νομούς της Κρήτης, καθώς επίσης της Μακεδονίας, της Θράκης και του Βορείου Αιγαίου. Επιπλέον, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στους νομούς Αχαΐας και Αττικής τα ποσοστά συχνής και υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ ήταν χαμηλά. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Διεύθυνσης Τροχαίας, τα τελευταία τέσσερα έτη (2009-2012) παρατηρείται τάση μείωσης στο ποσοστό περιστατικών μέθης επί του συνόλου των ελεγχθέντων περιστατικών για ένδειξη μέθης, επομένως οι Έλληνες οδηγοί φαίνεται να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι τον τελευταίο καιρό όσον αφορά τις επιπτώσεις της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ (ανακτήθηκε από: <http://www.ektepn.gr>).

3.7 Ναρκωτικά

Με τον όρο ναρκωτικά νοούνται γενικά οι ουσίες εκείνες, φυτικής ή χημικής προέλευσης που ασκούν ποικίλη φαρμακολογική ενέργεια στο κεντρικό νευρικό σύστημα των ανθρώπων, από τις απλές διεγερτικές μέχρι τις κατασταλτικές που έχουν την κοινή χαρακτηριστική ιδιότητα να προκαλούν εθισμό ή κατά την ορολογία της

Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας «εξάρτηση φυσική ή χημική» (Δακούρα Θ., 1975).

Ιστορική αναδρομή

Είναι γνωστό ότι τα ναρκωτικά στην διεθνή αγορά ονομάζονται και ντρόγκερς. Η συγκεκριμένη ονομασία είναι παράγωγη από την αγγλική λέξη drug η οποία σημαίνει ξηρός-στεγνός. Στα πρώτα χρόνια τα ντρόγκες λέγονταν τα μπαχαρικά τα οποία τα εισήγαγαν στην Ευρώπη από την Ανατολή, περίπου τον 16^ο αιώνα Ολλανδοί έμποροι. Γνωρίζουμε ότι τα μπαχαρικά είναι αποξηραμένα φυτά ή ξυλώδεις ξηροί καρποί και χρησιμεύουν στο ή για να προσδίδουν νοστιμιά στο φαγητό ή για να αλλάζουν την γεύση.

Στην Ευρώπη τα ναρκωτικά ήρθαν μαζί με τα μπαχαρικά από την ανατολή, με σκοπό να δίνουν γεύση –χρώμα στην ζωή (ναρκωτικά) και στο φαγητό (μπαχαρικά).

Λαοί όπως της Ασίας την προκολομβιανής Αμερικής (βοριάς και νοτιάς) χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά εδώ και μερικές χιλιάδες χρόνια .π.χ. το πέγιοτ και το όπιο στην Ασία, η μαριχουάνα και η κόκα στην Αμερική ,υπάρχουν σχεδόν τόσα χρόνια όσα και οι λαοί τους.

Γνωρίζουμε ότι οι Άραβες της ανατολικής και βόρειας Αφρικής ήταν ειδικοί στα ναρκωτικά και πιο συγκεκριμένα το χασίς που είναι δική τους ανακάλυψη, όπου το εξήγαγαν στην Κίνα και στην Ινδία την περίοδο του μεσαίωνα .

Η Ευρώπη άργησε να ανακαλύψει και να κάνει χρήση αυτών των ψυχοαρωματικών φυτών, διότι ήταν δύσκολο να ευδοκιμήσουν στα εδάφη της. Έλειπαν οι ιδανικές συνθήκες οι οποίες δόθηκαν με την χρήση του θερμοκηπίου, το οποίο θεωρούνται πρόσφατη εφεύρεση .

Το 1806 ο γερμανός χημικός Φρίντριχ Βίλχελμ Σέρτικε απομονώνει από το μη καθαρό όπιο την ουσία την οποία την ονομάζει μορφίνη προς τιμήν του αρχαιοελληνικού θεού του ύπνου και των ονείρων τον Μορφέα. Μετά από μερικά χρόνια ένας άλλος επιστήμονας δουλεύοντας πάνω στην μορφίνη την καθαρίζει και δημιουργεί την ηρωίνη. Η ηρωίνη έλαβε το όνομα της από τον αρχαίο ελληνικό "Ηρωα", γιατί ήταν ευπρόσδεκτη ως θεραπεία για την απεξάρτηση της μορφίνης. (η ηρωίνη είναι από 4-8 φορές πιο ισχυρή από την μορφίνη).

Ο επιστημονικός κλάδος θεώρησε την ηρωίνη μια τεραστία ανακάλυψη, διότι πίστεψαν ότι θα ελάττωναν τον κίνδυνο εθισμού του ασθενούς στην μορφίνη, επειδή θα χρησιμοποιούσαν μια μικρότερη δόση ηρωίνης. Παρατήρησαν ότι ο εθισμός ήταν αναπόφευκτος οπότε επέστρεψε στην χρήση της μορφίνης το οποίο χρησιμοποιούταν σαν ισχυρό αναλγητικό (Εθνικό συμβούλιο κατά των ναρκωτικών, 1990).

Η προβληματική χρήση των ναρκωτικών συνδέεται αισθητά, με τις σοβαρές κοινωνικές συνέπειες, γίνεται αντιληπτό για πρώτη φορά ότι είναι ένα γενικό φαινόμενο κατά το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα. Ένα γενικά σημαντικό γεγονός που θεωρείται και ορόσημο είναι ο νόμος Harrison το 1914 στην Αμερική αλλά και οι μεμονωμένες απαγορεύσεις και σε άλλες χώρες όπως στην Ελλάδα. Το 1980-1990 είναι η εποχή που σε όλες τις χώρες υπήρξε ραγδαία διάδοση σε όλον τον κόσμο (Παρασκευόπουλος Ν., 2004).

Η εμφάνιση με χρονολογική σειρά των γνωστότερων ουσιών στον κόσμο:

- Το 1887 παρασκευάζονται στην Γερμανία οι πρώτες αμφεταμίνες
- Το 1898 παρασκευάζεται ηρωίνη από την μορφίνη .
- Το 1909 οι ΗΠΑ απαγορεύουν την εισαγωγή οπίου.
- Το 1910 παρασκευάζεται στην Ευρώπη το MDA, πρόγονος της έκστασης .
- Το 1919 διακηρύσσεται στις ΗΠΑ η ποτοαπαγόρευση ,δίνοντας την ευκαιρία στην μαφία να αυξήσει τους πόρους της .
- Το 1920 ξεκινά προπαγανδιστική εκστρατεία του μεγιστάνα του τύπου Hurst , ο οποίος τυγχάνει να έχει τεράστιες επενδύσεις στη βιομηχανία ξυλείας . Την ίδια χρονιά ποινικοποιείται η κοκαΐνη.
- Το 1924 η κάνναβη κηρύσσεται παράνομη στο Ηνωμένο Βασίλειο .

- Το 1933 λύνεται η ποτοαπαγόρευση
- Το 1943 ο Άλμπερτ Χόφμαν ανακαλύπτει κατά λάθος το LSD και κάνει το πρώτο «ταξίδι» με αυτή την ουσία στην ιστορία .Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Άλμπερτ Χόφμαν ζούσε μέχρι πολύ πρόσφατα ,συνεχώς πειραματιζόμενος με νέες ψυχεδελικές ουσίες
 - Το 1952, εμφανίζονται τα πρώτα στεοειδή στους Ολυμπιακούς Αγώνες .
- Από το 1960 μέχρι το 1985, το MDMA (ecstasy) διατίθεται νόμιμα στα κλαμπ των ΗΠΑ.
- Το 1966 , το LSD κηρύσσεται παράνομο στην Αγγλία (Snyder and Pasternak,2003) (Ζαφειρίδης Φ., 1988).

3.7. 1 Αμφεταμίνες

Είναι χημικές ουσίες με διεγερτική επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Η χημική του εμφάνιση, παραπέμπει στην αδρεναλίνη, ουσία που παρασκευάζει ο άνθρωπος οργανισμός. Το λεξιλόγιο που χρησιμοποιείτε από τους χρήστες (πίατσα) είναι σπιντάκια, κουκλίτσες κ.λ.π.

Ιστορικά στοιχεία

Το 1887 παρασκευαστήκαν για πρώτη φορά, όμως οι θεραπευτικές τους ιδιότητες ανακαλυφθήκαν το 1927.

Χρησιμοποιηθήκαν για θεραπείες όπως της ναρκοληψίας (ασθένεια κατά την οποία ο άνθρωπος καταλαμβάνεται από ξαφνική κρίση ύπνου) επίσης το 1937 χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία των παιδιών που ήταν υπερκινητικά.

Μεγάλη διάδοση των αμφεταμινών έγινε κατά την διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου στους στρατούς των Γερμανών, Βρετανών, Ιαπώνων και Αμερικανών. Οι λόγοι που έγιναν τόσο γνωστά ήταν οι ιδιότητες τους, όπως ότι καταπολεμούσε την κόπωση, αυξημένο ηθικό, κατάφερνε να μειώσει την ανάγκη για ύπνο και οι στρατιώτες ήταν πιο γρήγοροι στην μάχη. Η πρώτη έντονη κατάχρηση σε συχνό βαθμό έγινε στην Ιαπωνία στον Β παγκόσμιο πόλεμο.

Στην συνέχεια διαδίδεται μέσω των φοιτητών και των ατόμων που εργάζονταν την νύχτα καθώς και καθηγητών κ.λ.π. Ο λόγος της χρήσης ήταν για να ελαττώσουν την κούραση με σκοπό να αυξήσουν την αντοχή και την απόδοση τους .

Επίσης έντονη χρήση γινόταν στην δεκαετία του '60 στα τότε νεανικά κινήματα, είτε γινόταν από παχύσαρκους που το χρησιμοποιούσαν για να τους κόβει την όρεξη. Οι αμφεταμίνες

σταμάτησαν να κυκλοφορούν φαρμακευτικά από τα τέλη της δεκαετίας του '70, βρίσκονται πλέον μόνο στην παράνομη αγορά .

Τρόποι χρήσης

Το συνηθέστερο σχήμα της αμφεταμίνης είναι είτε σε μορφή κάψουλας ή χαπιού, βέβαια στο παράνομο εμπόριο έχει την μορφή σκόνης κίτρινης, άσπρης ή ροζ. Επίσης μπορεί να εμφανίζεται σε μορφή μικρών συμπαγών κομματιών. Έχει επικρατήσει ότι οι παράνομες αμφεταμίνες, κυκλοφορούν «κομμένες» δηλαδή νοθευμένες με άλλες σκόνες που μοιάζουν με αυτήν.

Οι αμφεταμίνες έχουν πολλές ομοιότητες με την δράση της κοκαΐνης, δρουν στο ΚΝΣ και στο περιφερειακό νευρικό σύστημα. Η δράση τους που έχει διάρκεια σχεδόν 6 ώρες και ανιχνεύεται στα ούρα μέχρι και 4 ημέρες μετά από την χρήση .

Γνωρίζουμε ότι η συνηθέστερη χρήση της αμφεταμίνης είναι από το στόμα, είναι εφικτό όμως να γίνει είτε εισπνέοντας από την μύτη είτε να αναμειχτεί με καπνό και να καπνιστεί. Εάν είναι σε μορφή κομματιών μπορεί να διαλυθεί στο νερό και να γίνει ακόμα και ενέσιμο διάλυμα. Η τελευταία περίπτωση είναι πολύ επίφοβη διότι εάν δεν διαλυθεί καλά η χρήση μπορεί να προκαλέσει θρομβώσεις στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Άμεσα αποτελέσματα

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα που έχει η χρήση του χασίς στον άνθρωπο, γίνεται αντιληπτό ότι με το που γίνει η χρήση, οι αμφεταμίνες θα έχουν επίδραση το πολύ σε 15 με 30 λεπτά και η δράση τους θα κρατήσει το πολύ για 6 ώρες, δημιουργώντας ενεργητικότητα, διαύγεια μυαλού, απώλεια της αίσθησης της πείνας και όξυνση της πνευματικής λειτουργίας. Σωματικά διαπιστώνεται υπέρταση, εφίδρωση ή κρυάδες, ταχυκαρδίες, ναυτίες και εμέτους. Δεν θα μπορούσε να παραλειφθεί ότι προκαλεί στους χρήστες, διαστολή της κόρης του ματιού, λογόρροια και συχνά έντονη επιθετικότητα .

Σε περιπτώσεις που ο χρήστης επιλέξει να κάνει ενδοφλέβια χρήση της αμφεταμίνης, βιώνει ένα απότομο βίαιο αίσθημα εφορίας και αυτοπεποίθησης, εάν η χρήση είναι μεγάλη τότε μπορεί να παρατηρηθούν συγκεχυμένες λέξεις στην ομιλία, άγχος ανησυχία και σύγχυση μέχρι πόνος στον θώρακα και συγκοπή. Όταν τελειώσει η επίδραση της αυξημένης δόσης ο άνθρωπος βιώνει δυσφορία, αίσθημα κόπωσης κατάθλιψη, τρέμουλο ή και άγχος.

Αποτελέσματα της μακροχρόνιας χρήσης αμφεταμινών

Με την χρόνια χρήση αυτών των ουσιών ο άνθρωπος βιώνει ανοχή και ψυχική εξάρτηση. Εάν υπάρξει διακοπή της ουσίας για αρκετές ημέρες εμφανίζονται συμπτώματα στέρησης όπως κόπωση, αϋπνία ή υπνηλία αισθήματα δυσφορίας όπως κατάθλιψη, ευερεθιστότητα κ.α. Αυτή η περίοδος είναι επίφοβη λόγω κινδύνου αυτοκτονίας.

Μετά από επαναλαμβανόμενη και χρόνια χρήσης υπάρχει περίπτωση να εμφανίσει συμπτώματα ψύχωσης. Αυτή η διαπίστωση έγινε πρώτη φορά σε πειραματικό στάδιο το 1938. Έχει σημειωθεί ότι μετά από 1-5 ημέρες συστηματικής χορήγησης μπορεί να προκληθεί παρανοϊκού τύπου ψύχωση. Περίπου μετά από μια εβδομάδα από την διακοπή ο χρήστης επανέρχεται στις φυσιολογικές του λειτουργίες.

Τα συμπτώματα που συνηθίζονται είναι: διωκτικό παραλήρημα, υπερκινητικότητα, ευερεθιστότητα, παρανοειδής επεξεργασία, ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις και αλλαγές στη αντίληψη του σώματος .

3.7.2 Ινδική κάνναβη (χασίς)

Είναι ένα θαμνώδες φυτό με οδοντωτά φύλλα και ραβδωτά στελέχη, έχει την ικανότητα να προσαρμόζεται εύκολα σε διαφορετικές κλιματολογικές συνθήκες. Ο άνθρωπος χρησιμοποιεί εδώ και χιλιάδες χρόνια, τις ίνες του φυτού από τις οποίες παρασκευάζει το σχοινί, τους σπόρους από τους οποίους παίρνει λάδι και τροφή για τα πουλιά και ιδιαίτερα χρησιμοποιεί την ρετσίνι η οποία έχει ψυχοτρόπο δράση στο άτομο. Είναι γνωστό ότι περιέχει το λιγότερο 60 συστατικές ουσίες πολλές εκ των οποίων είναι βιολογικά ενεργές. Το συστατικό το οποίο θεωρείται πιο ψυχοδραστικό είναι η τετραϋδροκανναβινόλη. (thc).

Ιστορικά στοιχεία

Γνωρίζουμε ότι η χρήση της κάνναβης υπάρχει από την αρχαιότητα, έρευνες αποδεικνύουν ότι γινόταν για θεραπευτικούς σκοπούς από το 2.000 π.χ. κυρίως στις χώρες της Ινδίας και της Κίνας .

Στην Ελλάδα και συγκεκριμένα οι Σκυθές (οι αρχαίοι κάτοικοι της Θράκης) χρησιμοποιούσαν την κάνναβη για να δημιουργήσουν υφάσματα αλλά και για τελετές οι οποίες θα επέφεραν έφορο αποτέλεσμα σύμφωνα με περιγραφές του Ηροδότου.

Η κάνναβη πήρε την ονομασία χασίς από τα αραβικά που σημαίνει «χόρτο». Το χασίς έγινε δημοφιλή στους ισλαμικούς πληθυσμούς γιατί αντικατέστησε την χρήση του αλκοόλ το οποίο ήταν απαγορευμένο από το κοράνι .

Στην Ευρώπη και την Αμερική από τον 13^ο έως τον 19^ο αιώνα αρχίζει να καλλιεργείται η κάνναβη. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα αρχίζει η απαγόρευση της χρήσης και της καλλιέργειας. Στην Ελλάδα πιο συγκεκριμένα απαγορεύεται το 1920 .

Τρόποι χρήσης

Η κάνναβη συνήθως εμφανίζεται σε διαφορές μορφές :

- Σε μορφή τριμμάτων των φύλλων, των λουλουδιών και των στελεχών (μαριχουάνα: περιεκτικότητα σε THC περίπου 1-3%)
- Σε πλάκα σκουρόχρωμου αποξηραμένου ρετσινιού (χασίς :περιεκτικότητα σε ΤΗΨ περίπου 8-15%)
- Σε μορφή παχύρρευστου και κολλώδους υγρού (χασισέλαιο: περιεκτικότητα σε THC περίπου 40-60%)

Η χρήση της, μπορεί να γίνει μέσω φαγητού (γλυκού), κάποιες φορές αναμιγνύεται με καπνό ή και σκέτη κάποιοι βράζουν την κάνναβη μαζί με κάποια ροφήματα. Είναι γνωστό ότι οι μεταλλίτες της THC ανιχνεύονται στα ούρα ακόμα και μετά από αρκετές εβδομάδες μετά την χρήση. Επειδή κάθονται στους λιπώδεις ιστούς του σώματος.

Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης κάνναβης

Είναι φανερό ότι η αντίδραση του κάθε οργανισμού στην χρήση της κάνναβης διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο, έχει να κάνει κυρίως από την ποσότητα THC από το περιβάλλον, από τον τρόπο-τεχνική του καπνίσματος και κυρίως από τις προσδοκίες που έχει ο χρήστης. Είναι γνωστό ότι οι αντιδράσεις τις πρώτες φορές μπορεί να διαφέρουν, δηλαδή μπορεί κάποιος άνθρωπος τις πρώτες φορές που κάνει χρήση να μην νιώθει να επηρεάζεται ενώ κάποιοι άλλοι να έχουν ψευδαισθήσεις ή κρίσεις πανικού κατά την χρήση.

Όταν η χρήση γίνει από το στόμα (με το κάπνισμα) τα αποτελέσματα επιδρούν άμεσα και κρατούν περίπου μία ώρα αν η ποσότητα είναι μικρή, είτε περισσότερες ώρες εάν είναι μεγαλύτερη η δόση. Εάν γίνει χρήση μέσω της τροφής τα συμπτώματα κάνουν την εμφάνισή τους αρκετές ώρες μετά.

Τα πιο γνωστά συμπτώματα μετά την χρήση είναι: εφορία, πολυλογία, ιλαρότητα και συναισθήματα ότι ο χρόνος κιά αργά. Παρατηρείται συχνά το φαινόμενο καταστολής και υπνηλίας.

Έχει παρατηρηθεί ότι η κάνναβη επηρεάζει αρνητικά την διαδικασία της μάθησης αλλά και της αποστήθισης. Επίσης, παρατηρείται μείωση των αντανακλαστικών και της αντίδρασης. Ο χρήστης ένα ή δυο τσιγάρων είναι επίφοβος να οδηγήσει για μια χρονική περίοδο περίπου τεσσάρων με οκτώ ωρών. Επίσης, μπορεί να παρουσιάζει συμπτώματα όπως αύξηση της όρεξης, ξηρότητα στο στόμα, ταχυκαρδίες.

Γνωρίζουμε ότι η χρήση της κάνναβης δεν προκαλεί μόνο σωματική εξάρτηση ή ανοχή, αλλά έχει παρατηρηθεί σοβαρή ψυχική εξάρτηση, χωρίς όμως να υπάρχουν αναφορές για θανάτους από την υπερβολική της δόση .

Πολλά είναι τα προβλήματα που προκαλεί στον ανθρώπινο οργανισμό. Η ουσία που περιέχεται στον καπνό της κάνναβης είναι κατά τρεις φορές πιο καρκινογόνα από την πίσσα του τσιγάρου. Εάν γίνεται για χρόνια χρήση μπορεί να προκαλέσει βρογχίτιδα, βήχα και λαρυγγίτιδα.

Η αναλογία του τσιγάρου με την κάνναβη είναι: ένα τσιγάρο κάνναβης ισούται με τέσσερα κανονικά. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης εάν γίνει χρήση τότε μπορεί να προκληθεί πρόωρος τοκετός, να γεννηθεί το νεογνό λιποβαρή, είτε να έχει δυσκολίες στην ικανότητα μάθησης ακόμα και να μην ανταποκρίνεται σε κάποια ερεθίσματα.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν πολλές περιγραφές συγγραφέων οι οποίες αναφέρουν το λεγόμενο «σύνδρομο έλλειψης κινήτρων» το οποίο όμως δεν έχει επαληθευτεί πλήρως. Παρουσιάζεται σε άτομα τα οποία κάνουν χρόνια χρήση της κάνναβης και περιγράφεται σε μια κατάσταση γενικής απάθειας, μειωμένης κριτικής ικανότητας, αλλοίωση των συναισθημάτων και διάσπαση προσοχής.

Υπάρχουν ελάχιστες περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να προκαλέσει ψυχοσικόμορφες καταστάσεις οι οποίες μοιάζουν-μιμούνται σε μεγάλο βαθμό μείζονος τύπου ψυχοπαθολογικές διαταραχές (Λιάππας Γ., 2002)

3.7.3 Κοκαΐνη

Η κοκαΐνη δημιουργείται από τη πολτοποίηση των φύλλων ενός φυτού που ονομάζεται «ερυθρόξυλο κόκα » ,το οποίο ευδοκμεί στη Νότια Αμερική, στις Άνδεις, σε υψόμετρο από 500 έως 2000 μέτρα.

Πρόκειται για μια ουσία η οποία όταν εισέρχεται στον οργανισμό προκαλεί μια γρήγορη διέγερση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και μπορεί να λειτουργήσει ως τοπικό αναισθητικό. Η

απορρόφηση της μπορεί να γίνει απ' όλους τους βλεννογόνους του ανθρώπινου σώματος, όπως στόμα ,μύτη ,έντερο και κόλπος.

Το φυτό της κόκας οφείλει την ονομασία του στους Ίντιος Αυμάρα και σημαίνει «χόρτο». Οι ιθαγενείς στις Άνδεις συνήθιζαν να μασούν τα φύλλα της κόκας επειδή τους βοηθούσε να αναπνέουν καλύτερα σε μεγάλα υψόμετρα όπου ο αέρας ήταν αραιός.

Η χρησιμοποίηση του φυτού από τους κατοίκους γινόταν σε διάφορες περιπτώσεις όπως ως φάρμακο για το κρύο και την πείνα με σκοπό την ενίσχυση της αντοχής και της δύναμης τους κατά της νευρασθένειας, των εντερικών και στομαχικών διαταραχών. Η συνήθεια αυτή παρατηρούνταν και στον πολιτισμό των Ίνκας με τη διαφορά όμως ότι η χρήση γινόταν μόνο από την άρχουσα τάξη. Το 1885, ο γερμανός φυσικός Frederich Gaedcke ανακάλυψε το ενεργό συστατικό της κόκας, την κοκαΐνη.

Ιστορικά στοιχεία

Προς το τέλος του 19^{ου} αιώνα παρατηρείται στην Ευρώπη η κυκλοφορία ενός κρασιού από έναν κορσικανό, με το όνομα Μαριάνι, που περιέχει απόσταγμα κόκας και η διάδοση του γίνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τη συγκεκριμένη ιδέα μιμήθηκαν αρκετοί στην Αμερική με πιο γνωστή περίπτωση αυτή του φαρμακοποιού Asa Candler που ίδρυσε την coca cola company και λάνσαρε στην αγορά ένα ποτό που περιείχε εκχύλισμα κόκας και φυσικό αεριούχο νερό.

Όταν αργότερα (1903) η κοκαΐνη τέθηκε εκτός νόμου, η coca cola αναγκαστικά την αντικατέστησε με την καφεΐνη. Εκείνο το διάστημα παρατηρείται και η ιατρική χρησιμοποίηση της κοκαΐνης ως τοπικό αναισθητικό. Το 1884 δημοσιεύτηκαν, μελέτες του S.Freud στις οποίες η κοκαΐνη συνιστάται ως φάρμακο κατά της καχεξίας, των στομαχικών διαταραχών, του άσθματος κ.α.

Ήδη από το 1914 η χρησιμοποίηση της κοκαΐνης απαγορεύτηκε στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ενώ η σύγχρονη ιατρική κάνει χρήση της ως τοπικό αναισθητικό για τις βλεννογόνους (μάτια ,μύτη κ.α.) και κάποιες φορές ως δυνατό παυσίπονο.

Στην εποχή μας, το παράνομο εμπόριο της κοκαΐνης είναι ευρέως διαδεδομένο σε χώρες της Νότιας Αμερικής και αποτελεί μια από τις κύριες πηγές χρηματοδότησής τους. Μόνο στις ΗΠΑ παρατηρείται το φαινόμενο της τακτικής κατανάλωσης κοκαΐνης από τέσσερα με πέντε εκατομμύρια ανθρώπους.

Τρόποι χρήσης

Το μάσημα των φύλλων της κόκας από τους κατοίκους των Άνδεων συνεχίζει να πραγματοποιείται. Από τα φύλλα της κόκας παράγεται η υδροχλωρική κοκαΐνη, η παρασκευή της οποίας γίνεται σε παράνομα εργαστήρια. Έχει τη μορφή μιας άοσμης, λευκής, κρυσταλλικής σκόνης που εισπνέεται συνήθως από τη μύτη, αλλά είναι και διαλυτή και μπορεί να ληφθεί και από ένεση.

Ένα διαδεδομένο παράγωγο της κοκαΐνης στις ΗΠΑ είναι το free-base. Πρόκειται για μια λευκή ή κιτρινόμαυρη σκόνη με γλυκιά μυρωδιά, η οποία δε μπορεί να διαλυθεί στο νερό, γι' αυτό το λόγο μόνο καπνίζεται.

Η ανάμιξη της υδροχλωρικής κοκαΐνης με ηρωίνη, (Speedball), είναι ένας αρκετά επικίνδυνος συνδυασμός που είναι υπεύθυνος για πολλούς θανάτους ατόμων που κάνουν χρήση κοκαΐνης.

Άμεσα αποτελέσματα της χρήσης κοκαΐνης

Είναι φανερό ότι η δράση και οι παρενέργειες της κοκαΐνης αποτελούν την συνισταμένη των παραγόντων όπως, η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου σύμφωνα πάντα με το μέγεθος της δόσης. Ο τρόπος που χορηγείται είναι αυτός που καθορίζει τη διάρκεια και το χρόνο δράσης. Η ενδοφλέβια χρήση κοκαΐνης, αλλά και η χορήγηση που προσφέρει άμεση απορρόφηση, για παράδειγμα το κάπνισμα του κρακ, έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να κατακλύζεται άμεσα από μια αίσθηση έντονης ευχαρίστησης, που στην αργκό ονομάζεται «rush», η οποία έχει διάρκεια από λίγα δευτερόλεπτα έως μερικά λεπτά και μετά από αυτήν έπεται μια κατάσταση ελαφριάς ευφορίας που διαρκεί από 15 έως 30 λεπτά.

Σε περίπτωση που καταναλώνεται από τη μύτη, γίνεται η απορρόφησή της από το βλεννογόνο και επιδρά μετά από περίπου τρία λεπτά.

Το επακόλουθο της αρχικής ευφορίας είναι μια κατάσταση δυσφορίας και ανησυχίας. Ως αποτέλεσμα αυτής της εναλλαγής του αισθήματος της ευφορίας-δυσφορίας, ο χρήστης νιώθει επιτακτική την ανάγκη της επανάληψης της χρήσης.

Οι συνεχείς «μυτιές» μπορούν να προκαλέσουν υπέρπεισμα, που μπορεί να οδηγήσει σε τοξική ψύχωση, παράνοια, σύγχυση και παραισθήσεις.

Αποτελέσματα της μακροχρόνιας χρήσης κοκαΐνης

Η τοξικότητα της κοκαΐνης είναι χαμηλή. Σπάνια παρατηρείται υπερβολική δόση της. Αν και έχουν αναφερθεί θανατηφόρα περιστατικά, ο συνδυασμός των ουσιών είναι εκείνος που

ευθύνεται τις περισσότερες φορές για τους θανάτους, (όπως ηρωίνη- κοκαΐνη, αλκοόλ – κοκαΐνη κ.α.) οι οποίοι προκαλούν, αναπνευστική ή καρδιακή ανακοπή.

Παρόλο που δεν υπάρχουν πληροφορίες για σωματική εξάρτηση από την κοκαΐνη, είναι αδιαμφισβήτητη η ψυχική εξάρτηση που αναπτύσσεται στον χρήστη από την κατανάλωση αυτής της ουσίας.

Η απόρροια της χρόνιας χρήσης είναι το φαινόμενο της «αντίστροφης ανοχής». Από τον όρο γίνεται αντιληπτό ότι πρόκειται για φαινόμενο στο οποίο – σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στην περίπτωση της ανοχής - ο οργανισμός γίνεται όλο και πιο πολύ ευάλωτος στη δράση της ουσίας. Η «αντίστροφη ανοχή» έχει ως αποτέλεσμα την πιθανότητα ψυχωσικής αντίδρασης ακόμα και με τη λήψη μιας μικρής δόσης που υπό φυσιολογικές συνθήκες θα δημιουργούσε απλώς ευφορία. Το αίσθημα της δυσφορίας γίνεται ολοένα και πιο έντονο και ενοχλητικό, οδηγώντας προς μια κατάσταση σύνδρομο στέρησης που μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη. Τα κύρια συμπτώματα που παρατηρούνται είναι: άγχος, ανησυχία, ατονία, νευρικότητα, έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος κ.α. Ισχυρή είναι επίσης, η ανάγκη εύρεσης της ουσίας (craving).

Ύστερα από μεγάλες δόσεις ή από συνεχή χρήση μετρίων ή μικρών δόσεων είναι δυνατό να παρουσιαστεί παραληρηματική κατάσταση, η οποία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ψυχωτική αντίδραση. Κύρια χαρακτηριστικά της παραπάνω κατάστασης είναι η παρουσία παραληρήματος και παραισθήσεων, οι οποίες γίνονται αντιληπτές από το άτομο και χαρακτηρίζονται ως ξένες από αυτό.

Το επόμενο στάδιο που ακολουθεί είναι αυτό της ψύχωσης με καταδιωκτικό παραλήρημα και παραισθήσεις. Το στοιχείο που χαρακτηρίζει αυτό το στάδιο είναι η επιθετικότητα του ατόμου, που υπό την επήρεια του παραληρήματος και των παραισθήσεων είναι ικανό να προξενήσει κακό τόσο στο ίδιο όσο και στους άλλους.

Τα συμπτώματα συνήθως διαρκούν όσο η κοκαΐνη κυκλοφορεί στο αίμα. Υπάρχει περίπτωση βέβαια κάποια ψυχιατρικά συμπτώματα να παραμείνουν όπως: κρίση πανικού, κατάθλιψη κ.α.

Η εισπνοή από τη μύτη μπορεί να προκαλέσει χρόνια φλεγμονή και να έχει ως αποτέλεσμα τη διάτρηση του ρινικού διαφράγματος (Arimo G.,1995).

3.7.4 Το κρακ

Είναι μια μορφή free-base κοκαΐνης η οποία είναι σχετικά εύκολη στην παρασκευή της. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κυκλοφορήσει στην παράνομη αγορά σε αρκετά φθηνές τιμές, επομένως να είναι πιο προσιτή σε χρήστες των χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων.

Υπάρχει στην αγορά σε μορφή κομματιασμένης άσπρης συμπυκνωμένης σκόνης, χωρίς συγκεκριμένο σχήμα, το οποίο στην αργκό ονομάζεται «βραχάκια» (rocks). Το κρακ πήρε την ονομασία του από το θόρυβο που κάνει το «βραχάκι» όταν θερμαίνεται.

Η λήψη του γίνεται από την στοματική κοιλότητα, είτε καπνίζεται από ειδικές γυάλινες πίπες ή ανακατεμένο με καπνό .

Θεωρείται ότι έχει πιο δυνατή δράση από την κοκαΐνη και βρίσκεται σε πιο χαμηλές τιμές. Τα συμπτώματα που προκύπτουν είναι, έντονη ευφορία αλλά η διάρκεια του είναι πολύ μικρή, οπότε το καθιστά ιδιαίτερα εθιστικό, γιατί ο χρήστης έχει συνεχώς την ανάγκη για επανάληψη της δόσης .

Παρατηρείται ότι στις φτωχές γειτονίες των ΗΠΑ έχει πολύ μεγάλη ζήτηση, διότι δημιουργεί άμεσα (γρήγορα) ανοχή και επειδή προκαλεί ίδια συμπτώματα με την χρήση της κοκαΐνης. Η μεγάλη αντίθεση του κρακ από την κοκαΐνη έγκειται στο ότι η κοκαΐνη απευθύνεται κυρίως σε χρήστες ηλικίας (20-40) με ανώτερο του μέσου όρου μορφωτικού ή επαγγελματικού επιπέδου. Θεωρούν ότι έχει συνδεθεί με το κύρος και την κοινωνική επιφάνεια .

3.7.5 Το όπιο και τα παράγωγα του

Από την παπαρούνα, η οποία καλλιεργείται σε διάφορες χώρες κυρίως της Ασίας μέσω των αποξηραμένων και συμπυκνωμένων γαλακτώδη χυμό του φυτού μηκών ή υπνοφόρος (papaver somiferum) παρασκευάζεται το όπιο. Συγκεκριμένα, ο χυμός του που παράγει το φυτό έχει μια πικρή γεύση με μια ιδιαίτερα έντονη μυρωδιά .

Η παπαρούνα (υπνοφόρος) εμπεριέχει το λιγότερο 25 ουσίες οι οποίες είτε χρησιμοποιηθήκαν είτε χρησιμοποιούνται ακόμα ως δυνατά αναλγητικά όπως (μορφίνη) και αντιβηχικά (π.χ. κωδίνη) και άλλα.

Ιστορικά στοιχεία

Όπως γνωρίζουμε από ζωγραφίες που βρεθήκαν στην Βόρειο Ιταλία και υπολογίζονται περίπου από 20.000 π.Χ. το 5.000 π.Χ δηλαδή, από την προϊστορική εποχή, το όπιο το χρησιμοποιούσαν οι Σουμέριοι, Αιγύπτιοι και Σύριοι .

Στον ελλαδικό χώρο, βρίσκουμε την απεικόνιση της παπαρούνας από την Μυκηναϊκή εποχή μέσω αγαλμάτων που το κεφάλι τους είχε σχήμα παπαρούνας. Δεν παραλείπονται αναφορές από τον Ιπποκράτη (υπνωτικό μηκώνιο) και τον Όμηρο (νηπενθές).

Ο ελληνικής καταγωγής και σπουδαίος γιατρός Γαληνός (130-200 μ.Χ) προτείνει το όπιο για την επίλυση πολλών ασθενειών.

Κατά το 1525 θα εισαγάγει ο Παράκελσος στην φαρμακευτική την ανάμειξη οπίου με οινόπνευμα το οποίο ονομαζόταν «λαύδαν»

Για πρώτη φορά στην Κίνα το 1792 θα απαγορευθεί η χρήση του οπίου. Όποιος παρέμβαινε το νόμο θα του επιβαλλόταν η ποινή του θανάτου .

Περίπου το 19^ο αιώνα τα όπιο προκάλεσε δυο πολέμους μεταξύ Άγγλων και Κινέζων για το μονοπώλιο του εμπορίου και ονομάστηκαν «πόλεμοι του οπίου»

Ο γερμανός χημικός Φ.Σαρτουνέρ το 1805 απομονώνει και περιγράφει την μορφίνη ενώ το 1832 απομονώνεται η κωδήνη και το 1874 η ηρωίνη.

Στην Αμερική στα τέλη του 19^{ου} αιώνα οι Κινέζοι που φτάνουν για να δουλέψουν κατά χιλιάδες, μεταδίδουν και το κάπνισμα του οπίου.

Στης ΗΠΑ το 1914 τα οπιούχα επιτρέπονται να κυκλοφορούν μόνο με ιατρική συνταγή. Στην συνέχεια περίπου το 1920 αρχίζει να παρασκευάζεται η πεθιδίνη ενώ στις αρχές της δεκαετίας του '40 δημιουργείται στην Γερμάνια το συνθετικό οπιώδες ή μεθαδόνη. Το 1962 χρησιμοποιείται για την θεραπεία αποκατάστασης σε εξαρτημένους από ηρωίνη .

Την δεκαετία του '70 μαθεύτηκε στον ευρύτερο πληθυσμό ο τρόπος επίδρασης των οπιοειδών στον εγκέφαλο και έγινε γνωστό ότι ο ανθρώπινος οργανισμός παράγει παρόμοιες ουσίες με τα οπιοειδή (Εγκεφαλίνες, Δυνορφίνες, Ενδορφίνες). Αυτές οι ουσίες βοηθούν στην καταπράυνση του πόνου .

Η χρήση του οπίου γίνεται με το κάπνισμα, πίνεται ή και τρώγεται με άλλες ουσίες.

Τα οπιούχα είναι συνθετικές ουσίες που προέρχονται από την κατεργασία του οπίου όπως είναι μορφίνη ,ηρωίνη και διάφορες άλλες ουσίες.

3.8 Οι κυριότερες ουσίες των ναρκωτικών

Ø Μορφίνη

Δημιουργείται μετά από επεξεργασία από το όπιο και είναι περίπου δέκα φορές πιο ισχυρή από αυτό. Έχει πάρει το όνομά της προς τιμή του ελληνικού θεού της μυθολογίας το Μορφέα και η μορφή της είναι λεύκη κρυσταλλική σκόνη. Η χρήση της στην ιατρική είναι ως ισχυρό παυσίπονο και αντιβηχικό, το βρίσκουμε σε μορφή ενέσιμων αμπουλών ή δισκίων. Μπορεί να προκαλέσει ανοχή και εξάρτηση σωματική και ψυχική. Έχει ισχυρή κατασταλτική επίδραση στην αναπνοή, είναι πιθανόν εάν γίνει υπερβολική δόση της ουσίας να προκληθεί θάνατος.

Ø Κωδεΐνη

Η παρασκευή της γίνεται από το συνδυασμό της μορφίνης ή της Θηβαΐας (ουσία που περιέχει το όπιο). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ήπιο παυσίπονο ή για να καταστέλλει το βήχα. Σε μικρή ποσότητα μπορεί να τη βρούμε σε κάποια αντιβηχικά σιρόπια καθώς επίσης και σε καθαρή μορφή: σε δισκία, σιρόπι και σε μορφή ενέσεων. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης ως αντιδιαρροϊκό και ως αναλγητικό. Οι επιπτώσεις που προκαλεί στο χρήστη είναι ανοχή, ψυχική και σωματική εξάρτηση.

Ø Ηρωΐνη

Η ηρωΐνη παράγεται από τη μορφίνη και είναι το οπιούχο που συναντάμε συχνότερα ανάμεσα στα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών. Είναι γνωστό ότι η παραγωγή της γίνεται μόνο για την παράνομη αγορά, αφού πλέον δεν έχει ιατρική χρήση. Πρόκειται για μια λευκή ή μπεζ σκόνη ή σε μορφή λευκών κόκκων.

3.8.1 Τρόποι χρήσης των ουσιών και αποτελέσματα

Η λήψη της κοκαΐνης μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους όπως π.χ. από τη μύτη ή καπνίζοντας, αλλά ο πιο διαδεδομένος είναι με τη μορφή ένεσης. Η δράση της ως παυσίπονο είναι πιο δυνατή από τη μορφίνη.

Γνωρίζουμε ότι η ηρωΐνη δε βρίσκεται στην αγορά ως καθαρή ουσία, αλλά αναμιγνύεται με διάφορες άλλες ουσίες όμοιες με αυτή με σκοπό την αύξηση του βάρους της και το κέρδος αυτού που την πουλάει.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρούμε τη ραγδαία αύξηση της χρήσης της ηρωΐνης σε όλον σχεδόν τον ανεπτυγμένο κόσμο. Το φαινόμενο αυτό μαστίζει την κοινωνία και αφορά κυρίως τους νέους.

Αποτελέσματα της χρήσης της ηρωίνης

Οι παρενέργειες της ηρωίνης αρχίζουν να εμφανίζονται λίγα κιόλας δευτερόλεπτα μετά από τη λήψη της ενδοφλεβίως.

Σύμφωνα με μαρτυρίες των χρηστών, η πιο έντονη εμπειρία που βιώνεται κατά τη χρήση ηρωίνης είναι το «φλας», το οποίο προκαλεί το αίσθημα της θερμότητας που απλώνεται σιγά σιγά με εκκίνηση το μέρος της κοιλιάς. Η διάρκεια του είναι μικρή και στη συνέχεια ακολουθεί σεξουαλικός ερεθισμός και ρίγη. Έπειτα, παρατηρείται μια φάση ευχάριστη, κάτι μεταξύ ύπνου και ξύπνιου που προσφέρει ηρεμία και ικανοποίηση στο χρήστη, ο οποίος πλέον δε νιώθει πόνο ενώ οι νοητικές του λειτουργίες δεν έχουν επηρεαστεί ακόμα. Τα πρώτα σωματικά συμπτώματα που παρατηρούνται είναι συστολή της κόρης του ματιού, ιδρώτας, καταρροή και συνήθως στα πρώτα στάδια της χρήσης ναυτία και εμετός. Τα δύο τελευταία , κάνουν τη χρήση μια δυσάρεστη εμπειρία για τον χρήστη ενώ το «φλας» που βιώνεται από αυτόν θεωρείται καθοριστικός παράγοντας για τη συνέχεια της χρήσης.

Τα αποτελέσματα και οι παρενέργειες της χρήσης επηρεάζονται από παράγοντες όπως το άτομο και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η χρήση.

Οι επιπτώσεις της ηρωίνης παρατηρούνται και σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Μετά τη λήψη της πρώτης δόσης, ο χρήστης νιώθει την ανάγκη να επαναλαμβάνει τη δόση κάθε 4 με 6 ώρες και οδηγείται στη συνεχή αναζήτηση της. Είναι γνωστό ότι τα συμπτώματα της μακροχρόνιας χρήσης είναι τα εξής: υπόταση, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, αναπνευστικά προβλήματα ,έλλειψη σεξουαλικής ικανότητας . Οι γυναίκες που κάνουν χρήση παρουσιάζουν δυσκολίες στη σύλληψη ,καθώς επίσης και στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πολλές φορές παρατηρούνται στα νεογνά στερητικά σύνδρομα. Ακόμα ένα σοβαρό πρόβλημα είναι και η μετάδοση ασθενειών από τη κοινή χρήση συριγγών. Η κυρίαρχη μόλυνση μεταξύ των χρηστών είναι το AIDS και η ηπατίτιδα αλλά και ενδοκαρδίτιδες, τέτανος και φυματίωση (Γρίβας Κ., 1995).

Ø Υπερβολική δόση (Overdose)

Η υπερβολική δόση εξαρτάται από παράγοντες όπως, την καθαρότητα της ουσίας, την ανοχή που έχει ο κάθε οργανισμός μετά την αποτοξίνωση ,καθώς επίσης και από τον ίδιο το χρήστη, αν δηλαδή αυξάνει τη δόση ηθελημένα ή είναι μεθυσμένος.

Το φαινόμενο που παρατηρείται στη συνέχεια είναι η «κύνωση» : το πρόσωπο και τα χείλη του χρήστη γίνονται μπλε λόγω της έλλειψης οξυγόνου. Επίσης, μειώνονται τα αντανακλαστικά, η θερμοκρασία και η πίεση του σώματος φθάνουν σε χαμηλά επίπεδα και

στη συνέχεια μπορεί να προκληθεί θάνατος από την παράλυση του κέντρου της αναπνοής ή άλλο πνευμονικό οίδημα.

Πολλές φορές οι θάνατοι των χρηστών οφείλονται στην ανάμιξη των ουσιών αυτών με άλλες (π.χ ηρωίνη και κοκαΐνη ή ηρεμιστικά κ.α.), αλλά κυρίως στο συνδυασμό της καταστολής της αναπνοής και του πνευμονικού οιδήματος που οφείλεται σε αλλεργική αντίδραση που προκαλεί είτε η ίδια η ουσία είτε ουσίες που λαμβάνονται για το κόψιμο της ηρωίνης.

Ø Σύνδρομο στέρησης

Η εμφάνιση του συνδρόμου της στέρησης ξεκινάει στον εξαρτημένο χρήστη ηρωίνης σε έξι έως οκτώ ώρες από την τελευταία δόση. Εμφανίζεται με τη μορφή βαριάς γρίπης καθώς προκαλεί πυρετό, κομμάρες, πόνο, σπασμούς και κράμπες σε όλο το σώμα. Το έντονο αίσθημα στέρησης διαρκεί από σαράντα οκτώ έως εβδομήντα δυο ώρες και ύστερα τα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν σιγά σιγά. Η επικινδυνότητα του συνδρόμου στέρησης κρίνεται μικρή και εξαρτάται από την ουσία, τη δόση αλλά και τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου (Arnao G., 1995).

Ø Μεθαδόνη

Πρόκειται για μια χημική συνθετική ουσία, η οποία έχει ίδια δράση με τα οπιούχα, παρόλα αυτά δεν υπάρχει στο όπιο. Η ουσία αυτή εμφανίστηκε στη Γερμανία κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου και χρησιμοποιούνταν με σκοπό να καταπραΰνει τον πόνο.

Μπορεί να διατεθεί σε μορφή σιροπιού (χρώμα καφεκίτρινο), δισκία και ενέσεις με κύριες επιπτώσεις την ανοχή και εξάρτηση.

Η μεθαδόνη έχει το πλεονέκτημα σε σχέση με την ηρωίνη ότι έχει μεγαλύτερη διάρκεια (24 ώρες) γι' αυτό μπορεί να χορηγηθεί ως υποκατάστατο για την απεξάρτηση από τα οπιούχα και αρκεί μόνο μια δόση την ημέρα. Το στερητικό σύνδρομο που ακολουθεί την μεθαδόνη είναι πιο ήπιας μορφής, έχει όμως μεγαλύτερη διάρκεια και γι αυτό είναι πιο επώδυνο για τον χρήστη (Γρίβας Κ., 1995)

Ø Παραισθησιογόνα

Πρόκειται για ουσίες οι οποίες δημιουργούν στο χρήστη οπτικοακουστικές διαταραχές και παραισθήσεις αφού έχουν τη δυνατότητα να επηρεάζουν άμεσα τον ψυχικό του κόσμο. Οι ουσίες αυτές κατηγοριοποιούνται σε φυσικές («μαγικά μανιτάρια») και χημικές (LSD). Γνωρίζουμε ότι η τάση χρησιμοποίησης των παραπάνω ουσιών εμφανίστηκε κυρίως τη δεκαετία του '60 και ήταν συνδεδεμένη με κάποια νεανικά κινήματα της εποχής εκείνης.

Πολλοί θεωρούσαν ότι με τα παραισθησιογόνα καθίστατο δυνατό να εκφράζεται το ασυνείδητο, εκείνο το μέρος του ψυχισμού μας, που χωρίς να το καταλαβαίνουμε επηρεάζει τη σκέψη και τη συμπεριφορά μας (Tyler A., 1988)

Ø LSD

Το LSD είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα παραισθησιογόνα και δημιουργείται από έναν μύκητα, την ερυσσιβώδη ολύρα, που βρίσκεται στη σίκαλη και σε άλλα δημητριακά. Ανακαλύφθηκε από τον χημικό Άλμπερτ Χόφμαν τη δεκαετία του 1920 αλλά τα αποτελέσματα της δράσης της έγιναν γνωστά το 1943 όταν ο Χόφμαν πήρε τυχαία μια πολύ μικρή δόση της ουσίας.

Έγινε γνωστό με αυτόν τον τρόπο ότι το LSD πρόκειται για ένα δυνατό ψυχωσιομιμητικό, δηλαδή είχε τη δυνατότητα να δημιουργήσει εργαστηριακά «ψύχωση» με αποτέλεσμα να μπορεί να μελετηθούν η σχιζοφρένεια και άλλες ψυχικές παθήσεις. Πολλοί επιστήμονες σε όλο τον κόσμο ξεκίνησαν να το χρησιμοποιούν προς αυτή τη κατεύθυνση, αλλά οι προσπάθειες σταμάτησαν στις αρχές του 1960. Το LSD έκανε την επανεμφάνιση του πρόσφατα με το κίνημα της Rave μουσικής.

Πρόκειται για μια παράνομη ουσία που παράγεται κυρίως στις ΗΠΑ και την Ολλανδία. Το καθαρό LSD έχει τη μορφή μιας άσπρης, διαλυτής και κρυσταλλικής σκόνης που λόγω της ισχυρής δραστηριότητάς της καθίσταται απαραίτητο να αραιώνεται (Tyler A., 1988).

Αποτελέσματα από τη χρήση lsd

Η δράση της ουσίας στον οργανισμό, «το ταξίδι» (trip) , αρχίζει μια ώρα αφότου ο χρήστης πάρει την ουσία με το αποκορύφωμα του μετά από δυο με τρεις ώρες, και έχει διάρκεια 12 με 15 ώρες. Ο κάθε χρήστης εκλαμβάνει και βιώνει διαφορετικά αυτό το «ταξίδι» αφού παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο τα προσωπικά χαρακτηριστικά του χρήστη, τα βιώματα και οι εμπειρίες του ο χώρο όπου λαμβάνει μέρος η χρήση.

Το LSD προκαλεί αύξηση των παλμών της καρδιάς, της θερμοκρασίας και της πίεσης του σώματος . Επίσης, δημιουργεί στον χρήστη την εντύπωση ότι αλλάζει το σχήμα και το μέγεθος των αντικειμένων και έχει έντονη την αίσθηση των χρωμάτων. Η ακοή επηρεάζεται και ο χρήστης «χάνει» την αίσθηση του χρόνου. Τέλος, προκαλεί στον χρήστη συναισθηματικές μεταβολές οι οποίες μπορούν να του δημιουργήσουν είτε ευχάριστα είτε δυσάρεστα συναισθήματα.

Το LSD είναι πολύ επικίνδυνο καθώς ο χρήστης δεν έχει συναίσθηση της πραγματικότητας και κάτω από την επίδραση των παραισθήσεων είναι δυνατό να κάνει κακό στον ίδιο ή σε

άλλους. Μπορεί να παρατηρηθεί ,τέλος, και η τάση για αυτοκτονία αφού η ουσία μπορεί να προκαλέσει μελαγχολία και άγχος.

- **Flashback**

Μετά τη χρήση του LSD, μπορεί να παρατηρηθεί το φαινόμενο του flashback δηλαδή η αναβίωση του «ταξιδιού», που μπορεί να έχει διάρκεια μερικές ώρες. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται συνήθως όταν το άτομο βρίσκεται σε σκοτεινό περιβάλλον, ύστερα από χρήση χασίς κ.α. Κάποιοι χρήστες επιθυμούν την παρουσία αυτού του φαινομένου αφού έχουν επίγνωση ότι τα συμπτώματα οφείλονται σε παραισθήσεις. Το flashback κρίνεται επικίνδυνο σε περιπτώσεις οδήγησης ή χειρισμού μηχανημάτων. Τέλος, μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Tyler A., 1988).

Ø **Μαγικά μανιτάρια**

Από το 500 μ.Χ εντοπίζεται η χρήση μανιταριών ως παραισθησιογόνα από φυλές της κεντρικής Αμερικής. Τέτοια μανιτάρια βρίσκονται επίσης στη Βόρεια Αμερική και στη Ευρώπη. Ως συστατικό έχουν την ψιλοχιμβίνη μια ουσία που έχει και το LSD αλλά σε βαρύτερη μορφή.

Τα μανιτάρια όπως και το LSD , συνδέθηκαν με νεανικά κινήματα κατά τη διάρκεια του 1960. Μπορούν να καταναλωθούν φρέσκα η αποξηραμένα ή να βραστούν σε τσάι.

Τα αποτελέσματα από τη χρήση των μανιταριών είναι σαφώς ελαφρότερα από αυτά του LSD . Επακόλουθο της χρήσης είναι η δημιουργία παραισθήσεων και αισθήματος ευφορίας. Τα συμπτώματα ξεκινούν μισή ώρα μετά τη χρήση και διαρκούν από τέσσερις έως εννιά ώρες. Παρόλο που δεν παρουσιάζεται σωματική εξάρτηση, ο χρήστης εξαρτάται ψυχικά. Πολλές φορές «τα ταξίδια» ακολουθούνται από κρίσεις πανικού, επιθετικότητα ,άγχος και ψυχωτικές συμπεριφορές. Το φαινόμενο του flashback έχει παρατηρηθεί κάποιες φορές. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος έγκειται στο ότι ο χρήστης μπορεί να μπερδέψει τα παραισθησιογόνα με τα δηλητηριώδη μανιτάρια (Tyler A., 1988).

Ø **Peyote (πεγιότ)**

Πρόκειται για έναν μη ακανθώδη, στρογγυλό κάκτο που έχει χρώμα μπλε-πράσινο και βρίσκεται στο Μεξικό και στις νότιες ΗΠΑ. Ο κάκτος αυτός ονομάζεται μεσκάλ και οι κάτοικοι της Νότιας Αμερικής τον χρησιμοποιούν σε θρησκευτικές τελετές.

Οι ρίζες του κάκτου είναι εξογκωμένες και περιέχουν παραισθησιογόνες ουσίες, κυρίως την μεσκαλίνη. Μπορούν να καταναλωθούν σε χλωρή ή αποξηραμένη μορφή. Η μεσκαλίνη

παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με ουσίες που παράγει ο ανθρώπινος οργανισμός όπως η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη.

Η μεσκαλίνη έχει παραισθησιογόνες ιδιότητες και μπορεί να παραχθεί και συνθετικά. Μπορεί να παρασκευαστεί σε μορφή κάψουλας, να καταναλωθεί από το στόμα ή να καπνιστεί. Οι παρενέργειες από τη λήψη της αρχίζουν να εμφανίζονται 2 με 3 ώρες μετά και η διάρκειά τους δύναται να είναι 12 ώρες. Κύριες παρενέργειες είναι το αίσθημα της ευφορίας, αλλοίωση των σχημάτων και του σώματος, ψευδαισθήσεις, αποπροσανατολισμό.

Σε περίπτωση που η ουσία καταναλωθεί σε μεγάλες ποσότητες μπορεί να προκληθούν πονοκέφαλοι, πτώση της πίεσης μείωση των παλμών της καρδιάς ακόμα και καρδιακή ανακοπή (Tyler A., 1988).

Ø **P.C.P (Φαινσυκλιδίνη)**

Πρόκειται για μια συνθετική ουσία που έχει ψυχότροπη δράση και δημιουργεί παραισθήσεις. Επηρεάζει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα με κατασταλτικό και διεγερτικό τρόπο και εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του χρήστη. Αρχικά χρησιμοποιήθηκε σαν αναισθητικό, εξαιτίας όμως της παρουσίας συμπτωμάτων σύγχυσης, αποπροσανατολισμού και γενικά συμπτωμάτων οξέως εγκεφαλικού συνδρόμου στη συνέχεια απορρίφθηκε.

Η Parke – Davis (φαρμακευτική εταιρεία) την δημιούργησε ως αναισθητικό, αλλά λόγω των παραπάνω ανεπιθύμητων συμπτωμάτων δε τη χρησιμοποίησε ποτέ. Η παραγωγή της είναι σχετικά εύκολη και το κόστος χαμηλό, γι' αυτό το λόγο εμφανίστηκε γρήγορα στο παράνομο εμπόριο. Τις δεκαετίες '70 και '80 παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση της εμφάνισης της.

Μπορεί να πάρει τη μορφή χαπιού , κάψουλας και χρωματιστής σκόνης. Επίσης, βρίσκεται στη μαριχουάνα, το LSD και την έκσταση. Η λήψη της ουσίας μπορεί να γίνει από το στόμα ή τη μύτη αλλά και με ένεση , αν διαλυθεί.

Αποτελέσματα της χρήσης της είναι αίσθημα ευφορίας, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, δημιουργία ψευδαισθήσεων, αλλοίωση στην αίσθηση του χώρου και του χρόνου, αποπροσανατολισμό, εφίδρωση, αίσθημα νύστας, πυρετό και ανακοπή.

Τα συμπτώματα από τη χρήση διαρκούν από 4 έως 6 ώρες ή ακόμα να συνεχιστούν για αρκετές μέρες. Το διάστημα που ακολουθεί μετά τη χρήση ,έχουν παρατηρηθεί αυτοκαταστροφικές ή βίαιες συμπεριφορές.

Ø **Συνθετικά ναρκωτικά**

Είναι ουσίες που παράγονται από χημική διαφοροποίηση υπαρχόντων ουσιών που υπάρχουν στο εμπόριο.

Ø **Ναρκωτικά σχεδιαστών**

Η δομή αυτών των ουσιών είναι μερικώς διαφοροποιημένη ώστε : πρώτον να είναι καλύτερη και πιο δυνατή η δράση τους, δεύτερον να αποφεύγεται ο έλεγχος από τη νομοθεσία.

Τα πιο συχνά ναρκωτικά αυτού του είδους είναι τα προϊόντα της αμφεταμίνης και είναι γνωστά ως έκσταση (XTC) και ICE.

Υπάρχουν όμως και άλλα παράγωγα αμφεταμινών, φαινκυκλιδίνης και παραισθησιογόνων.

Σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρείται το φαινόμενο τα συνθετικά ναρκωτικά να είναι η δεύτερη σε χρήση μετά την κάνναβη ουσία κυρίως μεταξύ του νέου πληθυσμού (Tyler A., 1988)

Ø **Έκσταση (mda ή mdma)**

«Έκσταση» ονομάζεται μια χημική ουσία που βασικό συστατικό έχει την αμφεταμίνη. Η παρασκευή της γίνεται μόνο από παράνομα εργαστήρια και δεν είναι εύκολα να την κατηγοριοποιήσουμε καθώς έχει συνδυαστικά αποτελέσματα από παραισθησιογόνα και αμφεταμίνες.

Η παρασκευή της έκστασης έλαβε χώρα για πρώτη φορά το 1914 στη Γερμανία από την εταιρία Merck ως ένα ισχυρό ανορεξικό. Δεν χρησιμοποιήθηκε ποτέ όμως ως φάρμακο και έτσι εγκαταλείφθηκε και επανεμφανίστηκε το '70.

Η κύρια χρήση του ήταν, να βοηθήσει την επικοινωνία στη θεραπεία ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα.

Την έκσταση μπορεί να την βρει κάποιος είτε με τη μορφή χρωματιστών χαπιών είτε ως κάψουλα. Τα χάπια έχουν τη μορφή διάφορων σχεδίων όπως καρδιές , αστέρια κ.λ.π. Η λήψη γίνεται από το στόμα ή τη μύτη ακόμα και από ένεση.

Τα αποτελέσματα από τη λήψη της έκστασης γίνονται εμφανή μετά από 30 λεπτά, φτάνουν στο αποκορύφωμα σε 1 με 1.30 ώρα και έχουν διάρκεια περίπου 3 ώρες. Ο χρήστης νιώθει ένα αίσθημα ηρεμίας αλλά και ενεργητικότητας ταυτόχρονα.

Κύριο χαρακτηριστικό αυτής της ουσίας είναι η δυνατότητα που έχουν να δημιουργούν αλλοίωση της αντίληψης των αισθήσεων του χρήστη, οι αποστάσεις και η εικόνα του σώματος αλλοιώνεται καθώς επίσης υπάρχουν αναφορές για αίσθηση αποκόλλησης των μελών του σώματος. Ο χρήστης έχει την εντύπωση ότι ο χρόνος περνάει πολύ γρήγορα και γενικά οποιοδήποτε ερέθισμα από το περιβάλλον του το αντιλαμβάνεται με πολύ πιο έντονο τρόπο. Έχει παρατηρηθεί η δημιουργία ψευδαισθήσεων. Επίσης , αυξάνονται οι παλμοί της καρδιάς και η θερμοκρασία του σώματος.

Η έκσταση μπορεί να προκαλέσει θάνατο από υπερθερμία κυρίως στους νέους που κάνουν χρήση με σκοπό να αυξήσουν τις αντοχές τους σε ολονύκτια πάρτι. Πολλοί συνδυαστικοί παράγοντες όπως η ατμόσφαιρα, η ένταση και η επίδραση του χαπιού στη θερμοκρασία του σώματος μπορούν να προκαλέσουν θερμοπληξία.

Όταν περνάει η επίδραση του χαπιού κυριαρχεί το αίσθημα της κόπωσης που έχει διάρκεια περίπου 24 ώρες (Tyler A., 1988).

Ø **Κεταμίνη**

Η Κεταμίνη δημιουργήθηκε για πρώτη φορά το 1962 και χρησιμοποιήθηκε ως αναισθητικό και αναλγητικό στο χώρο της κτηνιατρικής και όχι τόσο στους ανθρώπους. Τις περισσότερες φορές η λήψη της γίνεται ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκά.

Εξαιτίας της πολύπλοκης διαδικασίας που απαιτείται για την παραγωγή της, υπάρχει η αντίληψη ότι η Κεταμίνη που προορίζεται για ευφορική χρήση πηγάζει από παράνομη διάθεση νόμιμων αποθεμάτων. Διατίθεται συνήθως ως «έκσταση». Στο εμπόριο μπορεί κάποιος να την βρει ως σπέσιαλ-K, Kit Kat, κ.α. Τα χάπια που διατίθενται στην αγορά έχει παρατηρηθεί ότι έχουν κι άλλες ουσίες όπως ψευδοεφεδρίνες, καφεΐνη, αμφεταμίνες και MDMA και είναι νοθευμένα.

Η Κεταμίνη έχει την ιδιότητα να δρά ως «διασπαστικό αναισθητικό» δηλαδή από τη μια δυσκολεύει τη προσαρμογή στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα και γενικά την δυνατότητα αντίδρασης και από την άλλη προκαλεί «διαχωρισμό» μεταξύ πνεύματος και σώματος.

Βασική συνέπεια της χρήσης της κεταμίνης είναι η αύξηση των καρδιακών παλμών και άνοδος της αρτηριακής πίεσης γι' αυτό άτομα με καρδιακό πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπίσουν σοβαρές καρδιακές διαταραχές.

Ο χρήστης της Κεταμίνης επιδιώκει να «ξεφύγει» από τα όρια των αισθήσεων του και να βιώσει μια ψυχεδελική εμπειρία.

Περισσότερες συνέπειες που μπορούν να αναφερθούν είναι : άγχος, απώλεια αίσθησης κινδύνου και παραισθήσεις.

Η ποσότητα της χρήσης είναι αυτή που καθορίζει τα αποτελέσματα και τις συνέπειες που έχει η κεταμίνη για το κάθε άτομο.

Θα μπορούσε να αναφερθεί ότι δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για επιπτώσεις σε περιπτώσεις μακροχρόνιας χρήσης της κεταμίνης. Αν και έχουν παρατηρηθεί από το 1996 θάνατοι ατόμων που στο αίμα τους βρέθηκε η ουσία , δεν έχει διαπιστωθεί αν ήταν αυτή η κύρια αιτία θανάτου.

Τέλος, αξίζει να σημειώσουμε ότι υπάρχει κίνδυνος να γίνει μπέρδεμα των χαπιών της κεταμίνης με αυτά της έκστασης ,γεγονός που μπορεί να αποβεί μοιραίο για το χρήστη, δεδομένης της επικινδυνότητας της κεταμίνης (Tyler A., 1988).

3.9 Έρευνες για ναρκωτικά

Πρόσφατα στοιχεία (έτος 2011) για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό είναι διαθέσιμα από την έρευνα του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών». Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2011 με τη χρηματοδότηση του ΟΚΑΝΑ και τη συμμετοχή των Κέντρων Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Στην έρευνα συμμετείχε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 37.000 μαθητών ηλικίας 13-19 ετών από συνολικά 676 σχολεία της χώρας.

Όπως φαίνεται:

Χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή ανέφερε το 2011 σχεδόν ένας στους 6 μαθητές ηλικίας 15-19 ετών (15,3%). Η κάνναβη (13,4%) και οι εισπνεόμενες ουσίες (14,1%) είναι οι ουσίες που αναφέρονται συχνότερα από τους μαθητές. Η χρήση των άλλων ουσιών δεν ξεπερνά το 3% το 2011. Διπλάσιο ποσοστό αγοριών (21,1%) από ότι κοριτσιών (9,4%) αναφέρουν χρήση ουσιών. Όσον αφορά την ηλικία αυξάνεται το ποσοστό των μαθητών που αναφέρουν χρήση παράνομων ουσιών σε ηλικία 15 ετών (7,4%), ενώ το ποσοστό αυτό τριπλασιάζεται στην ηλικία των 18 ετών (21,9%). Σημειώνεται ότι το 40,2% άτομα ηλικίας 19 χρονών που βρίσκονται ακόμα στο σχολείο αναφέρουν χρήση παράνομων ουσιών, αν και το δείγμα των μαθητών αυτής της ηλικίας δεν είναι αντιπροσωπευτικό για το σύνολο της χώρας. Ποσοστό 1,7% ηλικίας 13-14 χρονών μαθητών ανέφεραν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή.

Το ποσοστό χρήσης είναι υψηλότερο στην Αθήνα (19,3%) και στη Θεσσαλονίκη (19,4%), συγκριτικά με τις υπόλοιπες περιοχές της χώρας (12,0%). Οι 2 στους 3 εφήβους που ανέφεραν χρήση κάνναβης έστω και μία φορά σε όλη τη ζωή έκαναν χρήση της ουσίας κατά τους 12 τελευταίους μήνες πριν από την έρευνα (πρόσφατη χρήση), ένας στους 3 έκανε χρήση τις 30 τελευταίες ημέρες. Ειδικότερα, 10,4% των μαθητών ηλικίας 15-19 ετών ανέφεραν το 2011 χρήση κάνναβης τους 12 τελευταίους μήνες, 6,3% ανέφεραν χρήση τις 30 τελευταίες ημέρες. Η αναλογία αγοριών / κοριτσιών είναι περίπου δύο προς ένα για τη χρήση τον τελευταίο χρόνο (14,3% και 6,4%, για τα αγόρια και τα κορίτσια, αντίστοιχα) και σχεδόν τρία προς ένα για τη

χρήση τον τελευταίο μήνα (9,1% και 3,3%, αντίστοιχα). Τα ποσοστά πρόσφατης χρήσης κάνναβης αυξάνονται σημαντικά με την ηλικία.

Τέλος, διπλάσιο ποσοστό μαθητών σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη αναφέρουν πρόσφατη χρήση συγκριτικά με τις λοιπές περιοχές.

Το ποσοστό των μαθητών που έχουν επαναλάβει τη χρήση τουλάχιστον 3 φορές σε όλη τη ζωή (7,8%) είναι υψηλότερο από εκείνων που έχουν μόνο δοκιμάσει την ουσία 1-2 φορές (5,6%). Τα αγόρια έχουν επαναλάβει τη χρήση κάνναβης σε υψηλότερο ποσοστό συγκριτικά με τα κορίτσια (11,1% και 4,4%, αντίστοιχα). Οι έφηβοι μαθητές σε σχολεία των Αθηνών και Θεσσαλονίκης αναφέρουν επανάληψη της χρήσης κάνναβης σε υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τις λοιπές περιοχές (10,6%, 11,1% και 5,4%, αντίστοιχα).

Για το έτος 2012 η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία την ηρωίνη είναι 20.429 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 18.232 – 22.968. Αυτός ο αριθμός είναι πολύ κοντά στην αντίστοιχη εκτίμηση για το 2011 (η οποία ήταν 20.473 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 18.529 έως 22.688). Κατά συνέπεια, η εκτίμηση του αριθμού των προβληματικών χρηστών φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί στο επίπεδο των ετών 2006-2008 ύστερα από μια σχετική αύξηση το 2009 και 2010.

3.10 Τρόπος χρήσης της κύριας ουσίας 2012

Αν και εξαρτάται από την χρήση της κύριας ουσίας, η ενδορινική χρήση (λήψη από τη μύτη) αποτελεί τον συχνότερα αναφερόμενο τρόπο χρήσης της κύριας ουσίας (40,4%), ακολουθούμενη από την ενέσιμη χρήση (31,8%) και το κάπνισμα / εισπνοή από το στόμα (23,2%) (Γράφημα 5.5). Στις νέες αιτήσεις η ενέσιμη χρήση αναφέρεται σε χαμηλότερα ποσοστά, ενώ το κάπνισμα / εισπνοή από το στόμα σε υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τους χρήστες με ιστορικό προηγούμενης θεραπείας, στοιχείο που συνδέεται με το γεγονός ότι στις νέες αιτήσεις περιλαμβάνονται αναλογικά περισσότεροι χρήστες κάνναβης και λιγότεροι χρήστες οπιοειδών (ανακτήθηκε από: <http://ektepn.gr>)

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας, το 2012 αναφέρθηκαν 77 θάνατοι σχετιζόμενοι με τη χρήση ουσιών. Από τους αναφερθέντες θανάτους είχαν επιβεβαιωθεί με τις απαραίτητες τοξικολογικές αναλύσεις οι 32 (41,6%, στοιχεία μέχρι τον Οκτώβριο του 2013). Η μείωση που παρατηρείται στον αριθμό των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών συνεχίστηκε και το 2012. Την περίοδο 2012-2013 αναφέρθηκαν δώδεκα θάνατοι με ανιχνευμένη στο αίμα την ουσία μεθαμφεταμίνη. Τονίζεται ωστόσο ότι οι θάνατοι οφείλονταν στο συνδυασμό

της χρήσης πολλαπλών ουσιών και οργανικών αιτίων (π.χ. πνευμονικό οίδημα και ισχαιμικές αλλοιώσεις του μυοκαρδίου). Σε πέντε από αυτές τις περιπτώσεις στα περιστατικά και στα αίτια θανάτου καταγράφονταν η ανθρωποκτονία, η αυτοκτονία ή τροχαίο ατύχημα. Το σύνολο των παραπάνω θανάτων καταγράφηκαν στην ευρύτερη περιοχή του κέντρου της Αθήνας και αφορούσαν χρήστες ουσιών ηλικίας 24-52 ετών. Στην πλειονότητά τους ήταν άνδρες (εννέα), ενώ δύο περιπτώσεις ήταν άστεγοι χρήστες κάτω των 30 ετών.

Το ΕΚΤΕΠΝ συλλέγει ετησίως από το Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών (ΣΟΔΝ-ΕΜΠ) στοιχεία που αφορούν τις κατηγορίες για αδικήματα που σχετίζονται με παραβάσεις του ισχύοντος νόμου (κωδικοποίηση 3459/2006). Το 2012 οι ελληνικές Διοικητικές Αρχές απήγγειλαν 13.385 κατηγορίες εις βάρος 13.451 ατόμων για χρήση, παραγωγή / καλλιέργεια, διακίνηση και άλλες κατηγορίες για ναρκωτικές ουσίες. Όπως παρουσιάζεται η μείωση η οποία παρατηρήθηκε τόσο στον αριθμό των κατηγορηθέντων ατόμων όσο και των υποθέσεων κατά την τριετία 2005-2007 εμφανίστηκε εκ νέου μεταξύ των ετών 2010-2012. (ανακτήθηκε από:<http://ektepn.gr>)

3.11 Τροχαία ατυχήματα

Συμπληρωματική ένδειξη της σχετιζόμενης με τα ναρκωτικά παραβατικότητας αποτελεί ο αριθμός των τροχαίων τα οποία οφείλονται σε χρήση ναρκωτικών ουσιών. Τα οριστικοποιημένα στοιχεία της Διεύθυνσης Τροχαίας κατά την εξαετία 2007-2012 αποκαλύπτουν ότι το ποσοστό των τροχαίων ατυχημάτων λόγω χρήσης ναρκωτικών ουσιών επί του συνολικού αριθμού των τροχαίων, ανήλθε σε 1,8% (23 σε 1.292 τροχαία) το 2007, σε 1,1% (16 σε 1.414 τροχαία) το 2008, σε 1,4% (19 σε 1.314 τροχαία) το 2009, σε 3,5% (41 σε 1.162 τροχαία) το 2010, σε 3,5% (35 σε 1.011 τροχαία) το 2011 και σε 3,5% (18 σε 899 τροχαία) το 2012 (ανακτήθηκε από:<http://ektepn.gr>)

3.12 Νομοθετικό πλαίσιο για τα ναρκωτικά

Την 20.03.2013 δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα της Κυβέρνησης [ΦΕΚ 74, τεύχος πρώτο, της 20.03.2013] ο νέος νόμος **4139/2013** για τα **ναρκωτικά** (“**νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις**”), ο οποίος καταρτίστηκε από ειδική νομοπαρασκευαστική επιτροπή, με επί κεφαλής καθηγητή του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Με τον νέο νόμο έγινε προσπάθεια “εκσυγχρονισμού” της νομοθεσίας, με την οποία η Πολιτεία θέλει ν’ αντιμετωπίσει τη μάστιγα του εμπορίου και της διακίνησης των ναρκωτικών, χωρίς να εξοντώνει τους **τοξικομανείς**.

Από τα άρθρα του νόμου προκύπτει πως έγιναν κάποια δειλά βήματα προς τη σωστή κατεύθυνση για την αντιμετώπιση των τοξικομανών σαν αρρώστων, όπως πραγματικά είναι και όχι σαν αδίσταχτων εγκληματιών που πρέπει να εξοντωθούν. Αλλά και πάλι, προβλέπεται επιβολή ποινών σε βάρος και των εξαρτημένων από τα ναρκωτικά, δηλαδή σε βάρος ασθενών που χρειάζονται θεραπεία και όχι τον “σωφρονισμό” του εγκλεισμού στις φυλακές με σκοπό να πεθάνουν.

Η ανάγκη για τη νέα νομοθέτηση προέκυψε από τη διαπίστωση, ότι ο πόλεμος εναντίον του εμπορίου των ναρκωτικών δεν στέφτηκε από επιτυχία και η επιβολή εξοντωτικών ποινών “**επί δικαίων και αδίκων**” δεν περιόρισε τη διακίνηση καθώς και τη διάδοση των ναρκωτικών. Αυτό συνέβη επειδή, κατά κανόνα τα δικαστήρια καταδικάζουν με πολυετείς καθείρξεις άρρωστους, που είχαν την ατυχία να εξαρτηθούν από τα ναρκωτικά κάποιους άπειρους νεαρούς, ξένους μετανάστες και γενικά αδύνατους που δεν έχουν τα μέσα ν’ αμυνθούν και ν’ αποδείξουν την αθωότητά τους. Αντιθέτως, οι αδίσταχτοι έμποροι και μάλιστα οι **μεγαλέμποροι ναρκωτικών** παραμένουν στο απυρόβλητο (χωρίς να ξεχνάμε και τους λεγόμενους “επίορκους” αστυνομικούς που διαπρέπουν στη διακίνηση ναρκωτικών και σπάνια αποκαλύπτονται).

Γι’ αυτό, ο νέος νόμος περιέλαβε σειρά από ρυθμίσεις που έχουν σαν σκοπό την ιατρική αντιμετώπιση των τοξικομανών και την εφαρμογή νέας σωφρονιστικής αντίληψης για τους παραβάτες.

Στο εξής οι τοξικομανείς θα πρέπει ν’ αντιμετωπίζονται (κατά κανόνα) με μέτρα θεραπείας και όχι με μέτρα ποινικής εξολόθρευσης. Διατηρείται όμως η απειλή ακραίων ποινών πρόσκαιρης και ισόβιας κάθειρξης για εκείνους που θα χαρακτηριστούν σαν **έμποροι ναρκωτικών**.

Προβλέπεται αυστηρότερο πλαίσιο ποινών για τους μεγαλέμπορους ναρκωτικών καθώς οι ιδιαίτερα **διακεκριμένες περιπτώσεις διακίνησης**, όπως όταν ο δράστης κάνει χρήση όπλων ή έχει σκοπό να προκαλέσει τη χρήση ναρκωτικών από ανήλικο ή να μεταχειριστεί ανήλικο για την τέλεση του εγκλήματος ή προκάλεσε βαριά σωματική βλάβη ή θάνατο ή ενεργεί **κατ' επάγγελμα**, τιμωρούνται με ισόβια κάθειρξη ή με πρόσκαιρη κάθειρξη 10-20 ετών και χρηματική ποινή, η οποία φτάνει έως και τις 600.000 ευρώ.

Με το άρθρο 20 § 1 του νέου νόμου προβλέπεται, ότι “όποιος διακινεί παράνομα ναρκωτικά, τιμωρείται με κάθειρξη τουλάχιστον οκτώ ετών και με χρηματική ποινή μέχρι τριακόσιες χιλιάδες ευρώ”, ενώ με άλλα άρθρα ξεχωρίζουν:

(α') **ιδιαίτερες περιπτώσεις**, που αναφέρονται σε διακίνηση **μικροποσοτήτων ναρκωτικών**, με πρόβλεψη επιβολής ποινής μέχρι τριών ετών,

(β') **διακεκριμένες περιπτώσεις**, με πρόβλεψη ποινής κάθειρξης τουλάχιστον δέκα ετών και με χρηματική ποινή από 50.000 μέχρι 500.000 ευρώ, και

(γ') **ιδιαίτερα διακεκριμένες περιπτώσεις**, με πρόβλεψη ισόβιας κάθειρξης ή πρόσκαιρης κάθειρξης τουλάχιστον δέκα ετών και με χρηματική ποινή από 50.000 μέχρι 600.000 ευρώ και σε πιο βαριές παραβάσεις, με πρόβλεψη ισόβιας κάθειρξης και με χρηματική ποινή από 50.000 μέχρι 1.000.000 ευρώ.

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νέου νόμου περί ναρκωτικών, στις ιδιαίτερα διακεκριμένες περιπτώσεις αποκλείεται η ηπιότερη αντιμετώπιση του εξαρτημένου, δηλαδή του άρρωστου δράστη, ο οποίος πλέον δεν έχει μειωμένο πλαίσιο ποινής, αλλά πλήρη ποινή.

Μεταξύ των διατάξεων του νέου νόμου, περιλαμβάνεται και η σημαντική πρόβλεψη, ότι “όσοι απέκτησαν την έξη της χρήσης ναρκωτικών και δεν μπορούν να την αποβάλλουν με τις δικές τους δυνάμεις, υποβάλλονται σε **ειδική μεταχείριση**”.

Εξ άλλου, με τον ίδιο νόμο καθιερώνεται ακόμα ο θεσμός “**Εισαγγελέα Εγκλημάτων Διαφθοράς**”, ο οποίος θα εκτελεί τα καθήκοντά του κατά πλήρη και αποκλειστική απασχόληση και θα συνεπικουρείται από τουλάχιστον δύο Εισαγγελείς ή Αντεισαγγελείς Πρωτοδικών. Η επιλογή του θα γίνεται από **Ανώτατο Δικαστικό Συμβούλιο** ενώ, όπως έχει διευκρινίσει ο υπουργός Δικαιοσύνης, η σύσταση της συγκεκριμένης εισαγγελικής θέσης δεν αποσκοπεί στην κατάργηση των θεσμοθετημένων θέσεων των δύο **Οικονομικών Εισαγγελέων**.

Προβλέπεται δε, συγκεκριμένος χρόνος μέσα στον οποίο θα πρέπει να περατώνεται η ανάκριση, η υποβολή πρότασης από τον Εισαγγελέα στο δικαστικό συμβούλιο και η έκδοση του σχετικού βουλεύματος σε **υποθέσεις διαφθοράς** μείζονος κοινωνικού ενδιαφέροντος και δημοσίου συμφέροντος, στις οποίες οι κατηγορούμενοι κρατούνται προσωρινά ώστε ν' αντιμετωπιστεί το “φαινόμενο” της αποφυλάκισης αυτών, λόγω συμπλήρωσης του 18μηνου.

Στην τελευταία αυτή περίπτωση παρατηρείται εμμονή στον βάρβαρο θεσμό της **προφυλάκισης**, δηλαδή στη στέρηση της ελευθερίας χωρίς δίκη που παρά τις κατά καιρούς γλιάρές νομοθετικές προσπάθειες, συγκεντρώνει την ανεξήγητη προτίμηση δικαστών και εισαγγελέων (Εεφημερίδα της Κυβέρνησης, 2013)

Ανακεφαλαίωση

Συνοψίζοντας το τρίτο κεφάλαιο έγινε αναφορά στις βασικότερες ουσίες εξάρτησης (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά) και τις επιδράσεις τους στον ανθρώπινο οργανισμό. Διευκρινίστηκε το περιεχόμενο αυτών ουσιών, η εποχή που πρωτοεμφανίστηκαν και το πως γίνεται η χρήση τους. Τέλος, παραθέσαμε έρευνες και το νομοθετικό πλαίσιο που αφορούν τις ουσίες που προκαλούν εξάρτηση στον ανθρώπινο οργανισμό.

Κεφάλαιο 4^ο

Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες σχετικά με την χρήση ουσιών

4.1 Εισαγωγή

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στους παράγοντες κινδύνου και στους προστατευτικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ύπαρξη πιθανότητας ή μη να οδηγηθεί ένα άτομο στη χρήση ουσιών. Αρχικά αναφέρονται οι ορισμοί των δύο ειδών παραγόντων (παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες) και στην συνέχεια παρουσιάζεται η συσχέτιση των παραγόντων σε διάφορους τομείς της ατομικής και κοινωνικής ζωής του ατόμου.

4.2 Παράγοντες κινδύνου ουσιοεξάρτησης

Αναφερόμενοι στον όρο παράγοντες κινδύνου σχετικά με την χρήση ουσιών εννοούμε ορισμένες μεταβλητές, που αυξάνουν την πιθανότητα ενός ατόμου να οδηγηθεί στη χρήση ουσιών. Ορισμένοι από τους παράγοντες κινδύνου που μπορεί να έχει κάποιο άτομο το καθιστούν επιρρεπή στη χρήση ουσιών και δεν εμφανίζουν τον ίδιο βαθμό επικινδυνότητας από άτομο σε άτομο. (EMCDDA, 2010).

Οι παράγοντες αυτοί εμφανίζονται σε διάφορους τομείς που αφορούν την ατομική και κοινωνική ζωή του ατόμου. (NIDA 2003).

Οι παράγοντες κινδύνου έχουν σχέση με τους παρακάτω παράγοντες: τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, την βιολογική προδιάθεση, τα φάρμακα ενισχυτές της συμπεριφοράς, την ψυχιατρική συννοσηρότητα, τους γενετικούς παράγοντες και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου ουσιοεξάρτησης σε σχέση με την προσωπικότητα του ατόμου επισημαίνουμε τα εξής χαρακτηριστικά: συνήθως τα άτομα αυτά παρουσιάζουν παραβατική συμπεριφορά σε νεαρή ηλικία, αντικοινωνική συμπεριφορά με την έννοια ότι δυσκολεύονται να συνάψουν σχέσεις που διέπονται από τις κοινωνικές νόρμες και από τους γενικούς κανόνες της κοινωνικής συμβίωσης. Επίσης, είναι συνήθης η απουσία θετικών προτύπων σε μικρή ηλικία αλλά μπορεί να έχουν βιώσει και αρνητικά γεγονότα στο παρελθόν όπως: απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, σωματική και ψυχολογική κακοποίηση. Πολύ συχνά οι επιλογές τους χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα, χωρίς να αναλογίζονται τους κινδύνους που μπορεί να διατρέχουν απ' αυτές.

Στην συνέχεια αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου ουσιοεξάρτησης σε συσχέτιση με την βιολογική προδιάθεση και τους γενετικούς παράγοντες ενός ατόμου: σε αυτόν το τομέα διερευνούμε την κληρονομικότητα στη χρήση ουσιών (αν για παράδειγμα υπήρχαν άλλα μέλη στην οικογένεια τα οποία είχαν εθιστεί σε κάποια ουσία). Τα παιδιά τα οποία οι γονείς τους έκαναν χρήση μιας ουσίας έχουν περισσότερες πιθανότητες από άλλα να αναπτύξουν και τα ίδια μια εξαρτητική συμπεριφορά, άσχετα αν αυτή έχει να κάνει με κάποια ουσία ή με μια συνήθεια (π.χ. εξάρτηση από το τζόγο).

Επιπλέον αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου σε σχέση με ορισμένα φάρμακα ενισχυτές της συμπεριφοράς, τα οποία μπορεί να λαμβάνουν τα συγκεκριμένα άτομα. Τέτοια φάρμακα μπορεί να αποτελέσουν εκείνα τα οποία λαμβάνουν τα άτομα προκειμένου να βοηθηθούν να αποβάλουν το υπερβολικό άγχος που τα διακατέχει ή άλλα για την ενίσχυση της κοινωνικής τους προσαρμογής. Η αλόγιστη χρήση των φαρμάκων αυτών μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην συνεχιζόμενη χρήση και κατ' επέκταση στην εξάρτηση τους.

Παρακάτω γίνεται αναφορά στους παράγοντες κινδύνου σε σχέση με την ψυχιατρική συννοσηρότητα που μπορεί να συνυπάρχει με την χρήση ουσιών: άτομα με ιστορικό κατάθλιψης, σχιζοφρένειας και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας εμφανίζονται πιο επιρρεπής στην χρήση ουσιών.

Στην συνέχεια, διατυπώνονται οι παράγοντες κινδύνου σε σχέση με τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες του ατόμου: διαθεσιμότητα ουσιών και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες στην περιοχή που διαμένουν, χρήση ουσιών στο φιλικό περιβάλλον αλλά και η πίεση που μπορεί να βιώνουν από την παρέα συνομηλίκων, επίσης η εκάστοτε πολιτισμικές και νομοθετικές αλλαγές που μπορεί να προκύπτουν ανά περιοχή μπορεί να ωθήσουν ορισμένα άτομα στη χρήση ουσιών ή άλλοτε να λειτουργήσουν αποτρεπτικά. (EMCDDA, 2010).

4.2.1 Παράγοντες κινδύνου σε ατομικό οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο

Οι παράγοντες κινδύνου καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο και λιγότερο έτοιμο να προστατέψει τον εαυτό του. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν ελλείψεις τόσο σε προσωπικό όσο και σε οικογενειακό αλλά και κοινωνικό επίπεδο. Εμφανίζονται πριν την προβληματική συμπεριφορά και αυξάνουν τις πιθανότητες εκδήλωσής της. Οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι ατομικοί, κοινωνικοί ή και να αφορούν την ουσία καθ' εαυτόν.

Σε ατομικό επίπεδο

- Παραβατική συμπεριφορά σε μικρή ηλικία

- Κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών και χρήση ουσιών σε μικρή ηλικία
- Θετικές στάσεις και προσδοκίες σχετικά με τη χρήση ουσιών
- Σεξουαλική δραστηριότητα σε μικρή ηλικία
- Ιστορικό με προβλήματα συμπεριφοράς
- Αρνητικά συμβάντα στη ζωή (π.χ. απώλεια σημαντικού προσώπου, σεξουαλική κακοποίηση)
- Άγχος / στρες / υπερένταση
- Κατάθλιψη
- Επιθετικότητα
- Δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων (παρορμητικότητα) / υπερκινητικότητα
- Αντικοινωνική συμπεριφορά / δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις
- Αναζήτηση διέγερσης / συναισθημάτων
- Προβλήματα ψυχικής υγείας
- Έλλειψη θετικών προτύπων, έλλειψη φιλοδοξιών

Σε οικογενειακό επίπεδο

- Χρήση ουσιών από τους γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας
- Θετικές στάσεις σε θέματα χρήσης ουσιών
- Ελλιπής γονεϊκή εποπτεία
- Γονεϊκή απόρριψη
- Χαμηλό επίπεδο δεσμών και πρόσδεσης με τα μέλη της οικογένειας (attachment)
- Συναισθηματική αδιαφορία και παραμέληση
- Αυταρχικοί γονείς και γονείς που δυσκολεύονται στην οριοθέτηση
- Συγκρούσεις στην οικογένεια
- Χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον
- Χαμηλές ή υπερβολικά υψηλές προσδοκίες γονέων
- Ανεργία / χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση / δυσκολίες διαβίωσης
- Δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας

Η κοινότητα: έλλειψη νομοθεσίας ή και κοινωνικές νόρμες οι οποίες ενθαρρύνουν τη χρήση ουσιών και την εγκληματικότητα, έλλειψη κοινωνικής οργάνωσης, οικονομικές και κοινωνικές δυσκολίες, μεγάλος αριθμός χρηστών, αντικρουόμενα κοινωνικά μηνύματα, έλλειψη πλαισίων θεραπείας και υποστήριξης.

Το σχολείο: σκασιαρχείο, αποξένωση του σχολείου από τους μαθητές / έλλειψη ενδιαφέροντος, εχθρικό κλίμα στο σχολείο, έλλειψη ξεκάθαρων σχολικών κανόνων, έλλειψη προγραμμάτων πρόληψης, έλλειψη ξεκάθαρης πολιτικής σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, σχολική αποτυχία.

Οι φίλοι: κοινωνική πίεση, αρνητικές κοινωνικές επιρροές (χρήστες στο φιλικό περιβάλλον), θετικές στάσεις των φίλων έναντι στη χρήση, τρόποι διασκέδασης που ενθαρρύνουν τη χρήση ουσιών.

Το κράτος: έλλειψη πολιτικής ή κανόνων σε σχέση με τις ουσίες, κοινωνικές νόρμες που προωθούν τη χρήση ουσιών, μηνύματα από διαφημίσεις και από τα ΜΜΕ θετικά ως προς τη χρήση, ανεπαρκές σύστημα επιβολής του νόμου.(Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, 2011).

4.2.2 Η εφηβεία σημαντικός παράγοντας κινδύνου

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα μείζον θέμα δημόσιας υγείας. Η εφηβεία είναι η ηλικία κατά την οποία ξεκινάει συνήθως η χρήση τόσο των νόμιμων ουσιών, όπως ο καπνός και τα οινοπνευματώδη ποτά όσο και των παράνομων.

Η τελευταία πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στον εφηβικό μαθητικό πληθυσμό (γνωστή και ως έρευνα ESPAD) πραγματοποιήθηκε το 2011.

Η έρευνα του 2011 αποτυπώνει την κατάσταση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών σε επίπεδο εθνικό, περιφερειακό και νομών της χώρας. Αποτελεί την 7η επανάληψη της ίδιας έρευνας από το 1984, δίνοντας τη δυνατότητα διαχρονικής παρακολούθησης της εξέλιξης του φαινομένου στη χώρα μας μέσα στα 25 τελευταία χρόνια.

Η έρευνα του 2011 διεξήχθη από το ΕΠΠΥ σε συνεργασία και με την υποστήριξη του ΟΚΑΝΑ και των Κέντρων Πρόληψης ΟΚΑΝΑ/Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Το δείγμα της έρευνας είναι πανελλήνιο, αντιπροσωπευτικό στο σύνολο της χώρας, στις περιφέρειες και τους νομούς. Συμμετείχαν 683 σχολικές μονάδες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ένα σύνολο 37.000 περίπου μαθητών εφηβικής ηλικίας (13-19 ετών).

Σύνοψη αποτελεσμάτων της έρευνας – Η έκταση της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών στους μαθητές

Κάπνισμα: σύνολο μαθητών 13-19 ετών

- Ένας στους 5 (20%) έχει καπνίσει μέσα στον τελευταίο μήνα
- Ένας στους 7 (14%) είναι συστηματικός καπνιστής (καπνίζει καθημερινά)

- Καπνίζουν περισσότερα αγόρια από κορίτσια και οι διαφορές αυξάνονται με τη βαρύτητα του καπνίσματος

Συστηματικό κάπνισμα σε σχέση με την ηλικία:

- Τα 13-14 έτη αποτελούν την ηλικία έναρξης καπνίσματος για την μειονότητα (<2%), ενώ ακολουθεί αλματώδης αύξηση έως την ηλικία των 17-18 ετών, όπου καπνίζει ένας στους 4 (24,5%) και στην ηλικία των 19 πάνω από τους μισούς (51%).

Διαχρονικά 1984-2011 (μαθητές 15-19 ετών)

- Η μεγάλη αύξηση των καπνιστών μεταξύ του 1984 και 1998 ακολουθήθηκε από προοδευτική καθοδική πορεία από το 2003 έως και το 2011.

Οινοπνευματώδη ποτά: σύνολο μαθητών 13-19 ετών

- Έξι στους 10 (61%) ήπιαν μέσα στον τελευταίο μήνα
- Ένας στους 10 (11%) ήπια με συχνότητα πάνω από 2 φορές την εβδομάδα.
- Ένας στους 3 (34%) έχει μεθύσει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του
- Το 13% έχουν μεθύσει πάνω από 2 φορές στη ζωή τους.
- Το κρασί, η μύρα, τα ισχυρά ποτά, και τα αλκοολούχα αναψυκτικά είναι τα ποτά με την ευρύτερη κατανάλωση
- Πίνουν περισσότεροι μαθητές σε Θεσσαλονίκη και άλλα αστικά και ημιαστικά κέντρα σε σύγκριση με την Αθήνα.

Αλκοόλ σε σχέση με την ηλικία

- Κατανάλωση αλκοόλ και μέθη αυξάνονται πολύ με την ηλικία : πάνω από δυο φορές την εβδομάδα πίνει σχεδόν ένας στους 5 εφήβους 17-18 ετών (18%), ένας στους μαθητές ηλικίας 19 ετών (26,8%) και έχει μεθύσει πάνω από δύο φορές ένας στους 4 μαθητές 17-18 ετών (22,7%) και ένας στους 3 μαθητές 19 ετών (32,8%)

Διαχρονικά 1984-2011 (μαθητές 15-19 ετών)

- Τάση μείωσης της ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ, εντονότερη στην Αθήνα.
- Αυξητική τάση στη τετραετία 2007 έως 2011 σε Θεσσαλονίκη και άλλα αστικά και ημιαστικά κέντρα.
- Διαφαινόμενη αύξηση κατανάλωσης στα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια μέσα στα 4 τελευταία χρόνια.
- Αυξητική τάση στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Παράνομες ουσίες («Ναρκωτικά»), Σύνολο μαθητών 15-19 ετών

- 1 στους 7 (15,2%) έχει κάνει χρήση (έστω και μία φορά) κάποιας παράνομης ουσίας, κυρίως κάνναβης. Η πλειονότητά τους έχει επαναλάβει τη χρήση.
- Έχουν κάνει χρήση περισσότερα αγόρια από κορίτσια (αναλογία ~ 2,5 προς 1)
- Υπερτερούν στη χρήση η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη σε σύγκριση με άλλες περιοχές

Χρήση κάνναβης σε σχέση με την ηλικία

- Με την ηλικία αυξάνεται σημαντικά ο αριθμός όσων έχουν κάνει χρήση : Στην ηλικία των 17-18 ετών χρήση κάνναβης τον τελευταίο χρόνο έχει κάνει 1 στους 7 (13,6%) και τον τελευταίο μήνα το 8%.
- Χρήση κάνναβης έστω και μία φορά έχει κάνει στην ηλικία των 13-14 ετών το 2,6% των αγοριών και το 0,9% των κοριτσιών.

Διαχρονικά 1984-2011 (μαθητές 15-19 ετών)

- Σχεδόν τριπλασιάζεται η χρήση ναρκωτικών μέσα στην εικοσιπενταετία (από 6% το 1984 σε 15,3% το 2011).
- Αυξάνεται περισσότερο από τη δοκιμή η συστηματικότερη χρήση (χρήση 3+ φορές).

| ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ | ΣΧΕΤΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ (OR) |
|--|------------------------|
| Δοκιμή κάνναβης από φίλους | 3,8 |
| Αντίληψη για εύκολη πρόσβαση της κάνναβης | 3,5 |
| Καθημερινή χρήση καπνού (εξ τσιγάρα την ημέρα) | 3,4 |
| Αντίληψη απουσίας κινδύνου από τη δοκιμή κάνναβης | 2,8 |
| Δοκιμή κάνναβης από τα μεγαλύτερα αδέρφια | 2,3 |
| Αντικοινωνική συμπεριφορά | 2,1 |
| Τουλάχιστον 3 περιστατικά μέθης έως σήμερα | 1,9 |
| Φύλο (Αγόρι) | 1,9 |
| Χρήση χαπιών (με σύσταση γιατρού) | 1,9 |
| Επανάληψη της τάξης | 1,7 |
| Φυγή από το σπίτι | 1,7 |
| Σεξουαλική επαφή για την οποία μετάνιωσε | 1,5 |
| Σύνθεση οικογένειας (απουσία και των δύο φυσικών γονέων) | 1,4 |
| Υψηλό μορφωτικό επίπεδο πατέρα (ΑΕΙ) | 1,4 |
| Σύνθεση οικογένειας (αναδομημένη) | 1,3 |
| Υπέστησαν κακοποίηση (συναισθηματική, σωματική, σεξουαλική) | 1,3 |

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα η χρήση κάνναβης από φίλους, η αντίληψη για εύκολη πρόσβαση στην κάνναβη, η καθημερινή χρήση καπνού, η αντίληψη απουσίας κινδύνου από τη χρήση κάνναβης, η χρήση κάνναβης από τα μεγαλύτερα αδέρφια και η αντικοινωνική

συμπεριφορά αυξάνουν 2-3 φορές την πιθανότητα να κάνει ο έφηβος χρήση παράνομων ουσιών. Ακολουθούν μια σειρά από άλλους σημαντικούς παράγοντες που αναφέρονται στην οικογένεια, στο σχολείο, σε τραυματικά βιώματα και σε άλλες συμπεριφορές κινδύνου. Τα στοιχεία αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τον τομέα της πρόληψης. (Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., & Κίτσος, Γ., 2011)

Οι πανελλήνιες έρευνες στον μαθητικό πληθυσμό της χώρας μάς παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για ποικίλες συμπεριφορές στη διάρκεια της εφηβείας που είναι πιθανό να αποτελούν πρώιμα σημάδια κινδύνου για τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία των εφήβων. Τα στοιχεία των ερευνών στον εφηβικό πληθυσμό της χώρας μας επιβεβαιώνουν διαπιστώσεις άλλων διεθνών μελετών που υποστηρίζουν ότι οι προβληματικές συμπεριφορές στους εφήβους δεν εμφανίζονται μεμονωμένα, αλλά ως μέρος ενός συμπλέγματος προβληματικών συμπεριφορών διαφόρων τύπων. Για παράδειγμα, τα αποτελέσματα των ερευνών στη χώρα μας δείχνουν ότι οι έφηβοι που καπνίζουν συστηματικά είναι πιθανότερο να κάνουν χρήση οινόπνευματων ή κάποιας παράνομης ουσίας, να εκδηλώσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, να έχουν χαμηλή σχολική απόδοση συγκριτικά με τους εφήβους που δεν καπνίζουν. Οι έφηβοι που έχουν κάνει χρήση –έστω και μια-δυο φορές– κάποιας παράνομης ουσίας έχουν αυξημένες πιθανότητες να καπνίζουν, να πίνουν, να εκδηλώνουν αντικοινωνική συμπεριφορά, να έχουν χαμηλή επίδοση στο σχολείο, να έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (Κοκκέβη και συν., 2006).

Τα σημάδια αυτά κινδύνου στη διάρκεια της εφηβείας οφείλει να λαμβάνει υπόψη ο σχεδιασμός των πολιτικών πρόληψης, με στόχο να αποτραπεί η ενδεχόμενη εξέλιξη και παγίωσή τους σε βαθμό δύσκολα αναστρέψιμο. Εξάλλου, για να είναι αποτελεσματική η πρόληψη, πρέπει να αρχίζει πριν την εφηβεία. Σε αυτό συνηγορούν αποτελέσματα επιστημονικών μελετών μεταξύ των οποίων και της πανευρωπαϊκής έρευνας HBSC, τα οποία δείχνουν ότι η πρώιμη έναρξη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στην αρχή της εφηβείας συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εξάρτησης αργότερα, καθώς και προβλημάτων στη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία στο τέλος της εφηβείας (Κοκκέβη και συν., 2011).

Μια αποτελεσματική στρατηγική πρόληψης θα πρέπει να εστιάζει στην οικογένεια και στο σχολείο που αποτελούν τους βασικούς κοινωνικοποιητικούς θεσμούς για τους εφήβους. Ιδιαίτερη σημασία έχει η εκπαίδευση των γονέων και των εκπαιδευτικών, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα χαρακτηριστικά κινδύνου. Απαραίτητη όμως είναι και η υποστήριξή τους για να μπορέσουν να λειτουργήσουν προστατευτικά προς τους εφήβους.

4.3 Προστατευτικοί παράγοντες ουσιοεξάρτησης

Προστατευτικοί είναι οι παράγοντες, οι οποίοι προστατεύουν το άτομο και το απομακρύνουν από την χρήση ουσιών, επίσης προωθούν θετικές συμπεριφορές αποτρέποντας έτσι το άτομο να εμπλακεί σε καταστάσεις που σχετίζονται με την χρήση ουσιών. Οι προστατευτικοί παράγοντες αφορούν προσωπικά και διαπροσωπικά χαρακτηριστικά, οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Οι προστατευτικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με (τους εξής τομείς): το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του, το σχολείο του, τη παρέα συνομηλίκων του και γενικότερα το κοινωνικό περιβάλλον του / την γειτονιά/ την περιοχή.

Αρχικά, παραθέτονται οι προστατευτικοί παράγοντες σε επίπεδο του ίδιου του ατόμου, που είναι οι εξής: ψυχική ανθεκτικότητα, ατομικές δεξιότητες (βασικές δεξιότητες ζωής) όπως: λήψη αποφάσεων, αντιμετώπιση προβλημάτων, διαχείριση συναισθημάτων, άγχους (θυμού, κ.α.), κριτική σκέψη, δημιουργική σκέψη, θετική διεκδίκηση, δεξιότητες επικοινωνίας, θετική αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση, γνώσεις σχετικά με τις συνέπειες της χρήσης ουσιών, αρνητική στάση ως προς τα ναρκωτικά. Τέλος, ύπαρξη συστήματος αρχών και αξιών.

Στην συνέχεια, αναφέρονται οι προστατευτικοί παράγοντες σε επίπεδο οικογένειας αλλά ταυτόχρονα και σε επίπεδο σχολείου, οι οποίοι είναι: γονικός έλεγχος και ενδιαφέρον, θετικοί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας, συναισθηματική στήριξη, θετικές προσδοκίες γονέων, ξεκάθαροι κανόνες / στόχοι / όρια, οικογενειακή επάρκεια: ικανότητα επίλυσης συγκρούσεων, λήψης αποφάσεων, αντιμετώπισης προβλημάτων.

Επιπλέον, αναφέρονται οι προστατευτικοί παράγοντες σε σχέση με την παρέα συνομηλίκων: κοινωνικές δεξιότητες: θάρρος γνώμης, αντίσταση σε πιέσεις, ικανότητα λήψης αποφάσεων και επικοινωνίας και η συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες.

Τέλος, γίνεται αναφορά στους προστατευτικούς παράγοντες σε σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, την γειτονιά και την περιοχή που διαμένει: προσφορά οικονομικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και ψυχαγωγικών ευκαιριών στην κοινότητα, προσφορά ευκαιριών για δημιουργική απασχόληση στον ελεύθερο χρόνο, υποστηρικτική Κοινότητα, μηνύματα κατά της χρήσης στην κοινότητα. (EMCDDA, 2010).

4.3.1 Παράγοντες προστασίας κινδύνου

Το παιδί κατά την πρώτη φάση της παιδικής του ηλικίας «χτίζει» στα πλαίσια της οικογένειας τη βάση της προσωπικότητάς του. Εκεί αποκτά τις εμπειρίες που θα επηρεάσουν τη σχέση με τον άψυχο και έμψυχο κόσμο που το περιβάλλει. Στην οικογένεια θα αντιγράψει στάσεις απέναντι σε πρόσωπα και πράγματα, θα μάθει μορφές αντίδρασης σε καταστάσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο και, κατ' επέκταση, θα αποκτήσει την ικανότητα σωστής εκτίμησης του εαυτού του. Επίσης, στο πλαίσιο της οικογένειας θα μεταδοθούν στο παιδί κοινωνικοί κανόνες και αξίες, καθώς και πρότυπα συμπεριφοράς που θα το βοηθήσουν στον κοινωνικό του προσανατολισμό και θα το προ-φυλάξουν σε μεγάλο βαθμό από ανορθολογικές κοινωνικές συγκρούσεις. Σ' αυτή τη διαδικασία μάθησης, στα πλαίσια της οικογένειας, το παιδί αποκτά πρότυπα συμπεριφοράς που είναι κύριο προϊόν αντιγραφής αντίστοιχων συμπεριφορών των γονέων του.

Η επιστημονική εμπειρία έχει αναδείξει την έννοια των παραγόντων κινδύνου, δηλαδή των μεταβλητών εκείνων που αυξάνουν την πιθανότητα εμπλοκής του παιδιού σε βλαπτικές για την υγεία του συμπεριφορές, όπως η ουσιοεξάρτηση και των προστατευτικών παραγόντων, οι οποίοι ενισχύουν και προστατεύουν το παιδί ως προς την αποφασιστικότητα του να απορρίψει ή να αποφύγει τις βλαπτικές συμπεριφορές όπως, μεταξύ άλλων, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Σύμφωνα με τις διεθνείς βέλτιστες πρακτικές, μέσα από τα προγράμματα πρόληψης οι προστατευτικοί παράγοντες θα πρέπει να ενεργοποιούνται και να διαδραματίζουν θετικό ρόλο στην ομαλή εξέλιξη του παιδιού και του εφήβου, σε αντίθεση με τους παράγοντες κινδύνου που θα πρέπει να ανιχνεύονται άμεσα και έγκαιρα έτσι ώστε να δοθεί περισσότερη προσοχή στις ανάγκες του ατόμου, με στόχο τη μείωση και την έγκαιρη παρέμβαση σε ότι αφορά την αντιμετώπιση των προβλημάτων που μπορούν να εκδηλωθούν.

Οι παράγοντες προστασίας και κινδύνου έχουν διεθνώς προσδιοριστεί σε Ατομικούς, Οικογενειακούς, Σχολικούς, Κοινωνικούς – Περιβαλλοντικούς και παράγοντες που σχετίζονται με την Ομάδα Συνομηλίκων.

Παρακάτω παρουσιάζονται ενδεικτικά κάποιοι από τους παράγοντες αυτούς που αναφέρονται στη βιβλιογραφία μέσα από την έρευνα, θεωρία και πρακτική στον τομέα αυτό.

Παράγοντες προσωπικότητας ή ιδιοσυγκρασίας/Προσωπικές δεξιότητες

Αισιοδοξία, ενσυναίσθηση, διορατικότητα, διανοητική ικανότητα, αυτοσεβασμός, αυτοεκτίμηση, ικανότητα προσαρμογής, διαχείριση συναισθημάτων, διαπροσωπικές κοινωνικές

δεξιότητες, διαπροσωπικές αντανεκλαστικές δεξιότητες, δυνατότητα αποκατάστασης αυτοσεβασμού, δεξιότητες προγραμματισμού, δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων, ικανότητα λήψης αποφάσεων, αντίσταση σε διαπροσωπικές επιρροές.

Οικογενειακοί παράγοντες

Η ύπαρξη μιας συνεχόμενης, ζεστής και θετικής σχέσης με έναν ενήλικα που νοιάζεται, συνεκτικό και υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ρεαλιστικά υψηλές γονεϊκές προσδοκίες, αξίες μη χρήσης, συμμετοχή των παιδιών στη ζωή και τις υποχρεώσεις του περιβάλλοντος, θετικό γονεϊκό μοντέλο, δυνατή οικονομική βάση, ύπαρξη ορίων και κανόνων.

Κοινωνικοί Παράγοντες

A. Το σχολείο: σχολική επιτυχία, σύνδεση με σχολική ζωή, ενδιαφέρον, στήριξη από το σχολείο και τους εκπαιδευτικούς, συμμετοχή, υπευθυνότητα, ένταξη σε δραστηριότητες / αποφάσεις του σχολείου.

B. Η κοινότητα: μηνύματα κατά της χρήσης στην κοινότητα, προσφορά ευκαιριών για δημιουργική απασχόληση τον ελεύθερο χρόνο, κοινότητα που στηρίζει και έχει υψηλές προσδοκίες από τους νέους.

Γ. Οι ομάδες συνομηλίκων: θάρρος γνώμης, αντίσταση σε πιέσεις, λήψη αποφάσεων επικοινωνίας, συμμετοχή σε δημιουργικές, αθλητικές δραστηριότητες. (Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, 2011).

4.3.2 Η πρόληψη προλαμβάνει τον κίνδυνο

Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί ένα σοβαρό διεθνές πρόβλημα. Η ουσιοεξάρτηση έχει ως επακόλουθο πλήθος προβλημάτων σχετιζόμενων με τους χρήστες, τον οικογενειακό, τον εργασιακό και τον ευρύτερο κοινωνικό τους χώρο. Παρά την εμπειρία της ανθρωπότητας με τα ναρκωτικά για διάστημα μισού αιώνα, λίγες είναι αναλογικά οι προσπάθειες που έγιναν στον προληπτικό τομέα. Τα προληπτικά μοντέλα που κατά καιρούς εφαρμόστηκαν ξεκινούν από απλοϊκές, εκφοβιστικού τύπου τεχνικές και φτάνουν ως τις πιο σύνθετες και πολυπαραγοντικές πολιτικές πρόληψης, οι οποίες περιλαμβάνουν την καταστολή, τις προσπάθειες ελέγχου της παραγωγής, της διακίνησης, της προσφοράς και γενικότερα της ζήτησης και της διαθεσιμότητας των ψυχοτρόπων ουσιών.

Μετά την επιδημία των ναρκωτικών κατά την περίοδο 1960-1970, παράλληλα με την καταστολή (αστυνόμευση), άρχισαν να εφαρμόζονται και προγράμματα ανάπτυξης της

ψυχοκοινωνικής υγείας των ομάδων υψηλού κινδύνου με στόχο τη μείωση της ζήτησης. Οι αρχικές προσπάθειες βασίζονταν σε περιοριστικά μέτρα και εκφοβιστικές νουθεσίες, χειρισμοί που πολλές φορές έφερναν αντίθετα αποτελέσματα εξάπτοντας τη φαντασία των νέων (εφηβική ατρωτότητα). Κλασικό μοντέλο πρόληψης υπήρξε το 1945 εκείνο του G.Caplan, το οποίο περιλαμβάνει τρεις μορφές πρόληψης:

- Την *πρωτογενή πρόληψη* που περιλαμβάνει την αποτροπή της χρήσης ουσιών και απευθύνεται στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

- Τη *δευτερογενή πρόληψη* που αποτελείται από δύο σκέλη: Το πρώτο σκέλος περιλαμβάνει τις έγκαιρες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση ενός συμπτώματος, μιας ψυχοπαθολογικής ή κοινωνικής δυσλειτουργίας του ατόμου, παράγοντες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν μια ευτρωτότητα σε κάποιους, με συνακόλουθο την εμπλοκή τους με τις ουσίες.

Το δεύτερο σκέλος συνιστά εξειδικευμένη διαδικασία εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων ομάδων πρόληψης, ομάδων γειτονιάς, ειδικών κέντρων νέων κ.ο.κ. που απευθύνονται σε νέους και σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Επίσης, το δεύτερο σκέλος προσπαθεί να αποτρέψει τους νέους που πειραματίζονται με ουσίες να εγκαταστήσουν σταθερές συμπεριφορές χρήσης.

- Την *τριτογενή πρόληψη* που αποτελεί μεταθεραπευτική διαδικασία και αποσκοπεί στην πρόληψη των υποτροπών και την επανένταξη του «καθαρού» χρήστη σε ένα προσαρμοστικό τρόπο ζωής (π.χ. ο πρώην αλκοολικός). Στην πράξη υπάρχει αλληλοεπικάλυψη των ορίων μεταξύ των τριών τομέων πρόληψης.

Στο παρελθόν επικρατούσε η λανθασμένη άποψη ότι οι τεχνικές και το μήνυμα έπρεπε να απευθύνονται με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις ομάδες πληθυσμού, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δημογραφικές, μορφωτικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές διαφορές, το είδος της ουσίας και ο τρόπος χρήσης. Η τρέχουσα επιστημονική γνώση υποστηρίζει ότι:

- Η οικογένεια, η πορεία της ψυχοκοινωνικής ωρίμανσης και η προηγούμενη σχετικά με τις ουσίες ενημέρωση και εμπειρία του κάθε ατόμου διαμορφώνει μια μεγάλη ετερογένεια αναφορικά με τις απόψεις και τις συμπεριφορές των χρηστών σχετικά με τα ναρκωτικά.

- Εκτός των ομάδων υψηλού κινδύνου μεταξύ των ατόμων προεφηβικής, εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας, υπάρχουν ομάδες υψηλού κινδύνου μεταξύ πληθυσμών, όπως οι γυναίκες που πάσχουν από χρόνια αλγινά ή αγχώδη σύνδρομα και τους συνταγογραφούνται εθιστικά φάρμακα, οι ιατρογενείς χρήστες, οι κινητοί πληθυσμοί, οι μειονότητες και εν γένει άτομα που βρίσκονται σε κρίσιμες και επιβαρυνμένες περιόδους της ζωής τους.

Πέρα από τη στείρα ενημέρωση και την καταστολή της διακίνησης ουσιών, οι νέες προληπτικές τεχνικές επικεντρώνονται στον χρήστη και όχι στην ουσία. Τα μοντέλα αυτά δίνουν έμφαση σε ψυχοπαθολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, στην ανάπτυξη και τη λειτουργία της οικογένειας, στην υγιεινοδιαιτητική αγωγή του ατόμου, στα προβλήματα των διαπροσωπικών του σχέσεων και στο αίσθημα της γενικότερης κοινωνικής ασφάλειας, παράγοντες που συνδέονται στενά με την έναρξη, την ανάπτυξη και τη συντήρηση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης.

Ο κοινός τρόπος πληροφόρησης προς όλες τις ομάδες πληθυσμού αποτελεί μια εσφαλμένη τακτική. Ο τρόπος προσέγγισης προς μια ομάδα υψηλού κινδύνου πρέπει να διαμορφώνεται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, από το είδος του μηνύματος και από τον επιδιωκόμενο στόχο. Τα νέα προληπτικά προγράμματα αποσκοπούν στην ανάπτυξη των θετικών μηχανισμών του ατόμου ώστε να εκπαιδευτεί και να ασκηθεί για να μπορέσει να πει όχι όταν συναντηθεί με τα ναρκωτικά. Οι τεχνικές αυτές απευθύνονται στον έφηβο, στην οικογένεια και στο σχολείο.

Τα μέτρα καταστολής και κοινωνικού ελέγχου που αφορούν νομοθετήσεις σχετικές με την παραγωγή, τη διακίνηση, την κατοχή, την εμπορία και τη χρήση ουσιών δεν είναι δυνατόν να επιλύσουν ολοκληρωτικά ένα τόσο πολυπαραγοντικό πρόβλημα. Τα μέτρα αυτά γίνονται αποτελεσματικότερα εφόσον συνδυαστούν με νεότερες προληπτικές, καθώς δεν γίνεται να περιμένουμε τα πάντα από τα νομοθετικά μέτρα. Εξάλλου, η συναισθηματική προσέγγιση τοποθετεί την τοξικομανία μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Η τεχνική αυτή αποσκοπεί στην ανάπτυξη των απαραίτητων δεξιοτήτων ώστε το άτομο να αντιπαρέλθει την προσφορά των ναρκωτικών όταν τύχει να διασταυρωθεί μαζί τους. (Λιάππας ΙΑ., Πομίни Β., 2004)

Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό έγινε αναφορά στους παράγοντες κινδύνου και στους προστατευτικούς παράγοντες σε σχέση με την χρήση ουσιών. Πιο συγκεκριμένα παρατέθηκαν οι προστατευτικοί παράγοντες και οι παράγοντες κινδύνου σε διάφορα επίπεδα της ζωής του ατόμου, όπως: σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο οικογένειας, σε επίπεδο σχολείου, σε επίπεδο συνομηλίκων και σε επίπεδο κοινωνικού περιβάλλοντος, γειτονιάς και περιοχής.

Κεφάλαιο 5^ο

Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης

5.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται αναφορά στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης και συγκεκριμένα στον Ελλαδικό χώρο. Παραθέεται με χρονική σειρά η πορεία της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης, αρχίζοντας με την εμφάνισή της και συνεχίζοντας με την εξελικτική της πορεία. Επίσης, γίνεται εκτενής αναφορά στους τρόπους, με τους οποίους γίνεται η πρόληψη, αλλά και οι διάφορες οργανώσεις που έχουν στελεχωθεί σχετικά με την πρόληψη και την καταπολέμηση της χρήσης ουσιών.

5.2 Η ιστορική εξέλιξη της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στον Ελλαδικό χώρο

Στα μέσα της δεκαετίας του '80, άρχισε να εμφανίζεται η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα μέσα στα ευρύτερα πλαίσια των συστημάτων υγείας της χώρας. Η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και εν συνέχεια το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ, αποτέλεσαν τον πρωταρχικό σταθμό υλοποίησης έχοντας την καθοδήγηση από το πρωταρχικό Συμβούλιο της Ευρώπης, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Council of Europe, 1982, 1984).

Σκοπός του προγράμματος ήταν, η πρόληψη της χρήσης ουσιών βοηθώντας τα μέλη να αναπτύξουν υπεύθυνη συμπεριφορά και να εκπαιδευτούν έτσι ώστε να αποκτήσουν δεξιότητες προστασίας για την σωματική, ψυχική και κοινωνική υγεία τους.

Επίσης, το πρόγραμμα αυτό είχε ως στόχο την ανάδειξη των δεξιοτήτων των μελών που είχαν εθιστεί στη χρήση ουσιών, οι δεξιότητες ήταν οι εξής: η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, η ενδυνάμωση του εαυτού, η βελτίωση της εικόνας, η ανάπτυξη και η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων/στάσεων /αντιλήψεων, ο αυτοσεβασμός αλλά και ο σεβασμός στα δικαιώματα των άλλων. Έχοντας αναπτύξει όλες τις παραπάνω δεξιότητες τα μέλη είναι σε θέση να προασπίσουν τον εαυτό τους και να απέχουν από τη χρήση ουσιών, μέσα από μια σειρά υπεύθυνων επιλογών. (Κοκκέβη, 1988).

Επιπλέον, δόθηκε κίνητρο μέσα από το συγκεκριμένο πρόγραμμα στις κατά τόπους οργανώσεις που δρούσαν ενάντια της ουσιοεξάρτησης, να οργανώσουν δράσεις που αναφερόταν

στην πρόληψη της (π.χ. η Κίνηση Πρόταση στην Πάτρα). Ενώ η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια υλοποιήθηκε το 1995 από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. με την ίδρυση των πρώτων Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα. (ανακτήθηκε από: <http://www.okana.gr>)

5.3 Υπηρεσίες – φορείς και κέντρα για την απεξάρτηση ουσιών

Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης είναι, μια έννοια η οποία αναφέρεται στο σύνολο των παραγόντων που οδηγούν στην χρήση ουσιών. Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης έχει ως στόχο, την μείωση των παραγόντων που οδηγούν στην εκδήλωση της εξαρτημένης συμπεριφοράς αλλά και στην ενδυνάμωση των ατόμων αυτών, έτσι ώστε να αποφύγουν την έναρξη της χρήσης ή την εμφάνιση της εξάρτησης.

Επίσης, η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης δεν επιτυγχάνεται μόνο μέσα από την παροχή πληροφοριών αλλά χρησιμοποιούνται διάφοροι μέθοδοι και διαδικασίες που παρέχουν στα μέλη τη δυνατότητα της εκμάθησης και εκπαίδευσης σε ότι αφορά τη χρήση και την εξάρτηση των ουσιών. Στον τομέα της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης ιδιαίτερη έμφαση έδωσε ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., αναγνωρίζοντας (το τομέα) αυτό ως το σημαντικότερο παράγοντα για την αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης ουσιών. Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. μέχρι το 2012 είχε στελεχώσει 71 Κέντρα Πρόληψης σε 49 Νομούς, με τη συνεργασία και την ευθύνη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των τοπικών φορέων. Τα Κέντρα Πρόληψης συγχρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και από το Υπουργείο Εσωτερικών, αλλά την επίβλεψή τους έχει αναλάβει ο Ο.ΚΑ.ΝΑ

Τα Κέντρα Πρόληψης απαρτίζονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες, οι οποίοι έχοντας την κατάλληλη εκπαίδευση προάγουν ένα έργο προστασίας για την δημόσια υγεία. Το έργο της πρόληψης που παρέχουν τα συγκεκριμένα κέντρα, απευθύνεται σε διάφορες κοινωνικές ομάδες όπως: γονείς, μαθητές/εφήβους/φοιτητές, εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες υγείας αλλά και στη γενικότερη κοινωνία.

Στο παρελθόν ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. αντιμετώπισε τα οικονομικά και θεσμικά προβλήματα που είχαν εμφανιστεί στη λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης, πολύ γρήγορα όμως και με μεγάλη προσπάθεια κατάφερε να αποπληρώσει το χρέος προς τα Κέντρα Πρόληψης, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα αναστολής λειτουργίας των Κέντρων. (Ο.ΚΑ.ΝΑ., 2011).

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), το χρονικό διάστημα 2010-2011 τα Κέντρα Πρόληψης ανέπτυξαν και υλοποίησαν περαιτέρω δράσεις και προγράμματα σύμφωνα με τις ανάγκες των μελών, σε διάφορους

κοινωνικούς τομείς. Πιο συγκεκριμένα, παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης πραγματοποιήθηκαν στο γενικότερο κοινωνικό σύστημα και στα πλαίσια του σχολείου, αυξάνοντας με γοργούς ρυθμούς το ποσοστό των συμμετεχόντων (ομάδων στόχου) στα Κέντρα Πρόληψης. (ΕΚΤΕΠΝ,2012 ανακτήθηκε από: <http://www.ektepn.gr>,).

Επιπλέον, με τον τομέα της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης έχουν ασχοληθεί και άλλοι κρατικοί ή μη κυβερνητικοί φορείς, οι οποίοι είναι: ΚΕΘΕΑ, Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης και ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός που συγκαταλέγονται στους μη κυβερνητικούς οργανισμούς, δύο κρατικοί φορείς Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών και του Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και μια εθελοντική οργάνωση Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ στην Πάτρα, για έναν άλλο τρόπο ζωής. Σήμερα υπάρχουν 73 Κέντρα Πρόληψης τα οποία καλύπτουν 50 νομούς της χώρας.

5.4 Παρεμβάσεις πρόληψης της ουσιοεξάρτησης

Η περιγραφή της εφαρμογής και της εξέλιξης της προληπτικής παρέμβασης θα πρέπει να καλύπτει όλες τις ενέργειες που έχουν υλοποιηθεί. Παράλληλα, θα πρέπει να απαντηθούν τα εξής ερωτήματα: Ποιες στρατηγικές, συνιστώσες και μέθοδοι πράγματι χρησιμοποιήθηκαν; Ποιες πηγές δεδομένων και εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν για να καταμετρηθεί η εφαρμογή της παρέμβασης τελικά; (Θα πρέπει αυτά να συγκριθούν σε σχέση με τον αρχικό σχεδιασμό), Ποιοι πόροι χρησιμοποιήθηκαν τελικά; (Θα πρέπει αυτά να συγκριθούν σε σχέση με τον αρχικό σχεδιασμό).

Τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων της πρόληψης βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με τον τρόπο, τον οποίο θα εφαρμοστεί σε κάθε πλαίσιο. Στο παρελθόν διάφοροι ερευνητές ανέφεραν ότι αρκετά προγράμματα προληπτικού χαρακτήρα δεν επέφεραν τα αναμενόμενα θετικά αποτελέσματα, εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν ανταποκρινόταν στην ομάδα που εφαρμόζονταν. Στην συνέχεια αναφέρονται τα πλαίσια-πεδία στα οποία εφαρμόζεται η προληπτική παρέμβαση κατά της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, τα οποία είναι: η σχολική κοινότητα, η οικογένεια, οι χώροι αναψυχής, η τοπική κοινότητα και τέλος τα Μ.Μ.Ε. (Pompidou Group on Prevention, 1998).

Όσον αφορά τις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, το σχολείο εμφανίζει ολοένα αυξανόμενο αριθμό μαθητών που κάνουν χρήση ουσιών. Η εμφάνιση του προβλήματος της χρήσης, σχετίζεται άμεσα με τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα της κοινωνίας και με τη χαμένη ενότητα της σχολικής και κοινωνικής κοινότητας. Στα πλαίσια του σχολείου εφαρμόζονται

ειδικά προγράμματα πρόληψης των ναρκωτικών, τα οποία απαιτούν την ενεργό συμμετοχή των μαθητών/εκπαιδευτικών και των γονέων προκειμένου να εφαρμοστούν. Οι μαθητές έχουν την δυνατότητα να παρακολουθήσουν τέτοιου είδους προγράμματα πρόληψης είτε στο πλαίσιο του σχολείου από τους εκπαιδευτικούς, είτε από τα κέντρα πρόληψης που συνεργάζονται με τις σχολικές μονάδες. Ακόμη, τα θετικά αποτελέσματα των παρεμβάσεων πρόληψης στο σχολείο προϋποθέτουν την επαρκή συμμετοχή των ενδιαφερομένων μερών. (Trimbos Institute, 2002).

Η αποτελεσματικότητα των προληπτικών προγραμμάτων απαιτεί την ύπαρξη ορισμένων παραγόντων όπως: τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να εφαρμόζονται με διαδραστικό τρόπο, τα διαδραστικά προγράμματα θεωρούνται αποτελεσματικά όσον αφορά την αποτροπή της έναρξης και της χρήσης ουσιών, ομάδες που αποτελούνται από μικρό αριθμό μελών. (UK Department of Health, 2001).

Όσον αφορά το κομμάτι της εκπαίδευσης και της ενημέρωσης των εκπαιδευτικών για θέματα πρόληψης της ουσιοεξάρτησης, αυτό το έχει αναλάβει το προσωπικό των κατά τόπων Κέντρων Πρόληψης. Προσφέρουν στους εκπαιδευτικούς τις κατάλληλες γνώσεις που απαιτούνται μέσα από σεμινάρια και εκπαιδευτικά μαθήματα, προκειμένου να αποκτήσουν μια εμπειρία γύρω από το θέμα της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης και να κατορθώσουν να μεταφέρουν τις γνώσεις τους στη μαθητική κοινότητα. Μεταξύ άλλων οι εκπαιδευτικοί καλούνται να βοηθήσουν τους μαθητές να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες όπως η αντίσταση σε ανεπιθύμητες πιέσεις, η διεκδικητικότητα, η διατύπωση αιτήματος, η ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης, ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών-προβλημάτων, ανάπτυξη δεξιοτήτων μείωσης του στρες/άγχους. (UK Department of Health, 2001).

Επίσης, οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι εφαρμόζουν τα προγράμματα αυτά (στο σχολείο) έχουν την δυνατότητα (αν υπάρξει η ανάγκη) να ζητήσουν συμβουλευτική στήριξη από το προσωπικό των Κέντρων Πρόληψης αλλά και την καθοδήγησή τους πάνω σε ορισμένα ζητήματα που πιθανόν να συναντήσουν κατά την υλοποίηση των συγκεκριμένων προγραμμάτων. Είναι απαραίτητο, οι εκπαιδευτικοί να είναι καλά πληροφορημένοι για τις επιπτώσεις της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών, ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν τα σημάδια της προβληματικής συμπεριφοράς κατά το αρχικό στάδιο.

Τα Κέντρα Πρόληψης απευθύνονται στους εκπαιδευτικούς όλων των βαθμίδων με σκοπό, την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των ίδιων αλλά και γενικότερα ολόκληρης της σχολικής κοινότητας, ενώ ακόμη διανέμουν έντυπο ενημερωτικό υλικό προκειμένου να

«κερδίσουν» το ενδιαφέρον περισσοτέρων και ειδικότερα των μαθητών οι οποίοι δελεάζονται στο θέαμα που προσφέρει η απεικόνιση του συγκεκριμένου θέματος.

Η οικογένεια ως πλαίσιο στο οποίο εφαρμόζονται προγράμματα προληπτικής παρέμβασης γύρω από το θέμα της ουσιοεξάρτησης, έχει αναφερθεί ότι επιφέρει θετικά αποτελέσματα και ιδιαίτερα στη χρήση του αλκοόλης. Πιο συγκεκριμένα, η αποτελεσματική πρόληψη στην οικογένεια προϋποθέτει την ανάπτυξη στενών επαφών μεταξύ γονέων και παιδιών, από κοινού λήψεις αποφάσεων για διάφορα θέματα και ενίσχυση της οικογενειακής συνοχής.

Επιπλέον, οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζουν αρκετά πράγματα επί του θέματος και να ενημερώνουν τα παιδιά τους για τις επιπτώσεις που παρουσιάζουν οι εξαρτησιογόνες ουσίες καθώς και να αντιληφθούν το μέγεθος της επιρροής που ασκούν πάνω τους, το οποίο σχετίζεται με το γεγονός ότι τα παιδιά βλέπουν τους γονείς ως πρότυπο μίμησης. Η προώθηση έναρξης δημιουργικών δραστηριοτήτων ενισχύει την προσπάθεια από την πλευρά των γονέων να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αποτραπούν από την χρήση ουσιών.

Τέλος, τα Κέντρα Πρόληψης απευθύνονται περισσότερο σε οικογένειες με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως: (οικογένειες μεταναστών χωρίς νόμιμη διαμονή, μονογονεϊκές οικογένειες, σε οικογένειες όπου οι γονείς είναι χρήστες ουσιών). (ΕΚΤΕΠΝ,2012 ανακτήθηκε από: <http://www.ektepn.gr>).

Με το πέρασμα των χρόνων οι νέοι έχουν εντάξει για τα καλά στην ζωή τους την έξοδο σε χώρους αναψυχής, οι οποίοι πολλές φορές αποτελούν και χώρο χρήσης ουσιών. Ένας σημαντικός παράγοντας καταπολέμησης της πλήξης των νέων που τους οδηγεί στην χρήση ουσιών μέσα στα «στέκια» που συχνάζουν, αποτελεί η δημιουργία διάφορων κέντρων τα οποία θα προσφέρουν στους νέους εναλλακτικές λύσεις προκειμένου να περνούν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Στα προαναφερθέντα κέντρα πρόληψη, οι νέοι θα έχουν τη δυνατότητα όχι μόνο να ασχοληθούν με διάφορες δραστηριότητες όπως: αθλητικά σπορ, ομαδικά παιχνίδια, αναγνώσεις λογοτεχνικών βιβλίων, κ.ά. Αλλά και να βοηθηθούν μέσα από τα κέντρα πρόληψης - προγράμματα να αναπτύξουν διάφορες κοινωνικές δεξιότητες. (PERK, 2006).

Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης όπως προαναφέρθηκε εφαρμόζεται σε διάφορα πλαίσια, ένα από αυτά είναι και η τοπική κοινότητα. Οι νέοι αποτελούν την απαραίτητη ομάδα-στόχος στον τομέα της πρόληψης και συνεπώς τα περισσότερα προγράμματα που εφαρμόζονται σε επίπεδο κοινότητας απευθύνονται σε άτομα προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας. Οι δράσεις αυτές αφορούν συνήθως δημιουργικές δραστηριότητες ή ακόμη και πραγματοποίηση ομάδων

βιωματικού χαρακτήρα. Επίσης, σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι και η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση το γενικότερου κοινωνικού συνόλου στον τομέα της ουσιοεξάρτησης.(ΕΚΤΕΠΝ,2012 ανακτήθηκε από: <http://www.ektepn.gr>).

Τέλος, τα Μ.Μ.Ε. παίζουν και αυτά με την σειρά τους καθοριστικό ρόλο στη πρόληψη της χρήσης ουσιών. Μέσα από τις εκστρατείες των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης(άρθρα, διαφημιστικά σποτάκια, ταινίες, το ραδιόφωνο, κ.ά.) το κοινό έχει τη δυνατότητα να ενημερωθεί για την χρήση των ουσιών, καθώς τα Μ.Μ.Ε. έχουν εισβάλλει στην ζωή μας με μεγάλη ταχύτητα και ασκούν μεγάλη επιρροή πάνω μας. (PERK, 2006).

5.4.1 Τύποι παρέμβασης για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης

Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης αποτελείται από μια σειρά ενεργειών με αλληλουχία μεταξύ τους, οι οποίες βοηθούν το άτομο να αποφύγει τον κίνδυνο της χρήσης των ουσιών. Οι ενέργειες αυτές είναι οι εξής: ανάπτυξη δεξιοτήτων του ατόμου, την ενημέρωση του ατόμου για τους κινδύνους των ουσιών και τέλος, την ενθάρρυνση του ατόμου. Οι παρεμβάσεις πρόληψης δεν αφορούν μόνο την συμπεριφορά του ατόμου αλλά εστιάζονται και στην αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμου και του κοινωνικού του περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα εξετάζονται οι κοινωνικοί, οι οικονομικοί, οι πολιτικοί και οι πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα το άτομο. (Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου, 2006).

Στο παρελθόν η πρόληψη διακρινόταν σε τρία επίπεδα: το πρωτογενή, το δευτερογενή και το τριτογενή επίπεδο πρόληψης. Η πρωτογενής πρόληψη εστίαζε τις παρεμβάσεις με κύριο στόχο την προστασία του ατόμου, έτσι ώστε να μην έρθει σε επαφή με τις ουσίες, η δευτερογενής είχε ως στόχο την μείωση της χρήσης ενώ η τριτογενής την μείωση της χρήσης και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που εμφανίζονται από αυτήν. Με το πέρασμα των χρόνων η παραπάνω τριαδική διάκριση της πρόληψης δέχτηκε διάφορες κριτικές και αμέσως μετά αντικαταστάθηκε από τους εξής τύπους παρεμβάσεων: την καθολική, την επικεντρωμένη, την ενδεδειγμένη και τέλος, τις περιβαλλοντικές στρατηγικές πρόληψης.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κάθε φορά που εφαρμόζονται παρεμβάσεις πρόληψης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής χαρακτηριστικά του ατόμου:0 προσωπικότητα, φύλο, ηλικία, πολιτισμικές και κοινωνικές συνθήκες αλλά και να εξυπηρετούν τις ανάγκες του. (ΕΚΤΕΠΝ,2012 ανακτήθηκε από: <http://www.ektepn.gr>).

Ø Καθολική πρόληψη

Η καθολική παρέμβαση επικεντρώνεται σε διάφορες ομάδες του γενικότερου κοινωνικού συνόλου(νέους σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, γονείς, εκπαιδευτικούς και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο) και έχει ως στόχο την προστασία και την αποχή από την χρήση των ουσιών. Για την εφαρμογή των προγραμμάτων καθολικής πρόληψης δεν προαπαιτούνται κάποιες προϋποθέσεις που θα πρέπει να πληροί το άτομο, που θα συμμετέχει σε αυτές. Επίσης, η καθολική πρόληψη έχει ορισμένα πλεονεκτήματα και ορισμένα μειονεκτήματα τα οποία είναι: (πλεονεκτήματα)το άτομο-στόχος δεν στιγματίζεται, προετοιμάζουν το πλαίσιο για την εφαρμογή στοχοθετημένων προγραμμάτων και τέλος παρέχουν τη δυνατότητα αντιμετώπισης κοινωνικών και αναπτυξιακών παραγόντων επικινδυνότητας που επηρεάζουν όλο τον πληθυσμό/ (μειονεκτήματα) μπορεί να μην υπάρξουν θετικά αποτελέσματα σε άτομα υψηλού κινδύνου, τέλος δυσκολία ανίχνευσης μιας επίδρασης (Ο.ΚΑ.Ν.Α., 2011).

Ø Επικεντρωμένη πρόληψη

Η επικεντρωμένη πρόληψη απευθύνεται σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού της νεανικής κοινότητας, οι οποίες εμφανίζουν ορισμένα χαρακτηριστικά που τις καθιστούν πιο ευάλωτες σε ότι αφορά την έναρξη και τη χρήση ουσιών. Χαρακτηριστικά των ομάδων αυτών αποτελούν: το οικογενειακό ιστορικό, η περιοχή διαμονής, μαθητές με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, κ.ά. (π.χ. άτομα που διαμένουν σε περιοχές οι οποίες θεωρούνται ως μέρη διακίνησης και χρήσης ουσιών διατρέχουν υψηλό κίνδυνο χρήσης ουσιών). Αξίζει να σημειωθεί ότι η επικεντρωμένη πρόληψη εφαρμόζεται όχι μόνο στο ίδιο το άτομο αλλά και στην οικογένειά του. Στην συνέχεια αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της επικεντρωμένης πρόληψης, τα οποία είναι: (πλεονεκτήματα), δίνεται η δυνατότητα για πρόωρη ανίχνευση του προβλήματος, αλλά και η δυνατότητα έγκαιρης κινητοποίησης των υπηρεσιών στήριξης ενώ τα (μειονεκτήματα) είναι: πιθανότητα στιγματισμού του ατόμου, δυσκολίες στον εντοπισμό ομάδων υψηλού κινδύνου. (Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου, 2006)

Ø Ενδεδειγμένη πρόληψη

Η ενδεδειγμένη πρόληψη απευθύνεται και εστιάζεται στο άτομο και μόνο, ενώ πιο συγκεκριμένα τα άτομα στα οποία απευθύνεται έχουν εμπλακεί ήδη στην χρήση ουσιών αλλά δεν θεωρούνται ουσιοεξαρτώμενα σύμφωνα με τα κριτήρια των εγχειρίδιων διάγνωσης που χρησιμοποιούνται στη ψυχοπαθολογική κλινική πρακτική. Επίσης, ορισμένα άτομα είναι πιθανόν να διαθέτουν ορισμένους από τους παράγοντες κινδύνου που τα καθιστούν επιρρεπή στην

έναρξη ουσιών, σε αυτή την περίπτωση χρήζουν θεραπευτικής παρέμβασης. Κύριος στόχος της συγκεκριμένης παρέμβασης είναι η πρόωρη διάγνωση και κατά συνέπεια η αποτροπή της ανάπτυξης της εξάρτησης. (PERK, 2006).

5.4.2 Περιβαλλοντικές στρατηγικές πρόληψης

Ενώ οι τρεις παραπάνω τύποι παρεμβάσεων εστιάζονται στο άτομο και στα χαρακτηριστικά του, σε αυτόν το τομέα ιδιαίτερο ρόλο παίζουν οι πολιτισμικοί, κοινωνικοί, φυσικοί και οικονομικοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν σε σχέση με το άτομο. Πιο συγκεκριμένα οι περιβαλλοντικές στρατηγικές πρόληψης έχουν ως στόχο την μεταβολή των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων μέσα στους οποίους οι νέοι κάνουν τις επιλογές τους.

Στον τομέα αυτό θεωρείται ότι νέοι αρχίζουν την χρήση ουσιών, όχι μόνο στη βάση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους, αλλά στη βάση μιας σειράς παραγόντων του περιβάλλοντος όπως οι κοινωνικές αντιλήψεις που υπάρχουν σχετικά με το τι είναι κοινωνικά αποδεκτό, οι κανόνες και οι νόμοι σχετικά με τη χρήση ουσιών και τέλος η εύκολη πρόσβαση σε ουσίες. (ΕΚΤΕΠΝ,2012 ανακτήθηκε από: www.ektepn.gr).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η καθολική παρέμβαση θεωρείται η πιο κατάλληλη για την πρόληψη που πραγματοποιείται στο επίπεδο της σχολικής κοινότητας, καθώς απευθύνεται σε νέους και παιδιά με σκοπό την αποφυγή ή την καθυστέρηση της χρήσης ουσιών, ενώ η επικεντρωμένη είναι πιο κατάλληλη για παιδιά χρηστών που θεωρούνται άτομα υψηλού κινδύνου ανάπτυξης παρόμοιων συμπεριφορών με τους γονείς τους. Επίσης, για άτομα τα οποία βρίσκονται σε επίπεδο δοκιμής ή έναρξης χρήσης ουσιών μια καλή προσέγγιση είναι η ενδεδειγμένη, μάλιστα είναι χρήσιμο ανάλογα με τα βασικά χαρακτηριστικά του άτομου-στόχου να εφαρμόζεται ο αντίστοιχος τύπος παρέμβασης. (Botvin & Griffin 2007).

5.4.3 Τρόποι παρέμβασης πρόληψης της ουσιοεξάρτησης

Στον 21^ο αιώνα η πρόληψη αποτελεί έναν από τους ακρογωνιαίους λίθους στον αγώνα για τη προαγωγή της δημόσιας υγείας. Στη χώρα μας έχουν εδραιωθεί πολλοί φορείς που έχουν ως κύριο στόχο την πρόληψη του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης. Παρακάτω αναφέρονται διάφοροι τρόποι που χρησιμοποιούν οι φορείς-υπηρεσίες προκειμένου να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης: Δικτύωση / Κινητοποίηση, Ενημέρωση / Ευαισθητοποίηση, Εκπαίδευση / Συμβουλευτική και τέλος η Νομοθεσία.

Ø Δικτύωση / Κινητοποίηση

Καμπάνιες ενημέρωσης του γενικότερου κοινωνικού συνόλου: σκοπός αυτών των δράσεων είναι η διάδοση της γνώσης στο γενικό πληθυσμό σχετικά με το θέμα της ουσιοεξάρτησης. Στην συνέχεια, για τη διάδοση του κεντρικού μηνύματος, χρησιμοποιείται μια σειρά από επικοινωνιακά μέσα, όπως: διανομή ενημερωτικών εντύπων, χρήση αφισών και διαφημίσεων, άρθρα σε εφημερίδες και περιοδικά, καθώς και ενημερώσεις μέσω διαδικτυακών καμπανιών. Σημαντικό ρόλο στο τομέα της δικτύωσης παίζει η παρουσία επιστημονικού προσωπικού (ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι) από διάφορες οργανώσεις σε κεντρικά σημεία των πόλεων, που ενημερώνει και απαντά σε ερωτήσεις του πληθυσμού.

Ακόμη, ένας άλλος τρόπος κινητοποίησης είναι η δημιουργία και η διανομή εκπαιδευτικού ενημερωτικού υλικού. Ενώ στο παρελθόν τα ενημερωτικά αυτά εγχειρίδια υπήρχαν μόνο σε έντυπη μορφή, τώρα διατίθεται και ηλεκτρονική μορφή: οπτικοακουστικό υλικό με τη μορφή διαδραστικού DVD. (EMCDDA, 2010).

Ø Ενημέρωση / Ευαισθητοποίηση

Βασικός στόχος της δράσης τέτοιου χαρακτήρα είναι η έγκυρη πληροφόρηση, η ανάπτυξη προστατευτικών δεξιοτήτων και η υιοθέτηση ασφαλέστερων συμπεριφορών, με παραγόμενες ωφέλειες την ενσωμάτωση της πρόληψης σε μία ευρύτερη εκπαιδευτική προσέγγιση και ως βασικού μέρους της ζωής και την ενίσχυση του αισθήματος ευθύνης στη μετέπειτα συμπεριφορά των νέων.

Βασική προϋπόθεση για την καταγραφή, τη διαμόρφωση και την εξέλιξη των στρατηγικών που εφαρμόζονται, αποτελεί η αξιολόγηση των δράσεων αυτών. Βασικό κριτήριο αποτελεί η αποδοχή των δραστηριοτήτων από τους πολίτες και ιδιαίτερα από τους νέους, καθώς και η πλήρης ενημέρωση του νεανικού πληθυσμού (ηλικίες 15-24) κάτι που καθιστά τις στρατηγικές αυτές ισχυρές στο τομέα της πρωτογενούς πρόληψης και κατά συνέπεια στην αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης ουσιών. (EMCDDA 2010).

Ø Εκπαίδευση / Συμβουλευτική

Εκτός από την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση σκόπιμη είναι και η εκπαίδευση γύρω από το θέμα της χρήσης ουσιών. Ωστόσο, σημαντικές είναι οι παρεμβάσεις σε σχολεία, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, όπου εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό (ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι) ενημερώνει για θέματα χρήσης ουσιών, καθώς και την αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς σε σχέση με την πρόληψη.

Επιπλέον, μεγάλη είναι η απήχηση του νεανικού πληθυσμού(ηλικίες 15-24), σε παρεμβάσεις, οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε χώρους όπου συχνάζουν κυρίως μέσω της συμμετοχής σε πολιτιστικά δρώμενα και εκδηλώσεις .

Ακόμη, η εκπαίδευση δεν αφορά μόνο την νεολαία αλλά και τους γονείς, με ενημερωτικές και εκπαιδευτικές ομιλίες σε συλλόγους γονέων και κηδεμόνων σε συνεργασία με τους τοπικούς κοινωνικούς φορείς. Για παράδειγμα, όσον αφορά παρεμβάσεις που απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους, παρέχεται συμβουλευτική, υλοποιούνται βιωματικά σεμινάρια στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, σε θέματα αντίληψης του εαυτού, στη διαμόρφωση κανονιστικών αντιλήψεων / στάσεων, καθώς και γενικότερα στη διερεύνηση θεμάτων που σχετίζονται με την πρόληψη. Για τους γονείς πραγματοποιούνται ομάδες βιωματικού συνήθως χαρακτήρα με κυριότερους στόχους τη βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και την υποστήριξη των γονέων στο ρόλο τους. (EMCDDA 2010).

5.4.4 Παρεμβάσεις πρόληψης σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Η πρόληψη σε μαθητές της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης περιλαμβάνει παρεμβάσεις οι οποίες είτε υλοποιούνται στο πλαίσιο των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας είτε σχεδιάζονται και υλοποιούνται από τα Κέντρα Πρόληψης καθώς και από άλλους φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης, σε συνεργασία με σχολεία της περιοχής τους.

Συγκεντρωτικά στοιχεία για την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κατά το σχολικό έτος 2009-2010 παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Συγκεκριμένα, σε παρεμβάσεις πρόληψης της ουσιοεξάρτησης το συγκεκριμένο σχολικό έτος συμμετείχαν συνολικά 7.802 μαθητές από 317 σχολεία Πρωτοβάθμιας και 15.877 μαθητές από 4WW08 σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Σε σχέση με το συνολικό σχολικό πληθυσμό της χώρας, κατά το σχολικό έτος 2009-2010 ένα μικρό μόνο ποσοστό σχολείων, εκπαιδευτικών και μαθητών δραστηριοποιήθηκαν στο χώρο της πρόληψης (είτε στο πλαίσιο της υλοποίησης των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας είτε εκτός Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας). Συγκεκριμένα, στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση κατά το σχολικό έτος 2009-2010, το 2,7% των σχολείων, το 0,3% των εκπαιδευτικών και το 1% των μαθητών της χώρας συμμετείχαν σε παρεμβάσεις πρόληψης για τη

χρήση ναρκωτικών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση ήταν 10,2%, 0,2% και 2,3% (Πίνακας 2).

| | Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση | | Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση | | | Αριθμός μαθητών |
|---|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------|
| | Αριθμός σχολικών μονάδων | Αριθμός εκπαιδευτικών | Αριθμός μαθητών | Αριθμός σχολικών μονάδων | Αριθμός εκπαιδευτικών | |
| Παρεμβάσεις στο πλαίσιο του θεσμού των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας (Στοιχεία: Υπουργείο Παιδείας) | 204 | 204 | 4.935 | 209 | 216 | 4.442 |
| Παρεμβάσεις εκτός πλαισίου Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας (Στοιχεία: Κέντρα Πρόληψης και άλλοι φορείς) | 113 | - | 2.867 | 187 | - | 10.995 |
| Παρεμβάσεις σε σχολεία (ΤΕΕ, ΕΠΑΣ) ΟΑΕΔ και άλλων Υπουργείων, πλην του Υπουργείου Παιδείας (Στοιχεία: Κέντρα Πρόληψης και άλλοι φορείς) | - | - | - | 12 | - | 440 |
| Σύνολο | 317 | 204 | 7.802 | 408 | 216 | 15.877 |
| Σχολικός πληθυσμός (ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2010) | 11.563 | 77.756 | 791.314 | 3.989 | 88.455 | 694.950 |
| Ποσοστό υλοποίησης καθολικών παρεμβάσεων πρόληψης (σύνολο) σε σχέση με το συνολικό σχολικό πληθυσμό της χώρας | 2,7% | 0,3% | 1% | 10,2% | 0,2% | 2,3% |

Πίνακας 2: Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κατά το σχολικό έτος 2009-2010 (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Σε σχέση με το προηγούμενο σχολικό έτος (2008-2009), κατά το σχολικό έτος 2009-2010 παρατηρήθηκε μικρή αύξηση στην εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης της χρήσης ναρκωτικών στα σχολεία της χώρας, αφού το σχολικό έτος 2008-2009, από το συνολικό σχολικό πληθυσμό, το 2,2% των σχολείων, το 0,2% των εκπαιδευτικών και το 0,9% των μαθητών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της χώρας συμμετείχαν σε παρεμβάσεις, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση ήταν 8,7%, 0,2% και 2% (ΕΚΤΕΠΝ 2010). Ωστόσο, τα δύο τελευταία σχολικά έτη (2008-2009 και 2009-2010) φαίνεται ότι υπάρχει μειωμένη συμμετοχή της σχολικής κοινότητας στην πρόληψη σε σχέση με τα προηγούμενα σχολικά έτη, αφού, για παράδειγμα, το σχολικό έτος 2005-2006 στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, από το συνολικό σχολικό πληθυσμό, το 6,3% των σχολείων, το 1% των εκπαιδευτικών και το 2,2% των μαθητών

συμμετείχαν σε παρεμβάσεις πρόληψης, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση ήταν 23,3%, 1% και 3,5% (ΕΚΤΕΠΝ, 2008).

Επιπλέον, το 2010 δημιουργήθηκαν από Κέντρα Πρόληψης τρία νέα εκπαιδευτικά υλικά για την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης σε παιδιά και εφήβους. Συγκεκριμένα, τα Κέντρα Πρόληψης της Εξάρτησης και Αγωγής Υγείας του Δήμου Αθηναίων ΑΘΗΝΑ ΥΓΕΙΑ δημιούργησαν το εκπαιδευτικό υλικό για παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας, *“Παραμύθι χωρίς όνομα”*, το Κέντρο Πρόληψης Νομού Γρεβενών ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ το εκπαιδευτικό υλικό *“Το μαγικό νησί”* για εφαρμογή παρεμβάσεων στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση και το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κηφισιάς ΠΡΟΝΟΗ το εκπαιδευτικό υλικό για παρεμβάσεις σε μαθητές Α΄ τάξης του δημοτικού, *“Ένα παραμύθι για την πρόληψη”*.

5.4.5 Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια

Εκτός από τη σχολική κοινότητα, οι γονείς αποτελούν τη βασικότερη ομάδα-στόχος για τις παρεμβάσεις πρόληψης στην Ελλάδα. Στο πλαίσιο αυτό, τα Κέντρα Πρόληψης, καθώς και άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης, σχεδιάζουν και υλοποιούν δύο τύπου παρεμβάσεις.

Ø **Παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης:** Βραχείες, ανοιχτές μεμονωμένες συναντήσεις ή κύκλοι συναντήσεων για γονείς σε θέματα πρόληψης, ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και διαπαιδαγώγησης των παιδιών.

Ø **Παρεμβάσεις εκπαίδευσης (ομάδες / σχολές γονέων):** Ομάδες (με μέγιστο αριθμό συμμετεχόντων τα 15 άτομα) βιωματικού συνήθως χαρακτήρα με κυριότερους στόχους τη βελτίωση της επικοινωνίας στην οικογένεια και την υποστήριξη των γονέων στο ρόλο τους. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν προκαθορισμένο αριθμό συναντήσεων, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις προβλέπεται η σύνθεση των ομάδων ανάλογα με τις ηλικιακές ανάγκες των παιδιών (γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας, σχολικής και εφηβικής ηλικίας) και αντίστοιχα η επεξεργασία εξειδικευμένων θεμάτων.

Επίσης, αρκετές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την εφαρμογή εκπαιδευτικών υλικών/ προγραμμάτων που έχουν δημιουργηθεί για παρεμβάσεις σε γονείς (ΕΚΤΕΠΝ 2010), ενώ μετά την ολοκλήρωση ενός πρώτου κύκλου συναντήσεων δίνεται η δυνατότητα σε όσους γονείς ενδιαφέρονται να συνεχίσουν σε επαναληπτικό κύκλο εκπαίδευσης (εμβάθυνσης).

Στοιχεία για τις καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης για γονείς, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του 2010, παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

| | Αριθμός παρεμβάσεων | Αριθμός συμμετεχόντων | Μέση διάρκεια παρέμβασης σε μήνες | Μέσος όρος συναντήσεων |
|---|---------------------|-----------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Παρεμβάσεις ενημέρωσης/ ευαισθητοποίησης (ανοιχτές συναντήσεις) | 364.03732 | 4.037 (149 ομάδες) | 3 | 2 |
| Παρεμβάσεις εκπαίδευσης ομάδες / σχολές γονέων) | 121 | 4.539 (317 ομάδες) | 5 | 11 |

Πίνακας 3: Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης σε γονείς κατά το έτος 2010

(ΕΚΤΕΠΝ 2011)

Η έμφαση που δίνεται στο ρόλο της οικογένειας στην πρόληψη φαίνεται και από το μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων στις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται για αυτή την ομάδα, γεγονός που ισχύει διαχρονικά στον τομέα της πρόληψης (ΕΚΤΕΠΝ 2008). Σε σχέση με το προηγούμενο έτος παρατηρείται μειωμένη συμμετοχή των γονιών σε παρεμβάσεις πρόληψης, ιδιαίτερα στις παρεμβάσεις ενημέρωσης / ευαισθητοποίησης, αφού το 2009 συμμετείχαν σε τέτοιου τύπου παρεμβάσεις 5.962 γονείς (208 ομάδες). Οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης έμειναν στα ίδια περίπου επίπεδα σε σχέση με το 2009, με μικρή μείωση στη συμμετοχή των γονέων, αφού το προηγούμενο έτος σε παρεμβάσεις εκπαίδευσης συμμετείχαν 4.842 γονείς (342 ομάδες) (ΕΚΤΕΠΝ 2010). Σε κάθε περίπτωση, η συμμετοχή των γονέων στα προγράμματα πρόληψης παρουσιάζει ανοδική πορεία. Ενδεικτικά αναφέρονται τα στοιχεία για το 2005, όπου είχαν πραγματοποιηθεί παρεμβάσεις ενημέρωσης / ευαισθητοποίησης με 1.943 συμμετέχοντες, ενώ σε παρεμβάσεις εκπαίδευσης συμμετείχαν 3.458 γονείς (ΕΚΤΕΠΝ 2006).

Στο 20,7% των παρεμβάσεων εκπαίδευσης που υλοποιήθηκαν το 2010 (25 από τις 121 παρεμβάσεις) συμμετείχαν γονείς (566 συνολικά) που είχαν λάβει μέρος σε ανάλογες δράσεις και στο παρελθόν, αφού ύστερα από αίτημά τους συνεχίστηκε η συμμετοχή τους σε επαναληπτικό κύκλο εκπαίδευσης. Έτσι, το 2010 συνεχίστηκαν τα αυξημένα αιτήματα των γονέων για επαναληπτικούς κύκλους των παρεμβάσεων που διοργανώνουν τα Κέντρα Πρόληψης, καθώς και οι άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης. Το 2009 οι επαναληπτικοί κύκλοι εκπαίδευσης ήταν 31 από το σύνολο των 122 παρεμβάσεων εκπαίδευσης, δηλαδή το 25,4% του συνόλου των παρεμβάσεων εκπαίδευσης (ΕΚΤΕΠΝ 2010),

ενώ το 2006 οι αντίστοιχοι αριθμοί ήταν 6 από το σύνολο των 87 παρεμβάσεων εκπαίδευσης, δηλαδή το 6,9% του συνόλου των παρεμβάσεων εκπαίδευσης (ΕΚΤΕΠΝ 2008).

5.4.6 Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην κοινότητα

Παρεμβάσεις εκτός σχολικού πλαισίου σε νέους

Στο πλαίσιο της συμμετοχής των νέων σε παρεμβάσεις πρόληψης, τα Κέντρα Πρόληψης καθώς και άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης, δεν περιορίζουν τη δράση τους μόνο στο χώρο του σχολείου, αλλά απευθύνονται επίσης σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών και σε εφήβους με παρεμβάσεις που πραγματοποιούν εκτός σχολικού πλαισίου (στο χώρο των Κέντρων / φορέων ή σε άλλα πλαίσια όπου βρίσκονται νέοι, π.χ. κατασκηνώσεις), ενώ για την υλοποίηση τέτοιων παρεμβάσεων έχουν δημιουργηθεί και χρησιμοποιούνται εκπαιδευτικά υλικά-προγράμματα (ΕΚΤΕΠΝ, 2010).

Στοιχεία για τις καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης για παιδιά προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά το έτος 2010 παρουσιάζονται στον Πίνακα 4. Σε σχέση με το 2009 παρέμειναν στα ίδια περίπου επίπεδα (το 2009 τα αντίστοιχα στοιχεία για παρεμβάσεις σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών ήταν: 18 παρεμβάσεις με τη συμμετοχή 1.075 παιδιών, ενώ για παρεμβάσεις σε εφήβους 10-18 ετών ήταν: 19 παρεμβάσεις με τη συμμετοχή 706 εφήβων), κάτι που συμβαίνει και τα τελευταία χρόνια, αφού για παράδειγμα το 2005 τα αντίστοιχα στοιχεία για παρεμβάσεις σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών ήταν: 17 παρεμβάσεις με τη συμμετοχή 965 παιδιών (42 ομάδες). Οι παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν το 2005 για εφήβους ήταν 19 με τη συμμετοχή 613 ατόμων (31 ομάδες). Η πλειονότητα των παρεμβάσεων αφορά τη συμμετοχή των παιδιών και των εφήβων σε ομάδες βιωματικού χαρακτήρα (20 παρεμβάσεις με τη συμμετοχή 694 παιδιών και εφήβων), ενώ αρκετές παρεμβάσεις αφορούν την ανάμειξη των παιδιών σε δημιουργικές δραστηριότητες αξιοποίησης ελεύθερου χρόνου (9 παρεμβάσεις με τη συμμετοχή 742 παιδιών και εφήβων). (ΕΚΤΕΠΝ, 2010).

| | Αριθμός παρεμβάσεων | Αριθμός συμμετεχόντων | Μέση διάρκεια παρέμβασης σε μήνες | Μέσος όρος συναντήσεων |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------------------|------------------------|
| Παρεμβάσεις σε ηλικίες 4-12 ετών | 18 | 1.161 (40 ομάδες) | 2 | 9 |
| Παρεμβάσεις σε εφήβους 10-18 ετών | 18 | 807 (40 ομάδες) | 4 | 10 |

Πίνακας 4: Στοιχεία καθολικών παρεμβάσεων πρόληψης σε παιδιά προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας κατά το έτος 2010 (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

5.5 Φορείς που υλοποιούν παρεμβάσεις πρόληψης στην Ελλάδα

Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα υλοποιείται κυρίως από το πανελλαδικό δίκτυο των 71 Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας, το οποίο λειτουργεί στο πλαίσιο της συνεργασίας του ΟΚΑΝΑ με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τοπικούς φορείς. Παρεμβάσεις πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών υλοποιούνται επίσης από το Υπουργείο Παιδείας, Διά Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, κατά κύριο λόγο μέσω της υλοποίησης των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Επιπλέον, παρεμβάσεις πρόληψης πραγματοποιούν και άλλοι φορείς από το χώρο των εξαρτήσεων, της υγείας κτλ., οι οποίοι μεταξύ άλλων δραστηριοποιούνται και στον τομέα της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης. Στους φορείς αυτούς συμπεριλαμβάνονται τρεις μη κυβερνητικοί φορείς (ΚΕΘΕΑ, Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης και Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός), δύο κρατικοί φορείς (Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών και Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων του ΑΡΓΩ του ΨΝΘ), μία εθελοντική οργάνωση (Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ στην Πάτρα για έναν άλλο τρόπο ζωής) και δύο φορείς της Εκκλησίας (Ίδρυμα Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ της Αρχιεπισκοπής Αθηνών και Οργανισμός Προαγωγής της Υγείας ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΚΡΙΜΑΙΑΣ της Ιεράς Μητροπόλεως Αιτωλοακαρνανίας και Ακαρνανίας).

Επιπλέον, το 2010 ο ΟΚΑΝΑ συνεργάστηκε με το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας στο πλαίσιο της κοινής δράσης σε θέματα εξαρτήσεων στις Ένοπλες Δυνάμεις και στις αρχές του 2011 ανακοινώθηκε το σχετικό Μνημόνιο Συναντίληψης και Συνεργασίας μεταξύ Υπουργείου Εθνικής Άμυνας και Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

5.6 Νομοθεσία

Στη χώρα μας για το θέμα της χρήσης ουσιών υπάρχει η εξής νομοθεσία: Μεταχείριση εξαρτημένων χρηστών από ναρκωτικές ουσίες: 1) Όσοι απέκτησαν την έξη της χρήσης ναρκωτικών και δεν μπορούν να την αποβάλουν με τις δικές τους δυνάμεις, υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση κατά τους όρους του άρθρου αυτού και των άρθρων 31–35. 2) Η συνδρομή ή μη των προϋποθέσεων της προηγούμενης παραγράφου διαπιστώνεται κατά την άσκηση της ποινικής δίωξης και σε κάθε φάση της ποινικής διαδικασίας, σύμφωνα με την αρχή της ηθικής αποδείξεως, όπως ορίζεται από το άρθρο 177 του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας. 3) Για τη διάγνωση της εξάρτησης ενός προσώπου από ναρκωτικά συνεκτιμώνται ιδίως ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα στοιχεία: πιστοποιήσεις αναγνωρισμένων υπηρεσιών απεξάρτησης, χορήγησης

υποκαταστάτων ή ανταγωνιστικών στα οπιοειδή ουσιών, περίθαλψης για παθήσεις συνδεόμενες με τη χρήση ουσιών, ψυχολογικά και κοινωνικά δεδομένα που αφορούν τον κατηγορούμενο, ευρήματα εργαστηριακών εξετάσεων που αποκαλύπτουν χρήση ναρκωτικών για μακρόχρονες περιόδους. Σε κάθε φάση της ποινικής διαδικασίας δύναται να διαταχθεί πραγματογνωμοσύνη είτε αυτεπάγγελτα είτε μετά από αίτημα του κατηγορουμένου, προκειμένου να καθοριστεί αν πράγματι υπάρχει εξάρτηση, όπως επίσης και το είδος και η βαρύτητα αυτής. Η αποδοχή ή η απόρριψη του αιτήματος για πραγματογνωμοσύνη πρέπει να αιτιολογείται ειδικά. Η πραγματογνωμοσύνη συνεκτιμάται με τα παραπάνω διαγνωστικά κριτήρια. Πίνακας με τις υπηρεσίες που πληρούν τις προϋποθέσεις για τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης διαβιβάζεται ανά έτος στον αρμόδιο εισαγγελέα με ευθύνη των Υπουργείων που τις εποπτεύουν. Οι εργαστηριακές εξετάσεις διενεργούνται από αρμόδια δημόσια εργαστήρια της χώρας, όπως τα πανεπιστημιακά εργαστήρια και τα εργαστήρια των Ιατροδικαστικών Υπηρεσιών και τα εργαστήρια της Ελληνικής Αστυνομίας. 4) Δράστης, στο πρόσωπο του οποίου κατά το χρόνο της πράξης συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παραγράφου 1, αν είναι υπαίτιος τέλεσης: α. Των πράξεων του άρθρου 29 παράγραφοι 1 και 2 παραμένει ατιμώρητος. ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ) 969β. Των πράξεων του άρθρου 20 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) έτους. γ. Των πράξεων του άρθρου 21 παράγραφοι 1 εδάφιο β' και 2 τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός (1) έτους. δ. Των πράξεων του άρθρου 22 τιμωρείται με πρόσκαιρη κάθειρξη μέχρι δέκα (10) ετών. 5) Ο κατά νόμο ποινικός χαρακτήρας των πράξεων που τελέστηκαν από δράστη, στο πρόσωπο του οποίου συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παραγράφου 1, κρίνεται με βάση την απειλούμενη στην παράγραφο 4 στοιχεία β', γ' και δ' ποινή. (Άρθρο 30, ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ).

Ανακεφαλαίωση

Το 5ο Κεφάλαιο αναφέρεται στην σπουδαιότητα της πρόληψης. Αφού κάναμε μια σύντομη ιστορική αναδρομή και αναφέραμε υπηρεσίες – φορείς και κέντρα της χώρας που παρέχουν υπηρεσίες απεξάρτησης των χρηστών από ουσίες, τονίσαμε τις παρεμβάσεις πρόληψης της ουσιοεξάρτησης. Αναλύσαμε τους τύπους παρέμβασης, τις στρατηγικές πρόληψης και τους τρόπους τόσο σε ατομικό όσο και κοινωνικό επίπεδο συμπεριλαμβανομένου και τις σχολικές κοινότητες.

Μέσα από συγκεντρωτικά στοιχεία ερευνών παραθέσαμε σημαντικές πληροφορίες για τις παρεμβάσεις πρόληψης σε μαθητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Τέλος, παραθέσαμε στοιχεία της Ελληνικής Νομοθεσίας για την χρήση ουσιών.

Κεφάλαιο 6^ο

Η αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης

6.1 Εισαγωγή

Το κεφάλαιο έξι αναφέρεται στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Εκτός από την πρόληψη του φαινομένου ουσιαστικό ρόλο παίζει η αποτελεσματική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ουσιοεξάρτησης όταν αυτή εμφανιστεί. Δύο είναι τα είδη αντιμετώπισης: α) η συμβουλευτική και β) η θεραπευτική.

6.2 Η συμβολή της συμβουλευτικής αντιμετώπισης για την ουσιοεξάρτηση

Τα Συμβουλευτικά κέντρα όπως και τα θεραπευτικά προγράμματα είναι ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών και δράσεων βοήθειας, που έχουν ως πρωταρχικό τους ρόλο την έγκαιρη παρέμβαση και αντιμετώπιση της εξάρτησης. Μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ανηλίκων και των εφήβων επάνω στο θέμα των ναρκωτικών και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που προκύπτουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Εκτός από τα Κέντρα Απεξάρτησης ουσιών, υπάρχουν τα Κέντρα Επανάταξης και τα Κέντρα Οικογενειακής Υποστήριξης, όπου οι ειδικοί φροντίζουν για την ενημέρωση, την συμβουλευτική και θεραπευτική στήριξη των μελών της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου που είναι εξαρτημένο από ουσίες και συμβάλλουν καθοριστικά στην άμεση αντιμετώπιση και απεξάρτηση. (ανακτήθηκε από: <http://www.kethea.gr/el-gr>)

Μετά από έρευνα που διεξήχθη από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), τα 40 με 44 συμβουλευτικά κέντρα που λειτουργούν στη χώρα μας, το έτος 2010 παρείχαν τις υπηρεσίες συμβουλευτικής αντιμετώπισης σε 5.895 άτομα, τα οποία χρειάστηκαν βοήθεια για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της χρήσης ουσιών. Από αυτά τα άτομα τα 679 ήταν έφηβοι και 5.216 ήταν ενήλικες.

Το 61% των εν λόγω ατόμων επικοινωνούσαν στα συμβουλευτικά κέντρα για πρώτη φορά. Πιο συγκεκριμένα, το 85% που απευθύνονταν ήταν άντρες και το 91,7% ήταν άτομα κάτω των 40 χρόνων. Η κύρια ουσία χρήσης των θεραπευομένων ατόμων ήταν τα οπιούχα (80,8%), η κάνναβη

(11,7 %), η κοκαΐνη (4,9%) και το αλκοόλ (1%). Επίσης, στα συμβουλευτικά κέντρα εφήβων αναφέρονται οι κύριες αιτίες εξάρτησης. Η κάνναβη και τα οπιούχα ήταν σε ποσοστό μεγαλύτερο των (44,4%) και (47,4,%), αντίστοιχα ποσοστά στα συμβουλευτικά κέντρα ενηλίκων ήταν η κάνναβη (7,1 %) και τα οπιούχα (85,5%).

Τα συμβουλευτικά κέντρα είναι κατάλληλα διαμορφωμένα προκειμένου να τηρείται εξειδικευμένο πρόγραμμα καθορισμένο στις ανάγκες και απαιτήσεις του θεραπευομένου, κάθε κατηγορίας εξαρτημένου ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, 9 στα 10 κέντρα προσφέρουν υπηρεσίες βασισμένες σε άτομα υπό δικαστική επιτήρηση ή αναστολή, 8 στα 10 σε αποφυλακισμένους, 7 στα 10 σε μετανάστες , 6 στα 10 σε άστεγους, 1 στα 2 σε υπόδικους κ.α. Σε αυτά τα κέντρα οι θεραπευόμενοι ενημερώνονται, ευαισθητοποιούνται, συμμετέχουν σε ατομική, ομαδική ψυχοθεραπεία και αναλύουν τρέχοντα θέματα γνωστικής γι αυτούς σημασίας.

Εν κατακλείδι, στην Ελλάδα το 2010 λειτούργησαν συνολικά 75 θεραπευτικά προγράμματα/ μονάδες που παρείχαν θεραπευτική βοήθεια. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς που παρέχουν συμβουλευτικά προγράμματα στους θεραπευόμενους, είναι:

- 1) ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)
 - 2) το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)
 - 3) η Μονάδα Απεξάρτησης 18 και Άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής
 - 4) το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,
 - 5) η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών
 - 6) Δημόσια Νοσοκομεία (σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ)
 - 7) το Ανεξάρτητο Σωματείο ΘΗΣΕΑΣ
 - 8) το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών και το Υπουργείο Δικαιοσύνης.
- (ανακτήθηκε από: http://www.ektepn.gr/images/TAKIS/EKTHESI/EKTHESI_2011_KEF_6.pdf)

6.3 Η συμβολή της θεραπευτικής αντιμετώπισης για την ουσιοεξάρτηση

Οι ουσίες μπορούν εύκολα να εισβάλλουν στην ζωή του ανθρώπου και ιδιαίτερα όταν είναι συναισθηματικά ευάλωτος και σε νεαρή ηλικία.

Η θεραπεία ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, στοχεύει στο να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης. Με αυτόν τον τρόπο έχει δημιουργηθεί μια ποικιλία θεραπευτικών προγραμμάτων στην Ελλάδα.

Τα θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα είναι:

- Θεραπευτικό Πρόγραμμα που στοχεύει στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση
- Θεραπευτικό Πρόγραμμα που στοχεύει στην ιατροκεντρική προσέγγιση
- Προγράμματα αυτοβοήθειας
- Προγράμματα και Δράσεις για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα που στοχεύει στη ψυχοκοινωνική προσέγγιση, ασχολείται με τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που οδήγησαν τον θεραπευόμενο στη χρήση ουσιών. Η εξάρτηση μπορεί να θεωρηθεί και σύμπτωμα μιας ψυχολογικής και κοινωνικής δυσλειτουργίας. Το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα απασχολεί έφηβους χρήστες αλλά και ομάδες με άλλα κοινωνικά προβλήματα εκτός από τα ναρκωτικά. Οι πρώτες θεραπευτικές κοινότητες στην Ελλάδα ιδρύθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '80 και ξεκίνησαν να πρωτοεμφανίζονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (18 άνω) και στο Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ).

Το συγκεκριμένο Θεραπευτικό Πρόγραμμα έχει βασικό στόχο να απομακρύνει το άτομο από κάθε κατάσταση, να το οδηγήσει σε μια «υγιή καθημερινότητα», να του ενισχύσει τον ψυχικό και κοινωνικό του κόσμο και να τον προετοιμάσει για κάθε είδος αντιξοότητας του προκύψει, στη διάρκεια της ζωής του. Επιπροσθέτως, στόχος του εν λόγω προγράμματος είναι: η αλλαγή του τρόπου ζωής και συμπεριφοράς, η επαγγελματική αποκατάσταση, η εξάλειψη κάθε μορφής παραβατικότητας και η κοινωνική επανένταξη.

Το θεραπευτικό πρόγραμμα για να έχει θετικά αποτελέσματα αναγκαίο κρίνεται να τηρείται απαρέγκλιτα και να βασίζεται στο συγκεκριμένο θεραπευτικό συμβόλαιο. Το θεραπευτικό συμβόλαιο πρόκειται, για μια άτυπη μορφή έγγραφη ή μη συμβολαίου που προκύπτει και στόχο έχει να τεθούν όρια, κανόνες και στόχοι στον θεραπευόμενο.

Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα που στοχεύει στην ιατροκεντρική προσέγγιση, βασίζεται στη θεραπεία με ιατρικά υποκατάστατα. Η θεραπεία με υποκατάστατα απευθύνεται σε

εξαρτημένα άτομα από ουσίες και αλκοόλ. Στην Ελλάδα σήμερα την θεραπεία αυτή την εφαρμόζει ο ΟΚΑΝΑ μέσω των Μονάδων Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης. Αντίστοιχα στην Ελλάδα λειτουργούν 75 μονάδες θεραπείας των χρηστών.

Οι στόχοι του προγράμματος με υποκατάστατα είναι:

- Να υπάρχει προσέγγιση του πληθυσμού των εξαρτημένων
- Να πετύχει υψηλό ποσοστό συγκράτησης στη θεραπευτική διαδικασία
- Να πετύχει διακοπή ή μείωση της χρήσης ουσιών
- Να βελτιώσει την υγεία των χρηστών και να τους προστατεύσει από τα διάφορα άλλα νοσήματα
- Να συμβάλει στην κοινωνική επανένταξη και στην πλήρη απεξάρτηση.

Τα Προγράμματα Αυτοβοήθειας: απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ και στο ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Κύριοι άξονες του προγράμματος είναι: α) η παραδοχή της κατάστασης του χρήστη, β) η συμβουλευτική υποστήριξη (ατομικό ή ομαδικό επίπεδο), γ) η υποστήριξη σε νομικά, ιατρικά και εκπαιδευτικά ζητήματα και η υποστήριξη σε επαγγελματική ένταξη. Σε αυτό το πρόγραμμα ο θεραπευόμενος μπορεί να συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες (εκπαιδευτικού ή πολιτικού τύπου). Η θεραπεία είναι μια διαδικασία επίπονη, μακροχρόνια και ο χρήστης θα πρέπει να έχει δύναμη, επιμονή, υπομονή και θέληση να την ακολουθήσει με απώτερο στόχο να επιλύσει το πρόβλημά του.

Το πρόγραμμα αυτό βοηθά επίσης και το οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο παίζει καθοριστικό ρόλο στην ψυχολογική στήριξη του χρήστη.

Συνοψίζοντας, με τα στοιχεία του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), τα ποσοστά των θεραπευομένων ανά θεραπευτικό πρόγραμμα το έτος 2010, είναι:

- Ο αριθμός των θεραπευομένων με το πρόγραμμα υποκατάστατων είναι 6.264/2010
- Ο αριθμός των θεραπευομένων με το πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης είναι 1.803/2010
- Ο αριθμός των θεραπευομένων στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος είναι 275/2010
- Ο αριθμός των θεραπευομένων στις μονάδες σωματίων αποτοξίνωσης είναι 260/2010

Το σύνολο των θεραπευομένων στα παραπάνω προγράμματα φθάνει στο 8.602 άτομα.

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο ο αριθμός των ατόμων οι οποίοι βρίσκονται σε θεραπεία με υποκατάστατα αυξάνεται συνεχώς. Το 2009 συγκεκριμένα αναφέρεται σύμφωνα με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), ότι παρακολούθησαν το πρόγραμμα υποκατάστατων 700.000 άτομα περίπου, ενώ το 2008 παρακολούθησαν γύρω στα 670.000 άτομα, το 2007 παρακολούθησαν γύρω στα 650.000 άτομα και 500.000 άτομα παρακολούθησαν το 2003.

(ανακτήθηκε από: http://www.ektepn.gr/images/TAKIS/EKTHESI/EKTHESI_2011_KEF_6.pdf)

Ωστόσο, υπάρχει και η θεραπεία ουσιοεξάρτησης μέσω του διαδικτύου: οι τρόποι επαφής με τους χρήστες των ναρκωτικών, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας και την Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα ναρκωτικά 2014. Πιο συγκεκριμένα, στις ημέρες μας το διαδίκτυο είναι ένα μέσο βοήθειας και αμεσότητας για τον κάθε χρήστη που μπορεί να έχει πρόσβαση. Είναι ένα μέσο παροχής προγραμμάτων εκπαίδευσης, πρόληψης και θεραπείας το οποίο σχετίζεται με τα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Το EMCDDA αναφέρεται στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης με τη βοήθεια του IBDT (Internet – based Drug Treatment), η οποία επεκτάθηκε στην Ευρώπη τα τελευταία 10 χρόνια. Δίνουν βάση και μεγάλη υπευθυνότητα στα δεδομένα και τηρείται η εχεμύθεια. Βοηθάει χρήστες με το να γίνει πιο εύκολη και γρήγορη η πρόσβασή τους σε ειδικευμένες υπηρεσίες, με βάση το πρόβλημα εξάρτησης που έχουν.

Συνεχώς αναπτύσσονται τα θεραπευτικά προγράμματα τα οποία ανταποκρίνονται σε εξαρτημένα άτομα. Έτσι, αναπτύσσεται και το πρόγραμμα του IBDT και προσφέρουν βοήθεια στους χρήστες, οι οποίοι χρίζουν βοήθεια για την επίλυση του προβλήματος τους.(ανακτήθηκε από: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/internet-based-drug-treatment>).

Προγράμματα και Δράσεις για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών:

Ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών ιδρύθηκε το 1995.

Σκοπός του OKANA είναι:

- Η μελέτη του προβλήματος
- Ο σχεδιασμός
- Η πρόληψη
- Η θεραπεία
- Η ίδρυση και η λειτουργία των κέντρων πρόληψης.

- Η αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων

Ο Οργανισμός συνεργάζεται με διάφορους τομείς (υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα) καθώς επίσης και με Ευρωπαϊκούς και Διεθνείς Οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας) και για μελέτες προβλήματος (ναρκωτικών) σε εθνικό επίπεδο συνεργάζεται με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία.

Κέντρα πρόληψης του Ο.ΚΑ.ΝΑ - οι δράσεις των κέντρων πρόληψης του Ο.ΚΑ.ΝΑ περιλαμβάνουν:

- Παροχή δράσεων που είναι μακρόχρονες και βραχύχρονες σε εκπαιδευτικούς και μαθητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
- Παροχή μακρόχρονων και βραχύχρονων δράσεων σε εφήβους και νέους εντός και εκτός σχολείου
- Παροχή μακρόχρονων και βραχύχρονων δράσεων σε γονείς
- Παρέμβαση σε ομάδες κληρωτών και στελεχών των ενόπλων Δυνάμεων
- Παρέμβαση σε εθελοντές, για να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη ως πολλαπλασιαστές διευκολυντές.
- Παρέμβαση στην ευρύτερη κοινωνία, που απευθύνεται σε Μ.Μ.Ε, φοιτητές, επαγγελματίες υγείας, στελέχη Αστυνομίας.
- Καθώς και άλλα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης, εκδηλώσεις και ημερίδες. (ανακτήθηκε από: <http://www.okana.gr/index.php/2012-02-03-13-02-03/kentraprolipsis>).

Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) είναι το μεγαλύτερο δίκτυο υπηρεσιών απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης. Βρίσκεται κοντά στους χρήστες και στις οικογένειες αυτών από το 1983. Το ΚΕΘΕΑ απευθύνεται σε άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν πρόβλημα με το αλκοόλ, τον τζόγο, το διαδίκτυο, τις ουσίες. Παρέχει συμβουλευτική και θεραπεία απεξάρτησης, οικογενειακή υποστήριξη, φροντίδα για θέματα υγείας, νομικές εκκρεμότητες, εκπαίδευση και κατάρτιση, επανένταξη στην κοινωνία. Στόχος του ΚΕΘΕΑ είναι:

α) η πλήρης αποχή από τις ουσίες και β) η ισότιμη επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία.

Κέντρα πρόληψης του ΚΕ.ΘΕ.Α. – οι δράσεις των κέντρων πρόληψης του ΚΕ.ΘΕ.Α περιλαμβάνουν:

- Τμήματα πρόληψης στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια εκπαίδευση

- Κινητή μονάδα ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ και
- Μονάδα πρόληψης ΙΚΑΡΟΣ , για παρεμβάσεις σε ομάδες υψηλού κινδύνου (ανακτήθηκε από: <http://www.kethea.gr/el-gr/ενημέρωσηπρόληψη.aspx>).

Κέντρα πρόληψης του 18 Άνω – οι δράσεις των κέντρων πρόληψης του 18 Άνω περιλαμβάνουν:

Η Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών – Τοξικομανών 18 Άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α.) ξεκίνησε την λειτουργία του από το 1969 – 1995 όπου χωρίστηκαν σε δύο τμήματα: Τμήμα Αλκοολικών και τμήμα Τοξικομανών. Το πρόγραμμα στελεχώνεται από Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχιάτρους, Επισκέπτες Υγείας. Το πρόγραμμα μονάδας για τους ενήλικες χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

Φάση ευαισθητοποίησης: Σε αυτή τη φάση δημιουργείται η ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου στο πρόβλημά του, η σταθεροποίηση της απόφασής του, η εμπλοκή του στη θεραπευτική διαδικασία και η ένταξή του στο θεραπευτικό πλαίσιο. Στην αρχή αυτής φάσης δημιουργούνται ατομικές συνεδρίες του εξαρτούμενου με τον θεραπευτή δύο φορές την εβδομάδα. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης η οποία διαρκεί περίπου τρεις μήνες ο θεραπευόμενος παρακολουθείται από τον ατομικό του θεραπευτή και συμμετέχει σε ομάδες εμπύχωσης, ευαισθητοποίησης, έκφρασης και τέχνης, δημιουργικής ενασχόλησης, γυμναστικής, κ.α. Παράλληλα οι γονείς συμμετέχουν στο πρόγραμμα του Τμήματος Οικογένειας (με ατομικές και ομαδικές συναντήσεις με τους ειδικούς θεραπευτές καθώς και ομάδες ειδικά για οικογένειες).

Φάση ψυχολογικής απεξάρτησης: Η φάση αυτή είναι κλειστή και πραγματοποιείται στο περίπτερο 18 ΑΝΩ, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και διαρκεί 6 – 7 μήνες περίπου. Οι θεραπευόμενοι, δεν έχουν καμία επαφή με το οικείο περιβάλλον αλλά και κανένα άλλον εκτός από τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Μέσα από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία αλλά και άλλες θεραπευτικές διαδικασίες, όπως η δραματοθεραπεία, εργοθεραπεία, γυμναστική, είναι υπεύθυνοι για το χώρο που ζουν (καθαριότητα, μαγείρεμα κ.λ.π.), αλλά και για τις σχέσεις τους με τα μέλη άλλων ομάδων. Στη φάση της ψυχολογικής απεξάρτησης, το εξαρτημένο άτομο, ανακαλύπτει τον πραγματικό του εαυτό και τους λόγους που το οδήγησαν στη χρήση ουσιών και την εξάρτησή του από αυτές.

Φάση κοινωνικής επανένταξης: Η φάση αυτή πραγματοποιείται σε ξεχωριστό χώρο. Η διάρκειά της είναι περίπου 10-12 μήνες και θεωρείται πλέον δύσκολη. Κατά τη διάρκεια αυτών των 10-12 μηνών το εξαρτώμενο άτομο προετοιμάζεται για την ένταξή του στο κοινωνικό

σύνολο αντιμετωπίζοντας πολλά προβλήματα και δυσκολίες. Λειτουργούν εκτός από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, ομάδες ραδιοφώνου, θεάτρου, μουσικής, τέχνης, φωτογραφίας, αγγειοπλαστικής, κοσμήματος, δημιουργίας και πολιτισμού, βιβλίου, έκφρασης κινηματογράφου σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους. (ανακτήθηκε από: www.18ano.gr)

6.4 Οι συμβουλευτικές τηλεφωνικές γραμμές επικοινωνίας και υποστήριξης στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης

Ο όρος τηλεφωνική γραμμή άμεσης κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης δηλώνει την επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ εξυπηρετούμενου και ατόμου. Προσφέρει βοήθεια και υποστήριξη συμβουλευτική ή και ψυχολογική μέσω τηλεφώνου στο άτομο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα. Αν και η επικοινωνία είναι ελεύθερη συνήθως μέσω τηλεφώνου, η συζήτηση στηρίζεται σε κάποιες αρχές (εχεμύθεια, απόρρητο, προσεκτική ακρόαση και υπευθυνότητα). (Γιωτάκος, κ.α., 2005 και Πελλένη, χ.χ.).

Ως οι σημαντικότερες τηλεφωνικές γραμμές επικοινωνίας και υποστήριξης για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης θα μπορούσαμε να καταθέσουμε τις παρακάτω:

1. Γραμμή βοήθειας για τις εξαρτήσεις: Δίκτυο πρόληψης και έγκαιρης παρέμβασης του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) – 1145.
2. Ανοικτή τηλεφωνική γραμμή SOS: Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) – 1031.
3. Ανοικτή γραμμή 18 Άνω: 210-36.17.089 - Είμαι Εξαρτημένος. Τι να κάνω; (ανακτήθηκε από: www.kethea.gr & www.okana.gr & www.18Ano.gr).

Λίγα λόγια για τις τηλεφωνικές γραμμές:

1. Γραμμή βοήθειας για τις εξαρτήσεις – ΚΕΘΕΑ 1145 :

Η τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ τέθηκε σε λειτουργία από το θεραπευτικό πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ το έτος 2000, στο πλαίσιο της Κοινωνικής Πρωτοβουλίας URBAN. Η τηλεφωνική γραμμή ΚΕΘΕΑ είναι μέλος της FESAT (Ευρωπαϊκή Ένωση Τηλεφωνικών Γραμμών Βοήθειας για τα Ναρκωτικά). Με αστική χρέωση από κάθε σημείο της Ελλάδας, το 1145 όπου με εγγυημένο το απόρρητο των πληροφοριών και την ανάγκη των καλούντων οι οποίοι είναι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, αλλά ακόμα και στους συγγενείς και φίλους οι οποίοι θέλουν να ενημερωθούν και να βοηθήσουν. Ενημερώνει και πληροφορεί για τις υπηρεσίες αντιμετώπισης του προβλήματος σε όλη τη χώρα.

Σημαντική είναι η προσφορά της τηλεφωνικής υπηρεσίας, της εμπιστοσύνης και της εχεμύθειας που μεταφέρει (ανακτήθηκε από: <http://www.kethea.gr/el-gr/θεραπευτικάπρογράμματα>).

2. Ανοικτή τηλεφωνική γραμμή SOS - OKANA :1031

Η τηλεφωνική γραμμή SOS 1031 του OKANA ξεκίνησε να λειτουργεί το Σεπτέμβριο του 2000. Στελεχώνεται από ειδικά εκπαιδευμένο και έμπειρο προσωπικό και είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Υπηρεσιών Τηλεφωνικής Βοήθειας (FESAT).

Βασικός στόχος της τηλεφωνικής γραμμής SOS, είναι:

- Να δίνει πληροφορίες σχετικά με τις ψυχοτρόπες ουσίες, την χρήση τους, την πρόληψή τους, για την λειτουργία του Κέντρου και την θεραπεία που προσφέρεται το σύνολο των υπηρεσιών και των προγραμμάτων του OKANA
- Να προσφέρει ατομική συμβουλευτική υποστήριξη μικρής διάρκειας
- Να προσφέρει άμεση βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη και ιδιαίτερα σε καταστάσεις κρίσεις οι οποίες είναι σχετικές με τις ουσίες.

Να αναφέρουμε ότι η τήρηση του απόρρητου καθώς και η εχεμύθεια, είναι βασικές αξίες που πρέπει να υπάρχουν.

Επιπρόσθετα, οι τηλεφωνικές γραμμές συλλέγουν, καταγράφουν, αξιολογούν τους εξυπηρετούμενους δίνοντας στατιστικά στοιχεία για τους πάσχοντες και ενισχύοντας περαιτέρω υπηρεσίες. Το ειδικευμένο προσωπικό της Τηλεφωνικής Γραμμής είναι στη διάθεση του κοινού, καλώντας το τετραψήφιο νούμερο 1031 από Δευτέρα έως Παρασκευή και ώρες 8:00 έως 16:00. (ανακτήθηκε από: <http://www.okana.gr/meiwshtshsblabhs/thlefwnikhgrammi>)

3. Ανοικτή γραμμή 18 Άνω: 210.36.17.089 (ουσιών) – 210.33.04.177-8 (αλκοόλ)

Στον Συμβουλευτικό Σταθμό:

- Παροχή πληροφοριών στα εξαρτημένα άτομα για θέματα που τους αφορούν
- Ενημέρωση των εξαρτημένων ατόμων
- Ευαισθητοποίηση του εξαρτημένου ατόμου σχετικά με το πρόβλημα του
- Παροχή πληροφοριών σε οικογένεια και φίλους.

Επίσης, λειτουργούν προγράμματα συμβουλευτικής γονέων και θεραπείας οικογένειας. (ανακτήθηκε από: <http://www.18ano.gr/programs.html>).

Στις μέρες μας, τόσο τα άτομα που βιώνουν κάποιο πρόβλημα, όσο και οι ανήλικοι και οι έφηβοι που μπορεί να είναι χρήστες ουσιών και εθισμένοι στο αλκοόλ, διστάζουν να πάνε να ζητήσουν βοήθεια σε κάποια από τα συμβουλευτικά κέντρα. Προκειμένου να αισθανθούν καλύτερα καταφεύγουν στις τηλεφωνικές γραμμές επικοινωνίας και υποστήριξης. Αυτός ο τρόπος επικοινωνίας είναι πολύ πιο προσιτός στους εξαρτημένους, γι αυτό και χρόνο με τον χρόνο αυξάνονται αυτού του είδους οι τηλεφωνικές γραμμές. Το μέσο αυτό για βοήθεια και υποστήριξη, μπορεί να είναι ένα μέσο έκφρασης, πιο άμεσο που ο εξυπηρετούμενος μπορεί να εκφράσει πιο άνετα το πρόβλημά του. Είναι και ένα μέσο το οποίο μπορεί να διατηρήσει την ανωνυμία, να καταγγείλουν ένα δυσάρεστο γεγονός, να δεχθεί ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη, χωρίς να εκτεθεί ως οντότητα στον συνομιλητή του. Το γεγονός ότι ο χρήστης δεν έχει οπτική επαφή με το συνομιλητή του, τον βοηθά εύκολα να προβεί στην κατάθεση του προβλήματός του. (Γιωτάκος κ.α., 2006)

Τα τρωτά σημεία που καθιστούν ανεπαρκή το μέσο τηλεφωνικής επικοινωνίας, μπορεί να είναι:

- Απουσία προσωπικής επαφής εξυπηρετούμενου και ειδικού
- Απουσία συμπεριφοράς και στάσης του σώματος (κινήσεις χεριών, μορφασμοί)
- Ο ειδικός δεν έχει την πλήρη εικόνα του εξυπηρετούμενου
- Ο ειδικός δεν είναι σε θέση να δώσει το επόμενο ραντεβού – συνεδρία προκειμένου να μιλήσουν
- Ο ειδικός δεν είναι σε θέση να γνωρίζει την εξέλιξη του εξυπηρετούμενου
- Ο ειδικός δεν μπορεί να αξιολογήσει θετικά ή αρνητικά την εξέλιξη ή την αποτελεσματικότητα του προβλήματος εξυπηρετούμενου.

Η ανοικτή γραμμή Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, δέχτηκε 1.721 κλήσεις το έτος 2011. Η τηλεφωνική γραμμή του ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ το έτος 2011 δέχτηκε 2.294 κλήσεις και 19 ηλεκτρονικά μηνύματα. Κατά τη διάρκεια του έτους 2011 η τηλεφωνική γραμμή του ΟΚΑΝΑ SOS 1031 δέχθηκε 2.124 κλήσεις, οι οποίοι είχαν καλέσει για πρώτη φορά. Από το ευρωπαϊκό δίκτυο τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας για τα ναρκωτικά FESAT και ενός προγράμματος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής αναπτύχθηκαν τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας για την ουσιοεξάρτηση. Αυτό το πρόγραμμα είναι διαθέσιμο στις ιστοσελίδες του ΟΚΑΝΑ.

Επίσης, το 2011 το Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από τα Ναρκωτικά όσο και η Προαγωγή της Υγείας Βορειοδυτικού τομέα Νομού Θεσσαλονίκης ΠΥΕΙΔΑ διαφήμιζε στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης σποτάκια για την πρόληψη των ναρκωτικών αλλά και για την διακοπή του καπνίσματος.

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά, τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που ζητούν βοήθεια για την αντιμετώπιση και την επίλυση από τις ουσιοεξαρτήσεις, είναι:

1. **Φύλο:** το 2011 οι αιτήσεις βασίζονται στους άνδρες (85,3%) και στις γυναίκες (14,7%), όπου η αίτηση έγινε για πρώτη φορά.

2. **Ηλικία:** στη θεραπεία στην οποία υποβάλλεται η μέση ηλικία είναι 32,3 έτη. Συγκεκριμένα στους άνδρες είναι 32,7 έτη και 29,7 έτη στις γυναίκες. Στο Πρόγραμμα Υποκατάστατων είναι η ηλικία των 36,1 έτη, στα στεγνά προγράμματα 30,2 έτη, χρήστες ηρωίνης 33,6 έτη, χρήστες κοκαΐνης 32.2 έτη και κάνναβης 24,4 έτη.

3. **Υπηκοότητα:** Η 1 στις 13 αιτήσεις για θεραπεία σε Προγράμματα απασχόλησε το 7,0% που ήταν αλλοδαποί. Οι προαναφερθέντες που έκαναν για πρώτη φορά αίτηση ήταν το 10,1%.

4. **Στέγη:** Το 2011 μη σταθερή στέγη (άστεγοι) ήταν το 8.8% και το 59,6% κατοικούσαν με τους γονείς τους.

5. **Απασχόληση:** Οι 2 στις 3 αιτήσεις σχετικά με τα Θεραπευτικά Προγράμματα απασχόλησε άνεργους χρήστες, συγκεκριμένα το 64,3,%. Σε θεραπεία για πρώτη φορά υποβάλλονταν το ποσοστό 56,0%.

6. **Εκπαιδευτικό επίπεδο:** Σε 1 στις 2 αιτήσεις το έτος 2011 η θεραπεία αφορούσε το 46,2% όπου οι σπουδές αφορούσαν την Δευτεροβάθμια εκπαίδευση. (ανακτήθηκε από: www.ektepn.gr/Document/PDF/EE2012.pdf)

Έχοντας υπόψη όλα όσα ειπώθηκαν, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι όσο εύκολος, γρήγορος ή και μερικές φορές ανέξοδος μπορεί να είναι ο τηλεφωνικός τρόπος επικοινωνίας για ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη, δεν είναι ωστόσο ο κατάλληλος. Ο κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται να έχει μια άμεση επαφή με τον εξυπηρετούμενο, τον διευκολύνει να βγάλει ή να πάρει αποφάσεις, να συνειδητοποιήσει τον τρόπο που σκέφτεται ή που κινείται την ώρα που μιλάει. Έτσι θα έχει τη δυνατότητα να συνεχίσει ο ειδικός εάν το θεωρεί σκόπιμο τις

συνεδρίες με τον εξυπηρετούμενο. Στο τέλος, θα είναι σε θέση να φτάσει ακόμα και στην επίλυση του προβλήματος. (Γιωτάκος, κ.α., 2006).

6.5 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού ποικίλει και διαφέρει ανάλογα με την φύση του προβλήματος του εξυπηρετούμενου. Αναλόγως το πρόβλημα που θα υπάρξει και την βοήθεια την οποία θα ζητήσει το άτομο, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα κάνει τις κατάλληλες καίριες τεχνικές και παρεμβάσεις. Ο ειδικός έχει την δυνατότητα να μπορεί, να συνεργαστεί με διάφορες υπηρεσίες εξασφαλίζοντας την τεχνογνωσία για την επίλυση των προβλημάτων κάθε κατηγορίας του ειδικού. Αναδεικνύονται τα πλαίσια μιας σειράς από ρόλους που καλούνται να παίξει ο ειδικός προκειμένου να φέρει εις πέραν το έργο του. Πιο συγκεκριμένα, ο ρόλος ο οποίος μπορεί να γίνει ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι: του εμπυχωτή, του μεσολαβητή, του συνηγόρου, του εκπροσώπου, του διαιτητή, του διευθυντή, του σχεδιαστή κοινότητας, του κοινωνικού λειτουργού για κοινωνικό σχεδιασμό, του κλινικού θεραπευτή, του συμβούλου, του παιδαγωγού και του αξιολογητή. (Καλλινικάκη, 1998 και Σταθόπουλος, 2000).

1. **Μεσολαβητής:** ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι να μεσολαβεί ανάμεσα στον εξυπηρετούμενο και στις κοινωνικές υπηρεσίες, με σκοπό να παρέχονται υπηρεσίες στον εξυπηρετούμενο να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του.

2. **Αξιολογητής:** ο Κοινωνικός Λειτουργός αξιολογεί τον εξυπηρετούμενο με το να συγκεντρώνει πληροφορίες και στοιχεία, γι' αυτό και μπορεί να κρίνει την συμπεριφορά του εξυπηρετούμενου και του οικείου περιβάλλοντος. Με τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την αξιολόγηση, συνεχίζει τις παρεμβάσεις ο ειδικός ανάλογα με την περίπτωση.

3. **Εμπυχωτής:** ο Κοινωνικός Λειτουργός δίνει θάρρος και δύναμη στο άτομο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα, με σκοπό να δραστηριοποιηθεί και να δοκιμάσει νέους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος.

4. **Σύμβουλος:** ο Κοινωνικός Λειτουργός συμβουλεύει και δίνει προτάσεις στον εξυπηρετούμενο, προκειμένου να του προσφέρει βοήθεια στο πρόβλημα που έχει. Για την καλύτερη επίλυση, είναι σε θέση να συνεργαστεί και με άλλους ειδικούς από άλλα συμβουλευτικά κέντρα.

5. **Παιδαγωγός:** ο Κοινωνικός Λειτουργός μερικές φορές χρειάζεται να μπει στη διαδικασία να διδάξει στον εξυπηρετούμενο τις αρχές και τις δεξιότητες που πρέπει να ακολουθήσει .

6. **Διευθυντής:** ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει τον ρόλο να διευθύνει το πρόγραμμα ή την ομάδα στην οποία βρίσκεται. Ο ειδικός έχει την υποχρέωση να φέρνει τα άτομα σε επικοινωνία μεταξύ τους. Οφείλει να τα μάθει να λειτουργούν σωστά μέσα στην ομάδα που βρίσκονται και να συνεργάζονται άρτια μεταξύ τους.

7. **Αρχειοθέτης:** ο Κοινωνικός Λειτουργός κρατάει ασφαλή τα στοιχεία και τα προσωπικά δεδομένα του εξυπηρετούμενου με απόλυτη εχεμύθεια σε ασφαλές μέρος.

8. **Κλινικός θεραπευτής:** ο ειδικός προσφέρει βοήθεια (ψυχολογική) στον εξυπηρετούμενο και στο κοινωνικό – οικογενειακό του περιβάλλον. (Καλλιδικάκη, 1998).

Οι τρεις μέθοδοι που χρησιμοποιεί ο Κοινωνικός Λειτουργός, είναι:

1. Κοινωνική Εργασία με Άτομα
2. Κοινωνική Εργασία με Ομάδα
3. Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, κ.α. ,2009).

Κοινωνική Εργασία με Άτομα

Στο πρωταρχικό στάδιο ο θεραπευόμενος έρχεται σε επαφή με τον ειδικό και παρόλο ο ίδιος προσπαθεί να απεξαρτηθεί. Εδώ εφαρμόζεται η μέθοδος της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα. Πραγματοποιούνται ατομικές συνεντεύξεις προκειμένου να συμπληρώσει ο Κοινωνικός Λειτουργός όποια στοιχεία λείπουν στον θεραπευόμενο. Παράλληλα ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει σαν στόχο να ευαισθητοποιήσει τον θεραπευόμενο και να συνειδητοποιήσει στο να αντιληφθεί την κατάσταση του προβλήματος του ώστε να προβεί ο ίδιος στην αντιμετώπιση του. Συνεπώς, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο θεραπευόμενος χρειάζεται να κάνει δουλειά πρωτίστως με τον εαυτό του και έπειτα, με το να ενταχθεί σε μία ομάδα ή να του δοθεί βοήθεια και υποστήριξη από τον επαγγελματία.

Κοινωνική Εργασία με Ομάδα

Είτε υπάρχει το θέμα των εξαρτησιογόνων ουσιών, είτε το θέμα του αλκοόλ ή του καπνίσματος ο τρόπος που θα λειτουργήσει και θα εκτελέσει το έργο του ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι παρόμοιος. Πιο συγκεκριμένα, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα δημιουργήσει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα στο οποίο θα ενταχθούν άτομα τα οποία χρήζουν βοήθειας λόγω εξάρτησης ουσιών, αλκοόλ και καπνίσματος. Στη προκειμένη περίπτωση λειτουργεί με ομάδες, άρα εφαρμόζει την μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες. Ο Κοινωνικός Λειτουργός μαζί με άλλους θεραπευτές διαμορφώνει μια ομάδα από εξαρτημένα άτομα (χρήστες ναρκωτικών – αλκοολικούς) ανάλογα με το πρόβλημα που τους χαρακτηρίζει. Η ομάδα αποτελείται από 4 - 6

άτομα και η πρώτη κίνηση είναι η γνωριμία μεταξύ τους καθώς και η δημιουργία θεραπευτικού συμβολαίου . Το θεραπευτικό σύμβολαιο θα βασίζεται πάνω σε κανόνες, που πρέπει να τηρούνται με αυστηρότητα και υποχρέωση. Η ομάδα συγκεντρώνεται μια φορά την εβδομάδα. Το εξαρτημένο άτομο μέσα στην ομάδα που έχει ενταχθεί θα αρχίσει να αναζητά και να διερευνά τον ρόλο του, την προσωπικότητά του, το έργο που οφείλει να προσφέρει και την βοήθεια που πρέπει να δώσει στον εαυτό του αρχικά και έπειτα στους υπόλοιπους μέσα από την ομάδα.

Επιπροσθέτως, θα έχει τη δυνατότητα συμμετοχής σε διάφορες δραστηριότητες με στόχο την κατανόηση του θεραπευτικού προγράμματος. Σιγά, σιγά ο θεραπευόμενος θα αρχίσει να αισθάνεται πιο άνετος και αποδεκτός, θα ξεκινήσει να ξεδιπλώνει τη προσωπική του εμπειρία περί χρήσης ουσιών. Ταυτόχρονα, θα μπορεί να συνδιαλέγει διάλογο με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, να ανταλλάσει απόψεις, ιδέες, αντιλήψεις, εμπειρίες, βιώματα και με αυτόν τον τρόπο να ξεπεράσει την ανασφάλεια και τον φόβο της προκατάληψης που απορρέει από τον κοινωνικό στιγματισμό. Καλό θα ήταν ο θεραπευόμενος να παραγκωνίσει κάθε ίχνος ντροπής, αδυναμίας, εγωισμού εάν υπάρχουν και να επιστρατεύσει το δυναμισμό, την θέληση, που έχει μέσα του θέτοντας όρια, για να φτάσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα

Όλην αυτή την διαδικασία του θεραπευτικού προγράμματος και την συμμετοχή του θεραπευόμενου σε αυτή, θα ήταν προτιμότερο να την ενισχύσει ενθαρρυντικά η οικογένεια, οι φίλοι, οι σύντροφοι, οι συνάδελφοι έτσι ώστε να νιώσει ο εξαρτημένος ότι ο περίγυρος του, του συμπαραστέκεται, είναι σύμφωνος με την προσπάθεια του και τον στηρίζει. Σε αυτή την περίπτωση ο Κοινωνικός Λειτουργός ασχολείται με την μέθοδο της Κοινωνικής Εργασίας με Κοινότητα, μιας και διερευνάται η ομάδα στην οποία δεν συμπεριλαμβάνεται μόνο οι χρήστες αλλά και οι συγγενείς τους, καθώς και το υπόλοιπο κοινωνικό περιβάλλον (Κατσορίδου – Παπαδοπούλου, Χ. 2005 και Σταθόπουλος, Π.Α. 2005).

6.6 Θεωρίες της Κοινωνικής Εργασίας στην αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στον χώρο της απεξάρτησης καλούνται να επιλέξουν ανάμεσα σε έναν μεγάλο αριθμό χρήσιμων θεωριών. Οι πιο γνωστές θεωρίες που αξιοποιεί η κοινωνική εργασία στην πρακτική της με άτομα και ομάδες που αντιμετωπίζουν προβλήματα ουσιοεξάρτησης είναι η ψυχοδυναμική θεωρία, η θεωρία των συστημάτων, η γνωστική - συμπεριφορική θεωρία και η υπαρξιστική-ανθρωπιστική θεωρία (Καλλινικάκη, 1998: 30).

6.6.1. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση

Η ψυχοδυναμική θεωρία υποθέτει ότι η συμπεριφορά πηγάζει από λειτουργίες και διεργασίες που συμβαίνουν στον ψυχικό κόσμο των ανθρώπων επίσης, υπογραμμίζει τον τρόπο με τον οποίο ο ψυχισμός υποκινεί τη συμπεριφορά και τον τρόπο που τόσο ο ψυχισμός όσο και η συμπεριφορά επηρεάζουν και επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου (Payne, 2000 σ.143).

Ο κοινωνικός λειτουργός που αξιοποιεί τη ψυχοδυναμική προσέγγιση εστιάζει στην εκτίμηση της προσωπικότητας του πρώην χρήστη, των ενδοψυχικών του συγκρούσεων και των συγκρούσεων με το περιβάλλον του. Για αυτό τον λόγο πρέπει να είναι έμπειρος και ειδικός στη λύση προβλημάτων και να μπορεί να στηρίζει τον απεξαρτημένο ώστε αυτός να γίνει ικανός στη διερεύνηση, την έκφραση και το χειρισμό των συναισθημάτων του και των συνεπειών της συμπεριφοράς του.

6.6.2 Η θεωρία των συστημάτων

Πρόκειται για μια βιολογική θεωρία η οποία υποστηρίζει ότι όλοι οι οργανισμοί είναι συστήματα τα οποία απαρτίζονται από υποσυστήματα, που με τη σειρά τους αποτελούν μέρος υπερσυστημάτων. Η θεωρία αυτή εφαρμόζεται σε κοινωνικά συστήματα, όπως οι ομάδες, οι οικογένειες και οι κοινωνίες, καθώς επίσης και σε βιολογικά συστήματα. Η αξία της θεωρίας των συστημάτων έγκειται στο γεγονός ότι ασχολείται με το σύνολο και όχι με πλευρές της ανθρώπινης ή της κοινωνικής συμπεριφοράς, όπως άλλες θεωρίες (Payne, 2000 σ.255). Θεωρείται ως η πλέον καταλληλότερη θεωρία στον χώρο της απεξάρτησης αφού αυτό που επιδιώκεται είναι η συναναστροφή και η δημιουργία επαφών του πρώην χρήστη με τα άλλα συστήματα έξω από το πλαίσιο που είχε μάθει μέχρι σήμερα να ζει.

Η αρχή που διέπει τις συστημικές ιδέες, όπως σημειώνει ο Payne (2000 σ.261), είναι ότι οι άνθρωποι για να έχουν μια ικανοποιητική ζωή εξαρτώνται από συστήματα του άμεσου

κοινωνικού περιβάλλοντός τους και ως εκ τούτου η κοινωνική εργασία θα πρέπει να εστιάζεται σε τέτοια συστήματα. Τρία είδη συστημάτων μπορούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους:

- Ø Τα ανεπίσημα ή φυσικά συστήματα (όπως η οικογένεια, οι φίλοι, οι συνεργάτες).
- Ø Τα επίσημα συστήματα (όπως οι κοινοτικές ομάδες).
- Ø Τα κοινωνικά συστήματα (όπως τα νοσοκομεία, τα σχολεία).

Πιο συγκεκριμένα, τα βασικά συστήματα όπως προσδιορίζονται από την Καλλινικάκη (1998 σ.39), είναι τα εξής:

- i. Το σύστημα της οργάνωσης της κοινωνικής υπηρεσίας (ο κοινωνικός λειτουργός και η υπηρεσία κοινωνικής επανένταξης στην οποία εργάζεται).
- ii. Το σύστημα του εξυπηρετούμενου (ο θεραπευόμενος, η οικογένεια, οι ομάδες ή η κοινότητα με την οποία συνεργάζεται ο κοινωνικός λειτουργός).
- iii. Το σύστημα του στόχου (ο θεραπευόμενος τον οποίο το σύστημα οργάνωσης της μονάδας κοινωνικής επανένταξης προσπαθεί να βοηθήσει για να πετύχει τους στόχους του).
- iv. Το σύστημα δράσης (οι δραστηριότητες και οι σχέσεις που αναπτύσσει ο κοινωνικός λειτουργός για να επιτύχει τους σκοπούς του).

Με βάση όλα τα παραπάνω, ο θεραπευόμενος αποτελεί ένα σύστημα που ο κοινωνικός λειτουργός τον μελετά σε συνάρτηση με το καθένα από τα συστήματα και τα υποσυστήματα που τον περιβάλλουν (οικογένεια, γειτονιά, σχολείο, εργασία, θεραπευτικό πρόγραμμα κ.α.), ενώ ταυτόχρονα εξετάζει και τα συστήματα αυτά. Προσπαθεί για παράδειγμα να κατανοήσει την αλληλεπίδραση που ασκούν όλα τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους και κατά πόσο είναι ικανά να επαναπροσδιορίσουν τις σχέσεις τους έτσι ώστε ο πρώην χρήστης να επιστρέψει σ' ένα πιο υγιές οικογενειακό περιβάλλον. Ο κοινωνικός λειτουργός, που υιοθετεί την συστημική προσέγγιση, βοηθά τον θεραπευόμενο να αντιληφθεί τα όριά του, να εμπλακεί με άλλα συστήματα, να αναπτύξει αμφίδρομη σχέση και να βρει τρόπο να διατηρήσει την ταυτότητά του.

6.6.3 Η γνωστική-συμπεριφορική θεωρία

Η γνωστική θεωρία αποτελεί εν μέρει μια εξέλιξη της συμπεριφορικής θεωρίας, η οποία υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά επηρεάζεται από τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει το περιβάλλον του. Σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία η ανάρμοστη συμπεριφορά προέρχεται από λανθασμένες αντιλήψεις και ερμηνείες τις οποίες η θεραπεία επιχειρεί να διορθώσει (Payne, 2000 σ.216).

Τα χαρακτηριστικά της συμπεριφορικής προσέγγισης, όπως παρουσιάζονται από τον Payne (2000 σ. 217), είναι η εστίαση σε συγκεκριμένες συμπεριφορές που προβληματίζουν το άτομο και το περιβάλλον του, η ανάλυση και περιγραφή των προβλημάτων βασισμένες στην άμεση παρατήρηση, ο προσδιορισμός της διαγνωστικής εκτίμησης, της παρέμβασης και της αξιολόγησης με ακρίβεια και των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά, η αλλαγή των παραγόντων που σχετίζονται με την κατάσταση και η εξέταση των αλλαγών που προκύπτουν, η ενεργοποίηση των θετικών στοιχείων του ατόμου και η εμπλοκή των σημαντικών προσώπων του περιβάλλοντος του ατόμου στη διαδικασία, η στήριξη της παρέμβασης σε έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητά της, η παρακολούθηση της προόδου με βάση υποκειμενικά και αντικειμενικά κριτήρια, συγκρίνοντας δεδομένα του παρόντος με δεδομένα της κατάστασης πριν την παρέμβαση, η επίτευξη αποτελεσμάτων στα οποία το άτομο προσδίδει αξία, καθώς και η βοήθεια του ατόμου να εφαρμόσει τις συμπεριφορές που προέκυψαν ως αποτέλεσμα της αλλαγής σε διάφορες καταστάσεις και να διατηρήσει τη βελτίωση και μετά το τέλος της παρέμβασης.

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη (1998 σ.37), στη θεραπεία της συμπεριφοράς χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες τεχνικές, όπως η θετική ενίσχυση, η αρνητική ενίσχυση, η σταδιακή διαμόρφωση και η συστηματική απευαισθητοποίηση.

Κατά τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης των απεξαρτημένων ατόμων, ο κοινωνικός λειτουργός εφαρμόζει συμπεριφορική προσέγγιση με στόχο την αλλαγή της στάσης συμπεριφοράς του ατόμου και την εγκαθίδρυση λειτουργικών σχέσεων μέσα από την υιοθέτηση νέων τρόπων συμπεριφοράς. Η επικοινωνία, η συναλλαγή και η αλληλεπίδραση ατόμου-περιβάλλοντος στηρίζουν τη θεωρία της συμπεριφοράς και μέσω αυτής ο κοινωνικός λειτουργός παρέχει απαντήσεις για τις επιδράσεις τόσο του οικογενειακού όσο και του κοινωνικού περιβάλλοντος στην απόκτηση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς του πρώην χρήστη και βοηθά το άτομο να απομονώσει συμπεριφορές που δεν είναι αποδεκτές και να αποκτήσει καινούργιες.

6.6.4 Η υπαρξιστική-ανθρωπιστική θεωρία

Η υπαρξιστική φιλοσοφία ασχολείται με το νόημα που έχει για τους ανθρώπους το γεγονός της ύπαρξής τους. Εστιάζει το ενδιαφέρον της στην ικανότητα των ανθρώπων να αποκτούν προσωπική δύναμη ελέγχου της ζωής τους και να αλλάζουν τις αντιλήψεις που κατευθύνουν και καθορίζουν τον τρόπο ζωής τους. Οι άνθρωποι είναι αποδεκτοί ως «υποκείμενα» αλλά και ως «αντικείμενα», καθώς επιδρούν στο περιβάλλον αλλά συγχρόνως

επιηρεάζονται από αυτό. Το περιβάλλον θεωρείται ότι εμπεριέχει εμπειρίες παραλόγου και αλλοτρίωσης καθώς και πόνο (Payne, 2000 σ.318). Επίσης, σύμφωνα με τις αρχές των υπαρξιστικών-ανθρωπιστικών θεωριών, ο άνθρωπος έχει τη φυσική ικανότητα, όταν το επιτρέπει στον εαυτό του, να αντιλαμβάνεται τις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων ατόμων (Καλλινικάκη, 1998 σ.40).

Αξιοποιώντας τις απόψεις αυτές, στην εργασία του με τους θεραπευόμενους-πρώην χρήστες, ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει να κατανοήσει τους λόγους που τους οδήγησαν σ' αυτό τον τρόπο ζωής και στην εμπλοκή τους στον κόσμο των παράνομων ουσιών και να ανακαλύψει το νόημα που οι ίδιοι αποδίδουν. Οι παρεμβάσεις της κοινωνικής εργασίας αποσκοπούν στην απόκτηση αυτοεπίγνωσης του απεξαρτημένου ατόμου ώστε να μπορέσει να αλλάξει τον τρόπο ζωής του (επαναπροσδιορισμός σχέσεων, εύρεση εργασίας, εκπαίδευση και απόκτηση γνώσεων, αυτόνομη διαβίωση).

6.7 Οι στόχοι των εφαρμογών της Κοινωνικής Εργασίας στην επανένταξη

Η κοινωνική εργασία συνιστά μια διεργασία ενδυνάμωσης των πρώην χρηστών ουσιών και επίλυσης προβλημάτων που αντιμετωπίζουν κατά την ενσωμάτωσή τους στην κοινωνία. Οι παρεμβάσεις της, σύμφωνα με την Καλλινικάκη (1998 σ.53), λαμβάνουν χώρα σε τρεις κλίμακες εφαρμογής:

Ø Στη μικροκλίμακα αντιμετωπίζει προσωπικές αδυναμίες και ανεπάρκειες των απεξαρτημένων ατόμων και των οικογενειών τους (χαμηλή αυτοπεποίθηση, ελλείψεις γνώσεις, δυσλειτουργικές σχέσεις).

Ø Στη μεσοκλίμακα παρέχει υποστήριξη δημιουργώντας ευκαιρίες για συνεργασία και συμμετοχή σε ομάδες (ομάδες δημιουργικής απασχόλησης, ομάδες ενδυνάμωσης και επαγγελματικής κατάρτισης, ψυχοθεραπευτικές ομάδες).

Ø Στη μακροκλίμακα παρεμβαίνει σε μεγάλα συστήματα, όπως οι κοινότητες, οι οργανώσεις, οι οργανισμοί και διάφορες υπηρεσίες για την ανάπτυξη επαρκών κοινωνικών υπηρεσιών για τα πρώην εξαρτημένα άτομα.

Η ίδια συγγραφέας αναφέρει ότι ειδικότερα οι στόχοι της κοινωνικής εργασίας είναι:

§ Η εύρυθμη κοινωνική λειτουργία των ατόμων, των ομάδων και των κοινοτήτων.

§ Η κοινωνική ευημερία.

§ Η κοινωνική αυτοπραγμάτωση.

§ Η κοινωνική ανάπτυξη και η κοινωνική αλλαγή.

§ Η βελτίωση ή η αποκατάσταση της αμοιβαίας επωφελούς αλληλεπίδρασης ατόμου και περιβάλλοντος (φυσικού, κοινωνικού, οργανωτικού).

§ Ο εντοπισμός και η εξάλειψη των κοινωνικών προβλημάτων που επηρεάζουν την κοινωνική λειτουργία των ατόμων.

§ Η μελέτη των ανθρωπίνων αναγκών και των προβλημάτων που προκύπτουν από τις διαπροσωπικές και τις κοινωνικοοικονομικές σχέσεις.

§ Η υποστήριξη και η ενδυνάμωση των ατόμων που αδυνατούν ή δυσκολεύονται να παραμείνουν ή να γίνουν ανεξάρτητα και αυτάρκη.

§ Η βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών και της ποιότητας ζωής των ατόμων.

§ Η ενθάρρυνση της ενεργού συμμετοχής των επανενταχθέντων σ' όλες τις βασικές λειτουργίες.

§ Η αποκατάσταση ψυχοκοινωνικών δυσλειτουργιών.

§ Η αξιοποίηση του δυναμικού κάθε ατόμου ανάλογα με τις φυσικές τους ικανότητες και τις παρεχόμενες ευκαιρίες.

§ Η εξάλειψη των κοινωνικών διακρίσεων εξαιτίας του προηγούμενου τρόπου ζωής των ανεξαρτημένων ατόμων.

Με λίγα λόγια και με βάση αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω, η κοινωνική εργασία στο χώρο της επανένταξης πρώην χρηστών ουσιών στοχεύει στην βελτίωση της αυτοεικόνας, στην προσωπική ενδυνάμωση και στην κοινωνική αλλαγή τους, για να καταφέρουν εντέλει να ενσωματωθούν και πάλι στο κοινωνικό σύνολο με ότι αυτό περιλαμβάνει.

6.8 Οι μέθοδοι παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού

Ο όρος «παρέμβαση» του κοινωνικού λειτουργού αφορά την εσκεμμένη, σχεδιασμένη, οργανωμένη, μεθοδική, επιδέξια κίνηση αξιοποίησης των γνώσεων, των μέσων και της τεχνικής που διαθέτει και χρησιμοποιεί ο κοινωνικός λειτουργός από κοινού με τον/τους εξυπηρετούμενο/νους (πρώην χρήστης και οικογένεια) σε μια δεδομένη στιγμή προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος που έχει θέσει ο ίδιος ή ο φορέας στον οποίο εργάζεται, που στην προκειμένη περίπτωση είναι η πλήρης κοινωνική και εργασιακή του ένταξη. Στο διάγραμμα 1 στη σελ. 122 συνοψίζεται η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού.

Το αντικείμενο εργασίας του κοινωνικού λειτουργού στην φάση της κοινωνικής επανένταξης αφορά τη στήριξη του θεραπευόμενου με κύριο στόχο τη βελτίωση των όρων και

συνθηκών του κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο καλείται να ενσωματωθεί, σε συνάρτηση πάντα με τα αιτήματα και τις ανάγκες του.

Η κοινωνική εργασία και στον χώρο της απεξάρτησης έχει αναπτύξει παρεμβάσεις με άτομα, με ομάδες και με κοινότητα, καθώς και στην μέθοδο της κοινωνικής έρευνας, η οποία είναι αναπόσπαστο μέρος της προσέγγισης και της διαδικασίας παροχής βοήθειας στα επανενταχθέντα άτομα.

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη (1998 σ.127), η Κοινωνική Εργασία με Άτομα έχει αναπτύξει τους δικούς της τρόπους προσέγγισης του ατόμου με προσωπικά - ψυχοκοινωνικά προβλήματα και τις δικές της τεχνικές συνέντευξης.. Πολύ συχνά εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τις άλλες δύο μεθόδους της κοινωνικής εργασίας -της εργασίας με την οικογένεια ή με το περιβάλλον του πρώην χρήστη, ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες και σχέσεις που θα βοηθήσουν και θα καταστήσουν το άτομο έτοιμο να ενσωματωθεί στο κοινωνικό σύνολο. Επιχειρεί να κάνει προσιτές στο άτομο τις δυνατές λύσεις - διευκολύνσεις. Με αυτό τον τρόπο το άτομο μπορεί να ανακουφιστεί και να κινητοποιηθεί προκειμένου να αντιμετωπίσει με τον πιο αποτελεσματικό και μόνιμο τρόπο το πρόβλημά του και τις επιπτώσεις του προβλήματος.

Η παρέμβαση της κοινωνικής εργασίας με τους θεραπευομένους - πρώην χρήστες επικεντρώνεται στη συμβουλευτική τους υποστήριξη για την οργάνωση των δράσεων σε σχέση με επιλογή επαγγέλματος, απόκτηση πρόσθετων επαγγελματικών δεξιοτήτων, τεχνικές ανεύρεσης εργασίας, αντιμετώπιση νομικών εκκρεμοτήτων, επίλυση ζητημάτων στέγασης, ρυθμίσεις οφειλών προς τρίτους, στρατολογικές υποχρεώσεις, εκπαίδευση, κατ' οίκον επισκέψεις, όταν κρίνεται θεραπευτικά αναγκαίο καθώς και θεραπεία των θεραπευομένων για προσωπικές τους υποθέσεις (π.χ. υγειονομικές επιτροπές, ασφαλιστικά ταμεία κ.α.). Επίσης, αποσκοπεί στην ενεργοποίησή τους να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της εξάρτησης, ώστε να αποφευχθεί μια ενδεχόμενη υποτροπή, στην ενδυνάμωσή τους για να συνεχίσουν αυτή τη μεγάλη προσπάθεια που ήδη καταβάλλουν και στην υιοθέτηση νέων τρόπων συμπεριφοράς για μια επιτυχή κοινωνική επανένταξη.

Με βάση την άποψη της Καλλινικάκη, ο κοινωνικός λειτουργός που εφαρμόζει την Κ.Ε.Α., εκτός από τα γνωστικά εφόδια (θεωρία, αρχές, αξίες, τεχνικές και δεξιότητες), έχει στη διάθεσή του ορισμένα μέσα - εργαλεία με τα οποία μπορεί να προσεγγίσει το άτομο και την ιδιαίτερη κατάστασή του. Τα κυριότερα από τα μέσα αυτά είναι τα εξής:

Ø Η επαγγελματική σχέση κοινωνικού λειτουργού - εξυπηρετούμενου, στο πλαίσιο της οποίας γίνονται οι απαραίτητες συνεντεύξεις και συνεδρίες και όπου διαμορφώνεται και

λειτουργεί η διεργασία λύσης των προβλημάτων που ανακύπτουν σ' αυτή τη φάση της θεραπευτικής παρέμβασης.

Ø Οι πηγές βοήθειας από το άμεσο περιβάλλον του απεξαρτημένου ατόμου (π.χ. πρακτικές λύσεις και ηθική συμπαράσταση από την οικογένεια για πρόληψη της υποτροπής, αυτόνομη διαβίωση κ.α.).

Ø Οι πηγές βοήθειας -οι παροχές- της κοινωνικής υπηρεσίας της μονάδας επανένταξης (η συμμετοχή του πρώην εξαρτημένου στα προγράμματα κατάρτισης, ψυχαγωγίας, εκπαίδευσης, η εκ μέρους του κοινωνικού λειτουργού αξιοποίηση της διεπιστημονικής συνεργασίας, η συμβολή των άλλων ειδικών κ.α.).

Ø Οι πηγές βοήθειας της κοινότητας που είναι δυνατόν να συνεισφέρουν στην καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος (π.χ. συνεργασία με θέατρα για παροχή δωρεάν εισιτηρίων στα μέλη των μονάδων επανένταξης).

Ø Οι ειδικές πηγές βοήθειας, η αξιοποίηση των οποίων αποτελεί σημαντική προϋπόθεση ενσωμάτωσης των πρώην χρηστών στην κοινωνία.

Η ίδια συγγραφέας επισημαίνει ότι η κοινωνική εργασία με ομάδες (Κ.Ε.Ο.) βασίζεται και αξιοποιεί την κύρια ιδιότητα του ατόμου ως κοινωνικού όντος, το οποίο από την αφετηρία της ύπαρξής του μετέχει ως μέλος σε ομάδες (οικογένεια, παρέα συνομηλίκων, γειτονιά), και μέσω της συναλλαγής του με αυτές αναπτύσσεται βιολογικά και πνευματικά και διαμορφώνει την προσωπικότητα και τους τρόπους κοινωνικής συμπεριφοράς του. Εντασσόμενο σε ομάδες, το άτομο καλύπτει τις βασικές ανάγκες του για αγάπη, συντροφικότητα, ασφάλεια, έκφραση και επιβεβαίωση των ικανοτήτων και της δημιουργικότητάς του, αλλά και τις ανάγκες του για έκφραση της επιθετικότητας, του ανταγωνισμού και των συγκρούσεων.

Η μέθοδος της Κ.Ε.Ο. σε μια μονάδα κοινωνικής επανένταξης πρώην εξαρτημένων ατόμων ενδιαφέρεται σημαντικά για τις ανάγκες που παρουσιάζουν τα μέλη από τη στιγμή της πλήρους αποχής τους από τις τοξικές ουσίες, τις ικανότητες που προβάλλουν αλλά και για τις αδυναμίες και ανεπάρκειες που παρουσιάζονται. Σκοπός της ομάδας είναι η επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν λόγω του προηγούμενου τρόπου ζωής τους με απώτερο στόχο την επίτευξη της προσωπικής και κοινωνικής τους ευημερίας. Η Κ.Ε.Ο. χρησιμοποιείται με ποικίλους σκοπούς (ομάδες θεραπείας, ομάδες υποδοχής με τα άτομα που ολοκληρώνουν την β' φάση του θεραπευτικού προγράμματος, την φάση της ψυχολογικής απεξάρτησης, ομάδες επαγγελματικού προσανατολισμού - δεξιοτήτων, ομάδες ψυχαγωγίας, ομάδες ενημέρωσης και στήριξης γονέων και άλλων μελών της). Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού κατά την άσκηση

της κοινωνικής εργασίας με ομάδες στη φάση της κοινωνικής επανένταξης μπορεί να είναι μεσολαβητικός ανάμεσα στον θεραπευόμενο και τις υπηρεσίες, στα αιτήματα θεραπείας και στο σύστημα υπηρεσιών, υποστηρικτικός, συμβουλευτικός, ενθαρρυντικός, παρακινητικός και εκπαιδευτικός στοχεύοντας στην κοινωνική μάθηση και αλλαγή, στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης του ατόμου - μέλους και στον εμπλουτισμό δεξιοτήτων.

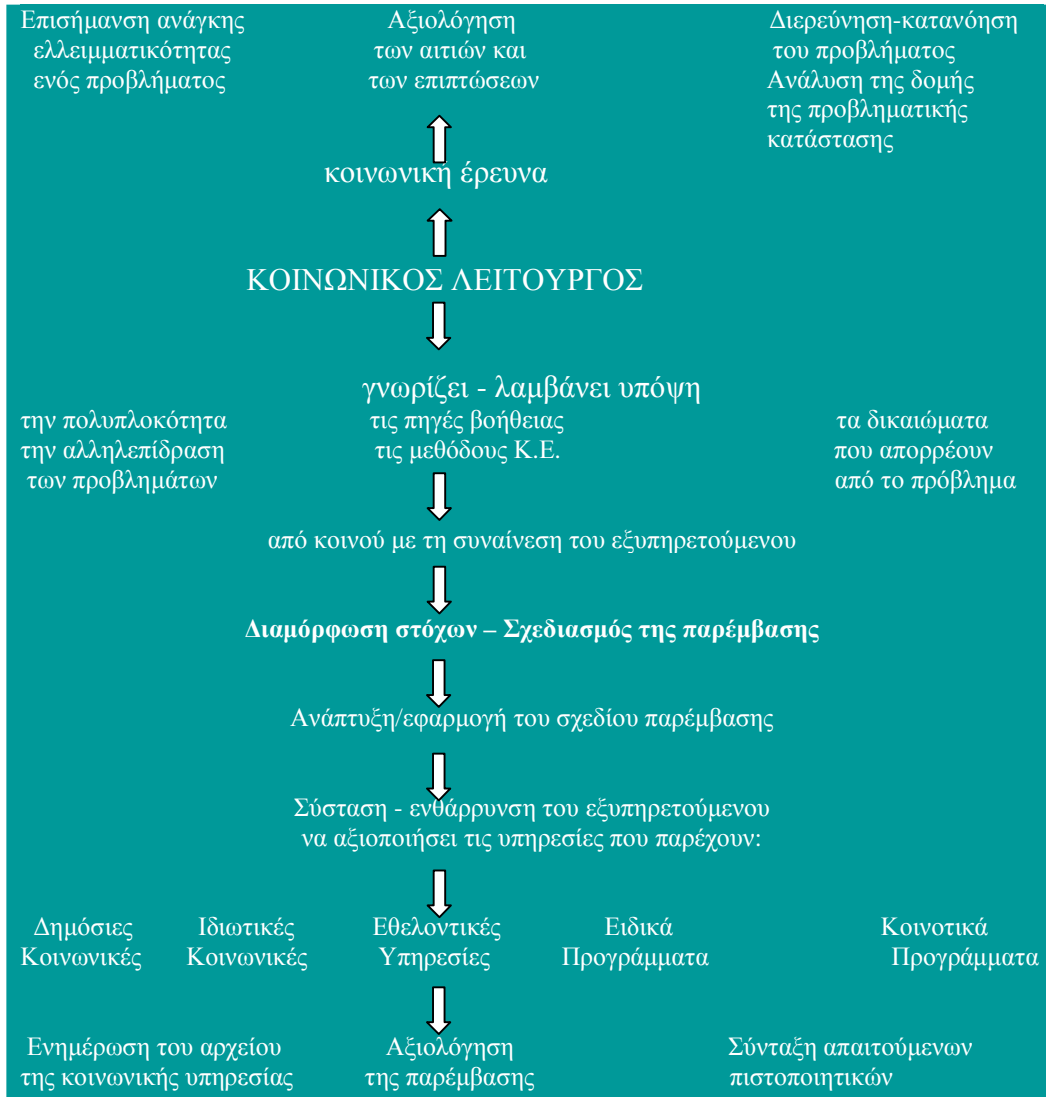
Οι σύγχρονες εφαρμογές της κοινωνικής εργασίας με την κοινότητα, όπως τονίζει η Καλλινικάκη (1998 σ.145), στοχεύουν στον σχεδιασμό, την οργάνωση και την υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης. Επίσης, η μέθοδος της Κ.Ε.Κ. στις υπηρεσίες κοινωνικής επανένταξης αφορά τη συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού σε δίκτυα φορέων υποστήριξης ευπαθών κοινωνικών ομάδων και τη συνεργασία του με όλο το δίκτυο υπηρεσιών που υπάρχει στην ευρύτερη κοινότητα προκειμένου να αντιμετωπισθούν ζητήματα υγείας, ασφάλισης, νομικές εκκρεμότητες, στέγασης, εργασίας, εκπαίδευσης κ.α.

Πιο συγκεκριμένα:

- α) Επαφές με τους φορείς απασχόλησης, π.χ. Ο.Α.Ε.Δ – κέντρο επιχειρηματικότητας, βιοτεχνικό επιμελητήριο ώστε να επιτευχθεί η ισότιμη επαγγελματική αποκατάσταση των θεραπευομένων.
- β) Επαφές με τους εργοδότες και ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου π.χ. ιδιωτικές επιχειρήσεις για τη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας.
- γ) Επαφές με υπουργεία, δήμους, ασφαλιστικούς φορείς, υγειονομικές υπηρεσίες, νοσοκομεία, εκπαιδευτικές μονάδες, δημόσια και ιδιωτικά Ι.Ε.Κ κ.α.
- δ) Επικοινωνία με αστυνομικά τμήματα.
- ε) Επικοινωνία με εισαγγελικές αρχές για δικαστικές εκκρεμότητες των θεραπευομένων.
- στ) Παρουσία των κοινωνικών λειτουργών σε δικαστήρια, αστυνομικά τμήματα και επαφές με δικηγόρους για την καλύτερη δυνατή τακτοποίηση των ζητημάτων των θεραπευομένων.
- ζ) Επικοινωνία με την στρατολογία για τακτοποίηση των στρατολογικών τους υποχρεώσεων.
- η) Επικοινωνία με υπηρεσίες, τράπεζες για ρύθμιση χρεών των θεραπευομένων.
- θ) Επαφές με στεγαστικές δομές, Αρχιεπισκοπή, ενορίες κ.α. προκειμένου να καλυφθούν τέτοιου είδους επείγουσες ανάγκες τους.
- ι) Προσέγγιση φορέων για χορήγηση δωρεών προς τις μονάδες για την κάλυψη αναγκών των θεραπευομένων που δεν καλύπτονται άμεσα από τους κρατικούς φορείς.

κ) Οργάνωση πολιτιστικών και επιμορφωτικών δραστηριοτήτων.

Διάγραμμα 1: Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού



Πηγή: Καλλινικάκη, 1998 σ. 61

Ανακεφαλαίωση

Η ουσιοεξάρτηση όσο δύσκολη περίπτωση και εάν είναι, όταν αντιμετωπισθεί έγκαιρα και αποτελεσματικά μπορεί να υπερκεραστεί. Πιο συγκεκριμένα, για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και το κάπνισμα οι ειδικοί χρησιμοποιούν τις μεθόδους της συμβουλευτικής αρχικά προσέγγισης και έπειτα της θεραπευτικής. Οι μέθοδοι αυτοί εφαρμόζονται σε ειδικά κέντρα, τα οποία είναι εξειδικευμένα και προσαρμοσμένα στο να αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα. Ένα από τα πιο γνωστά κέντρα διερεύνησης που αναλύει ποσοστά χρήσης ουσιών από άτομα κάθε ηλικιακής βαθμίδας παρουσιάζοντας τα στη δημοσιότητα είναι το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης Ναρκωτικών (ΕΚΤΕΠΝ).

Σε αυτά ακολουθούνται 3 ειδών προγράμματα: α) τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής προσέγγισης, β) τα προγράμματα αυτοβοήθειας και γ) τα προγράμματα ιατροκεντρικής προσέγγισης. Εκτός από την συμβουλευτική και θεραπευτική προσέγγιση υπάρχουν και οι τηλεφωνικές γραμμές. Είναι ένα μέσο το οποίο βοηθά τα άτομα να καταφύγουν άμεσα, ανώνυμα και ανέξοδα στην αναζήτηση βοήθειας από ειδικό. Οι πιο διαδεδομένες τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης είναι το ΚΕΘΕΑ, ο ΟΚΑΝΑ και το 18 Άνω.

Τέλος γίνεται αναφορά λόγου, στον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού και στις ενέργειες που ακολουθεί για να βοηθήσει τον εξυπηρετούμενο να επιλύσει το πρόβλημά του και να αποφύγει κάθε μορφή χρήσης ουσιών. Για την επίτευξη του στόχου αυτού επιστρατεύει την συμβουλευτική προσέγγιση η οποία συνήθως προηγείται της θεραπευτικής, μιας και ο Κοινωνικός Λειτουργός προσπαθεί κρατώντας ένα λεπτομερές ιστορικό του ασθενούς να προσεγγίσει τον ψυχικό του κόσμο και να ακολουθήσει τα παιδικά του βιώματα, καθώς και σε εκείνες τις καταστάσεις που εν δυνάμει τον οδήγησαν στην χρήση ουσιών ο ειδικός να ακολουθήσει τον κατάλληλο ρόλο ανάλογα με την ψυχοσύνθεση του χρήστη που θα μιλά άμεσα στην ψυχή του ασθενή.

Με αυτόν τον τρόπο έχει την δυνατότητα να εντοπίσει τις αιτίες και τις αφορμές που οδήγησαν τον χρήστη στις ουσίες. Η θεραπευτική μέθοδος έρχεται να δράσει βοηθητικά σε συνέχεια της συμβουλευτικής. Οδηγεί τον χρήστη να ενταχθεί σε ειδικά προγράμματα και ομάδες που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των καταχρήσεων αποτελεσματικά. Στην διερεύνηση του ψυχικού κόσμου και στην επίλυση των προβλημάτων χρήσης ουσιών, ο Κοινωνικός Λειτουργός χρησιμοποιεί τις μεθόδους: Κοινωνική Εργασία με Άτομα, Κοινωνική Εργασία με Ομάδα και Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα. Κάθε μέθοδος είναι ανάλογη με την περίπτωση

του ασθενούς. Με αυτές τις μεθόδους τίθενται όρια, κανόνες στον χρήστη που οφείλει να τηρεί απαρέγκλιτα για να οδηγηθεί σταδιακά στην ανεξάρτηση του.

Κεφάλαιο 7^ο

Σχέση ουσιοεξάρτησης με τους τρεις βασικότερους παράγοντες επίδρασης στην ανθρώπινη υπόσταση

7.1 Εισαγωγή

Στο έβδομο κεφάλαιο, θα γίνει λόγος για την ουσιοεξάρτηση και με τα στάδια που μπορεί να συνδυαστεί. Πιο συγκεκριμένα, θα αναλυθεί η ουσιοεξάρτηση σε σχέση με την παραβατικότητα, την ψυχική υγεία και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Αξίζει να επισημανθεί ότι και οι τρεις αυτοί παράγοντες αλληλοσυνδέονται, διότι η ουσιοεξάρτηση τους επηρεάζει στον ίδιο βαθμό και τους τρεις κλάδους, προκαλώντας παράλληλα αρνητικές επιπτώσεις στην ζωή των ανθρώπων.

7.2 Ουσιοεξάρτηση και παραβατικότητα

Ο όρος παραβατικότητα μπορεί να εκφράζει την εκτροπή αλλά και την απόκλιση της συμπεριφοράς των παιδιών και των ανηλίκων, από όσα υπαγορεύουν οι νόμοι και οι θεσμοί της κοινωνίας. Η αποκλίνουσα συμπεριφορά, όπως μπορεί να ονομαστεί η συμπεριφορά που θα έχει ο ανήλικος παραβάτης (ο οποίος δεν έχει συμπληρώσει ακόμα το 18^ο έτος της ηλικίας του), δεν έχει τις περισσότερες φορές τη μορφή εγκληματικής πράξης. Ωστόσο, η συμπεριφορά αυτή δημιουργεί θύματα και άλλοι προτιμούν τη σιωπή από φόβο, διογκώνοντας έτσι το κοινωνικό πρόβλημα. Η παραβατικότητα των δραστών από περιοχή σε περιοχή είναι διαφορετική, αλλά δεν παύει να υπάρχει και να δημιουργεί αριθμητική αύξηση των μελών που τον κατέχουν. (Thio, 2003).

Επιπροσθέτως, μπορεί κανείς να διαπιστώσει μια σειρά από αιτίες που είναι υπεύθυνες για την παραβατική συμπεριφορά των ατόμων ορισμένες από τις οποίες ξεφεύγουν εντελώς από τα νομικά πλαίσια και προκαλούν την άμεση επέμβαση της Ελληνικής Αστυνομίας προκειμένου να απομακρύνουν τις πιο βίαιες μορφές παραβατικότητας. Αυτές οι αιτίες αφορούν:

1. Στην επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος, την διαδικασία προσαρμογής και το σύστημα αξιών των νέων .
2. Στην αλλαγή των συνθηκών στην Ελλάδα ιδίως κατά την τελευταία 10ετία.
3. Στην ενδοοικογενειακή βία και την βία στο σχολείο .
4. Στην εμπορευματοποίηση του ελεύθερου χρόνου και της διασκέδασης .

5. Στην ουσιοεξάρτηση και την εξάρτηση από το αλκοόλ .
6. Στην συμμετοχή στην παραβατικότητα που αφορά τον Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας .
7. Στην βία στους αθλητικούς χώρους (ανακτήθηκε από: <http://www.elesme.gr/elesmegr/periodika/t30/t3002.htm>).

Στην εμφάνιση παραβατικής συμπεριφοράς καθοριστικό ρόλο παίζουν οι κοινωνικοί παράγοντες.

Ορισμένοι από αυτούς, είναι:

1. Οικογενειακό περιβάλλον
2. Συναναστροφές με συνομηλίκους
3. Μέσα μαζικής ενημέρωσης
4. Κοινωνικός αποκλεισμός
5. Οικονομικοί παράγοντες
6. Αστικοποίηση.

Πιο συγκεκριμένα, αναλύοντας κάθε παράγοντα ξεχωριστά γίνεται αντιληπτό πως όλοι μαζί αλλά και ο καθένας χωριστά έχουν την δυνατότητα να οδηγήσουν το άτομο στην εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς. Η αφετηρία της ζωής του ατόμου είναι, η οικογένεια. Η οικογένεια τις περισσότερες φορές αποτελεί παράδειγμα για τα παιδιά. Εάν μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον εμφανιστεί η χρήση ουσιών, αυτό θα προκαλέσει στα παιδιά την απορία να ρωτήσουν και να δοκιμάσουν. Εύκολα, επίσης, μπορεί να παρασυρθούν από χρήστες που βρίσκονται μέσα στους κόλπους συνομηλίκων και να θελήσουν από περιέργεια ή και από ανάγκη αποδοχής από το σύνολο να δοκιμάσουν. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει και η ενημέρωση που παίρνουν από τα διάφορα μέσα μαζικής ενημέρωσης, με τα οποία έρχονται σε συχνή επαφή οι νέοι. Όταν ο ανήλικος καταφεύγει στη χρήση ουσιών μπορεί να επηρεαστεί ο κοινωνικός του κόσμος. Θα δημιουργήσει προβλήματα στην οικογένεια, στο σχολείο, στον κοινωνικό του περίγυρο και αυτομάτως θα καταφύγει σε παραβατική συμπεριφορά για να αμυνθεί αποτελεσματικά και αυτό θα προκαλέσει το να στιγματιστεί και να αποκλειστεί πιθανώς και κοινωνικά. Επιπροσθέτως, ο ανήλικος επηρεάζεται αισθητά από τον κοινωνικό και οικονομικό παράγοντα.

Ο οικονομικός παράγοντας (οικονομική κρίση) συμβάλλει καθοριστικά στην εμφάνιση παραβατικής συμπεριφοράς στους νέους. Πιο συγκεκριμένα εάν σε μια μονογονεϊκού τύπου οικογένεια με σοβαρά οικονομικά προβλήματα το παιδί φτάσει σε ψυχολογικό αδιέξοδο υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να οδηγηθεί στην ένταξή του σε ομάδες συνομηλίκων ή σε περιθωριακές ομάδες με παραβατική συμπεριφορά, ικανοποιώντας την ανάγκη του να ανήκει κάπου έχοντας τα

ίδια δικαιώματα και κερδίζοντας την αποδοχή. Από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι η οικογενειακή κατάσταση που βιώνει το άτομο είναι υπεύθυνη για την συμπεριφορά του. Στην προκειμένη περίπτωση η ένταξη του ανήλικου σε τέτοιου είδους περιθωριακές ομάδες μπορεί να το οδηγήσει στην χρήση ουσιών. Ακόμα θεωρώντας με αυτό τον τρόπο ότι ταυτίζεται και γίνεται αποδεκτό από την υπόλοιπη ομάδα ξεφεύγοντας έστω και προσωρινά από τα οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα. Σε πιο ακραίες περιπτώσεις ο ανήλικος μπορεί να οδηγηθεί και στην πώληση ουσιών με σκοπό να εξασφαλίσει χρήματα που θα τον βγάλουν από το οικονομικό αδιέξοδο (Μαυρογιάννης, 2003).

Λαμβάνοντας κανείς υπόψη του ως άνω παράγοντες, δύναται να αντιληφθεί τους λόγους που έχουν την δυνατότητα να δημιουργήσουν παραβατικές συμπεριφορές κυρίως σε ανήλικους, τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των παραβατικών ατόμων, είναι:

Τα χαρακτηριστικά των παραβατικών ατόμων:

1. Προέρχονται από μικροαστικές τάξεις: τα άτομα που έχουν μεγαλώσει σε φτωχογειτονιές μπορεί να μεγάλωσαν με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Αποτέλεσμα έχει να παρουσιάζονται μεγαλύτερες πιθανότητες παραβατικής συμπεριφοράς. Η ανάγκη τους να καλύψουν το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έως και η επιθυμία του γρήγορου – εύκολου χρήματος σε συνδυασμό με την κοινωνική καταξίωση που επιτυγχάνεται αποτελούν κίνητρα σε άτομα με απώλεια ηθικών φραγμών, να εκδηλώσουν παραβατική συμπεριφορά.

2. Αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα: ορισμένα άτομα βρίσκονται σε δύσκολη οικονομική κατάσταση, ζουν κυρίως στα όρια φτώχειας και ανέχειας καταφεύγοντας σε παραβατικές πράξεις (μικροκλοπές), προκειμένου να καλύψουν τις βασικές ανάγκες επιβίωσης τους. Ο παράγοντας αυτός ευδοκimei ιδιαίτερα στις ημέρες μας, που η οικονομική κρίση έχει επεκταθεί σε «υγιής» οικογένειες δημιουργώντας ανισορροπίες στις σχέσεις των μελών και κλονισμό κάθε αξίας.

3. Θέλουν να δείξουν την αξία τους στο κοινωνικό περιβάλλον: στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι άνθρωποι εκείνοι που θεωρούν ότι η κοινωνία δεν είναι αυτή που πρέπει, δεν στέκεται βοηθός απέναντι στους μικρούς και αβοήθητους, αδύναμους, γι αυτό παίρνουν το νόμο στα χέρα τους. Προβαίνουν σε ληστείες και κλοπές δίνοντας τα κλοπιμαία σε ευπαθής οικονομικά ομάδες.

4. Ενδέχεται να εμφανίζουν ψυχολογικά προβλήματα: ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με παραβατικότητα μπορεί να παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα. Υπάρχει το ενδεχόμενο

να καταφύγουν σε πράξεις απερισκεψίας και δεν αντιλαμβάνονται το μέγεθος των πράξεων τους και τις επαναλαμβάνουν χωρίς ηθικές αναστολές. (Μαυρογιάννης, 2003).

Το φαινόμενο της παραβατικότητας εμφανίζεται συχνά στους κόλπους της σχολικής κοινότητας εστιάζοντας στα πιο αδύναμα άτομα. Τα παραβατικά άτομα συνήθως έχουν αδύναμο χαρακτήρα και για να συγκαλύψουν το τρωτό αυτό σημείο προσπαθούν με παραβατική συμπεριφορά να κερδίσουν τις εντυπώσεις και να επιδειχτούν στους συνομήλικους τους. Καταφεύγουν σε ψυχολογικό (π.χ. απειλές), σωματικό (π.χ. χειροδικίες, κλοτσιές, μπουνιές) και λεκτικό (π.χ. βρισιές, χλευασμοί) εκφοβισμό ή και βία (Φαρσεδάκης, 1985).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. το 2000 / 199.000 άνθρωποι ηλικίας (10 -29 χρόνων) δολοφονήθηκαν στον κόσμο και συγκεκριμένα είναι 565 νέοι ενήλικες, παιδιά και έφηβοι από φαινόμενα βίας. Η επιθετικότητα που μπορεί να υπάρχει στην παιδική ηλικία μπορεί να εμφανίσει αργότερα βίαιη συμπεριφορά στην εφηβεία. Σύμφωνα, με τον Π.Ο.Υ 20-45% από τα αγόρια και 47-69% στα κορίτσια που μπορεί να εμφανίσουν βίαιη ή και εγκληματική συμπεριφορά θα οδηγηθούν στην παραβατικότητα. (ανακτήθηκε από: http://kratoumenoi.blogspot.gr/2010/09/blog-post_27.html).

Η χρήση ουσιών και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν βασικά αίτια δημιουργίας παραβατικής συμπεριφοράς στο έφηβο άτομο. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί:

- Να έχει πέσει θύμα βίας
- Να έχει βιώσει ένα τραυματικό γεγονός
- Να θέλει να νιώθει διαφορετικός

Οι παραπάνω λόγοι ευδοκιμούν όταν ο χαρακτήρας του ατόμου είναι συναισθηματικά ευάλωτος και έχει υποστεί κάποια τραυματική εμπειρία. Επιπροσθέτως, η ανάγκη του εφήβου να διακριθεί και να κερδίσει την αναγνώριση από την ομάδα των συνομηλίκων του είναι μια ικανή αιτία να καταφύγει ο νέος στη χρήση ουσιών και στην κατανάλωση αλκοόλ προκειμένου να κάνει αισθητή την παρουσία του. Έχοντας κανείς όλα αυτά υπόψη του είναι σε θέση να αντιληφθεί πως το άτομο κάνοντας χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και ιδιαίτερα από μικρή ηλικία μπορεί να αποκτήσει παραβατική και αντικοινωνική συμπεριφορά. Οι ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζει μπορεί να τον οδηγήσουν ακόμα και στην φυλάκιση, μιας και η αδιαφορία ενίοτε και η παραβίαση που επιδεικνύει στους θεσμούς και στους νόμους της ανθρώπινης κοινωνίας αποτελούν βασικούς παράγοντες παραδειγματικής τιμωρίας.

Σύμφωνα με έρευνα του ΚΕΘΕΑ, 5% από τους κρατούμενους δηλαδή, 600 άτομα περίπου είναι έφηβοι και ανήλικοι παραβάτες. Με βάση την έρευνα του ΚΕΘΕΑ η μέση ηλικία των συλληφθέντων είναι 19 ετών και από 17 έως και 21 ετών τα νεαρά άτομα διαπράττουν αδικήματα για παραβίαση του νόμου περί των ναρκωτικών. Το 58,9% των κρατουμένων δηλώνει ότι έχει κάνει χρήση ναρκωτικών και ιδιαίτερα έχει χρησιμοποιήσει την κάνναβη, ενώ 5 άτομα έχουν κάνει χρήση συνεχόμενη και το 32,1% παραδέχεται ότι κάνει χρήση ουσιών στην φυλακή (ανακτήθηκε από: <http://archive.avgi.gr/ArticleActions/show.action?articleID=725750>).

Επιπροσθέτως, το εξαρτημένο άτομο (είτε από ουσίες, είτε από αλκοόλ) μπορεί να εμφανίσει:

- Απώλεια αυτοσυγκράτησης
- Αδυναμία λογικής σκέψης
- Μεταστροφή στο χαρακτήρα του ατόμου (πιο απότομο, πιο εχθρικό, πιο ιδιόρρυθμο)
- Μείωση αυτοελέγχου (το άτομο γίνεται πιο οξύθυμο και προβαίνει σε χειροδικία).
- Ανικανότητα εκτίμησης οποιασδήποτε μορφής κινδύνου
- Εμφάνιση παρορμητικότητας
- Συναισθηματική αδυναμία. (Μαυρογιάννης, 2003).

Κυριότερες μορφές παραβατικότητας των εφήβων

- 1.Εμπρησμός
- 2.Χουλιγκανισμός
- 3.Διακίνηση ναρκωτικών
4. Καταστροφή ξένης περιουσίας
- 5.Οπλοκατοχή (Σύμφωνα με το: Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής & Ασφάλειας της Εργασίας, όπου υπάρχει σχετική νομοθεσία, πρέπει να έχουν κλείσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους και να χρησιμοποιούν μονάχα αεροβόλα όπλα ή τουφέκια (http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/a147_93.1132660937294.pdf)

Έχοντας κανείς αντιληφθεί το μέγεθος του προβλήματος που αφορά κυρίως την παραβατικότητα ανήλικων ατόμων, μπορεί να συνειδητοποιήσει πόσο σημαντική είναι η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού στην επίλυση του προβλήματος.

Ø Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού χωρίζεται σε δύο στάδια:

1. Διαγνωστικό: διερεύνηση της προσωπικότητας του ανηλίκου και των συνθηκών που βιώνει (οικογενειακών, κοινωνικών, επαγγελματικών).
2. Αναμορφωτικό: επίλυση των προβλημάτων του ανηλίκου και η ένταξη του στην κοινωνία. (Γεωργούλας, 2006).

Επιπλέον ο Κοινωνικός Λειτουργός οφείλει στα άτομα με παραβατική συμπεριφορά να εμφανίζεται:

1. Στις εισαγγελίες και στα δικαστήρια ανηλίκων
2. Στις υπηρεσίες επιμελητών ανηλίκων
3. Σε σωφρονιστικά καταστήματα
4. Σε εταιρείες προστασίας αποφυλακισμένων
5. Σε προγράμματα κοινωνικής επανένταξης. (Καλλινικάκη, 1998).

Μπορεί ωστόσο, η οικονομική κρίση να συνδεθεί με την χρήση ουσιών και την παραβατικότητα;

Η οικονομική κρίση που κάνει έντονη την παρουσίαση της στις ημέρες μας, πλήττει ιδιαίτερα την ευαίσθητη ψυχή των νεαρών ατόμων που αδυνατώντας να κατανοήσουν την αιτία των οικονομικών προβλημάτων τους και εισπράττοντας μόνο τις αρνητικές συνέπειες που απορρέουν από αυτά καταφεύγουν στην χρήση ουσιών και στην κατανάλωση αλκοόλ. Ορισμένα από αυτά προβαίνουν ακόμα και σε βανδαλισμούς, καταστροφές ξένης περιουσίας, καταπάτηση κάθε μορφής ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τέτοιου τύπου συμπεριφορές οδηγούν αυτόματα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στον στιγματισμό των ατόμων αυτών.

7.3 Ουσιοεξάρτηση και ψυχική υγεία

Αναφερόμενος κανείς στην έννοια της ψυχικής υγείας αντιλαμβάνεται ότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία είναι ένα ζήτημα που σε κάθε ανθρώπινο οργανισμό διαφέρει. Πιο συγκεκριμένα σε αυτό που αναφέρεται ο Π.ΟΥ είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Επίσης, υπάρχουν παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την ψυχική υγεία και την υγεία γενικότερα. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να συμπεριλαμβάνονται στους γενετικούς (διαβίωση, εργασία, κατοικία, κ.α), περιβαλλοντικούς, στους παράγοντες με βάση τις συνθήκες διαβίωσης (διατροφή, καταχρήσεις, σωματική άσκηση, κ.α.) (ανακτήθηκε από: <http://el.wikipedia.org/wiki/Υγεία>).

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν την ψυχική υγεία του ανθρώπου είναι:

- Η φυσική κατάσταση στην οποία βρίσκεται
- Η ευημερία σε όλους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας (στον οικονομικό, επαγγελματικό, οικογενειακό τομέα, στις κοινωνικές σχέσεις, κ.α.).
- Η δυνατότητα αντίληψης και αξιοποίησης των ικανοτήτων του
- Η διαχείριση του άγχους
- Η προσφορά του ατόμου στο εργασιακό και κοινωνικό γίγνεσθαι. (Thompson, 2012).

Πιο συγκεκριμένα όταν το άτομο βρίσκεται σε άριστη σωματική κατάσταση, δεν αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα και έχει πολύ καλές διαπροσωπικές σχέσεις τότε νιώθει και ψυχικά υγιές. Επιπροσθέτως, το άτομο που καταφέρνει να διαχειρίζεται το άγχος του και έχει αξιοποιήσει τις κλίσεις του νιώθοντας ότι είναι πολύτιμο και αναγνωρίσιμο στην κοινωνία, οδηγείται στην ψυχική πληρότητα. Αντιθέτως, όταν ένας άνθρωπος δεν έχει σωματική υγεία, αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα, κλονίζονται οι οικογενειακές και όχι μόνο σχέσεις τότε νιώθει ψυχικά αδύναμος, κοινωνικά αποκλεισμένος αδιαφορώντας για όλους και για όλα. Σε αυτή την περίπτωση η ψυχική του υγεία του ανθρώπου είναι αδύναμη.

Βασικό στοιχείο για τον άνθρωπο είναι να εισπράττει το κάθε γεγονός μέσα στην καθημερινότητα του στο βαθμό που αυτό λαμβάνει χώρα, ούτε να το υπερτιμά ούτε να το υποτιμά. Ωστόσο οφείλει να έχει τα εφόδια να διαμορφώνει κατάλληλες και δομημένες διαπροσωπικές σχέσεις μέσα στην κοινωνία. (ανακτήθηκε από [:www.who.int/features/qa/en/index.html](http://www.who.int/features/qa/en/index.html))

Πιο συγκεκριμένα, η ψυχική του υγεία επηρεάζεται άμεσα από την προσωπική ζωή του ατόμου (αν είναι ευτυχισμένος ή δυστυχισμένος με τους ανθρώπους που τον περιβάλλουν) καθώς και από την καθημερινότητά του.

Οι καθημερινές του ανάγκες όπως: σίτιση, ένδυση, στέγαση, εργασία, μόρφωση, οικονομική ευημερία συμβάλλουν καθοριστικά στην ύπαρξη ή μη ψυχικής υγείας του ατόμου. Άλλοι εξίσου σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχική υγεία του ανθρώπου είναι οι σωστές οικογενειακές και επαγγελματικές σχέσεις, η κοινωνικότητα που επιδεικνύει το άτομο καθώς και οι τρόποι ψυχαγωγίας που επιλέγει για να εκτονωθεί και να ξεκουραστεί.

Μέσα στην οικογένεια η ψυχική υγεία των μελών της παίζει τον σημαντικότερο ρόλο. Πολλές φορές για να είναι όσο πιο πολύ μπορεί ικανός και υποχωρητικός ο γονιός στα παιδιά του, αναγκάζεται να διεκπεραιώνει τα θέλω και τα πρέπει τους, όταν βέβαια αυτά βαδίζουν μέσα σε σωστά πλαίσια. Για να το πετύχει αυτό χρειάζεται να επιστρατεύσει τις δεξιότητες, όπως:

υπομονή, επιμονή, αγάπη, χιούμορ, κατανόηση, διάθεση, υποστήριξη, συνεργασία, αλληλεγγύη, σεβασμό για να επιτευχθεί η ψυχική υγεία των μελών της οικογένειας. Η παρουσία αυτών των δεξιοτήτων, είναι απαραίτητη ακόμα και εάν υπάρχουν μέλη τα οποία είναι εξαρτημένα ή ουσιοεξαρτημένα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο εθισμός βρίσκει πρόσφορο έδαφος σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την ψυχική τους υγεία. Το αλκοόλ καθώς και η χρήση ουσιών, εντείνουν τα ήδη διαταραγμένα άτομα προκαλώντας ακραίες συμπεριφορές. Ο εθισμός είναι συχνός σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύθηκαν στο περιοδικό της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης:

- 50% των ατόμων με ψυχικές διαταραχές επηρεάζονται από την χρήση ουσιών
- 37% των εξαρτημένων από το αλκοόλ και 53% των τοξικομανών, έχουν μια σοβαρή ψυχική ασθένεια
- 29% των ατόμων στους οποίους έχει διαγνωστεί η ψυχική ασθένεια, αντιμετωπίζει εθισμό με αλκοόλ ή ουσίες. (Εθνική Συμμαχία για την Ψυχική Ασθένεια).

Το άτομο το οποίο αντιμετωπίζει εξάρτηση από ουσίες και αλκοόλ, αρνείται τις περισσότερες φορές να παραδεχτεί ότι έχει εθιστεί από αυτές και δεν δέχεται βοήθεια από τους ειδικούς ή από τα εξειδικευμένα προγράμματα απεξάρτησης αλκοόλ και ουσιών.

Όταν το άτομο παρουσιάζει προβλήματα στην σωματική και ψυχική του υγεία έχει μεγάλες πιθανότητες να καταλήξει να κάνει χρήση ουσιών. Αυτό έχει ως συνέπεια να προκριθούν σωματικές και ψυχικές διαταραχές. Υπάρχει πιθανότητα να επηρεασθούν οι διατροφικές τους συνήθειες (φαινόμενο ανορεξίας ή βουλιμίας) να παρουσιάσει τάσεις αυτοκτονίας, να γίνει καταθλιπτικός ή πολύ αγχώδης. (ανακτήθηκε από: www.klimaka.org.gr).

Σε αυτές τις περιπτώσεις όπως γίνεται αντιληπτό, επιτακτική κρίνεται η ανάγκη της καθοριστικής παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού.

Ο ρόλος του, στην Αποκατάσταση της Ψυχικής Υγείας του ατόμου και συγκεκριμένα σε ένα Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, είναι ο εξής:

- Ø Αναλαμβάνει τις κοινωνικές και προνοιακές ανάγκες.
- Ø Διερευνά και οργανώνει δράσεις κοινωνικοποίησης.
- Ø Παρέχει συμβουλευτική οικογένειας.
- Ø Προσφέρει υποστήριξη στις ευπαθείς ομάδες.
- Ø Δρα με στόχο την προάσπιση των δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων.

- Ø Αποτρέπει τις λανθασμένες κινήσεις.
- Ø Παρέχει σημαντικές πληροφορίες γύρω από τους ψυχικά ασθενείς και τις οικογένειες τους.
- Ø Βοηθάει στην επανένταξη του ασθενή μέσα στην κοινωνία.
- Ø Εξασφαλίζει την συμμετοχή, την θεραπεία και την περίθαλψη στους ψυχικά ασθενείς.
- Ø Βοηθάει και κατανοεί τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών. (Tansella , Thornicroft, 2009).

7.4 Ουσιοξάρτηση και διαπροσωπικές σχέσεις

Με τον όρο διαπροσωπικές σχέσεις αναφερόμαστε στις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των ανθρώπων σε διάφορους τομείς της ζωής του (για παράδειγμα στο κοινωνικό, επαγγελματικό, προσωπικό στίβο). Είναι οι σχέσεις οι οποίες λειτουργούν και αναπτύσσονται ανάμεσα στους ανθρώπους όπου βρίσκονται με όποιον και αν συνεργάζονται και έρχονται σε συχνή επαφή. (Τσαούσης, 1997).

Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις είναι:

1. Η οργάνωση
2. Η συμπεριφορά που επιδεικνύει το άτομο μέσα στην κοινωνία
3. Η συνεργασία
4. Η επικοινωνία
5. Η ηγεσία

Η ανθρώπινη επικοινωνία έχει βαρύνουσα σημασία τόσο για την κοινωνία όσο και για τον ίδιο τον άνθρωπο ως οντότητα. Μέσα στην κοινωνία υπάρχουν και οι «καλές αλλά και οι κακές» σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. Εντοπίζει κανείς και τη συμπάθεια αλλά και την αντιπάθεια, τη συνεργασία αλλά και την μη συνεργασία . Οι διαπροσωπικές σχέσεις καθορίζουν την εξέλιξη ή την στασιμότητα της κοινωνίας και δύναται να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την αποδοτικότητα, την ψυχολογία, την συντροφικότητα του ατόμου. (Τσαούσης, 1997)

Έχοντας κανείς αντιληφθεί το ρόλο των διαπροσωπικών σχέσεων για το άτομο και την κοινωνία μπορεί να συνειδητοποιήσει τις οδυνηρές συνέπειες που προκύπτουν όταν το άτομο είναι εξαρτημένο από ουσίες ή αλκοόλ. Κάθε μορφή ανθρώπινης σχέσης κλονίζεται όταν υπάρχει νοσηρή εξάρτηση των συμβαλλόμενων μερών. Πιο συγκεκριμένα:

Στην οικογένεια: όταν κάποιο μέλος κάνει χρήση ουσιών, τα προβλήματα που δημιουργούνται μεταξύ των υπόλοιπων μελών είναι πολλαπλά και ενίοτε πολύ σοβαρά. Το εξαρτώμενο από ουσίες μέλος μπορεί να έχει οδηγηθεί στις καταχρήσεις μετά από μια σειρά

προβλημάτων που αντιμετωπίζει (όπως οικονομικές δυσκολίες, ανεργία, περιπτώσεις ενδοοικογενειακής, και όχι μόνο κακοποίησης (ψυχολογική, λεκτική, σωματική), απουσία υγιούς περιβάλλοντος, παραμέληση ή και εγκατάλειψη κ. α.)

Όλα αυτά έχουν την δυνατότητα να δημιουργήσουν εντάσεις ανάμεσα στα παιδιά αλλά και ανάμεσα στους γονείς, να αποδιοργανωθούν τα μέλη, κάθε μορφή αρχών και κανόνων να καταστρατηγηθεί και να δημιουργηθούν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα τόσο στον πάσχοντα όσο και στα άλλα άτομα της οικογένειας. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι ψυχολογικές πιέσεις είναι τέτοιες που δημιουργούνται ακόμα και τάσεις αυτοκτονίας όταν οι καταστάσεις δεν είναι πλέον διαχειρίσιμες.

Αναγκαίο κρίνεται, όπως γίνεται αντιληπτό, όλες αυτές οι καταστροφικές συνέπειες να αποφευχθούν με την έγκαιρη πρόληψη που δεν πρέπει να αφορά μονάχα τις εξαρτησιογόνες ουσίες αλλά και το αλκοόλ (που μπορεί να χαρακτηρίζεται και λίγο πιο επικίνδυνο από τα ναρκωτικά), το κάπνισμα, τα φάρμακα, τα χάπια και οτιδήποτε άλλο επηρεάζει την κοινωνική, σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου.

Οι γονείς οφείλουν να προσπαθούν όσο μπορούν να δημιουργήσουν μια υγιή σχέση με τα παιδιά τους. Απαραίτητο είναι να καλλιεργηθεί ο διάλογος, ο αμοιβαίος σεβασμός προκειμένου να αντιμετωπίζουν μαζί κάθε πρόβλημα, που προκύπτει χωρίς να συγκαλύπτεται και να διογκώνεται. Έτσι με την άμεση αντιμετώπιση αποφεύγονται τα χειρότερα και χτίζονται σχέσεις εμπιστοσύνης, αγάπης και πραγματικής αφοσίωσης

Στο κοινωνικό περιβάλλον: οι επιπτώσεις που συνοδεύουν το εξαρτώμενο άτομο στο κοινωνικό περίγυρο συνοψίζονται

- Έλλειψη ή και άρνηση τήρησης των νόμων
- Εμφάνιση εγκληματικότητας, παραβατικότητας, επιθετικότητας
- Δημιουργία σχέσεων που μπορούν να χαρακτηριστούν απότομες και επιθετικές σε συναναστροφή με φίλους
- Επιλογή τρόπων διασκέδασης που έχουν αρνητικές επιπτώσεις.

Στο σχολικό περιβάλλον: οι επιπτώσεις που συνοδεύουν το εξαρτώμενο άτομο στο χώρο του σχολείου ενδεικτικά είναι:

- Διαρκείς τσακωμοί
- Αποτυχία στις σχολικές επιδόσεις
- Σκασιαρχείο

- Έλλειψη ενδιαφέροντος
- Επιλογή αρνητικών συναναστροφών
- Το άτομο δεν δείχνει συνέπεια και αμελεί τις υποχρεώσεις του
- Έλλειψη υποστήριξης τις περισσότερες φορές από τους υπόλοιπους συνομήλικους (εχθρικό περιβάλλον). (Πουλόπουλος, 2005).

Αξίζει να επισημανθεί ο σημαίνων ρόλος που έχει η εξωτερική εικόνα ενός ανθρώπου στη συμπεριφορά του απέναντι στους συνανθρώπους του και πως επηρεάζει τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Το ντύσιμό του, ο τρόπος που μιλάει, ο τρόπος που φέρεται, οι συναναστροφές που έχει, η προσωπική ζωή που κάνει και η οικογενειακή ζωή που έχει, ο τρόπος που κινείται, η «καλή» και η «κακή» διάθεση που έχει ανάλογα με όσα του να συμβαίνουν στη ζωή του αποτελούν στοιχεία έκφρασης και επηρεάζουν την δημιουργία ή μη ορθών διαπροσωπικών σχέσεων.

Ειδικότερα η εικόνα ενός εθισμένου από ουσιοεξαρτήσεις ατόμου διαφοροποιείται κατά πολύ από εκείνη ενός «υγιούς» ανθρώπου. Και αυτό μπορεί να επηρεάσει τις διασυνδέσεις και τις σχέσεις που μπορεί να έχει με το κοινωνικό περιβάλλον.

Το άτομο το οποίο θα καταφύγει στη χρήση ουσιών, όταν αυτό γίνει γνωστό και διαδοθεί στον υπόλοιπο κόσμο, τότε θα επέλθουν μια σειρά από αλυσιδωτές συνέπειες - αντιδράσεις που θα έχουν επιδράσεις αρνητικές στην ψυχοσύνθεσή του. Το άτομο στιγματίζεται, αποκλείεται κοινωνικά, νιώθει ανασφάλεια και αρνείται να δραστηριοποιηθεί σε οποιαδήποτε κοινωνική δραστηριότητα. (Πουλόπουλος, 2005).

Για να αντιληφθούμε το μέγεθος των αρνητικών αυτών επιδράσεων , αναγκαίο κρίνεται να διευκρινίσουμε τη σχέση που συνδέει την ουσιοεξάρτηση με την εξάρτηση. Η εξάρτηση αναφέρεται γενικά σε οτιδήποτε μπορεί να είναι εξαρτημένο το άτομο. Συνήθως είναι κάτι που του αρέσει να κάνει στην καθημερινότητα του αλλά και σε όλη του την ζωή. Η ουσιοεξάρτηση σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο στις εξαρτήσεις που αφορούν ουσίες (ναρκωτικά, αλκοόλ, κάπνισμα) και δεν πρέπει να χαθεί ο έλεγχος και τα όρια, διότι τότε μπορεί το άτομο να οδηγηθεί στον εθισμό. Δεν είναι πάντα εφικτό κάποιος που κάνει χρήση και έχει εθιστεί από ουσίες να ξεφύγει τόσο εύκολα και σε μικρό χρονικό διάστημα. Για να επιτευχθεί η απεξάρτηση το πρόβλημα είναι πιο έντονο και περισσότερο όταν πρόκειται για άτομα νεαρής ηλικίας που όλα τα βιώνουν στο έπακρο. Η συμβολή των γονιών σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η σημαντική. Η ανάγκη να τους προσφέρουν οποιαδήποτε μορφής βοήθεια, συμπαράσταση, στήριξη και δύναμη.

Αν δείξουν παραμέληση και αδιαφορία καταδικάζουν τα εξαρτημένα άτομα σε άλλοτε ψυχικό και άλλοτε σωματικό θάνατο. Η συνεχής ενημέρωση προλαμβάνει καταστάσεις, εντοπίζει έγκαιρα τις προβληματικές περιπτώσεις και άμεσα έχει την δυνατότητα να τις λύσει.

Αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελεί η δουλειά που γίνεται στα διάφορα κέντρα απεξάρτησης σε όλη την Ελλάδα με τις ποικίλες θεραπείες που εφαρμόζονται για την απεξάρτηση των ατόμων και ιδιαίτερα των εφήβων. Βασική παράμετρος είναι να θέλει και το ίδιο το άτομο να ξεκινήσει την διαδικασία απεξάρτησης. (ανακτήθηκε από: <http://www.okana.gr/component/k2/item/176>)

Πιο συγκεκριμένα , ο ρόλος που έχει ο Κοινωνικός Λειτουργός στις διαπροσωπικές σχέσεις που ο εξαρτημένος έχει με το περιβάλλον του είναι ο εξής:

1. Μπορεί να κάνει τον μεσολαβητή.
2. Μπορεί να είναι ο συνήγορος.
3. Μπορεί να είναι ο εκπρόσωπος.
4. Μπορεί να είναι ο αξιολογητής.
5. Ο εμπνευστής.
6. Ο σύμβουλος (Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Μ., 2006).

Έχοντας κανείς όλα αυτά υπόψη του καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η χρήση, η κατάχρηση, η εξάρτηση των ουσιών και του αλκοόλ έχει αρνητικές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την όλη καθημερινότητα και στάση του ανθρώπου μέσα στην κοινωνία. Οι συνέπειες των καταχρήσεων είναι καταστροφικές και πολλές φορές μπορούν να αποβούν μοιραίες για το εξαρτώμενο άτομο κάτι που ο χρήστης δεν μπορεί να το συνειδητοποιήσει έγκαιρα, διότι τον μαγνητίζει ο εθισμός που του έχουν προκαλέσει οι ουσίες.

Αντιθέτως, η απεξάρτηση του ανθρώπου από κάθε επιβλαβή για τον οργανισμό ουσία κάνει τον ίδιο να αισθανθεί πιο υγιής, ευδιάθετος, ανακουφισμένος, συνειδητοποιημένος, ήρεμος, ολοκληρωμένος, ζωντανός και χαρούμενος. Θα δεσπόζει η λογική περισσότερο από την απεισκευσία και την παρορμητικότητα, χαρακτηριστικά που δείχνουν το βαθμό εξάρτησης του ατόμου από ουσίες. Αναφορικά με το κοινωνικό γίνεσθαι, οι σχέσεις θα δείχνουν πιο ανεπτυγμένες και υγιείς, όπως επίσης και οι ενέργειες αλλά και οι δραστηριότητες θα είναι δημιουργικές και σωστές.

Ανακεφαλαίωση

Εν κατακλείδι, στα ως άνω κεφάλαια αναλύθηκαν διεξοδικά οι σχέσεις της ουσιοεξάρτησης με την παραβατικότητα, την ψυχική υγεία και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Αναφέρθηκαν τα πιο σημαντικά στοιχεία προκειμένου να αναπτυχθούν με σαφήνεια και ακρίβεια. Φαίνεται ότι οι τρεις αυτές ενότητες ίσως να αλληλοσυνδέονται μεταξύ τους με την εξής σειρά: ψυχική υγεία-διαπροσωπικές σχέσεις –παραβατικότητα. Εύκολα οδηγείται στο συμπέρασμα ότι η ουσιοεξάρτηση συνδέεται και με την οικονομική κρίση.

Όπως γνωρίζουμε ο οικονομικός τομέας δείχνει να έχει σημαντικό ρόλο μέσα στην κοινωνία αλλά και στις ζωές των ανθρώπων. Μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις περισσότερες φορές κάθε παράγοντα από την ζωή του ατόμου, και αυτό να έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να καταλήξει στην κατάχρηση ουσιών για υποτιθέμενη αποφυγή των προβλημάτων του. Το πιο σημαντικό στοιχείο που μπορεί κανείς να διακρίνει από τα τρία κεφάλαια, είναι το γεγονός ότι η ουσιοεξάρτηση έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει σοβαρά σωματικά αλλά και ψυχικά προβλήματα στον άνθρωπο. Η υγεία του ατόμου κλονίζεται και παράλληλα εμφανίζει διαταραχές στην συμπεριφορά του τόσο στις διαπροσωπικές όσο και στις κοινωνικές σχέσεις .

Προκειμένου να μην φθάσει το άτομο να αντιμετωπίζει τόσο σοβαρά προβλήματα θα ήταν καλό να ευαισθητοποιηθεί σε θέματα που αφορούν την υγεία του, να αποφεύγει κάθε μορφή νοσηρής εξάρτησης (ουσίες, αλκοόλ, κάπνισμα) και να επιλέγει υγιείς τρόπους ψυχαγωγίας που θα του προσφέρουν σωματική και ψυχική ανάταση.

Κεφάλαιο 8

Συμπεράσματα – Προτάσεις

8.1 Συμπεράσματα

Ο άνθρωπος, ακούραστος αναζητητής των ελιξιρίων της "ζωής" και της "ευτυχίας", σαν μέσα από μία φυσική ανάγκη "αυτοθεραπείας", των δυσάρεστων γι' αυτόν συναισθημάτων έγινε πρόθυμος χρήστης οποιασδήποτε ουσίας του πρόσφερε έστω και κάποιες στιγμές φυγής από τα "βάσανα" του. Η βιομηχανοποίηση και εμπορευματοποίηση ορισμένων από αυτές τις ουσίες, όχι μόνο μείωσε το κόστος χρήσης του αλλά και του πρόσφερε "συσκευασίες" για χρήση σ' οποιονδήποτε χώρο, οποιαδήποτε ημέρα και ώρα.

Η διαφήμιση φρόντισε να αναγάγει την χρήση τους σε κοινωνικό κριτήριο, έτσι που το κάπνισμα της μίας ή της άλλης μάρκας τσιγάρου, ή η χρήση του ενός ή του άλλου ποτού, να προσπαθεί συμβολικά να αποδώσει στοιχεία της προσωπικότητας του χρήστη και τρόπους συμπεριφοράς του. Παρόμοια συμβολική σημασία απέκτησαν και οι περισσότερες από τις απαγορευμένες τοξικές ουσίες που συλλογικά ονομάζουμε "ναρκωτικά", αυξάνοντας έτσι την σπουδαιότητα τους για τον χρήστη. Ακόμα και ο διαχωρισμός σε "μαλακά" και "σκληρά" περιέχει τέτοια στοιχεία συμβολισμού που οδηγούν στη χρήση τους, από συγκεκριμένες προσωπικότητες.

Κοινωνικοί παράγοντες παίζανε καθοριστικό ρόλο, μέχρι να φθάσουμε στη σημερινή κατάσταση όπου οι άνθρωποι εκτός από άνδρες και γυναίκες θα μπορούσαν να χωριστούν -και ήδη σε διάφορους χώρους χωρίζονται- σε "καπνίζοντες" και "μη καπνίζοντες". Ο δρόμος από την πρώτη χρήση στην κατάχρηση και την δημιουργία εθισμού και εξάρτησης είναι μακρύς τόσο σε κοινωνικό όσο και σε ατομικό επίπεδο. Επηρεάζεται δε, από παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον ίδιο τον άνθρωπο, όσο και από τις ιδιότητες της ουσίας χρήσης και το κοινωνικό περιβάλλον.

Η έγκαιρη επισήμανση του προβλήματος, ο σεβασμός των δικαιωμάτων του ατόμου και η αντιμετώπισή του σε εξειδικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι θεμελιώδη σημεία στην θεραπευτική προσέγγιση.

Σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία παίζει και η σωστή ενημέρωση και συμμετοχή της οικογένειας.

Για να υπάρξει θετικό αποτέλεσμα, το περιβάλλον του εξαρτημένου ατόμου θα πρέπει να μην υποτιμά τα σημάδια μιας τέτοιας κατάστασης και να ασκεί σωστή και σταθερή πίεση, ώστε

να οδηγήσει τελικά στη θεραπεία. Για να γίνει βέβαια κάτι τέτοιο, είναι απαραίτητη η ενημέρωση της οικογένειας από επαγγελματίες θεραπευτές.

Η παραδοχή του προβλήματος είναι το πρώτο βήμα για την αντιμετώπισή του. Η κατανόηση ότι είναι δύσκολο να σπάσει ο εξαρτημένος κάθε είδους εθισμό είναι εξίσου σημαντική. Με αποδοχή θεραπείας και συμμετοχή σε προγράμματα θεραπευτικών κοινοτήτων, ατομικής και συλλογικής συμβουλευτικής αγωγής, ομάδων αυτοβοήθειας, οικογενειακής θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής στήριξης καθίσταται δυνατόν να ξεπεραστεί η εξάρτηση.

8.2 Προτάσεις

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης συνδέεται με ένα πλήθος αιτιολογικών παραγόντων κοινωνικών, οικονομικών, βιολογικών, ψυχολογικών και οικογενειακών. Η διαπλοκή και ο βαθμός συμμετοχής αυτών των παραγόντων διαφέρει από άτομο σε άτομο, ανάλογα με το στάδιο χρήσης έναρξη, συνέχιση της χρήσης και εξάρτηση. Για όλους αυτούς τους λόγους η πρόληψη είναι ιδιαίτερα δύσκολη.

Σήμερα η πρόληψή της, προκειμένου να είναι αποτελεσματική, έχει αναπτυχθεί σε μια ολόκληρη επιστήμη. Αντίθετα, εάν δεν λειτουργούν οι επιστημονικές ομάδες στο πλαίσιο μιας συντονισμένης πολιτικής και λείπει η κατάλληλη εκπαίδευση, πιθανό αυτές οι πρωτοβουλίες που μπορεί να έχουν πάρει (οι συγκεκριμένες ομάδες), να καταλήξουν στο αντίθετο από το επιθυμητό αποτέλεσμα. Στοιχεία που δίνουν μελέτες αξιολόγησης προληπτικών παρεμβάσεων, που έχουν στηριχτεί σε επιστημονική μεθοδολογία, δείχνουν ότι η πρόληψη δεν είναι μύθος. Μπορεί να γίνει πραγματικότητα.

Παρ' ότι το θέμα έχει μελετηθεί σε ευρεία έκταση και υπάρχουν πολλές αναφορές στη βιβλιογραφία σχετικά με τις επιπτώσεις της κατάχρησης ουσιών στη ζωή και στον οργανισμό ενός χρήστη καθώς και στη ζωή των οικείων του, ωστόσο θα θέλαμε και εμείς να καταγράψουμε προτάσεις όχι για να εξαλείψουμε το πρόβλημα αλλά ίσως να το περιορίσουμε.

Ø Παροχή ενημέρωσης και γνώσης

Το πόσο σημαντική είναι η γνώση σε παρεμβάσεις πρόληψης είναι κοινά αποδεκτό. Το σκεπτικό είναι ότι τα άτομα θα αλλάξουν συμπεριφορά όταν ενημερωθούν ως προς την έκταση και τη φύση των επιβλαβών συνεπειών που σχετίζονται από την εξάρτηση των ουσιών. Η παροχή γνώσεων βασίζεται κυρίως στο Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία.

Αν στηριχτούμε ότι «η γνώση είναι ισχύς» καταλαβαίνουμε ότι η έλλειψη γνώσεων αφήνει τα άτομα «εκτεθειμένα» στη χρήση ουσιών, ενώ η γνώση των σχετικών παραγόντων (αιτίες, επιδράσεις, συνέπειες της χρήσης ουσιών) τους επιτρέπει να επιλέξουν υγιείς τρόπους ζωής.

Η παροχή γνώσεων είναι πάντοτε ένα αναγκαίο αλλά όχι το σημαντικότερο κομμάτι στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων πρόληψης (Botvin & Griffin 2007). Οι πληροφορίες που δίνονται πρέπει να είναι σαφείς και σχετικές με την κοινωνική πραγματικότητα. Για παράδειγμα, είναι σκόπιμο να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην ενημέρωση για τις βραχυπρόθεσμες και κοινωνικά δυσμενείς συνέπειες από τη χρήση ουσιών από ότι στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία (π.χ. καρκίνος, θάνατος).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι ενημέρωσης. Για παράδειγμα, οι τακτικές εκφοβισμού θεωρούνται γενικώς αναποτελεσματικές, επειδή το μήνυμα έχει ηθικούς απόηχους και δεν συμβαδίζει με τις υποκειμενικές εμπειρίες των ανθρώπων. Η χρήση ουσιών δεν οδηγεί πάντοτε σε άμεσα και σοβαρά προβλήματα υγείας. Επιπροσθέτως, η πληροφόρηση για τις ουσίες και τις συνέπειες της χρήσης πρέπει να γίνεται με τρόπο αλληλεπιδραστικό και αντικειμενικό, με τη χρήση δηλαδή πηγών που εμπιστεύονται οι αποδέκτες της πληροφορίας και χωρίς την υιοθέτηση μιας ηθικοπλαστικής στάσης.

Σαφείς, τεκμηριωμένες και ρεαλιστικές πληροφορίες για τις επιπτώσεις της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών (συμπεριλαμβανομένων των νόμιμων ουσιών) και για το πώς δρα κανείς σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή συνθήκες (π.χ. νέοι που πειραματίζονται με τις ουσίες) μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα μια λιγότερο επικίνδυνη συμπεριφορά σε σχέση με τη χρήση. Ωστόσο, σύμφωνα με μια ανασκόπηση παρεμβάσεων πρόληψης σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες (Roe & Becker 2005), η παροχή πληροφόρησης σε επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης –όπως και στην καθολική– έχει πολύ μικρή ή και καμία επίδραση στη συμπεριφορά ή στη στάση των ατόμων σε σχέση με τις ουσίες.

Ø Ενίσχυση προσωπικών δεξιοτήτων

Οι παρεμβάσεις πρόληψης που εστιάζουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων προσπαθούν να επηρεάσουν τη διαδικασία για την αναζήτηση λογικών αποφάσεων σε σχέση με τη χρήση ουσιών. Συνήθως κατευθύνουν τις ομάδες σε στρατηγικές με τις οποίες εντοπίζουν κινδύνους και προβλήματα, σχεδιάζουν τρόπους αποφυγής ή λύσεις και κάνουν επιλογές.

Στις τεχνικές υλοποίησης τέτοιων παρεμβάσεων περιλαμβάνονται: συζήτηση για τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και τις επιλογές, φυλλάδια εργασίας ή ακόμα και ασκήσεις υιοθέτησης ρόλων (role playing) σε σχέση με τις αποφάσεις και τις συνέπειές τους.

Ø Δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων (coping skills)

Η έννοια της διαχείρισης προβλημάτων αναπτύχθηκε τις δεκαετίες του '40 και του '50. Αναφέρεται σε μια σειρά από γνωστικούς και συμπεριφορικούς μηχανισμούς που μεταβάλλονται διαρκώς ώστε το άτομο να αντιμετωπίζει συγκεκριμένες εξωτερικές ή εσωτερικές καταστάσεις και απαιτήσεις που γίνονται αντιληπτές ως συντριπτικές ή που ξεπερνούν τις δυνατότητές του. Εάν οι προσπάθειες αυτές είναι αποτελεσματικές στην επίλυση προβλημάτων, παρέχουν ανακούφιση, επιβράβευση, ηρεμία και ισορροπία, διώχνοντας ως εκ τούτου το άγχος. Το άτομο πρέπει να αξιολογήσει μια κατάσταση επαναπροσδιορίζοντας τον εαυτό του/της και τροποποιώντας τους βραχυπρόθεσμους ή μακροπρόθεσμους στόχους του.

Ø Δεξιότητες καθορισμού στόχων (goal setting skills)

Αφορά παρεμβάσεις που αναπτύσσουν δεξιότητες που σχετίζονται με τον καθορισμό και την επίτευξη στόχων και ενθαρρύνουν την υιοθέτηση ενός προσανατολισμού ως προς την επίτευξή τους.

Δίνεται έμφαση στην αναγνώριση του γεγονότος ότι η χρήση ουσιών δεν ταιριάζει με τους στόχους αυτούς. Ο καθορισμός των στόχων μπορεί να τοποθετηθεί εντός ενός ρεαλιστικού πλαισίου δεξιοτήτων, χρόνου και επιβραβεύσεων. Οι παρεμβάσεις αυτές χρησιμοποιούν ένα εύρος τεχνικών, συμπεριλαμβανομένης της διδακτικής διαδικασίας και μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους τους εκπαιδευτικούς χώρους από τα νηπιαγωγεία μέχρι τα εκπαιδευτικά ιδρύματα. Οι μαθητές μπορούν να ολοκληρώσουν κάποιες ασκήσεις και εκτός ωρών συναντήσεων της παρέμβασης ή να παρακολουθήσουν την επίδοσή τους σε σχέση με μια ποικιλία στόχων. Μπορεί να υπάρχουν επιβραβεύσεις για τα επιτεύγματα. Επίσης, οι μαθητές θα διδαχθούν να ανταμείβουν τον εαυτό τους για την προσπάθειά τους. Οι παρεμβάσεις πρόληψης που περιλαμβάνουν την ανάπτυξη καθορισμού στόχων επιδιώκουν να επιφέρουν αλλαγές στη χρήση ουσιών μέσω της ανάπτυξης προσανατολισμού και προτροπής για ανάληψη δράσης σε σχέση με την επίτευξη των στόχων του ατόμου.

Ø Ενίσχυση κοινωνικών δεξιοτήτων

Η ενίσχυση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι σημαντική για τις παρεμβάσεις που βασίζονται σε θεωρίες και μοντέλα κοινωνικής επιρροής. Οι κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να οδηγήσουν κάποια άτομα, να επιλέγουν δραστηριότητες που παρέχουν ευχαρίστηση, επιβράβευση κτλ. και

δεν συμπεριλαμβάνουν τη χρήση ουσιών, αφετέρου στο να εμπλακούν σε νέα είδη κοινωνικών συναναστροφών με μέλη της κοινωνίας χαμηλού αντί υψηλού κινδύνου.

Σε αρκετές μελέτες στις οποίες εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων πρόληψης που βασίζονται στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων αναδεικνύεται ο ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος αυτών των δεξιοτήτων στη μείωση του ποσοστού αυτών που ξεκινούν το κάπνισμα, ή ελαττώνουν το καθημερινό κάπνισμα, καθώς και των νέων που κάνουν χρήση οιοπνευματωδών και κάνναβης (Botvin & Griffin 2007).

Μερικές από τις κοινωνικές δεξιότητες που περιλαμβάνονται σε παρεμβάσεις πρόληψης της ουσιοεξάρτησης παρουσιάζονται παρακάτω.

1. Διεκδικητικότητα (assertiveness)

Η διεκδικητικότητα μπορεί να οριστεί ως δεξιότητα ή ομάδα δεξιοτήτων αναγκαίων για την έκφραση των συναισθημάτων, των σκέψεων και των απόψεων του ατόμου, την κατάλληλη στιγμή και με τον κατάλληλο τρόπο, χωρίς να αγνοεί τα δικαιώματα των άλλων. Για να συμπεριφέρεται κανείς κατά τρόπο διεκδικητικό απαιτείται η ανάπτυξη συγκεκριμένων δεξιοτήτων: να μπορεί κανείς να διακρίνει μεταξύ διεκδίκησης, επίθεσης και παθητικότητας, να είναι σε θέση να εκφράσει με ειλικρινή τρόπο στοργή και συναισθήματα προς άλλους ανθρώπους (θετική διεκδικητικότητα) ή να εκφράζει επιθυμίες και συναισθήματα έχοντας αναλύσει την κατάσταση και τα συναισθήματα των άλλων. Καθώς οι δεξιότητες διεκδικητικότητας μπορούν να βελτιωθούν με την κατάλληλη εκπαίδευση, πολλές παρεμβάσεις πρόληψης της χρήσης ουσιών συμπεριλαμβάνουν την εκπαίδευση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διεκδικητικότητας, προκειμένου να βοηθήσουν στην απόφασή κάποιων να μην κάνουν χρήση ουσιών ακόμα και υπό συνθήκες πίεσης.

2. Δεξιότητες επικοινωνίας (communication skills)

Κάποια παραδείγματα δεξιοτήτων επικοινωνίας είναι η ικανότητα να «αρνείσαι ψύχραιμα» (προσφορές τσιγάρου, αλκοόλ ή κάνναβης), να κάνεις φιλοφρονήσεις, να δείχνεις συμπόνια, να ακούς τους άλλους, να φλερτάρεις, να κάνεις νέες επαφές και να γνωρίζεις πώς να συμπεριφερθείς σε ένα μη οικείο κοινωνικό περιβάλλον (μόνος σε πάρτι, σε μια νέα τάξη κτλ.).

3. Δεξιότητες αντίστασης σε πίεση συνομηλίκων (peer pressure resistance / refusal skills)

Η ανάπτυξη δεξιοτήτων αντίστασης αποτελεί κλασική συνιστώσα των παρεμβάσεων δεξιοτήτων ζωής. Αφορά παρεμβάσεις οι οποίες επικεντρώνονται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που βοηθούν τους ανθρώπους να αντιμετωπίζουν οικείες σε αυτούς στάσεις, όπου για παράδειγμα

συνομηλικοί τους ασκούν πίεση να συμμορφωθούν με τους κανόνες της ομάδας, οι οποίοι μπορεί να περιλαμβάνουν και τη χρήση παράνομων ουσιών.

4. Κανονιστική εκπαίδευση

Ιδιαίτερα για τους νέους, οι αντιλήψεις σχετικά με την κοινωνική κανονικότητα (societal normality), όπως είναι για παράδειγμα, η αντίληψή τους σχετικά με το επίπεδο επικράτησης της χρήσης κάνναβης και το επίπεδο της κοινωνικής αποδοχής της (π.χ. οι αντιλήψεις περί πρόσβασης, διαθεσιμότητας και επικινδυνότητας), παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των στάσεων και των συμπεριφορών του ατόμου.

Η κανονιστική εκπαίδευση στοχεύει στην αλλαγή υπερτιμημένων αντιλήψεων όσον αφορά τη χρήση ουσιών από συνομηλίκους, όπως για παράδειγμα της ιδιαίτερα διαδεδομένης πεποίθησης ανάμεσα στους νέους, ότι η κατανάλωση ουσιών μεταξύ συνομηλίκων είναι συνήθης και αποδεκτή.

Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της ανάδειξης δεδομένων από έρευνες που παρουσιάζουν τα ακριβή ποσοστά επικράτησης και μέσω καθοδηγούμενων συζητήσεων στην τάξη σχετικά με τη χρήση ουσιών (Botvin & Griffin 2007). Η έμφαση σε κοινωνικές νόρμες κατά των ουσιών και η διαμόρφωση κανονιστικών προτύπων μη χρήσης παράλληλα με την επεξεργασία εναλλακτικών τρόπων επίτευξης των αντιληπτών «ωφελειών» από τη χρήση ουσιών αποτελούν επιπρόσθετες συνιστώσες της κανονιστικής εκπαίδευσης. Μια άλλη στρατηγική είναι η μύηση στην τεχνική της αποδόμησης των διαφημίσεων αλκοολούχων ποτών και προϊόντων καπνού και της αποκωδικοποίησης των μηνυμάτων τους, καθώς και η δημιουργία αντεπιχειρημάτων σε σχέση με αυτά τα μηνύματα.

Επιπλέον, ευρέως διαδεδομένοι μύθοι για τη χρήση ουσιών ενδέχεται να οδηγήσουν σε παραπλανητικές πεποιθήσεις. Μπορεί για παράδειγμα να πιστεύουν οι νέοι ότι η χρήση ουσιών θα τους κάνει αποδεκτούς σε ομάδες συνομηλίκων ή θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους, ενώ στην πραγματικότητα η χρήση ουσιών είναι πιθανότερο να τους αποκλείσει από κοινωνικές συναναστροφές και να τους παρεμποδίσει στη διαχείριση θεμάτων που τους απασχολούν.

Ως στάση μπορεί να οριστεί μια γενική προδιάθεση που αποκτά κανείς με το χρόνο και η οποία ανακαλείται για να εκτιμηθεί ένα γεγονός, μια κατάσταση ή κάποιο πρόσωπο και να ενεργήσει ανάλογα. Για παράδειγμα, οι στάσεις ενός νέου σε σχέση με τη χρήση ουσιών αναπτύσσονται με το χρόνο, αλλά είναι πιθανόν να προκύπτουν από τη στάση που τηρεί η οικογένειά του/της ή η ομάδα των συνομηλίκων του/της. Έτσι, εάν η οικογένεια ή οι

συνομήλικοι τηρούν θετική στάση ως προς τη χρήση ουσιών, αυτό πιθανόν να οδηγήσει στο να διαμορφώσει ο νέος αυτός επίσης θετική στάση, πράγμα το οποίο μπορεί να θεωρηθεί παράγοντας κινδύνου για μελλοντική χρήση ουσιών.

Στο πλαίσιο αυτό, πολλές παρεμβάσεις πρόληψης στοχεύουν στην αλλαγή των στάσεων σχετικά με τη χρήση ουσιών, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα ότι, από τη στιγμή που η στάση είναι μια καλά εδραιωμένη προκατάληψη / προδιάθεση, η αλλαγή είναι πολύ δύσκολη.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης που βασίζονται στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου παρέχοντας κίνητρα για τη συμμετοχή των νέων περιλαμβάνουν δημιουργικές δραστηριότητες που προσφέρονται με δομημένο και οργανωμένο τρόπο σε συνδυασμό με την παροχή πληροφοριών σχετικά με τις ουσίες.

Ο ρόλος των δημιουργικών δραστηριοτήτων σε παρεμβάσεις πρόληψης βασίζεται στην υπόθεση ότι τέτοιες δραστηριότητες μειώνουν το χρόνο έκθεσής τους σε επικίνδυνες καταστάσεις, ενώ παράλληλα παρέχουν αναγκαίες δεξιότητες για την επιδίωξη υγείων ασχολιών. Θεωρητικά, οι νέοι άνθρωποι εισπράττουν ευχαρίστηση και προσωπική ικανοποίηση από την ανάληψη υγείων και κοινωνικά αποδεκτών δραστηριοτήτων και γι' αυτό δεν χρειάζεται να καταφεύγουν στη χρήση ουσιών.

Όσον αφορά την αξία του συγκεκριμένου πεδίου στον τομέα της πρόληψης, η επιτυχία τέτοιων παρεμβάσεων φαίνεται να εξαρτάται από το είδος και το επίπεδο των δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν. Είναι απίθανο, για παράδειγμα, η συμμετοχή σε μία και μόνη δραστηριότητα αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου να επηρεάσει τη χρήση ουσιών. Εάν όμως τέτοιες δραστηριότητες ενσωματωθούν σε μια ευρύτερη παρέμβαση, τότε μπορεί να έχουν κάποια επίδραση στην αποτροπή ή στη μείωση της χρήσης ουσιών. Όσο πιο μικρή είναι η ηλικία των παιδιών όταν αρχίζουν να ασχολούνται με δημιουργικές δραστηριότητες αξιοποίησης ελεύθερου χρόνου, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες υπάρχουν να ενσωματώσουν τις δραστηριότητες αυτές στον εφηβικό και στον ενήλικο τρόπο ζωής τους. Παρ' όλα αυτά, οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν δημιουργικές δραστηριότητες είναι συνήθως πολύπλοκες, καθιστώντας έτσι δύσκολο τον εντοπισμό και την αξιολόγηση των βασικών συνιστωσών τους.

8.3 Προτάσεις για τους γονείς για να βοηθήσουν το παιδί τους να πει ΟΧΙ στις ουσιεξαρτήσεις

1. Μιλήστε με το παιδί σας για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά.
2. Μάθετε να ακούτε τα παιδιά σας.
3. Βοηθήστε το παιδί σας να νιώθει καλά με τον εαυτό του.
4. Βοηθήστε το παιδί σας να αναπτύξει αξίες.
5. Να είστε ένα θετικό πρότυπο, ένα καλό παράδειγμα.
6. Βοηθήστε το παιδί σας να αντιμετωπίσει τις πιέσεις «των φίλων»
7. Δημιουργήστε τους κανόνες της οικογένειας
8. Ενθαρρύνετε τις θετικές δραστηριότητες του παιδιού σας.
9. Ενωθείτε με άλλους γονείς
10. Μάθετε τι να κάνετε, αν υποψιαστείτε ότι υπάρχει πρόβλημα

(ανακτήθηκε από : <http://www.okana.gr/component/k2/item/176>)

Επίλογος

Η παρούσα πτυχιακή εργασία μας έδωσε την δυνατότητα να μιλήσουμε γύρω από το φαινόμενο της χρήσης / κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών (νόμιμων και παράνομων), αλλά και για τη σημασία της πρόληψης ως μέσο προστασίας από εξαρτητικές και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

Είναι γεγονός ότι στη χώρα μας διανύουμε μια περίοδο μεγάλων ανακατατάξεων στην οικονομία - μια κρίση που όμως είναι και ηθική, πολιτική, πολιτισμική και ιδεολογική. Όλα αυτά δεν μπορούν να αφήσουν ανεπηρέαστο συναισθηματικά έναν άνθρωπο που ζει και κινείται σε μια κοινωνία που αντιμετωπίζει σοβαρότατα προβλήματα. Η αλλαγή στην ανθρώπινη ζωή (ακόμα και η ευχάριστη!) επιφέρει ταραχή, αναστάτωση και απαιτεί προσαρμοστικότητα, που δεν είναι για όλους εύκολη. Οι επιπτώσεις της κρίσης δημιουργούν ανασφάλειες, άγχος, ντροπή, ενοχές, απελπισία και συχνά προβλήματα που αφορούν την ίδια την επιβίωση - μερικές από τις αιτίες που ευνοούν την ουσιοεξάρτηση, την ανάπτυξη εξαρτητικών συμπεριφορών (τζόγος, διαδίκτυο, χρήση παράνομων ουσιών), αλλά και τη βίαιη και παραβατική συμπεριφορά.

Το πώς θα αντιμετωπίσει ο καθένας από εμάς, τις παραπάνω αντιξοότητες και το πώς θα διαχειριστεί τα δύσκολα συναισθήματά του, εξαρτάται από το πόσο έχει αναπτύξει την ικανότητα να «αντέχει» και να βρίσκει υγιείς διεξόδους.

Ποιοι είναι λοιπόν αυτοί που αντέχουν περισσότερο; Είναι εκείνοι που έχουν αυτό που ονομάζουμε μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα. Είναι οι άνθρωποι με υψηλή αυτοεκτίμηση, που έχουν μάθει να σκέφτονται με ρεαλιστική αισιοδοξία, να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις, να αντιμετωπίζουν τους φόβους και τις ανασφάλειές τους, να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, να αναζητούν εναλλακτικές λύσεις- χωρίς να βλέπουν αδιέξοδα-, να αγαπούν και να φροντίζουν τον εαυτό τους (όχι σε βάρος άλλων) και να αναπτύσσουν υγιείς κοινωνικές σχέσεις.

Αυτός είναι και ο στόχος της πρόληψης των εξαρτητικών συμπεριφορών: να βοηθήσει τα άτομα - και ιδιαίτερα τα παιδιά και τους νέους- να αναπτύξουν τις δεξιότητες εκείνες που απαιτούνται για να αντιμετωπίσουν με «επιτυχία» δύσκολες καταστάσεις ζωής. Κοινός στόχος είναι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της σωματικής και ψυχικής υγείας.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Ø Arnao G., *To δίλημμα ηρωίνη*, Βαβέλ/Σέλας, Αθήνα, 1995
- Ø Arnao G., *Κοκαΐνη: Ιστορία και επιστημονική αλήθεια*. Νέα Σύνορα-Α.Α. Λιβάνης, Αθήνα, 1995
- Ø Batra. A & Buchkremer, G. Nikotin. In: Gastpar, M, Mann, K.& Rommelsacher, H. *Lehrbuch der Suchterkrankungen*, 208-216. Stuttgart: Thieme, 1999
- Ø Botvin, G. J. & Griffin, K. W. (2007). *School-based programmes to prevent Alcohol, tobacco and other drug use. Int Rev Psychiatry*, 19(6), 607-615.
- Ø Bölskei, P.& König, M. (1997). Rauchen – Passivrauchen – Prävention. In: *Pneumologische Umweltmedizin* (445-463). Thieme Verlag
- Ø ΕΕΕΚ L 230, 19.08., σελ. 3, 199
- Ø E.M.C.D.D.A, Gregor Burkhardt, (2006) *Prevention and Evaluation Resource Kit; PERK*, <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/perk> [ανακτήθηκε 20/6/2014].
- Ø European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), [url:EMCDDA.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [14.12.2010]
- Ø European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010). *EMCDDA Manuals No 4: Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)*. Luxembourg: Publications Office of the EU.
- Ø Finette, B., O'Neill, J., Vacek, P. & Albertini, R (1998). Gene mutations with maternal exposure to tobacco smoke. *Nature medicine*, 4, 1144-51

- Ø (International Federation of Social Workers) και από τη Διεθνή Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (International Association of Schools of Social Work), τον Ιούλιο του 2001
- Ø National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders* (2nd Ed.). Bethesda, MD: National Institute on Health.
- Ø Junge, B. (1995). „Jahrbuch Sucht 96“. Dt. Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (pp. 69-83) (Hg.) Neuland: Geesthacht
- Ø Payne, M. (2000). *Σύγχρονη θεωρία της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Peto, R., Lopez, A., Boreham, J., Thun, M. & Heath, C. (1994). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*. Oxford University Press.
- Ø PompidouGroup on Prevention (1998) *Handbook Prevention; alcohol, drugs and tobacco*. Strassbourg, Council of Europe.
- Ø Tansella, M. and Thornicroft. G. (2010), *Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας, Ηθική και δεοντολογία – τεκμήρια και εμπειρία* , Β΄ έκδοση, επιμέλεια: Στέλιος Στυλιανίδης, εκδόσεις Τόπος.
- Ø Thio, A.(2003), *Παρεκκλίνουσα Συμπεριφορά*, μετάφραση: Μαρία Μπαρμπάτση, επιμέλεια: Χρήστος Τσουραμάνη, 4^η έκδοση, Ελλήν-Αθήνα.
- Ø Trimbos Institute (2002), Netherlands, *Manual on effective school-based drug prevention*
- Ø Tyler A. *Ναρκωτικά*. Σέλας ,Αθήνα, 1988
- Ø U.K. Department of Health, (2001) *Guidelines for Drug Prevention: Consultation Draft*

Ø World Health Organisation (WHO) (1999), *Raucherentwöhnung leichter gemacht. Koalition gegen das Rauchen*. Heidelberg: Eigendruck.

Ø World Health Organisation (WHO) (1998). *Health Promotion Glossary*. Switzerland: WHO.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Ø Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου (2006). *Οδηγός Προγραμμάτων Πρόληψης, Καθολική; Επιλεκτική, Ενδεικνύομενη*. μη-δημοσιευμένο

Ø Γεωργούλας, Σ. και Τσαλκάνη, Α. (2006), *Κοινωνικοί Λειτουργοί και πρόληψη της νεανικής παραβατικότητας σε επίπεδο κοινότητας*, Περιοδικό Κ.Ε.,τ.χ.82, Αθήνα , ΣΚΛΕ.

Ø Γιωτάκος, Ο., και Ζαφειρόπουλος, Ν., (2006), *Ψυχολογική Στήριξη, από το τηλέφωνο* , επιμέλεια: Γιωτάκος, Ο., και Τριανταφύλλου, Θ., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. (ανακτήθηκε από: <http://www.Obrela.gr/wp-content/uploads/2006/01/SOS/-Helpine-Book-FinalFinalFinal.pdf>).

Ø Γρίβας Κ., *Οποιούχα: Μορφίνη-Ηρωίνη-Μεθαδόνη*. Νέα Σύνορα –Λιβανης, Αθήνα,1995.

Ø Δημοπούλου – Λαγωνίκα, Ταυλαρίδου – Καλούτση, Α., και Μουζακίτης, Χ., (2009), *Μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας – μοντέλα παρέμβασης από την ατομική στην γενική – ολιστική προσέγγιση* , Εκδόσεις ελληνικά γράμματα.

Ø Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ 2011 [υπό έκδοση]). *Οδηγός Αξιολόγησης Παρεμβάσεων Πρόληψης της Ουσιοεξάρτησης*. Αθήνα: ΕΠΠΨΥ.

Ø Εθνικό Συμβούλιο κατά των ναρκωτικών *Ναρκωτικά κοινωνικά αίτια. Πρόληψη, θεραπεία* Αθήνα :Δεκέμβρης 1990 Εκδόσεις «Σύγχρονη Εποχή»

- Ø Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008-2009. Υπουργείο υγείας & κοινωνικής αλληλεγγύης Αθήνα 2008
- Ø Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΙΝΤ)
- Ø Ζαφειρίδη. Φ. *Βασικές Θέσεις στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτητικών ουσιών*. Πανελλήνια Ενημερωτική Συνάντηση για τα Ναρκωτικά ,3-5/6,Αθήνα. Στο :Ζαφειρίδης,Φ.(2009).Εξαρτήσεις και Κοινωνία. Θεραπευτικές Κοινότητες, Ομάδες Αυτοβοήθειας .Εκδόσεις Κέδρος, 1988
- Ø Θ. Δάκουρα *Ναρκωτικά και τοξικομανείς*, Θεσσαλονίκη 1975, σελ. 11
- Ø Καλλινικάκη, Θ. (1998). *Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Καστορίδου – Παπαδοπούλου, Χ., (2009), *Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, μια μορφή προσέγγισης για συνεργασία και δράση*, 2^η έκδοση, εκδόσεις ίων – Έλλην.
- Ø Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.-Ο.ΚΑ.ΝΑ. *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες* Αθήνα 2003
- Ø Κοκκέβη Α. (1988). Η πρόληψη της τοξικομανίας: Μύθος ή πραγματικότητα. *Ψυχολογικά Θέματα*, 1(4), 275-283.
- Ø Κοκκέβη, Α., Α., & Κίτσος, Γ. (2011). *Χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από εφήβους - μαθητές. Νεότερα στοιχεία από την έρευνα ESPAD στην Ελλάδα και σε άλλες 34 χώρες* . Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Ø Λιάππας Γ. (2002) *Χασίς Ο άγνωστος της διπλανής πόρτας*. Πατάκης ,Αθηνά 2002
- Ø Λιάππας Ι.Α., Πομίни Β., *Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα θέματα*, ΙΤΑCΑ Ελληνικό Τμήμα, 2004.
- Ø Μαρσέλος Μάριος, *Εξαρτησιογόνες ουσίες*, Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός, Σύγγραμμα, 1997

- Ø Μάτσα, Κ. (2001) *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιάς*. Το αίνιγμα της τοξικοεξάρτησης. Εκδόσεις Άγρα Αθήνα, 2001
- Ø Μαυρογιάννης, Δ.Γ. (2003), *Παιδική και εφηβική παραβατικότητα παθογενή αίτια αποδόμησης της θεσμικής κοινωνικοποίησης και επιπτώσεις εξωγενών παραγόντων*. (ανακτήθηκε από: http://www.elesme.gr/elesmegr/periodika/t36/t36_12.htm)
- Ø ΟΚΑΝΑ. (2011) *Κατευθυντήριες γραμμές βέλτιστων πρακτικών για τη λειτουργία τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας στον τομέα ουσιών*, Αθήνα 2001
- Ø ΟΚΑΝΑ (2010) *Απολογισμός έργου διατίτας 2010-2012*. Αθήνα, 2012
- Ø Παρασκευόπουλος Ν. *Η καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα* (Β΄ Έκδοση).Αθήνα -Θεσσαλονίκη .ΑΝΤ.Ν. Σάκκουλα, 2004
- Ø Πουλόπουλος, Χ., (2005), *Εξαρτήσεις: οι θεραπευτικές κοινότητες*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Πελλένη, Α., (χ.χ.), *Ο ρόλος της ανοικτής γραμμής της Μονάδας Απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής στον τομέα της Εξάρτησης*, Αθήνα: Μονάδα Απεξάρτησης Ψ.Ν.Α. τμήμα εφήβων .
- Ø Ρογκότης, Χ., 1994, διδακτορική διατριβή, *Μια θεραπευτική πρόταση για την αντιμετώπιση των τοξικοεξαρτημένων στην Ελλάδα*, τμήμα Ιατρικής, τομέας Κοινωνικής, Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης: (ανακτήθηκε από: <http://www.ektepn.gr>)
- Ø Σταθόπουλος, Π. (2000),*Κοινωνική Εργασία-Διαδικασία, μέθοδοι και τεχνικές παρέμβασης*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Ø Σταθόπουλος, Π.Α. (2005), *Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική εξέλιξη – νέες κατευθύνσεις*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Ø Τσαούσης, Δ.Γ (1997), *Η κοινωνία μας, οργάνωση λειτουργία, δυναμική*, Αθήνα

- Ø Υπουργείο Υγείας & Κοιν. Αλληλεγγύης Γενική Δ/ση Δημόσιας Υγείας.
- Ø Φαρσεδάκης, Ι. (1985), *Παραβατικότητα και κοινωνικός έλεγχος ανηλίκων*, Εκδόσεις Νομική βιβλιοθήκη, Αθήνα.

Ιστοσελίδες URL

- Ø Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, επιμέλεια: Σόνια Παπαδοπούλου, Λία Μελέττου, Ιουλία Μπάφη:
http://www.ekterpn.gr/images/TAKIS/EKTHESI/EKTHESI_2011_KEF_6.pdf (πρόσβαση 10/6/2014)
- Ø Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας
<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/internet-based-drug-treatment> (πρόσβαση 1/7/2014)
- Ø Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων: <http://www.kethea.gr/el-gr> (πρόσβαση 10/6/2014)
- Ø Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών – Τοξικομανών 18 Άνω: www.18ano.gr (πρόσβαση 10/6/2014)
- Ø Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών: <http://www.okana.gr/index.php/2012-02-03-13-02-03/kentraprolipsis> (πρόσβαση 11/6/2014)
- Ø Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: www.who.int/features/qa/en/index.html (πρόσβαση 13/6/2014) http://kratoumenoi.blogspot.gr/2010/09/blog-post_27.html. (πρόσβαση 13/6/2014)
- Ø http://www.esos.gr/uploads/kcfinder/file/2014_05%20Prolipsi%20-%20Kapnisma%20sta%20gymnasia.pdf
- Ø <http://www.i-grammatikopoulos.gr/psuxikh-ugeia/psuxosomatikh-iatrikh/item/75-ousioeksartiseis.html#ορισμός>
- Ø http://www.healthpress.gr/wellbeing_categories
- Ø <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=437>
- Ø <http://gr.drugfreeworld.org/drugfacts/inhalants/a-short-history.html>

- Ø http://www.anapnoi.net/index_files/Page360.htm
- Ø <http://www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/alcoholhistory/>
- Ø <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ee2013.pdf>
- Ø [http://www.greek-](http://www.greek-language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/glossology/index.html)
language.gr/greekLang/modern_greek/tools/lexica/glossology/index.html
- Ø <http://www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/alcoholhistory/>
- Ø <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%AC%CF%80%CE%BD%CE%B9%CF%83%CF%81>
- Ø <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%86%CE%B5%CE%90%CE%BD%CF%87>
- Ø <http://www.kethea.gr/FAQ/tabid/72/language/el/GR/Default.aspx?QuestionID=1&AFMID=54>
- Ø <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%B1%CF%80%CE%BD%CF%8C%CF%82>
(%CF%86%CF%85%CF%84%CF%8C)
- Ø <http://www.ektepn.gr/EKTPN,2012.ANAKTHΘΗΚΕ:20/6/2014>
- Ø http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/a147_93.1132660937294 (πρόσβαση 16/6/2014)
- Ø <http://www.okana.gr/component/k2/item/176> (πρόσβαση 18/6/2014)
- Ø <http://www.kethea.gr/el-gr/ενημέρωσηπρόληψη.aspx> (πρόσβαση 1/7/2014)
- Ø <http://www.elesme.gr/elesmegr/periodika/t30/t3002.htm> (πρόσβαση 2/7/2014)
- Ø <http://archive.avgi.gr/ArticleActionshow.action?articleID=725750> (πρόσβαση 3/7/2014)
- Ø <http://el.wikipedia.org/wiki/Υγεία> (πρόσβαση 3/7/2014)
- Ø <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9F%CF%85%CF%83%CE%AF%CE%B1>
- Ø http://greek_greek.enacademic.com
- Ø <http://www.sansimera.gr/worldays/44#ixzz36rRV8yBD>

- Ø <http://www.inewsgr.com>
- Ø <http://www.protagon.gr>
- Ø <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=152528>
- Ø www.journals.psychiatryonline.org

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΟΔΗΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

| ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΠΡΩΙΝΟΥ & ΒΡΑΔΙΝΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΝΟΙΧΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΔΙΑΒΑΣΗ» | |
|--|--|
| ΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ: | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Αθήνα |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ: | 1992 |
| ΦΟΡΕΑΣ | ΚΕ.Θ.Ε.Α. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | Δεν υπάρχει περιορισμός |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Άνω των 22 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Πρώην χρήστες |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | 12 μήνες |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | <ul style="list-style-type: none">• Μοντέλο θεραπευτικών κοινοτήτων αυτοβοήθειας• Συστημικό μοντέλο ψυχοθεραπείας |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none">• Ατομική συμβουλευτική/υποστηρικτική• Ψυχιατρική υποστήριξη (ανάλογα με την περίπτωση)• Ομαδική θεραπεία• Επαγγελματικός προσανατολισμός• Εκπαίδευση (π.χ. υποτροφίες για συνέχιση της επαγγελματικής κατάρτισης)• Νομική υποστήριξη• Οργάνωση και συμμετοχή σε πολιτιστικές και κοινωνικές δραστηριότητες• Αθλητικές δραστηριότητες |

Πίνακας 1. Ανοιχτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα "Διάβαση"

| ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΝΟΣΤΟΣ» | |
|---|---|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Πειραιάς |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1993 |
| ΦΟΡΕΑΣ | ΚΕ.Θ.Ε.Α. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | 30 άτομα |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Από 20 έως 45 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Πρώην χρήστες που έχουν ολοκληρώσει τη φάση της θεραπευτικής κοινότητας |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | Κρίνεται κατά περίπτωση |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | Μοντέλο θεραπευτικών κοινοτήτων αυτοβοήθειας |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Ατομική συμβουλευτική/υποστηρικτική • Ομάδες υποστήριξης/αυτοβοήθειας • Ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης • Επαγγελματική εκπαίδευση και επαγγελματικός προσανατολισμός • Συναντήσεις/ομάδες γονέων • Οικογενειακή θεραπεία • Σεμινάρια γενικού περιεχομένου • Βιωματικά σεμινάρια – πρόληψη υποτροπής • Οργάνωση και συμμετοχή σε πολιτιστικές και κοινωνικές εκδηλώσεις, αθλητικές δραστηριότητες • Μαραθώνιοι • Στέγαση, ξενώνας |

Πίνακας 2. Θεραπευτικό Πρόγραμμα "Νόστος"

| ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ ΠΡΩΗΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΝΟΣΤΟΣ» | |
|--|--|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Σαλαμίνα |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1994 |
| ΦΟΡΕΑΣ | ΚΕ.Θ.Ε.Α. |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Από 20 έως 45 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Πρώην χρήστες |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ | Ανάλογα με το πρόγραμμα εκπαίδευσης |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | Μοντέλο θεραπευτικών κοινοτήτων αυτοβοήθειας |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Συμβουλευτική σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο • Επαγγελματική κατάρτιση (εργαστήρια ξυλογλυπτικής, κοσμήματος, ξυλοναυπηγικής, επεξεργασίας εικόνας κ.α.) • Δίκτυο παροχής εκπαιδευτικών και επαγγελματικών ευκαιριών (π.χ. υποτροφίες από ιδιωτικές σχολές, ΙΕΚ, ιδρύματα) |

Πίνακας 3. Θεραπευτικό πρόγραμμα "Νόστος" Πρώην Χρηστών

| ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΠΕΝΤΑΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ» | |
|--|--|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Εξάρχεια |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1990 |
| ΦΟΡΕΑΣ | ΚΕ.Θ.Ε.Α. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | Δεν υπάρχει περιορισμός |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Από 20 έως 50 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Πρώην χρήστες |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | 12 μήνες |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | Μοντέλο θεραπευτικών κοινοτήτων αυτοβοήθειας |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Ατομική συμβουλευτική/υποστηρικτική • Επαγγελματικός προσανατολισμός • Εκπαίδευση • Ομαδική θεραπεία • Οικογενειακή θεραπεία • Νομική υποστήριξη • Πρόληψη υποτροπής • Στέγαση, ξενώνας |

Πίνακας 4. Θεραπευτικό Πρόγραμμα "Παρέμβαση"

| ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΕΝΤΡΟ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ | |
|---|--|
| ΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Εξάρχεια |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1995 |
| ΦΟΡΕΑΣ | ΚΕ.Θ.Ε.Α. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | Δεν υπάρχει περιορισμός |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Άνω των 24 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Πρώην χρήστες ναρκωτικών |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | Κρίνεται κατά περίπτωση |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | <ul style="list-style-type: none"> • Μοντέλο κοινωνικής αλλαγής Prochaska και Diclemente • Θεωρία κοινωνικής μάθησης • Συστημικό μοντέλο ψυχοθεραπείας |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | |
| 1. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Ιατρικές παρεμβάσεις • Υπηρεσίες υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας |
| 2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Παροχή συμβουλών • Ομάδες αυτοβοήθειας • Ομάδες με συντονιστή • Ομάδες συμβουλευτικής οικογένειας • Εύρεση εργασίας • Παροχή νομικών συμβουλών/βοήθειας • Συμβουλευτική σε θέματα σεξ, πορνείας • Πρόληψη υποτροπής |

Πίνακας 5. Κέντρο Πολλαπλής Παρέμβασης

| ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ Α΄ & Β΄ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΘΗΝΑΣ | |
|--|--|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Αθήνα |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1995 |
| ΦΟΡΕΑΣ | Ο.ΚΑ.ΝΑ. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | 50 άτομα |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Δεν υπάρχει περιορισμός |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Άτομα που έχουν πλήρως αποτοξινωθεί και από το υποκατάστατο (μεθαδόνη) |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | 1 έτος |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | <ul style="list-style-type: none"> • Γνωσιακό μοντέλο ψυχοθεραπείας • Συστημικό μοντέλο ψυχοθεραπείας • Συμβουλευτική προσέγγιση |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία • Ψυχιατρική υποστήριξη • Ψυχοκοινωνική υποστήριξη • Στήριξη σε εργασιακά θέματα και σε θέματα κοινωνικής πρόνοιας • Οικογενειακή θεραπεία • Βοήθεια για αναζήτηση εργασίας • Μεταθεραπευτική φροντίδα <p>Παρακολούθηση μετά τη διακοπή της χορήγησης του υποκατάστατου</p> |

Πίνακας 6. Α΄ & Β΄ Μονάδες Υποκατάστασης Αθήνας

| ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ ΚΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ 18 ΑΝΩ | |
|---|---|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Δ.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Αθήνα |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1993 |
| ΦΟΡΕΑΣ | Ψ.Ν.Α. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | Δεν υπάρχει περιορισμός |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Άνω των 18 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Άτομα που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία τη φάση ψυχολογικής απεξάρτησης τοξικομανών. |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | 10 μήνες |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | Θεωρητική προσέγγιση της εξάρτησης ως τρόπου ζωής στη βάση της διαλεκτικής ανάλυσης της κοινωνικοψυχογένεσης (Σχολή H. Wallon, L. Vigotsky, C. Olivenstein) |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | |
| 1. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Βασική ιατρική φροντίδα • Ψυχιατρική περίθαλψη |
| 2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Ατομική συμβουλευτική/υποστηρικτική |
| 3. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ | <ul style="list-style-type: none"> • Ατομική θεραπεία • Ομαδική θεραπεία • Οικογενειακή θεραπεία • Βοήθεια για αναζήτηση εργασίας |
| 4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Βοήθεια σε επίλυση νομικών προβλημάτων • Μεταθεραπευτική φροντίδα |

Πίνακας 7. Μονάδα Τοξικομανών και Αλκοολικών 18 Ανω

| ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΦΗΒΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΣΤΡΟΦΗ» | |
|---|--|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Αθήνα |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1989 |
| ΦΟΡΕΑΣ | ΚΕ.Θ.Ε.Α. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | Δεν υπάρχει περιορισμός |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Από 13 έως 20 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Πρώην χρήστες |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | Κρίνεται κατά περίπτωση |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | Μοντέλο θεραπευτικών κοινοτήτων αυτοβοήθειας |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Ατομική συμβουλευτική/υποστηρικτική • Ομαδική θεραπεία • Εναλλακτικές της χρήσης δραστηριότητες • Εκπαίδευση (π.χ. σεμινάρια σε θέματα υγείας και εργασιακής απασχόλησης, νομικά ζητήματα, συμμετοχή στο Μεταβατικό Σχολείο) • Επαγγελματικός προσανατολισμός • Συναντήσεις/ομάδες γονέων • Οικογενειακή θεραπεία • Αθλητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες • Βοήθεια για αναζήτηση εργασίας • Μεταθεραπευτική φροντίδα • Πρόληψη υποτροπής • Στέγαση, ξενώνας |

Πίνακας 8. Θεραπευτικό Πρόγραμμα "Στροφή"

| ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΕΦΗΒΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΣΤΡΟΦΗ» | |
|---|---|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Αθήνα |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1988 |
| ΦΟΡΕΑΣ | ΚΕ.Θ.Ε.Α. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | 50 άτομα |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | 13-20 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Μέλη του Κέντρου Συμβουλευτικής Εφήβων της Ανοιχτής Θεραπευτικής Κοινότητας και του Κέντρου Κοινωνικής Δραστηριοποίησης |
| ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | <ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση με βάση το ισχύον αναλυτικό πρόγραμμα γυμνασίου-λυκείου • Ποικίλες μέθοδοι διδασκαλίας (π.χ. αλληλοδιδασκτικοί μέσω σεμιναρίων και εργασιών, χρήση πολυμέσων, κ.α.) |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Φοίτηση μαθητών σε όλα τα αντικείμενα του αναλυτικού προγράμματος κάθε τάξης • Μαθήματα Η/Υ • Μαθήματα αγγλικών • Ατομική συμβουλευτική σε θέματα εκπαίδευσης • Συμβουλευτική γονέων σε θέματα εκπαίδευσης • Αντιμετώπιση μαθησιακών δυσκολιών • Καλλιτεχνικές και αθλητικές δραστηριότητες |

Πίνακας 9. Μεταβατικό Σχολείο Εφήβων "Στροφή"

| ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΡΙΑΔΝΗ» | |
|--|---|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Ηράκλειο Κρήτης |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1999 |
| ΦΟΡΕΑΣ | ΚΕ.Θ.Ε.Α. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | Δεν υπάρχει περιορισμός |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Από 20 έως 45 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Πρώην χρήστες |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | Κρίνεται κατά περίπτωση |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | Μοντέλο θεραπευτικών κοινοτήτων αυτοβοήθειας |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Ατομική συμβουλευτική/υποστηρικτική • Ομαδική θεραπεία • Εκπαίδευση (π.χ. υποτροφίες από φροντιστήρια για εκμάθηση ξένων γλωσσών, εκμάθηση Η/Υ) • Οργάνωση και συμμετοχή σε πολιτιστικές και κοινωνικές εκδηλώσεις • Οικογενειακή θεραπεία • Συναντήσεις/ομάδες γονέων • Στέγαση, ξενώνας |

Πίνακας 10. Θεραπευτικό Πρόγραμμα Κρήτης "Αριάδνη"

| ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΙΘΑΚΗ» | |
|--|--|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Θεσσαλονίκη |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1985 |
| ΦΟΡΕΑΣ | ΚΕ.Θ.Ε.Α. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | Δεν υπάρχει περιορισμός |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Άνω των 20 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Πρώην χρήστες |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | Κρίνεται κατά περίπτωση |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | Μοντέλο θεραπευτικών κοινοτήτων αυτοβοήθειας |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Ατομική συμβουλευτική/υποστηρικτική • Συναντήσεις/ομάδες γονέων • Οικογενειακή θεραπεία • Νομική υποστήριξη • Επαγγελματικός προσανατολισμός • Αθλητικές δραστηριότητες • Στέγαση, ξενώνας |

Πίνακας 11. Θεραπευτικό Πρόγραμμα Θεσσαλονίκης "Ιθάκη"

| ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ & ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΕΞΟΔΟΣ» | |
|---|--|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Λάρισα |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1993 |
| ΦΟΡΕΑΣ | ΚΕ.Θ.Ε.Α. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | 30 άτομα |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Από 19 έως 45 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Τα μέλη που ολοκληρώνουν τη φάση της θεραπευτικής κοινότητας |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | 12 μήνες |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | Μοντέλο θεραπευτικών κοινοτήτων αυτοβοήθειας |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Ατομική συμβουλευτική/υποστηρικτική • Εκπαίδευση (π.χ. κοινωνικές δεξιότητες, ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης) • Επαγγελματική εκπαίδευση • Συναντήσεις/ομάδες γονέων • Οικογενειακή θεραπεία • Ομαδική θεραπεία • Νομική υποστήριξη • Αθλητικές δραστηριότητες • Εργαστήρια • Στέγαση, ξενώνας |

Πίνακας 12. Θεραπευτικό Πρόγραμμα " Έξοδος"

| ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΔΙΚΤΥΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΑΤΡΑΣ | |
|--|--|
| ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ | Ν.Π.Ι.Δ. |
| ΕΔΡΑ | Πάτρα |
| ΕΤΟΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ | 1999 |
| ΦΟΡΕΑΣ | Ο.ΚΑ.ΝΑ.. |
| ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΘΕΣΕΙΣ | 30 άτομα |
| ΟΡΙΟ ΗΛΙΚΙΑΣ | Από 18 έως 40 ετών |
| ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΔΕΚΤΟΙ | Εξαρτημένοι από ψυχοδραστικές ουσίες με απουσία μείζονος ψυχιατρικής συμπτωματολογίας |
| ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ | 12 μήνες |
| ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | Συστημικό μοντέλο, κοινωνιοθεραπευτικές τεχνικές |
| ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ | <ul style="list-style-type: none"> • Ψυχική απεξάρτηση • Εκπαίδευση σε επαγγελματικές δεξιότητες • Επαγγελματικός προσανατολισμός |

Πίνακας 13. Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Άρθρα για τις ουσιοεξαρτήσεις

Άρθρο για το κάπνισμα

«Το κάπνισμα το οποίο μπορεί να λειτουργήσει και ως μορφή αυτοθεραπείας: οι νευρολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να έχουν τα ψυχιατρικά άτομα, υπάρχει περίπτωση να καταλήξουν να κάνουν περισσότερη χρήση νικοτίνης. Η νικοτίνη μπορεί να προσβάλει βασικές λειτουργίες του οργανισμού και να δημιουργήσει αρνητικά συμπτώματα ως αποτέλεσμα να το κάνει πιο ευπαθή από ότι μπορεί να είναι. Η σχέση του καπνίσματος και της κατάθλιψης συμβαδίζουν και εξαρτώνται από την διάθεση του ατόμου. Οι άνθρωποι οι οποίοι είναι χρόνιαι καπνιστές και έχουν ιστορικό κατάθλιψης είναι πιο αδύναμοι να εκδηλώσουν κατάθλιψη, ενώ προσπαθούν να βγάλουν την νικοτίνη από τον οργανισμό τους, κόβοντας το κάπνισμα.

Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορεί να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ από ότι καπνίσματος. Επίσης, οι καπνιστές μπορεί να έχουν και υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών από τους μη καπνίζοντες ή ότι οι καπνιστές παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά αλκοόλ και αυτό μπορεί να οφείλεται στην χρήση ουσιών. Ωστόσο τα άτομα που καπνίζουν μπορεί να είναι πιο κοινωνικοί, να μην παρουσιάζουν κατάθλιψη και απομόνωση. Σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους οι οποίοι μπορεί να μην καπνίζουν και να είναι αντικοινωνικοί και απομονωμένοι από την κοινωνία. Τέλος, οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι σε θέση να σταματήσουν το κάπνισμα, τόσο εύκολα ή και γρήγορα από έναν νοητικά υγιή άνθρωπο. Αισθάνεται και έχει την ψευδαίσθηση ότι το κάπνισμα καθώς το αλκοόλ και οι ουσίες τον βοηθάνε να ξεφύγει από τα προβλήματα που βιώνει και οτιδήποτε αρνητικό το αποβάλλει μακριά». (ανακτήθηκε από: <http://www.journals.psychiatryonline.org>).

Άρθρο για το αλκοόλ

«Αλκοόλ, ο «σιωπηλός δολοφόνος»

« Οι μισοί σχεδόν θάνατοι από τροχαία ατυχήματα οφείλονται σε ένα ποτηράκι παραπάνω «Σιωπηλός δολοφόνος» θεωρείται το αλκοόλ από τους ειδικούς και από όσους βιώνουν καθημερινώς προβλήματα στην οικογένεια τα οποία οφείλονται στην κατάχρησή του. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία (Ετήσια Έκθεση του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής), οι εξαρτημένοι από το αλκοόλ ανέρχονται σε 200.000. Όπως τονίζουν όμως οι ειδικοί αλλά και αλκοολικοί οι οποίοι έχουν ενταχθεί σε προγράμματα απεξάρτησης, στην πραγματικότητα το πρόβλημα είναι πολύ μεγαλύτερο αφού ο φόβος του κοινωνικού στιγματισμού αναγκάζει πολλές οικογένειες να κρατούν μυστικό τον αλκοολισμό ενός μέλους τους ή ακόμη δεν παραδέχονται ότι πίσω από την ακραία και βίαιη πολλές φορές συμπεριφορά κρύβεται το αλκοόλ. Οι μισοί σχεδόν θάνατοι από τροχαία ατυχήματα (40% ή περίπου 1.100 άτομα) οφείλονται σε υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ενώ υπολογίζεται ότι 32.000 άνθρωποι τραυματίζονται, πολλοί εκ των οποίων μένουν ανάπηροι - πρόκειται κυρίως για νέους ηλικίας 16-25 ετών.

Σύμφωνα με πανελλήνια έρευνα του Τμήματος Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε δείγμα 15.000 ατόμων, ηλικίας 20 -63 ετών, με τίτλο «Κοινωνικό-δημογραφικοί συσχετισμοί της αποχής και της κατάχρησης αλκοόλ στον ελληνικό πληθυσμό», οι Έλληνες πίνουν πολύ και η χώρα μας κατέχει μία από τις πρώτες θέσεις στη λίστα της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Μερικά από τα πιο ενδιαφέροντα στοιχεία της έρευνας αναφέρουν:

- Ένας στους πέντε νεαρούς και εηλίκους ή μεσηλικούς Έλληνες πίνει περισσότερα από τρία ποτήρια αλκοόλ την ημέρα.
- Πάνω από επτά στους 10 άνδρες στην Ελλάδα, ηλικίας 20-59 ετών, πίνουν καθημερινώς τρία ή λιγότερα ποτήρια αλκοόλ.
- Στις γυναίκες βρέθηκε ότι περισσότερες από επτά στις 10, ηλικίας 20-49 ετών, πίνουν δύο ή λιγότερα ποτήρια αλκοόλ την ημέρα.
- Μόνο το 4,3% των Ελληνίδων ηλικίας 20-40 ετών και το 3% των Ελληνίδων 40-59 χρόνων πίνουν περισσότερα από δύο ποτήρια την ημέρα.
- Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες το ποσοστό των γυναικών που απέχουν από το αλκοόλ ήταν υψηλότερο από το αντίστοιχο των ανδρών.

- Τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, το ποσοστό όσων δεν έπιναν αυξανόταν όσο προχωρούσε η ηλικία των ερωτωμένων ενώ το ποσοστό όσων έκαναν κατάχρηση αλκοόλ παρουσίαζε μείωση.
- Όσοι έπιναν κρασί βρέθηκε ότι έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν «σκληροί» πότες συγκριτικά με όσους έπιναν άλλα οινοπνευματώδη ποτά.

Οι Έλληνες που ζουν μόνοι τους απέχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από το αλκοόλ συγκριτικά με όσους ζουν με σύντροφο.

Αν και το αλκοόλ δεν θεωρείται - τουλάχιστον ανοικτά - ένα επικίνδυνο ναρκωτικό που δημιουργεί πολύ σοβαρή εξάρτηση, τα στοιχεία αποδεικνύουν ότι και στην περίπτωσή του, όπως γίνεται με άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες, η μετάβαση από το «μαλακό» αλκοόλ (όπως θεωρούνται η μπίρα και το κρασί) στο «σκληρό» (ουίσκι, βότκα κτλ.) είναι γρήγορη, ακόμη και σε μικρές ηλικίες. Στις ηλικίες 14-18 ετών το πιο δημοφιλές ποτό είναι η μπίρα που ως γνωστόν μπορεί ο κάθε ανήλικος να προμηθευτεί ακόμη και από τα περίπτερα. Στις ηλικίες 18-25 δημοφιλέστερα ποτά φαίνεται να είναι το ουίσκι και η βότκα, ενώ ακολουθούν η μπίρα, το κρασί και τα κοκτέιλ. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε και τη νέα μόδα που επικρατεί μεταξύ των νέων: τα «αναψυκτικά νέας γενιάς» τα οποία περιέχουν μικρή μεν ποσότητα αλκοόλ, αρκετή όμως για να «εισαγάγει» τους νεαρούς καταναλωτές στον επικίνδυνο κόσμο του. Υπολογίζεται ότι το 40% από όσους πίνουν, αργά ή γρήγορα στρέφεται προς τα «σκληρά» ποτά. Οι νέοι μεθούν ανενόχλητοι...

Στη χώρα μας είναι σύνηθες φαινόμενο παιδιά μικρής ηλικίας να αγοράζουν αλκοόλ «για το σπίτι» εκμεταλλευόμενα την ανοχή που υπάρχει στα καταστήματα πώλησης, ενώ πολλοί νέοι κάτω των 18 ετών καταναλώνουν ανενόχλητοι αλκοόλ στα κέντρα διασκέδασης όπου, κατά γενικό κανόνα, οι υπάλληλοι ουδέποτε ζητούν ταυτότητα από τους νεαρούς πελάτες τους. Σε επιτόπια ρεπορτάζ που έγιναν σε κέντρα διασκέδασης δεν κατεγράφη ούτε ένα περιστατικό στο οποίο υπάλληλος αρνήθηκε να σερβίρει ποτό σε - εμφανώς - πολύ νεαρής ηλικίας πελάτες.

Ωστόσο σε σύγκριση με τα στοιχεία της προηγούμενης έρευνας του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ) που έγινε το 1998 παρατηρείται σημαντική μείωση του ποσοστού των μαθητών που δηλώνουν κατανάλωση οινοπνευματωδών κατά τη διάρκεια του 2002, σε όλες τις περιόδους αναφοράς. Σύμφωνα λοιπόν με τα νέα στοιχεία, η μεγαλύτερη μείωση παρατηρείται στη μηνιαία κατανάλωση ενώ εξαίρεση αποτελεί η εβδομαδιαία κατανάλωση «άλλων οινοπνευματωδών» (ουίσκι, βότκα, μπακάρντι κτλ.). Η μείωση ισχύει τόσο για τα αγόρια όσο και για τα κορίτσια.

Διαφορετική όμως φαίνεται να είναι η εμπειρία της μέθης ανάμεσα στα δύο φύλα. Μεθυσμένα τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους σε ποσοστό 29,5% δηλώνουν τα αγόρια (25,8% το 1998). Στα κορίτσια παρατηρείται ελαφρά μείωση του αντίστοιχου ποσοστού (από 22,6% το 1998 σε 20,8% το 2002). Τα αγόρια εμφανίζονται με μεγαλύτερα ποσοστά όσον αφορά τη συχνότητα περιστατικών μέθης (4+ φορές), ενώ τα ποσοστά μειώνονται για τα κορίτσια. Πρέπει να σημειωθεί ότι η δήλωση περιστατικών μέθης είναι υποκειμενική και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πώς αντιλαμβάνονται αυτή την κατάσταση οι ίδιοι οι μαθητές.

Όσον αφορά την υπερβολική χρήση (θεωρείται η κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών τη φορά στη διάρκεια του τελευταίου μηνός), το 42,8% των αγοριών και το 29,9% των κοριτσιών δηλώνουν ότι έχουν κάνει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή τους.

Η μέση ηλικία κατά την οποία μαθητές 15 ετών δηλώνουν ότι ήπιαν για πρώτη φορά είναι τα 12 έτη για τα αγόρια και τα 13 για τα κορίτσια. Οι μαθητές δηλώνουν επίσης ότι έναν χρόνο μετά την πρώτη τους επαφή με το αλκοόλ μέθυσαν για πρώτη φορά.

Οι μαθητές που θεωρήθηκαν ότι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο «προβληματικής χρήσης» δήλωσαν, σε ψηλότερα ποσοστά από αυτά των υπόλοιπων μαθητών, ότι: α) πηγαίνουν πεινασμένοι στο σχολείο ή για ύπνο, επειδή δεν υπάρχει αρκετό φαγητό στο σπίτι, β) «ήρθαν άγρια στα χέρια» με κάποιον κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών και γ) πήραν μέρος σε εκφοβισμό άλλου μαθητή κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δύο μηνών» (ανακτήθηκε από: <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=152528>)

Άρθρο για τα ναρκωτικά

Ναρκωτικά στα σχολεία της Ευρώπης

«Οι περισσότερες έρευνες συγκλίνουν στο ότι η ηλικία που οι νέοι έρχονται για πρώτη φορά σε επαφή με εθιστικές ουσίες είναι μεταξύ δώδεκα και δεκαεπτά, η ηλικία, δηλαδή, των μαθητών του γυμνασίου και του λυκείου. Το ποσοστό των μαθητών που κάνει χρήση εθιστικών ουσιών είναι ανησυχητικό.

Η χρήση οποιασδήποτε εθιστικής ουσίας, κατηγορία στην οποία περιλαμβάνονται, εκτός από την κάνναβη, το «έκσταση», η κοκαΐνη, το κρακ, η ηρωίνη, το LSD και άλλα παραισθησιογόνα, αυξάνεται διαχρονικά. Σύμφωνα με έρευνα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), το ποσοστό των αγοριών χρηστών από 9% που ήταν το 1984, ανήλθε το 2003 στο 13%. Σε αντίθεση, το ποσοστό των κοριτσιών, δεν αυξήθηκε από το 1984, ούτε όμως μειώθηκε -παραμένει σταθερό, στο 7%. Το 24% των μαθητών δηλώνει ότι «είναι ακίνδυνο» να κάνει κανείς χρήση κάνναβης 1-2 φορές. Το 32% δηλώνει ότι δεν γνωρίζει τους κινδύνους που προκαλεί η χρήση LSD ή άλλων παραισθησιογόνων ουσιών.

Με τα λόγια των ίδιων των παιδιών:

- «Αυτό που λένε, ότι οι μαθητές που κάνουν χρήση είναι παιδιά διαλυμένων οικογενειών, δεν ισχύει πάντα, μπορεί να είναι το οποιοδήποτε παιδί. Το σίγουρο είναι ότι αυτά τα παιδιά αδιαφορούν για τα μαθήματα, είναι απόμακρα, συναναστρέφονται μόνο μεταξύ τους» - μαθητής Γυμνασίου στο 2ο Γυμνάσιο Καισαριανής
- «Η συντριπτική πλειοψηφία κάνει χρήση χασίς. Πρόκειται συνήθως για παιδιά που έχουν μείνει 2-3 φορές στην ίδια τάξη. Το παίζουν μάγκες και κοροϊδεύουν τα άλλα παιδιά» - μαθητής Λυκείου στο 3ο Λύκειο Παλαιού Φαλήρου

Η κάνναβη είναι η πρώτη παράνομη ουσία με την οποία αρχίζουν να πειραματίζονται οι έφηβοι. Σύμφωνα με μία από τις επικρατέστερες θεωρίες (θεωρία της πύλης εισόδου, «gateway theory») η πρόωμη έναρξη της κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού στην εφηβεία συχνά οδηγεί στη χρήση κάνναβης και σηματοδοτεί την πρόωμη έναρξη χρήσης άλλων, πολύ επιβλαβέστερων, ουσιών.

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA -ένας από τους αποκεντρωμένους οργανισμούς της ΕΕ), επιχειρεί να παρέχει στα κράτη-μέλη μια

αντικειμενική συνολική εικόνα του προβλήματος στην ΕΕ και μια αξιόπιστη τεκμηρίωση της συζήτησης για το πρόβλημα.

Ενδεικτικά (από έρευνα του EMCDDA, το 2010, σε χώρες της ΕΕ), μεταξύ μαθητών ηλικίας 15-16 ετών, το ποσοστό (%) των εφήβων που έχουν κάνει, οποτεδήποτε, χρήση κάνναβης, είναι:

- Ισπανία 27%
- Γαλλία 27%
- Αγγλία 22%
- Ολλανδία 21%
- Ιταλία 20%
- Δανία 15%
- Αυστρία 14%
- Πορτογαλία 11%
- Γερμανία 11%
- Ελλάδα 7%

Στην Ευρώπη, τουλάχιστον μέχρι πρόσφατα, η Ελλάδα φαίνεται να έχει, αν όχι το χαμηλότερο, πάντως ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά χρηστών κάνναβης στους εφήβους» (ανακτήθηκε από: <http://www.protagon.gr>)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ Παγκόσμιες Ημέρες

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ

5/11 Παγκόσμια Ημέρα Επικινδυνότητας Αλκοόλ...

«Με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Επικινδυνότητας Χρήσης Αλκοόλης από Οδηγούς, ο τομέας Πρόληψης Ατυχημάτων του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας πληροφορεί τους οδηγούς ότι:

1. Δεν υπάρχει ακίνδυνη ποσότητα αλκοόλης στην οδήγηση. Ήδη με 0,2% μειώνονται επικίνδυνα οι ικανότητες του οδηγού.

2. Όλα τα κράτη της ΕΕ μειώνουν συνεχώς τα "νόμιμα" επίπεδα αλκοόλης στο αίμα των οδηγών.

3. Η έννοια της οδήγησης έχει επιλεγεί για λόγους συντομίας. Η επικινδυνότητα της αλκοόλης επεκτείνεται σε οποιαδήποτε εργασία απαιτεί πλήρη απόδοση ικανοτήτων και πλήρη εγρήγορση (οικοδόμοι, πυροσβέστες, γιατροί, ελεγκτές εναέριας κυκλοφορίας κ.λπ.).

4. Είναι παράλογο και επικίνδυνο να "υπολογίζεται" με πόσα ποτήρια ποτού δεν υπερβαίνει κανείς το "νόμιμο" όριο. Τα επίπεδα στο αίμα και, κυρίως, η επίδραση στον οδηγό εξαρτάται και από άλλους βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που δεν μπορεί να υπολογίσει καθόλου ο οδηγός.

5. Η συμπεριφορά δεν αποτελεί μέτρο κρίσης ανικανότητας οδήγησης. "Καλή" συμπεριφορά μπορεί να συνδυάζεται με πλήρη ανικανότητα οδήγησης.

7. Νεαρά άτομα επηρεάζονται στις ικανότητές τους με αρκετά μικρότερες ποσότητες αλκοολούχων ποτών πολύ επικίνδυνο, έστω και αν πρόκειται για "μικρή" ποσότητα ποτού. Άλλωστε, και από μόνα τους πολλά φάρμακα οδηγούν σε σημαντική μείωση των ικανοτήτων οδήγησης.

8. Έρευνα του Πανεπιστημίου Κρήτης σε οδηγούς που έπαθαν ατύχημα: Το 60% των οδηγών είχε υπερβεί το "νόμιμο όριο" του 0,5%. Εάν λάβει κανείς υπόψη ότι περίπου το 8% των κυκλοφορούντων οδηγών το βράδυ υπερβαίνει το 0,5%, οδηγείται στο τραγικό συμπέρασμα πως αυτό το "μικρό ποσοστό" του 8% δημιουργεί το 60% των ατυχημάτων.

9. Υπολογίζεται ότι άνω του 40% των νεκρών σε τροχαία ατυχήματα οφείλεται σε πωμένους οδηγούς. Πανελλαδικά αυξάνεται, από το 1995 τουλάχιστον, το ποσοστό οδηγών με άνω του 0,5% επίπεδα στο αίμα, σε τυχαίους ελέγχους της Τροχαίας.

10. Πλάνες σχετικά με την αλκοόλη και την οδήγηση:- "Όταν πιω λίγο, οδηγώ καλύτερα". Τίποτα δεν είναι πιο επικίνδυνο από την πραγματική μείωση των ικανοτήτων του οδηγού και την αύξηση της ιδέας για τον εαυτό του.- "Εμένα δεν με πιάνει το ποτό". Μεγάλη πλάνη. Υπάρχουν, φυσικά, βιολογικές διαφορές, όμως αυτές είναι μικρές, χωρίς πρακτική σημασία και μεταβαλλόμενες και για το ίδιο άτομο.- "Θα πιω καφέ μετά και θα συνέλθω" Καμία ουσία και κανένα μέτρο δεν μπορεί να αναστείλει ή να μειώσει την αρνητική δράση της αλκοόλης στην οδήγηση.- "Θα κοιμηθώ δύο ωρίτσες για να μπορώ να οδηγήσω". Εάν πει κανείς αρκετά, μπορεί να χρειάζονται και πάνω από 12 ώρες για να μειωθούν τα επίπεδα αλκοόλης κάτω του 0,5%.- "Τους ικανούς οδηγούς δεν τους επηρεάζει η αλκοόλη". Σε δοκιμασίες που έγιναν με οδηγούς ράλι καθώς και με οδηγούς που δοκιμάζουν αυτοκίνητα διαπιστώθηκε ότι αυτοί επηρεάζονται το ίδιο όσο και "κοινοί οδηγοί".

11. Τα αλκοολούχα ποτά ευθύνονται σε μεγάλο ποσοστό για αυτών των ειδών τα ατυχήματα:· Θαλάσσια (πτώσεις από πλοία)· Αεροπορικά με μικρά αεροπλάνα· Πνιγμοί (περισσότεροι από αλκοόλη από ότι με φαγητό)· Εργατικά ατυχήματα (μεγάλο ποσοστό λόγω λήψης αλκοόλης στην εργασία)· Ατυχήματα με σκι (λήψη αλκοόλης στα καταφύγια και κατάβαση με μεγάλη ταχύτητα)· Πυρκαγιές (μεγάλο ποσοστό ατόμων που κάηκαν ή προξένησαν φωτιά διότι είχαν πει).

Η Ελλάδα βρίσκεται στη 14η θέση παγκόσμιας κατανάλωσης αιθυλικής αλκοόλης (η Σουηδία και η Γερμανία αρκετά μετά από εμάς), γεγονός που σχεδόν αποδεικνύει την ύπαρξη όλων των προβλημάτων που συνδέονται με τη μεγάλη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (όπως δηλώνει ο ΠΟΥ). Η αιθυλική αλκοόλη (αλκοολούχα ποτά) είναι σκληρό ναρκωτικό, με τις μεγαλύτερες επιπτώσεις σε σχέση με τα άλλα ναρκωτικά (εξαρτησιογόνες ουσίες) και ποσοτικά και ποιοτικά (μεγάλες οι βλάβες υγείας). Εφόσον, φυσικά, γίνεται κακή χρήση. Και μία τελευταία υπενθύμιση για καταστήματα και κέντρα διασκέδασης: η ελληνική νομοθεσία δεν επιτρέπει την πώληση και παράδοση αλκοολούχων ποτών σε άτομα κάτω των 17 ετών». (ανακτήθηκε από:<http://www.inewsg.com>)

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

«Την 31η Μαΐου κάθε έτους εορτάζεται η Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος που έχει καθιερώσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) δίνοντας έμφαση στους κινδύνους για την υγεία από το κάπνισμα και υποστηρίζοντας αποτελεσματικές πολιτικές για τον έλεγχο και τον περιορισμό του. **Το θέμα της φετινής Παγκόσμιας Ημέρας επικεντρώνεται στην αύξηση της φορολογίας καπνού ως ενός αποτελεσματικού μέσου περιορισμού του καπνίσματος.**

ΓΕΝΙΚΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Αυτή την στιγμή, σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ., το 10% περίπου των θανάτων ενηλίκων παγκοσμίως οφείλεται στο κάπνισμα, παρά το ότι είναι η μοναδική αιτία θανάτου που μπορεί κάλλιστα να προλαμβάνεται . Αυτό μεταφράζεται σε περίπου 6 εκατομμύρια θανάτους ετησίως , εκ των οποίων, τουλάχιστον 600 χιλιάδες , οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα.

Το κάπνισμα αυξάνει την νοσηρότητα και την θνησιμότητα από νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού συστήματος και από καρκίνο προκαλώντας 25 απειλητικές για την υγεία και την ζωή ασθένειες. Αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για 8 από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου ατόμων άνω των 65 ετών.

Η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα στην εργασία ή στο σπίτι αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης καρδιοπάθειας κατά 25-30% σε σχέση με τους μη εκτιθέμενους . Παράλληλα τόσο το άμεσο όσο και το έμμεσο κόστος θεραπείας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα επιβαρύνει τα συστήματα υγείας των κρατών παγκοσμίως.

ΔΡΑΣΕΙΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ – ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΥΡΕΟΣ ΚΟΙΝΟΥ

Παράλληλα προς ενημέρωση του ευρέος κοινού δημιουργήθηκε ενότητα στον Ιστοχώρο του Υπουργείου Υγείας με τίτλο : « **Όχι στο κάπνισμα** » . Στην εν λόγω ενότητα κατά του καπνίσματος, η οποία ανανεώνεται με τα τρέχοντα δεδομένα, δίνεται η δυνατότητα κατάθεσης σχολίων και απόψεων των πολιτών που επισκέπτονται την ιστοσελίδα. Επιπλέον, περιλαμβάνονται ειδικές υποενότητες για την πληρέστερη ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τα ακόλουθα ζητήματα :

- Το νομοθετικό πλαίσιο (Προεδρικά Διατάγματα, Νόμοι, Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις.
- Υπουργικές Αποφάσεις, Εγκύκλιοι.
- Τις αντικαπνιστικές δράσεις.

- Τα δελτία τύπου του Υπουργείου Υγείας για το κάπνισμα
- Τα προγράμματα αγωγής υγείας που υλοποιούνται στα σχολεία σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων .

- Τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος και τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος.
- Τα δεδομένα των επιδημιολογικών μελετών και την έρευνα.
- Υλικό Αγωγής Υγείας σχετικό με τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία

Στην συγκεκριμένη ενότητα του Ιστοχώρου του Υπουργείου Υγείας σύντομα θα υπάρχει προβολή αντικαπνιστικών μηνυμάτων σε μορφή video με στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.

Επίσης στο Κέντρο Ειδικού Ελέγχου Λοιμώξεων και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ.) λειτουργεί τηλεφωνική γραμμή (1142) επικοινωνίας και αναφορών των πολιτών σχετικά με την εφαρμογή της αντικαπνιστικής νομοθεσίας με την δυνατότητα διαβίβασης των αναφορών προς τα αρμόδια ελεγκτικά όργανα για κάθε περαιτέρω διερεύνηση. Επιπρόσθετα για την πολύπλευρη αντιμετώπιση του θέματος του καπνίσματος, το Υπουργείο Υγείας στα πλαίσια της συνεργασίας του με το Υπουργείο Παιδείας υλοποιεί προληπτικές δράσεις κατά του καπνίσματος και προγράμματα αγωγής υγείας στην πρωτοβάθμια και την δευτεροβάθμια εκπαίδευση που στοχεύουν στην προστασία της υγείας των νέων και την προστασία της δημόσιας υγείας εν γένει.

Υστερα από τα παραπάνω και ακολουθώντας το μήνυμα του Π.Ο.Υ. για την φετινή Παγκόσμια Ημέρα κατά του καπνίσματος, παρακαλούμε να διοργανώσετε διάφορες σχετικές εκδηλώσεις με την ευκαιρία της ημέρας αυτής.

Σε περίπτωση που χρειασθείτε έντυπο ενημερωτικό υλικό σχετικά με το κάπνισμα, μπορείτε να απευθύνεστε στην Δ/ση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης του Υπουργείου. Είναι ευνόητο ότι η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού για τους κινδύνους που προκαλεί στην υγεία το κάπνισμα δεν θα πρέπει να περιορίζεται μόνο σε συγκεκριμένες ημέρες αλλά να είναι διαρκής σύμφωνα και με το σύνθημα του Π.Ο.Υ. : « **Ας μετατρέψουμε κάθε ημέρα σε Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος** » ». (ανακτήθηκε από: [http://World no tobacco day_ver10e_final_istoselida_ypourgeioy \(3\).pdf](http://World_nο_tobacco_day_ver10e_final_istoselida_ypourgeioy(3).pdf))

Παγκόσμια Ημέρα κατά των Ναρκωτικών και της Παράνομης Διακίνησής τους

«Η 26η Ιουνίου καθιερώθηκε ως «Παγκόσμια Ημέρα κατά των Ναρκωτικών και της Παράνομης Διακίνησής τους» στις 7 Δεκεμβρίου 1987 από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, προκειμένου να ευαισθητοποιήσει την παγκόσμια κοινή γνώμη για τις επιπτώσεις από τη χρήση των ναρκωτικών και της παράνομης διακίνησής τους, αλλά και για να τιμήσει τον κινέζο μανδαρίνο Λιν Τσε Χσου (1785-1850), που απαγόρευσε το εμπόριο οπίου στην Καντώνα, με αποτέλεσμα να προκληθεί ο Πρώτος Πόλεμος του Οπίου το 1839.

Σύμφωνα με τον ΟΗΕ, τους τελευταίους 12 μήνες 210 εκατομμύρια άνθρωποι, ηλικίας 15 - 64 ετών ή το 5% του παγκόσμιου πληθυσμού, έκανε χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, τουλάχιστον μία φορά. Οι θάνατοι από τα ναρκωτικά ξεπέρασαν τις 200.000. Το παράνομο εμπόριο ναρκωτικών στο ίδιο διάστημα ξεπέρασε τα 320 δισεκατομμύρια δολάρια.

Στην Ελλάδα, από το 1995 έως το πρώτο τρίμηνο του 2011 έχασαν τη ζωή τους από ναρκωτικά 6.467 άνθρωποι. Χειρότερη χρονιά όλων ήταν το 2003, όταν 991 άνθρωποι προστέθηκαν στον μαυροπίνακα του λευκού θανάτου.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ, περίπου 13.000 άτομα κατηγορήθηκαν το 2010 για παραβάσεις του νόμου «περί ναρκωτικών». Ο αριθμός αυτός υπερδιπλασιάστηκε τα τελευταία 15 χρόνια, με διάφορες αυξομειώσεις ενδιάμεσα. Από το σύνολο αυτό, ποσοστό περίπου 11% καταδικάζεται, και από αυτούς το 64% για χρήση, κατοχή και καλλιέργεια μικροποσότητας προς ιδίαν χρήση. Αυτοί που καταλήγουν στη φυλακή αποτελούσαν το 2010 το 36% του συνόλου των φυλακισμένων, ποσοστό που εμφανίζει μείωση για δύο συνεχείς χρονιές.

Το προφίλ του χρήστη δεν είχε σημαντική διαφορά το 2011, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Η πλειονότητα των χρηστών που προσέγγισαν, πέρυσι, τα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕΘΕΑ είναι άνδρες ελληνικής υπηκοότητας, με μέση ηλικία τα 29,5 χρόνια. Το μεγαλύτερο ποσοστό προσήλθε στις μονάδες με δική του πρωτοβουλία. Περισσότεροι από έξι στους δέκα είναι άνεργοι. Οι μισοί είναι απόφοιτοι λυκείου, ενώ ένας στους πέντε δεν είχε ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση.

Κύρια ουσία κατάχρησης παραμένει η ηρωίνη και τα οπιοειδή, παρατηρείται ωστόσο σταδιακή μείωση της χρήσης τους τα τελευταία χρόνια. Η ηπατίτιδα C αποτελεί την επικρατέστερη μολυσματική ασθένεια, με έναν στους τέσσερις χρήστες να γνωρίζει ότι πάσχει, ενώ ένα περίπου αντίστοιχο ποσοστό δεν έχει εξεταστεί ποτέ για τις ηπατίτιδες (B και C) ή τον HIV.

Χαρακτηριστική είναι η αύξηση του ποσοστού των μαθητών που έχει κάνει χρήση κάποιας εξαρτησιογόνου ουσίας, κυρίως κάνναβης, σε 15,2% από 12% που ήταν το προηγούμενο έτος, με παράλληλη μείωση της ηλικίας έναρξης της χρήσης. Το ποσοστό αυτό έχει τριπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια στη χώρα μας και η αύξηση αυτή συμβαδίζει με το αυξητικό ποσοστό των νέων που θεωρούν ακίνδυνη τη χρήση της κάνναβης». (ανακτήθηκε από:<http://www.sansimera.gr/worldays/44#ixzz36rRV8yBD>)