

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ: ΜΙΑ  
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ  
ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΧΩΡΑ ΜΑΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ**

**ΜΙΝΕΤΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΑ**

**ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**κ. ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2014**

**TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL FOUNDATION OF WEST GREECE**

**SCHOOL OF HEALTH AND RELIEF AND WORKS AGENCY**

**DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

**DIPLOMA THESIS**

**PREVENTION OF DRUG ADDICTION: A BOOK  
STUDY OF PREVENTIVE CENTERS IN OUR  
COUNTRY**



**STUDENTS:**

**MITROPOYLOY GEORGIA**

**MINETOY NIKOLETA**

**CHRISTOPOYLOY CRHISTINE**

**SUPERVISOR TEACHER**

**Mr DRITSAS JOHN**

**PATRA, MARCH 2014**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για την διεκπεραίωση της βιβλιογραφικής έρευνάς μας σημαντική υπήρξε η συμβολή ορισμένων ανθρώπων σε όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε κατά την διεξαγωγή της.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον κ. Δρίτσα Ιωάννη, που υπήρξε σταθερή πηγή καθοδήγησης και συμπαράστασής μας, καθώς τον ευχαριστούμε για τις διορθώσεις, τις κατευθύνσεις και για την υπομονή του, καθ' όλο το διάστημα έως την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Επίσης, θα θέλαμε να δώσουμε τις θερμές ευχαριστίες στους Κοινωνικούς Λειτουργούς των Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας των Ν. Αχαΐας, Ν. Αρκαδίας και Ν. Κεφαλληνίας, που επισκεφθήκαμε, για την παροχή πληροφοριών που μας παρείχαν και την σημαντική συμβολή τους στην διεξαγωγή της βιβλιογραφικής μας έρευνας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους, με τον τρόπο τους, συνέβαλαν στην συγγραφή της μελέτης μας, καθώς και για την υποστήριξη και για τον χρόνο που μας διέθεσαν.

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

«Το προλαμβάνει καλύτερο του θεραπεύει»

Ιπποκράτης

«Τα ναρκωτικά είναι καλά για να φύγεις από την πραγματικότητα, ενώ η πραγματικότητα είναι τόσο πλούσια, ώστε δεν αξίζει να την αποφεύγεις.»

Τσάρλυ Τσάπλιν

«Σε σχέση με κάθε επιθυμία πρέπει να προβάλλεται το εξής ερώτημα: τι θα μου συμβεί αν πραγματοποιηθεί αυτό που επιζητώ και τι αν δεν πραγματοποιηθεί.»

Επίκουρος

«Είναι καλύτερο να δείχνουμε πρόνοια πριν από τις πράξεις παρά να μετανοούμε μετά.»

Δημόκριτος

«Τον κόσμο τον κυβερνά ο νους και η πρόνοια.»

Χρύσιππος

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Προσπαθώντας να ανακουφίσει τους πόνους ή απλώς να μεταβάλλει την διάθεση του ο άνθρωπος πειραματίζεται με την χρήση βοτάνων από την αυγή, σχεδόν, της ιστορίας του. Τα ναρκωτικά είναι γνωστά και χρησιμοποιούνται από αιώνες. Η χρήση τους γινόταν επί το πλείστον σε χώρες της Ασίας και της Αμερικής και κατά τους νεότερους χρόνους, σε υποανάπτυκτες χώρες, από κλειστές κοινωνικές ομάδες. Σήμερα μετά από χιλιετίες αδιάκοπης χρήσης και κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών, η υπόθεση των ναρκωτικών απασχολεί τους πάντες, καθώς πιστεύεται ότι όλο και περισσότερα άτομα διαφόρων κοινωνικών στρωμάτων, τείνουν να έρχονται σε επαφή μαζί τους. Εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο, είναι δούλοι κάποιου είδους ναρκωτικών και μέρα με την μέρα οδηγούνται στον θάνατο, όπου την πρώτη θέση σε αυτή την πορεία, κρατούν οι νέοι. Το «φαινόμενο», το «πρόβλημα» ή η «απειλή των Ναρκωτικών» δίνει λαβή για πολύπλευρη επιστημονική ενασχόληση. Είναι πεδίο σύντηξης διαφορετικής προέλευσης γνώσεων, από τις Βιολογικές, Νομικές και της Κοινωνικές επιστήμες. Η παρούσα βιβλιογραφική μελέτη στοχεύει i) σε μια συνοπτική παρουσίαση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης και της πρόληψης αυτού του φαινομένου ii) καθώς και σε μια βιβλιογραφική διερεύνηση του τρόπου λειτουργίας των κέντρων πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας(εφεξής: κέντρα πρόληψης),στη χώρα μας. Προσπαθούμε να ερευνήσουμε όσο περισσότερο μπορούμε το πρόβλημα της εξάρτησης και να αναδείξουμε το έργο των κέντρων πρόληψης της χώρας μας και τις προσπάθειες αξιολόγησής τους. Όστε να συμβάλουμε στην ευαισθητοποίηση των υπεύθυνων για την ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης. Η εργασία μας αποτελεί μια βιβλιογραφική μελέτη και περιλαμβάνει τα παρακάτω κεφάλαια: Στο 1ο κεφάλαιο παρουσιάζεται το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης. Ορίζονται και αναλύονται ευρέως αποδεκτοί ορισμοί που έχουν σχέση με αυτή. Στο 2ο κεφάλαιο περιγράφονται η έκταση του προβλήματος καθώς γίνεται μια σύντομη παρουσίαση των στατιστικών στοιχείων σχετικά με την χρήση και κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών τόσο στον Ελλαδικό χώρο όσο και σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο 3ο κεφάλαιο αναφέρονται οι αιτιολογικοί παράγοντες της ουσιοεξάρτησης και ο ρόλος της γενετικής, όπως και η εξέλιξη της κατάχρησης. Περιγράφονται τα αίτια της χρήσης παράνομων ουσιών καθώς και τα χαρακτηριστικά των χρηστών. Παρουσιάζονται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ατομικοί παράγοντες που ωθούν ένα άτομο στην χρήση. Αναφέρονται οι κατηγορίες των εξαρτησιογόνων ουσιών και τα πιο γνωστά είδη ναρκωτικών σε καθεμία από αυτές. Στο 4ο κεφάλαιο αναφέρονται πληροφορίες σχετικά με την στρατηγική κατά των ναρκωτικών στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, καθώς οι διακρατικές συμφωνίες αλλά και νέοι νόμοι περί ναρκωτικών. Στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται αναφορά σε βασικές έννοιες και σε θεωρίες και θεωρητικά μοντέλα σχετικά με την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης , καθώς και στους παράγοντες κινδύνου. Στο 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο παρουσιάζονται οι βασικοί άξονες του σχεδιασμού παρεμβάσεων πρόληψης, ενώ στο 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιγράφεται η εφαρμογή της πρόληψης μέσω των στρατηγικών και του πλαισίου παρεμβάσεων πρόληψης. Στο 8<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα κέντρα πρόληψης και τα στελέχη του, καθώς και αξιολόγηση των κέντρων που απορρέει από ανασκόπηση ερευνών, που έχουν γίνει κατά το παρελθόν. Τέλος ,ακολουθούν τα συμπεράσματα και οι προτάσεις μας.

## SUMMARY

Trying to relief from pains or just change his mood mankind is experimenting with herbs almost since the beginning of time. Drugs are known and being used for centuries. Their use was mostly in countries of Asia and America and while younger times, in underdeveloped countries, from closed social groups. Today after millennia of uninterrupted use and abuse of psychotropic substances, the case of drugs concern everyone, as it is believed that more and more people of various social strata tend to come into contact with them. Millions of people around the world are slaves of some sort of drugs and day by day they lead to death, where the first position in this route, is held by young people. The "phenomenon", "problem" or the "threat of drugs" gives rise to multi-faceted scientific computing. It is the fusion of various origins of knowledge from the biological, legal and social sciences. This bibliographical study aims i) to a summary of the problem of drug addiction and prevention of this phenomenon ii) as well as a bibliographical investigation of the mode of prevention centers of dependencies and promotion of psychosocial health (hereinafter referred to as: prevention centers) ,in our country. We are trying to get as far as we can the problem of dependency and to highlight the work of prevention centers of our country and evaluation efforts. In order to contribute to raising awareness of the persons responsible for the strengthening of prevention programs. Our work is a bibliographical study and includes the following sections: The 1ST chapter is a presentation of the problem of drug addiction. Defined and analyzed widely accepted definitions that are associated with it. The 2ND chapter is a description of the extent of the problem as well as a brief presentation of the statistical data on the use and abuse addictive substances both fiord in Greece and in countries of the European Union. The 3RD chapter referred to the causal factors of drug addiction and the role of genetics, as well as the development of abuse. Describes the causes of the use of illegal substances as well as the characteristics of the users. Presents the environmental factors and individual factors which induce a person to use. Finally, referred to the categories of addictive substances and the most well-known types of narcotics in each of these. The 4TH chapter referred to information about the anti-drug strategy in Greece and in Europe. The 5TH chapter reference is made to key concepts and theories and theoretical models concerning the prevention of drug addiction, as well as the risk factors. The 6TH chapter shows the main lines of the design measures for preventing and the 7TH chapter describes the implementation of the prevention through the strategies and the framework of prevention interventions. At the 8TH chapter there is a reference to prevention centers and its leaders, as well as evaluation of centers resulting from review research that has been done in the past. Finally, follow conclusions and our proposals.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	2
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
SUMMARY.....	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ον</sup> - ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>10</b>
1.1.Το πρόβλημα .....	10
1.2.Σκοπός της μελέτης.....	11
1.3.Ορισμοί όρων .....	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ον</sup> - Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ .....</b>	<b>17</b>
2.1.Εισαγωγή.....	17
2.2.Πρόσφατες εξελίξεις και στοιχεία για τη χρήση ουσιών στο γενικό πληθυσμό .....	17
2.3.Διαχρονικές τάσεις στη χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό .....	17
2.7.Ερευνητικά δεδομένα για τη χρήση οινόπνευματωδών - Επιδημιολογικές έρευνες .....	23
2.9.Ανακεφαλαίωση.....	27
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ον</sup> - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ, Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ .....</b>	<b>28</b>
3.1.Εισαγωγή.....	28
3.2.Αιτιολογικές θεωρίες .....	29
3.2.1.Η ψυχαναλυτική - ψυχοδυναμική θεωρία .....	30
3.2.2.Η συμπεριφερολογική Θεώρηση. ....	30
3.2.3.Η θεωρία της επικοινωνίας.....	31
3.2.4.Φαινομενολογικές κοινωνικές υποθέσεις της εξάρτησης από τοξικές ουσίες. ....	31
3.3.Αιτίες χρήσης από Ερευνητικά Δεδομένα .....	32
3.3.1. Εσωτερικά αίτια.....	32
3.3.2 Εξωτερικά αίτια.....	33
3.3.3 Αιτίες που απορρέουν από ερευνητικά δεδομένα .....	35
3.4.Αιτιολογικοί παράγοντες .....	37
3.4.1 Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας .....	37

3.4.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	39
3.4.3. Γενετικοί παράγοντες και ουσιοεξάρτηση.....	40
3.5 Στάδια εξέλιξης προς την τοξικομανία.....	44
3.6.Ανακεφαλαίωση .....	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> - ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ .....</b>	<b>48</b>
4.1.Εισαγωγή.....	48
4.2. Νομοθετικό έργο .....	48
4.2.1. Στην Ελλάδα.....	48
4.2.2. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση .....	57
4.3. Διακρατικές συμφωνίες .....	60
4.4. Νέος νόμος – κώδικας για τα ναρκωτικά .....	61
4.5.Ανακεφαλαίωση .....	63
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....</b>	<b>65</b>
5.1.Εισαγωγή.....	65
5.2. Βασικές έννοιες .....	65
5.3. Θεωρίες και θεωρητικά μοντέλα στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης .....	68
5.3.1 Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία .....	68
5.3.2 Θεωρία της έλλογης δράσης - θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς...69	
5.3.3 Θεωρία της κοινωνικής μάθησης .....	71
5.3.4 Μοντέλο κοινωνικής ανάπτυξης .....	72
5.3.5 Μοντέλο προβληματικής συμπεριφοράς .....	72
5.3.6. Θεωρία της διάχυσης καινοτομιών.....	73
5.3.7. Μοντέλο κοινωνικής οικολογίας/ οικολογικό-περιβαλλοντικό μοντέλο.....	74
5.4. Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες.....	74
5.5.Ανακεφαλαίωση .....	78
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> - ΒΑΣΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....</b>	<b>80</b>
6.1.Εισαγωγή.....	80
6.2. Εκτίμηση αναγκών.....	80
6.3. Στόχοι και θεωρητικό υπόβαθρο .....	82
6.4. Βασικά χαρακτηριστικά της παρέμβασης.....	85
6.5. Εκτίμηση εφαρμοσιμότητας.....	86
6.6. Αξιολόγηση.....	87



6.7. Αποτελέσματα αξιολόγησης και συμπεράσματα.....	88
6.8.Ανακεφαλαίωση .....	89
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> - ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ</b>	
<b>ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ .....</b>	<b>91</b>
7.1.Εισαγωγή.....	91
7.2. Στρατηγικές παρεμβάσεις πρόληψης .....	92
7.2.1. Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση .....	92
7.2.2. Κινητοποίηση και Δικτύωση .....	92
7.2.3. Εκπαίδευση .....	92
7.2.3.2. Ρόλος του σχολείου στην εκπαίδευση .....	93
7.2.4. Δημιουργικές δραστηριότητες.....	94
7.2.5. Συμβουλευτική .....	94
7.2.6.Ρυθμιστικά μέτρα.....	94
7.3. Πλαίσιο εφαρμογής παρεμβάσεων πρόληψης.....	94
7.3.1.Καθολική παρέμβαση πρόληψης .....	95
7.3.1.1.Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην σχολική κοινότητα .....	95
7.3.1.2.Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια.....	95
7.3.1.3.Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην κοινότητα .....	96
7.3.2. Επικεντρωμένη παρέμβαση πρόληψη .....	96
7.3.2.1.Επικεντρωμένες παρεμβάσεις σε νέους.....	96
7.3.2.2.Επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια.....	97
7.3.2.3. Επικεντρωμένες παρεμβάσεις σε χώρους διασκέδασης .....	97
7.3.3. Ενδεδειγμένη παρέμβαση πρόληψη.....	97
7.4.Καινοτόμες παρεμβάσεις πρόληψης.....	98
7.4.1.Συμβολή της τεχνολογίας στην πρόληψη .....	98
7.4.2. Προγράμματα σύνδεσης παραγωγικής μάθησης και πρωτογενούς πρόληψης σε εφήβους.....	99
7.5.Ανακεφαλαίωση .....	100
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> – ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ</b>	
<b>ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ .....</b>	<b>102</b>
8.1.Εισαγωγή.....	102
8.2. Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα.....	103
8.2.1. Η διαχρονική εξέλιξη της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα.....	103
8.3. Τα κέντρα πρόληψης.....	104

8.3.1.Στελέχωση των κέντρων .....	104
8.4. Προσπάθειες αξιολόγησης των κέντρων πρόληψης στην χώρα μας - ερευνητικά δεδομένα.....	104
8.4.1 Το επιστημονικό στελεχικό δυναμικό των κέντρων πρόληψης.....	105
8.4.2.Αναπαραστάσεις των στελεχών για την λειτουργία και αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης .....	106
8.4.3.Στάσεις απέναντι στο μέλλον. Οι μελλοντικές προοπτικές των Κέντρων Πρόληψης.....	107
8.4.4. Η ιδεολογία της αντίστασης ως καθημερινή στάση ζωής στην κοινωνική αποξένωση και κατακερμάτωση .....	108
8.5.Ανακεφαλαίωση .....	109
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ &amp; ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>111</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>114</b>
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>114</b>
<b>ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>117</b>
<b>ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>118</b>
<b>ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ .....</b>	<b>119</b>
<b>ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΕΣ .....</b>	<b>119</b>
<b>ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ .....</b>	<b>120</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>121</b>
Χάρτης κέντρων πρόληψης .....	121
Άλλοι φορείς πρόληψης .....	128

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1.1. Το πρόβλημα

Τα τελευταία χρόνια η ουσιοεξάρτηση σημειώνει ραγδαία ανοδική πορεία με κύριους «αποδέκτες» τους νέους. Έντονη ανησυχία προξενεί το γεγονός ότι με την επέλαση της νέας εποχής, το ποσοστό του ορίου ηλικίας έναρξης της χρήσης γίνεται όλο και πιο μικρό. Πριν λίγα χρόνια φάνταζε σαν παραμύθι ότι η έναρξη της χρήσης θα ξεκινούσε από ηλικίες 12-13 ετών, σήμερα είναι πραγματικότητα.

Η χώρα μας κάποτε αποτελούσε ένα πέρασμα του παγκόσμιου κυκλώματος διακίνησης ουσιών. Πλέον, κατατάσσεται σε κέντρο κατανάλωσης ναρκωτικών. Συνέπεια αυτού είναι να θεωρούνται τα ναρκωτικά ως ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά προβλήματα της εποχής μας. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Μάτσα (2007) *«Τα ναρκωτικά έρχονται να καλύψουν θεμελιακά ελλείμματα στον ψυχισμό του ανθρώπου. Παίρνουν τη θέση μιας αινιγματικής απουσίας, της απουσίας του Άλλου, της απουσίας συνάντησης με τον Άλλο, με το κοινωνικό είναι»*.

Στην εποχή μας, η ουσιοεξάρτηση αποτελεί έκφραση του ανθρώπου που είναι υποχρεωμένος να ζει στο πλαίσιο της κοινωνικής πτώσης και διαφθοράς. Ενώ η «φυγή» προς τον κόσμο των ουσιών υποδεικνύει το πρότυπο ενός μοναχικού και δυστυχημένου ανθρώπου ως μέλος μιας κοινωνίας που βρίσκεται σε ηθικό και αξιακό τέλμα.

Το πρόβλημα των ναρκωτικών εκτίνεται πλέον εκτός από ποσοτικά, και ποιοτικά με μια ανησυχητική διαπίστωση των τελευταίων ετών, πρόκειται για την εξάπλωση του φαινομένου σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, κοινωνικές τάξεις, σε κάθε περιοχή της χώρας είτε πόλη, είτε χωριό και ενδιαφέρει όλες τις ηλικίες. Σημαντικό είναι ότι πρόσβαση στην χρήση ψυχοτρόπων ουσιών έχει κάθε νέος, χωρίς να συναντά κανένα εμπόδιο στον δρόμο προς την απόκτηση του και αυτό είναι ακόμη πιο ανησυχητικό.

Με αυτά τα δεδομένα και την έκταση του προβλήματος, το μέλλον κυρίως της νεολαίας απειλείται ορατά από τον κίνδυνο των ναρκωτικών. Με την αποδοχή αυτού του φαινομένου από την κοινωνία ως «φυσιολογικό» φαινόμενο προκαλείται τρόμος, κοινωνική περιθωριοποίηση, αλλά δυστυχώς δεν παύει να αποτελεί πραγματικότητα της εποχής διότι η μάζα αδιαφορεί.

Η κρίση σε όλα τα επίπεδα, που χτυπά αλύπητα την ελληνική κοινωνία αποτελεί μαύρη σκιά για τους νέους που τους οδηγεί χωρίς γυρισμό στην χρήση ουσιών.

Το πρόβλημα δεν μπορεί να λυθεί μόνο με νομοσχέδια και αστυνομικά μέτρα, ούτε με τρομακτικά σενάρια περί νομιμοποίησης των ουσιών ή της ελεγχόμενης χορήγησης τους, αφήνοντας στο περιθώριο την πρόληψη και την συμβολή της, στην «τιτάνια» μάχη της αντιμετώπισης του φαινομένου.

## 1.2.Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης μας είναι μια βιβλιογραφική μελέτη του τρόπου λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης στην Ελλάδα, μέσα από ανασκόπηση βιβλιογραφικών πηγών και ερευνών που σχετίζονται με το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης και την πρόληψη.

Πιο συγκεκριμένα, επιμέρους στόχοι της μελέτης μας είναι:

- Ανασκόπηση ερευνητικών δεδομένων για την έκταση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης.
- Διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων και του ρόλου της γενετικής και της εξέλιξης της κατάχρησης.
- Αναφορά του Ελληνικού και Ευρωπαϊκού πλαισίου για τα ναρκωτικά.
- Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των θεωριών, μοντέλων και αξόνων που έχουν αναπτυχθεί για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης.
- Η καταγραφή των απόψεων των στελεχών, που προκύπτουν από έρευνες, των Κέντρων Πρόληψης, αξιολόγηση του έργου και τις μελλοντικές προοπτικές στα Κέντρα.

## 1.3.Ορισμοί όρων

Για να την καλύτερη κατανόηση όσων πρόκειται να ακολουθήσουν, αλλά και για να μπορεί κανείς να επανέρχεται στην σημασία των εννοιών, που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, δίνεται μια σύντομη περιγραφή της ορολογίας των παρακάτω ορισμών: ναρκωτικά, χρήση, κατάχρηση, εθισμός, εξάρτηση, τοξικομανία, στερητικό σύνδρομο (σύνδρομο στέρησης ή αποστέρησης) και ανάπτυξη ανοχής.

### Ναρκωτικά

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζει τα ναρκωτικά, την κάθε ουσία, που όταν εισαχθεί στον ανθρώπινο οργανισμό, έχει τη δυνατότητα να τροποποιήσει μία ή περισσότερες λειτουργίες του. (Μάτσα, 2007). Σύμφωνα με το άρθρο 1, με τον όρο «ναρκωτικά» νοούνται οι ουσίες, που έχουν διαφορετική, χημική δομή και διαφορετική δράση στο νευρικό σύστημα, αλλά παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά, όπως την μεταβολή της θυμικής κατάστασης του χρήστη και την πρόκληση εξάρτησης διαφορετικής φύσης (ψυχικής ή και σωματικής) και ποικίλου βαθμού. (Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων).

Υποστηρικτής αυτής της ορολογίας είναι και ο Παπαδόπουλος (1982), όπου αναφέρει ότι ο όρος ναρκωτικά, είναι και μερικές φυτικές ουσίες, που περιέχουν την ιδιότητα αλλά και την δυνατότητα να μετατρέπουν την διάθεση, την αντίληψη καθώς και την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και να παραλύουν το νευρικό σύστημα. Επιπλέον, σύμφωνα με το Νομοθετικό διάταγμα 743, 1970, τα ναρκωτικά ορίζονται ως ουσίες που προκαλούν τοξικομανία ή οποιαδήποτε άλλη εξάρτηση στον ανθρώπινο οργανισμό, σύμφωνα με την νομική άποψη.

### Χρήση

Ως χρήση ορίζεται η χρησιμοποίηση κάποιας ουσίας, που έχει σκοπό την αξιοποίηση των ιδιοτήτων της, για την βελτίωση της υγείας ή γενικότερα της σωματοψυχικής

κατάστασης του ανθρώπου. Με αυτή την έννοια οι περισσότερες ουσίες εξάρτησης, συμπεριλαμβανομένου φυσικά και του τσιγάρου, δεν έχουν καμία χρήση. (Παπαδάτος, 2010)

### **Κατάχρηση**

Κατάχρηση αποκαλείται η χρήση κάθε ουσίας, με ένα τρόπο διαφορετικό, που έρχεται σε αντίθεση από το θεμιτό και εκφράζει μια διάθεση αποδοκιμασίας από το κοινωνικό σύνολο. Ως κατάχρηση ορίζεται η συνεχής υπερβολική χρήση μιας ψυχοτρόπου ουσίας με τρόπο που να διαφέρει του γενικά αποδεκτού, όπου επαναλαμβάνεται παραπάνω από μία φορά και γίνεται εθιστική προς το άτομο. Ωστόσο η συχνή χρήση και η κατάχρηση βρίσκονται πολύ κοντά στην εξάρτηση. Στην κατάχρηση περιλαμβάνονται και οι έννοιες του εθισμού και της εξάρτησης, χωρίς να ταυτίζονται οι έννοιες μεταξύ τους. (Αβραμίδης, 1994)

Όταν αναφερόμαστε στον όρο «κατάχρηση τοξικών ουσιών», για να γίνει πιο κατανοητή η έννοια, παρουσιάζουμε και τις μορφές της κατάχρησης, σύμφωνα με τους Τζάφφη, Πήτερσον, και Χόντσον (1981), οι οποίες είναι: *η χρήση σχετικά μικρής ποσότητας για μία και μόνη φορά ή και πιο τακτικά, π.χ. οι φοιτητές. Τα άτομα αυτά στη συνέχεια θα αισθάνονται μεγαλύτερη ανάγκη για τοξική ουσία για να διατηρηθεί η ευχάριστη διάθεση και να αποφευχθεί η κατάρρευση, όταν σταματήσει η επίδραση, με αυτό τον τρόπο οδηγούνται στην κατάχρηση. Η άλλη μορφή κατάχρησης είναι η επονομαζόμενη «τρελή ταχύτητα», σε αυτή τη μορφή παρατηρούνται οι μεγάλες δόσεις, με ενδοφλέβιες ενέσεις, που επαναλαμβάνονται αρκετά συχνά και με το πέρασμα του χρόνου ο αριθμός των ενέσεων τριπλασιάζεται και το άτομο βρίσκεται στο στάδιο της κατάχρησης.* (Τζάφφη, Πήτερσον, Χόντσον, 1981)

### **Εθισμός**

Ο εθισμός είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα νόσος που χαρακτηρίζεται από διαρκή ενασχόληση, για την εύρεση της εξαρτησιογόνου ουσίας (π.χ. νικοτίνη, αλκοόλ, κάνναβη, ηρωίνη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες κ.λπ.), ακαταμάχητη επιθυμία και καταναγκασμό, για τη λήψη της και αδυναμία περιορισμού ή διακοπής της χρήσης, η οποία δεν έχει καμία ιατρική αναγκαιότητα παρά μόνο αρνητικές συνέπειες για το άτομο. (Γρίβας, 2005)

Ο Αβραμίδης (1994), θεωρεί ότι ο εθισμός είναι η τάση του ατόμου για εξάρτηση από ουσίες και συμπεριφορές. Είναι η συνήθεια που αποκτά κάποιος να χρησιμοποιεί την ουσία, αποσκοπώντας στην πρόκληση συναισθημάτων, όπως της ευφορίας ή της χαλάρωσης, των οποίων προκαλούν μια ψυχική εξάρτηση. Είναι μία προοδευτική και θανατηφόρος ασθένεια, αφού οι ουσίες σε άτομα με εθιστική προσωπικότητα μπορούν να αποβούν μοιραίες. Είναι μία αλλεργία στις ουσίες με ανεξέλεγκτες σωματικές, πνευματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις.

### **Εξάρτηση**

Υπάρχουν ορισμένες ουσίες όπου δημιουργούν στο χρήστη την ανάγκη χρήσης της συγκεκριμένης ουσίας, όπου και λαμβάνει. Η εξάρτηση του ατόμου από τις εξαρτησιογόνες ουσίες ανάγεται στην ανάπτυξη μιας νέας ανάγκης που καθιστά την ουσία απαραίτητη για το ίδιο το άτομο, το οποίο δεν μπορεί να αντιδράσει και να ζήσει χωρίς αυτό. Πιο αναλυτικά, η εξάρτηση από τα οπιούχα εγκαθίσταται από την στιγμή που γίνεται η αναστολή της παραγωγικής διαδικασίας των μορφινών, έχοντας ως αποτέλεσμα τον εξαναγκασμό του οργανισμού, να καλύψει τις ανάγκες του σε μορφίνες με την πρόσληψη εξωγενών οπιούχων. (Μάτσα, 2007, Rock, 2001, Γρίβας, 2002). Η εξάρτηση, είναι μια κατάσταση που συμβαίνει στο άτομο μετά από μια συνεχιζόμενη και επαναλαμβανόμενη χρήση. Με βασικά

χαρακτηριστικά το σύνολο των ψυχικών, συμπεριφορικών και σωματικών συμπτωμάτων, καθώς το άτομο συνεχίζει τη χρήση παρά τα συμπτώματα. (Μαρσέλος, 2005, Πουλόπουλος, 2005)

Η εξάρτηση διακρίνεται σε φυσική ή σωματική εξάρτηση, όταν η χρήση δημιουργεί ψυχοφυσιολογικές ανατροπές στον οργανισμό, εμφανίζοντας δε το στερητικό σύνδρομο, στις περιπτώσεις μη λήψης ουσίας, και σε ψυχολογική ή ψυχική εμφανίζεται με τη μορφή έντονης ή ακατανίκητης επιθυμίας για λήψη, χωρίς την παρουσία του συνδρόμου στέρησης. Επιπλέον, όσον αφορά την φυσική ή σωματική αυτή διακρίνεται από τις δυσάρεστες συνέπειες της διακοπής της, οι οποίες οδηγούν στην καταναγκαστική χρήση, και η ψυχολογική ή ψυχική εξάρτηση, από την ευχάριστη ή επιθυμητή επίδραση μιας ουσίας, ενώ τις περισσότερες φορές υπάρχει σύγχυση στην διάκριση μεταξύ των δύο αυτών εξαρτήσεων, ενώ σε πολλές περιπτώσεις συνυπάρχουν. (Παπαδάτος, 2010, Μαρσέλος, 2005, Αβραμίδης, 1994, Πουλόπουλος, 2005)

Η ψυχολογική ή ψυχική εξάρτηση έχει ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, εκ των οποίων είναι:

- Επιθυμία συνεχούς χρήσης ή κατάχρησης της ουσίας, που μπορεί να γίνεται και κατά περιόδους, με την έννοια της περιστασιακής κατάχρησης.
- Απουσία ή μικρή τάση για αύξηση της δόσης.
- Ψυχική μόνο εξάρτηση από κάποια ευχάριστη ενέργεια της ουσίας.
- Δυσάρεστα επακόλουθα, αν υπάρχουν, αφορούν κυρίως τον χρήστη.

Συνήθως, η ένταση της ψυχολογικής εξάρτησης, ποικίλει ανάλογα με την χρησιμοποιούμενη ουσία, καθώς και με την προσωπικότητα του χρήστη. Έτσι πολλές φορές η επιθυμία για την «δόση» μπορεί να είναι τόσο δυνατή, που να οδηγήσει το άτομο σε φαινόμενα αντικοινωνικής συμπεριφοράς, κάτι όμως το οποίο κατά γενική παραδοχή συμβαίνει πολύ σπάνια. (Παπαδάτος, 2010, Μαρσέλος, 2005)

Η σωματική ή φυσική εξάρτηση διακρίνεται από τα εξής χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

- 1) Ψυχαναγκαστική, καταναγκαστική επιθυμία για την εξεύρεση και χρήση της ουσίας.
- 2) Σταθερή τάση για συνεχή αύξηση της «δόσης».
- 3) Αποτυχημένες προσπάθειες στο ατομικό του ιστορικό για να ελαττώσει ή να αναστείλει τη χρήση της ουσίας.
- 4) Ψυχολογική αλλά και σωματική εξάρτηση από την δράση της ουσίας, γεγονός που αποδεικνύεται από την εμφάνιση συνδρόμου στέρησης μετά από απότομη διακοπή της.
- 5) Δυσάρεστα επακόλουθα, τα οποία αφορούν τον ίδιο τον χρήστη καθώς και το κοινωνικό περιβάλλον εξίσου, με αποτέλεσμα να αφιερώνει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον του στην ουσία και όχι σε άλλα ενδιαφέροντα ή δραστηριότητες. (Μαρσέλος, 1997, Μάτσα, 2007)

## **Τοξικομανία**

Ο όρος της τοξικομανίας προέρχεται από την λέξη «τοξικόν», που σημαίνει δηλητήριο και τη λέξη «μανία», η οποία αναφέρεται σε μια ψυχιατρική διαταραχή. Εξ' αρχής είχε μια ηθικοιατρική διάσταση, όπου υποδηλώνει μια κοινωνική μάστιγα και μια ασθένεια, από τις ψυχοτρόπους ουσίες. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, το 1950, όρισε την

τοξικομανία ως την κατάσταση, η οποία οφείλεται στην συστηματική ή παροδική δηλητηρίαση, που δημιουργείται από την επαναλαμβανόμενη λήψη. (Μάτσα, 2007).

Ο Αβραμίδης (1994) και ο Παπαδάτος (2010), υποστηρίζουν ότι η τοξικομανία αποτελεί περισσότερο ποιοτική παρά ποσοτική έννοια, χαρακτηρίζοντας κυρίως την συμπεριφορά του ατόμου με την καταναγκαστική χρήση, τις έντονες δηλαδή και καταπονητικές περιπλοκές, σχετικές με την χρήση και την εξασφάλιση της αναγκαίας ποσότητας, καθώς και την μεγάλη τάση υποτροπής αποτέλεσμα της στέρησης της ουσίας για μεγάλο διάστημα. Η λήψη των εξαρτησιογόνων ουσιών, παρουσιάζουν και διάφορες αντιδράσεις με την πρόσφατη λήψη τους. Οι αντιδράσεις αυτές όπως και αναφέρθηκαν παραπάνω, είναι οδυνηρές για το άτομο, καθώς βιώνει την τοξικομανία με διαταραχές αντίληψης, σκέψης, ψυχοκινητικής λειτουργίας. Επιπλέον, αντιμετωπίζει διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην επικοινωνία, επικρατεί η ένταση στην ψυχολογία του ατόμου, αλλά σχετίζεται με το είδος της ουσίας, την ποσότητα που έχει λάβει, τη χρονική διάρκεια λήψης και τέλος από τις κοινωνικές συνθήκες που βιώνει εκείνη τη στιγμή. Σύμφωνα με το DSM – IV τα συμπτώματα που εμφανίζονται στο στάδιο της τοξίκωσης είναι:

- I. Η ανάπτυξη ενός αναστρέψιμου για την ουσία συνδρόμου, η οποία οφείλεται σε σύντομη χρονική διάρκεια χρήση ουσίας.
- II. Δυσπροσαρμοστικές ψυχολογικές ή μεταβολές συμπεριφορά, που εμπίπτουν στην επίδραση της ουσίας στο κεντρικό νευρικό σύστημα και γίνονται ορατές κατά τη διάρκεια της λήψης ή αργότερα.
- III. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται λόγω κάποιων σωματικών ή ψυχολογικών διαταραχών. (Παπαδάτος, 2010)

Βέβαια ο όρος «τοξικομανία» έχει αφαιρεθεί από τον ν.1729/87 καθώς όπως αναφέρει χαρακτηριστικά κατά την εισηγητική έκθεση «σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αποδίδει την πραγματικότητα και είναι φορτισμένη με αρνητικό περιεχόμενο». Έτσι, γίνεται λόγος για «χρήστες», «χρήστες μη δυναμένου» κ.α. Υπάρχουν, λοιπόν, οι εξής κατηγορίες «χρηστών», που θα αναφερθούμε εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο:

- Ευκαιριακός, Περιστασιακός, Εποχιακός, Καθ' υποτροπή, Χρόνιος, Συστηματικός, Εθισμένος, Εξαρτημένος, Καταναγκαστικός, Τοξικομανής. (Αβραμίδης, 1994)

### **Σύνδρομο στέρησης**

Με τον όρο σύνδρομο στέρησης ή αποστέρησης, ορίζεται η μη λήψη εξαρτησιογόνων ουσιών στα άτομα, που τους έχουν δημιουργηθεί σωματική εξάρτηση και που το σύνολο των συμπτωμάτων, τα οποία παρατηρούνται στον οργανισμό μετά από την στέρηση της ουσίας, προς την οποία έχει αναπτυχθεί ψυχική ή σωματική εξάρτηση. Όσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα τόσο βαθύτερη είναι η εξάρτηση σ' αυτήν. Τα συμπτώματα είναι δυσάρεστα, προκαλούν δυσφορία και κατάθλιψη, ώστε να μπορέσει να τα αποφύγει ο χρήστης, συνεχίζει να λαμβάνει την εξαρτησιογόνο ουσία. Έτσι το άτομο εισέρχεται σε ένα φαύλο κύκλο. (Παπαδάτος, 2010, Αβραμίδης, 1994)

Σύμφωνα με τον Γρίβα (2002), ύστερα από το στάδιο της εξάρτησης, η αναστολή της λήψης της ουσίας δημιουργεί στο άτομο μια βίαιη σωματική αντίδραση, η οποία περιλαμβάνει τρεις ομάδες συμπτωμάτων. Η πρώτη ομάδα συνδέεται με συμπτώματα όπως είναι το άγχος, η ένταση, η ανησυχία, και η αγωνία. Η δεύτερη ομάδα, αφορά συμπτώματα διαταραχών του ύπνου. Και τέλος, η Τρίτη ομάδα, είναι η ομάδα που συμπεριλαμβάνει συμπτώματα, που χαρακτηρίζονται επώδυνα. Η διάρκεια των συμπτωμάτων της πρώτης και

της δεύτερης ομάδας επιδρούν για αρκετό χρονικό διάστημα, ενώ της τρίτης ομάδας εξαλείφονται σε 4-5 εικοσιτετράωρα. Ύστερα 6-12 ώρες από την τελευταία λήψη, το άτομο ιδρώνει, χασμουριέται, εκδηλώνει δακρύρροια, ρινόρροια, αύξηση του νευρικού συστήματος και ευερεθιστότητα που δυσκολεύουν τον ύπνο (διακεκομμένος ή ανήσυχος). Το δεύτερο και τρίτο 24ώρο τα συμπτώματα συνεχίζονται αλλά προστίθενται και οι τρεμούλες, ρίγη, εξάψεις, μυϊκοί σπασμοί και εκτινάξεις των κάτω άκρων, έντονη εφίδρωση, τάση ανορεξίας, αϋπνίας, μυδρίασης (μεγέθυνση της κόρης των ματιών), κλπ. Σε αυτό το στάδιο υπάρχει και ο κίνδυνος θανάτου, λόγω των σπασμών, αν δηλαδή οι σπασμοί γενικευτούν, προκαλώντας παράλυση του αναπνευστικού συστήματος. Το τέταρτο 24ώρο, ξεκινά η αποδυνάμωση των συμπτωμάτων, που γίνεται η ολοκλήρωσή της κατά 5<sup>η</sup> – 6<sup>η</sup> ημέρα. Ύστερα από αυτή την επώδυνη διαδικασία ο εξαρτημένος είναι «καθαρός» και μεταβαίνει στο μεταστερητικό σύνδρομο.

Αντίθετα, ο Αβραμίδης (1994), αναφέρει ότι το σύνδρομο στέρησης κατά κανόνα χαρακτηρίζεται από δύο ομάδες συμπτωμάτων. Αρχικά, είναι τα φυσικά ή σωματικά (π.χ., ρίγη, κοιλιακό άλγος, υπερδραστηριότητα αυτόνομου νευρικού συστήματος) και κατά δεύτερον, τα συναισθηματικά ή υποκειμενικά (συμπτώματα που αποτελούν έναυσμα για τη συνέχιση της χρήσης, π.χ., δυσφορία, ευερεθιστότητα, άγχος, καταθλιπτική διάθεση, ακαταμάχητη επιθυμία για χρήση).

Τα συμπτώματα του σωματικού στερητικού συνδρόμου συχνά είναι σε μεγάλο βαθμό δυσάρεστα, βασανιστικά, επικίνδυνα και μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να αποβούν θανατηφόρα. Η βαρύτητα του συνδρόμου με συμπτώματα αντίθετα εκείνων που προκαλεί η ουσία εξαρτάται από:

- το είδος της ουσίας
- την κατάσταση του οργανισμού
- την προσωπικότητα και το κοινωνικό περιβάλλον του χρήστη
- την ημιπερίοδο ζωής της
- το διάστημα μεταξύ των δόσεων της
- την συνολική ποσότητα στο 24/ωρο
- την χρονική διάρκεια λήψεως από την οποία εξαρτάται και η ταχύτητα μεταβολισμού της. (Αβραμίδης, 1994, Παπαδάτος, 2010)

Σύμφωνα με το DSV-IV τα κλινικά συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι:

- I. Η ανάπτυξη ενός, ειδικού για την ουσία συνδρόμου, που οφείλεται στη αναστολή ή μείωση της χρήσης, όπου η χρήση χαρακτηρίζεται βαριά και παρατεταμένη.
- II. Προκαλείται δυσλειτουργία στον κοινωνικό κύκλο αλλά και στον επαγγελματικό, καθώς και σε άλλους τομείς λειτουργικότητας.
- III. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε σωματική ή ψυχική διαταραχή. (Παπαδάτος, 2010)

Συμπερασματικά, το άτομο για να απαλλαγεί από το σύνδρομο στέρησης, λαμβάνει καταναγκαστικά την ουσία, ώστε να ξεφύγει από τα δυσάρεστα συμπτώματα, ως αποτέλεσμα την παρορμητική χρήση της ουσίας, η οποία δημιουργεί κινδύνους. (Αβραμίδης, 1994, Γρίβας, 2002)

## Ανοχή

Ανοχή ή αντοχή, νοείται η κατάσταση, η οποία αναπτύσσεται με τις επαναλαμβανόμενες δόσεις μιας ουσίας, είτε λόγω της εξοικείωσης των κυττάρων στην



δράση της (ανοχή), είτε λόγω της ταχύτερης εξουδετέρωσης της από τον οργανισμό (αντοχή). Με την ανάπτυξη της ανοχής και της αντοχής μικραίνει η ένταση και η διάρκεια της δράσεως. Για να επιτυγχάνεται το αποτέλεσμα της ουσίας στον ίδιο βαθμό και σε αυτή τη διάρκεια είναι απαραίτητο οι δόσεις να γίνονται μεγαλύτερες και να λαμβάνονται από το άτομο σε όλο και πιο τακτά χρονικά διάστημα. (Αβραμίδης, 1994). Το ίδιο υποστηρίζει και ο Παπαδάτος (2010), αναφέροντας ότι η ανοχή είναι η προσαρμοστική κατάσταση που βρίσκεται το άτομο, η οποία χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη ανταπόκριση στη λήψη της ίδιας ποσότητας ή από το ότι απαιτείται υπερβολική δόση για να προκληθεί το ίδιο αποτέλεσμα.

### **Κατάταξη ουσιών**

Σύμφωνα με το DSM- IV, οι ουσίες που προκαλούν εξάρτηση είναι οι παρακάτω:

Το αλκοόλ, οι αμφεταμίνες, οι εισπνεόμενες ουσίες, τα ηρεμιστικά, τα Υπνωτικά ή αλλιώς αγχολυτικά, η κάνναβη, η καφεΐνη, η κοκαΐνη, η νικοτίνη, τα οπιοειδή, και τα ψευδαισθησιογόνα.

Σύμφωνα με τον Ghodse (1989), οι ουσίες που προκαλούν εξάρτηση είναι αμέτρητες και γι αυτό έχουν γίνει προσπάθειες ταξινόμησης και ομαδοποίησης σε λίγες κατηγορίες. Η ομαδοποίηση που αναφέρει είναι η ακόλουθη:

A. Οπιοειδή αναλγητικά: 1. Φυσικά οπιοειδή (όπιο, μορφίνη), 2. Συνθετικά ή ημισυνθετικά οπιοειδή (μεθαδόνη, πεθιδίνη), 3. Οπιοειδή αγωνιστές – ανταγωνιστές (πενταζοκίνη),

B. Ηρεμιστικά – Υπνωτικά: 1. Αλκοόλ, 2. Βαρβιτουρικά, 3. Μη βαρβιτουρικά ηρεμιστικά, 4. Βενζοδιαζεπίνες.

Γ. Διεγερτικά: 1. Αμφεταμίνες και ανάλογα διεγερτικά, 2. Ανορεκτικοί παράγοντες (φαντερμίνη), 3. Κοκαΐνη, 4. Khat,

Δ. Ψευδαισθησιογόνο: LSD και

E. Κάνναβη.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> - Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ**

### **2.1.Εισαγωγή**

Σε αυτό το Κεφάλαιο παρουσιάζονται τα πιο πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία σχετικά με τη χρήση παράνομων ουσιών στο γενικό πληθυσμό, στους μαθητές και σε ειδικούς πληθυσμούς στην Ελλάδα. Τα στοιχεία προέρχονται από το υλικό που διατίθεται σε ετήσια βάση στο ΕΚΤΕΠΝ από πρόσωπα και φορείς στην Ελλάδα που δραστηριοποιούνται ερευνητικά στον τομέα της χρήσης παράνομων ουσιών.

### **2.2.Πρόσφατες εξελίξεις και στοιχεία για τη χρήση ουσιών στο γενικό πληθυσμό**

Τα αποτελέσματα της έρευνας του ΕΠΨΥ «Πανελλήνια έρευνα για τους μαθητές εφηβικής ηλικίας για συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία», δημοσιοποιήθηκαν το 2011. Η συλλογή των στοιχείων για την «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών», ολοκληρώθηκε επίσης το 2011. Το ΕΠΨΥ κάθε τέσσερα χρόνια, πραγματοποιεί την έρευνα στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος. Η έρευνα του 2011 διεξήχθη με τη χρηματοδότηση του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και τη συμμετοχή των Κέντρων Πρόληψης Ο.ΚΑ.ΝΑ. /Τοπική Αυτοδιοίκησης. Τέλος, είναι γεγονός ότι μετά το 2004 η πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό δεν έχει επαναληφθεί. (ΕΚΤΕΠΝ 2011, ΕΚΤΕΠΝ 2012, [www.epipsi.gr](http://www.epipsi.gr))

Δεν υπάρχουν πρόσφατα στοιχεία σχετικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (ναρκωτικών) στο γενικό πληθυσμό της χώρας. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία (αφορούν το 2004) πανελλήνιας έρευνας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), περίπου 670.000 άτομα ηλικίας 12-64 ετών (9%) ανέφεραν χρήση  $\geq 1$  φορά στη ζωή (κυρίως κάνναβη), 4% δοκίμασαν κάποια παράνομη ουσία 1-2 φορές, ενώ το 5% επανέλαβαν τη χρήση τουλάχιστον 3 φορές. Χρήση τους τελευταίους 12 μήνες ανέφερε το 2% και χρήση τις τελευταίες 30 ημέρες το 1%. Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης παρατηρήθηκαν στους άνδρες (13%, έναντι 4% των γυναικών), στις ηλικιακές ομάδες 25-34, 18-24 και 35-44 ετών (περίπου 12%), στα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (15%) και στην Αθήνα (12%, έναντι της Θεσσαλονίκης και των λοιπών αστικών περιοχών). (Κοκκέβη κ.ά. 2007, ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

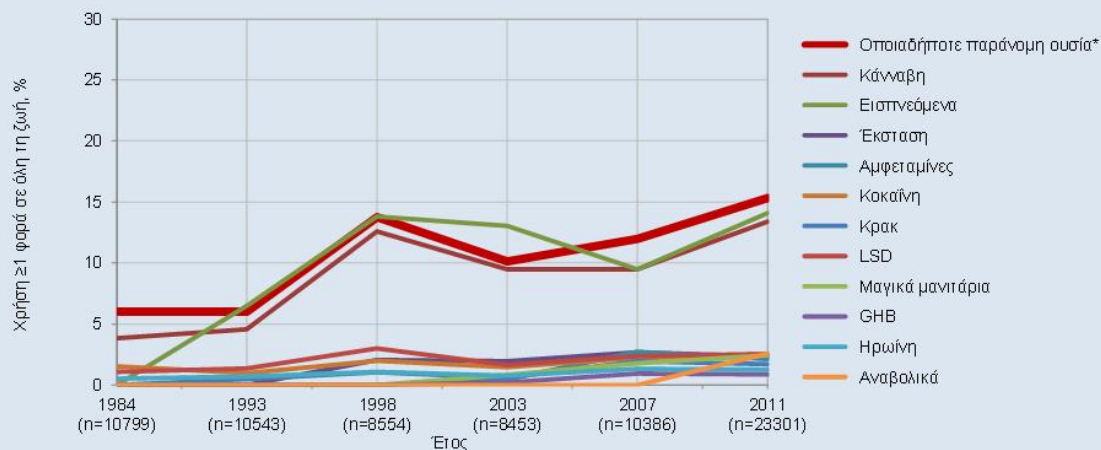
### **2.3.Διαχρονικές τάσεις στη χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό**

Παρ' όλες τις διακυμάνσεις, η γενική τάση τα τελευταία 27 χρόνια στη χρήση «οποιασδήποτε» παράνομης ουσίας στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών είναι αυξητική.

Μεταξύ 1984 και 2011 το ποσοστό χρήσης «οποιασδήποτε» παράνομης ουσίας υπερδιπλασιάστηκε (από 6,0% το 1984 σε 15,3% το 2011) (Γράφημα 2.1). Ειδικότερα, κατά την περίοδο αυτή η επικράτηση της χρήσης σχεδόν τριπλασιάστηκε στα αγόρια (από 7,8% στο 21,1%, αντίστοιχα), στους 18χρονους (από 8,5% σε 21,9%), καθώς και στους μαθητές των σχολείων της Αθήνας (από 6,5% σε 19,3%) και της Θεσσαλονίκης (από 5,5% σε 19,4%).

Στατιστικά σημαντικές αυξήσεις στα ποσοστά της χρήσης καταγράφονται μεταξύ 1984 και 2011 σε όλες τις ουσίες, αν και το ποσοστό επικράτησης της χρήσης ουσιών εκτός κάνναβης και εισπνεόμενων ουσιών παρέμεινε κάτω του 3% σε όλη σχεδόν την περίοδο μεταξύ 1984 και 2011. (ΕΚΤΠΝ, 2012)

Γράφημα 2.1: Διαχρονικές τάσεις στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές 15-19 ετών, ανά ουσία χρήσης (1984, 1993, 1998, 2003, 2007, 2011)



\* Η κατηγορία «οποιαδήποτε παράνομη ουσία» αναφέρεται στη χρήση οποιασδήποτε από τις ουσίες: κάνναβη, ηρωίνη, LSD, κοκαΐνη, κρακ, αμφεταμίνες, Έκσταση, μαγικά μανιτάρια και GHB.

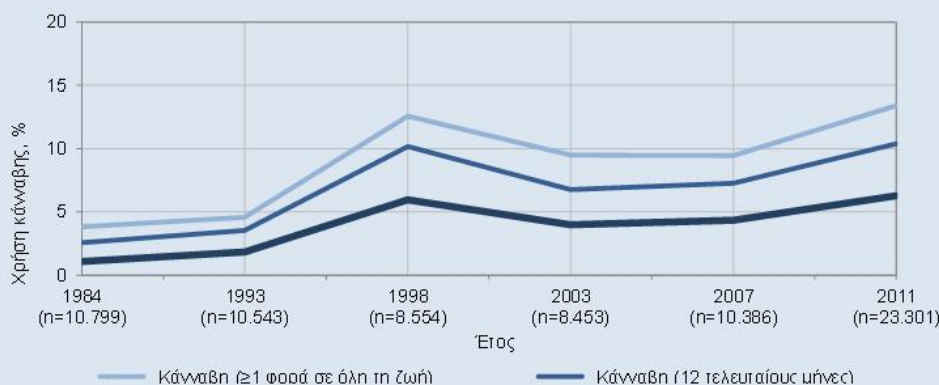
ΠΗΓΗ: ΕΠΙΨΥ 2012 (Στοιχεία: Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD)

#### 2.4.Πρόσφατα στοιχεία και τάσεις για τη χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό

Σημαντικές αυξήσεις παρατηρήθηκαν τα τελευταία τέσσερα χρόνια (2007-2011) στην επικράτηση της χρήσης (Γράφημα 2.1): «οποιασδήποτε» παράνομης ουσίας (μόνο στους 18χρονους και στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη), κάνναβης (σε όλους τους μαθητές εκτός από τους 15χρονους και τους 16χρονους), εισπνεόμενων ουσιών (σε όλους τους μαθητές εκτός από τους 15χρονους), μαγικών μανιταριών (στους 15χρονους, στα κορίτσια και στους μαθητές της Αθήνας).

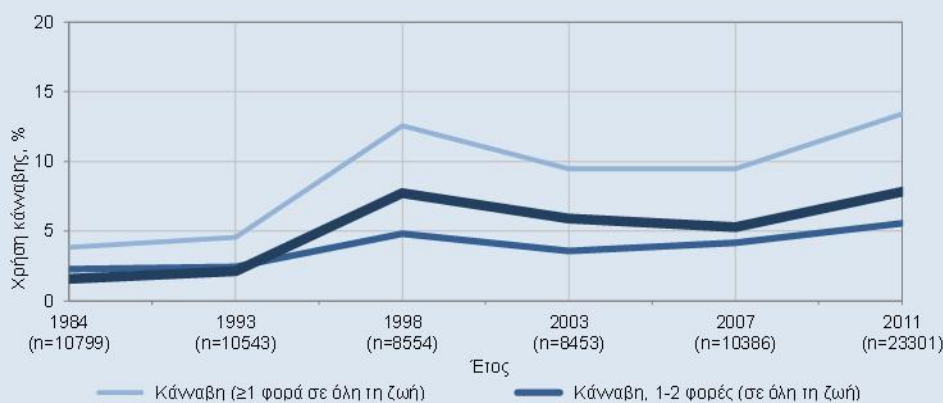
Επιπλέον, σημαντικές αυξήσεις παρατηρήθηκαν κατά την τετραετία 2007-2011 στα ποσοστά: της πρόσφατης χρήσης κάνναβης (σε όλους τους μαθητές εκτός από τους 15χρονους και τους 16χρονους) (Γράφημα 2.2), της τωρινής χρήσης κάνναβης (σε όλους τους μαθητές εκτός από τους 15χρονους, τους 16χρονους και τους 17χρονους) (Γράφημα 2.2), της χρήσης κάνναβης 1-2 φορές (στο σύνολο και μόνο στα κορίτσια, στους 18χρονους, και στους μαθητές της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης), (Γράφημα 2.3) και της επαναλαμβανόμενης χρήσης (όχι ωστόσο στους 15χρονους και τους 16χρονους) (Γράφημα 2.3).

**Γράφημα 2.2: Διαχρονικές τάσεις στη χρήση κάνναβης στους μαθητές 15-19 ετών, ανά περίοδο χρήσης (1984, 1993, 1998, 2003, 2007, 2011)**



ΠΗΓΗ: ΕΠΙΨΥ 2012 (Στοιχεία: Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD)

**Γράφημα 2.3: Διαχρονικές τάσεις στη χρήση κάνναβης στους μαθητές 15-19 ετών, ανά συχνότητα χρήσης (1984, 1993, 1998, 2003, 2007, 2011)**



ΠΗΓΗ: ΕΠΙΨΥ 2012 (Στοιχεία: Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD)

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία όσον αφορά τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό, προέρχονται από την Πανελλήνια έρευνα στους μαθητές εφηβικής ηλικίας για συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία, που πραγματοποίησε το ΕΠΙΨΥ το 2010 στο πλαίσιο του διεθνούς ευρωπαϊκού προγράμματος Health Behaviour in School – aged Children. (ΕΚΤΠΝ, 2011, [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org))

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.944 μαθητών εφηβικής ηλικίας (ΣΤ' Δημοτικού, Β' Γυμνασίου και Α' Λυκείου) από 306 σχολεία. Οι μαθητές συμπλήρωσαν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο μέσα στην τάξη. (ΕΚΤΠΝ, 2011, [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org))

Για τη χρήση ουσιών όπως, κάνναβη, έκσταση και κάποιας άλλης παράνομης ουσίας καθώς και για τη χρήση εισπνεόμενων ουσιών και ψυχοδραστικών φαρμάκων ρωτήθηκαν μόνο οι 15χρονοι μαθητές. Τα αποτελέσματα της έρευνας για την έστω και μια φορά χρήση έδειξαν ότι η χρήση κάνναβης αναφέρεται από το 7,2% των 15χρονων , η χρήση της ουσίας έκσταση αναφέρεται από το 1,2% και η χρήση άλλων παράνομων ουσιών από το 3,1% των μαθητών. (ΕΚΤΠΝ, 2011, [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org))

Οι 15χρονοι έφηβοι που ανέφεραν χρήση κάνναβης (7,2%) στην πλειονότητά τους (6,3%) ανέφεραν χρήση της ουσίας τον τελευταίο χρόνο, πάνω από τους μισούς (4,1%)

ανέφεραν χρήση τον τελευταίο μήνα πριν από την έρευνα, περισσότεροι από τους μισούς (4,2%) ανέφεραν χρήση τουλάχιστον 3 φορές και σε ποσοστό 3% ανέφεραν δοκιμή 1-2 φορές. (ΕΚΤΠΝ 2011, www.hbsc.org)

**Πίνακας 2.1: Χρήση ουσιών στους μαθητές ηλικίας 15-19 ετών, ανά φύλο, ηλικία και γεωγραφικό στρώμα (% , 2011)**

	Σύνολο (15-19 ετών) n=23.301	Φύλο		Ηλικία					Γεωγραφικό στρώμα		
		Αγόρια n=11.671	Κορίτσια n=11.630	15 ετών n=5.833	16 ετών n=5.915	17 ετών n=5.356	18 ετών n=4.599	19 ετών n=1.098	Αθήνα n=3.359	Θεσσαλονίκη n=1.027	Άλλες πόλεις n=18.915
Οποιαδήποτε παράνομη ουσία*	15,3	21,1	9,4	7,4	10,9	14,9	21,9	40,2	19,3	19,4	12,0
Κάναβη	13,4	18,3	8,3	4,9	8,4	13,5	20,7	37,6	17,7	18,2	9,7
Εισπνεόμενα	14,1	15,7	12,4	12,0	14,4	14,7	14,6	15,9	15,0	16,5	13,0
Έκσταση	2,4	3,6	1,0	2,1	1,7	1,9	2,6	8,1	2,4	1,8	2,4
Αμφεταμίνες	2,1	3,1	1,1	2,0	2,0	1,5	2,2	5,5	1,8	1,8	2,4
Κοκαΐνη	2,5	3,9	1,0	1,7	1,5	2,0	3,0	11,1	2,7	2,9	2,3
Κρακ	1,7	2,7	,7	1,8	1,1	1,4	1,8	4,8	1,9	1,3	1,6
LSD	2,5	3,9	1,1	2,0	1,7	2,1	2,8	9,2	3,0	3,0	2,2
Μαγικά μανιτάρια	2,4	3,6	1,2	2,1	1,9	1,9	2,5	8,2	2,9	2,2	2,2
GHB	0,9	1,4	0,4	1,0	0,6	0,7	0,9	2,2	0,8	0,7	1,0
Ηρωΐνη	1,3	2,0	0,6	1,5	1,0	1,0	1,2	3,1	1,1	0,8	1,4
Αναβολικά	2,6	4,2	0,9	2,3	2,4	2,5	2,6	5,0	2,3	2,5	2,8

\* Η κατηγορία «οποιαδήποτε παράνομη ουσία» αναφέρεται στη χρήση οποιασδήποτε από τις ουσίες: κάνναβη, ηρωΐνη, LSD, κοκαΐνη, κρακ, αμφεταμίνες, Έκσταση, μαγικά μανιτάρια και GHB.

ΠΗΓΗ: ΕΠΙΨΥ 2012 (Στοιχεία: Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD 2011)

**Πίνακας 2.2: Επικράτηση της χρήσης κάνναβης στους μαθητές 15-19 ετών, ανά περίοδο και συχνότητα χρήσης, ανά φύλο, ηλικία και γεωγραφικό στρώμα (% , 2011)**

	Σύνολο (15-19 ετών) n=23.301	Φύλο		Ηλικία					Γεωγραφικό στρώμα		
		Αγόρια n=11.671	Κορίτσια n=11.630	15 ετών n=5.833	16 ετών n=5.915	17 ετών n=5.356	18 ετών n=4.599	19 ετών n=1.098	Αθήνα n=3.359	Θεσσαλονίκη n=1.027	Άλλες πόλεις n=18.915
Κάναβη (12 τελευταία μήνες)	10,4	14,3	6,4	3,8	6,9	10,8	16,4	25,0	13,9	13,7	7,5
Κάναβη (30 τελευταίες ημέρες)	6,3	9,1	3,3	2,4	4,0	6,3	9,7	17,4	8,7	7,8	4,4
Κάναβη, 1-2 φορές (σε όλη τη ζωή)	5,6	7,2	3,9	2,5	4,4	5,8	8,1	11,2	7,1	7,1	4,3
Κάναβη, ≥3 φορές (σε όλη τη ζωή)	7,8	11,1	4,4	2,5	4,0	7,7	12,6	26,4	10,6	11,1	5,4

ΠΗΓΗ: ΕΠΙΨΥ 2012 (Στοιχεία: Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD 2011)

## 2.5.Η κατάσταση στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες

Όπως προκύπτει από τα πρώτα στοιχεία της έρευνας HBSC του 2010, η τάση στη χρήση κάνναβης τα τελευταία χρόνια (2006-2010), είναι σταθερή και μειούμενη σε αρκετές χώρες, ενώ αύξηση των ποσοστών παρατηρείται εκτός από την Ελλάδα, στη Λετονία, στη Λιθουανία, στη Ρουμανία, στη Σλοβενία και στη Δημοκρατία της Τσεχίας. (ΕΚΤΠΝ, 2011)

Ύστερα από την έρευνα Ευρωβαρόμετρο, που πραγματοποιήθηκε σε 27 ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα το 2011, σε 504 νέους μεταξύ 15-25 ετών με τηλεφωνική συνέντευξη, το 10% του δείγματος αναφέρει χρήση κάνναβης, με τους περισσότερους 7% να αναφέρουν χρήση τον τελευταίο χρόνο. Ο Ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν 26% με το 14% να αναφέρει χρήση τον τελευταίο χρόνο. Η Ελλάδα μαζί με την Ουγγαρία, τη Μάλτα και την Κύπρο να καταγράφουν τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης κάνναβης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας Ευρωβαρόμετρο οι νέοι της Ελλάδας συγκριτικά με το μέσο όρο των 27 ευρωπαϊκών χωρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα αναφέρουν τη χρήση νέων ουσιών με τη μορφή σκόνης, χαπιών και βοτάνων.

Επίσης, αναφέρουν ότι υπάρχουν «σοβαροί κίνδυνοι» από τη χρήση κάνναβης 1-2 φορές (38% έναντι 23% του ευρωπαϊκού μέσου) και κοκαΐνης (72% έναντι 66%), ενώ σε χαμηλότερο ποσοστό παρουσιάζει κινδύνους η χρήση της ουσίας Έκσταση 1-2 φορές (54% έναντι 59%). Το διπλάσιο ποσοστό συγκριτικά με το μέσο ευρωπαϊκό όρο θεωρούν ότι είναι αδύνατον να έχουν πρόσβαση στην ηρωίνη (47% έναντι 24%), στην κοκαΐνη (42% έναντι 19%), την ουσία Έκσταση (41% έναντι 20%) και στην κάνναβη (28% έναντι 11%). Από τις χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα, μόνο η Κύπρος και η Φιλανδία παρουσιάζουν παρόμοια ποσοστά με την Ελλάδα. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

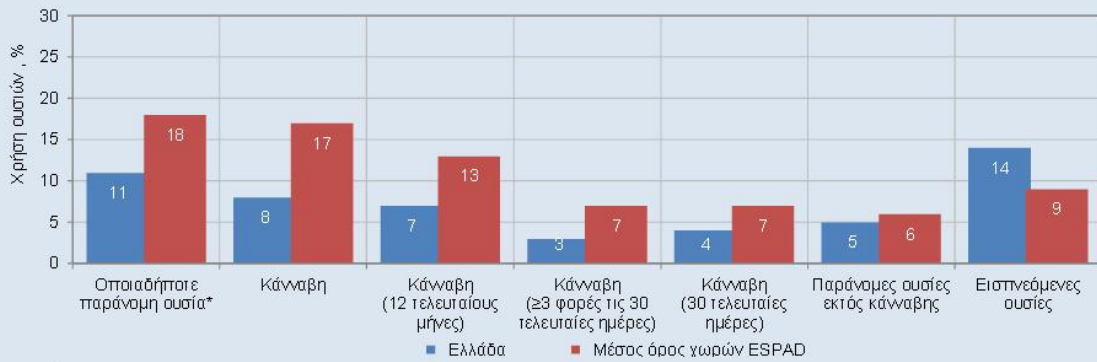
Όσον αφορά την ενημέρωση σχετικά με τις ουσίες και τη χρήση, το 45% έναντι του 64% θα χρησιμοποιούσε το διαδίκτυο, το 9% έναντι του 37% τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, το 23% έναντι του 37% από κάποιον φίλο, το 35% έναντι του 28% από γονείς και συγγενείς και το 38% έναντι του 20% από εξειδικευμένες υπηρεσίες (ειδικούς, κέντρα πρόληψης, θεραπευτικά κέντρα). (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Τέλος, ένα χαμηλό ποσοστό (17% έναντι του 33%) θα ήταν υπέρ των αυστηρών μέτρων για τους χρήστες ναρκωτικών ως μέτρα αντιμετώπισης του προβλήματος. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011)

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία του ευρωπαϊκού ερευνητικού προγράμματος ESPAD, το οποίο υλοποιείται ανά τετραετία στους 16χρονους μαθητές (σε 36 χώρες το 2011), τα ποσοστά στην επικράτηση της χρήσης όλων των τύπων εξαρτησιογόνων ουσιών είναι σημαντικά χαμηλότερα στην Ελλάδα, σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα (Γράφημα 2.4)

Εξαίρεση αποτελούν εισπνεόμενες ουσίες και μη ιατρική χρήση ηρεμιστικών/υπνωτικών, των οποίων τα ποσοστά επικράτησης είναι υψηλότερα στην Ελλάδα σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. (ΕΠΠΨΥ, 2011)

**Γράφημα 2.4: Επικράτηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στους 16χρονους μαθητές στην Ελλάδα συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών που συμμετέχουν στο ερευνητικό πρόγραμμα ESPAD (2011)**



\* Η κατηγορία «οποιαδήποτε παράνομη ουσία» αναφέρεται στη χρήση οποιασδήποτε από τις ουσίες: κάνναβη, ηρωίνη, LSD, κοκαΐνη, κρακ, αμφεταμίνες, Έκσταση, μαγικά μανιτάρια και GHB.

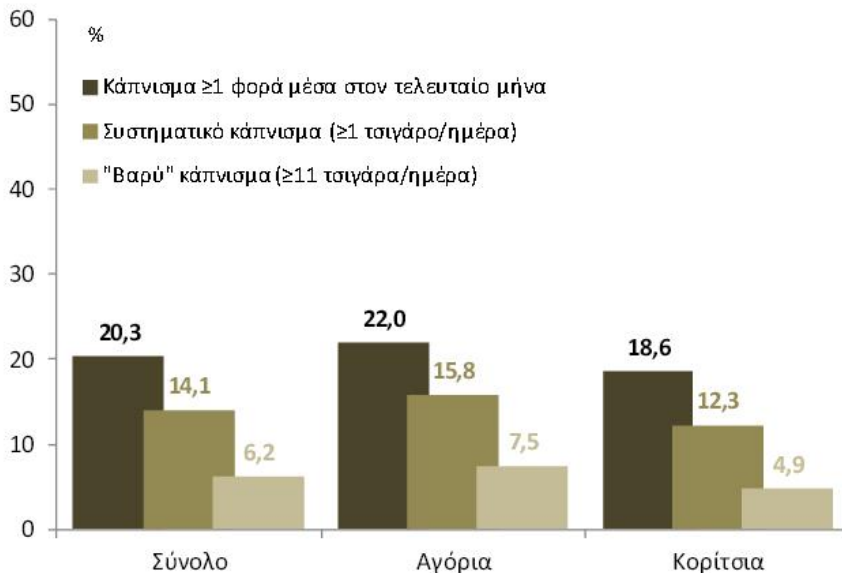
ΠΗΓΗ: Hibell et al. 2012 (Στοιχεία: European School Population Survey of Alcohol and Other Drugs, ESPAD 2011)

## 2.6.Ερευνητικά δεδομένα για το κάπνισμα - Επιδημιολογικές έρευνες

Ένας στους 5 μαθητές 13-19 ετών (20,3%) αναφέρει ότι έχει καπνίσει μέσα στον τελευταίο μήνα. Ένας στους 7 (14,1%) είναι συστηματικός καπνιστής (καπνίζει τουλάχιστον ένα τσιγάρο καθημερινά), ενώ ένας στους 16 (6,2%) είναι βαρύς καπνιστής (καπνίζει τουλάχιστον μισό πακέτο τσιγάρο την ημέρα). (Γράφημα 1) (ΕΠΨΥ, 2011)

### Γραφήματα - Κάπνισμα

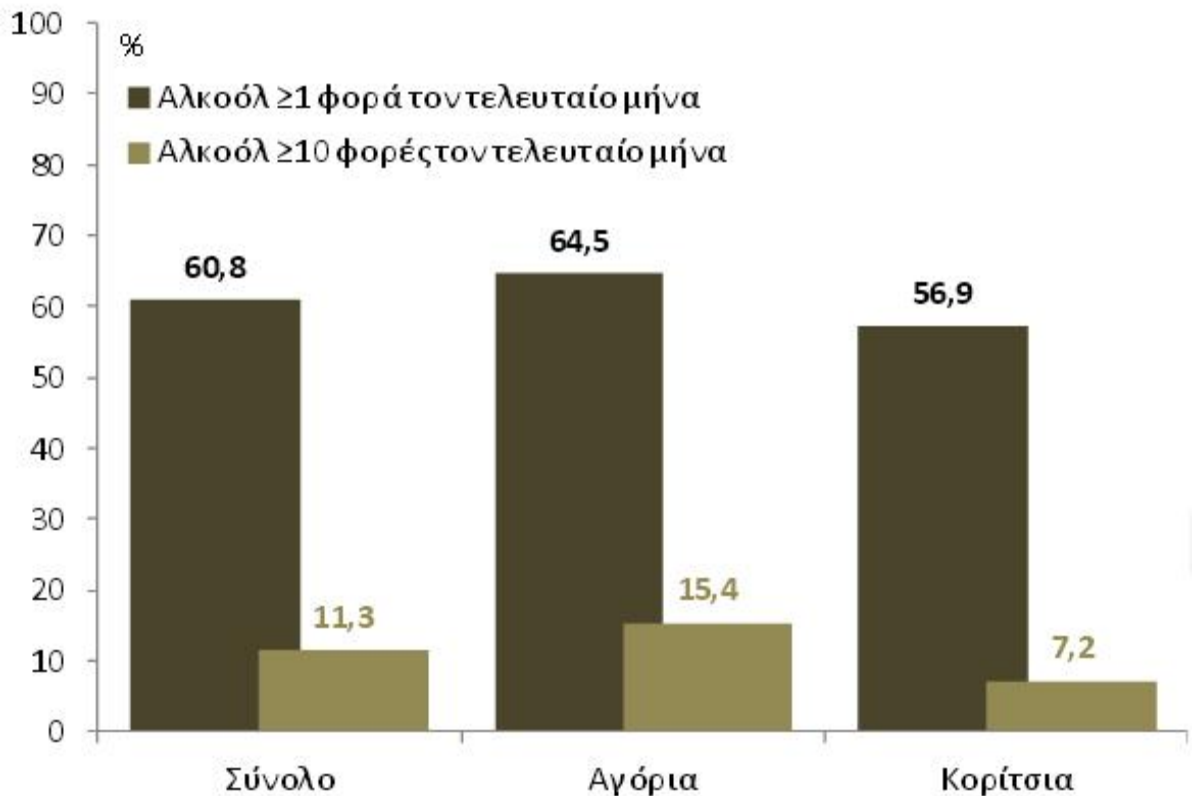
**Γράφημα 1: Κάπνισμα στους μαθητές 13-19 ετών, στο σύνολο και ανά φύλο (%)**



## 2.7.Ερευνητικά δεδομένα για τη χρήση οινοπνευματωδών - Επιδημιολογικές έρευνες

Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ (15-19 ετών): 6 στους 10 μαθητές (60,8%) ήπιαν κάποιο οινοπνευματώδες ποτό μέσα στον τελευταίο μήνα, ενώ ένας στους 10 (11,3%) ήπια 10 και πάνω φορές, δηλαδή ήπια με συχνότητα πάνω από 2 φορές την εβδομάδα (Γράφημα 2). (ΕΠΙΨΥ, 2011)

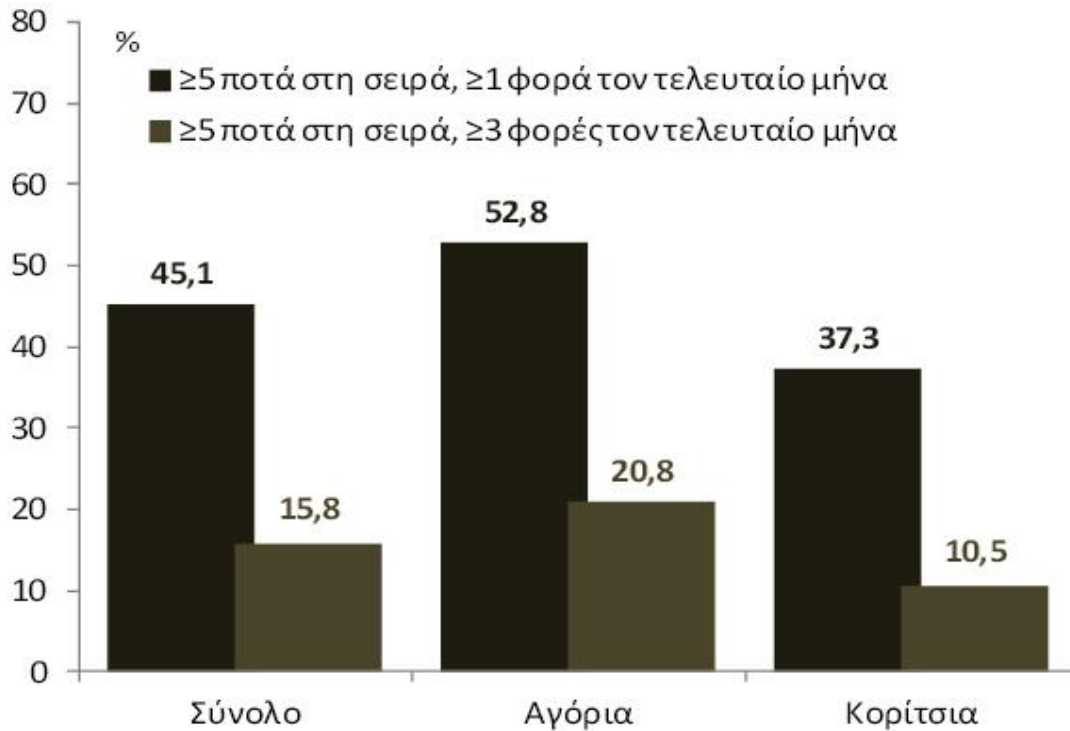
**Γράφημα 2: Χρήση αλκοόλ στους μαθητές 13-19 ετών, στο σύνολο και ανά φύλο (%)**



Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (15-19 ετών) : ως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ορίστηκε η κατανάλωση  $\geq 5$  ποτών στη σειρά τουλάχιστον μια φορά μέσα στον τελευταίο μήνα. Για υπερβολική κατανάλωση ερωτήθηκαν μόνο οι μαθητές 15-19 ετών. Όπως φαίνεται στο γράφημα 22, τουλάχιστον μια φορά μέσα στον τελευταίο μήνα έκαναν υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών το 45,1% των μαθητών, ενώ το ίδιο συνέβη για 3 ή περισσότερες φορές σε ποσοστό 15,8% των μαθητών. (Γράφημα 3) (ΕΠΙΨΥ, 2011)

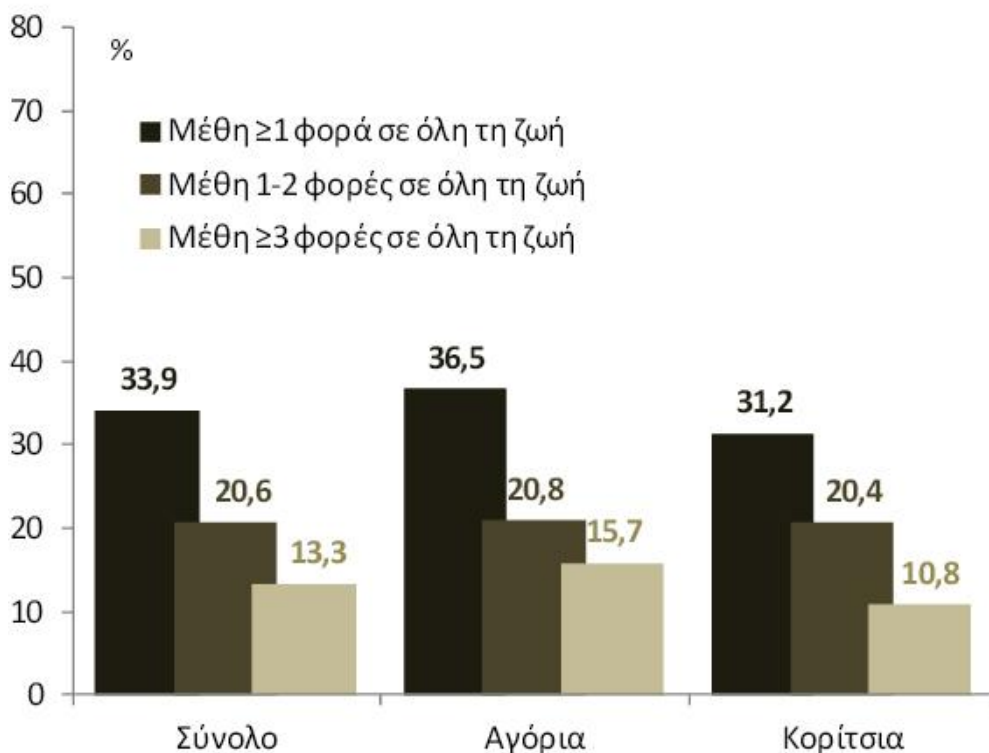


**Γράφημα 3: Υπερβολική χρήση αλκοόλ τον τελευταίο μήνα στους μαθητές 15-19 ετών, στο σύνολο και ανά φύλο (%)**



Μέθη (13-19 ετών): ένας στους 3 μαθητές (33,9%) ηλικίας 13-19 ετών έχει μεθύσει τουλάχιστον μια φορά έως την ημέρα έρευνας. Το 20,6% των μαθητών έχουν μεθύσει 1-2 φορές και το 13,3% περισσότερες φορές. (Γράφημα 4) (ΕΠΙΨΥ, 2011)

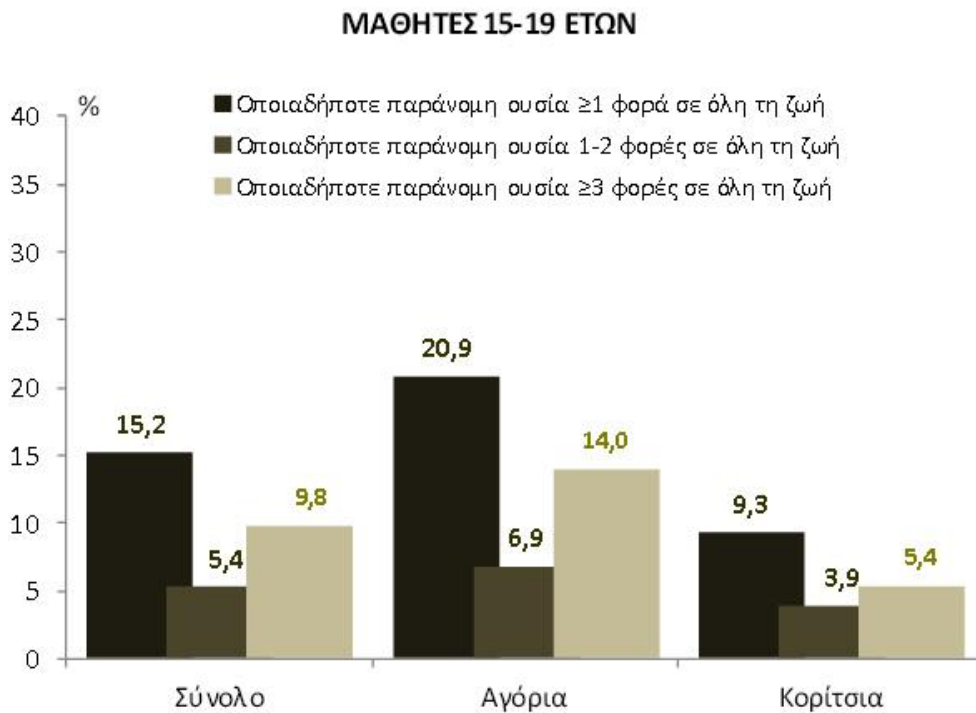
**Γράφημα 4: Μέθη, στο σύνολο των μαθητών 13-19 ετών και ανά φύλο (%)**



## 2.8.Ερευνητικά δεδομένα για τη χρήση παράνομων ουσιών (ναρκωτικών)

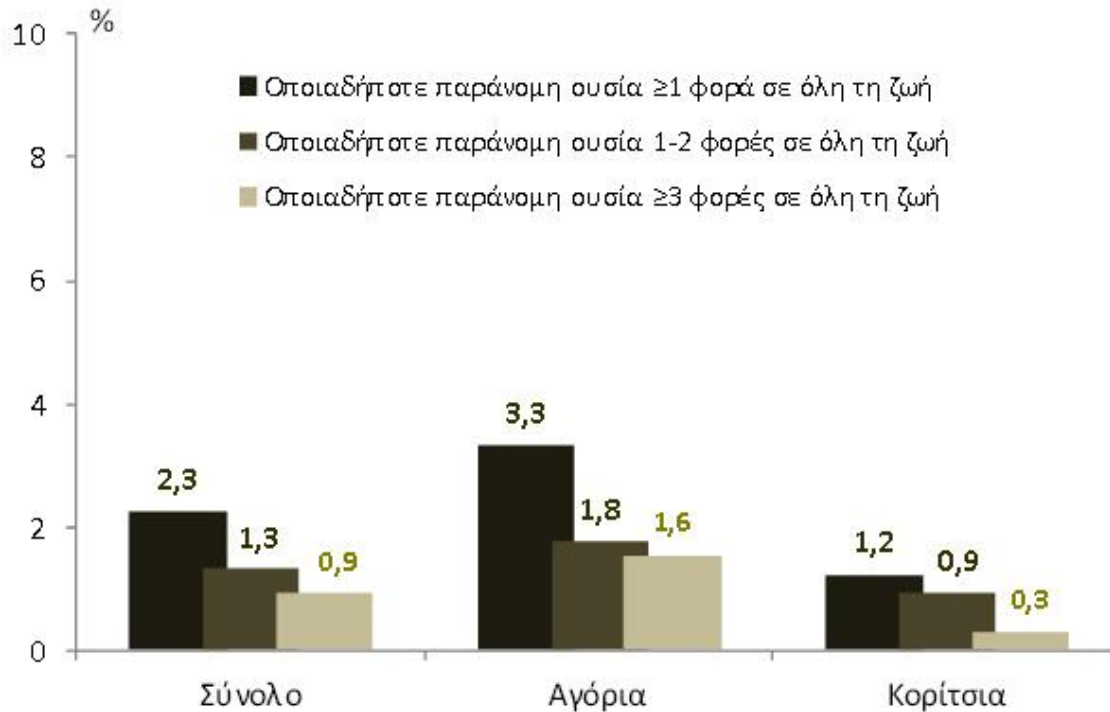
Περίπου ένας στους 7 μαθητές, 15-19 ετών (15,2%) έχει κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας, έστω και μια φορά στη ζωή του, ενώ η πλειονότητα αυτών (9,8%) έχει επαναλάβει τη χρήση τουλάχιστον 3 φορές (Γράφημα 5). Στους νεότερους μαθητές 13-14 ετών, χρήση παράνομων ουσιών έχει κάνει το 2,3% των μαθητών οι περισσότεροι από αυτούς μία – δύο φορές σε όλη τους τη ζωή. (Γράφημα 6) (ΕΠΙΨΥ, 2011)

**Γράφημα 5: Χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας, στο σύνολο και ανά φύλο (%)**



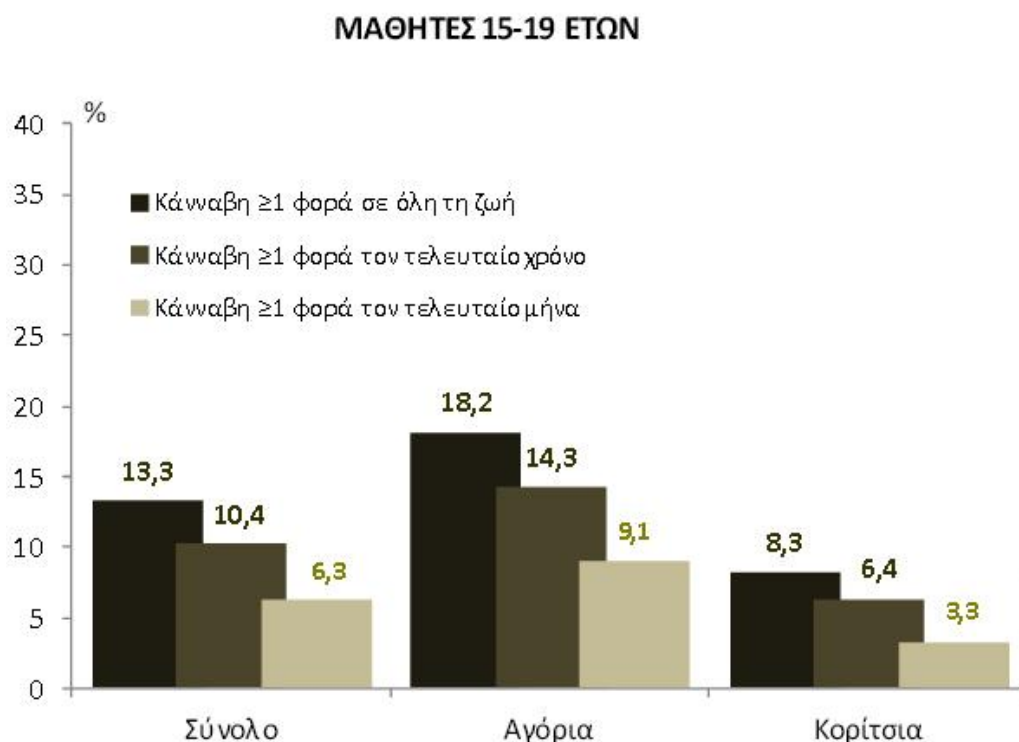
**Γράφημα 6: Χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας, στο σύνολο και ανά φύλο (%)**

**Μαθητές 13-14 ετών**



Συγκεκριμένα, η χρήση κάνναβης έστω και μια φορά αναφέρεται από τη μεγάλη πλειονότητα των μαθητών 15-19 ετών (13,3%) που έχουν πάρει κάποια παράνομη ουσία (Γράφημα 7) καθώς και αυτών ηλικίας 13-14 ετών(1,7%) δε φαίνεται σε γράφημα. (ΕΠΨΥ, 2011)

**Γράφημα 7: Χρήση κάνναβης, στο σύνολο και ανά φύλο (%)**



Πρόσφατη χρήση κάνναβης (χρήση έστω και μια φορά κατά τον τελευταίο χρόνο) αναφέρεται από το 10,4% των μαθητών 15-19 ετών και τωρινή χρήση κάνναβης (χρήση κατά τον τελευταίο μήνα) αναφέρεται από το 6,3% (Γράφημα 7). (ΕΠΙΨΥ, 2011)

## 2.9. Ανακεφαλαίωση

Συνοψίζοντας λοιπόν, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του πληθυσμού των αγοριών έναντι των κοριτσιών στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και κυρίως της κάνναβης.

Επίσης, δεν καταγράφονται σημαντικές μεταβολές διαχρονικά στη χρήση άλλων ουσιών. Παρόμοια στοιχεία απορρέουν και από έρευνες που αφορούν τα οινόπνευματώδη ποτά και το κάπνισμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ, Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ

### 3.1.Εισαγωγή

Στη σημερινή κοινωνία, ο άνθρωπος πιέζεται από τις καινοτόμες μηχανές που εκτελούν περισσότερα, σε λιγότερο χρόνο και απαιτούν από τον άνθρωπο την προσαρμογή του, αλλιώς δεν θα μπορέσει να επιβιώσει. Μιλώντας για ενήλικες και ανήλικους, το θέμα των αιτιών και των προδιαθεσικών παραγόντων ποικίλει από εποχή σε εποχή.

Πιο συγκεκριμένα, ένα φαινόμενο που είναι επίκαιρο στην σημερινή κοινωνία είναι η χρήση και η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών. Το θέμα του εθισμού σε οποιαδήποτε ουσία ή αντικείμενο εξαρτάται από την αλληλεπίδραση ποικίλων παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί είναι ο βαθμός συμμετοχής των διαφόρων παραγόντων, όπου διαφοροποιείται όσο αφορά το είδος της ουσίας, με το βαθμό ή το στάδιο της χρήσης, τους τρόπους της χρήσης της ουσίας και τη δυνατότητα της διακοπής της χρήσης. (Μάτσα, 2001)

Σε γενικές γραμμές, η στάση της κοινωνίας απέναντι στην ναρκωτική ουσία παίζει καθοριστικό ρόλο στη στάση και στην αντίληψη που έχει διαμορφώσει το άτομο για αυτήν, ενώ οι πιέσεις της παρέας, τα οικογενειακά πρότυπα χρήσης, η διαφήμιση και ο βαθμός διαθεσιμότητας της ουσίας αποτελούν τους κύριους παράγοντες για τη δοκιμή των περισσότερων κοινωνικά αποδεκτών ουσιών, όπως ο καπνός και τα οινοπνευματώδη.

Σημαντικό ρόλο έχουν και οι ατομικοί παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα του ατόμου, η δομή της οικογένειας του, η ανάγκη επιτυχίας του ατόμου, η συναισθηματική ανωριμότητα του, η περιέργεια και η ξενομανία φαίνεται πως υποκαθιστούν τη σημασία των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. (Μάτσα, 2007)

Στόχος του κεφαλαίου αυτού είναι να εμβαθύνουμε περισσότερο στις αιτιολογικές θεωρίες που περιλαμβάνουν την ψυχοδυναμική θεωρία, την συμπεριφορολογική θεωρία, τη θεωρία της επικοινωνίας, καθώς και τις φαινομενολογικές υποθέσεις.

Στη συνέχεια, θα αναφερθούν οι αιτίες χρήσης, οι αιτιολογικοί παράγοντες, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός χρήστη, οι περιβαλλοντικοί και οι γενετικοί παράγοντες που ωθούν κάποιον στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, καθώς και τα στάδια εξέλιξης προς την τοξικομανία.

Τέλος, θα γίνει μια συνοπτική αναφορά στις κατηγορίες των χρηστών για την κατανόηση των αιτιολογικών παραγόντων, καθώς και των θεωριών που θα αναλυθούν παρακάτω.

### Κατηγορίες χρηστών

Οι αιτιολογικοί παράγοντες, καθώς και οι θεωρίες, όσο αφορά τη λήψη ουσιών είναι πολλαπλοί και διαφέρουν ως προς το είδος της εξαρτησιογόνου ουσίας αλλά και ως προς τη συχνότητα λήψης. (Gossop & Grant, 1994)

Η λήψη ουσιών αρχίζει από την δοκιμαστική λήψη και τερματίζει στη μόνιμη εξάρτηση με σοβαρά συμπτώματα και πιθανόν το θάνατο.

Είναι απαραίτητη η διαφοροποίηση της συχνότητας λήψης ώστε να γίνει πιο εύκολη η προσέγγιση στο πρόβλημα, με πιο αντικειμενικό τρόπο. Γι' αυτό το λόγο υπάρχουν και οι λεγόμενες κατηγορίες χρηστών, οι οποίες ταξινομούνται στον αριθμό 4, δηλαδή τέσσερις κατηγορίες ατόμων που λαμβάνουν ουσίες εξάρτησης.

- Ομάδα ατόμων που έλαβε μία φορά εξαρτησιογόνες ουσίες και τις διέκοψε
- Ομάδα ατόμων με πειραματική ευκαιριακή χρήση
- Ομάδα ατόμων με μέτρια χρήση
- Ομάδα ατόμων που έχουν ενσωματώσει στη ζωή τους τη λήψη ουσιών.

Η τελευταία ομάδα είναι και εκείνη που στην πλειοψηφία αποτελεί αυτούς που αποκαλούνται και τοξικομανείς. (Λιάππας, 2004, Παπαδάτος, 2010)

### 3.2. Αιτιολογικές θεωρίες

Πολύ συχνά τα άτομα, τα οποία οδηγούνται στη χρήση είναι εκείνα που έχουν αρνητική γνώμη για τον εαυτό τους και δεν είναι κατάλληλα εξοπλισμένα να αντισταθούν στην πίεση της ομάδας. Επίσης, είναι πιθανόν τα άτομα να περιστοιχίζονται από ένα αρνητικό περιβάλλον, το οποίο τους συμπεριφέρθηκε άσχημα κατά τη διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους. Ωστόσο, ενήλικες οι οποίοι δεν είναι ειδικοί και βρίσκονται έξω από το οικογενειακό τους περιβάλλον δεν μπορούν να βοηθήσουν. (Bergeret, 1999)

Σύμφωνα με τον Thio (2008), οι αιτίες που ένα άτομο μπορεί να οδηγηθεί στη χρήση ουσιών, απορρέουν από τις βιολογικές, τις ψυχολογικές και τις κοινωνιολογικές θεωρίες.

Πιο συγκεκριμένα, στις βιολογικές θεωρίες, οι αιτίες οφείλονται σε βιολογικούς παράγοντες, όπως η έμφυτη ανοχή του ατόμου στα ναρκωτικά ή μια διαταραχή του μεταβολισμού που δημιουργεί έντονη λαχτάρα για παράνομη ναρκωτική ουσία.

Στις ψυχολογικές θεωρίες, οι αιτίες είναι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του ατόμου όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αντισυμβατικότητα.

Τέλος, στις κοινωνιολογικές θεωρίες η χρήση οφείλεται σε κοινωνικές δυνάμεις όπως η υποκοουλτούρα των ναρκωτικών και η επιρροή των φίλων. (Thio, 2008)

Όσον αφορά τις αιτίες της χρήσης ο Thio (2008), βασίζεται στις παρακάτω θεωρίες:

- Η θεωρία της οικονομικής αποστέρησης περιλαμβάνει την ικανοποίηση της ανάγκης του ατόμου για απόκτηση κοινωνικής θέσης, το άτομο αντιμετωπίζει τη σκληρή πραγματικότητα της φτώχειας, έχει την αίσθηση ότι δομεί τη διαλυμένη του ζωή (απουσία σταθερής δουλειάς και οικογενειακής κατάστασης) και έχει εύκολη πρόσβαση σε ναρκωτικές ουσίες στις φτωχίες κοινότητες. Ωστόσο, αυτή η θεωρία εξηγεί τη χρήση ναρκωτικών στους φτωχούς αλλά όχι στους πλούσιους.
- Η θεωρία του γνωστικού συνειρμού ισχυρίζεται ότι η αιτία του εθισμού είναι ο γνωστικός συνειρμός που ο χρήστης κάνει ανάμεσα στο στερητικό σύνδρομο και στην προηγούμενη χρήση του ναρκωτικού.

- Η κοινωνικο-ψυχολογική θεωρία περιλαμβάνει: α) την απουσία δεσμών με συμβατικά άτομα ή θεσμούς (γονείς, δάσκαλοι, οικογένεια, θρησκεία, εργασία), β) τη φιλία με άτομα που χρησιμοποιούν ναρκωτικά γ) τη συμμετοχή στην υποκουλτούρα της χρήσης ναρκωτικών, δ) την εύκολη πρόσβαση. (Thio, 2008)

Ο Παπαγεωργίου (1989), έχει αναφερθεί σε κάποιες άλλες θεωρίες που σχετίζονται με τις εξαρτησιογόνες ουσίες, οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω με την εξής σειρά:

### **3.2.1. Η ψυχαναλυτική - ψυχοδυναμική θεωρία**

Η ψυχαναλυτική - ψυχοδυναμική θεώρηση ερμηνεύει την εξαρτημένη συμπεριφορά σαν προσπάθεια λύσεων ενδοψυχικών προβλημάτων του εξαρτημένου. Τα ενδοψυχικά προβλήματα του χρήστη που προέρχονται από παιδικά βιώματα, που κινητοποιούνται στην εφηβεία ή την ενήλικη ζωή κάτω από την επίδραση καταλυτικών προϋποθέσεων από το περιβάλλον. Δυσάρεστα συναισθήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, ανασφάλεια, απογοήτευση κ.ά. δεν είναι ανεκτά από την αδύναμη προσωπικότητα του χρήστη, ο οποίος "ανακαλύπτει" στην ουσία το δεκανίκι στήριξης του ασθενικού ΕΓΩ του. Ένα ΕΓΩ που λειτουργεί με την αρχή της αναζήτησης μόνο ευχάριστων και τη αποφυγή δυσάρεστων βιωμάτων. Με αυτές τις βασικές αδυναμίες στον χαρακτήρα του, ο εξαρτημένος δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σε μία ώριμη συναισθηματική σχέση με τους συνανθρώπους του και την κοινωνία, αφού μία τέτοια σχέση δεν είναι δυνατόν να στερείται δυσάρεστων καταστάσεων. Έτσι, ο εξαρτημένος ανταλλάσσει την επικοινωνία του με τους συνανθρώπους και το περιβάλλον του, με την χρήση της ουσίας εξάρτησης. Η ψυχαναλυτική-ψυχοδυναμική θεώρηση ασχολείται κυρίως με την προσωπικότητα του χρήστη, ενώ θεωρεί τους κοινωνικούς παράγοντες καταλυτικούς για την έκφραση της εξαρτημένης συμπεριφοράς του. (Παπαγεωργίου, 1989)

### **3.2.2. Η συμπεριφερολογική Θεώρηση.**

Δεν ενδιαφέρεται τόσο για την ανάλυση της προσωπικότητας του εξαρτημένου, αλλά κυρίως για το ποιες είναι οι ιδιότητες της ουσίας που δρουν πάνω στο συγκεκριμένο άτομο, τι επιφέρουν σ' αυτό αλλά και στη συμπεριφορά του. Η χρήση της ουσίας ερμηνεύεται σαν προσπάθεια αύξησης των ευχάριστων βιωμάτων και ταυτόχρονη λύτρωση από δυσάρεστες ψυχολογικές ή κοινωνικές καταστάσεις. Οι ιδιότητες της ουσίας διακρίνονται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς. (Παπαγεωργίου, 1989)

Οι πρωτογενείς, αφορούν τις ιδιότητες της ουσίας και τον συγκεκριμένο τρόπο που η ουσία δρα στον οργανισμό του χρήστη, επηρεάζοντας την ψυχολογική του κατάσταση. Την πρωτογενή δράση της ουσίας έρχονται να συμπληρώσουν ενισχυτικά διάφορα στοιχεία του περιβάλλοντος (δευτερογενή) που έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με την χρήση της ουσίας. Τέτοια στοιχεία είναι η συμβολοποίηση και η μυθοποίηση της ουσίας, ήθη, συνήθειες, έθιμα κ.τ.λ. Σε μερικές ουσίες, όπως στο κάπνισμα των τσιγάρων, τα δευτερογενή στοιχεία είναι πιο ισχυρά από αυτή την ίδια την πρωτογενή δράση της νικοτίνης στη ψυχολογική κατάσταση του χρήστη. Γι' αυτό και η διάδοση όλων των ψυχοτρόπων ουσιών ενισχύεται όταν αυτές γίνονται σύμβολα, δείχνοντας πράξεις απελευθέρωσης, μαγκιάς, κοινωνικής καταξίωσης στην παρέα, μίμησης κ.τ.λ. (Παπαγεωργίου, 1989)

### **3.2.3. Η θεωρία της επικοινωνίας**

Σύμφωνα με την θεωρία της επικοινωνίας, η εξαρτημένη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του ατόμου και της κοινωνίας, μέσα στην οποία ζει. Εάν πάρουμε σαν παράδειγμα την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, αυτό γίνεται πιο κατανοητό. Στην περίπτωση λοιπόν, του οινοπνεύματος, η ίδια η κοινωνία χρησιμοποιεί το οινόπνευμα σαν μέσο λύσης δύσκολων καταστάσεων ή προβλημάτων, ή το προβάλλει σαν μέσο κοινωνικής επίδειξης. Κάτι τέτοιο γίνεται στα τραγούδια, τις διαφημίσεις, ταινίες κ.ά. Ο εξαρτημένος αλκοολικός δεν κάνει τίποτε άλλο παρά να αντιπροσωπεύσει και να αναπαραγάγει τις αρχές αυτές μέσα στην συμπεριφορά του. Γι' αυτό, πολύ συχνά, παρόλο ότι βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο αλκοολισμού, κάτι τέτοιο δεν μπορεί ούτε ο ίδιος να συνειδητοποιήσει, ούτε ο κοινωνικός του περίγυρος να παρατηρήσει. (Παπαγεωργίου, 1989)

Σύμφωνα με την θεώρηση αυτή, άτομα με στοιχεία λανθασμένης κοινωνικοποίησης στον χαρακτήρα τους θα είναι ιδιαίτερα ευάλωτα και επιρρεπή να ταυτισθούν με τους κανόνες χρήσης μίας ψυχοτρόπου ουσίας, όταν βρεθούν μέσα σε μία κοινωνία, κοινωνική ομάδα ή παρέα μέσα στην οποία αντιπροσωπεύονται οι κανόνες αυτοί. (ο.π.)

### **3.2.4. Φαινομενολογικές κοινωνικές υποθέσεις της εξάρτησης από τοξικές ουσίες.**

Πρόκειται για θεωρητικές προσεγγίσεις του προβλήματος της εξάρτησης που κοινό παρονομαστή έχουν κοινωνικές καταστάσεις. (Περαντζάκη, 2001)

#### ***α. Η σημασία του κοινωνικού άγχους.***

Παρατηρήθηκε ότι ψυχοτρόπες ουσίες βρίσκουν έδαφος εξάπλωσης σε κοινωνίες στις οποίες έχει αυξηθεί ο δείκτης του κοινωνικού άγχους. Το κοινωνικό άγχος είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής μέσα σε ένα δεδομένο κοινωνικό-οικονομικό σύστημα, τα χαρακτηριστικά του οποίου συντελούν στη δημιουργία του άγχους αυτού. (Περαντζάκη 2001, Παπαγεωργίου 1989)

#### ***β. Η σημασία της συμβολοποίησης των τοξικών ουσιών μέσα στην κοινωνική ομάδα.***

Αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα κίνητρα γνωριμίας με μία ουσία. Μέσα από τον συμβολισμό της ουσίας αναπτύσσεται ένα αίσθημα αλληλεγγύης μεταξύ των χρηστών, αποκλίνοντας τους μη χρήστες. Οι χρήστες προσπαθούν να βρουν μια κοινή γλώσσα, κοινό ντύσιμο, κοινή συμπεριφορά, ενισχύοντας έτσι το δέσιμο των μελών της ομάδας μεταξύ τους. (Παπαγεωργίου, 1989, Περαντζάκη, 2001)

#### ***γ. Η σημασία του λανθασμένου συστήματος διαπαιδαγώγησης.***

Θεωρείται ότι η υπερπροστασία από τη μια μεριά και η ανεξαρτησία από την άλλη, είναι τα κύρια χαρακτηριστικά διαπαιδαγώγησης του μελλοντικού εξαρτημένου. Η ακραία αυτή συμπεριφορά τραυματίζει το παιδί, έχοντας ως αποτέλεσμα στην ενηλικίωσή του να αναζητά την κατάσταση της προστασίας στις δύσκολες περιόδους της ζωής του. (Παπαγεωργίου 1989, Περαντζάκη, 2001)



### 3.3. Αιτίες χρήσης από Ερευνητικά Δεδομένα

Τα αίτια, σύμφωνα με την Παπαδοπούλου (1982), διακρίνονται, όπως προαναφέρθηκε και στο εισαγωγικό σημείωμα στα εσωτερικά, τα οποία αφορούν τον ίδιο τον άνθρωπο και σε εξωτερικά αίτια, που αφορούν αίτια έξω από το άτομο.

Αρχικά, γίνεται αναφορά στα εσωτερικά αίτια, όπου συμπεριλαμβάνουν την συναισθηματική ανωριμότητα, την ανάγκη επιτυχίας, την ανάγκη κοινωνικής επιδοκιμασίας, την περιέργεια, την ξηνομανία – μιμητισμό και την αναζήτηση της ταυτότητας.

Στη συνέχεια αναφέρονται τα εξωτερικά αίτια, που περιλαμβάνουν την έλλειψη αξιών και ιδανικών, τις κοινωνικές και άλλες ομάδες, και τέλος, το κράτος. (Παπαδοπούλου, 1982)

#### 3.3.1. Εσωτερικά αίτια

Θα αναφερθούμε πρώτον, στην συναισθηματική ανωριμότητα. Η σημασία της είναι λίγο δυσνόητη, γι' αυτό το λόγο πρέπει να εξηγήσουμε την αντίθετη κατάστασή της, την συναισθηματική ωριμότητα. Ο άνθρωπος που είναι συναισθηματικά ώριμος, έχει την ικανότητα να συγκρατεί και να ελέγχει τα συναισθήματά του και τις πράξεις του. Όταν όμως δεν έχει τη δύναμη να ελέγξει τις καταστάσεις που του εμφανίζονται και δεν μπορεί να εξουσιάσει τα συναισθήματά του, αλλά καθοδηγείται απ' αυτά, τότε είναι συναισθηματικά ανώριμος. Ο νέος, που βρίσκεται στην ανάπτυξη και στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του, έχει την συναισθηματική ανωριμότητα, σχετίζοντάς το τώρα, με τα ναρκωτικά, συνειδητοποιούμε πως του είναι πολύ εύκολο να οδηγηθεί στο δρόμο των εξαρτησιογόνων ουσιών, αφού του είναι δύσκολο να ελέγξει τις επιθυμίες του. Όμως και οι συνθήκες της εποχής μας δεν βοηθούν και μας θεωρούν υπεύθυνους για ότι συμβαίνει, διότι η οικογένεια, το σχολείο, το κράτος κ.α. δεν είναι πρόσφορες για μια σωστή συναισθηματική ωριμότητα. Το γεγονός αυτό, επιφέρει και κάποιες συνέπειες στο άτομο, όπως είναι οι διαταραχές, ο διχασμός της προσωπικότητας και η στέρηση της δυνατότητας να αντιδράσουν σωστά και υπεύθυνα στις ουσίες που τους εμφανίζονται. (Παπαδοπούλου, 1982)

Κατά δεύτερον, στα εσωτερικά αίτια συμπεριλαμβάνεται και η ανάγκη επιτυχίας, όπου το άτομο έχει την ανάγκη να επιτύχει στις προσπάθειές του, να πετύχει στη ζωή του. Όμως συνειδητοποιώντας πως η ζωή είναι δύσκολη, σκληρή, πέφτει στην αγωνία, στην απογοήτευση και το άγχος. Οι ελπίδες του για επιτυχία ελαττώνονται και έτσι βαδίζει προς τις εξαρτησιογόνες ουσίες, που θα του καλύψουν αυτά τα συναισθήματα και που θα του προσφέρουν ότι δε του προσέφερε η πραγματική ζωή. (Παπαδοπούλου, 1982)

Τρίτον, είναι η ανάγκη κοινωνικής επιδοκιμασίας, όπου ο άνθρωπος από τη βρεφική του ηλικία καταλαβαίνει πως μια συγκεκριμένη συμπεριφορά του προκαλεί την επιδοκιμαστική στάση των γύρων του και των γονιών του. Συνειδητοποιεί τότε κάνει το «σωστό» και τότε όχι, διότι στην πρώτη περίπτωση τον πανηγυρίζουν, ενώ στη δεύτερη τον αποδοκιμάζουν, μαλώνοντάς τον και χτυπώντας τον, στην έσχατη περίπτωση. Στόχος του είναι η επιβράβευση, η οποία δημιουργεί συναισθήματα χαράς, θάρρους, αισιοδοξίας, σιγουριάς και ασφάλειας. Αντίθετα, η αποδοκιμασία, του στερεί το θάρρος, νιώθοντας απογοήτευση και έτσι καταφεύγει σ' άλλες διεξόδους, όπως είναι η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Παπαδοπούλου, 1982, Μάτσα, 2007)

Τέταρτον, η περιέργεια, είναι μια έμφυτη ψυχική ανάγκη στον άνθρωπο, που τον κάνει να θέλει να μαθαίνει όσο πιο πολλά μπορεί, να γνωρίσει και άλλους ανθρώπους κλπ. Από τη μία πλευρά είναι αναγκαία για να υπάρξει αρμονική προσαρμογή και ένταξη στην

κοινωνία, από την άλλη όμως σχετίζεται και με την αλλαγή, η οποία μπορεί να είναι θετική αλλά και αρνητική. Όλοι μας μέσα μας έχουμε το αίσθημα της περιέργειας, κάποιιοι το ελέγχουν και κάποιιοι όχι. Το άτομο που έχει διάχυτη και αχαλίνωτη περιέργεια, είναι πιθανό να στραφεί στη χρήση ουσιών, ψάχνοντας κάτι διαφορετικό απ' αυτό που βιώνει και θέλοντας να ανακαλύψει και άλλα πράγματα στη ζωή του. Η περιέργεια δεν μπορεί να χαλιναγωγηθεί, ούτε να κατευθυνθεί από τους στόχους του ατόμου, ώστε να έχει το ικανοποιητικό επίπεδο ελέγχου, έτσι το άτομο στρέφεται στις ουσίες. Τέλος, η περιέργεια είναι από τα σημαντικότερα αίτια, και γι' αυτό οι έρευνες που έχουν γίνει, δείχνουν ότι η χρήση ουσιών έχει μεγάλα ποσοστά στην νεανική ηλικία, διότι οι νέοι είναι αυτοί που θέλουν συνεχώς να επεξεργάζονται το καινούργιο. (Παπαδοπούλου, 1982, Μάτσα, 2007)

Εν συνεχεία, όσο αφορά την ξενομανία – μιμητισμό, είναι γνωστό ότι το άτομο επιδιώκει συνεχόμενα την ανάπτυξη και τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του, ώστε να ενταχθεί σε μία «ομάδα αναφοράς». Επιζητά την αναγνωρισιμότητα και την αποδοχή από την ομάδα του, για να συμβεί αυτό, μπορεί να φτάσει στην υπερβολή, που χαρακτηρίζεται ως ξενομανία – μιμητισμό. Αν η «ομάδα αναφοράς», κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, το άτομο για να ενταχθεί, θα πρέπει να ακολουθήσει την ομάδα του, για να καταφέρει να γίνει μέλος. Θεωρεί ότι γίνεται «μοντέρνος», «προοδευτικός», «δυνατός» και «ανεξάρτητος», όλα αυτά όμως είναι τα αρχικά στάδια. Στο μυαλό του υπάρχει η μία φορά και πιστεύει πως δε θα επανέλθει. Δυστυχώς, αυτό δεν είναι εφικτό και το άτομο διαψεύδεται στη συνέχεια, καθώς συνειδητοποιεί ότι δεν μπορεί να διακόψει την χρήση, με αποτέλεσμα να βυθίζεται στις ουσίες. (Παπαδοπούλου, 1982, Μάτσα, 2007)

Τέλος, θα αναφερθούμε στην αναζήτηση ταυτότητας. Έρευνες έχουν δείξει πως το ανθρώπινο όν προσπαθεί να διαμορφώσει την προσωπικότητά του και να βρει την δική του ταυτότητα. Αυτό δηλώνει πως ο καθένας ψάχνει την ταυτότητά του και την διαμορφώνει σύμφωνα με τα θέλω του, με τις προτιμήσεις του και τις κοινωνικές αρχές και αξίες που υφίστανται στην κοινωνία του. Ειδικότερα, οι νέοι, είναι η γενιά, που είναι πιο ευάλωτη, καθώς προσπαθούν να βρουν τον εαυτό τους, την ταυτότητάς τους, πέφτουν θύματα και καθοδηγούνται από τις ουσίες, οι οποίες τους καλύπτουν το αίσθημα της απογοήτευσης, που δεν κατάφεραν να διαμορφώσουν μια ταυτότητα, που είναι αποδεκτή από την κοινωνία, μία ταυτότητα με τις αρχές που ρυθμίζουν σήμερα τη ζωή των ανθρώπων και αυτό μπορεί να σταθεί μια σοβαρή αιτία, ώστε να ελκυστούν από τον «όμορφο» κόσμο των ουσιών. (Παπαδοπούλου, 1982, Μάτσα, 2007)

### 3.3.2 Εξωτερικά αίτια

Στα εξωτερικά αίτια συμπεριλαμβάνονται:

- Έλλειψη αξιών και ιδανικών: Στη σημερινή εποχή οι αξίες και τα ιδανικά είναι υποτυπώδη και υποκατάστατα των πραγματικών αξιών της ζωής. Το χρήμα, η εξουσία, τα άφθονα υλικά αγαθά, η «διασκέδαση», η κοινωνική θέση, ως αξίες της φτηνής εποχής, δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τα ανώτερα ιδανικά του ανθρώπου. Οι αξίες και τα ιδανικά, που σήμερα ενδιαφέρουν και ελκύουν τους νέους σε συνάρτηση με την καταπάτηση των πνευματικών αξιών και ιδανικών από τη ζωή, αλλοτριώνουν το άτομο και το αποπροσανατολίζουν από την ίδια τη ζωή, ώστε να καταλήξουν στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, όπου υφίσταται η διάψευση των ρεαλιστικών, των ωραίων, των αγνών και ευγενικών ονείρων και το τραγικό τέλος της επίγειας ζωής. (Παπαδοπούλου, 1982)

- Κοινωνικές και άλλες ομάδες: Στις κοινωνικές ομάδες συμπεριλαμβάνονται και οι συνομήλικοι. Αναφέροντας ‘ομάδα συνομήλικων’, εννοούμε συντροφικές κάθε είδος (φίλοι, συμμαθητές, συνάδελφοι), τις διάφορες οργανωμένες ομάδες (κοινωνικές, πολιτιστικές, σύλλογοι, ενώσεις). Το άτομο έχει έμφυτη την ανάγκη της ένταξης σε μία ομάδα, για να ενταχθεί σε μία ομάδα θα πρέπει να ταυτίσει τον εαυτό του με τα πρότυπα, τις αρχές και τις αξίες που εκφράζει η συγκεκριμένη ομάδα. Οι ομάδες συνομήλικων παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην ομαλή, ανάπτυξη της προσωπικότητας, όταν διαθέτουν πρότυπα, εκφράζουν αξίες και αρχές καθιερωμένες και έχουν ρεαλιστικό και γνήσιο πολιτισμό. Όταν η ομάδα προσφέρει αρνητική και αντικοινωνική στάση, τότε τα άτομα είναι πολύ εύκολο να κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. (Παπαδοπούλου, 1982, Μάτσα, 2007)
- Το κράτος: Ορίζοντας τον όρο κράτος, εννοούμε την πολιτεία, την πολιτική εξουσία, η οποία διακυβερνά την χώρα για κάποιο χρονικό διάστημα. Με την έννοια αυτή, το κράτος είναι μία από τις κυριότερες εξωτερικές αιτίες, που ωθεί το άτομο στον κόσμο των απαγορευμένων ουσιών. Πιο συγκεκριμένα οι αιτίες είναι:
  - Η ανώμαλη κοινωνική κατάσταση, όπου προκαλεί ορισμένα νομοθετικά μέτρα ή η όλη η συμπεριφορά της πολιτικής εξουσίας. Το άτομο φιλοδοξεί να συμμετάσχει με το δικό του ρόλο στο κοινωνικό πλαίσιο, να εξασφαλίσει την κοινωνική αποδοχή. Αν η κοινωνία, το κράτος δε το βοηθήσει να ενσωματωθεί σ’ αυτό το κοινωνικό κλίμα, νιώθει παραγκωνισμένος και καταφεύγει σ’ άλλες διεξόδους.
  - Η αστυνομία ή αλλιώς τα «όργανα» που έχει ορίσει το κράτος για τον έλεγχο του εμπορίου και τη χρήση απαγορευμένων ουσιών, είτε είναι τελωνειακά, είτε είναι αστυνομικά. Η Παπαδοπούλου (1982), παραθέτει μία μαρτυρία, ως παράδειγμα κατανόησης. «Υπάρχουν τοξικομανείς που δεν πιάνονται ποτέ και χαίρουν από την αστυνομία. Οι αστυνομικοί είναι αυτοί που αναπαράγουν το πρόβλημα, γνωρίζουμε πως η αστυνομία κατάσχει μια ποιότητα ναρκωτικών, που γνωρίζουμε μόνο εμείς και μετά βλέπουμε την ποιότητα αυτή να κυκλοφορεί στην «πιάτσα». Οι αστυνομικοί με τους τοξικομανείς δεν διαφέρουν καθόλου.» Από την μαρτυρία αυτή συνειδητοποιούμε πως η εξουσία μπορεί να σε διαφθείρει και να γίνεσαι και εσύ μέρος του παιχνιδιού της ουσίας.
  - Η νομοθεσία για τους εμπόρους και γενικά για τους χρήστες ουσιών. Αναρωτηθείτε πόσοι είναι αυτοί που πιάνονται και την επόμενη μέρα είναι πάλι έξω. Ο νόμος τιμωρεί κάποιον για ναρκωτικά με 5 χρόνια φυλάκιση και ένα χρηματικό πρόστιμο. Τη στιγμή που κέρδιζε τα διπλάσια. Το «αστείο» πέρα απ’ αυτό το φαινόμενο είναι ότι υπάρχουν και αρκετοί που ο νόμος δε φτάνει σ’ αυτούς ή δεν θέλει να φτάσει.
  - Η ανεργία που εμφανίζεται από μία λανθασμένη εσωτερική ή εξωτερική πολιτική.
  - Τέλος, η εκπαιδευτική πολιτική και η φιλοσοφία, όταν αποπροσανατολίζουν τον μαθητικό πληθυσμό από τις αξίες και το γνήσιο μορφωτικό επίπεδο, καθώς δεν υπάρχει ενημέρωση και πρόληψη για τις εξαρτησιογόνες ουσίες. (Παπαδοπούλου, 1982)

### 3.3.3 Αιτίες που απορρέουν από ερευνητικά δεδομένα

Στις αιτίες χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών συμπεριλαμβάνονται και οι παρακάτω παράγοντες, που παίζουν σημαντικό ρόλο και αλληλεπιδρούν στο ίδιο το άτομο. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- Ενδοπροσωπικοί παράγοντες. Στους συγκεκριμένους παράγοντες έχει μεγάλη σημασία η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, η νόηση, το συναίσθημα, η προσωπικότητα, η αντίληψη και η συνείδησή του.
- Διαπροσωπικοί παράγοντες, στους οποίους παίζουν ρόλο, το οικείο υποστηρικτικό σύστημα, οι τρόποι συμπεριφοράς και το αυτοσυναίσθημα συμπεριφορικών πιέσεων. (Παπαδάτος, 2010)

Σύμφωνα με την Πανελλήνια έρευνα των Κοκκέβη, Στεφανή, Μαδιανού (1994,1999) για την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών από μαθητές, το 1984 η κατ' εξοχήν ηλικία έναρξης της χρήσης νόμιμων και παράνομων ουσιών είναι η μέση εφηβική ηλικία. Το 50% περίπου των μαθητών που πήραν κάποιο ναρκωτικό ή ψυχοδραστικό φάρμακο, το πήραν στην Γ' Γυμνασίου ή στην Α' Λυκείου.

Παράλληλα, αναφέροντας τη *Μαριχουάνα / Χασίς* ως τη συνηθέστερη παράνομη ουσία χρήσης, υπογραμμίζονται οι σπουδαιότεροι λόγοι που παρακίνησαν τους μαθητές να κάνουν χρήση αυτής:

- Για δοκιμή, από περιέργεια (71,3%)
  - Για να νιώσουν ευχάριστα (40,8%)
  - Για να απαλλαγούν από τα προβλήματά τους (28,2 %)
  - Από θυμό ή απογοήτευση (24 %)
  - Γιατί έτσι αισθάνονται καλύτερα (20,2 %)
  - Για να ηρεμήσουν (19,9 %)
  - Για να διασκεδάσουν με τους φίλους τους (15,9 %)
- (Κοκκέβη, Στεφανή, Μαδιανού, 1994, 1999).

Παρατηρήθηκε ότι ο κυριότερος λόγος χρήσης μαριχουάνας ή χασίς είναι η περιέργεια και η επιθυμία να δοκιμάσουν κάτι καινούργιο. Σημαντικό είναι και το ποσοστό 59% των μαθητών που αναφέρουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει μαριχουάνα ή χασίς μόνο μια – δυο φορές στη ζωή τους. Επίσης αξιοσημείωτο είναι ότι το 14,3 % των μαθητών αναφέρουν ότι κάνουν χρήση ηρωίνης εξαιτίας του εθισμού τους στη μαριχουάνα / χασίς συγκριτικά βέβαια με το 2,3 % των χρηστών άλλων ναρκωτικών. (Κοκκέβη, Στεφανή, Μαδιανού, 1994, 1999).

Ωστόσο γίνεται αναφορά και στις σημαντικότερες αιτίες χρήσης άλλων ναρκωτικών ή χαπιών χωρίς ιατρική σύσταση:

- Για δοκιμή από περιέργεια (55,4 %)
- Για να νιώσουν ευχάριστα (35,2 %)
- Για να ηρεμήσουν (32,3 %)
- Από θυμό ή απογοήτευση (30,8 %)
- Για να απαλλαγούν από τα προβλήματα τους (29,5 %)
- Γιατί αισθάνονται να τους καταπιέζει το περιβάλλον (23,2 %)
- Για να διασκεδάσουν με τους φίλους τους (13,5 %) (Κοκκέβη, Στεφανή, Μαδιανού, 1994, 1999).

Επιπρόσθετα, ο Thio (2008) αναφέρει ότι οι μαθητές από 12 ετών και άνω στην Αμερική κάνουν χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών κάθε χρόνο σε ποσοστό που αγγίζει περίπου το 12% του πληθυσμού, ενώ περίπου το 6% κάνει χρήση τουλάχιστον μια φορά το μήνα. Το υψηλότερο ποσοστό χρήσης εμφανίζεται στους ενήλικες από 18 έως 25 ετών, ακολουθώντας οι έφηβοι από 12 έως 17 ετών. Παράλληλα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες βιομηχανικές χώρες οι τελειόφοιτοι των Λυκείων των Ηνωμένων Πολιτειών εμφανίζουν επίσης το υψηλότερο ποσοστό χρήσης.

Στη συνέχεια, ο Conger (1981), αναλύει τους λόγους που στην εφηβική ηλικία γίνεται μεγαλύτερη στροφή στη χρήση ναρκωτικών, αυτοί είναι η επίδραση της ομάδας των συνομηλίκων, η επανάσταση ενάντια στους γονείς, η διαφυγή από τις πιέσεις της ζωής, η αποξένωση και οι συναισθηματικές διαταραχές.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τον Conger (1981), η επίδραση της ομάδας των συνομηλίκων οφείλεται στην ανάγκη των εφήβων να γίνουν αποδεκτοί σε μια ομάδα που ήδη κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών. Επίσης, οι νέοι μπορεί να πειραματιστούν με τα ναρκωτικά μόνο για να ευχαριστήσουν τον σύντροφο τους προκειμένου να μην τον χάσουν.

Άλλη αιτία είναι η επανάσταση ενάντια στους γονείς τους. Αισθάνονται πως έχει έρθει η στιγμή να αντιδράσουν και αυτό τους οδηγεί στη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει η σχέση τους με τους γονείς. Όπως για παράδειγμα, ένα παιδί που έχει υπεύθυνους και στοργικούς γονείς, έχει λιγότερες πιθανότητες να κάνει χρήση ναρκωτικών, σε αντίθεση με ένα παιδί που έχει ένα γονέα αυταρχικό και εχθρικό. (Conger, 1981)

Οι έφηβοι μπορεί να έχουν σαν επιχειρηματολογία για την εξάρτησή τους τις πιέσεις της ζωής ή την ανία που νοιώθουν. Το χειρότερο είναι ότι οι νεαροί άνθρωποι μπορεί να χρησιμοποιήσουν τα ναρκωτικά ως υποκατάστατο για να αντιμετωπίσουν τα καθημερινά τους προβλήματα. (Conger, 1981)

Σημαντικός λόγος είναι και η αποξένωση και η απόρριψη που αισθάνονται, και με την χρήση περιμένουν να νοιώσουν ότι ανήκουν στο σύνολο και να ενταχθούν σε μία ομάδα. (Conger, 1981)

Ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, ιδιαίτερα για αυτούς που κάνουν χρήση πολλών ναρκωτικών. Βρίσκονται σε αναζητήσεις προσωπικής ταυτότητας. Οι αιτίες αυτές μπορεί να εντοπίζονται στην διάρκεια της ανάπτυξης τους. Συγκεκριμένα αναφέρονται στο ότι δεν έχουν μάθει άλλον τρόπο να αποφύγουν το άγχος τους και ξεσπούν στην χρήση ναρκωτικών, αναζητώντας την προσωπική τους ταυτότητα, χωρίς όρια και δισταγμούς. (Conger, 1981).

Συμπεραίνοντας, κάθε γενιά έχει πλέον την δυνατότητα επιλογής και διαφοροποιείται ως προς την προτίμηση ουσίας και ο λόγος / η αιτία χρήσης. Στη συνέχεια, θα επεκταθούμε στους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τους γενετικούς παράγοντες, που είναι ιδιαίτερα σημαντικοί για να κατανοήσουμε βαθύτερα τις αιτίες χρήσης ουσιών.

### 3.4. Αιτιολογικοί παράγοντες

#### 3.4.1 Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας

Οι χρήστες ουσιών μπορούν αρκετά εύκολα να διακριθούν από τους μη χρήστες λόγω κάποιων κοινωνικών και κοινωνικοψυχολογικών χαρακτηριστικών. (Thio, 2008)

Οι χρήστες κυρίως είναι α) άνδρες παρά γυναίκες, β) νέοι (18-25 ετών, άνεργοι, ανύπαντροι και άτεκνοι), γ) μαθαίνουν να χρησιμοποιούν ναρκωτικά από συγγενείς, φίλους και συνομηλίκους δ) οι δεσμοί με τους τρεις κύριους κοινωνικούς θεσμούς (σχολείο, εκκλησία, οικογένεια) είναι αδύναμοι έως και ανύπαρκτοι. (Thio, 2008)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαχρονικής μελέτης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. για τα έτη 1995 - 2002, η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης οποιασδήποτε παράνομης ουσίας είναι γύρω στα 15,5 έτη και μάλιστα φαίνεται να μειώνεται από 15,74 έτη το 1995 σε 15,34 έτη το 2002. Η διαφοροποίηση στα ποσοστά αυτής της μεταβλητής επηρεάζεται κυρίως από την αύξηση του αριθμού των ατόμων που δήλωσαν ότι έκαναν πρώτη φορά χρήση σε ηλικία μικρότερη των 14 ετών (το 33,6% το 1995 σε σχέση με το 41,1% το 2002). Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, υπάρχει υψηλός βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία έναρξης της παράνομης χρήσης και στην ηλικία διακοπής από το σχολείο, η οποία το 2002 σχεδόν ταυτίζεται. (ΚΕ.Θ.Ε.Α, 2002)

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. (2007) οι περισσότεροι χρήστες (60,5%) είναι νέοι ηλικίας 19 - 29 ετών. Το 26,7% είναι ηλικίας 30 - 40 ετών, ενώ έφηβοι (18 ετών ή και μικρότεροι) είναι το 3,8%. Η μέση ηλικία είναι τα 29 έτη (τυπική απόκλιση 7,6 έτη). Η μέση ηλικία των γυναικών είναι χαμηλότερη (27,8 έτη) από αυτήν των ανδρών (29,3 έτη). (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008 – 2012 του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008)

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας σε γενικές γραμμές παρατηρείται πως τα προφίλ των χρηστών ναρκωτικών είναι αρκετά κοινά. Καταρχάς, έχουμε να κάνουμε με άτομα με δύσκολη προσαρμογή, με εξαιρετικές αδυναμίες και άτομα που έχουν αντιμετωπίσει δύσκολες και δυσάρεστες καταστάσεις στη ζωή τους. Στη συνέχεια, πρέπει να σημειώσουμε πως βασικά χαρακτηριστικά των χρηστών είναι η έλλειψη αυτοπεποίθησης, αυτοεκτίμησης και εμπιστοσύνης στον εαυτό τους και οι δυσκολίες στην διαμόρφωση και την εξέλιξη του «Εγώ» τους. Έτσι ξεκινούν τη χρήση, άλλοι για την επίδραση της μόδας, άλλοι για επίδειξη τόλμης για κάτι το επικίνδυνο και άλλοι από μίμηση προς έναν άλλο τρόπο ζωής ή από περιέργεια. Τα άτομα που καταναλώνουν ουσίες νιώθουν πολύ συχνά πως δεν «αυτοεπιβεβαιώνονται» και χαρακτηρίζονται συχνά ως «ατομικιστές» που δεν ικανοποιούνται με τίποτα. (Αβραμίδης, 1994, Γεωργακάς, 2007, Μάτσα, 2007, Περαντζάκη, 2001)

Άλλα χαρακτηριστικά του καταναλωτή ψυχοτρόπων ουσιών είναι ο εγωκεντρισμός, ο ηδονισμός, η ανασφάλεια και η κοινωνική ανωριμότητα. Οι χρήστες συνήθως είναι ανίκανοι να πάρουν σοβαρές αποφάσεις και επιδιώκουν να βρουν λύσεις που θα τους οδηγήσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα χωρίς ιδιαίτερο κόπο. Είναι επίσης ανίκανοι να θέσουν μακροχρόνιους στόχους και να προγραμματίσουν τη ζωή τους. Λόγω λοιπόν της αδυναμίας τους να «επιτύχουν» στη ζωή τους οδηγούνται στα υποκατάστατα της λήψης ψυχοτρόπων ουσιών. (Μαρσέλος, 1997, Γεωργακάς, 2007, Περαντζάκη, 2001)

Ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου που κάνει χρήση ουσιών είναι πολύ συχνά το φαινόμενο των ψυχολογικών προβλημάτων, που πηγάζουν

από γενετικά αίτια και επιδράσεις από την παιδική τους ηλικία, παίζοντας ρόλο στη συμπεριφορά τους. Η εμφάνιση των ψυχολογικών προβλημάτων είναι φανερή στους χρήστες ουσιών αλλά είναι δύσκολο να ξεχωρίσουμε ποιες είναι αυτές οι διαταραχές που δημιουργήθηκαν ύστερα από τη χρήση. (Pandina & Schuele, 1983)

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός εθισμένου ατόμου, είναι η παρορμητική συμπεριφορά, η δυσκολία αναβολής της ικανοποίησης, καθώς και η επίμονη αναζήτηση της ευχαρίστησης, η δυσπροσαρμοστικότητα, η κοινωνική απομόνωση και αποξένωση. Επιπλέον, η ανοχή της παραβατικής συμπεριφοράς, η δυσκολία σύναψης σταθερών και δημιουργικών προσωπικών σχέσεων. Το άτομο αντιμετωπίζει τη δυσκολία προσαρμογής στους κοινωνικούς κανόνες, στόχους και αξίες, παρουσιάζοντας σιγά σιγά χαμηλές αντοχές στις αντιξοότητες. Παρατηρούνται, επίσης, λιγότερες δυνατότητες διαχείρισης του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων και διαπραγματεύσης με τις δυσκολίες της καθημερινότητας. Επικρατούν βεβαία, οι δυσκολίες για σχεδιασμό και επιδίωξη μακροπρόθεσμων στόχων, όπως και η ερμηνεία της πραγματικότητας ως ουτοπία και μια απαισιόδοξη αντίληψη της πραγματικότητας. Οι χρήστες πιο μεγάλης ηλικίας που εμφανίζουν εξάρτηση ηρεμιστικών ή διεγερτικών και κάνουν κατάχρηση αναλγητικών είναι πιθανότερο να τους δημιουργηθούν προβλήματα συναισθηματικής και νευρωσικής φύσης. Επιπλέον, τα χαρακτηριστικά που συναντάμε στους χρήστες είναι συνήθως και οι διαταραχές συμπεριφοράς, όπως είναι οι μεταπτώσεις της ψυχικής διάθεσης, η οξυθυμία, η νευρικότητα, η αδυναμία συγκέντρωσης της σκέψης, καθώς και ασυνάρτητες σκέψεις και αντιδράσεις. (Λιάππας, 1992, 1999, Παπαδάτος, 2010, Γεωργακάς, 2007, Bergeret, 1999)

Πρέπει να γνωρίζουμε πως οι χρήστες δεν είναι αμετάκλητα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα, μπορεί να εμφανίσουν συχνότερα σχολική χαμηλή απόδοση, χαμηλή σεξουαλική και διαπροσωπική δυσπροσαρμοστικότητα. (Παπαδάτος, 2010, Γεωργακάς, 2007, Μάτσα, 2007, Περαντζάκη, 2001)

Συχνά συναντάμε και το χαρακτηριστικό της μυστικοπάθειας και κοινωνικής απόσυρσης. Είναι συνηθισμένο να αδιαφορούν για την εμφάνισή τους που επιδεινώνεται. Υπάρχει παραμέληση των οικογενειακών ή και των σχολικών υποχρεώσεων, όπως και προβλήματα με τα χρήματα που διαχειρίζονται καθημερινά. Παρατηρείται συχνά δανεισμός, πωλήσεις αντικειμένων, κλοπή χρημάτων. Οι διαταραχές της κοινωνικής του ζωής είναι και αυτές από τα χαρακτηριστικά τους, εγκαταλείπουν τους παλιούς φίλους και τα χόμπι τους, δημιουργούν καινούργιες φιλίες με κοινά ενδιαφέροντα (γνωστοί χρήστες ναρκωτικών). Σταματούν να ενδιαφέρονται για τις κοινωνικές δραστηριότητες και την καθημερινότητα. (Κοκκέβη, Φωτίου, Ξανθάκη, Καναβού, 2011, Μάτσα, 2007, Παπαδάτος, 2010)

Τέλος, είναι και μια ακόμη κατηγορία, τα φυσικά σημεία, στα οποία κατατάσσονται, το συχνό αίσθημα της κούρασης και της αδιαθεσίας. Είναι αρκετά επιθετικοί με κάθε αρνητική αντίδραση. Περνούν συχνά τα στάδια της κατάθλιψης, στα οποία είναι αρκετοί οι ανεξήγητοι τραυματισμοί, γίνονται αυτοκαταστροφικοί αλλά και καταστροφικοί για τον περίγυρο τους. Έχουν αστάθεια στην ισορροπία, ανεξήγητη απώλεια ή αύξηση του βάρους τους, καθώς και διαταραχές θερμοκρασίας και πίεσης. (Παπαδάτος, 2010, Λιάππας, 1999)

### 3.4.2 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Όσον αφορά τις ψυχοκοινωνικές μελέτες, εκείνες σχετίζονται με την προσωπικότητα του ατόμου εστιάζοντας στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και στο ρόλο που μπορεί να παίζει η οικογένεια και το κοινωνικό (ευρύτερο ή όχι) περιβάλλον στην ψυχοσύνθεση του ατόμου. Η ουσιοεξάρτηση μπορεί να οφείλεται σε παιδικά τραύματα όπως σε περιπτώσεις που το παιδί εκτίθεται σε καταστάσεις βίας (ψυχολογικής, σωματικής), εγκατάλειψης, σεξουαλικής κακοποίησης κ.α. Αυτά τα γεγονότα στην εφηβική και ενήλικη ζωή του ατόμου δημιουργούν έντονες εσωτερικές συγκρούσεις και άγχος. (Πουλόπουλος, 2005, Thio, 2008, Παπαδάτος, 2010)

Άλλες μελέτες ισχυρίζονται ότι η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία σχετίζονται με την εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες στην εφηβεία. Αρκετές έρευνες έδειξαν ότι έφηβοι που έκαναν χρήση ουσιών είχαν βιώσει αρνητικά γεγονότα ζωής, συμμετέχοντας ως μάρτυρες σε περιστατικά έντονης βίας (πυροβολισμοί, ληστείες, μαχαιρώματα). Επικρατούν ακόμη δυο θεωρίες του Krystal. Σ' αυτή που η χρήση εξηγείται βάσει αντικειμενικών τρόπων σχέσεων (object relations), ο χρήστης βιώνει συμβολικά την ουσία ως μητρικό αντικείμενο και αντικαθιστά τις λειτουργίες που αποδίδονται στη μητρική φιγούρα, δηλαδή, «λαχτάρα να ενωθεί με το ιδανικό το αντικείμενο, ενώ ταυτόχρονα το φοβάται πολύ» (βασικό δίλημμα) (Πουλόπουλος, 2005)

Η δεύτερη θεωρία υποστηρίζει ότι οι χρήστες ουσιών χαρακτηρίζονται από συναισθηματικές λειτουργίες (αλεξιθυμία). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο χρήστης αντί να βιώνει το κάθε συναίσθημα (στεναχώρια, χαρά, θυμό) διαφορετικά, συνηθίζει να τα βιώνει ως συνολικές σωματικές καταστάσεις και εντάσεις. Αυτό έχει σαν συνέπεια ο χρήστης να δυσκολεύεται να αξιοποιήσει τα συναισθήματά του ως οδηγό για την κατανόηση του εαυτού του. (ο.π.)

Σύμφωνα με τη Μάτσα (2007), οι αντίπαλοι των βιολογιστών υποστηρίζουν τον ισχυρό ρόλο των ψυχοκοινωνικών, οικογενειακών και άλλων περιβαλλοντικών μεταβλητών στην αλληλεπίδρασή τους. Οι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες που ασκούν επιρροή στην κοινωνική αποδοχή της χρήσης και στην διαθεσιμότητα των ουσιών είναι οι πιο σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάχρηση. Ένα άτομο μπορεί να ξεκινήσει τις ουσίες, είτε γιατί διαπιστώνει το ίδιο το άτομο εάν η ουσία επηρεάζει με ευχάριστο τρόπο τη ροή της σκέψης του και αν τον τονώνει δυναμικά, είτε γιατί θεωρεί ότι έχει θεραπευτική ή τονωτική αξία, είτε γιατί πρόκειται για συμβολικούς λόγους, οι οποίοι είναι:

- Το άτομο νιώθει αποδοχή από την ομάδα.
- Η λήψη της ουσίας μπορεί να επιβεβαιώσει μια συμφωνία ή ένα συμβόλαιο.
- Η χρήση ουσιών θεωρούν ότι χαρακτηρίζει την ενηλικίωση, την αρρενωπότητα και το πέρασμα σε κοινωνική τάξη.
- Η απόρριψη των παραδοσιακών κοινωνικών θέσεων, μπορούν να εκφραστούν με τη χρήση ουσιών αλλά και τη απόρριψη τους.
- Οι αποκλίνουσες υποομάδες βρίσκουν τρόπους διασκέδασης μέσω της χρήσης ουσιών εξάρτησης.
- Η ανεξέλεγκτη συμπεριφορά ενός ατόμου, κυρίως σεξουαλικής ή επιθετικής φύσης είναι πιο αποδεκτή κοινωνικά, όταν το άτομο βρίσκεται υπό την επήρεια ουσιών.



Τέλος, πρέπει να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι ο κοινωνικός έλεγχος συμβάλλει στην χαμηλότερη χρήση ουσιών από τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Η προστασία που παρέχει ο κοινωνικός έλεγχος σταματάει να υφίσταται όταν το άτομο απομακρύνεται από την επιρροή μιας συγκεκριμένης κοινότητας. (Παπαδάτος, 2010)

Συμπερασματικά, καταλήγουμε ότι η αποδοχή των ουσιών είναι ένας σημαντικός παράγοντας που καθορίζει το επίπεδο κατανάλωσης. Ο άλλος παράγοντας είναι η διαθεσιμότητα. Γι' αυτό όταν αντιμετωπίζουμε ένα άτομο εξαρτημένο δεν πρέπει να το θεωρήσουμε άβουλο αλλά πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη και τις κοινωνικό- περιβαλλοντικές παραμέτρους στην εκκίνηση της εξάρτησης και στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. (Παπαδάτος, 2010, Μάτσα, 2007)

### **3.4.3. Γενετικοί παράγοντες και ουσιοεξάρτηση**

Έρευνες σχετικά με το ρόλο της κληρονομικότητας στον αλκοολισμό έχουν απασχολήσει από πολλά χρόνια τους συγγραφείς και το ενδιαφέρον πάνω στο θέμα αυτό, καθώς φαίνεται ότι αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Μικρότερης έκτασης είναι η ερευνητική δραστηριότητα που αναφέρεται σε άλλα είδη εθισμού. Τα επιστημονικά δεδομένα προέρχονται από πειράματα σε ζώα, έρευνες στην οικογένεια, μελέτες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών, παρατηρήσεις πάνω σε γενετικά κληρονομούμενα σωματικά χαρακτηριστικά, όπως αχρωματοψία, ομάδες αίματος κ.τ.λ., καθώς και από μελέτες νευροφυσιολογικών παραμέτρων. (Παπαδάτος, 2010)

Σύμφωνα με τον Μάρσελο (1997) διάφορες ψυχολογικές παρατηρήσεις που αφορούν μονωικά ή διωικά δίδυμα, έχουν στόχο τη συλλογή στοιχείων, που να αποδεικνύουν ότι η συνολική δόμηση μιας εύκολα εξαρτώμενης προσωπικότητας, είναι κάτι το αναπόφευκτο, επειδή προκαθορίζεται γενετικά. Η ερμηνεία αυτών των ανεπιτυχών προσπαθειών είναι προφανής, δεδομένου ότι τυχόν θετικά αποτελέσματα, θα έδιναν ένα πρόσχημα στην κοινωνία να μην ασχοληθεί με το φαινόμενο της κατάχρησης φαρμάκων, στην λογική ότι τα άτομα τα οποία έχουν την τάση να εξαρτώνται από φάρμακα είναι γενετικά στιγματισμένα και κατά συνέπεια αθεράπευτά, αδιόρθωτα και αλώβητα από οποιαδήποτε κοινωνική ή ιατρική παρέμβαση. Απ' όλη αυτή την ερευνητική προσπάθεια, τα δεδομένα που προέκυψαν ήταν τις περισσότερες φορές δυσερμήνευτα και αλληλοαντικρουόμενα.

Ύστερα, από μία σειρά ερευνών φαίνεται ότι η φυσιολογική ή η παθολογική κατανάλωση ουσιών προκαθορίζεται από κληρονομικούς παράγοντες. Μελέτες ζώων δείχνουν ότι οι γενετικοί παράγοντες προδιαθέτουν και τον εθισμό στο αλκοόλ. Σχετικά με την έρευνα του εθισμού από άλλες παράνομες ουσίες, οι μελέτες είναι περιορισμένες. Εκτός κάποιων πειραμάτων που έχουν γίνει σε ζώα. Η μελέτη σε ανθρώπους δεν είναι εύκολη, λόγω της χρήσης πολλών διαφορετικών ουσιών με έλλειψη σταθερών αντιδράσεων. (Goldman, Brown, Albaugh, 1993, Παπαδάτος, 2010, et al.)

Η έρευνα γίνεται δύσκολη εξαιτίας της πολυπλοκότητας των ναρκωτικών, με τους περισσότερους χρήστες να χρησιμοποιούν πολλούς πράκτορες. Αυτό έχει οδηγήσει τους επιστήμονες να επικεντρωθούν σε μια κατηγορία φαρμάκων για την θεραπεία όλων των ναρκωτικών. Με την κατάταξη όμως όλων των ουσιών σε μία κατηγορία δυσκολεύεται η ερμηνεία και σύγκριση αποτελεσμάτων. (Goldman, Brown, Albaugh 1993, Παπαδάτος, 2010 et al.)

Προσπαθώντας να διερευνήσουν το πως κάποιοι άνθρωποι εθίζονται και άλλοι όχι, οι επιστήμονες προχώρησαν σε μελέτες. Συγκεκριμένα, μελέτες δίδυμων δείχνουν ότι το κατά

πόσο ένα άτομο θα εθιστεί στην νικοτίνη, το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά σχετίζεται με τα γονίδια του. Η διερεύνηση των βιολογικών παραγόντων αποτελούν καθοριστικό πεδίο εξερεύνησης των επιστημόνων στην προσπάθεια τους να λύσουν το πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών. (NIDA, 2008)

Ορισμένες μελέτες σε πειραματόζωα δείχνουν ότι κάποια ναρκωτικά και κυρίως η κοκαΐνη μπορεί να προκαλέσει γενετική μετάλλαξη, έτσι ώστε μελλοντικοί του απόγονοι θα φέρουν γονότυπο για ευαισθησία. (Lange, Leslie, Kamron-Polevoy, Alexey, Garbutt, James, 2010)

Έχουν γίνει πολυάριθμες προσπάθειες για ανεύρεση γενετικών αιτιολογικών παραγόντων σε χρήστες ναρκωτικών και αλκοολικών.

Όσον αφορά την αλκοόλη, έρευνες δείχνουν ότι οι χαμηλές δόσεις αλκοόλ που δίνονται σε ζώα, τα οποία είναι ευαίσθητα στις εθιστικές ιδιότητες του αλκοόλ, τους προσφέρουν τόνωση και θετική ενίσχυση. Ένα άλλο στοιχείο της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ είναι ότι οι αλκοολικοί έχουν αυξημένες αντοχές για τις επιδράσεις της αιθανόλης. Αυτό προκύπτει από την έμφυτη χαμηλή ευαισθησία σε μέτριες και υψηλές δόσεις αλκοόλ με ανάπτυξη ανοχής στις συνέπειες της χρήσης. Τα αποτελέσματα από τα πειράματα στα ζώα δείχνουν ότι η υψηλή χρήση αλκοόλ προσφέρει αντίστοιχα και ανοχή στις επιδράσεις της αιθανόλης. Αυτά τα πειράματα πρέπει να επεκταθούν και να συσχετισθούν με σχετικές μελέτες που έχουν γίνει σε ανθρώπους. (Goldman, Brown, Albaugh et al, 1993)

Σύμφωνα με έρευνες, οι βιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη τοξικοεξάρτηση οφείλονται στη γενετική και στη νευροβιολογία. Πολλοί επιστήμονες λένε ότι οι εξαρτησιογόνες ουσίες έχουν την ικανότητα να τονώνουν τα κέντρα ανταμοιβής του εγκεφάλου, τα οποία συνδέονται με αισθήματα ευχαρίστησης. Αυτά τα αισθήματα ευχαρίστησης βρίσκονται σε περιοχές του εγκεφάλου, όπως την έσω δέσμη πρόσθιου εγκέφαλου και τον επικλινή πυρήνα. Οι επιστήμονες λένε ότι η έσω δέσμη πρόσθιου εγκεφάλου περιέχει μερικά νεύρα τα οποία συνδέουν περιοχές του μεταχιακού συστήματος του εγκεφάλου, οι οποίες τονώνονται με την χρήση ναρκωτικών ουσιών και επιφέρουν ευχάριστα συναισθήματα και χαλάρωση. (Παπαδάτος, 2010)

Οι γενετικές προδιαθέσεις βρίσκονται στα νευρωνικά κυκλώματα του εγκεφάλου στα οποία δρουν τα ναρκωτικά, όπου κατά τη διάρκεια της εφηβικής ζωής παρατηρούνται αναπτυξιακές μεταβολές, οι οποίες σηματοδοτούν τη μετάβαση του ατόμου από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή, σε επίπεδο μνήμης, εμπειρίας, κριτικής, και συναισθήματος. Η μειωμένη ωριμότητα ενός νευρολογικού συστήματος, το οποίο αναπτύσσεται, είναι πιθανόν να οδηγήσει σε μειωμένες αντιστάσεις στις επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως είναι η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Τονίζεται, όμως, ότι οι γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες δεν αρκούν μόνο για να εθιστεί ένα άτομο στα ναρκωτικά. (Thio, 2008, Παπαδάτος, 2010)

Τα γονίδια από τα οποία αποτελείται το DNA, μεταφέρουν στοιχεία τα οποία δομούν βασικές λειτουργίες του οργανισμού. Σύμφωνα με έρευνες στο ανθρώπινο γονιδίωμα φαίνεται ότι η αλληλουχία του DNA σε δύο δίδυμα είναι 99,9% ίδια. Παρόλα αυτά το 0,1% είναι αρκετό να συμβάλει σε φανερές διαφορές, όπως το ύψος και το χρώμα των μαλλιών αλλά και σε άλλες, όπως την ευαιρεθιστικότητα του ενός από τους δύο, για καρδιακή προσβολή, εγκεφαλικό επεισόδιο ή εθισμό σε ουσίες. (NIDA, 2008, Παπαδάτος, 2010)

Οι γονιδιακές παραλλαγές προκαλούν πολλές ασθένειες και τον εθισμό, όπου μπορεί όμως να διαδραματίσουν, είτε προκλητικό, είτε αποτρεπτικό παράγοντα. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι μια παραλλαγή στο γονίδιο για μια υπομονάδα νικοτίνης, διπλασιάζει τον κίνδυνο για τον εθισμό στην νικοτίνη μεταξύ των καπνιστών. (NIDA, 2008)

Στην περίπτωση όμως, των γενετικών παραγόντων, όσο αφορά άλλες ουσίες εκτός του αλκοόλ, υπάρχουν λίγες ενδείξεις. Έρευνες δείχνουν ότι προβλήματα με αλκοόλ και κατάχρηση ουσιών παρουσιάζονται αρκετά συχνά στις ίδιες οικογένειες. (Thio, 2008, Παπαδάτος, 2010)

Έρευνα που έγινε υπό την αιγίδα του οργανισμού NIDA (2008) σχετικά με τον εθισμό ασθενών στο αλκοόλ, αυτοί που έλαβαν θεραπεία με ναλτρεξόνη, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό σε ένα γονίδιο οπιοειδών υποδοχέων, Asp40, είχαν ένα σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής (26,1%) από ασθενείς με παραλλαγή του Asn (47,9%).

Αρκετοί μελετητές υποστηρίζουν ότι τα άτομα που ανήκουν στις παρακάτω κατηγορίες παρουσιάζουν κάποια προδιάθεση στη χρήση ναρκωτικών:

α) άτομα τα οποία έχουν μεγάλα ελλείμματα στον ψυχισμό από τη στιγμή που γεννήθηκαν (διαρκές αίσθημα εγκατάλειψης, ματαιώσης).

β) άτομα που έζησαν βίαιες ρίζεις, είτε ως παιδιά, είτε ως έφηβοι (χωρισμός γονιών, σοβαρές αρρώστιες, θάνατος αγαπημένων προσώπων).

γ) άτομα τα οποία έχουν βιώσει τον συνδυασμό των δυο παραπάνω (γονεϊκός αλκοολισμός, οικογενειακή βία, σοβαρές αρρώστιες κλπ.). Είναι βέβαιο ότι τα παιδιά που καταλήγουν στη χρήση είναι πολύ ευάλωτα. (Thio, 2008, Μάτσα, 2007)

Οι βιολογιστές χαρακτηρίζουν τη χρήση ως «χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος του εγκεφάλου», η οποία συνδέεται με την έλλειψη ενδορφινών στον εγκέφαλο. (Μάτσα, 2007)

Σύμφωνα με τον Πουλόπουλο (2005), η αιτιολογία της εξάρτησης διακρίνεται σε δυο κατηγορίες: α) τη νευροβιολογική και την ψυχοκοινωνική. Η νευροβιολογική θεώρηση ασχολείται με τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς της ουσιοεξάρτησης, σε αντίθεση με την ψυχοκοινωνική, η οποία ασχολείται με τη συμπεριφορά του ατόμου και τους κοινωνικούς μηχανισμούς που το οδηγούν στην εξάρτηση.

Οι βιολογικές μελέτες στοχεύουν στο να αναλύσουν πώς επιδρούν οι βιολογικοί παράγοντες στην ουσιοεξάρτηση και ποιες είναι οι συνέπειες της χρήσης στον οργανισμό. Είναι πολύ σημαντικό και αναγκαίο να γίνει κατανοητή η λειτουργία των νευροδιαβιβαστών και κυρίως των ενδορφινών, έτσι ώστε να καταλήξουμε στην υπόθεση, ότι οι διαταραχές στο σύστημα των ενδορφινών θα μπορούσαν να είναι υπεύθυνες για την ανάγκη χρήσης ουσιών παρόμοιων με αυτές. Επιπλέον, οι νευροβιολογικές μελέτες εστιάζουν στην πιθανή ύπαρξη μιας κληρονομικής ή/και επίκτητης οργανικής δυσλειτουργίας, η οποία καθιστά το άτομο ευάλωτο στη χρήση ουσιών. (Παπαδάτος, 2010)

Μελέτες με υιοθετημένα παιδιά έδειξαν, ότι η χρήση ψυχότροπων ουσιών των βιολογικών γονέων τους, σχετίζεται με τη τάση για χρήση ουσιών από τα παιδιά, παρόλο που αυτά μεγάλωναν σε τελείως διαφορετικό περιβάλλον. Αυξημένες είναι και οι πιθανότητες κάποιος να εμπλακεί με ουσίες, όταν οι βιολογικοί γονείς του είχαν θέμα με τη χρήση. Εδώ μεγάλο ρόλο έρχεται να παίξει το κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο θα ενισχύσει ή θα αποδυναμώσει την προδιάθεση για χρήση ουσιών. (Πουλόπουλος, 2005, Μάτσα, 2007)

Επίσης, άλλες μελέτες αναφέρουν, ότι στα αδέλφια τοξικοεξαρτημένων υπάρχουν διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές, ακόμη και όταν εκείνοι δεν εμφανίζουν τις ίδιες που υποδεικνύουν την παρουσία γενετικής διαταραχής. (Πουλόπουλος, 2005, Μάτσα, 2007).

Διαπιστώνουν ότι πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ της γενετικής με χρήση ναρκωτικών και ανάλογα με την ηλικία χρήσης, έχουν ως συνέπεια την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών.

Το γονίδιο COMT παράγει ένα ένζυμο που ρυθμίζει την ντοπαμίνη, μια ουσία του εγκεφάλου που σχετίζεται με την σχιζοφρένεια. Η COMT έρχεται σε δύο μορφές 'koa' και 'val'. Τα άτομα με ένα ή δύο αντίγραφα της παραλλαγής "val" έχουν υψηλότερο κίνδυνο να εκδηλώσουν διάφορες ψυχικές διαταραχές τύπου σχιζοφρένειας με την χρήση κάνναβης κατά την εφηβεία τους. (NIDA, 2008)

Γνωρίζουμε ότι η γενετική προδιάθεση για τον εθισμό σε ουσίες υπάρχει, αλλά δεν είναι δεδομένο ότι ένα άτομο που έχει στα γονίδια του τον εθισμό θα τον εκδηλώσει. Αυτό εξαρτάται και από το κατά πόσο στο περιβάλλον του υπάρχει η διάθεση ουσιών και η πρόσβαση που έχει σε αυτές. Μπορεί κάποιο άτομο να μην εκδηλώσει ποτέ τον εθισμό του, εάν δεν του δοθούν ευκαιρίες από το περιβάλλον του. Άρα, παρατηρείται συσχετισμός γονιδιακών παραγόντων και περιβάλλοντος για τον εθισμό. (Lange, Leslie, Kampov-Polevoy, Alexey, Garbutt, James, 2010)

Οι περισσότερες νέες έρευνες δείχνουν ισχυρή γενετική επιρροή στον εθισμό και την κατάχρηση. Οι επιστήμονες έχουν προχωρήσει σε αναπαραγωγή των ζώων με συμπεριφορές εθισμού σε ναρκωτικά. Επίσης, έρευνες δείχνουν ότι σχετικά με την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών τα υιοθετημένα παιδιά τείνουν να μοιάζουν κυρίως με τους βιολογικούς τους γονείς και όχι με τους θετούς. Η γενετική διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρώτη αντίδραση ενός ατόμου με την χρήση ναρκωτικών η αλκοόλ. Για παράδειγμα, κάποιοι παθαίνουν ναυτία με ένα ποτό, ενώ άλλοι μπορεί να καταναλώσουν μεγαλύτερες ποσότητες χωρίς καμία αντίδραση. (Lange, Leslie, Kampov-Polevoy, Alexey, Garbutt, James, 2010)

Χωρίς καμία αμφιβολία η γενετική διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που ένα άτομο κάνει χρήση μιας ουσίας. Παρά την κληρονομικότητα δεν είναι δεδομένο ότι θα εκδηλωθεί ο εθισμός. Άτομα που μεταφέρουν αυτό το γονότυπο πρέπει να είναι προσεκτικοί σε χρήση κάθε εθιστικής ουσίας ανάλογα και με την κοινωνία στην οποία ζουν. (Lange, Leslie, Kampov-Polevoy, Alexey, Garbutt, James, 2010)

Πρέπει να επεκταθούν και σε άλλες μελέτες σχετικά με την ευαισθησία, την προτίμηση και την ανοχή σε άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες. Ο αλκοολισμός και τα ναρκωτικά είναι σύνθετες και πολύπλοκες ουσίες που οφείλονται σε πολλούς αιτιώδεις παράγοντες, και στις δυο περιπτώσεις υπάρχει το γενετικό συστατικό του εθισμού, όμως απαιτούνται συγκεκριμένες περιβαλλοντικές επιρροές για να φανερωθεί.

Έτσι πέρα από τους γενετικούς παράγοντες, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και κοινωνικές συνθήκες, η διαθεσιμότητα και το κόστος ουσιών και η αποδοχή της. Καθώς και παράγοντες του περιβάλλοντος που συμβάλουν στην έναρξη, συντήρηση και παύση της χρήσης και των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση. Στόχος των ερευνών είναι να διαπιστωθούν ποια άτομα είναι ευάλωτα και κάτω από ποιες προϋποθέσεις συμβαίνει αυτό, έτσι ώστε να επιτευχθεί η πρόληψη των υποτροπών και ίσως και η θεραπεία των ατόμων που έχουν εθιστεί. (Goldman, Brown, Albaugh, et al, 1993)

### 3.5 Στάδια εξέλιξης προς την τοξικομανία

Ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπινων χαρακτηριστικών και συνηθειών έχουν αποδεχτεί ότι εξελίσσονται και οικοδομούνται προοδευτικά περνώντας μέσα από ορισμένα στάδια (Παπαδάτος, 2010).

Η εμφάνιση των διαφορετικών σταδίων έχει ερμηνευτεί σαν αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων ή κληρονομικών καταβολών ή περιβαλλοντικών, φυσικών, κοινωνικών ή πολιτιστικών. (Παπαδάτος, 2010, Λιάππας, 1999)

Θα συμπεριλάβουμε σ' αυτά τα στάδια, όχι μόνο τις παράνομες και νομικοκοινωνικά μη αποδεκτά ουσίες, αλλά και τις νόμιμες και αποδεκτές ουσίες. Άλλωστε το νόμιμο έχει από ότι φαίνεται τουλάχιστον εδώ μικρή σχέση με αντικειμενικά γεγονότα και μάλλον είναι η θεσμοθετημένη νομική αποδοχή των επικρατουσών αντιλήψεων και προκαταλήψεων του κυρίαρχου κοινωνικού στρώματος που νομοθετεί. (Παπαδάτος, 2010, Λιάππας, 1999)

Τα άτομα, τα οποία εμπλέκονται στη χρήση των ναρκωτικών συνήθως, περνούν από κάποια στάδια. Τα στάδια αυτά είναι i) το στάδιο του πειραματισμού, ii) το στάδιο της περιστασιακής χρήσης (μια φορά την εβδομάδα ή λιγότερο) iii) το στάδιο της συστηματικής χρήσης (μια φορά την ημέρα ή περισσότερο) και iv) το στάδιο της μάταιης προσπάθειας διακοπής της συνήθειας (Μάτσα, 2007).

Ο Παπαδάτος (2010), αναφέρει εμπειρικά ότι έχουν περιγραφεί τέσσερα στάδια ανάπτυξης τοξικομανίας σύμφωνα με τη νομοθεσία. Πιο συγκεκριμένα, είναι:

1. Στάδιο λήψης κρασιού ή μύρας.
2. Στάδιο λήψης σκληρών οινοπνευματωδών ή τσιγάρο.
3. Στάδιο λήψης μαριχουάνας.
4. Στάδιο λήψης σκληρότερων ναρκωτικών.

Η λήψη νόμιμων ηρεμιστικών προηγείται της λήψης μαριχουάνας και παρατηρείται στα στάδια 1 και 2. Από σχετικές έρευνες το ποσοστό των 27% που λαμβάνει βαριά οινοπνευματώδη μετά από 5 μήνες, θα περάσει στο στάδιο λήψης μαριχουάνας. (Παπαδάτος, 2010, Van Dijk, 1980, Γρίβας, 2002)

Η μαριχουάνα είναι ο απαραίτητος σταθμός του δρόμου προς τα σκληρά ναρκωτικά. Το 26% απ' αυτούς που χρησιμοποίησαν μαριχουάνα προχώρησε σε χρήση LSD, αμφεταμίνη, ηρωίνη. Μόνο το 1% των μη χρησιμοποιηθέντων των νόμιμων ουσιών πήρε κατ' ευθείαν σκληρά ναρκωτικά και μόνο το 4% απ' όσους παίρνουν νόμιμα ναρκωτικές ουσίες πήγε στα σκληρά, χωρίς να πάρει μαριχουάνα. Τα στάδια αυτά διαπιστώθηκαν και σε άνδρες και σε γυναίκες και σ' όλες τις ηλικίες. (Παπαδάτος, 2010, Γρίβας, 2002)

Οι ουσίες εξάρτησης έπονται της χρησιμοποίησης για αρκετό διάστημα πιο συνηθισμένων ουσιών. Σε πολλές επιδημιολογικές μελέτες αποδείχθηκε, ότι το 92% των θεραπευμένων σε εξωτερικά ιατρεία αλκοολικών έκαναν χρήση καπνού, ενώ άλλες μελέτες έδειξαν ότι 99% των υπό θεραπεία ευρισκόμενων ηρωινομανών καπνίζει σιγαρέτα. Επίσης, οι ηρωινομανείς και άλλοι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών έχουν την τάση να καπνίζουν περισσότερο των άλλων και έχουν αρχίσει να καπνίζουν σε μικρότερες ηλικίες. Επομένως, υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στη χρήση οινοπνευματωδών, καπνού, ηρεμιστικών και ναρκωτικών. (Παπαδάτος, 2010, Van Dijk, 1980, Γρίβας, 2002)

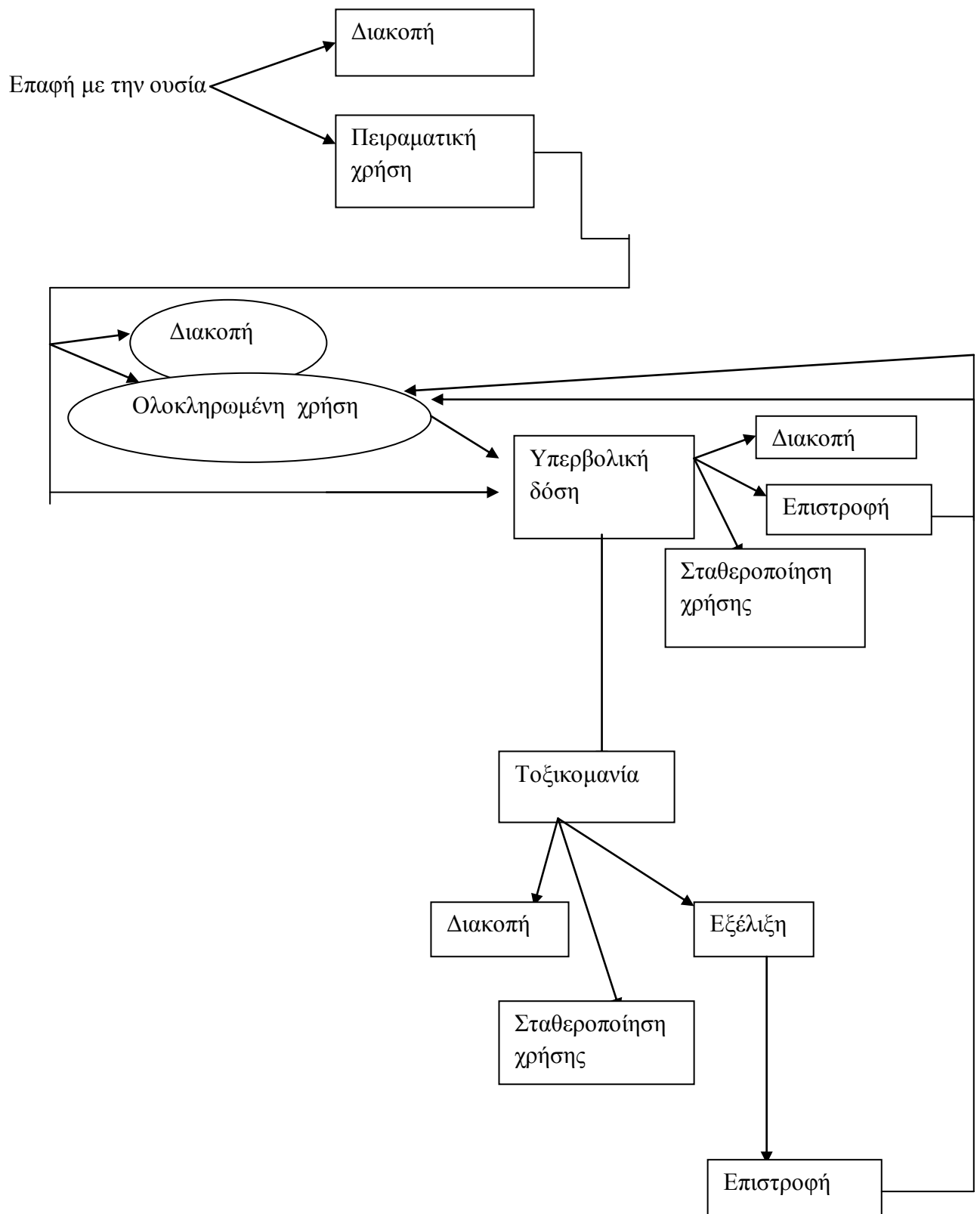
Δεν υποστηρίζουμε ότι η χρήση μιας από τις προηγούμενες ουσίες οδηγεί αναπόφευκτα και νομοτελειακά στη λήψη της επόμενης, αλλά μπορούμε βάσιμα να υποθέσουμε ότι παρέχονται θετικές ενισχύσεις προς αυτή την κατεύθυνση, με τη μάθηση αυτής της συμπεριφοράς λήψης ουσιών εξάρτησης από το άτομο και φυσικά τα λιγότερα συναισθηματικά άτομα καταλήγουν στα επόμενα στάδια χρήσης. (Παπαδάτος, 2010, Van Dijk, 1980, Γρίβας, 2002)

Η κατάχρηση ουσιών και η τοξικομανία, ενώ ξεκινούν με πειραματική χρήση, σταδιακά δημιουργούν ανατροφοδοτούμενους φαύλους κύκλους, λόγω των αλλαγών που υφίστανται στο βιολογικό υπόστρωμα του οργανισμού αλλά και στην ψυχολογική και κοινωνική ζωή που βιώνει το άτομο. Ο φαύλος κύκλος αυτός ενισχύει την εξάρτηση στις ουσίες, γι' αυτό το λόγο μπορεί να οριστεί ως μια κυκλική διαδικασία, η οποία αιτιολογεί ένα αποτέλεσμα, το οποίο διατηρεί ή ενισχύει το αρχικό αίτιο. (Γρίβας, 2002, Παπαδάτος, 2010)

Στα αρχικά στάδια πειραματισμού με την εξαρτησιογόνα ουσία, το άτομο έχει την αίσθηση περισσότερης ελευθερίας και απουσία σοβαρών παρενεργειών. Στα τελευταία στάδια υπάρχει η έλλειψη ελευθερίας, εμφάνιση σοβαρών παρενεργειών και σ' αυτό το επίπεδο γίνεται η εμφάνιση του φαύλου κύκλου συμπτωμάτων και λήψης της ουσίας. (Παπαδάτος, 2010, Γρίβας, 2002)

Για να γίνει πιο κατανοητό, παρουσιάζεται ο παρακάτω πίνακας, που αφορά τα στάδια εξέλιξης στη λήψη ναρκωτικών.

**Πίνακας: Στάδια εξέλιξης**



Πηγή: Παπαδάτος, 2010 από Van Dijk, 1980

### 3.6. Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αναφέρθηκαν λεπτομερώς οι αιτίες που ένα άτομο οδηγείται στη χρήση ουσιών, οι οποίες απορρέουν από τις βιολογικές, τις ψυχολογικές και τις κοινωνιολογικές θεωρίες.

Πιο συγκεκριμένα, αναφερθήκαμε στις βιολογικές θεωρίες, όπου οι αιτίες οφείλονται στους βιολογικούς παράγοντες, όπως η έμφυτη ανοχή του ατόμου στα ναρκωτικά ή μια διαταραχή του μεταβολισμού που δημιουργεί έντονη λαχτάρα για παράνομη ναρκωτική ουσία.

Στη συνέχεια, αναλύθηκαν οι ψυχολογικές θεωρίες, όπου περιγράφονται τα χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αντισυμβατικότητα.

Καθώς και η ψυχαναλυτική - ψυχοδυναμική θεωρία, όπου ασχολείται κυρίως με την προσωπικότητα του χρήστη, ενώ θεωρεί τους κοινωνικούς παράγοντες καταλυτικούς για την έκφραση της εξαρτημένης συμπεριφοράς του. Η συμπεριφερολογική Θεώρηση, όπου το άτομο δεν ενδιαφέρεται τόσο για την ανάλυση της προσωπικότητας του εξαρτημένου, αλλά κυρίως για το ποιες είναι οι ιδιότητες της ουσίας που δρουν πάνω στο συγκεκριμένο άτομο, τι επιφέρουν σ' αυτό αλλά και στη συμπεριφορά του. Η θεωρία της επικοινωνία, σύμφωνα με την οποία η εξαρτημένη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης του ατόμου και της κοινωνίας, μέσα στην οποία ζει.

Αναφέρθηκαν, επιπλέον οι κυριότερες αιτίες, που αναλύονται τα εσωτερικά και εξωτερικά αίτια αλλά και τα χαρακτηριστικά του καταναλωτή ψυχοτρόπων ουσιών, που είναι ο εγωκεντρισμός, ο ηδονισμός, η ανασφάλεια και η κοινωνική ανωριμότητα. Κυριότερο χαρακτηριστικό είναι το φαινόμενο των ψυχολογικών προβλημάτων, που πηγάζουν από γενετικά αίτια και επιδράσεις από την παιδική τους ηλικία, παίζοντας ρόλο στη συμπεριφορά τους αλλά και η παρορμητική συμπεριφορά.

Σημαντικό ρόλο στα χαρακτηριστικά και στην προσωπικότητα του χρήστη παίζουν οι περιβαλλοντικοί και οι γενετικοί παράγοντες, που αποκαλύπτουν την προσωπικότητα του χρήστη αλλά και γενικά το χαρακτήρα του, όπως επίσης τις αντιδράσεις και τις κοινωνικές πεποιθήσεις του. Η γενετική διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που ένα άτομο κάνει χρήση μιας ουσίας.

Πέρα όμως από τους γενετικούς παράγοντες, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι κοινωνικές συνθήκες, η διαθεσιμότητα και το κόστος ουσιών και η αποδοχή της. Καθώς και οι παράγοντες του περιβάλλοντος που συμβάλουν στην έναρξη, στη συντήρηση και στη παύση της χρήσης και των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση.

Τέλος, αναλύθηκαν τα στάδια προς την τοξικομανία, τα οποία είναι το στάδιο του πειραματισμού, το στάδιο της περιστασιακής χρήσης (μια φορά την εβδομάδα ή λιγότερο), το στάδιο της συστηματικής χρήσης (μια φορά την ημέρα ή περισσότερο) και το στάδιο της μάταιης προσπάθειας διακοπής της συνήθειας. Για να γίνει πιο κατανοητό σχηματίστηκε ένας πίνακας με τα στάδια της εξέλιξης για την επεξήγηση του θεωρητικού πλαισίου.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> - ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ**

### **4.1.Εισαγωγή**

Στο παρακάτω κεφάλαιο, αρχικά, θα αναφερθούμε στη νομοθεσία των Ναρκωτικών. Θα επεκταθούμε στο Ελληνικό και στο Ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο, όπου θα αναφερθεί λεπτομερώς το νομοθετικό έργο, διάφοροι και οι πιο σημαντικοί νόμοι.

Αρχικά, στο Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο θα πραγματοποιηθεί μια συνοπτική περιγραφή της νομοθεσία που αφορά τις ναρκωτικές ουσίες και στη συνέχεια θα γίνει μια πιο λεπτομερής ανάλυση πάνω στη θεματολογία του κεφαλαίου, όπου θα αναφερθούν και οι νόμοι 1729/1987, 2161/93 και 3459/2006.

Στο Ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο παρουσιάζεται η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Ναρκωτικά (2005-2012), που αποτυπώνει τις προσδοκίες της για τη μείωση της ζήτησης. Κεντρικό στοιχείο του ευρωπαϊκού μοντέλου πολιτικής για τα ναρκωτικά αποτελούν οι εθνικές στρατηγικές και τα εθνικά σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά όπου θα αναλυθούν λεπτομερώς για αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Επιπλέον, θα γίνει αναφορά στις διακρατικές συμφωνίες διαφόρων χωρών που αντιμετωπίζουν άμεσα το πρόβλημα των ναρκωτικών ουσιών και στο τέλος, θα επεκταθούμε στους νέους νόμους και στον κώδικα των ναρκωτικών με στοιχεία που προέρχονται από το υλικό που διατίθεται στην ετήσια βάση του ΕΚΤΕΠΝ 2011 και του 2012 από πρόσωπα και φορείς στην Ελλάδα που δραστηριοποιούνται ερευνητικά στον τομέα της χρήσης παράνομων ουσιών.

### **4.2. Νομοθετικό έργο**

#### **4.2.1. Στην Ελλάδα**

Όσο αφορά το Ελληνικό νομοθετικό έργο γίνεται αναφορά από τον Παπαδάτο (2010), όπου αναφέρεται περισσότερο στους νόμους 1729/1987 και 2161/1993. Το νομοθετικό πλαίσιο στον ελληνικό χώρο για τα ναρκωτικά διαγράφεται μέσα από τους Νόμους 1729/87, 2161/93, τους νόμους που τροποποιούν και επεξηγούν άρθρα αυτών. (Λιάππας, Πομίни, 2004, Παπαδάτος, 2010)

Τα βασικά χαρακτηριστικά του νομικού πλαισίου είναι η αυστηρότητά του απέναντι σ' αυτούς που εμπορεύονται ή παρασκευάζουν ουσίες και η επιείκειά του έναντι των χρηστών. Ακόμη, ο νόμος δύναται να αντιμετωπίζει διαφορετικά τα άτομα, ανάλογα με τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ατόμου και ουσίας. (Παπαδάτος, 2010)

Επομένως, διακρίνει πέντε κατηγορίες ατόμων που σχετίζονται με τις ουσίες, όπου είναι, ο απλός χρήστης, ο απλός εξαρτημένος και ο απλός χρήστης ή εξαρτημένος και ταυτόχρονα δράστης αξιόποινων πράξεων, ο έμπορος (παρασκευή, καλλιέργεια, εισαγωγή, προμήθεια, πώληση, μεταφορά, διάθεση), ενήλικο ή ανήλικο άτομο για όλα τα παραπάνω. (Λιάππας, Πομίни, 2004, Παπαδάτος, 2010)

Όσον αφορά την απλή χρήση, αυτή τιμωρείται με φυλάκιση. Εάν ο απλός χρήστης, κατέχει ή προμηθεύεται ναρκωτικά για προσωπική του χρήση και δεν έχει τιμωρηθεί έως τότε για έγκλημα ναρκωτικών και το επιθυμεί μπορεί να ενταχθεί και να παρακολουθήσει κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Το πρόγραμμα που θα παρακολουθήσει ορίζεται από το δικαστήριο. Εάν υπάρχει επιτυχής παρακολούθηση, διάρκειας, συνήθως έξι μηνών, το δικαστήριο κρίνει το δράστη ατιμώρητο. Διαφορετικά ο δράστης δικάζεται. Εάν κάποιος δράστης, εντός 24 ωρών από τη σύλληψη, δηλώσει τοξικομανία διατάσσεται διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, η οποία αποφαινεται εντός 48 ωρών, για την ύπαρξη ή μη εξάρτησης, για το είδος (σωματική ή ψυχική) εξάρτησης, το βαθμό της, την ουσία, την ημερήσια δόση και την προτεινόμενη αγωγή (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010, Τσαρουχάς, 2003).

Εάν κάποιος που είναι, είτε απλός χρήστης, είτε τοξικομανής, διαπράξει κάποια αξιόποινη πράξη, μπορεί να μην επιβληθεί ποινή ή η ποινή να είναι μειωμένη. Αυτό θα συμβεί μόνο εάν οι ιδιαίτερες συνθήκες καταδείξουν μείωση ή και αποκλεισμό καταλογισμού. Παύση της ποινικής δίωξης («ευεργέτημα») μπορεί να επιτευχθεί και με την απόφαση του εξαρτημένου να προσέλθει οικιοθελώς για θεραπεία ακόμη και αν κατηγορείται για εμπορία, παρασκευή, χρήση ή και εγκλήματα διευκόλυνσης της χρήσης. Το «ευεργέτημα» δίνεται μόνο για μια φορά και δεν ισχύει για εγκλήματα κατά ζωής, προσωπικής ελευθερίας, βιασμό, διακεκριμένη κλοπή ή ληστεία. Τα εγκλήματα όπως, η εμπορία, η διακίνηση, η καλλιέργεια, η παρασκευή, η νόθευση, η πλαστογράφηση ιατρικών συνταγών, με σκοπό την διακίνηση, η ανάμειξη ουσιών σε τρόφιμα ή ποτά, επιφέρουν ποινές δεκαετούς κάθειρξης και μεγάλα χρηματικά πρόστιμα. (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010)

Με τις διατάξεις περί εμπορίας παραπέμπονται και οι γιατροί και οι φαρμακοποιοί που κάνουν κατάχρηση της ιδιότητάς τους. Ισόβια κάθειρξη επιβάλλεται σε περιπτώσεις εμπορίας συνδυαζόμενης με άλλες επιβαρυντικές καταστάσεις, όπως η χρησιμοποίηση ανηλίκων για την τέλεση αυτών των πράξεων, η διοχέτευση ναρκωτικών σε ανήλικους, η κατ' επάγγελμα ενέργεια και η υποτροπή. Οι ανήλικοι χρήστες ή εξαρτημένοι δικάζονται από τα δικαστήρια ανηλίκων και τους επιβάλλονται αναμορφωτικά μέτρα, θεραπευτικά μέτρα ή ποινικός σωφρονισμός. (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010)

Τα αναμορφωτικά μέτρα διακρίνονται σε εξωιδρυματικά, όπως επίπληξη, επιμέλεια γονέων, επιμέλεια ειδικού επιμελητή ανηλίκων κλπ. και σε ιδρυματικά όπως εγκλεισμός σε κατάστημα αγωγής. Τα θεραπευτικά μέτρα προβλέπονται στις περιπτώσεις που ο ανήλικος έχει εθιστεί σε κάποια ουσία και παρουσιάζει σωματική ή ψυχική εξάρτηση. Η εξάρτηση διαπιστώνεται από έκθεση πραγματογνωμοσύνης και το δικαστήριο επιβάλλει στον ανήλικο την παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος. (Λιάππας, Πομίνι, 2004 & Παπαδάτος, 2010)

Επιπλέον, οι έφηβοι που κρίνονται από το δικαστήριο επικίνδυνοι να διαπράξουν και άλλα εγκλήματα στο μέλλον τιμωρούνται με ποινικό σωφρονισμό διάρκειας έξι μηνών έως δέκα ετών. (Λιάππας, Πομίνι, 2004 & Παπαδάτος, 2010)

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τους Λιάππας, Πομίνι, 2004 & Παπαδάτος, 2010, ο νόμος 1729/1987, αφορά την καταπολέμηση της διάδοσης ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις, μαζί με τις τροποποιήσεις των επόμενων νόμων 1738/87, 1821/1988 και 1868/1989 και ο νόμος 2161/93 που αφορά την τροποποίηση και την συμπλήρωση των διατάξεων του νόμου 1729/87 αποτελούν τα πιο πρόσφατα νομικά πλαίσια για την καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών. Επιλέχθηκε η εξέταση αυτών των δύο νόμων διότι ο πρώτος συμπληρώνεται από το δεύτερο και ακολουθούν μια ενιαία μεθοδολογική προσέγγιση.

- Ο νόμος 2161/93 προβλέπει τη σύσταση, το σκοπό και τις αρμοδιότητες, τη διοικητική δομή, τους πόρους και το προσωπικό του Οργανισμού Καταπολέμησης των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) ως αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- Χρήστης ουσιών εξάρτησης. Η νομοθεσία (άρθρο 12 των Ν. 1729/87) τροποποιήθηκε με το άρθρο 14 του Ν. 2161/93, μειώνει τη μεταχείριση των ατόμων που έχουν εξαρτηθεί από ναρκωτικές ουσίες. Έτσι, με ποινή φυλάκισης από 10 ημέρες έως 5 χρόνια, τιμωρείται αυτός που προμηθεύεται για προσωπική του χρήση σε ποσότητα, η οποία αποδεικνύει ότι εξυπηρετεί τις προσωπικές του ανάγκες ή κάνει χρήση ή καλλιεργεί φυτά κάνναβης σε αριθμό και έκταση που δικαιολογούν τη δική του χρήση. Η διαπίστωση της προσωπικής χρήσης γίνεται με την εκτίμηση του είδους, της ποσότητας και της καθαρότητας της ουσίας.
- Αν ο υπαίτιος κάποιας από τις παραπάνω διατάξεις δεν έχει τιμωρηθεί για κάποιο έγκλημα που σχετίζεται με τις ναρκωτικές ουσίες και έχει κριθεί ατιμώρητος και κάνει δήλωση ύστερα από την άσκηση της ποινικής δίωξης εναντίον του, ότι ζητεί να παρακολουθήσει κάποιο συμβουλευτικό - θεραπευτικό πρόγραμμα, σε αυτή την περίπτωση, ο εισαγγελέας έχει το δικαίωμα να διατάξει την αναστολή της περιόδου της δίκης. Αν ο κατηγορούμενος δεν παρακολουθήσει ή παρακολουθήσει ελλιπώς το πρόγραμμα ή διαπραχθεί κάποιο άλλο έγκλημα και ακολουθήσει η καταδίκη του, το δικαστικό πρόσωπο μπορεί να ανακαλέσει την αναστολή της δίκης και η υπόθεση εκδικάζεται τη συγκεκριμένη στιγμή. Στην περίπτωση ολοκλήρωσης του προγράμματος με επιτυχία, όπου αυτό γίνεται με την επιβεβαίωση εγγράφου από τον διευθυντή του προγράμματος στον αρμόδιο ανακριτή ή εισαγγελέα, το δικαστήριο μπορεί να κρίνει το δράστη ατιμώρητο.
- Απόφαση ή βούλευμα, ότι δεν μπορεί να κατηγοριοποιηθεί μπορεί να εκδοθεί και ο δράστης να κριθεί ατιμώρητος, χωρίς να διαταχθεί η παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος, όταν το δικαστήριο κρίνει ότι η πράξη ήταν συμπτωματική και δεν θα επαναληφθεί. Το δικαστήριο σε κάθε περίπτωση μπορεί να επιβάλλει στον ατιμώρητο δράστη έναν ή παραπάνω όρους του ποινικού κώδικα. Οι θετικές αλλαγές είναι: Η κατώτερη ποινή (10 ημέρες αντί για 2 χρόνια), όπου διευκολύνει τη μετατροπή της σε χρηματική αναστολή ή την αναστολή υπό όρους. Προηγούμενη εκτέλεση ήταν η φυλάκιση. Στο νόμο 2161/93 γίνεται εισαγωγή της προσωπικής χρήσης, για την πιο ήπια αντιμετώπιση της προμήθειας, κατοχής και καλλιέργειας ως πλημμέλημα. Ο τρόπος διαπίστωσης της ποσότητας που προορίζεται για προσωπική χρήση προβλέπεται από την νομοθεσία. (Λιάππας, Πομίνι, ITACA, 2004 & Παπαδάτος, 2010)
- Ειδική μεταχείριση: Ο νόμος 1729/87 δίνει τη δυνατότητα στον μη εξαρτημένο χρήστη, που έχει διαπράξει αδίκημα της κατοχής ή της προμήθειας ή της χρήσης σε μικρή ποσότητα να παρακολουθήσει κάποιο συμβουλευτικό πρόγραμμα σε κάποιο Κέντρο Υγείας ή Συμβουλευτικό Σταθμό ή άλλο Ίδρυμα. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης, το δικαστήριο επιβάλλει τον εγκλεισμό σε κάποιο Ίδρυμα για την παρακολούθηση θεραπευτικού προγράμματος. Επιπλέον, ο νόμος 1729 δεν προέβλεπε κάτι σχετικό με την παρακολούθηση συμβουλευτικού προγράμματος και αυτό καταγράφεται ως κάτι θετικό.
- Χρήστες ναρκωτικών που υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση. Σύμφωνα με το άρθρο 13 του νόμου 1729/87, το οποίο αναφέρει: «Όσοι απέκτησαν εθισμό στη χρήση ναρκωτικών ουσιών και δεν έχουν την ικανότητα να την αποβάλλουν, υποβάλλονται σε ειδική μεταχείριση.» Ο νόμος διαχωρίζει με την παράγραφο αυτή τον «χρήστη» από τον «εξαρτημένο χρήστη». Ο προανακριτής ή ο ανακριτής, διατάσσει υποχρεωτικά τη διαδικασία πραγματογνωμοσύνης, εάν υπάρξει ισχυρισμός του κατηγορούμενου ότι είναι τοξικομανής μέσα σε ένα 24ώρο από τη στιγμή που συνελήφθηκε ή κατά την απολογία του, όπου καταχωρείται στην έκθεσης της σύλληψης, της εξέτασής του ή της απολογίας

του. Η πραγματογνωμοσύνη διατάσσεται μέσα σε 2 ώρες το λιγότερο. Έπειτα, εξετάζουν τον κατηγορούμενο και συντάσσουν και υποβάλλουν την έκθεσή τους μέσα σε 48 ώρες το λιγότερο. Αν διαγνωσθεί εξάρτηση, είναι υποχρεωμένοι να καθορίσουν το είδος της (σωματική ή ψυχική), το βαθμό της αν είναι δυνατόν, την ναρκωτική ουσία, τη ημερήσια δόση, την θεραπευτική αγωγή και αν ζητηθεί και η επίδραση της εξάρτησης που έχει στον κατηγορούμενο.

- Σύμφωνα με το νόμο 1729/87 και το νόμο 2161/93, το άτομο που οδηγεί υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών τιμωρείται με φυλάκιση, χρηματικό ποσό και στέρηση άδειας οδήγησης για 2 χρόνια. Για την επανάκτηση της άδειας θα πρέπει να προβλεφθεί η επιτυχής θεραπεία αποτοξίνωσης (άρθρο 10, παρ.2). (Λιάππας, Πομίνι, 2004 & Παπαδάτος, 2010).

#### Κριτήρια διάγνωσης εξάρτησης.

Ο νόμος 2161/93 σχετικά με την διαδικασία διάγνωσης της εξάρτησης προβλέπει νέες ρυθμίσεις, όπου δεν ορίζει πλέον τους ιατροδικαστές αλλά το δικαστήριο, όπου μπορεί να διατάξει ψυχιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση, για να διευκρινισθεί αν υπάρχει εξάρτηση, όπως και το είδος και η έκτασή της. Η πραγματογνωμοσύνη πραγματοποιείται από ειδικά δημόσια κέντρα απεξάρτησης, από Εργαστήρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Α.Ε.Ι της χώρας, της Ιατροδικαστικής Υπηρεσίας και από ψυχιατρικές κλινικές, με την προϋπόθεση να διαθέτουν ειδικά εργαστήρια από νομαρχιακά ή περιφερειακά νοσοκομεία που μπορούν να διεξάγουν πραγματογνωμοσύνες με αντίστοιχες κλινικές και εργαστήρια. Συγκεκριμένα:

#### Έλεγχος χρήσης ναρκωτικών ουσιών

- Εργαστηριακός έλεγχος: Γίνεται με τοξικολογική ανάλυση σωματικών υγρών (αίμα, ούρα) σε λιγότερο από 48-72 ώρες από την τελευταία λήψης της ουσίας. Το δείγμα λαμβάνεται σε δύο φιαλίδια, τα οποία είναι σφραγισμένα, όπου αναγράφεται πάνω το ονοματεπώνυμο του εξεταζόμενου και η ημερομηνία λήψης.
- Κλινικός έλεγχος: Το άτομο που πρέπει να εξετασθεί εισάγεται για κλινική παρακολούθηση σε Δημόσιο Νοσοκομείο ή ειδικό Σωφρονιστικό ίδρυμα για 5 τουλάχιστον ημέρες. Πραγματοποιείται σωματικός έλεγχος για την ανακάλυψη συνοδών στοιχείων, όπως είναι οι ουλές στις φλέβες. Καθώς πραγματοποιείται και λήψη πλήρους ιστορικού για την συμπλήρωση στοιχείων, ειδικά στην περίπτωση έλλειψης συμπτωμάτων αποστήρησης. (Κότσαλης, 2006, 2007)

#### Διάγνωση

Ο εξεταζόμενος που θα χαρακτηριστεί ως εξαρτημένος από εξαρτησιογόνες ουσίες, θα πρέπει να πληρεί τρία από τα παρακάτω κριτήρια:

- Να καταναλώνει ουσίες σε πιο μεγάλες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απ' ότι είχε πρόθεση.
- Επιθυμεί έντονα τη χρήση της ουσίας ή έχει κάνει μία ή περισσότερες ανεπιτυχείς προσπάθειες για μείωση ή για έλεγχο της ουσίας.

- Καταναλώνει χρόνο σε δραστηριότητες που αφορούν την ουσία (κλοπές).
- Εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων ενώ αναμένει να εκπληρώσει υποχρεώσεις στη δουλειά του (δεν πηγαίνει στη δουλειά, δεν έχει δουλειά, δεν πηγαίνει στο σχολείο), αναλαμβάνει επικίνδυνες δραστηριότητες για την σωματική του υγεία (οδήγηση μεταφορικού μέσου).
- Δεν συμμετέχει στα κοινωνικά, δεν ψυχαγωγείται εξαιτίας της χρήσης.
- Έχει ανάγκη για μεγαλύτερες ποσότητες ουσίας.
- Εμφάνιση στερητικού συνδρόμου.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί το άρθρο 9 του ν. 2161/93, όπου επιτρέπει στο τέως εξαρτημένο άτομο την αναζήτηση εργασίας χωρίς κοινωνικούς δισταγμούς και φοβίες, διότι στο ποινικό μητρώο του δεν θα είναι ορατές οι εμπλοκές του με το νόμο, οι οποίες οφείλονται στην εξάρτηση, έχοντας ως αποτέλεσμα ο εργοδότης να μην επηρεάζεται αρνητικά απέναντι του. Συνολικά, ο νόμος εκφράζει μια αλλαγή στη στάση που κρατά η κοινωνία απέναντι στα εξαρτημένα άτομα, η οποία βλέπει το εξαρτημένο άτομο όχι σαν εγκληματία αλλά σαν ένα άτομο που πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια. (Κότσαλης, 2006, 2007)

Επιπλέον, ο κώδικας περί ναρκωτικών Ν. 3459/2006, ο οποίος ψηφίστηκε το 2006 και αφορά την κωδικοποίηση των διατάξεων για τα ναρκωτικά και την αντιμετώπιση των ναρκωτικών. Η αντιμετώπιση αποτελείται από τέσσερα στάδια, τα οποία είναι: η πρόληψη και η ενημέρωση, η θεραπεία, η κοινωνική επανένταξη και τέλος η καταστολή και η δίωξη των εμπορών ναρκωτικών. (Κότσαλης, 2006, 2007)

Κεντρικός άξονας του νόμου είναι η αυστηρή δίωξη των εμπορών, σε αντίθεση με την επιείκεια που αντιμετωπίζονται οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Σύμφωνα με τη νομοθεσία όσο αφορά τους μη εξαρτημένους χρήστες, από τη μία πλευρά προβλέπει μειωμένη ποινή φυλάκισης ενός (1) χρόνου, από την άλλη πλευρά ορίζει πως για κάποιες συγκεκριμένες ναρκωτικές ουσίες, όπως είναι η ηρωίνη, η κοκαΐνη, η κατεργασμένη και η ακατέργαστη κάνναβη, λογίζεται ότι καλύπτει τις ανάγκες ενός χρήστη, ακόμη και εξαρτημένου, με την εξαίρεση ότι το δικαστήριο μπορεί να κρίνει αλλιώς, όταν τα όρια της ποσότητας κάθε ναρκωτικής ουσίας, δεν υπερβαίνουν το βάρος του ενάμιση (1,5) γραμμαρίου ηρωίνης ή κοκαΐνης, των είκοσι (20) γραμμαρίων κάνναβης, η οποία είναι κατεργασμένη και των δύομισι (2,5) γραμμαρίων κατεργασμένης κάνναβης. (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Κότσαλης, 2006, 2007)

Είναι αξιοσημείωτο ότι ένα μέρος της θεωρίας προκαλεί αμφιβολίες για την ορθότητα της πρόβλεψης, ότι δηλαδή το δικαστήριο έχει την δυνατότητα και την ικανότητα να κρίνει. Η ρύθμιση αυτή δίνει το δικαίωμα στο δικαστήριο να κρίνει ακόμη και τις μικρές ποσότητες, όπου δεν καλύπτουν τις ανάγκες του χρήστη. Αν γίνει αποδεκτή μία τέτοια παραδοχή, υπάρχει κίνδυνος ότι ο χρήστης δε θα τύχει ευνοϊκής μεταχείρισης. (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Κότσαλης, 2006, 2007)

Η αξιολόγηση του μη εξαρτημένου ατόμου ρυθμίζεται με το νόμο 3459/06, σύμφωνα με τον οποίο, όποιος για προσωπική του χρήση προμηθεύεται ή κατέχει ποσότητα, η οποία αποδεικνύει την προσωπική χρήση ή κάνει χρήση ή καλλιεργεί φυτά κάνναβης σε αριθμό που δικαιολογούνται, τιμωρείται με φυλάκιση ενός (1) έτους. (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Κότσαλης, 2006, 2007)

Όσο αφορά τον εξαρτημένο χρήστη ναρκωτικών ουσιών, ο νόμος ορίζει ότι ο χρήστης που έχει κριθεί από το δικαστικό πρόσωπο ως εξαρτημένο άτομο τυγχάνει ειδικής ποινικής μεταχείρισης, ανάλογα με την πράξη που έχει τελέσει. Ο εξαρτημένος χρήστης παραμένει ατιμώρητος για την πράξη της ίδιας χρήσης εξαρτησιογόνου, αλλά τιμωρείται πιο ήπια για πράξεις που αποδεικνύουν ότι πραγματοποιήθηκαν για την διευκόλυνση της χρήσης, αλλά και για πράξεις που έχουν σχέση με τις ναρκωτικές ουσίες, όπως διακίνηση ναρκωτικών. (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010)

Επιπλέον, πρέπει να επισημανθεί ότι σε περίπτωση εγκλήματος του και σε περίπτωση εγκλήματος που έχει τελεσθεί για διευκόλυνση της χρήσης ναρκωτικής ουσίας, αν αυτά τα εγκλήματα έχουν τελεσθεί υπό την έξη της χρήσης ναρκωτικών, ο εισαγγελέας μπορεί να αναβάλλει για κάποιο ορισμένο χρονικό διάστημα την άσκηση της ποινικής δίωξης, αν έχει λάβει υπόψη του την έκθεση του διευθυντή του θεραπευτικού προγράμματος συντήρησης και απεξάρτησης, πως ο χρήστης έχει προσέλθει με δική του πρωτοβουλία και συνεχίζει την θεραπεία ανελλιπώς. (Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ» 2006, Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010, Τσαρουχάς, 2003)

Αν ο χρήστης υλοποιήσει με επιτυχία την θεραπεία, το οποίο πιστοποιείται με την έγγραφη βεβαίωση του διευθυντή, ο εισαγγελέας μπορεί να απόσχει την ποινική δίωξη οριστικά. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι τα στοιχεία που έχουν αναφερθεί στην έκθεση που έχει υποβάλλει ο διευθυντής του προγράμματος, είναι απόρρητα και ο μόνος που έχει δικαίωμα να ενημερωθεί είναι ο ίδιος ο χρήστης, στην περίπτωση ανηλίκου τότε μπορεί και αυτός που έχει την επιμέλεια του ανηλίκου να ενημερωθεί. (Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ» 2006, Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010, Τσαρουχάς, 2003)

Αν για οποιοδήποτε λόγο δεν ολοκληρωθεί η διαδικασία αυτή, θα κινηθεί η ποινική δίωξη του χρήστη. Θετικά κρίνεται η παράγραφος 11 του άρθρου 31, νόμος 3459/06, όπου αναφέρει ότι «επιτυχής ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος αναγνωρίζεται ως ελαφρυντικό κατά την επιμέτρηση της ποινής». (Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ» 2006, Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010)

Επίσης, αν κάποιος ολοκληρώσει με επιτυχία το θεραπευτικό πρόγραμμα και καταδικασθεί για εγκλήματα που έχουν σχέση με την τοξικομανία και ενώ πράχθηκαν πριν την εισαγωγή του χρήστη στο θεραπευτικό πρόγραμμα, τότε η ποινή αναστέλλεται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, που δεν μπορεί να είναι κάτω από τρία (3) και άνω από έξι (6) χρόνια. Τέλος, πρέπει να επισημανθεί πως ο χρόνος παραμονής στο θεραπευτικό πρόγραμμα θεωρείται ως χρόνος έκτισης ποινής. (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010)

Στη νομοθεσία γίνεται αναφορά και στην οδήγηση μεταφορικών μέσων υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών, όπου ο νόμος 3459/06 με το άρθρο 25 ορίζει ότι με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) ετών και με πρόστιμο χρηματικής ποινής μέχρι των είκοσι εννέα χιλιάδων (29.000) ευρώ, και με την στέρηση της άδειας οδήγησης για δύο χρόνια. Αν από την πράξη υπήρξε κίνδυνος ανθρώπινης ζωής, επιβάλλεται ποινή πρόσκαιρης κάθειρξης. Ύστερα της δεκαετίας, ο καταδικαζόμενος έχει το δικαίωμα υποβολής αίτησης στις αρμόδιες αρχές για την επανάκτηση της άδειας οδήγησης, με την προϋπόθεση ότι έχει γίνει ολοκληρωμένη θεραπεία αποτοξίνωσης. (Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ» 2006, Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010)

Ο εξαρτημένος διακινητής, αξιολογείται ποινικά. Όσο αφορά την ποινή, παραμένει ατιμώρητος και τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον ενός (1) χρόνου και με χρηματική ποινή πεντακοσίων ενενήντα (590) έως δεκαπέντε (15.000) χιλιάδων ευρώ. Στην περίπτωση όπου κρίνει το δικαστήριο ότι ο κατηγορούμενος επαγγέλλεται σ' αυτό, τότε του επιβάλλεται

πρόσκαιρη κάθειρξη μέχρι και δέκα (10) έτη καθώς και χρηματική ποινή έως εκατόν πενήντα χιλιάδων (150.000) ευρώ. Αν το δικαστήριο κρίνει ότι ο εξαρτημένος διακινητής έπραξε την πράξη κατά συνήθεια, τότε το έγκλημα χαρακτηρίζεται όχι ως πλημμέλημα αλλά ως κακούργημα. (Λιάππας, Πομίни, 2004, Παπαδάτος, 2010)

Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθούν και οι νόμοι 3879/2010, 3966/2011.

Ο νόμος 3879/2010 ορίζει Ζώνες Εκπαιδευτικής Προτεραιότητας (ΖΕΠ), οι οποίες εντάσσουν σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίες λειτουργούν σε περιοχές με χαμηλό εκπαιδευτικό δείκτη και χαμηλή πρόσβαση στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση. Καθώς και χαμηλούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, όπως είναι ο χαμηλός δείκτης ευημερίας και ανάπτυξης και ο υψηλός δείκτης φτώχειας. Στόχος τους είναι να εντάξει όλους τους μαθητές στο εκπαιδευτικό σύστημα με τη λειτουργία υποστηρικτικών δράσεων, ώστε να βελτιωθεί το μαθησιακό τους επίπεδο, όπως είναι η λειτουργία τάξεων υποδοχής, τμήματα ενισχυτικής διδασκαλίας, θερινά τμήματα και τμήματα διδασκαλίας της μητρικής γλώσσας των μαθητών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Καταρτίζεται, επίσης ειδικό τριετές πρόγραμμα, για την ενίσχυση των εργοδοτών με επιχορήγηση που θα αντιστοιχεί στην πρόσληψη 2.300 ανέργων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ), απεξαρτημένων ατόμων από εξαρτησιογόνες ουσίες, Αποφυλακισμένων κ.α. που κινδυνεύουν από κοινωνικές δυσκολίες. Στοιχεύοντας στη δημιουργία νέων θέσεων εργασίας. Από τις 2.300 θέσεις, οι 150 θα καλυφθούν από άνεργους, οι οποίοι είναι απεξαρτημένοι από εξαρτησιογόνες ουσίες, ηλικίας 18-64 ετών. Τα άτομα θα πρέπει να διαθέτουν: αποδεικτικό απεξάρτησης ή βεβαίωση από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα απεξάρτησης, όπου θα πρέπει να πιστοποιεί ότι το άτομο ολοκλήρωσε πρόγραμμα απεξάρτησης από το 2006 και μετά ή βεβαίωση απεξάρτησης από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης με την προϋπόθεση ο φορέας που εκδίδει τη βεβαίωση αυτή έχει λάβει άδεια λειτουργίας ή βεβαίωση από θεσμοθετημένο φορέα απεξάρτησης, ότι το άτομο βρίσκεται: α) στο Στάδιο Κοινωνικής Επανένταξης ή β) στο Στάδιο Κοινωνικής Επανένταξης του Προγράμματος Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Απαιτείται η γραπτή γνώμη του φορέα απεξάρτησης, ο οποίος έχει την υποχρέωση να παρακολουθεί το άτομο στον εργασιακό του περιβάλλον και να του παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Είναι απαραίτητο να ορισθεί ένας επιστημονικός σύμβουλος για να στηρίζει τον απασχολούμενο, που θα συνεργάζεται και με τις υπηρεσίες του ΟΑΕΔ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Με το νόμο 3966/2011 ορίζεται η συνεργασία του Υπουργείου Παιδείας, Διά Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων με τα Κέντρα Πρόληψης του Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) στο πλαίσιο της Αγωγής Υγείας, στοχεύοντας στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας του μαθητικού πληθυσμού. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Οι εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, οι οποίοι αναλαμβάνουν την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με θέματα που αφορούν την Ψυχική Υγεία, τις Διαπροσωπικές Σχέσεις, την Πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, σε συνεργασία με τα Κέντρα Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ της περιοχής τους, διά μέσου των Υπευθύνων Αγωγής Υγείας και ΣΣΝ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Οι διευθυντές των σχολικών μονάδων, οι υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας και ΣΣΝ, οι σχολικοί σύμβουλοι και οι προϊστάμενοι Επιστημονικής - Παιδαγωγικής Καθοδήγησης οφείλουν να στηρίζουν, να προωθούν και να διευκολύνουν τη συνεργασία των σχολείων με τα Κέντρα Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Στο πρόγραμμα είναι εφικτή η παρέμβαση στους γονείς και στους κηδεμόνες, σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία και την Τοπική Αυτοδιοίκηση της περιοχής. Κατά την εφαρμογή του προγράμματος τα στελέχη των Κέντρων Πρόληψης υποχρεούνται να στηρίζουν τους εκπαιδευτικούς, με επιμορφωτικά σεμινάρια και με συναντήσεις, συμμετέχοντας σε βιωματικές, ομαδικές διαδικασίες με τη βοήθεια των μαθητών/ριων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Επιπλέον, θα αναφερθούμε στις πιο πρόσφατες και σημαντικές υπουργικές αποφάσεις, που έχουν καταχωρηθεί έτη 2011 και 2012. Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ/2011 (ΥΑ ΔΥΓ6/ΓΠ.123148 ΦΕΚ Β΄ 2773/2011): «Ίδρυση, μεταφορά και λειτουργία θεραπευτικών μονάδων του ΟΚΑΝΑ σε παραχωρούμενους χώρους νοσοκομείων», προκειμένου να εφαρμοστούν και να λειτουργήσουν τα προγράμματα πολλαπλής παρέμβασης - μονάδων χορήγησης υποκατάστατων και εξωτερικών ιατρείων ουσιοεξαρτήσεων των θεραπευτικών μονάδων του ΟΚΑΝΑ, δύναται να παραχωρηθούν αδόμητοι χώροι ή κτίρια των νοσοκομείων του ΕΣΥ, μονάδων υγείας του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, στρατιωτικών νοσοκομείων και χώρων και υποδομών των Ενόπλων Δυνάμεων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Σχετικά με την παραχώρηση ακινήτων και την προσωρινή εγκατάσταση των παραπάνω θεραπευτικών μονάδων σε αδόμητους χώρους δεν απαιτείται οικοδομική άδεια των προκατασκευασμένων λυόμενων, που δεν υπερβαίνουν το εμβαδό των 200 τμ σε ισόγειο και σε διώροφο κτίσμα. Στις συγκεκριμένες μονάδες θα χορηγούνται οι ουσίες που θα υποκαθιστούν την εξάρτηση ακόμη και κάθε άλλη φαρμακευτική ουσία, ώστε πραγματοποιηθεί η φαρμακευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Για τη συντήρηση των παραχωρούμενων δομών, την εγκατάσταση, τη διοικητική οργάνωση, τη διοίκηση, τη λειτουργία, την εκπαίδευση και τη στελέχωση με το αναγκαίο προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό κλπ), τον προγραμματισμό των δράσεων καθώς και την εποπτεία του έργου ευθύνη βαρύνουν τον ΟΚΑΝΑ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Έργο των νοσοκομείων είναι να καλύψουν τις ανάγκες των ουσιοεξαρτημένων ασθενών, όπως ιατρικές εξετάσεις, να αντιμετωπίσουν ανάγκες περίθαλψης, να χορηγήσουν φάρμακα για την αντιμετώπιση σωματικών ή ψυχικών συμπτωμάτων και να έχουν την υποχρέωση εκτέλεσης των συνταγών φαρμάκων των ιατρών του ΟΚΑΝΑ, των βιβλιάρων ανασφαλιστών ουσιοεξαρτημένων ασθενών του, που δικαιούνται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Τέλος, προβλέπεται στην Αττική η ίδρυση 34 μονάδων, στη Θεσσαλονίκη 11 και στην υπόλοιπη Ελλάδα 51. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση 276/2011 (ΥΑ 27677/Γ7 ΦΕΚ Β΄ 507/2011) οργανώνονται και λειτουργούν τμήματα Γυμνασίου, Γενικού Λυκείου και Τεχνικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης σε χώρους της μονάδας απεξάρτησης 18 ΑΝΩ, στο πλαίσιο της κατ' οίκον διδασκαλίας. Στα τμήματα έχουν το δικαίωμα να ενταχθούν απεξαρτημένα ή υπό απεξάρτηση άτομα, που βρίσκονται στο τελικό στάδιο «στεγνών» προγραμμάτων απεξάρτησης της μονάδας 18 ΑΝΩ, αφού έχουν περάσει τρία χρόνια από την εγγραφή τους στη μονάδα της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Η λειτουργία των τμημάτων θα γίνεται υπό την εποπτεία πενταμελούς επιτροπής, όπου θα είναι υπεύθυνη για την διαμόρφωση του προγράμματος, για την επιλογή των εκπαιδευτικών, τους οποίους θα τους ενημερώνει για τις ιδιαιτερότητες των μαθητών τους. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Η επιτροπή που έχει την εποπτεία, οι εκπαιδευτικοί, οι μαθητές και οι θεραπευτές, θα αξιολογούν τη λειτουργία των σχολικών τμημάτων πριν από τη λήξη του κάθε διδακτικού έτους και θα υποβάλλεται σχετική έκθεση από τον/την επιστημονικά υπεύθυνο-η της μονάδας



απεξάρτησης 18 ΑΝΩ. Η μονάδα απεξάρτησης 18 ΑΝΩ θα γνωστοποιεί έγκαιρα τη λειτουργία των εν λόγω τμημάτων στις αρμόδιες Αρχές. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Μία παρόμοια Υπουργική Απόφαση, 153/2011 (ΥΑ 153789/Γ7 ΦΕΚ Β΄ 65/2011): «Σχολικά Τμήματα Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ατόμων στο στάδιο της Κοινωνικής Επανεκπαίδευσης της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ», δημιουργούνται σχολικά τμήματα Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης για τα άτομα που είναι στο στάδιο της Κοινωνικής Επανεκπαίδευσης της Μονάδας Απεξάρτησης του 18 ΑΝΩ και έχουν την επιθυμία να ολοκληρώσουν το Γυμνάσιο και το Λύκειο. Ορίζεται η λειτουργία τμημάτων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στους χώρους της Μονάδας Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ. Υπεύθυνη, για την οργάνωση, τη λειτουργία των συγκεκριμένων τμημάτων, τον τρόπο πρόσληψης και απασχόλησης του εκπαιδευτικού προσωπικού, είναι το Υπουργείο Παιδείας. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Η Υπουργική Απόφαση 104/2011 (ΥΑ 104830 ΦΕΚ Β΄ 3115/2011): Τροποποίηση ΥΑ 149020/1999 (Θεραπευτικό Πρόγραμμα Κέντρων Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων) ορίζει την επιλογή των ατόμων, τα οποία πρόκειται να εισαχθούν στο Κέντρο για να υλοποιήσουν την πρώτη φάση του προγράμματος, όπου γίνεται από ειδικό τριμελές συμβούλιο, που αποτελείται αποτελούμενο από τον αρμόδιο εισαγγελέα του τόπου (εκτέλεσης ποινών ή του καταστήματος κράτησης), από τον υπεύθυνο διευθυντή του Κέντρου Απεξάρτησης και τον ψυχίατρο ή ψυχολόγο του Κέντρου Απεξάρτησης, σε περίπτωση πιθανής απουσίας κάποιου ειδικού από το συμβούλιο, τότε καλείται ο αρχαιότερος κοινωνικός λειτουργός. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Τέλος, με την Υπουργική Απόφαση Γ.Υ./2012 (ΥΑ Γ.Υ. 39<sup>α</sup> ΦΕΚ Β΄ 1002/2012): Ρυθμίσεις που αφορούν τον περιορισμό της διάδοσης Λοιμωδών Νοσημάτων. Τα λοιμώδη νοσήματα είναι επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία. Λοιμώδες νόσημα θεωρείται το νόσημα που ορίζεται είτε κατηγορηματικά από το ΚΕΕΛΠΝΟ είτε με παραπομπή σε ισχύουσες ρυθμίσεις Διεθνών Κανονισμών Υγείας που έχει αποδεχτεί η χώρα μας (όπως ο Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός – International Health Regulations), καθώς και τα νοσήματα που απαιτείται ο εμβολιασμός για την πρόληψή τους. Για να εντοπιστούν αυτά τα νοσήματα, διεξάγεται έλεγχος στους μετανάστες, που έρχονται στη χώρα μας χωρίς τα απαραίτητα νόμιμα έγγραφα και ζητούν άσυλο. Ειδικότερα, επιβάλλεται καταρχήν, οι μετανάστες να υποβληθούν σε υγειονομικές εξετάσεις και αν διαγνωστεί ένα λοιμώδες νόσημα, τότε νοσηλεύονται άμεσα και υποβάλλονται σε θεραπεία, που είναι κατάλληλη για το νόσημα. Για τα θέματα αυτά εφαρμόζονται ιδίως οι αντίστοιχες συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC) και του Αμερικάνικου Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (CDC). Η εμβολιαστική κάλυψη καθορίζεται από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), όπου είναι υπεύθυνα για τον εμβολιασμό, σε περίπτωση ανάγκης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Ειδικά για τους ιούς HIV, HBV και HCV προβλέπεται ειδικός έλεγχος για τα άτομα που κάνουν χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, καθώς και για τα άτομα εκείνα, που στερούνται του προβλεπόμενου βιβλιαρίου υγείας. Σε περίπτωση που τα άτομα αυτά είναι θύματα trafficking, ειδοποιούνται άμεσα οι υπηρεσίες trafficking του ΚΕΕΛΠΝΟ και της Αστυνομίας. Το ΚΕΕΛΠΝΟ, με βάση την υπουργική αυτή απόφαση, έχει οριστεί ως η αρμόδια αρχή για να ενημερώνει και να προτείνει θεραπείες, να καθορίζει και να επιβλέπει τη διαδικασία ελέγχου που αφορά την εξέταση των μεταναστών σύμφωνα με την νομοθεσία των Διεθνών Οργανισμών. Για τις ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς και για τους χρήστες

ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών, προβλέπεται η πραγματοποίηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Για την παροχή θεραπείας, αλλά και νοσηλείας, είναι υποχρεωτική η ενημέρωση των Αρχών. Στην περίπτωση όπου οι μετανάστες, δεν έχουν τα νόμιμα έγγραφα, που υποβάλλονται σε εξετάσεις για τα λοιμώδη νοσήματα και δεν νοσούν ή έχουν θεραπευτεί, τους χορηγείται ένα πιστοποιητικό υγείας, το οποίο πληρεί τις προϋποθέσεις που ορίζει το ΚΕΕΛΠΝΟ και αυτές είναι: α) υπηκοότητα, β) επώνυμο, όνομα, πατρώνυμο, γ) ακριβή ημερομηνία και χρόνο γέννησης, δ) φωτογραφία, ε) αποτυπώματα, στ) διεύθυνση κατοικίας ή τόπο διαμονής. Σύμφωνα με την υπουργική απόφαση το πιστοποιητικό υγείας, θεωρείται απαραίτητο για την έναρξη εργασίας όπου αυτό απαιτείται. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

#### 4.2.2. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Κεντρικό στοιχείο του ευρωπαϊκού μοντέλου πολιτικής για τα ναρκωτικά αποτελούν οι εθνικές στρατηγικές και τα εθνικά σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά. (ΕΚΤΕΠΝ, 2010)

Εθνικές στρατηγικές και εθνικά σχέδια δράσης διαθέτουν πλέον σχεδόν και οι 30 χώρες που παρακολουθούνται από το ΕΚΤΕΠΝ. Στις περισσότερες από τις χώρες αυτές, το έγγραφο πολιτικής για τα ναρκωτικά εγκρίθηκε την τελευταία τρία χρόνια. Τα εν λόγω έγγραφα περιγράφουν την κατάσταση των ναρκωτικών και τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους κάθε χώρας στον συγκεκριμένο τομέα και προσδιορίζουν δράσεις και αρμόδιους φορείς για την υλοποίησή τους. (ΕΚΤΕΠΝ, 2010)

Συχνά περιλαμβάνουν και κριτήρια βάσει των οποίων αποτιμάται η επιτυχία κάθε δράσης, ενώ αυξάνεται ραγδαία ο αριθμός των στρατηγικών και δράσεων που προβλέπεται να υπόκεινται σε τελική αξιολόγηση. (ΕΚΤΕΠΝ, 2010)

Δεδομένου ότι η τρέχουσα στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά λήγει το 2012, στο παρόν κεφάλαιο γίνεται μια ανασκόπηση της εξέλιξης της πολιτικής προσέγγισης της ΕΕ στη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας. Γίνεται, επίσης, σύντομη επισκόπηση των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά που εγκρίθηκαν πρόσφατα σε κάποιες ευρωπαϊκές χώρες και της μεταβολής των ποινών που επισύρει η κατοχή ναρκωτικών σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες την τελευταία δεκαετία. (ΕΚΤΕΠΝ, 2010)

Το νέο πλαίσιο πολιτικής για τα ναρκωτικά που αναπτύσσεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή είναι ένα από τα πρώτα έγγραφα πολιτικής για τα ναρκωτικά που θα εγκριθεί δυνάμει της συνθήκης της Λισαβόνας. Στις προπαρασκευαστικές εργασίες περιλαμβάνεται και η τελική εξωτερική αξιολόγηση της στρατηγικής της ΕΕ για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2005–2012. Η εν λόγω αξιολόγηση στηρίζεται σε συνεντεύξεις με εμπλεκόμενους φορείς των κρατών μελών, τρίτων χωρών και διεθνών οργανισμών, καθώς και σε ανάλυση των εγγράφων πολιτικής και των εκθέσεων σχετικά με τις τάσεις. Το φόρουμ της κοινωνίας των πολιτών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για τα ναρκωτικά θα συνεισφέρει ένα έγγραφο θέσεων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2010)

Πέραν αυτού, μέλη διαφόρων πολιτικών ομάδων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου διοργανώνουν συσκέψεις και ακροάσεις με θέμα την τρέχουσα και τη μελλοντική πολιτική της ΕΕ για τα ναρκωτικά. Οι ποικίλες αυτές συζητήσεις και συνεισφορές, από κοινού με την αξιολόγηση, θα συμβάλουν στην ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης πολιτικής της ΕΕ για τα

ναρκωτικά πέραν του 2012. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, η Ευρωπαϊκή Ένωση ενέκρινε οκτώ στρατηγικές και σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά. (ΕΚΤΕΠΝ, 2010)

Η μεταβολή του περιεχομένου των διαδοχικών εγγράφων αντικατοπτρίζει την εξέλιξη της ευρωπαϊκής προσέγγισης του προβλήματος των ναρκωτικών. Στα δύο πρώτα ευρωπαϊκά σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά περιλαμβάνονταν δράσεις που αποσκοπούσαν στη μείωση αφενός της προσφοράς και, αφετέρου, της ζήτησης ναρκωτικών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2010)

Η έννοια της ολοκληρωμένης προσέγγισης, με την οποία συνδυάζονται και τα δύο αυτά στοιχεία, εμφανίζεται για πρώτη φορά στο σχέδιο δράσης 1995–1999. Στη στρατηγική που εγκρίθηκε το 2000, η προσέγγιση της ΕΕ ορίζεται ως ολοκληρωμένη και ισόρροπη, υπό την έννοια ότι αποδίδει παρόμοια πολιτική βαρύτητα στις παρεμβάσεις τόσο για τη μείωση της ζήτησης όσο και για τη μείωση της προσφοράς. Αυτή η αλλαγή προσέγγισης αντικατοπτρίζεται και στους τίτλους των εν λόγω εγγράφων πολιτικής της ΕΕ, όπου ο όρος «σχέδιο για την καταπολέμηση των ναρκωτικών» αντικαταστάθηκε από τον πιο ουδέτερο σημασιολογικά «στρατηγική/σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά». (ΕΚΤΕΠΝ, 2010)

Όσον αφορά το περιεχόμενο των εγγράφων πολιτικής, μία από τις προφανέστερες αλλαγές κατά την τελευταία εικοσαετία ήταν η θέσπιση στόχων στον τομέα της μείωσης της ζήτησης για τη μείωση των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών. Η αποτίμηση και η αξιολόγηση των πολιτικών δεν αναφέρονταν στα δύο πρώτα ευρωπαϊκά σχέδια, καθώς το πρώτιστο μέλημα στις αρχές της δεκαετίας του 1990 ήταν η δημιουργία ενός αξιόπιστου ευρωπαϊκού συστήματος πληροφόρησης για τα ναρκωτικά. Η αποτίμηση της υλοποίησης καθιερώνεται με το σχέδιο του 1995, η αξιολόγηση δεν καθίσταται αναπόσπαστο τμήμα της προσέγγισης της ΕΕ παρά μόνο στη στρατηγική για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2000–2004. (Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης ναρκωτικών και Τοξικομανίας, ετήσια έκθεση, 2008)

Τα τελευταία χρόνια οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν προχωρήσει σε μια προσέγγιση κάνοντας διάκριση όσο αφορά τον έμπορο ναρκωτικών, θεωρώντας τον εγκληματία και τον χρήστη ναρκωτικών, ως έναν άρρωστο, που χρήζει θεραπείας. (Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης ναρκωτικών και Τοξικομανίας, ετήσια έκθεση, 2008)

Παρατηρούνται όμως και κάποιες διαφορές ως προς τον τρόπο με τον οποίο τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. ορίζουν τις κατηγορίες στους νέους νόμους που έχουν θεσπιστεί. Ένα ζήτημα στο οποίο εμφανίζεται μεγάλος βαθμός απόκλισης είναι ο ορισμός του ορίου ποσότητας για την προσωπική κατοχή. Όπως αναφέρεται στην ετήσια έκθεση του 2008 σχετικά με την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη.

Η Βουλγαρία κατέργησε την έννοια της προσωπικής κατοχής, η Ιταλία την επαναθέσπισε ύστερα από δώδεκα χρόνια κατάργησης και το Ηνωμένο Βασίλειο θέσπισε την έννοια, όμως αποφάσισε να την εφαρμόσει αργότερα. (Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης ναρκωτικών και Τοξικομανίας, ετήσια έκθεση, 2008)

Η Κύπρος και η Βουλγαρία εισήγαγαν μικρές ποσότητες το 2003 για όλα τα ναρκωτικά και την κάνναβη αντίστοιχα, ενώ η Γερμανία κατέβαλε προσπάθειες προκειμένου να εφαρμόσει με μεγαλύτερη συνέπεια μια απόφαση του συνταγματικού δικαστηρίου, όπου αναφερόταν σε « αμελητέες ποσότητες» χωρίς να τις προσδιορίζει, με αποτέλεσμα αυτές να ερμηνευτούν μεταξύ 3 και 30 γραμμαρίων. (Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών

στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης ναρκωτικών και Τοξικομανίας, ετήσια έκθεση, 2008)

Το 2005, στη Σλοβακία, οι νομικοί ορισμοί περί προσωπικής κατοχής διευρύνθηκαν από μια δόση σε τρεις δόσεις και για μεγαλύτερες ποσότητες, στις δέκα δόσεις. Ταυτόχρονα, η ποινή για την κατοχή μεγαλύτερων ποσοτήτων αυξήθηκε σε τουλάχιστον τέσσερα χρόνια φυλάκισης, ποινή που επιβάλλεται και για το αδίκημα της διακίνησης. (Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης ναρκωτικών και Τοξικομανίας, ετήσια έκθεση, 2008)

Άλλη μία πρόκληση που αφορά τη διάκριση μεταξύ χρηστών και προμηθευτών είναι η χρήση ουσιών στις μικρές ομάδες. Στο Βέλγιο, το συγκεκριμένο ποινικό αδίκημα σε ομάδα καταργήθηκε το 2003, το ίδιο έτος, μια τροποποίηση του ουγγρικού ποινικού κώδικα επέτρεψε τη διαφοροποίηση της αντιμετώπισης του προμηθευτή μικρής ποσότητας, η οποία προορίζεται για την κατανάλωση «από κοινού». Το 2006 η Μάλτα διαπίστωσε ότι η ελάχιστη ποινή έξι μηνών για τους προμηθευτές δεν άρμοζε σε περιπτώσεις κοινής χρήσης και επέφερε αλλαγές στη νομοθεσία προκειμένου να προβλέπονται εξαιρέσεις. (Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης ναρκωτικών και Τοξικομανίας, ετήσια έκθεση, 2008)

Σε ότι αφορά στη επιβολή ποινής, οι μέγιστες ή πιθανές για χρήση ή κατοχή για προσωπική χρήση, έχουν μειωθεί σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες από το 2001 έως και σήμερα, είτε για όλες τις εξαρτησιογόνες ουσίες (Ελλάδα, Εσθονία, Ουγγαρία, Πορτογαλία, Φιλανδία, είτε για τη κάνναβη (Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Ηνωμένο Βασίλειο), είτε για τα ναρκωτικά που ενέχουν μικρότερους κινδύνους (Ρουμανία). (Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης ναρκωτικών και Τοξικομανίας, ετήσια έκθεση, 2008)

Ωστόσο, το ίδιο χρονικό διάστημα οι ποινές δεν μειώθηκαν απ' όλες τις χώρες. Η Γαλλία και η Πολωνία αποφάσισαν να μην αλλάξουν τη νομοθεσία και η Δανία μετέτρεψε τις ποινές από εγγυήσεις σε πρόστιμα. (Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης ναρκωτικών και Τοξικομανίας, ετήσια έκθεση, 2008)

Στην Ιταλία, ένας νέος νόμος εισήγαγε τη χρήση ουσιών ως διοικητικό αδίκημα, ενώ η χρήση κάνναβης επιφέρει τις ίδιες ποινές με άλλες παράνομες ουσίες, όπως είναι η ηρωίνη και η κοκαΐνη. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ανακοινώθηκε ότι η κάνναβη πρέπει να αναταξινομηθεί όσο αφορά τη διαβάθμιση των ποινών. (Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη, Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης ναρκωτικών και Τοξικομανίας, ετήσια έκθεση, 2008)

Υπάρχουν και κάποιες νέες εξελίξεις σύμφωνα με τους Λιάππας, Πομίνι (2004) Παπαδάτος (2010) και Λαμπροπούλου (2002), έντεκα χώρες ενέκριναν πρόσφατα νέες εθνικές στρατηγικές ή νέα εθνικά σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά, που καλύπτουν χρονικά διαστήματα μεταξύ τριών και εννέα ετών.

Σε τρεις εξ' αυτών (Πορτογαλία, Ρουμανία, Τουρκία), τα έγγραφα πολιτικής για τα ναρκωτικά καλύπτουν το χρονικό διάστημα που καλύπτει και η τρέχουσα στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά. Ενίοτε γίνονται αναφορές στο αλκοόλ και το κάπνισμα. Ωστόσο, στα περισσότερα έγγραφα πολιτικής για τα ναρκωτικά η κύρια έμφαση δίνεται στις παράνομες ουσίες, ενώ πολλές χώρες διαθέτουν χωριστά εθνικά σχέδια δράσης για το αλκοόλ και το κάπνισμα. (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010, Λαμπροπούλου, 2002)

Μία από τις ελάχιστες εξαιρέσεις, μια στρατηγική για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ, επρόκειτο να υιοθετηθεί από την Ιρλανδία, αλλά η έγκρισή της καθυστέρησε λόγω των βουλευτικών εκλογών στις αρχές του 2011. Καθυστέρηση στην έγκριση νέου εγγράφου πολιτικής για τα ναρκωτικά, λόγω αλλαγής κυβέρνησης, ανέφεραν και οι Κάτω Χώρες, ενώ η νεοεκλεγείσα κυβέρνηση της Ουγγαρίας ανακοίνωσε την πρόθεσή για αντικατάσταση της στρατηγικής για τα ναρκωτικά, που είχε εγκρίνει ένα χρόνο νωρίτερα η προηγούμενη κυβέρνηση. (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010, Λαμπροπούλου, 2002)

Τέσσερις ακόμη χώρες (Γερμανία, Εσθονία, Σλοβενία, Σουηδία) ανέφεραν ότι η εκπόνηση και η έγκριση των νέων εγγράφων πολιτικής τους για τα ναρκωτικά αναμένεται να ολοκληρωθούν εντός του 2011, ενώ η Νορβηγία παρέτεινε την ισχύ του σχεδίου δράσης της (2007–2010) έως το 2012. (Λιάππας, Πομίνι, 2004, Παπαδάτος, 2010, Λαμπροπούλου, 2002)

### **4.3. Διακρατικές συμφωνίες**

Η Κυβέρνηση της Ελληνικής Δημοκρατίας συνεργάζεται και με άλλα κράτη, Ευρωπαϊκά και Διεθνή, για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, ψυχοτρόπων ουσιών, που δημιουργούν σημαντικό κίνδυνο για την κάθε χώρα ξεχωριστά και το κοινωνικό της υπόβαθρο. Η Ελληνική κυβέρνηση συνεργάζεται με την Κυβέρνηση της Γαλλικής Δημοκρατίας, την Κυβέρνηση της Δημοκρατίας της Σερβίας, την Κυβέρνηση της Κυπριακής Δημοκρατίας και την Κυβέρνηση της Λαϊκής Δημοκρατίας της Κίνας.

Σύμφωνα με το Νόμο 3901/2010 ορίζεται συμφωνία ανάμεσα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Κυβέρνησης της Γαλλικής Δημοκρατίας, σχετικά με τη συνεργασία τους σε θέματα που αφορούν την εσωτερική ασφάλεια. Η συνεργασία τους περιλαμβάνει θέματα καταπολέμησης της τρομοκρατίας, καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος και καταπολέμησης της παράνομης παραγωγής, διακίνησης, χρήσης ναρκωτικών ουσιών και της εμπορίας. Όσο αφορά την καταπολέμηση της παράνομης παραγωγής, διακίνησης και εμπορίας ναρκωτικών, λαμβάνουν μέτρα και ανταλλάσσουν πληροφορίες και εμπειρίες για τις νέες μεθόδους παραγωγής ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών, για τη διακίνηση, απόκρυψη και διανομή αλλά και για την επίλυση των θεμάτων αυτών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Με το νόμο 3935/2011 συνεργάζονται η Κυβέρνηση της Ελληνικής Δημοκρατίας με την Κυβέρνηση της Δημοκρατίας της Σερβίας, για την πρόληψη και την καταπολέμηση του εγκλήματος. Συνεργάζονται σε θέματα όπως είναι η εσωτερική ασφάλεια, όπου θα υπάρχει και αμοιβαία παροχή αρωγής και σε άλλους τομείς. Η καταπολέμηση της τρομοκρατίας, η καταπολέμηση του εγκλήματος και η καταπολέμηση της παράνομης παραγωγής, εξαγωγής, εισαγωγής, μεταφοράς και διακίνησης ναρκωτικών ουσιών. Επιπλέον, συνεργάζονται για την καταπολέμηση της παράνομης διακίνησης και μεταφοράς όπλων, πυρομαχικών, εκρηκτικών υλών, πυρηνικών υλικών, καθώς επίσης ραδιενεργών και τοξικών ουσιών, καταπολέμηση του λαθρεμπορίου και πρόληψη, καταπολέμηση και διερεύνηση ύποπτων οικονομικών συναλλαγών. Επίσης, συμβάλλουν για την καταπολέμηση της λαθρομετανάστευσης και της παράνομης διακίνησης ανθρώπων και ανθρωπίνων οργάνων, καθώς και της πλαστογραφίας και της παραχάραξης χαρτονομισμάτων. Επιδιώκουν την καταπολέμηση αδικημάτων κατά της ζωής, της σωματικής ακεραιότητας και της ιδιοκτησίας, της διακίνησης κλαπέντων οχημάτων, των απαγωγών ή των εκβιάσεων, που έχουν σκοπό να αποκτήσουν χρήματα ή υλική ιδιοκτησία. Τέλος, καταπολεμούν εγκληματικές πράξεις, που αφορούν την πορνεία, τη σεξουαλική εκμετάλλευση και το βιασμό γυναικών και ανηλίκων. Η πρόληψη και η καταστολή του βαθμού της εγκληματικότητας, από τη στιγμή που ενδιαφέρονται από κοινού

οι δύο χώρες, συγκαταλέγονται στους τομείς, που αναφέρθηκαν περαιτέρω. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Όσο αφορά τη συμφωνία (Νόμος 3936/2011) μεταξύ της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Κυβέρνησης της Κυπριακής Δημοκρατίας, συνεργάζονται για την ασφάλεια και την αστυνομική συνεργασία. Καθώς λαμβάνουν μέτρα και ανταλλάσσουν πληροφορίες και εμπειρίες για τις νέες μεθόδους παραγωγής, εισαγωγής, εξαγωγής ναρκωτικών και ψυχοτρόπων ουσιών, για τη διακίνηση, την απόκρυψη, τη διανομή αλλά και για την αντιμετώπιση αυτών. Οι δύο Κυβερνήσεις λαμβάνοντας υπόψη τις υποχρεώσεις τους που απορρέουν από την ιδιότητα τους ως κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και υπό την επιφύλαξη ανειλημμένων υποχρεώσεων τους βάσει διμερών και πολυμερών συμφωνιών με άλλα κράτη, αναγνώρισαν τα πλεονεκτήματα από την αστυνομική συνεργασία σε θέματα που αφορούν την ασφάλεια, πρόληψη και καταπολέμηση του εγκλήματος και συνεργάζονται για τους ακόλουθους τομείς:

- καταπολέμηση του οικονομικού εγκλήματος, καθώς και της νομιμοποίησης εσόδων που προέρχονται από εγκληματικές δραστηριότητες
- καταπολέμηση της παράνομης μετανάστευσης και της εγκληματικότητας
- καταπολέμηση της κλοπής και παράνομης διακίνησης οχημάτων, καθώς και της πλαστογράφησης αδειών οδήγησης
- έρευνα για πρόσωπα που αγνοούνται ή καταζητούνται
- πρόληψη και καταπολέμηση ηλεκτρονικού εγκλήματος
- βελτίωση μεθόδων και μέσων τήρησης και αποκατάστασης της δημόσιας τάξης και χειρισμού καταστάσεων κρίσεως
- ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών σε θέματα Τροχαίας. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Στις 5 Ιουνίου του 2007, στο Πεκίνο, κυρώνεται και ισχύει η διακρατική συμφωνία ανάμεσα στη Κυβέρνηση της Ελληνικής Δημοκρατίας και στη Κυβέρνηση της Λαϊκής Δημοκρατίας της Κίνας, με το νόμο 3963/2011, άρθρο 28, παρ. 1, που αφορά την καταπολέμηση του εγκλήματος και της παράνομης διακίνησης των ναρκωτικών ουσιών. Επιπλέον, συνεργάζονται για την εγκληματικότητα των χωρών, την πρόληψη του εγκλήματος και τη διατήρηση της δημόσιας τάξης. Θέλοντας να ενδυναμώσουν και να βελτιώσουν τις ήδη φιλικές σχέσεις μεταξύ των δύο Κρατών, καθώς και την ανησυχία τους σε σχέση με τον κίνδυνο εξάπλωσης του διεθνούς οργανωμένου εγκλήματος, συνεργάζονται και για την καταπολέμηση παράνομων δραστηριοτήτων, που σχετίζονται με όπλα, την καταπολέμηση της παραποίησης και πλαστογράφησης τραπεζογραμματίων, πιστωτικών καρτών, χρεογράφων και άλλων πολύτιμων ειδών, την καταπολέμηση του εγκλήματος που στρέφεται κατά της ανθρώπινης ζωής, της υγείας, της ελευθερίας και της σεξουαλικής ακεραιότητας και τέλος επιθυμούν την εκπαίδευση και τη μόρφωση των αστυνομικών. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

#### **4.4. Νέος νόμος – κώδικας για τα ναρκωτικά**

Ο νέος νόμος σχετίζεται με τη μεταρρύθμιση του Κώδικα για τα Ναρκωτικά, του νόμου 3459/2006, που έχει αναλυθεί στα προηγούμενα κεφάλαια (βλ. 4.1, 4.1.1.). Το νομοσχέδιο αναφέρεται στην κυβερνητική και διοικητική δράση, καθώς και στο συντονισμό τους, ορίζοντας τα όργανα και τους οργανισμούς που είναι αρμόδια για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα της εξάρτησης.

Ο νόμος ορίζει ότι αφού έχει διαγνωσθεί η εξάρτηση του κατηγορουμένου αποτελεί λόγο άρσης ή μείωσης του καταλογισμού οφείλει να απαλλαγεί ή να μειωθεί η ποινή. Όσο αφορά την αντιμετώπιση του χρήστη σε ποινικό επίπεδο, το νομοσχέδιο προβλέπει:

- Αποποινικοποίηση κατοχής και προμήθειας ναρκωτικών ουσιών, που χρησιμοποιείται για προσωπική χρήση. Η καλλιέργεια της κάνναβης για προσωπική χρήση, υποβαθμίζεται σε βαθμό πταίσματος.
- Ηπιότερη μεταχείριση (πλημμεληματικού χαρακτήρα) για την διακίνηση μικροποσότητας.
- Αυξημένες ποινές προβλέπονται για συγκεκριμένα πρόσωπα (ιατρούς, φαρμακοποιούς, υπαλλήλους, που σχετίζονται με ναρκωτικές ουσίες) και σε συγκεκριμένους χώρους (σχολεία, στρατόπεδα, καταστήματα κράτησης) ή σε βάρος ανηλίκων.
- Απαγορεύεται η ηπιότερη αντιμετώπιση εξαρτημένου – «μεγαλέμπορου» ναρκωτικών, για τον οποίο προβλέπεται η εσχάτη ποινή (ισόβια) ή πρόσκαιρη κάθειρξη 10-20 ετών, καθώς και χρηματική ποινή των 600.000 ευρώ. Όταν το οικονομικό όφελος από την εμπορία ξεπερνά τα 50.000 ευρώ, τότε η εμπορία χαρακτηρίζεται ως μεγαλεμπορία. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Σύμφωνα με το νόμο ο τρόπος διάγνωσης της εξάρτησης τροποποιείται με την κατοχύρωση ενός πλήρους συστήματος διάγνωσης και την απόδειξη της εξάρτησης, το οποίο στο Δικαστήριο συνεκτιμάται υποχρεωτικά για τον κατηγορούμενο. Δικαίωμα στην πλήρη θεραπεία έχουν όλοι οι εξαρτημένοι δράστες, τόσο αυτοί που καταδικάστηκαν για εγκλήματα του νόμου περί ναρκωτικών, όσο αυτοί που διευκόλυναν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Εξαιρέση στην πλήρη θεραπεία αποτελούν ιδιαίτερα σκληρά εγκλήματα, όπως είναι η ανθρωποκτονία, ο βιασμός και η ληστεία με ιδιαίτερη σκληρότητα. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Το δικαίωμα σε θεραπευτικό πρόγραμμα και η επιβολή εναλλακτικών μέτρων φυλάκισης διασφαλίζεται και προβλέπεται από το νόμο, δηλαδή η θεραπεία εντός και εκτός των φυλακών. Εάν ο εξαρτημένος επιθυμεί να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα, υποβάλλεται σε πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης τριών (3) εβδομάδων, για να ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα εντός φυλακής, αφού ολοκληρώσει επιτυχώς το πρόγραμμα αυτό, μπορεί να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα εκτός φυλακής. Το χρονικό διάστημα της παραμονής στο θεραπευτικό πρόγραμμα, εκτιμάται ως χρόνος έκτισης ποινής. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Στον τομέα της συστηματοποίησης της κυβερνητικής δράσης και του συντονισμού, κορυφαίο όργανο θεσπίζεται η Διυπουργική Επιτροπή για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά των ναρκωτικών, της οποίας πρόεδρος είναι ο πρωθυπουργός και μετέχουν τα αρμόδια υπουργεία και ο πρόεδρος της αρμόδιας διακομματικής επιτροπής της Βουλής. Ορίζεται η Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών, με μέλη τους εκπροσώπους των αρμόδιων υπουργείων και φορέων (ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, ΨΝΑ, ΨΝΘ και ΕΚΤΕΠΝ). (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

Κύριο έργο της είναι η διεκπεραίωση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης και η παρακολούθηση της εφαρμογής του, υποβοηθούμενη από 12μελές Γνωμοδοτικό Συμβούλιο, που αποτελείται από ειδικούς επιστήμονες, τους οποίους έχουν ορίσει τα αρμόδια υπουργεία. Το νομοσχέδιο ονομάζει τους εγκεκριμένους φορείς θεραπείας της εξάρτησης και περιγράφει τον τρόπο λειτουργίας τους. (ΕΚΤΕΠΝ, 2011, 2012)

#### 4.5. Ανακεφαλαίωση

Η Εθνική Στρατηγική για τα Ναρκωτικά, η οποία ανακοινώθηκε το 2006 και αφορά την περίοδο 2006-2012, στηρίζεται σε δύο πυλώνες προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα των ναρκωτικών, που είναι η μείωση της ζήτησης και η μείωση της προσφοράς ναρκωτικών ουσιών.

Επίσης, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη και την καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος, καθώς και στην παρακολούθηση, την αξιολόγηση και την επιστημονική έρευνα του προβλήματος.

Για την εξασφάλιση ενός ολοκληρωμένου αποτελεσματικού συστήματος μείωσης της ζήτησης και της προσφοράς είναι αναγκαία η λήψη μιας σειράς αλληλοσυμπληρούμενων μέτρων, που θα επιτύχουν τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών και της εξάρτησης, με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση των υγειονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων.

Οι βασικοί επιχειρησιακοί στόχοι του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι επτά: Η καθολική εξασφάλιση του δικαιώματος στη θεραπεία και η σταδιακή εξαφάνιση της λίστας αναμονής. Η εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες πρόληψης και ενημέρωσης. Η εξασφάλιση επιπλέον οικονομικών πόρων για προληπτική πολιτική. Η συνολική μείωση της ζήτησης εξαρτησιογόνων ουσιών. Η καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού και η κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών στη μάχη κατά της εξάρτησης.

Το νομοθετικό πλαίσιο στον ελληνικό χώρο για τα ναρκωτικά διαγράφεται μέσα από τους Νόμους 1729/87, 2161/93, όπου τα βασικά χαρακτηριστικά του νομικού πλαισίου είναι η αυστηρότητά του έναντι αυτών που εμπορεύονται ή παρασκευάζουν ουσίες και η επιείκειά του έναντι των χρηστών. Ακόμη ο νόμος δύναται να αντιμετωπίζει διαφορετικά τα άτομα, ανάλογα με τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ατόμου και ουσίας.

Στον ευρωπαϊκό χώρο για τα ναρκωτικά στηρίζεται στις εθνικές στρατηγικές και τα εθνικά σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά. Εθνικές στρατηγικές και εθνικά σχέδια δράσης διαθέτουν πλέον σχεδόν και οι 30 χώρες που παρακολουθούνται από το ΕΚΤΠΝ. Στις περισσότερες από τις χώρες αυτές, το έγγραφο πολιτικής για τα ναρκωτικά εγκρίθηκε την τελευταία τρία χρόνια. Τα εν λόγω έγγραφα περιγράφουν την κατάσταση των ναρκωτικών και τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους κάθε χώρας στον συγκεκριμένο τομέα και προσδιορίζουν δράσεις και αρμόδιους φορείς για την υλοποίησή τους.

Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν προχωρήσει σε μια προσέγγιση κάνοντας διάκριση όσο αφορά τον έμπορο ναρκωτικών, θεωρώντας τον εγκληματία και τον χρήστη ναρκωτικών, ως έναν άρρωστο, που χρήζει θεραπειάς.

Παρατηρούνται όμως και κάποιες διαφορές ως προς τον τρόπο με τον οποίο τα κράτη-μέλη της Ε.Ε ορίζουν τις κατηγορίες στους νέους νόμους που έχουν θεσπιστεί.

Μία διαφορά που εμφανίζεται έντονα είναι ο μεγάλος βαθμός απόκλισης του ορίου ποσότητας για την προσωπική κατοχή. Άλλη μία πρόκληση που αφορά τη διάκριση μεταξύ χρηστών και προμηθευτών είναι η χρήση ουσιών στις μικρές ομάδες. Σε ότι αφορά στη επιβολή ποινής, οι μέγιστες ή πιθανές για χρήση ή κατοχή για προσωπική χρήση, έχουν μειωθεί σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες από το 2001 έως και σήμερα, είτε για όλες τις εξαρτησιογόνες ουσίες είτε για τα ναρκωτικά που ενέχουν μικρότερους κινδύνους.

Επιπλέον, στο κεφάλαιο αναφέρθηκαν λεπτομερώς οι διακρατικές συμφωνίες χωρών, όπου η Κυβέρνηση της Ελληνικής Δημοκρατίας συνεργάζεται και με άλλα κράτη,



Ευρωπαϊκά και Διεθνές, όσο αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών, ψυχοτρόπων ουσιών, που δημιουργούν σημαντικό κίνδυνο για την κάθε χώρα ξεχωριστά και το κοινωνικό της υπόβαθρο. Η Ελληνική κυβέρνηση συνεργάζεται με την Κυβέρνηση της Γαλλικής Δημοκρατίας, την Κυβέρνηση της Δημοκρατίας της Σερβίας, την Κυβέρνηση της Κυπριακής Δημοκρατίας και την Κυβέρνηση της Λαϊκής Δημοκρατίας της Κίνας.

Τέλος, έγινε αναφορά σε νέους νόμους – στον κώδικα για τα ναρκωτικά, όπου σχετίζεται με τη μεταρρύθμιση του Κώδικα για τα Ναρκωτικά, του νόμου 3459/2006, καθώς ορίζει τα όργανα και τους οργανισμούς που είναι αρμόδια για να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα της εξάρτησης. Τροποποιείται ο τρόπος διάγνωσης της εξάρτησης με την κατοχύρωση ενός πλήρους συστήματος διάγνωσης και την απόδειξη της εξάρτησης, το οποίο στο Δικαστήριο συνεκτιμάται υποχρεωτικά για τον κατηγορούμενο και δίνει το δικαίωμα παρακολούθησης θεραπευτικού προγράμματος και επιβάλλει εναλλακτικά μέτρα φυλάκισης. Οι τροποποιήσεις που έγιναν είναι πιο ευνοϊκές για τους χρήστες και έτσι βοηθούν και τον ίδιο το χρήστη αλλά και το κοινωνικό πλαίσιο ώστε να ευαισθητοποιηθεί και να αντιμετωπίσει πιο προσιτά το πρόβλημα των ναρκωτικών, χωρίς στιγματισμό.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

## 5.1.Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση του θεωρητικού πλαισίου της ουσιοεξάρτησης. Λειτουργώντας ως βάση, η θεωρία συμβάλει στην διαμόρφωση και μετέπειτα στην πλαισίωση των στόχων της παρέμβασης και του τρόπου επίτευξης αυτών, κάνοντας παράλληλα κατανοητή σύνδεση των αποτελεσμάτων που αναμένεται να επιτευχθούν. Η θεωρία με την αλληλουχία αρχών, εννοιών και ορισμών, εμφανίζει μια οργανωμένη ερμηνεία γεγονότων και καταστάσεων και εξηγεί τις αλλαγές και τις επιδράσεις που προκύπτουν από την μεταβολή ορισμένων παραγόντων ώστε να επεξηγήσει ή και να παραβλέψει διάφορα γεγονότα οι καταστάσεις της ζωής.

Το κεφάλαιο αυτό εμπεριέχει τις βασικές έννοιες πρόληψης και παρέμβασης της ουσιοεξάρτησης, προαγωγής υγείας, αγωγής υγείας και αξιολόγησης καθώς και τις θεωρίες, της κοινωνικής μάθησης, έλλογης δράσης και προσχεδιασμένης συμπεριφοράς και διάχυσης καινοτομιών. Τα θεωρητικά μοντέλα όπως, το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία, κοινωνικής ανάπτυξης, προβληματικής συμπεριφοράς και κοινωνικής οικολογίας που έχουν αναπτυχθεί σχετίζονται με την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Γίνεται αναφορά των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων που αναπτύσσονται σε επίπεδο: ατομικό, οικογενειακό, σχολικό, κοινωνικό και ωθούν ή αποτρέπουν στον εθισμό σε διάφορες ουσίες.

## 5.2. Βασικές έννοιες

### Πρόληψη της ουσιοεξάρτησης

Ως πρόληψη ορίζεται η διαδικασία που στοχεύει στην μείωση της επικινδυνότητας για παρουσίαση ή και εξέλιξη μιας υπάρχουσας ασθένειας ή κατάστασης. Ανάλογα με το φαινόμενο στο οποίο αναφέρεται κάθε φορά διαμορφώνονται και οι ιδιαίτεροι στόχοι που πρέπει να εφαρμοστούν. Στην περίπτωση της ουσιοεξάρτησης, η πρόληψη σχετίζεται τόσο με την αντιμετώπιση των παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε χρήση, όσο και με την ενίσχυση εκείνων που συμβάλουν στην ενδυνάμωση του για αποφυγή ή αναβολή της έναρξης χρήσης και την μετέπειτα εξάρτηση από αυτή. (Τσουνής, 2012)

Ως πρόληψη ορίζεται το σύνολο εκείνων των στρατηγικών που εφαρμόζονται πριν ακόμη γίνει η εμφάνιση μιας παθολογείας. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Η πρόληψη δεν στοχεύει στους κινδύνους που ελλοχεύει η χρήση. Δεν εστιάζει σε γρήγορα αποτελέσματα. Έχει στο επίκεντρο της, τις αιτίες του προβλήματος προάγοντας έτσι την ψυχοκοινωνική υγεία των νέων (ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, μείωση του συναισθήματος μοναξιάς, ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, αντιστάσεων σε αρνητικές

επιρροές, ικανότητας λήψης αποφάσεων για τον τρόπο ζωής) για να επιτύχει αυτούς τους στόχους, χρησιμοποιεί σύγχρονο εκπαιδευτικό υλικό και μεθόδους. (Λάιος, 2011)

Η πρόληψη γύρω από την δημιουργία αντικοινωνικών, παράνομων και εξαρτητικών συμπεριφορών, αποτελεί το πιο σημαντικό τείχος στην κοινωνική απομόνωση και αποστασιοποίηση των νέων. Θέτει τις βάσεις για την ελεύθερη έκφραση, και την μεταξύ τους σύνδεση, των μελών της κοινωνίας. (Γεωργακάς, 2006)

Σύμφωνα με τον Πασσά (2008) πρόληψη είναι:

- Προστασία του αυτονόητου δικαιώματος των παιδιών να ζουν την παιδική τους ηλικία χωρίς να γίνεται κατάχρηση αυτής προς όφελος άλλων. Αλλαγή και διαμόρφωση του σχολικού περιβάλλοντος προκειμένου να μπορεί να προσαρμοθεί κάθε παιδί με ιδιαιτερότητα και όχι να το απομακρύνει.
- Ο σεβασμός στον συνάνθρωπο μας, με ελεύθερη έκφραση των απόψεών του και σεβασμό στα δικαιώματά του.
- Η άρνηση της πνευματικής και σωματικής «υποδούλωσης» καταναλωτισμού παθητικών προϊόντων (π.χ. Η εξάρτηση του καναπέ, της τηλεόρασης, του φαγητού, του αλκοόλ και του τσιγάρου).
- Αντίσταση στην κατάρρευση των αρχών και αξιών τόσο από εμάς τους ίδιους όσο και από τους γύρω μας και κυρίως από αυτούς που ασκούν εξουσία.
- Υπενθύμιση ότι ανάλογα με τον ρόλο που εκτελεί ο καθένας, (γονιός, εκπαιδευτικός) ή κάθε μορφής εργαζόμενος, με βάση αυτόν καλείται να ασκήσει και πρόληψη. (Πασσάς, 2008)

Στην ουσιοεξάρτηση στόχος της πρόληψης είναι η καταπολέμηση των αιτιών που συμβάλλουν στην ευερεθιστικότητα ενός ατόμου και στην εξεύρεση τακτικών για την ενδυνάμωση και την προστασία αυτού, συμβάλλοντας έτσι στην προσωρινή η και οριστική αποφυγή της έναρξης χρήσης ουσιών και της εξάρτησης αυτών. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Στο πεδίο της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης ο σκοπός δεν αναλώνεται μόνο στην διάθεση των πληροφοριών. Αλλά και στην θετική εκμετάλλευση εκπαιδευτικών διαδικασιών και μεθόδων θετικής αλληλεπίδρασης και μάθησης καθώς και στην ενδυνάμωση και εκμάθηση των ατόμων, ώστε να αποκτήσουν ενεργητικότητα στην ζωή τους και να καλλιεργήσουν δεξιότητες που σχετίζονται με την πρόληψη. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### **Παρέμβαση και φιλοσοφία της πρόληψης**

Με τον όρο παρέμβαση πρόληψης, εννοούνται οι οργανωμένες και ιεραρχημένες δράσεις που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της φιλοσοφίας της αγωγής υγείας με στόχο την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης και στο πλαίσιο αυτό συμμετέχει μια ομάδα-στόχος. Οι παρεμβάσεις αυτές ποικίλουν και ως προς τους στόχους και ως προς τα πλαίσια εφαρμογής τους, καθώς και στις μεθόδους και το περιεχόμενο. Με διάρκεια είτε βραχυπρόθεσμη είτε μακροπρόθεσμη.

Η κάθε παρέμβαση που εφαρμόζεται έχει καθορισμένους στόχους, μέθοδο και θεωρητικό πλαίσιο ανάπτυξης, προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά της ομάδας που απευθύνεται. Μια παρέμβαση μπορεί να αποτελεί μια μεμονωμένη δράση ή συνδυασμό πολλών. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### **Προαγωγή της υγείας**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την διακήρυξη της Οτάβα η προαγωγή της υγείας (health promotion) αποτελεί μια σειρά δράσεων μέσα από την οποία τα άτομα έχουν την δυνατότητα να προάγουν την υγεία τους. Με βάση αυτόν τον ορισμό η προαγωγή της υγείας δεν σχετίζεται μόνο με την υγεία ενός ατόμου, αλλά περιλαμβάνει ένα μεγαλύτερο φάσμα ανάπτυξης τόσο του κοινωνικού, φυσικού και οικονομικού τομέα, όσο και καταστάσεων που προάγουν την υγεία και δημιουργούν σωστές στάσεις και συμπεριφορές.

Στην πράξη η έννοια της προαγωγής υγείας μπορεί να αποτελέσει βάση στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Προτέρημα αποτελεί το γεγονός ότι με τις αρχές που προασπίζει, μπορεί να συμφωνήσουν όλοι. Παρόλα αυτά όμως, γεννάται το ερώτημα, εάν εξαιτίας της γενικότητας του όρου μπορούν να τεθούν συγκεκριμένοι στόχοι που να βασίζονται σε αυτήν. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### **Αγωγή υγείας**

Με την έννοια αγωγή υγείας (health education) επιχειρείται ο σχεδιασμός δράσεων με στόχο την επιβοήθεια του ατόμου στην λήψη αποφάσεων και ανάπτυξη συμπεριφορών ώστε να ενεργούν με την δική τους θέληση, με στόχο να προάγουν την υγεία τους. Πιο συγκεκριμένα με τον όρο αγωγή υγείας, μιλάμε για την διαδικασία εκπαίδευσης των ανθρώπων σε θέματα υγείας, ενώ ο όρος προαγωγή της υγείας είναι πιο γενικός και στο περιεχόμενό του συμπεριλαμβάνεται και αυτός της αγωγής υγείας. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### **Αξιολόγηση**

Με τον όρο αξιολόγηση εννοείται η οργανωμένη συλλογή, ανάλυση και μετέπειτα ερμηνεία πληροφοριών που απορρέουν από την εφαρμογή και τα αποτελέσματα μιας παρέμβασης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012). Το περιεχόμενο της αξιολόγησης αποτελεί εργαλείο για αποφάσεις σχετικά με την βελτίωση, τη συνέχιση ή την διακοπή μιας παρέμβασης. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Η αξιολόγηση είναι μια διαδικασία που θα πρέπει να συμπεριληφθεί στην εργασία των ατόμων που σχετίζονται με την πρόληψη (χαράσσοντες πολιτική, επαγγελματίες και ερευνητές) με στόχο την καλύτερη εφαρμογή των παρεμβάσεων. Για κάτι τέτοιο απαιτούνται ειδικές γνώσεις, διάθεση χρόνου και προγραμματισμός. Αναμφίβολα, αποτελεί μια διαδικασία που μπορεί να ενσωματωθεί στην καθημερινότητα ενός επαγγελματία. (Μπάφη & Τερζίδου, 2006)

### 5.3. Θεωρίες και θεωρητικά μοντέλα στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης

#### 5.3.1 Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία σκιαγραφεί τον τρόπο αντιδράσεων των ατόμων σε θέματα υγείας και χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό για την παροχή υπηρεσιών σχετιζόμενων με αυτό. Η δημιουργία του μοντέλου αυτού τοποθετείται χρονικά στην δεκαετία του '50 στις ΗΠΑ, από μια ομάδα ψυχολόγων, με στόχο την εξήγηση στο τι οδηγεί το άτομο να κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και ποια είναι η συμπεριφορά τους σε θέματα πρόληψης και αγωγής υγείας, χρησιμοποιώντας ένα πρόγραμμα ελέγχου για την φυματίωση. Από τότε έως και τις μέρες μας, το μοντέλο αυτό αξιοποιείται για να ερμηνεύσει τις διάφορες συμπεριφορές που έχουν να κάνουν με την υγεία και την προώθηση σχετικών δράσεων. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

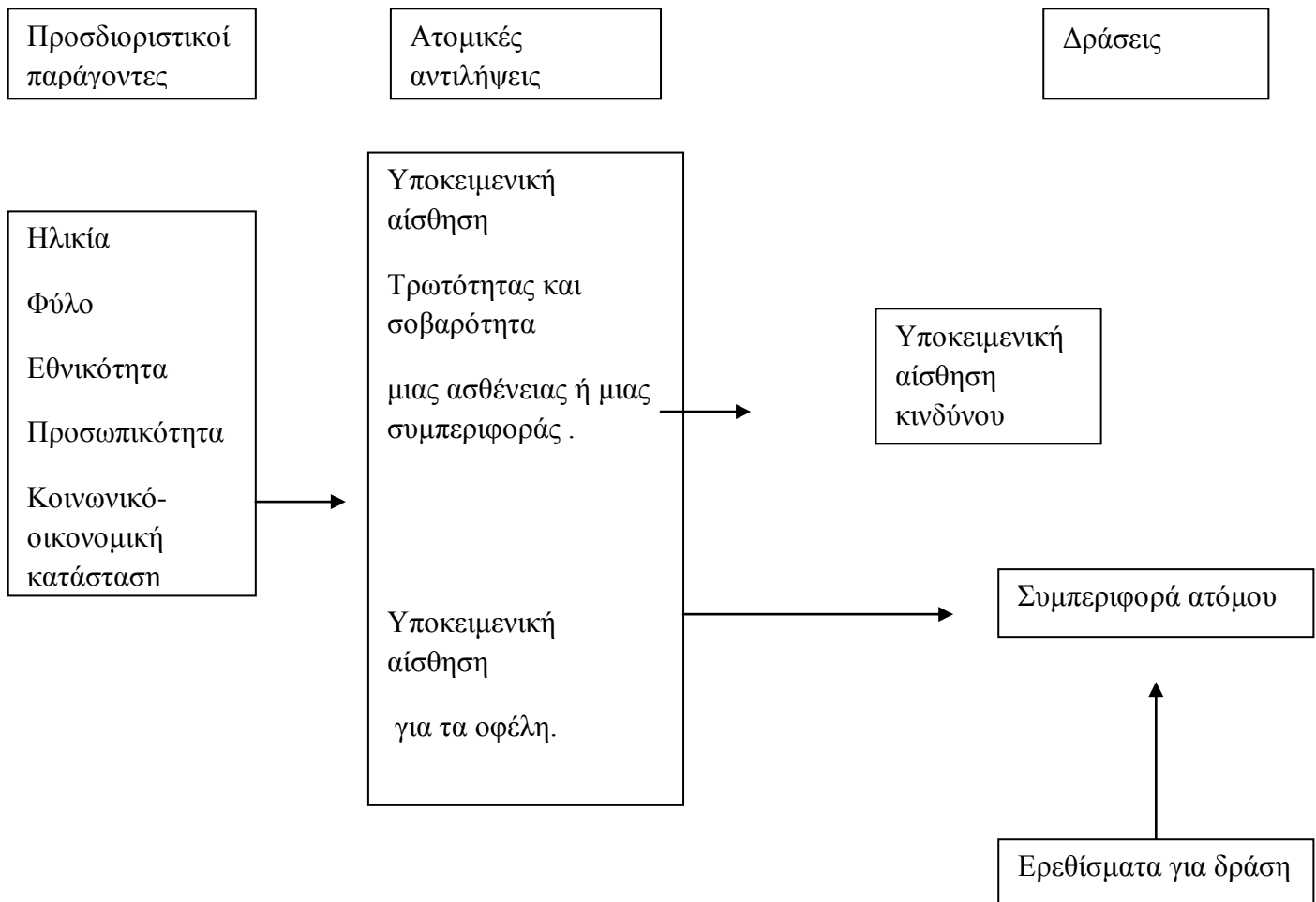
Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία στηρίζεται στην άποψη ότι τα οφέλη, όπως τα καταλαβαίνει το άτομο από μια δράση που σχετίζεται με την βελτίωση της υγείας του, και οι απόψεις για το κατά πόσο είναι πιθανό να αναπτύξει μια παθητική για το άτομο συμπεριφορά ή να παρουσιάσει μια παθολογία στην υγεία του και ο αντιληπτός σχετικός κίνδυνος, αποτελούν κύριους λόγους υποκίνησης για θετική δράση σε θέματα υγείας. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Το συγκεκριμένο μοντέλο, συνοπτικά εμπεριέχει τις ακόλουθες έννοιες.

- **Η υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας:** Σχετίζεται με τις αντιλήψεις ενός ατόμου για το πόσο επιρρεπείς είναι και κατά πόσο μπορεί να εμφανίσει ευάλωτη συμπεριφορά, να παρουσιάσει κάποια παθολογική κατάσταση στην υγεία του ή να νοσήσει από μια ασθένεια.
- **Η υποκειμενική αίσθηση σοβαρότητας:** Αναφέρεται στις αντιλήψεις για το κατά πόσο είναι επικίνδυνη μια ασθένεια ή μια κατάσταση ή μια συμπεριφορά. Στις αντιλήψεις αυτές, συνυπολογίζονται ιατρικές και κλινικές συνέπειες (π.χ. θάνατος, πόνος) όπως και κοινωνικές (π.χ. οικογένεια, εργασία, δεσμοί με την κοινωνία)
- **Η υποκειμενική αίσθηση για τα οφέλη:** Εάν κάποιος πιστεύει ότι διατρέχει μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης μιας παθολογικής συμπεριφοράς (υψηλή αίσθηση τρωτότητας). Οι πιθανότητες αλλαγής της συμπεριφοράς εξαρτώνται από τις αντιλήψεις του με τα θετικά αποτελέσματα που θα επιφέρουν οι ενέργειες, τις οποίες θα έκανε για να ελαττώσει τον κίνδυνο.
- **Η υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια:** Αφορούν πεποιθήσεις με πιθανές αρνητικές συνέπειες που έχουν να κάνουν με ανάπτυξη υγιών συμπεριφορών.
- **Τα ερεθίσματα για δράση:** Ένα άτομο οδηγείται στην αλλαγή μιας συμπεριφοράς υποκινούμενο από «ερεθίσματα για δράση», είτε εσωτερικά (π.χ. μια παθολογία στην υγεία του), είτε εξωτερικά (π.χ. οικογενειακό περιβάλλον).
- **Η αυτεπάρκεια** (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011).

## Σχεδιάγραμμα 1

Κύριες έννοιες του μοντέλου πεποιθήσεων για την υγεία.



Πηγή: Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011. Μετάφραση από Champion & Skinner (2008).

Σχετικά με την χρήση ουσιών, το μοντέλο αυτό επισημαίνει ότι η παροχή έγκυρης ενημέρωσης για τους κινδύνους που ελλοχεύουν και τις επιπτώσεις που έχουν οι ουσίες, θα οδηγήσουν στην πρόληψη και την αποτροπή της χρήσης, αναπτύσσοντας αρνητικές αντιλήψεις για τις ουσίες. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### 5.3.2 Θεωρία της έλλογης δράσης - θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς

Η θεωρία της έλλογης δράσης και της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, συγκροτούν το θεωρητικό πλαίσιο συμπεριφοράς του ατόμου, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στους λόγους

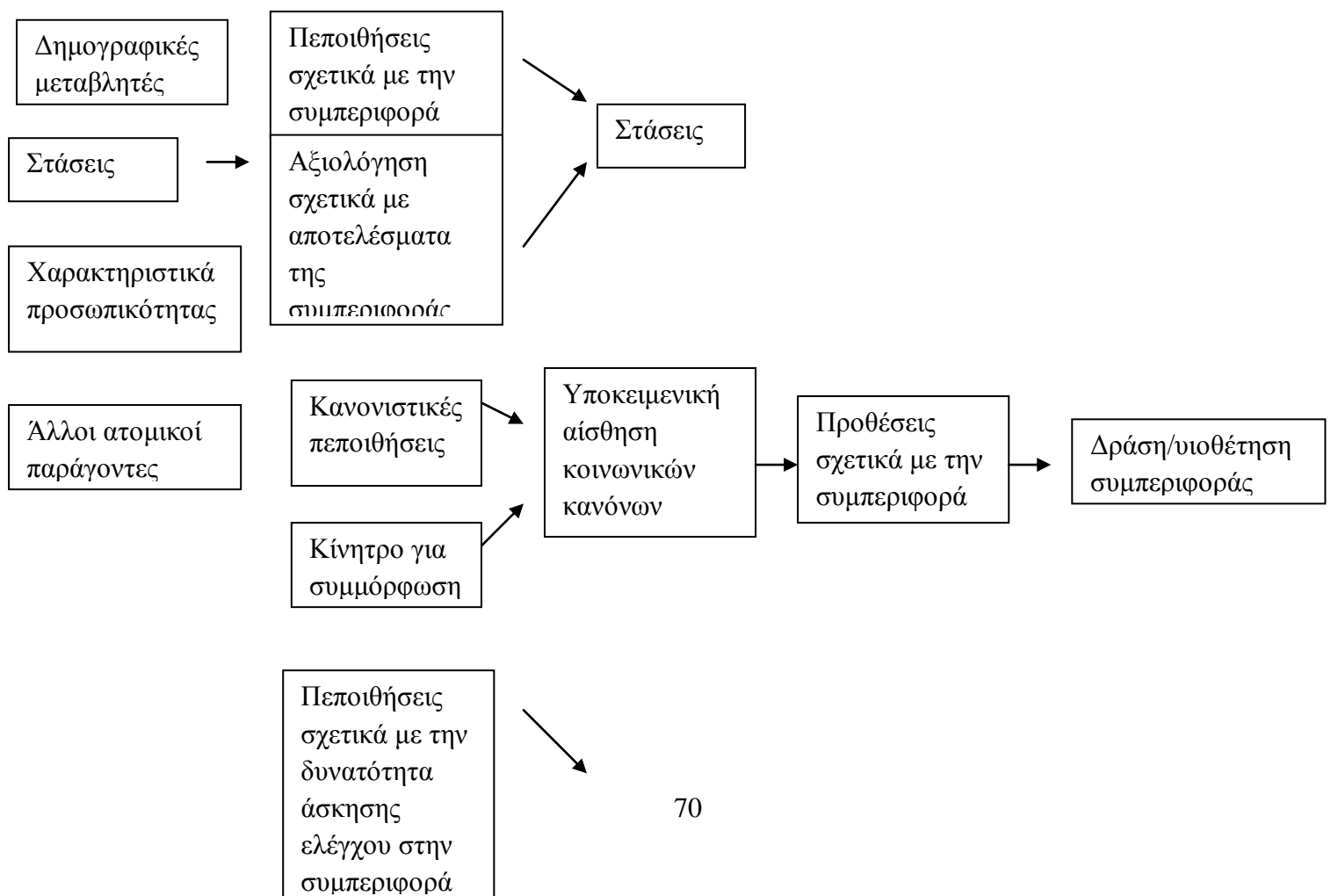
που σχετίζονται με τις προθέσεις, τις στάσεις και τα κίνητρα του ατόμου, ως βασικούς παράγοντες για την απόκτηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Και οι δύο αυτές θεωρίες, στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου. Με βάση τη θεωρία της έλλογης δράσης, η συμπεριφορά που εμφανίζει ένα άτομο έχει άμεση σχέση με τους λόγους που οδηγούν σε αυτή την συμπεριφορά. Πιο αναλυτικά μια συμπεριφορά, προκαλείται από:

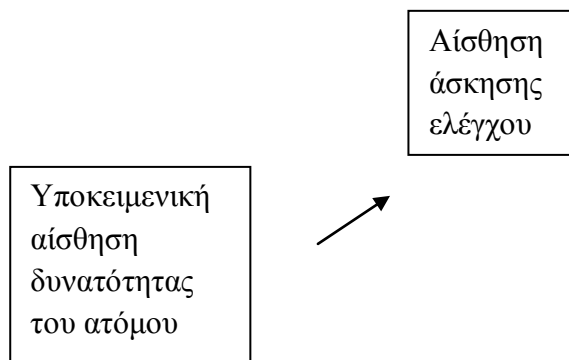
- **Το τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αντιμετωπίζει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά:** ο τρόπος προσέγγισης ορίζεται από τις απόψεις που έχει διαμορφώσει το άτομο ως προς τις συνέπειες που επιφέρει μια συμπεριφορά που καλείται να αναπτύξει, καθώς και ως προς τις αντιλήψεις των συνεπειών που αυτή επιφέρει.
- **Τους κανόνες της κοινωνίας,** με βάση τις αντιλήψεις του ατόμου σχετικά με το τί ορίζει η κοινωνία ως «αποδεκτό» και την διάθεσή του να εναρμονιστεί με τις επιθυμίες των άλλων. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς αποτελεί μια προέκταση της θεωρίας της έλλογης δράσης, με σκοπό να συμπεριλάβει και τον έλεγχο που ασκεί το άτομο σε μια συμπεριφορά. Μετέπειτα σε αυτές τις δύο θεωρίες, συμπεριλήφθησαν και έννοιες άλλων θεωριών, καθώς και μοντέλα που ερμηνεύουν την συμπεριφορά των ανθρώπων δημιουργώντας έτσι το Συνθετικό Μοντέλο Συμπεριφοράς. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### Σχεδιάγραμμα 2

Κύριες έννοιες της θεωρίας της έλλογης δράσης και της θεωρίας της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς.





*Πηγή: Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011. Μετάφραση από Montano & Kasprzyk (2008).*

Με βάση την ανάλυση των δύο παραπάνω θεωριών, οι συμπεριφορές που δημιουργούνται σε θέματα υγείας βασίζονται στις προθέσεις: αν κάποιος επιθυμεί να παραμείνει υγιής θα τα καταφέρει, κυρίως αν ο τρόπος που ακολουθεί επικροτείται θετικά από τον περίγυρό του.

Και οι δύο θεωρίες χρησιμοποιούνται ευρέως για να ερμηνεύσουν τους λόγους που αναπτύσσονται συμπεριφορές που αφορούν την χρήση ουσιών, δημιουργούν κατάλληλο έδαφος για την κατανόηση των λόγων που σχετίζονται με τις στάσεις και τους υποκειμενικούς κανόνες στην διαμόρφωση των ατόμων (π.χ. πρέπει να το κάνω; τι θα πουν οι άλλοι;). (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### **5.3.3 Θεωρία της κοινωνικής μάθησης**

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης αναπτύχθηκε την δεκαετία του '60 από τον Bandera. Ορίζοντας την προσωπικότητα ως μια αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος, συμπεριφοράς και ψυχολογικών διαδικασιών του ατόμου. Μέσα από αυτή την θεωρία προβάλλεται η σημασία της μάθησης που προκύπτει από την παρατήρηση και την μετέπειτα μίμηση των στάσεων και των συναισθηματικών αντιδράσεων των άλλων. (Παρασκευόπουλου, 1988). Ο Bandura θεωρεί, ότι ένα άτομο παρατηρεί τις εξωτερικές επιδράσεις και έπειτα έχοντας ως βάση τις προϋπάρχουσες εμπειρίες του, οδηγείται στην οργάνωση και τη δράση. Έτσι, αλληλεπιδρά με το περιβάλλον. Αυτό αποδεικνύει ότι ένα άτομο επηρεάζει με την συμπεριφορά του το περιβάλλον του και αυτό στην συνέχεια επηρεάζει και διαμορφώνει την συμπεριφορά του. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Ο Bandura εισήγαγε την έννοια της αυτεπάρκειας ενός ατόμου και εννοεί τα πιστεύω ενός ατόμου ως προς τις ικανότητες που έχει για οργάνωση και εκτέλεση μιας σειράς εργασιών με επιτυχή κατάληξη ή την διαχείριση μιας κατάστασης. Από αυτά τα πιστεύω επηρεάζονται και καθοδηγούνται οι τρόποι που ένα άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και λειτουργεί, όπως και αυτά που τελικά κατορθώνει. Η θεωρία αυτή αποτελεί υπόβαθρο



αρκετών μοντέλων που αποδεικνύουν τον ρόλο των συνομηλικών και μοντέλων δεξιοτήτων ζωής. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης 2011)

#### **5.3.4 Μοντέλο κοινωνικής ανάπτυξης**

Το μοντέλο αυτό κάνει εννοιολογική προσέγγιση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και κυρίως της παραβατικής συμπεριφοράς, καθορίζοντας συγκεκριμένους προγνωστικούς αναπτυξιακούς παράγοντες (παράγοντες κινδύνου), που έχουν σχέση με αυτή. Με βάση αυτό το μοντέλο η αλληλεπίδραση ενός νέου με την οικογένεια, το σχολείο, την κοινότητα και τους συνομηλικούς του, αποτελεί τον κύριο παράγοντα μίας ισχυρής και υγιούς ανάπτυξης ως ενήλικας. Σε διαφορετική περίπτωση μπορεί να παρουσιάσει παραβατική συμπεριφορά και χρήση ουσιών. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης 2011)

Σύμφωνα με τους Hawkins και Catalano οι νέοι πρέπει να πλαισιώνονται από αγάπη και να έχουν θετική ενίσχυση ως προς τις ικανότητές του και παρότρυνση για ανάπτυξη των καλών ικανοτήτων τους. Από αυτό το μοντέλο παρέχεται το θεωρητικό υπόβαθρο για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς, καθώς και την πρόληψή τους, στηριζόμενη στους προστατευτικούς παράγοντες και επιδιώκοντας την ανάπτυξη και την πρόοδο με την πρόληψη παθολογικών συμπεριφορών των νέων. Με κύριο στόχο την ανάδειξη των προστατευτικών παραγόντων, που θα ωθήσουν τους νέους στην ανάπτυξη της «ανθεκτικότητας», που χρειάζονται για να απέχουν από την χρήση ουσιών. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

#### **5.3.5 Μοντέλο προβληματικής συμπεριφοράς**

Το μοντέλο αυτό επικεντρώνεται στην αμοιβαιότητα ανάμεσα σε μία συμπεριφορά (συμβατική ή όχι) του περιβάλλοντος (σε επίπεδο κοινωνικού ελέγχου και υποστήριξης) και της προσωπικότητας (αξίες, απόψεις, αντιλήψεις) ερμηνεύοντας με αυτόν τον τρόπο μια μη υγιή συμπεριφορά.

Επικεντρώνεται στους τρόπους κοινωνικοποίησης του ατόμου και στις πεποιθήσεις σύνδεσης μεταξύ κάποιων συμπεριφορών, όπως η παραβατικότητα και η σεξουαλική επαφή χωρίς προστασία με την χρήση ουσιών. Η χρήση των ουσιών να μπορεί να αποτραπεί με πρόωμη αντιμετώπιση μιας παραβατικής συμπεριφοράς. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Το μοντέλο προβληματικής συμπεριφοράς, υποστηρίζει ότι οι διάφορες συμπεριφορές των νέων, σχετίζονται με δύσκολες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο περιβάλλον τους, συμπεριλαμβανομένων της αλληλεξάρτησης γνωσιακών, κοινωνικών, προσωπικών και συμπεριφοριστικών παραγόντων. Οι νέοι οδηγούνται σε προβληματικές συμπεριφορές όπως την χρήση ουσιών, θεωρώντας πως έτσι θα ενισχύσουν την επίτευξη των προσωπικών στόχων τους. Συμπεριφορές αυτού του είδους, βρίσκουν λειτουργικό έδαφος σε περιπτώσεις όπως π.χ. αποτυχίας, πλήξης, δυστυχίας, κοινωνικής απομόνωσης, χαμηλή αυτοεκτίμηση. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Με βάση αυτό το μοντέλο, οι νέοι που έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στην χρήση ουσιών, είναι αυτοί που υστερούν σε δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων, κοινωνικές δεξιότητες και κατακλύζονται από υψηλού βαθμού κοινωνικό άγχος. Οι Jessor και Jessor και οι συνεργάτες τους, προχώρησαν σε σύνδεση των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων ως προς το περιβάλλον, την προσωπικότητα και την προβληματική συμπεριφορά που παρουσιάζουν οι νέοι. Κατάφεραν να αποδείξουν μια σύνδεση σχέσης μεταξύ αυτών των δύο παραγόντων, συμπεραίνοντας πως όσο μεγαλύτερη προστασία υπάρχει, τόσο πιο πολύ μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης παθολογικής συμπεριφοράς. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### 5.3.6. Θεωρία της διάχυσης καινοτομιών

Η θεωρία της διάχυσης καινοτομιών του Rogers εξακολουθεί να έχει μεγάλη απήχηση ως προς τις διαδικασίες που οδηγούν στην υιοθέτηση νέων ουσιών και τρόπων χρήσης.

Συγκεκριμένα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση:

- **Στους διαφορετικούς τύπους ατόμων**, όπου οι νεωτεριστές και όσοι έχουν την ιδιότητα να υιοθετούν νέες τάσεις με ευκολία και ταχύτητα, συγκαταλέγονται σε αυτούς με τις μεγαλύτερες πιθανότητες να δοκιμάσουν νέες ουσίες και τρόπους χρήσης. Κατά κύριο λόγο πρόκειται για άτομα με μεγάλη πίεση από τον κοινωνικό τους περίγυρο και τους κανόνες του, με εύνοια προς την χρήση νέων ουσιών. Αντίθετα, άτομα της άλλης «όχθης» πιο συντηρητικά και παραδοσιακά, έχουν λιγότερες πιθανότητες να δοκιμάσουν νέες ουσίες και τρόπους χρήσης.
- **Της διαδικασίας μέσω της οποίας τα άτομα παίρνουν νέες ουσίες** και δοκιμάζουν νέους τρόπους (από το να ακούσουν για την νέα ουσία και τους τρόπους χρήσης ώσπου να προβούν στην δοκιμή και τακτική χρήση).
- **Στις ιδιότητες της νέας ουσίας**, που επηρεάζουν την πιθανότητα να χρησιμοποιηθεί ευρέως. (Αρνητικές συνέπειες, πόσο εύκολη είναι η δοκιμή, πόσο εύκολο είναι να παρατηρήσει κανείς άλλους να τη δοκιμάζουν, ποιες οι επιδράσεις και πόσο συμβατή είναι η χρήση της ουσίας με άλλες σημαντικές πτυχές της κοινωνικής ζωής). (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Μέσα από αυτή την θεωρία παρέχεται ένα πλαίσιο σχεδιασμού παρεμβάσεων, με έμφαση στους ξεχωριστούς κοινωνικούς ρόλους του ατόμου (νεωτεριστές, διαμορφωτές κοινής γνώμης, προσώπου θετικού ως προς τις αλλαγές και ανταγωνιστές) και στην επίδραση που ασκούν. Ο βαθμός που οι νεωτεριστές μπορούν να ασκούν επιρροή στον κύκλο των φίλων τους, εξαρτάται από το πόσο αποδέχονται οι ίδιοι την νέα τους συμπεριφορά. Παρ' όλα αυτά, οι ρόλοι δεν είναι σταθεροί, μπορεί να υπάρξει αλλαγή ρόλου π.χ. κάποιος από νεωτεριστής να γίνει διαμορφωτής κοινής γνώμης, εξαιτίας μίας απώλειας φίλου του από χρήση ουσιών. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### **5.3.7. Μοντέλο κοινωνικής οικολογίας/ οικολογικό-περιβαλλοντικό μοντέλο**

Πρόκειται για μια ομάδα μοντέλων που εστιάζουν στο μακρό-κοινωνικό επίπεδο, στο κοινωνικό περιβάλλον, στα δίκτυα στην κοινότητα, στους θεσμούς, στους δεσμούς, καθώς επίσης και στο δέσιμο με την οικογένεια, το σχολείο και τους συνομηλίκους, το σύνολο των οποίων θα επηρεάσει τα άτομα και τη συμπεριφορά τους. Τέτοια μοντέλα περιλαμβάνουν επίσης ατομικά χαρακτηριστικά, όπως την αυτεπάρκεια, ενώ εστιάζουν στο υποκειμενικό στρες.

Το Μοντέλο Κοινωνικής Οικολογίας (Social Ecology Model) αναπτύχθηκε από τους Hawkins & Weiss (1985) και τους Kumpfer & Tuner (1991) και υποστηρίζει ότι οι αποτελεσματικές προσεγγίσεις πρόληψης πρέπει να περιλαμβάνουν στοιχεία τα οποία θα βελτιώνουν το οικογενειακό και κοινωνικό κλίμα, την αυτεπάρκεια, το δέσιμο με το σχολείο και τις σχέσεις με τους συνομηλίκους. Αυτό πρέπει να γίνει με την καθιέρωση και τη διατήρηση σαφών κανόνων και ορίων, καθώς και με ισχυρή υποστήριξη και επιβράβευση της θετικής συμπεριφοράς. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### **5.4. Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες**

Ως παράγοντες κινδύνου, χαρακτηρίζονται οι μεταβλητές που αναπτύσσουν και μπορεί να προκαλέσουν την χρήση ουσιών και όλων όσων αυτές συνεπάγονται. Κάνουν το άτομο πιο επιρρεπές, με περισσότερες πιθανότητες να επηρεαστεί από τις επιλογές του κάτω από ορισμένες συνθήκες. Τονίζεται, ότι ευάλωτες ομάδες και άτομα με παράγοντες κινδύνου, δεν είναι δεδομένο ότι θα παρουσιάσουν τάσεις χρήσης ουσιών. Επίσης ο κάθε παράγοντας επηρεάζει διαφορετικά το κάθε άτομο. Οι παράγοντες κινδύνου συνδέονται με την συναισθηματική, κοινωνική και ακαδημαϊκή ανάπτυξη των παιδιών, ενώ η επίδραση τους, καθορίζεται ανάλογα με την προσωπικότητα του ατόμου, τα στάδια ανάπτυξης και τον περίγυρο του. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Σε αντίθεση με τους παράγοντες κινδύνου ως προστατευτικούς παράγοντες, ορίζουμε εκείνους που μειώνουν και απομακρύνουν της δυνατότητες για εκδήλωση συμπεριφορών, επιλογών και προβλημάτων που οδηγούν στην χρήση ουσιών. Οι προστατευτικοί παράγοντες επικεντρώνονται στην δημιουργία θετικής συμπεριφοράς, καταπολεμώντας έτσι τις αρνητικές. Με αυτό τον τρόπο, απομακρύνει τις συνέπειες που μπορεί να προκληθούν από την έκθεση ενός ατόμου σε καταστάσεις κινδύνου και ευνοϊκές συνθήκες χρήσης ουσιών. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

## Πινάκας

### Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες

#### Παράγοντες κινδύνου

#### Προστατευτικοί παράγοντες

Ατομικό  
επίπεδο

<ul style="list-style-type: none"><li>• Παραβατική συμπεριφορά σε μικρή ηλικία</li><li>• Κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών και χρήση ουσιών σε μικρή ηλικία</li><li>• Θετικές στάσεις και προσδοκίες σχετικά με τη χρήση ουσιών</li><li>• Σεξουαλική δραστηριότητα σε μικρή ηλικία</li><li>• Ιστορικό με προβλήματα συμπεριφοράς</li><li>• Αρνητικά συμβάντα στη ζωή (π.χ. απώλεια σημαντικού προσώπου, σεξουαλική κακοποίηση)</li><li>• Άγχος / στρες / υπερένταση</li><li>• Κατάθλιψη</li><li>• Επιθετικότητα</li><li>• Δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων (παρορμητικότητα) / υπερκινητικότητα</li><li>• Αντικοινωνική συμπεριφορά / δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις</li><li>• Αναζήτηση διέγερσης / συναισθημάτων</li><li>• Προβλήματα ψυχικής υγείας</li><li>• Έλλειψη θετικών προτύπων, έλλειψη φιλοδοξιών</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Αρνητικές στάσεις σε σχέση με τη χρήση ουσιών</li><li>• Γνώση για τις ουσίες και τις συνέπειες χρήσης τους</li><li>• Ατομικές δεξιότητες όπως</li><li>• Δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων, καθορισμού στόχων κτλ.</li><li>• Κοινωνικές δεξιότητες</li><li>• Αυτοεκτίμηση</li><li>• Μειωμένη παρορμητικότητα</li><li>• Προσαρμοστικότητα / «εύκολη» ιδιοσυγκρασία</li><li>• Ενασχόληση με τη θρησκεία</li></ul>
--	---

Σε επίπεδο  
οικογένειας

<ul style="list-style-type: none"><li>• Χρήση ουσιών από τους γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας</li><li>• Θετικές στάσεις σε θέματα χρήσης ουσιών</li><li>• Ελλιπής γονεϊκή εποπτεία</li><li>• Γονεϊκή απόρριψη</li><li>• Χαμηλό επίπεδο δεσμών και πρόσδεσης (attachment)</li><li>• Συναισθηματική αδιαφορία και</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ισχυροί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας</li><li>• Συναισθηματική στήριξη</li><li>• Ασφαλής πρόσδεση γονέα / παιδιού</li><li>• Υψηλή γονεϊκή εποπτεία</li><li>• Συνεπής, ανάλογα με την ηλικία, επιβολή</li><li>• πειθαρχίας</li><li>• Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων</li></ul>
--	--

<p>παραμέληση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αυταρχικοί γονείς και γονείς που δυσκολεύονται στην οριοθέτηση</li> <li>• Συγκρούσεις στην οικογένεια</li> <li>• Χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον</li> <li>• Χαμηλές ή υπερβολικά υψηλές προσδοκίες γονέων</li> <li>• Ανεργία / χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση / δυσκολίες διαβίωσης</li> <li>• Δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας</li> </ul>	<p>στην οικογένεια</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υποστηρικτική επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας</li> <li>• Σημαντική προσκόλληση σε ενήλικες με θετική κοινωνική συμπεριφορά</li> <li>• Σημασία στην αξία της εκπαίδευσης</li> <li>• Απουσία πρόωμης απώλειας ή χωρισμού</li> </ul>
---	--

Σε επίπεδο  
σχολείου

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντικοινωνική συμπεριφορά</li> <li>• Χαμηλή σχολική επίδοση</li> <li>• Έλλειψη δέσμευσης σε σχέση με το σχολείο</li> <li>• Σχολικός εκφοβισμός</li> <li>• Δυσκολίες ενσωμάτωσης στη σχολική ζωή</li> <li>• Χαμηλές προσδοκίες εκπαιδευτικών</li> <li>• Αρνητικό σχολικό κλίμα</li> <li>• Χαμηλές εκπαιδευτικές φιλοδοξίες</li> <li>• Απουσίες, σκασιαρχείο, εγκατάλειψη σχολείου (σχολική διαρροή)</li> <li>• Περιορισμένη υποστήριξη του εκπαιδευτικού συστήματος</li> <li>• Χρήση ουσιών από εκπαιδευτικούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνεργασία γονέα – δασκάλου</li> <li>• Καλές σχέσεις με τους δασκάλους</li> <li>• Εκπαιδευτικοί στόχοι και φιλοδοξίες</li> <li>• Θετικές εκπαιδευτικές προσδοκίες από τους γονείς</li> <li>• Εξειδικευμένες παρεμβάσεις για μαθητές με ιδιαίτερες εκπαιδευτικές ανάγκες</li> </ul>
---	---

Σε επίπεδο  
συνομηλίκων

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χρήση ουσιών από φίλους</li> <li>• Απομόνωση / αποκλεισμός</li> <li>• Ευνοϊκή στάση σε προβληματικές συμπεριφορές</li> <li>• Φίλοι με προβληματική συμπεριφορά</li> <li>• Πρόωμη έναρξη προβληματικής συμπεριφοράς</li> <li>• Ανεργία των νέων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεσμευμένοι σε σχέση με κάποια μορφή θετικής ιδεολογίας κοινωνικής συμπεριφοράς</li> <li>• Δραστηριότητες θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς</li> <li>• Φίλοι που αποδοκιμάζουν την προβληματική</li> <li>• Συμπεριφορά</li> </ul>
--	--

Σε επίπεδο  
κοινωνικού  
περιβάλλοντος/  
γειτονίας/  
περιοχής

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαθεσιμότητα ουσιών στη γειτονιά</li> <li>• Χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενήλικες φίλοι με θετική κοινωνική συμπεριφορά</li> </ul>
--	--

<p>επίπεδο γειτονιάς / περιοχής</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνομήλικοι χρήστες ναρκωτικών</li> <li>• Συνομήλικοι παραβάτες</li> <li>• Πρόσβαση σε στέκια όπου γίνεται χρήση</li> <li>• Εγκληματικότητα στη γειτονιά</li> <li>• Κοινωνική ανοχή στη βία</li> <li>• Κοινωνική ανοχή στην κατάχρηση ουσιών</li> <li>• Αποδιοργάνωση συνοικίας</li> <li>• Απότομες κοινωνικές μεταβολές</li> <li>• Μετακινήσεις πληθυσμού</li> <li>• Φτώχεια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνομήλικοι με θετική κοινωνική συμπεριφορά</li> <li>• Υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο γειτονιάς ή περιοχής</li> <li>• Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας προγεννητική φροντίδα</li> <li>• Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας παιδιατρική υγειονομική περίθαλψη</li> <li>• Πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας ψυχιατρική περίθαλψη</li> <li>• Συνοχή και οργάνωση συνοικίας</li> <li>• Σταθερότητα κατοικίας</li> <li>• Προσφορά θέσεων εργασίας</li> </ul>
---	---

Πηγή: Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011. Προσαρμογή από EMCDDA (2010).

Στον παραπάνω πίνακα γίνεται μια ενδεικτική καταγραφή παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων, όπως έχουν προκύψει από βιβλιογραφικές και ερευνητικές μελέτες, θεωρίες και θεωρητικά μοντέλα και την πρακτική στον τομέα αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης. Κατά την αξιοποίησή τους, θα πρέπει να δίνεται προσοχή στα εξής:

- Προβλήματα που πιθανόν προκύπτουν από την χρήση ουσιών, εξαρτώνται από την σύνδεση μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων.
- Ενδέχεται να σημειωθεί μετατροπή παραγόντων κινδύνου σε προστατευτικών παραγόντων από τυχόν αλληλεπίδραση τους με άλλους παράγοντες.
- Κάποιοι παράγοντες είναι σχετικοί μόνο όταν υπάρχει συνδυασμός παρουσίας άλλων παραγόντων.
- Υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες χρήσης ουσιών και των συνεπαγόμενων από αυτές προβλημάτων, με τον συνδυασμό μεγάλου αριθμού παραγόντων κινδύνου. Ένας μόνο παράγοντας κινδύνου συνήθως δεν αποτελεί απειλή.
- Με βάση την ηλικία σημειώνεται μεταβολή μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων, π.χ. παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την οικογένεια έχουν μεγαλύτερη επίδραση σε παιδιά μικρότερης ηλικίας, ενώ η παρέα με συνομηλίκους που έχουν επαφή με ουσίες, μπορεί να είναι πιο σημαντικός παράγοντας κατά την εφηβεία.
- Ο βαθμός επίδρασης των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων στους νέους, σχετικά με την χρήση ουσιών, εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως: ηλικία, φύλο, εθνικότητα, κουλτούρα, συνήθειες και περιβάλλον.

Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες είναι πολιτισμικής σημασίας, με αποτέλεσμα σε κάποιους να είναι πιο σημαντική και σε άλλους όχι. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Όλα τα παραπάνω αποτελούν απόδειξη της χρησιμότητας του θεωρητικού πλαισίου σχεδιασμού παρεμβάσεων πρόληψης. Μέσα από μια θεωρία ή ένα θεωρητικό πλαίσιο, γίνεται η επιλογή των κατάλληλων παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων αντίστοιχα, όπου στην συνέχεια διαμορφώνουν ένα λογικό και ισορροπημένο πλαίσιο, κάνοντας έτσι κατανοητό ποιοί παράγοντες κινδύνου, με την συμμετοχή κάποιων άλλων και

κάτω από ποιές κοινωνικές καταστάσεις χρήζουν παρέμβασης και αντιμετώπισης. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

## 5.5. Ανακεφαλαίωση

Με τον ορισμό βασικών εννοιών πρόληψης, παρέμβασης, αγωγής και προαγωγής υγείας και καταγραφή θεωριών και μοντέλων για την ουσιοεξάρτηση, παραθέτονται οι στόχοι γύρω από τους οποίους αναπτύσσεται η πρόληψη στην ουσιοεξάρτηση.

Ως πρόληψη λοιπόν, ορίζεται η διαδικασία που στοχεύει στην μείωση της επικινδυνότητας για παρουσίαση ή και εξέλιξη μιας υπάρχουσας ασθένειας ή κατάστασης. Δεν στοχεύει στους κινδύνους που ελλοχεύει η χρήση και δεν εστιάζει σε γρήγορα αποτελέσματα. Έχει στο επίκεντρό της τις αιτίες του προβλήματος, προάγοντας έτσι την ψυχοκοινωνική υγεία των νέων.

Με τον όρο παρέμβαση πρόληψης, εννοούνται οι οργανωμένες και ιεραρχημένες δράσεις που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της φιλοσοφίας της αγωγής υγείας, με στόχο την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης και στο πλαίσιο αυτό συμμετέχει μια ομάδα – στόχος. Η κάθε παρέμβαση που εφαρμόζεται, έχει καθορισμένους στόχους, μέθοδο και θεωρητικό πλαίσιο ανάπτυξης, προσαρμοσμένο στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά της ομάδας που απευθύνεται.

Η προαγωγή της υγείας (health promotion), αποτελεί μια σειρά δράσεων μέσα από την οποία τα άτομα έχουν την δυνατότητα να προάγουν την υγεία τους. Στην πράξη, η έννοια της προαγωγής υγείας, μπορεί να αποτελέσει βάση στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Με την έννοια αγωγή υγείας (health education) επιχειρείται ο σχεδιασμός δράσεων, με στόχο την επιβοήθεια του ατόμου στην λήψη αποφάσεων και ανάπτυξη συμπεριφορών, ώστε να ενεργούν με τη δική τους θέληση, με στόχο να προάγουν την υγεία τους.

Με τον όρο αξιολόγηση, εννοείται η οργανωμένη συλλογή, ανάλυση και μετέπειτα ερμηνεία πληροφοριών, που απορρέουν από την εφαρμογή και τα αποτελέσματα μιας παρέμβασης.

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία, σκιαγραφεί τον τρόπο αντιδράσεων των ατόμων σε θέματα υγείας και χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό για την παροχή υπηρεσιών σχετιζόμενων με αυτό. Το συγκεκριμένο μοντέλο, συνοπτικά, εμπεριέχει τις ακόλουθες έννοιες: υποκειμενική αίσθηση τρωτότητας, υποκειμενική αίσθηση σοβαρότητας, υποκειμενική αίσθηση για τα οφέλη, υποκειμενική αίσθηση για τα εμπόδια, τα ερεθίσματα για δράση, η αυτεπάρκεια. Σχετικά με την χρήση ουσιών, το μοντέλο αυτό, επισημαίνει ότι η παροχή έγκυρης ενημέρωσης για τους κινδύνους που ελλοχεύουν και τις επιπτώσεις που έχουν οι ουσίες, θα οδηγήσουν στην πρόληψη και την αποτροπή της χρήσης, αναπτύσσοντας αρνητικές αντιλήψεις για τις ουσίες.

Η θεωρία της έλλογης δράσης και της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, συγκροτούν το θεωρητικό πλαίσιο συμπεριφοράς του ατόμου. Και οι δύο αυτές θεωρίες στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου. Με βάση την θεωρία της έλλογης δράσης, η συμπεριφορά που εμφανίζει ένα άτομο έχει άμεση σχέση με τους λόγους που οδηγούν σε αυτήν τη συμπεριφορά. Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, αποτελεί μια προέκταση της θεωρίας της έλλογης δράσης, με σκοπό να συμπεριλάβει τον έλεγχο που ασκεί

το άτομο σε μια συμπεριφορά. Και οι δυο θεωρίες χρησιμοποιούνται ευρέως, για να ερμηνεύσουν τους λόγους που αναπτύσσονται συμπεριφορές που αφορούν τη χρήση ουσιών.

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης, ορίζει την προσωπικότητα ως μια αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος, της συμπεριφοράς και των ψυχολογικών διαδικασιών του ατόμου, θεωρεί ότι ένα άτομο παρατηρεί τις εξωτερικές επιδράσεις και έπειτα έχοντας ως βάση τις προϋπάρχουσες εμπειρίες του, οδηγείται στην οργάνωση και τη δράση.

Το μοντέλο κοινωνικής ανάπτυξης, κάνει εννοιολογική προσέγγιση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και κυρίως της παραβατικής συμπεριφοράς, καθορίζοντας συγκεκριμένους προγνωστικούς αναπτυξιακούς παράγοντες (παράγοντες κινδύνου), που έχουν σχέση με αυτή. Από αυτό το μοντέλο, παρέχεται το θεωρητικό υπόβαθρο για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου εμφάνισης παραβατικής συμπεριφοράς, καθώς και την πρόληψή τους, στηριζόμενη στους προστατευτικούς παράγοντες και επιδιώκοντας την ανάπτυξη και την πρόοδο με την πρόληψη παθολογικών συμπεριφορών των νέων.

Το μοντέλο προβληματικής συμπεριφοράς υποστηρίζει, ότι οι διάφορες συμπεριφορές των νέων σχετίζονται με δύσκολες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στο περιβάλλον τους, περιλαμβάνοντας την αλληλεξάρτηση γνωσιακών, κοινωνικών, προσωπικών και συμπεριφοριστικών παραγόντων. Με βάση αυτό το μοντέλο, οι νέοι που έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στην χρήση ουσιών, είναι αυτοί που υστερούν σε δεξιότητες διαχείρισης προβλημάτων, κοινωνικές δεξιότητες και κατακλύζονται με υψηλού βαθμού κοινωνικό άγχος.

Η θεωρία της διάχυσης καινοτομιών του Rogers, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στους διαφορετικούς τύπους ατόμων, τη διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα παίρνουν νέες ουσίες, στις ιδιότητες της νέας ουσίας.

Το οικολογικό μοντέλο εστιάζει στο μακρό-κοινωνικό επίπεδο, στο κοινωνικό περιβάλλον, στα δίκτυα, στην κοινότητα, στους θεσμούς, στους δεσμούς, καθώς επίσης και στο δέσιμο με την οικογένεια, το σχολείο και τους συνομηλίκους, το σύνολο των οποίων θα επηρεάσει τα άτομα και τη συμπεριφορά τους.

Ως παράγοντες κινδύνου, χαρακτηρίζονται οι μεταβλητές που αναπτύσσουν και μπορεί να προκαλέσουν τη χρήση ουσιών και όλων όσων αυτές συνεπάγονται. Σε αντίθεση με τους παράγοντες κινδύνου ως προστατευτικούς παράγοντες, ορίζουμε εκείνους που μειώνουν και απομακρύνουν της δυνατότητες για εκδήλωση συμπεριφορών, επιλογών και προβλημάτων που οδηγούν στην χρήση ουσιών.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> - ΒΑΣΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

## 6.1.Εισαγωγή

Αρχικά, η παρέμβαση πρόληψης, για να έχει αποτελεσματικότητα, εξαρτάται από το σχεδιασμό της. Αυτό θα αναλυθεί λεπτομερώς στο Κεφάλαιο αυτό, όπου γίνεται ανάλυση των θεμάτων σχεδιασμού και αξιολόγησης παρεμβάσεων πρόληψης, σύμφωνα με τους εξής βασικούς άξονες.

Οι βασικοί άξονες σχεδιασμού παρεμβάσεων πρόληψης, είναι η εκτίμηση των αναγκών, οι στόχοι, οι δείκτες αξιολόγησης και το θεωρητικό υπόβαθρο, που αφορούν την αντιμετώπιση μιας κατάστασης, προβλήματος, τα βασικά χαρακτηριστικά της παρέμβασης, η εκτίμηση εφαρμοστικότητας, η αξιολόγηση καθώς και τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και τέλος τα συμπεράσματα της.

## 6.2. Εκτίμηση αναγκών

Οι φορείς, με τα αιτήματά τους, που στοχεύουν στην πολιτική δράση, βασίζονται σε διάφορες προκαταλήψεις όσον αφορά το πρόβλημα. Άρα, είναι απαραίτητη η αναδιατύπωση των ερωτημάτων που θα επαληθεύσουν τα υπάρχοντα δεδομένα, αναφορικά με την κατάσταση και την ομάδα-στόχο, ή που θα οδηγήσουν γενικά στη διαμόρφωση της κατάστασης.

- **Συγκέντρωση και αξιοποίηση**

Στο συγκεκριμένο στάδιο, οι λόγοι της παρέμβασης καθίστανται σαφείς σε όλους όσους εμπλέκονται και παρέχουν οποιαδήποτε βοήθεια. Την ίδια στιγμή, σχηματίζεται και η υπόθεση, στην οποία θα βασιστεί η παρέμβαση. Προς αυτή την κατεύθυνση λαμβάνεται υπόψη ένα ευρύ φάσμα πηγών, στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν τον πληθυσμό και την περιοχή (πόλη, νομό, περιφέρεια), ανεξαρτήτως του αν τελικά θα αξιοποιηθούν όλες.

Η δράση που ετοιμάζεται να λάβει χώρα, επηρεάζει τα δεδομένα που απαιτούνται για να συγκεντρωθούν ώστε να διαμορφωθεί η εκτίμηση των αναγκών, ανάλογα με το πόσο περίπλοκη είναι η επικείμενη δράση. Η δράση που έχει έναν και μοναδικό στόχο, δεν είναι απαραίτητο να λάβει υπόψη της όλες εκείνες τις πληροφορίες που προέρχονται από την εκτίμηση της αρχικής κατάστασης. Απεναντίας, είναι πιο βοηθητικό όταν μια δράση τοποθετείται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο των αναγκών μιας περιοχής. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Συνεπώς, στο θέμα της πραγματοποίησης παρεμβάσεων πρόληψης στον τομέα της ουσιοεξάρτησης, η καταγραφή της αρχικής κατάστασης βοηθά τόσο στον υπολογισμό που γίνεται σε σχέση με το πρόβλημα της χρήσης ουσιών και την έκτασή του, όσο και στη διατύπωση μιας γενικής εικόνας, με τη βοήθεια ευρύτερων δεικτών σχετικά με κοινωνικά θέματα. Οι δείκτες αυτοί, επηρεάζουν την έκταση της δράσης, αλλά μπορεί να μην αλλάξουν ως αποτέλεσμα της σχεδιαζόμενης δράσης. Όλο αυτό, κρατά ρεαλιστές και προσγειωμένους τους επαγγελματίες για την επίτευξη των στόχων τους. Εσφαλμένα κάποιοι επαγγελματίες της πρόληψης, θεωρούν την πραγματοποίηση κάποιων νέων μελετών και ερευνών σπουδαία, προκειμένου να αιτιολογήσουν μια παρέμβαση. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Ωστόσο, αργότερα, παρατηρούν ότι δεν έχουν αρκετούς πόρους για τη διεξαγωγή και την αξιολόγηση αυτών των νέων ερευνών. Συνεπώς, θα πρέπει να εκμεταλλευτούν στο έπακρο τις πληροφορίες και τα δεδομένα που έχουν στην κατοχή τους. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Επιπλέον, θα ήταν εξαιρετικά βοηθητικό στην καλύτερη αποτύπωση του φαινομένου, αν γινόταν σχετική διερεύνηση και σε άλλους σχετικούς φορείς της κοινωνίας, όπως για παράδειγμα σε νοσοκομεία, στις δικαστικές αρχές, αστυνομία κτλ. Μείζονος σημασίας βοήθημα, θα μπορούσε να θεωρηθεί και το γεγονός της καταγραφής ελεγμένων και έγκυρων στοιχείων σε κάποιο χάρτη της περιοχής. Π.χ. για τα ποσοστά ανεργίας, τη νεανική παραβατικότητα, την εγκληματικότητα σε σχέση με τα παράνομα ναρκωτικά. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

- **Υλοποίηση νέων μελετών**

Σε κάποιες περιπτώσεις, υπάρχει μία αρκετά μεγάλη συλλογή πληροφοριών και στοιχείων, τα οποία απλά πρέπει να συγκεντρωθούν και δεν χρησιμοποιούνται όλα στην έρευνα. Βέβαια, οι ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες μπορούν να συντελέσουν στην επεξήγηση υπαρχόντων στοιχείων και υποθέσεων. Έτσι, για παράδειγμα, μπορεί να υλοποιηθεί μια έρευνα επικράτησης της χρήσης ουσιών ή μια επιδημιολογική έρευνα για την υγεία και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού στην περιοχή ή να γίνουν συνεντεύξεις. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

- **Ειδικά θέματα σχετικά με την εκτίμηση αναγκών**

Η εκτίμηση των αναγκών επηρεάζεται από δύο διαστάσεις: την περιγραφή της κατάστασης προτού προβούμε στην υλοποίηση της παρέμβασης και στη ανάλυση των παραγόντων, οι οποίοι είτε θα δυσκολέψουν, είτε θα διευκολύνουν την παρέμβαση. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

- **Μεταβλητές που εξηγούν**

- 1) Επιδημιολογικά δεδομένα, π.χ. έκταση του καπνίσματος, προβλήματα αλκοολισμού, εκτεταμένη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών. Παρ' όλα αυτά, τα επιδημιολογικά στοιχεία που προέρχονται από ξεχωριστές πηγές, θα πρέπει να προσεχθούν κατά την ερμηνεία τους. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται, μπορεί να παρουσιάζει κάποιες σημαντικές διαφορές και δεν πρέπει να οδηγεί αυτό σε συγκρίσεις και φανταστικά συμπεράσματα.
- 2) κοινωνικοί δείκτες: π.χ. ποσοστά εγκληματικών ενεργειών, ποσοστά πληθυσμού με χαμηλές συνθήκες διαβίωσης. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

- **Μεταβλητές που ενδεχομένως επηρεάζουν το σχεδιασμό**

- 1) θεσμικό πλαίσιο, π.χ. μέτρα κατά της πώλησης, προώθησης και κατανάλωσης νόμιμων ουσιών, προβλήματα στην εφαρμογή των νόμων και των μέτρων.

- 2) κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο: π.χ. τοπικές συνήθειες χρήσης ουσιών, καθώς και οι κοινωνικές αντιλήψεις όσον αφορά τη χρήση ουσιών, πράξεις διακίνησης οινόπνευματων και σημασία και επιρροή προτύπων από τα ΜΜΕ. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

### 6.3. Στόχοι και θεωρητικό υπόβαθρο

Στο στάδιο αυτό διευκρινίζεται ο σκοπός της παρέμβασης. Ο στόχος της παρέμβασης θα πρέπει να είναι σαφής, ώστε η παρέμβαση να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες και στα προβλήματα που εντοπίστηκαν. Είναι σημαντικό να διαμορφωθούν επίκαιροι και μετρήσιμοι στόχοι, για να μην αποτύχει η παρέμβαση όσον αφορά την αξιοπιστία αλλά και την αξιολόγησή της. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Ύστερα, για να επιτευχθεί ο γενικός στόχος, είναι απαραίτητοι οι ειδικοί στόχοι, οι οποίοι θεωρούνται ως ενδιάμεσοι παράμετροι. Ταυτόχρονα, γίνεται η επεξεργασία των θεωρητικών υποθέσεων, ώστε να υλοποιηθούν οι ειδικοί στόχοι. Η μέθοδος για τη μέτρηση του βαθμού επίτευξης των ειδικών στόχων γίνεται βάσει των σχετικών δεικτών, όπου καταλήγει στα αποτελέσματα αξιολόγησής τους (αξιολόγηση του αποτελέσματος). ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Οι λειτουργικοί στόχοι, έχουν μεγάλο βαθμό σημαντικότητας, σχετίζονται με τις δράσεις, τη μεθοδολογία, οι οποίες μεσολαβούν για την επίτευξη των ειδικών στόχων, αλλά και στα κύρια πεδία, στα οποία θα επικεντρωθεί η παρέμβαση. Και στην περίπτωση των λειτουργικών στόχων η μέτρηση γίνεται βάσει των σχετικών δεικτών και καταλήγει στα αποτελέσματα αξιολόγησής τους (αξιολόγηση της διαδικασίας). ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός (γενικός στόχος), επικεντρώνεται στον ευρύτερο σκοπό της παρέμβασης, όσον αφορά την επίλυση ή την τροποποίηση του προβλήματος/κατάστασης. Πρέπει να προσδιορίζει με σύντομη περιγραφή την αλλαγή της ομάδας-στόχου και τη χρονική διάρκεια επίτευξης. Καθοριστικό ρόλο παίζουν οι παράγοντες κινδύνου αλλά και οι προστατευτικοί παράγοντες που περιλαμβάνει η παρέμβαση. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Οι ειδικοί στόχοι, όπως αναφέρθηκε, είναι παράμετροι για την επίτευξη του γενικού στόχου. Είναι υποχρεωτικό, να συνδέονται με τις αλλαγές (π.χ. τις στάσεις, τη συμπεριφορά) στην ομάδα-στόχος της παρέμβασης, να έχουν συγκεκριμένο περιεχόμενο, η διατύπωσή τους να είναι ποσοτική και μετρήσιμη ως προς την αλλαγή που θα πραγματοποιήσουν και το χρονοδιάγραμμά τους να είναι ρεαλιστικό. Οι στόχοι είναι σημαντικό να είναι ακριβείς, διότι μόνο μ' αυτό τον τρόπο τα αποτελέσματα θα είναι απόλυτα μετρήσιμα. Τέλος, ο καθένας από τους στόχους θα πρέπει κατευθύνεται στην επίτευξη του γενικού στόχου, αυτό επιτυγχάνεται αν είναι μετρήσιμοι, ρεαλιστικοί και επιτεύξιμοι. (<http://www.ektepn.gr>)

Σχετικά με τις θεωρητικές υποθέσεις, οι ειδικοί στόχοι πρέπει να συνδέονται με την αλλαγή που αναμένεται να επιτευχθεί. Οι θεωρητικές υποθέσεις οδηγούν στο να επιτευχθούν οι ειδικοί στόχοι, όπως και προσδιορίζουν τη μεθοδολογία και τις στρατηγικές της παρέμβασης. Πηγή των θεωρητικών υποθέσεων, μπορεί να είναι είτε γνωστές θεωρίες ή θεωρητικά μοντέλα, που γίνονται με μια σύντομη περιγραφή, είτε να είναι καινούριες ή να βασίζονται στην καθημερινή εμπειρία και πρακτική. Η περιγραφή που θα δοθεί, θα πρέπει να αιτιολογεί τον τρόπο που οι θεωρητικές υποθέσεις, θα οδηγήσουν στην επίτευξη των ειδικών στόχων. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Οι θεωρίες και τα θεωρητικά μοντέλα, χρησιμεύουν για τα στάδια πραγματοποίησης μιας παρέμβασης, τον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγησή της. Έχει όμως δυσκολίες αυτή η αναζήτηση, διότι μια θεωρία ίσως να έχει τροποποιηθεί, επεκταθεί, ή και ακόμη να ενσωματωθούν περισσότερες από μία θεωρίες ή θεωρητικά μοντέλα. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Επιπλέον κίνδυνος είναι ότι τα μοντέλα διαφέρουν και δεν είναι τα ίδια σε όλες τις συνθήκες και δεν έχουν επιθυμητό αποτέλεσμα σε όλες τις περιπτώσεις, Σ' αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως οι επαγγελματίες, πρέπει να είναι επιλεκτικοί και να λειτουργούν με το καταλληλότερο θεωρητικό πλαίσιο για την παρέμβασή τους. (www.ektepn.gr)

Τέλος, θεωρούνται ως εργαλείο για τους επαγγελματίες ώστε να κατανοήσουν τους παράγοντες που συνδέονται με τη χρήση ουσιών και την ουσιοεξάρτηση, απαραίτητη προϋπόθεση για το σχεδιασμό παρεμβάσεων. (www.ektepn.gr)

Παράλληλα με τις θεωρητικές υποθέσεις, τις θεωρίες και τα θεωρητικά μοντέλα, πρέπει να γίνει μια περιγραφή πάνω στο περιεχόμενο της παρέμβασης, βασιζόμενο στα κύρια πεδία. (www.ektepn.gr)

Στην περίπτωση μιας παρέμβασης που βασίζεται σε κάποια θεωρία ή θεωρητικό μοντέλο, το πώς αυτά ανταποκρίνονται στις ανάγκες που έχουν εντοπιστεί και πώς αλληλεπιδρούν βασίζεται σε ερευνητικά στοιχεία που έχουν δημοσιευθεί, ενώ συνήθως τέτοιες παρεμβάσεις είναι με σαφή τρόπο δομημένες και διαθέτουν ένα ή περισσότερα πεδία. Σε κάθε περίπτωση, οι παρεμβάσεις έχουν παραπάνω από ένα πεδίο. (www.ektepn.gr)

Στο πλαίσιο αυτό, είναι σημαντικό η παρέμβαση να βασίζεται σε μία (ή και περισσότερες) θεωρίες και θεωρητικά μοντέλα, ανάλογα με το τι ανταποκρίνεται καλύτερα στα προβλήματα που έχουν εντοπιστεί, ενώ παράλληλα πρέπει να είναι σαφώς ορισμένα και τα κύρια πεδία στα οποία θα επικεντρωθεί η παρέμβαση. (www.ektepn.gr)

Η αξία αρκετών από τα πεδία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πώς εφαρμόζονται. Για παράδειγμα, η ενίσχυση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό πεδίο όταν εφαρμόζεται με διαδραστικό τρόπο, ενώ αυτό δεν ισχύει για μια ομιλία στην τάξη σχετικά με τις κοινωνικές δεξιότητες. (www.ektepn.gr)

Επίσης, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης δεν είναι αποτελεσματική στην καθολική πρόληψη, αλλά μπορεί να είναι βοηθητική στην επικεντρωμένη πρόληψη.

Η σύνδεση των στόχων, των κύριων πεδίων και των θεωρητικών υποθέσεων της παρέμβασης, δεν αποτελεί απλώς ακαδημαϊκή άσκηση, αλλά έχει και τεράστια πρακτικά πλεονεκτήματα:

- Οι θεωρίες και τα θεωρητικά μοντέλα παρέχουν συνήθως συγκεκριμένα πεδία που μπορούν να αξιοποιηθούν και σχετίζονται με την αύξηση ή τη μείωση της πιθανότητας χρήσης ουσιών και της εμφάνισης προβλημάτων που σχετίζονται αυτή.

- Οι θεωρίες και τα θεωρητικά μοντέλα περιγράφουν το πώς αλληλεπιδρούν τα κύρια πεδία εφαρμογής της παρέμβασης και πώς τελικά επηρεάζουν τη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών.

- Οι θεωρίες και τα θεωρητικά μοντέλα δίνουν στην περιγραφή της παρέμβασης μια ρεαλιστική και λογική επισκόπηση για το πώς υποτίθεται ότι πρέπει να λειτουργεί η παρέμβαση και καταδεικνύουν ότι αυτή στηρίζεται σε βάσιμη θεωρία. Αυτό ενισχύεται σε

περιπτώσεις κατά τις οποίες τα κύρια πεδία που περιλαμβάνονται σε μια παρέμβαση έχουν ήδη διερευνηθεί και επιβεβαιωθεί με βάση ερευνητικά δεδομένα. Για παράδειγμα, ενισχύοντας τις κοινωνικές δεξιότητες και βελτιώνοντας τη σχολική επίδοση, μειώνονται οι πιθανότητες της σχολικής αποτυχίας και της συναναστροφής με συνομηλίκους που κάνουν χρήση ουσιών, πράγμα το οποίο συμβάλλει στην πρόληψη εξαρτητικής συμπεριφοράς από ουσίες.

- Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι θεωρίες και τα θεωρητικά μοντέλα εισηγούνται επίσης τις μεταβλητές (δηλ. δείκτες και εργαλεία αξιολόγησης) που πρέπει να εξεταστούν και να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

- Μια καλή θεωρητική βάση προστατεύει αφενός από τον ενστικτώδη ακτιβισμό των επαγγελματιών, αποτελεί εργαλείο για τους επαγγελματίες προκειμένου να δείξουν γιατί οργανώθηκε η παρέμβαση κατά τον τρόπο που οργανώθηκε και, αφετέρου, από δημοφιλείς «υπέρ-θεωρίες» που επιχειρούν να συμπεριλάβουν κάθε κοινωνική, προσωπική και βιολογική πλευρά της ανθρώπινης συμπεριφοράς, μικρή ή μεγάλη. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

### **Δείκτες**

Οι δείκτες είναι μονοδιάστατες μεταβλητές, που βοηθούν τους επαγγελματίες να μετρήσουν, να εκφράσουν ή τουλάχιστον να αντικατοπτρίσουν και να απλοποιήσουν την πολύπλοκη διαμόρφωση των στόχων. Παρέχουν τη δυνατότητα παρατήρησης των αλλαγών στην ομάδα-στόχος κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου. Η μέτρηση του βαθμού επίτευξης των ειδικών στόχων γίνεται μέσω των σχετικών δεικτών και καταλήγει στα αποτελέσματα αξιολόγησής τους (αξιολόγηση του αποτελέσματος), ενώ η μέτρηση των λειτουργικών στόχων γίνεται επίσης μέσω των σχετικών δεικτών και καταλήγει στα αποτελέσματα αξιολόγησής τους (αξιολόγηση της διαδικασίας). ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Ένας δείκτης, λοιπόν, μετατρέπει την έννοια ενός συγκεκριμένου στόχου σε μια μετρήσιμη, σαφή μεταβλητή. Επομένως, οι δείκτες πρέπει να συνδέονται άμεσα με τους στόχους. Για παράδειγμα, ο στόχος «αύξηση κοινωνικών δεξιοτήτων» μεταφράζεται σε δείκτες όπως «δικδικητικότητα» και «επικοινωνιακές δεξιότητες». Ένας δείκτης, όπως λέει και η ονομασία του, δεν χρειάζεται να είναι μια ακριβής αντιπροσώπευση του στόχου του, αλλά απλώς να τον προσεγγίζει. Αρκετοί δείκτες μπορεί να είναι αναγκαίοι. Ιδανικά, ένας ή περισσότεροι δείκτες πρέπει να αντανakλούν κάθε έναν από τους καθορισμένους στόχους. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Μακροπρόθεσμα, όμως, οι δείκτες που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών πρέπει πάντοτε να περιλαμβάνονται. Συγκεκριμένα, εάν η παρέμβαση οικοδομείται πάνω σε μια σαφή θεωρητική υπόθεση, θα είναι πιο εύκολο να δειχθεί ότι προηγούμενες μελέτες (από τις οποίες προήλθαν οι θεωρίες και τα θεωρητικά μοντέλα που έχουν αξιοποιηθεί) καθιέρωσαν μια προγνωστική σχέση μεταξύ των ενδιάμεσων μεταβλητών / δεικτών (π.χ. δικδικητικότητα) και της χρήσης ουσιών και των προβλημάτων που σχετίζονται με τις ουσίες. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Όσον αφορά τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται, για την εκτίμηση των δεικτών και ευρύτερα για την επίδραση της παρέμβασης στη συνείδηση των επαγγελματιών, η αξιοποίηση ερωτηματολογίων έχει καθιερωθεί ως το βασικό εργαλείο. Ωστόσο μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλες μέθοδοι, όπως η παρατήρηση, η συνέντευξη, η ομάδα

εστιασμένης συζήτησης, η κοινωνική αλληλεπίδραση της ομάδας-στόχος κτλ. (www.ektepn.gr)

Επιπλέον, συχνά γίνεται διάκριση μεταξύ των σφαιρικών δεικτών, των άμεσων δεικτών για τη χρήση ουσιών, των δεικτών για τις ενδιάμεσες μεταβλητές (π.χ. κοινωνικές δεξιότητες) και των δεικτών για την εφαρμογή της παρέμβασης. Οι τελευταίοι είναι δείκτες για την αξιολόγηση της διαδικασίας, καθώς καταμετρούν το επίπεδο κατά το οποίο έχουν επιτευχθεί οι λειτουργικοί στόχοι της παρέμβασης. (www.ektepn.gr)

Όλοι οι δείκτες (εκτός από τους δείκτες για την εφαρμογή της παρέμβασης) μετρούν τις αλλαγές στην ομάδα-στόχος (συμπεριφορά, γνώσεις, αισθήματα και περιβάλλον) μέσα σε ένα δεδομένο χρονικό πλαίσιο: συχνά κατά τη διάρκεια, πριν και μετά την υλοποίηση της παρέμβασης. (www.ektepn.gr)

Οι δείκτες καθορίζονται στην αρχή μιας παρέμβασης, τη στιγμή που καθορίζονται οι ειδικοί και οι λειτουργικοί στόχοι, ποτέ στο τέλος.

Οι δείκτες του αποτελέσματος, συσχετίζουν τα αποτελέσματα της παρέμβασης στην ομάδα-στόχος με τους ειδικούς στόχους (και τη θεωρητική υπόθεση) που έχουν τεθεί.

Οι δείκτες διαδικασίας, συσχετίζουν τις δράσεις και το παραγόμενο υλικό της παρέμβασης (τα σεμινάρια που έγιναν, το υλικό που δημοσιεύτηκε, τις δημιουργηθείσες δομές) σε σχέση με τους λειτουργικούς στόχους που έχουν τεθεί. (www.ektepn.gr)

Τέλος, οι δείκτες πρέπει να είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, κατάλληλοι, ρεαλιστικοί με χρονικό πλαίσιο. Είναι ο απαραίτητος σύνδεσμος που διασφαλίζει τη συνοχή μεταξύ των στόχων και των αποτελεσμάτων μιας παρέμβασης, ενώ οι στόχοι, οι δείκτες και τα αποτελέσματα πρέπει να προκύπτουν λογικά το ένα από το άλλο. (www.ektepn.gr)

#### **6.4. Βασικά χαρακτηριστικά της παρέμβασης**

Το πλαίσιο υλοποίησής της παρέμβασης (π.χ. οικογένεια, σχολική κοινότητα, ευρύτερη κοινότητα) και η μέθοδος υλοποίησής της (εφαρμογή εκπαιδευτικών υλικών, ομιλίες, μέθοδοι αλληλεπίδρασης, ενεργός συμμετοχή συνομηλίκων κτλ.), είναι σημαντικά για την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Είναι σημαντικό να σημειωθεί η διατύπωση της ομάδας-στόχου, οι πληροφορίες και τα στοιχεία σχετικά με αυτήν. Αυτά συγκαταλέγονται στα χαρακτηριστικά της παρέμβασης, όπου θα πραγματοποιηθεί εκτενέστερη επεξήγηση παρακάτω, όσο αφορά το ρόλο τους. (www.ektepn.gr)

- **Ομάδα-στόχος**

Η παρέμβαση πρόληψης μπορεί να υλοποιηθεί ή από νέους/-ες (π.χ. μαθητές, στρατευμένους, φοιτητές) ή ακόμη από άλλες ομάδες (π.χ. εκπαιδευτικοί, γονείς,) οι οποίες σχετίζονται και συνάπτουν επαφές με άτομα νεαρής ηλικίας. Ύστερα, πρέπει να γίνει ο προσδιορισμός της τελικής ομάδας – στόχου, ισχύει και στην περίπτωση μιας ενδιάμεσης ομάδας, και να προσδιορισθούν οι στόχοι της. Αξιοσημείωτο είναι, πως η παρέμβαση της ομάδας – στόχου θα πρέπει να καθοδηγείται και να δρα σύμφωνα με τους ειδικούς στόχους της παρέμβασης. (www.ektepn.gr)

- **Πλαίσιο υλοποίησης**

Το πλαίσιο υλοποίησης της παρέμβασης μπορεί να απευθύνεται σε κάποια σχολική ενότητα, στην οικογένεια, όπως και στην κοινότητα.

Στη σχολική κοινότητα, η παρέμβαση που πραγματώνεται σχετίζεται με κάποιο εκπαιδευτικό υλικό ή πρόγραμμα, όπου η εφαρμογή του είναι πιο αποτελεσματική στη σχολική κοινότητα, διότι διευκολύνεται η επαφή μεταξύ τους, υπό σταθερές συνθήκες.

Όσον αφορά τις παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια, μπορεί να δημιουργηθούν δυσκολίες με την εμπλοκή των γονέων, οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο. Το πλαίσιο που δημιουργεί περισσότερες δυσκολίες και είναι πιο επικίνδυνο για την υλοποίηση της παρέμβασης είναι η κοινότητα, όπου οι πιο συνηθισμένες δυσκολίες έχουν σχέση με την προσέλκυση και τη διατήρηση επαφής ιδιαίτερα όταν αφορά ευπαθείς ομάδες. (www.ektepn.gr)

- **Μέθοδος υλοποίησης**

Οι πιο γνωστές μέθοδοι, οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν μέχρι και σήμερα, σε παρεμβάσεις πρόληψης, είναι οι επισκέψεις, οι διαλέξεις από «ειδικούς» ή πρώην τοξικομανών, οι ημερίδες, αλλά και άλλες εκδηλώσεις που έχουν στόχο την ευαισθητοποίηση.

Επίσης, τα προγράμματα, που συνοδεύονται από εγχειρίδια και συγκεκριμένο αριθμό συναντήσεων, διάρκειας και περιεχόμενου, είναι οι μόνες μέθοδοι που εγγυώνται υψηλά επίπεδα πιστότητας.

Όταν η παρέμβαση περιλαμβάνει μέρος κάποιου εκπαιδευτικού υλικού προγράμματος, οι στόχοι της παρέμβασης πρέπει να διαφέρουν με τους στόχους του υλικού (το υλικό έχει συγκεκριμένες δραστηριότητες, συγκεκριμένη διάρκεια και μεθοδολογία, αλλά αυτό δεν εγγυάται την επίτευξη των στόχων). Θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μια αυστηρή και διεξοδική αξιολόγηση.

Επιπλέον, ο αριθμός συναντήσεων μιας παρέμβασης, δεν μπορεί να προσδιοριστεί. Δεν είναι ακριβής ο αριθμός των συναντήσεων, παρόλο που είναι ερευνητικά αποδεδειγμένο, πως οι παρεμβάσεις με μεγαλύτερο αριθμό συναντήσεων έχουν την ικανότητα να επιδράσουν περισσότερο τους συμμετέχοντες, από μια παρέμβαση που περιλάμβανε μία - δύο συναντήσεις. (www.ektepn.gr)

Τέλος, κατά το σχεδιασμό μιας παρέμβασης πρόληψης, όσο αφορά τη μέθοδο υλοποίησής της, πρέπει να ληφθούν υπόψη, η διάρκειά της (ιδιαίτερα στο σχολείο και στη οικογένεια, καθώς συγκαταλέγονται στα σταθερά πλαίσια) και η αξιοποίηση των μεθόδων αλληλεπίδρασης. (www.ektepn.gr)

## **6.5. Εκτίμηση εφαρμοσιμότητας**

Στο στάδιο αυτό, γίνεται σύνδεση με το θεωρητικό πλαίσιο, με την εκτίμηση αναγκών και με την επιλογή των ενεργειών που θα υλοποιηθούν κατά την παρέμβαση. Οι προσπάθειες

των επαγγελματιών πρέπει να στηριχτούν στα πιο αναγκαία, να καθοριστούν οι ρεαλιστικοί στόχοι, που είναι δυνατό να τους δυσκολέψουν στην υλοποίησή τους, καθώς θα πρέπει οι προσδοκίες να φτάσουν σε επίπεδα, που είναι εφικτό να εκπληρωθούν, ώστε να αποφευχθεί η παγίδα των υπερβολικών φιλοδοξιών για την παρέμβαση. (www.ektepn.gr)

Επιπλέον, πρέπει να καταγραφούν οι απαραίτητοι αλλά και οι διαθέσιμοι πόροι για την υλοποίηση της παρέμβασης. Οι πόροι απαιτούν οικονομικές απαιτήσεις, όπως είναι ο προϋπολογισμός της παρέμβασης, τα υλικά / η τεχνική υποδομή, το ανθρώπινο δυναμικό που απαιτείται για την υλοποίηση της παρέμβασης. Βοηθητικό σ' αυτό το στάδιο, είναι η δημιουργία μιας γραφικής αναπαράστασης των πόρων, η καταγραφή των πιθανών εμποδίων που θα εμφανιστούν πριν από την υλοποίηση της παρέμβασης, καθώς και η καταγραφή των πιθανών λύσεων για το κάθε εμπόδιο. (www.ektepn.gr)

## 6.6. Αξιολόγηση

Είναι σημαντικό και απαραίτητο σ' αυτό το στάδιο, να υπάρχει σύνδεση μεταξύ της εφαρμογής της παρέμβασης με την παρακολούθηση και την αξιολόγησή της. Για να γίνει αυτό, χρειάζεται συστηματική συλλογή δεδομένων για την παρέμβαση, όσον αφορά την εφαρμογή, τα αποτελέσματα και την αποδοχή της από τις ομάδες-στόχος. Για να επιτευχθεί μια αξιολόγηση, ο χρόνος και η παρακολούθηση της εφαρμογής της παρέμβασης είναι απαραίτητα. (www.ektepn.gr)

Η αξιολόγηση ανταποκρίνεται στην έκταση εφαρμογής της παρέμβασης, όπως και στον τρόπο που αντιδρούν οι συμμετέχοντες. Είναι η τελευταία περιγραφή που αφορά την εφαρμογή της παρέμβασης. (www.ektepn.gr)

Οι δείκτες παίζουν σημαντικό ρόλο για την αξιολόγηση της διαδικασίας διότι έχουν σχέση με την ίδια την παρέμβαση. Για παράδειγμα, σχετίζονται με την ακρίβεια της εφαρμογής, τη συνέπεια σύμφωνα με το αρχικό σχέδιο, το κατά πόσο τηρήθηκε ο βαθμός των χρονοδιαγραμμάτων και επιτεύχθηκαν τα καθήκοντα και τέλος, κατά πόσο σωστά και ομαλά εξελίχθηκε η παρέμβαση. Οι δείκτες αυτοί προκύπτουν από τους λειτουργικούς στόχους της παρέμβασης. (www.ektepn.gr)

Η αξιολόγηση είναι το μέσο που οδηγεί στη ανακεφαλαίωση της παρέμβασης και την παρουσίασή της, καθώς συμμετέχει στη διατύπωση απόψεων όσον αφορά την παρέμβαση (π.χ. για πτυχές που δεν λειτούργησαν, όπως είχαν προγραμματιστεί).

Η αξία της αξιολόγησης και η διαδικασία της, αποτελεί μέσο επανεξέτασης της παρέμβασης, με σκοπό την επαλήθευση αλλά και την ευκαιρία της διόρθωσης. Με τη συγκέντρωση των δεδομένων, δίνεται η δυνατότητα να πραγματοποιηθούν ακόμα κάποιες τροποποιήσεις όσον αφορά την εφαρμογή της ή ακόμα και να διαφοροποιηθεί το περιεχόμενο της παρέμβασης. Για παράδειγμα, κάποιες παράμετροι της παρέμβασης μπορεί να μην είναι αποδεκτές ή κατανοητές από την ομάδα-στόχο, οπότε πρέπει να αντικατασταθούν από άλλες. Στην περίπτωση που γίνουν κάποιες τροποποιήσεις, θα πρέπει να υπάρξει τεκμηρίωση των λόγων που έγινε η μετατροπή. (www.ektepn.gr)

Η αξιολόγηση της διαδικασίας είναι η μορφή αξιολόγησης που είναι ευρύτερα δημοσιοποιημένη και χρησιμοποιείται συχνότερα σε παρεμβάσεις, καθώς διασφαλίζει την ποιότητα της παρέμβασης. (www.ektepn.gr)



Επίσης, πρέπει να αναφερθεί πως εάν οι διαθέσιμοι πόροι, δεν ανταποκρίνονται στο να διεξαχθεί η αξιολόγηση σε σχέση με τους στόχους της (αξιολόγηση του αποτελέσματος), τότε πρέπει να τεκμηριωθεί μέσω της αξιολόγησης της διαδικασίας και της παρακολούθησης της εφαρμογής της, ώστε να εφαρμοστεί σωστά και να φέρει θετικά αποτελέσματα. (www.ektepn.gr)

Συχνά, η αξιολόγηση του αποτελέσματος και η έννοια της αξιολόγησης της παρέμβασης ταυτίζονται, με σκοπό να εξακριβώσει αν η παρέμβαση είναι επιτυχής. Έχει το ρόλο να ερευνά το κατά πόσο πέτυχε τους ειδικούς στόχους της παρέμβασης και να συμβάλλει στην κατηγορηματική απόφαση για το αν μια παρέμβαση πρέπει να συνεχιστεί, να προσαρμοστεί ή να εγκαταλειφθεί. (www.ektepn.gr)

Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης του αποτελέσματος, αναλύονται και συγκρίνονται κάποιοι δείκτες, εκ των οποίων οι περισσότεροι ορίστηκαν στη διατύπωση των ειδικών στόχων. (www.ektepn.gr)

Παρόλο που θα ήταν πολύ σημαντικό να υπάρχουν δείκτες που να έχουν άμεση σχέση με τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων σε σχέση με τη χρήση ουσιών, είναι εξίσου σημαντικό (κατά κύριο λόγο εξαιτίας της έλλειψης δεικτών σχετικών με τη χρήση ουσιών) και πιο ρεαλιστικό, να καθοριστούν ενδιάμεσες μεταβλητές και αντίστοιχοι δείκτες που να εξετάζουν την επίδραση της παρέμβασης και των ειδικών στόχων στην ομάδα-στόχος. Το θεωρητικό υπόβαθρο της παρέμβασης, συμβάλλει στη διαμόρφωση ενδιάμεσων μεταβλητών που εξηγούν τη χρήση ουσιών. Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντική μια καλή θεωρητική βάση, η οποία θα συμβάλλει και σε μια θεωρητική εξήγηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης και θα βοηθήσει στην ερμηνεία των «μαύρων φαινομένων», δηλαδή αποτελεσμάτων για τα οποία δεν υπάρχει εξήγηση. (www.ektepn.gr)

Σχετικά με το σχεδιασμό της αξιολόγησης, ο σκοπός, το πλαίσιο και το περιεχόμενο της παρέμβασης είναι αυτά που θα καθορίσουν τον τύπο αξιολόγησης αλλά και τη μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί. (www.ektepn.gr)

## **6.7. Αποτελέσματα αξιολόγησης και συμπεράσματα**

Ο τελευταίος άξονας, αφορά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Η ολοκλήρωση της παρέμβασης γίνεται με την παρουσίαση μιας συνοπτικής περίληψης των κυριότερων σημείων των προηγούμενων Αξόνων και μια παρουσίαση της παρέμβασης, δίνοντας μια συνάφεια μεταξύ τους. (www.ektepn.gr)

Όσον αφορά την αξιοποίηση της αξιολόγησης καθώς και των αποτελεσμάτων της, είναι απαραίτητη η καταγραφή πληροφοριών και ποια στοιχεία πάνε σε ποιον. Δεν ενδιαφέρονται όλα τα εμπλεκόμενα μέρη για τις ίδιες παραμέτρους ή τους ίδιους δείκτες, ούτε έχουν όλοι το ίδιο επίπεδο κατανόησης της επιστημονικής γλώσσας. Για το λόγο αυτό, όσον αφορά τα αποτελέσματα της αξιολόγησης, είναι σημαντικό να ενημερώνεται κάθε ενδιαφερόμενο μέρος (χαράσσοντες πολιτική, χρηματοδότες, επαγγελματίες, συνάδελφοι, συμμετέχοντες στην ευρύτερη κοινότητα), λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο κατανόησης αυτών στους οποίους απευθύνεται η αξιολόγηση, καθώς και το πώς εκείνοι θα αξιοποιήσουν τα αποτελέσματα αξιολόγησης. Η αξιολόγηση του αποτελέσματος μιας παρέμβασης είναι πολύ σημαντική για την εσωτερική δυναμική της παρέμβασης (στελέχη πρόληψης), ενώ

παράλληλα μπορεί να αντιμετωπιστεί ως απειλή για τον εδραιωμένο τρόπο λειτουργίας και εφαρμογής της παρέμβασης ή ως μέσο βελτίωσης, αμφισβήτησης και αναδιαμόρφωσης της παρέμβασης. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

Η προβολή των επιστημονικών πτυχών και των πιο παρουσιάσιμων αποτελεσμάτων είναι αναμφίβολα ευχάριστο να προσκομιστούν σε δημοσιεύσεις επιστημονικών περιοδικών, σε βάσεις δεδομένων καλής πρακτικής, όπως είναι το σύστημα πληροφόρησης EDDRA, παρά στο τοπικό επίπεδο, με τη χρήση των MME, με τα ενημερωτικά δελτία και με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων αξιολόγησης στο διαδίκτυο σε απλή γλώσσα. ([www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr))

## **6.8.Ανακεφαλαίωση**

Σε αυτό το κεφάλαιο, αναλύεται λεπτομερώς ο σχεδιασμός της παρέμβασης πρόληψης, για την καλύτερη αποτελεσματικότητά της και αξιολόγησή της με βάση κάποιους άξονες. Τους άξονες αυτούς αποτελούν η εκτίμηση των αναγκών, οι στόχοι και το θεωρητικό υπόβαθρο, τα βασικά χαρακτηριστικά της παρέμβασης, η εκτίμηση εφαρμοσιμότητας, η αξιολόγηση, τα αποτελέσματα αξιολόγησης και τα συμπεράσματα.

Για την εκτίμηση των αναγκών θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη κάποιες παράμετροι, όπως η υλοποίηση των νέων μελετών, τα ειδικά θέματα σχετικά με την εκτίμηση των αναγκών, τις μεταβλητές που επεξηγούν, καθώς και τις μεταβλητές που ενδεχομένως επηρεάζουν το σχεδιασμό.

Οι στόχοι και το θεωρητικό υπόβαθρο αποτελούν ένα στάδιο βαρυσήμαντο, αφού εδώ γίνεται σαφής ο σκοπός της παρέμβασης, πράγμα που θα βοηθήσει στην αποτελεσματικότητά της. Αξίζει να σημειωθεί πως οι στόχοι θα πρέπει να είναι ρεαλιστικοί (δηλαδή μετρήσιμοι και επίκαιροι), για να θεωρηθεί η παρέμβαση αξιόπιστη. Προτού όμως φτάσουμε στο γενικό στόχο (σκοπό) της παρέμβασης, θα πρέπει να επιτευχθούν και κάποιοι άλλοι στόχοι. Η επίτευξη των λειτουργικών στόχων, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργία των ειδικών στόχων. Οι τελευταίοι, με τη σειρά τους, θα βοηθήσουν στην εκπλήρωση του γενικού στόχου.

Όσον αφορά το θεωρητικό υπόβαθρο, αποτελεί εξίσου σημαντικό κομμάτι, καθώς διαθέτει στην παρέμβαση, απαραίτητες πληροφορίες και στοιχεία που προκύπτουν από γνωστές θεωρίες και θεωρητικά μοντέλα, ή ακόμα και από την καθημερινή εμπειρία.

Οι στόχοι, κάποιες φορές χαρακτηρίζονται ως πολύπλοκοι. Σε αυτά τα σημεία εμφανίζονται οι δείκτες, οι οποίοι απλοποιούν τη διαμόρφωση των στόχων και τους μετρούν, κάτι που διευκολύνει την κατάσταση για τους επιστήμονες. Άρα, θα πρέπει να συνδέονται άμεσα με τους στόχους, να είναι συγκεκριμένοι και μετρήσιμοι.

Στο παραπάνω κεφάλαιο, αναφέρθηκαν ακόμα τα βασικά χαρακτηριστικά της παρέμβασης. Σε αυτά συγκαταλέγονται το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα η παρέμβαση, η μέθοδος που χρησιμοποιείται, η διατύπωση της ομάδας-στόχου και οι πληροφορίες και τα στοιχεία που συγκεντρώνονται σχετικά με αυτήν.

Ο άξονας της εκτίμησης εφαρμοσιμότητας, συνδέει το θεωρητικό πλαίσιο με το πρακτικό. Τις ενέργειες δηλαδή που θα γίνουν κατά την παρέμβαση. Επίσης, θα πρέπει να εκτιμηθούν και οι πόροι που θα χρησιμοποιήσει η παρέμβαση, οι οποίοι θα πρέπει να είναι διαθέσιμοι.

Η αξιολόγηση σαν άξονας, ανακεφαλαιώνει την παρέμβαση και την επανεξετάζει για να την επαληθεύσει και να τη διορθώσει αν χρειαστεί. Για να ολοκληρωθεί με επιτυχία μία αξιολόγηση, χρειάζεται τόσο ο χρόνος, όσο και η συνεχής παρακολούθηση της παρέμβασης, καθώς και να υπάρχει μία σύνδεση της εφαρμογής της παρέμβασης με την παρακολούθηση και αξιολόγησή της.

Ο τελευταίος άξονας που αναφέρθηκε στο κεφάλαιο αυτό, αφορά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Αυτό γίνεται μέσω μιας συνοπτικής περίληψης, στην οποία παρουσιάζονται τα πιο σημαντικά σημεία των αξόνων και όλες οι ενέργειες που υλοποιήθηκαν από την παρέμβαση. Τέλος, είναι σημαντικό να καταγραφούν οι πληροφορίες και τα στοιχεία που αφορούν τον κάθε άξονα, ώστε να αξιοποιηθεί η αξιολόγηση με αποτελεσματικό τρόπο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> - ΕΦΑΡΜΟΖΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

### 7.1.Εισαγωγή

Το φαινόμενο της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών στην χώρα μας, έκανε τις πρώτες του εμφανίσεις στις αρχές της δεκαετίας του '80. Έως τότε απασχολούσε κατά κύριο λόγο μια περιθωριακή ομάδα του πληθυσμού με περιορισμό τις μεγάλες πόλεις, καθώς και η αντιμετώπιση του φαινομένου απασχολούσε κυρίως τις διωκτικές αρχές και όχι τόσο την επιστημονική κοινότητα. Έρευνες επιδημιολογικού περιεχομένου υπήρξαν ελάχιστες εκείνο το διάστημα ενώ δινόταν ιδιαίτερη έμφαση στον περιορισμό των περιθωριακών ατόμων με στόχο την διαφύλαξη από την εξάπλωσή του, στον υγιή πληθυσμό.

Η συνολική αντιμετώπιση του φαινομένου, και ιδιαίτερα η παρέμβαση σε πρωτογενές επίπεδο, αναδείχτηκε πλέον ως αναγκαιότητα. Τα ερευνητικά δεδομένα μελετήθηκαν και ακολούθησε η πρόταση βασικών αρχών σχεδιασμού και εφαρμογής συστηματικών προγραμμάτων πρόληψης:

Η επίγνωση των συνεπειών της χρήσης ουσιών, δεν προϋποθέτει απαραίτητα και την αποφυγή τους.

Η πρόληψη αποτελεί μια πολυδιάστατη και χρονοβόρα διαδικασία και στοχεύει στην γνωστοποίηση και κατάδειξη των αιτιών που οδηγούν στην χρήση.

Η πρόληψη αποτελεί μια ενότητα που προϋποθέτει την συμμετοχή τόσο των ειδικών όσο και των θεσμών και φορέων που εμπλέκονται άμεσα με την κοινωνικοποίηση των νέων όπως οικογένεια, σχολείο, κοινότητα.

Η εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης, θα πρέπει να περιέχει μεθοδολογία και περιεχόμενο κατάλληλο, έτσι ώστε να προσαρμόζεται ανάλογα με τις πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες απευθύνεται, με συνυπολογισμό των αναγκών και αιτημάτων του εκάστοτε πληθυσμού.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης που εφαρμόζονται, μπορούν να επιφέρουν αποτελέσματα μόνο ως το βαθμό που εντάσσονται σε ένα πλαίσιο μακροχρόνιας πολιτικής της τοπικής κοινότητας και γενικότερα της χώρας.

Η έναρξη των προσπαθειών της πρωτογενούς πρόληψης, στηρίχθηκε στην πληροφόρηση και διαφώτιση. Οι πρώτες ενημερώσεις, γίνονταν με έμφαση στους μεγάλους κινδύνους και τις ανεπανόρθωτες επιπτώσεις από την κατάχρηση ουσιών, με σκοπό τη «γέννηση» συναισθημάτων φόβου προς τις ουσίες. Το περιεχόμενο αυτών των ενημερωτικών μηνυμάτων, άγγιξε σε μεγάλο βαθμό την υπερβολή, με αποτέλεσμα να προκαλέσει την έντονη αμφισβήτηση της εγκυρότητάς του από τα άτομα που απευθυνόταν και κυρίως τους νέους.

Είναι απαραίτητο να υπογραμμιστεί, πως κάθε μορφής πληροφόρηση, όταν γίνεται χωρίς να ληφθούν υπ' όψιν τα ειδικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που απευθύνεται, (ηλικία, παρελθοντική χρήση ουσιών) διατρέχουν άμεσο κίνδυνο στο να επιφέρουν αντίθετα των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων, όπως για παράδειγμα την προτροπή των νέων στο να δοκιμάσουν κάποιες ουσίες.

Στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση στην εφαρμογή της πρόληψης, με καταγραφή των στρατηγικών παρέμβασης, του πλαισίου εφαρμογής παρεμβάσεων πρόληψης με καθολικές, επικεντρωμένες και ενδεδειγμένες παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε επίπεδο οικογένειας, σχολείου και κοινότητας. Ενώ αναφέρεται και η συμβολή της τεχνολογίας και της παραγωγικής μάθησης στην πρόληψη, ως καινοτόμες μορφές παρεμβάσεων.

## **7.2. Στρατηγικές παρεμβάσεις πρόληψης**

Στην παρακάτω ενότητα του κεφαλαίου παρουσιάζονται οι κυριότερες στρατηγικές παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης.

### **7.2.1. Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση**

Σε ένα πρώτο επίπεδο, οι παρεμβάσεις πρόληψης περιλαμβάνουν την παροχή ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης. (Αβραμίδης, 1994)

Η ενημέρωση του πληθυσμού είναι σημαντικό να είναι συστηματική, μεθοδική, ολοκληρωμένη, αντικειμενική, σαφής, ειλικρινής, συγκεκριμένη και κάθε φορά να προσαρμόζεται ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι πειστική και κατανοητή από όλους αλλά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να εξάπτει την φαντασία και να δημιουργεί την περιέργεια, προκαλώντας την επιθυμία για δοκιμή (Αβραμίδης 1994). Στόχος είναι η παροχή γνώσεων σχετικά με τις εξαρτησιογόνες ουσίες, τις επιδράσεις και τις συνέπειες της χρήσης, τα αίτια της εξάρτησης κτλ., καθώς και την επεξεργασία θεμάτων, θέτοντας το πρόβλημα της χρήσης ουσιών στην πραγματική του διάσταση (π.χ. κατάρριψη μύθων και στερεοτύπων). (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Αυτό θα πραγματοποιηθεί πληροφορώντας τον κόσμο με ουδέτερο τρόπο και χωρίς εισχώρηση στα δεδομένα αφήνοντας κάθε άνθρωπο να λειτουργεί αυτόνομα με δική του κρίση και στάση. Η πλήρης γνώση λοιπόν για το τι είναι τα ναρκωτικά, ποιοι καταφεύγουν σε αυτά και ποιους κινδύνους διατρέχουν είναι απαραίτητη ώστε να αποτραπεί κάθε εμπλοκή τους με αυτά. (Αβραμίδης, 1994)

### **7.2.2. Κινητοποίηση και Δικτύωση**

Με την στρατηγική της δικτύωσης/κινητοποίησης επιτυγχάνεται σε πρώτο επίπεδο η ενεργοποίηση της κοινότητας σχετικά με τον σκοπό και το έργο της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης και σε δεύτερο επίπεδο η κινητοποίηση της κοινότητας ώστε να συμμετέχει ενεργά στις δράσεις της πρόληψης, ενισχύοντας την δυναμική της πρόληψης και του έργου που επιτελεί. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### **7.2.3. Εκπαίδευση**

Πέρα από την ευαισθητοποίηση και την παροχή γνώσεων, οι παρεμβάσεις πρόληψης περιλαμβάνουν την διαμόρφωση στάσεων και αντιλήψεων καθώς και την απόκτηση δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση λανθασμένων παραγόντων ή την ενίσχυση σωστών που

σχετίζονται με τις ουσίες. (Αβραμίδης, 1994, Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

Για παράδειγμα, όσον αφορά παρεμβάσεις που απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους, 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. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

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. (Αβραμίδης, 1994, Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### **7.2.3.1. Ρόλος της οικογένειας στην εκπαίδευση**

Σύμφωνα με διάφορες θεωρίες για τον ρόλο της οικογένειας όσον αφορά τα ναρκωτικά στην ζωή των νέων, καταλήγουμε στο ότι ο ρόλος της οικογένειας και της εκπαίδευσης είναι πολύ σημαντικός, αλλά εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και η προσωπικότητα του ίδιου του ατόμου. Σαφώς και οι σωστές βάσεις ξεκινάνε από την οικογένεια, όσον αφορά την διαπαιδαγώγηση του παιδιού. Αν ο ρόλος της οικογένειας είναι λειτουργικός, δηλαδή να υπάρχει επικοινωνία, τρυφερότητα, αγάπη, σεβασμός προς όλα τα μέλη της οικογένειας, τότε το παιδί δεν θα νιώθει την ανάγκη να βρει αλλού την αγάπη, την κατανόηση, την επικοινωνία και δε θα παρουσιάσει τάσεις φυγής. (Harvard Medical School Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008-2012)

Αντίθετα, αν ο ρόλος της οικογένειας είναι παθολογικός, δηλαδή αν οι γονείς διαπληκτίζονται συνεχώς μεταξύ τους και μπροστά στα παιδιά ή ξεσπούν στα παιδιά, ή αδιαφορούν γι' αυτά, αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την φυγή του παιδιού από το σπίτι και ίσως την εμπλοκή του σε διάφορες βλαβερές ουσίες, πιστεύοντας πώς με αυτόν τον τρόπο θα κάνει τους γονείς του να το προσέξουν, να ενδιαφερθούν για αυτό, δυστυχώς όμως, αυτό θα είναι η αρχή για την καταστροφή της ζωής του. (Harvard Medical School Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, 2008-2012)

Επιπλέον, η υπερβολική προστασία του ατόμου, μπορεί να φέρει το άτομο στην ίδια διέξοδο και ο λόγος εδώ δεν είναι απλά για να τους τραβήξει την προσοχή, αλλά επειδή νιώθει καταπίεση, νιώθει ότι δεν είναι ικανό να προστατεύσει τον εαυτό του.

Καταλήγουμε, λοιπόν σύμφωνα με τα παραπάνω ότι η οικογένεια είναι ο πρώτος και κυριότερος κρίκος της αλυσίδας για την πορεία της ζωής του ατόμου. (Harvard Medical School Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, 2008-2012)

### **7.2.3.2. Ρόλος του σχολείου στην εκπαίδευση**

Ο ρόλος της εκπαίδευσης, είναι εξίσου σημαντικός όσο και ο ρόλος της οικογένειας. Ο κυριότερος στόχος της εκπαίδευσης είναι η ενημέρωση και η διαφώτιση των μαθητών από τους αρμόδιους. Οι μαθητές, το χώρο του σχολείου, πρέπει να τον αισθάνονται σαν τον προσωπικό τους χώρο, να νιώθουν ασφάλεια, εμπιστοσύνη, ώστε για οτιδήποτε πρόβλημα αντιμετωπίσουν και χρειάζονται οποιαδήποτε βοήθεια, να έχουν το θάρρος να απευθυνθούν στα αρμόδια άτομα π.χ. (καθηγητές, σχολικό ψυχολόγο), για να λάβουν συμβουλές και

συμπαράσταση. (Harvard Medical School Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά, 2008-2012)

#### **7.2.4. Δημιουργικές δραστηριότητες**

Στις δημιουργικές παρεμβάσεις πρόληψης συγκαταλέγονται και οι οργανωμένες δημιουργικές δραστηριότητες για νέους, παιδιά και εφήβους όπου αξιοποιούν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Αυτό μπορεί να συμβεί με την ανάπτυξη δεξιοτήτων, την ενασχόλησή τους με τον αθλητισμό, το θέατρο, τη μουσική, τη συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες αλλά και γενικότερα την δημιουργία ποιοτικής ζωής. Η κοινωνία μας, έχει ανάγκη από ειλικρινείς και έντιμους ανθρώπους που να την ομορφαίνουν. Αυτό ενεργεί θετικά σε όλους τους τομείς, άρα και στα ναρκωτικά. (Αβραμίδης, 1994, Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

#### **7.2.5. Συμβουλευτική**

Οι παρεμβάσεις πρόληψης, περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση διάφορων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Αφορά κυρίως επικεντρωμένες και ενδεδειγμένες παρεμβάσεις πρόληψης. Στα διάφορα θεραπευτικά κέντρα, γίνονται συμβουλευτικές υποστήριξης ατομικές, ομαδικές αλλά και στις οικογένειες. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

#### **7.2.6. Ρυθμιστικά μέτρα**

Πρόκειται για την πρόληψη του περιβάλλοντος και απευθύνεται σε ρυθμίσεις, νόμους και πολιτικές σχετικές με νόμιμες ουσίες ως στρατηγικές πρόληψης της ουσιοεξάρτησης. Αυτά τα μέτρα πιστεύεται ότι είναι σημαντικό να περιλαμβάνονται μαζί με τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις πρόληψης, λόγω της καθοριστικής συμβολής τους στην χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η εθνική νομοθεσία για το κάπνισμα σε δημόσιους και εργασιακούς χώρους και οι περιορισμοί στην πώληση νόμιμων ουσιών. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011)

### **7.3. Πλαίσιο εφαρμογής παρεμβάσεων πρόληψης**

Σύμφωνα με την πρωταρχική κλασική τυπολογία, η πρόληψη διακρίνεται σε τρία επίπεδα. Στην πρωτογενή, που αποσκοπεί σε παρεμβάσεις που γίνονται πριν εμφανιστεί το πρόβλημα, τη δευτερογενή, που στοχεύει στην ελαχιστοποίηση του προβλήματος γεγονός που το επιτυγχάνει με την άμεση διάγνωση και δράση και τέλος, στην τριτογενή, που στόχο έχει την παρέμβαση για μείωση των συνεπειών.

Στον αντίποδα της παραπάνω τυπολογίας στην σημερινή εποχή, και όπως προωθήθηκε από το Institute of Medicine (1994), η πρόληψη κατηγοριοποιείται σε καθολική (universal), επικεντρωμένη (selective) και ενδεδειγμένη (indicated). Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτής της τυπολογίας είναι «η ομάδα στόχος». (Τσουνής, 2012)

### **7.3.1.Καθολική παρέμβαση πρόληψης**

Ο στόχος των καθολικών παρεμβάσεων πρόληψης επικεντρώνεται στον νεανικό πληθυσμό, με πραγματοποίηση άμεσων παρεμβάσεων, που απευθύνονται σε νέους και παιδιά ή και σε άλλες ομάδες, με τις οποίες υπάρχει επαφή με τους νέους. Έχει ως σκοπό την αποφυγή ή έστω την καθυστέρηση της έναρξης χρήσης ουσιών, παρέχοντάς τους την αντίστοιχη εκπαίδευση. Οι συγκεκριμένες μορφές παρεμβάσεων, απευθύνονται σε ευρύ κοινό και υλοποιούνται χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια μορφή ελέγχου σχετικά με τον τρόπο συμπεριφοράς, καθώς και το αντίκτυπο σε αυτούς που συμμετέχουν σχετικά με την χρήση ουσιών. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011, ΕΚΤΕΠΝ, 2012, Τσουνής, 2012)

#### **7.3.1.1.Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην σχολική κοινότητα**

Μια από τις πιο σημαντικές ομάδες καθολικών παρεμβάσεων πρόληψης στην Ελλάδα, που αποτελεί επίκεντρο χάραξης πολιτικής και ανάπτυξης δράσης τόσο των Κέντρων Πρόληψης όσο και των άλλων φορέων που ασκούν πρόληψη, είναι οι παρεμβάσεις πρόληψης στην σχολική κοινότητα. Με ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή παρεμβάσεων τόσο στους νέους όσο και στους εκπαιδευτικούς. Τα Κέντρα Πρόληψης και οι άλλοι φορείς πρόληψης, πέραν από τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην πρόληψη των νόμιμων και παράνομων ουσιών, εφαρμόζουν παρεμβάσεις πρόληψης και σε επίπεδο της βίας, της χρήσης διαδικτύου και γενικότερες παρεμβάσεις προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, με την εφαρμογή συγκεκριμένων εκπαιδευτικών υλικών και προγραμμάτων. Παρακάτω αναφέρονται τα επίπεδα εφαρμογής καθολικών παρεμβάσεων πρόληψης.

- Παρεμβάσεις πρόληψης σε βρεφονηπιακούς και παιδικούς σταθμούς.
- Παρεμβάσεις πρόληψης σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της υλοποίησης των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας του Υπουργείου Παιδείας.
- Εκπαιδευτικά σεμινάρια και υποστηρικτικές συναντήσεις για εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Παρεμβάσεις στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

#### **7.3.1.2.Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια**

Μετά την σχολική κοινότητα, η επόμενη ομάδα-στόχος των Κέντρων Πρόληψης και των άλλων φορέων που εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης, είναι οι γονείς. Με παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε δύο επίπεδα:

- Παρεμβάσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης. Σύντομες, κλειστές ή ανοιχτές, μεγάλης διάρκειας με γονείς, σε θέματα που σχετίζονται με την πρόληψη, την διαπαιδαγώγηση και την ψυχοκοινωνική ευημερία των παιδιών.



- Παρεμβάσεις εκπαίδευσης (ομάδες/σχολές γονέων). Πρόκειται για ομάδες με όριο συνήθως 15 ατόμων. Είναι βιωματικού χαρακτήρα και έχουν ως πρωταρχικό στόχο τη βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων και την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

### **7.3.1.3.Καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην κοινότητα**

Οι καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης που εφαρμόζονται στην κοινότητα, διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

- Παρεμβάσεις εκτός σχολικού πλαισίου σε νέους. Τα κέντρα πρόληψης και οι άλλοι φορείς πρόληψης, όσον αφορά τις παρεμβάσεις προς τους νέους, δεν μένουν μόνο στις δράσεις εντός του σχολικού περιβάλλοντος αλλά προχωρούν σε διεύρυνση προς την κοινότητα, εφαρμόζοντας παρεμβάσεις που απευθύνονται σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών και σε εφήβους (σε χώρους των κέντρων και των φορέων που εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης, και σε χώρους που δραστηριοποιούνται οι νέοι π.χ κατασκηνώσεις), με την εφαρμογή αντίστοιχων υλικών και προγραμμάτων.
- Παρεμβάσεις σε Τοπικούς φορείς και σε ομάδες της κοινότητας. Τα Κέντρα Πρόληψης και οι άλλοι φορείς πρόληψης με παρεμβάσεις που εφαρμόζουν σε τοπικούς φορείς και ομάδες της τοπικής κοινότητας, με απήχηση στο σύνολο του πληθυσμού της (αιρετοί άρχοντες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, εκπροσώπους εργαζομένων της εκκλησίας και σε συλλόγους) διατηρούν συνεχόμενη επαφή με τους νέους, (π.χ προσκόπους, αθλητικούς και πολιτιστικούς συλλόγους) με αποτέλεσμα την ενεργή συμμετοχή στην πρόληψη των εξαρτήσεων. Στόχος των παρεμβάσεων στην κοινότητα, είναι η κινητοποίηση και ενημέρωση των τοπικών κοινωνιών για ενεργή συμμετοχή τους στην πρόληψη καθώς και «συμμαχία» με την Τ.Α. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

### **7.3.2. Επικεντρωμένη παρέμβαση πρόληψη**

Παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης στοχεύουν σε καθορισμένες υποομάδες των νέων, οι οποίες θεωρούνται πιο ευάλωτες και έχουν μεγαλύτερο βαθμό επικινδυνότητας για εμπλοκή στην χρήση διαφόρων ουσιών. (πχ. Παιδιά με ψυχοκοινωνικά προβλήματα , χαμηλή σχολική επίδοση, νέοι που δεν πηγαίνουν πλέον σχολείο, παιδιά που στο οικογενειακό τους περιβάλλον γίνεται χρήση ουσιών, μετανάστες, άνεργοι κ.α.). Οι παρεμβάσεις πραγματοποιούνται μέσα σε ομάδες, χωρίς να υπολογίζονται οι ατομικοί παράγοντες κινδύνου. Πρόκειται για στοχευμένες παρεμβάσεις προς ευάλωτες ομάδες. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011, ΕΚΤΕΠΝ, 2012, Τσούνης, 2012)

#### **7.3.2.1.Επικεντρωμένες παρεμβάσεις σε νέους**

Τα Κέντρα Πρόληψης και οι άλλοι φορείς πρόληψης σε αυτό το επίπεδο, στοχεύουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Σε συνεργασία με τα σχολεία, στοχεύουν στην υλοποίηση

παρεμβάσεων σε μαθητές που έχουν επαφή με την χρήση ουσιών σε πειραματική βάση, μαθητές με παραβατική συμπεριφορά και διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ενώ για να πετύχουν την υποστήριξη και διαχείριση αυτών των ομάδων, πραγματοποιούν συναντήσεις και σεμινάρια με τους εκπαιδευτικούς των σχολείων. Παρακάτω αναφέρονται επιγραμματικά τα πεδία εφαρμογής παρεμβάσεων:

- Επικεντρωμένες παρεμβάσεις σε ιδρύματα, κέντρα φιλοξενίας, υπηρεσίες για ΑΜΕΑ.
- Επικεντρωμένες παρεμβάσεις στο πλαίσιο του ποινικού/σωφρονιστικού συστήματος. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

### **7.3.2.2.Επικεντρωμένες παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια**

Στο πλαίσιο της έμφασης που δίνεται στη σημασία του ρόλου της οικογένειας στην πρόληψη, τα Κέντρα Πρόληψης, καθώς και άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης, προσεγγίζουν και οικογένειες με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (μονογονεϊκές οικογένειες, οικογένειες από διαπολιτισμικά διαφοροποιημένες ομάδες, οικογένειες μεταναστών κτλ.). Κατά τη διάρκεια του 2011, πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις με τη συμμετοχή 167 γονέων. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

### **7.3.2.3. Επικεντρωμένες παρεμβάσεις σε χώρους διασκέδασης**

Όπως αναφέρεται και σε προηγούμενες Ετήσιες Εκθέσεις του ΕΚΤΕΠΝ, στην Ελλάδα δεν έχουν αναπτυχθεί συστηματικές παρεμβάσεις πρόληψης σε χώρους ψυχαγωγίας. Γίνονται μόνο κάποιες αποσπασματικές παρεμβάσεις και σε γενικές γραμμές οι δράσεις στον τομέα αυτό, περιορίζονται στη διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων σχετικά με την πρόληψη, τις επιπτώσεις στην υγεία από τη χρήση ουσιών κτλ. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

### **7.3.3. Ενδεδειγμένη παρέμβαση πρόληψη**

Εστιάζει σε παρεμβάσεις προς άτομο, γίνεται παρέμβαση σε άτομα με εκδήλωση πρώτων σταδίων χρήσης ουσιών (χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια για την εξάρτηση διαγνωστικών εγχειριδίων π.χ. DSM IV) και με την έναρξη ψυχικών και συμπεριφοριστικών διαταραχών προκαλούμενες από χρήση ουσιών (π.χ. άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, με ή χωρίς υπερκινητικότητα ADHD κ.α.). Στοχεύει στην άμεση διάγνωση και την παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο. (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης 2011, ΕΚΤΕΠΝ, 2012, Τσούνης, 2012)

Τα κέντρα πρόληψης σε συνεργασία με τα σχολεία των περιοχών τους και κατόπιν αιτήματος αυτών, προχωρούν στην παροχή συμβουλευτικής σε μαθητές σχετικά με την πρόληψη. Σύμφωνα με στοιχεία του 2011, τα Κέντρα Πρόληψης παρείχαν συμβουλευτική σε 174 μαθητές από 9 σχολεία. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

Παρεμβάσεις ενδεδειγμένης πρόληψης, πραγματοποιούνται από τα Κέντρα Πρόληψης ύστερα από αιτήματα των χρηστών ή των οικογενειών τους και ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχοκοινωνικής φύσεως. Στο στάδιο αυτό προσφέρονται υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης και σε περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαίο γίνεται παραπομπή σε αντίστοιχες δομές. Κατά την διάρκεια του 2010, τα Κέντρα Πρόληψης δέχτηκαν 3.100 περιστατικά. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

## **7.4.Καινοτόμες παρεμβάσεις πρόληψης**

### **7.4.1.Συμβολή της τεχνολογίας στην πρόληψη**

Το διαδίκτυο αποτελεί τα τελευταία χρόνια ένα από τα πιο διαδεδομένα μέσα χρήσης και ενημέρωσης στον κόσμο. Με το ποσοστό των χρηστών του κάθε χρόνο να αυξάνεται με ταχύτατους ρυθμούς, καταρρίπτοντας έτσι κάθε απόσταση ανάμεσα στους ανθρώπους και προσφέροντας μια τεράστια βάση δεδομένων και πληροφοριών στους χρήστες. Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζεται η σχέση ανάμεσα στην πρόληψη εξαρτησιογόνων ουσιών και της τηλεματικής. (Κανελλοπούλου & Ντώνη, 2007)

Με τον όρο τηλεματική, εννοείται ο συνδυασμός χρήσης πληροφορικής και των υπηρεσιών τηλεπικοινωνίας. Η τηλεματική, μπορεί να συμβάλει στην ενεργή και καθημερινή συμμετοχή του χρήστη σε θέματα που τον αφορούν, όπως έχει εφαρμοστεί ήδη σε χώρους ψυχικής υγείας, όπου με την τηλεδιάσκεψη προσφέρονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ασθενείς από απόσταση. (Κανελλοπούλου & Ντώνη, 2007)

Τα τελευταία χρόνια στον τομέα της ουσιοεξάρτησης δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη. Με τη βοήθεια της τεχνολογίας, έχουν δημιουργηθεί ειδικές ιστοσελίδες για τη παροχή οποιασδήποτε πληροφορίας σε σχέση με τις ουσίες στους χρήστες και στους επαγγελματίες. (Κανελλοπούλου & Ντώνη, 2007)

Το κέντρο Εκπαίδευσης για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών και την προαγωγή της υγείας (OKANA-ΕΠΨΥ) από το 1998, είναι ενεργό μέλος του Ευρωπαϊκού δικτύου PREVNET, του οποίου στόχος είναι να προωθήσει την τηλεματική, ως ένα μέσο πρόληψης. Στην πρόληψη, η τηλεματική κάνει χρήση της πληροφορικής και της τηλεπικοινωνίας για παρεμβάσεις πρόληψης και θεραπείας εξαρτημένων. Το δίκτυο αυτό, στοχεύει στην συνεργασία με άλλους οργανισμούς για ανταλλαγή πρακτικών και πληροφοριών, έτσι ώστε να είναι δυνατή η ύπαρξη μιας παγκόσμιας και έγκυρης ενημέρωσης γύρω από τον τομέα της πρόληψης και των τηλεπικοινωνιών. Το δίκτυο έως τώρα, αποτελείται από 28 μέλη με χωρητικότητα ένταξης αρκετών ακόμη οργανισμών. (Κανελλοπούλου & Ντώνη, 2007)

Το δίκτυο PREVNET, αναπτύσσεται μέσω εκπαιδευτικών σεμιναρίων και συνεδριών. Μέχρι τώρα, έχουν γίνει δύο συνέδρια, το ένα στην Ελλάδα στο ΕΠΨΥ και το άλλο στην Ιρλανδία στο Δουβλίνο. Η τηλεδιάσκεψη αποτελεί παράδειγμα άλλης μορφής εκπαίδευσης καθώς και τα on-line σεμινάρια μέσω του κλειστού εσωτερικού ηλεκτρονικού δικτύου (intranet) σε επαγγελματίες του χώρου με στόχο την αξιολόγηση της συμβολής της τηλεματικής στην πρόληψη. (Κανελλοπούλου & Ντώνη, 2007)

Η ιστοσελίδα αυτή, συνέβαλε στην συγκέντρωση νέων ιδεών και εφαρμογών στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, με πιο γνωστά θέματα (την κουλτούρα των νέων, παρεμβάσεις

ομότιμών και προσπάθειες πρόληψης στα σχολεία). Στο intranet συμμετέχουν 40 άτομα από 19 διαφορετικές χώρες. (Κανελλοπούλου & Ντώνη, 2007)

Το 2001, με μια δεύτερη τριετή χρηματοδότηση από την Ευρώπη, το δίκτυο προχώρησε στην προαγωγή ηλεκτρονικών εργαλείων αξιολόγησης ιστοσελίδων πρόληψης.

Ιστορικά, την πρώτη εμφάνιση της τηλεματικής την συναντάμε το '80 στον Καναδά και την Φιλανδία, με τη χρήση τηλεφωνικών γραμμών και με την παροχή στον τομέα της πρόληψης υπηρεσιών, όπως συμβουλευτική, την έναρξη της θεραπείας, θεραπεία συγκεκριμένου τύπου και ένα ανοιχτό κανάλι πρόληψης. Προσφέροντας έτσι, άμεση και έγκυρη πληροφόρηση χαμηλού κόστους και ανωνυμίας. (Κανελλοπούλου & Ντώνη, 2007)

Στη δεκαετία του '90, με την ταχύτατη διάδοση του διαδικτύου εμφανίζονται στην Ευρώπη και οι πρώτες ιστοσελίδες στις χώρες της Ολλανδίας, Φιλανδίας και Ισπανίας με μεγάλο όγκο πληροφοριών, σχετικά με τις ουσίες, τις συνέπειες και τις βλάβες που δημιουργούνται από την χρήση τους.

Μία από τις τελευταίες συμβολές της τηλεματικής στην πρόληψη, σημειώνεται μέσω της κινητής τηλεφωνίας και των μηνυμάτων πρόληψης που αποστέλλονται μέσω αυτής, με την μορφή SMS, με πρωτεργάτη αυτής της παρέμβασης τον οργανισμό A-klinikka της Φιλανδίας, με το πρόγραμμα PROMILLE σε συνεργασία με το PREVNET.

Μια άλλη συμβολή στον τομέα της πρόληψης, αποτελεί το βίντεο con-ferencing του Κέντρου Εκπαίδευσης. ([www.epipsi.gr/prolipsi](http://www.epipsi.gr/prolipsi))

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα σχετικά με αυτό το πρόγραμμα, γνωστοποιήθηκε κατά την διαδικασία κατασκευής του της ιστοσελίδας του κέντρου εκπαίδευσης. (Κανελλοπούλου & Ντώνη, 2007)

Διαπιστώθηκε ότι το βίντεο conferencing είναι ένα χρήσιμο εργαλείο, με γρήγορη και εύκολη χρήση. Στον τομέα της εκπαίδευσης αποτελεί την μεγαλύτερη καινοτομία που έχει γίνει έως τώρα. Το μόνο που χρειάζεται είναι μια σύνδεση ISDN ή ADSL στο internet, ένα μικρόφωνο και ηχεία, μια οθόνη και μια ειδική κάρτα για το κομπιούτερ και έτσι σε πραγματικό χρόνο γίνεται on-line σύνδεση με ταυτόχρονη μεταφορά, ήχου εικόνας καθώς και κειμένου. (ο.π)

Αποτέλεσμα αυτής της εφαρμογής είναι η μείωση του κόστους και του χρόνου. Έως τώρα τα στελέχη των Κέντρων Πρόληψης αναγκάζονται να κάνουν ταξίδια στα Κέντρα Εκπαίδευσης προκειμένου να επιμορφωθούν. Όμως το κόστος αυτών είναι αρκετά σημαντικό, έτσι τα στελέχη παρακολουθούν επιλεκτικά μαθήματα. Πιστεύεται ότι ακόμη και η εποπτεία για την εφαρμογή των εκπαιδευτικών υλικών του Κέντρου Εκπαίδευσης που έως τώρα γίνεται τηλεφωνικά ή με ταξίδια των στελεχών στα Κέντρα Εκπαίδευσης, μπορεί να γίνεται μέσω του βίντεο conferencing. Προετοιμάζεται άμεσα μια πιλοτική δωδεκάμηνη εφαρμογή χρήσης αυτού του μέσου. (Κανελλοπούλου & Ντώνη, 2007)

#### **7.4.2. Προγράμματα σύνδεσης παραγωγικής μάθησης και πρωτογενούς πρόληψης σε εφήβους**

Η Παραγωγική Μάθηση (Π.Μ) απευθύνεται σε νέους που δεν μπορούν να προσαρμοστούν στο πλαίσιο του παραδοσιακού σχολείου, δίνοντάς τους την ευκαιρία να

αποκτήσουν προσωπικές, κοινωνικές και επαγγελματικές δεξιότητες. Η σύνδεση της πρόληψης και της Π.Μ, αποσκοπεί στην ανάπτυξη αμυνών στο άτομο, ώστε να αποφεύγει την χρήση ουσιών, την παρουσίαση παρατατικών συμπεριφορών και την απόκλιση και κοινωνική περιθωριοποίηση, με ανεύρεση νέων ευκαιριών και ανάπτυξη αντίστοιχων δεξιοτήτων για την κάλυψη τους. (Πασάς & Ζορμπά, 2007)

Η θεμελίωση του μοντέλου πρόληψης και Π.Μ, στηρίζεται στην απόκτηση ενδιαφέροντος στην ζωή των ατόμων και στην αναγνώριση της αξίας τους στην κοινωνία.

Το Κέντρο Πρόληψης του Ν. Αχαΐας και η Κίνηση Πρόταση, μέσα από την εμπειρία που αποκτήθηκε από ομάδες παιδιών και εφήβων εκτός σχολείου και η πολλών χρόνων συμμετοχή της «ΠΡΟΤΑΣΗΣ» στον ΙΝΕΡΣ, (Διεθνές Δίκτυο Παραγωγικών Σχολείων και Προγραμμάτων), είχαν ως αποτέλεσμα την δημιουργία του μοντέλου πρόληψης και Π.Μ για τους μαθητές εκτός σχολείου.

Στόχοι αυτού του μοντέλου είναι:

- Ανάπτυξη των νέων, μέσα από ομάδες κοινού ενδιαφέροντος, για εκμάθηση δεξιοτήτων κοινωνικού και προσωπικού περιεχομένου.
- Η εμπλοκή των νέων με αντικείμενα εργασίας που θα αναπτύξουν τις γνώσεις τους, με την ενίσχυση και την απόκτηση νέων δεξιοτήτων.
- Η απόκτηση σωστών στάσεων και συμπεριφορών σχετικά με την Αγωγή Υγείας.
- Τέλος, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των νέων στο φάσμα γενικών ζητημάτων, όπως την Ειρήνη, Δημοκρατία, την διαφορετικότητα και την αποδοχή της και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και του περιβάλλοντος. (Πασάς & Ζορμπά, 2007)

## 7.5.Ανακεφαλαίωση

Βλέποντας την πύρινη λαίλαπα των ναρκωτικών να εξαπλώνεται απειλητικά στην χώρα μας, στις αρχές της δεκαετίας του '80, γεννάται η ανάγκη σχεδιασμού και λήψης μέτρων πρόληψης ενάντια στην ουσιοεξάρτηση.

Η εφαρμογή της πρόληψης, γίνεται με την εφαρμογή σχετικών στρατηγικών που έχουν σχεδιαστεί για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Η παροχή ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού, είναι σημαντικό να είναι συστηματική, μεθοδική, ολοκληρωμένη, αντικειμενική, σαφής, ειλικρινής, συγκεκριμένη και κάθε φορά να προσαρμόζεται ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται. Αυτό θα πραγματοποιηθεί πληροφορώντας τον κόσμο με ουδέτερο τρόπο και χωρίς εισχώρηση στα δεδομένα, αφήνοντας κάθε άνθρωπο να λειτουργεί αυτόνομα, με δική του κρίση και στάση.

Με την στρατηγική της δικτύωσης/κινητοποίησης, επιτυγχάνεται σε πρώτο επίπεδο η ενεργοποίηση της κοινότητας σχετικά με το σκοπό και το έργο της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης και σε δεύτερο επίπεδο η κινητοποίηση της κοινότητας, ώστε να συμμετέχει

ενεργά στις δράσεις της πρόληψης, ενισχύοντας την δυναμική της πρόληψης και του έργου που επιτελεί.

Οι παρεμβάσεις πρόληψης, περιλαμβάνουν την παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση διάφορων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Τα ρυθμιστικά μέτρα σχετίζονται με την πρόληψη του περιβάλλοντος και απευθύνονται σε ρυθμίσεις, νόμους και πολιτικές, σχετικές με νόμιμες ουσίες ως στρατηγικές πρόληψης της ουσιοεξάρτησης.

Η πρόληψη κατηγοριοποιείται σε καθολική (universal), επικεντρωμένη (selective) και ενδεδειγμένη (indicated). Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτής της τυπολογίας, είναι «η ομάδα στόχος». Ο στόχος των καθολικών παρεμβάσεων πρόληψης, επικεντρώνεται στο νεανικό πληθυσμό, με κύρια πλαίσια τις παρεμβάσεις πρόληψης στην σχολική κοινότητα, την οικογένεια και την κοινότητα. Παρεμβάσεις επικεντρωμένης πρόληψης, στοχεύουν σε καθορισμένες υποομάδες των νέων, οι οποίες θεωρούνται πιο ευάλωτες και έχουν μεγαλύτερο βαθμό επικινδυνότητας για εμπλοκή στη χρήση διαφόρων ουσιών. Απευθύνονται σε νέους, στην οικογένεια και σε χώρους διασκέδασης. Η ενδεδειγμένη παρέμβαση, εστιάζει σε παρεμβάσεις προς άτομο, γίνεται παρέμβαση σε άτομα με εκδήλωση πρώτων σταδίων χρήσης ουσιών και με την έναρξη ψυχικών και συμπεριφοριστικών διαταραχών προκαλούμενες από χρήση ουσιών. Στοχεύει στην άμεση διάγνωση και την παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο.

Τα τελευταία χρόνια στον τομέα της ουσιοεξάρτησης δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη. Με τη βοήθεια της τεχνολογίας, έχουν δημιουργηθεί ειδικές ιστοσελίδες για τη παροχή οποιασδήποτε πληροφορίας σε σχέση με τις ουσίες στους χρήστες και στους επαγγελματίες. (Κανελλοπούλου & Ντώνη, 2007)

Η σύνδεση της πρόληψης και της Π.Μ αποσκοπεί στην ανάπτυξη αμυνών στο άτομο ώστε να αποφεύγει την χρήση ουσιών, την παρουσίαση παρατατικών συμπεριφορών και την απόκλιση και κοινωνική περιθωριοποίηση, με ανεύρεση νέων ευκαιριών και ανάπτυξη αντίστοιχων δεξιοτήτων για την κάλυψη τους.

Παρότι εδώ και είκοσι σχεδόν χρόνια έχουν γίνει πολύ σημαντικά και οργανωμένα βήματα πρόληψης τόσο στην χώρα μας, όσο και σε χώρες της Ευρώπης, τα τελευταία ερευνητικά αποτελέσματα παγκοσμίως, δηλώνουν ραγδαία αύξηση της χρήσης ουσιών, γεγονός που γεννά πολλά και σημαντικά ερωτήματα για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που έχουν εφαρμοστεί, καθώς και τις αιτίες που την επέφεραν. Είναι αναγκαίο να υπάρξει ένας επαναπροσδιορισμός του τρόπου εφαρμογής των προγραμμάτων με προσαρμογή τους στα νέα κοινωνικά δεδομένα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ον</sup> – ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

### 8.1.Εισαγωγή

Στις αρχές του '80, ξεκινούν και οι πρώτες συστηματικές παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης στην χώρα μας, συμμετέχοντας σε τριετές πιλοτικό πρόγραμμα που διοργανώθηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης (1986-1989). Η ανάληψη εφαρμογής του προγράμματος έγινε αρχικά από το την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Αιγινήτειο), ενώ αργότερα δημιουργήθηκε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). Με αυτό το πρόγραμμα δόθηκε για πρώτη φορά η δυνατότητα μιας οργανωμένης εφαρμογής και αξιολόγησης και μια νέα φιλοσοφία και πρακτική στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης.

Το νεοσύστατο ΕΠΨΥ, ξεκίνησε στις αρχές του '90 και αφού είχε ολοκληρώσει πανελλαδική έρευνα για την χρήση ναρκωτικών, τόσο στο γενικό, όσο και στο μαθητικό πληθυσμό, ξεκίνησε προσπάθεια μεταφοράς της τεχνογνωσίας, για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην χώρα μας.

Οργάνωσε εκπαιδεύσεις επαγγελματιών στην εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, συμμετείχε σε τριετές προγράμματα του δήμου Αθηναίων για την ευαισθητοποίηση των νέων απέναντι στις εξαρτήσεις, οργάνωσε μία σειρά από παρεμβάσεις σε συνεργασία με δήμους της Αθήνας και της επαρχίας (Αγ. Δημήτριος, Καλλιθέα, Πάτρα).

Το 1995, δημιουργείται ο Οργανισμός ΚΑταπολέμησης ΝΑρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ), ως αποτέλεσμα υλοποίησης μιας οραματικής ιδέας για ανάγκη μίας εθνικής πολιτικής κατά της χρήσης ουσιών. Την ίδια χρονιά, εξαγγέλλεται η δημιουργία ενός δικτύου κέντρων πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, αναθέτοντας στο ΕΠΨΥ την εκπαίδευση των επαγγελματιών που θα το στελέχωναν. Η δημιουργία των κέντρων αυτών γίνεται με την συνεργασία του Ο.ΚΑ.ΝΑ και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Λειτουργούν σε νομαρχιακό επίπεδο, με εξαίρεση αυτών της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, που λειτουργούν σε δημοτικό ή διαδημοτικό επίπεδο και αποτελούν το δίκτυο των υπηρεσιών πρωτογενούς πρόληψης στην Ελλάδα.

Στοχεύουν στην μελέτη των αναγκών και ιδιαιτεροτήτων της τοπικής κοινότητας, την προσαρμογή των παρεμβάσεων σε αυτές, καθώς και την εμπλοκή των τοπικών αρχών και φορέων στην πρόληψη. Σήμερα λειτουργούν 71 κέντρα πρόληψης σε όλη την επικράτεια υπό την αιγίδα το Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Επίσης με την δημιουργία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) και σε συνεργασία με τα αντίστοιχα κέντρα του Ευρωπαϊκού δικτύου, άρχισε το 1994 η συστηματική καταγραφή των διαστάσεων του φαινομένου κατάχρησης ουσιών στην χώρα μας.

Στις αρχές της δεκαετίας του '80 παρατηρήθηκε και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο μια συστηματική μελέτη του φαινομένου των ουσιοεξαρτήσεων. Πραγματοποιήθηκαν επιστημονικά τεκμηριωμένες έρευνες σε όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, προσφέροντας την ευκαιρία συγκριτικής μελέτης του φαινομένου. Τα αποτελέσματα των ερευνών κατέδειξαν την αλματώδη αύξηση της χρήσης και κατάχρησης ουσιών και στην Ελλάδα, αποδεικνύοντας έτσι την αποτυχία της έως τότε ενημέρωσης.

Επιπλέον, τα επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα από τον χώρο της θεραπείας ανέδειξαν την πολυπλοκότητα του φαινομένου της χρήσης, το σημαντικό βαθμό επίδρασης των ψυχολογικών παραγόντων καθώς και την αλληλεπίδραση αυτών, με παράγοντες και σχέσεις στο οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνεται.

Στο κεφάλαιο αυτό, γίνεται μια αναφορά στην διαχρονική εξέλιξη της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στην χώρα μας, στα Κέντρα Πρόληψης, με καταγραφή του στελεχικού δυναμικού τους. Τέλος, στο κεφάλαιο, αναφέρονται προσπάθειες αξιολόγησης, βασισμένες σε ερευνητικά δεδομένα και απόψεις των στελεχών για μελλοντικές προοπτικές των Κέντρων Πρόληψης.

## **8.2. Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα**

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια σημαντική αύξηση των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών. Έτσι, από το 2000-2004, δημιουργήθηκε στην Ελλάδα ένα εθνικό σχέδιο δράσης το οποίο μεταξύ των άλλων, αποσκοπεί στον περιορισμό της χρήσης των ουσιών, στην επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας αλλά και την ενίσχυση της έρευνας και της αξιολόγησης της. Όσο αφορά την ουσιοεξάρτηση, περιλαμβάνει προγράμματα που στοχεύουν στην πρόληψη και την θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων. Συγκεκριμένα, μέσω της πρόληψης, επιχειρεί την εγκαθίδρυση περισσότερων κέντρων πρόληψης ώστε να αντιστοιχεί ένα σε 40.000 κατοίκους, αλλά και στην χρηματοδότηση αυτών των κέντρων καθώς και στην επέκταση δικτύου, υπό την ευθύνη του εθνικού εκπαιδευτικού δικτύου αγωγής υγείας. Επίσης, σημαντική είναι η συνεισφορά στην εκπαίδευση των επαγγελματιών στον χώρο του αθλητισμού, με σκοπό την ενημέρωση των νέων για τους κινδύνους της χρήσης ουσιών. Τέλος, προβλέπει στην κοινωνική επανένταξη και στην επαγγελματική αποκατάσταση των πρώην χρηστών. (Ελληνο-Ολλανδικό Σεμινάριο, 2004)

### **8.2.1. Η διαχρονική εξέλιξη της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα**

Η ιστορία της πρόληψης της ουσιοεξάρτησης στο γενικότερο πλαίσιο της προαγωγής και αγωγής υγείας, ξεκίνησε στην Ελλάδα στα μέσα της δεκαετίας του '80, με την πιλοτική εφαρμογή των πρώτων προγραμμάτων πρόληψης από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και στη συνέχεια από το ΕΠΨΥ. Τα προγράμματα αυτά ξεκίνησαν στο πλαίσιο ενός διακρατικού ευρωπαϊκού προγράμματος, υπό το συντονισμό του Συμβουλίου της Ευρώπης, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, 2011).

Σκοπός ήταν η πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών μέσω μιας ευρύτερης προσέγγισης, η οποία αποσκοπούσε στην ανάπτυξη υπεύθυνης συμπεριφοράς και δεξιοτήτων που προασπίζουν την υγεία (σωματική, ψυχική, κοινωνική). Τα προγράμματα έδιναν έμφαση στη βελτίωση της εικόνας του εαυτού, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και στην ανάπτυξη γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων που επιτρέπουν υπεύθυνες επιλογές και προάγουν την υγεία (Κοκκέβη 1988, Κοκκέβη και συν. 1988).

Παράλληλα, σε τοπικό επίπεδο, άρχισαν να αναπτύσσονται πρωτοβουλίες με στόχο την πρόληψη των εξαρτησιογόνων ουσιών (π.χ. η Κίνηση ΠΡΟΤΑΣΗ στην Πάτρα), ενώ η πρώτη συστηματική προσπάθεια σε εθνικό επίπεδο για την πρόληψη ξεκίνησε το 1995 από



τον ΟΚΑΝΑ με το σχεδιασμό και την ίδρυση των πρώτων Κέντρων Πρόληψης ανά την Ελλάδα. (www.okana.gr)

### **8.3. Τα κέντρα πρόληψης**

Δεδομένου ότι η πρόληψη αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, ο ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο κέντρων πρόληψης σε όλη την Ελλάδα. Σήμερα αριθμεί 71 Κέντρα πρόληψης σε όλη την Ελλάδα σε 49 Νομούς της. Τα Κέντρα Πρόληψης συγχρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και από το Υπουργείο Εσωτερικών, ενώ την επιστημονική εποπτεία την έχει ο ΟΚΑΝΑ. (ΟΚΑΝΑ-Απολογισμός έργου, 2010-2012)

Τα Κέντρα Πρόληψης, είναι στελεχωμένα με ειδικευμένο προσωπικό και τα προγράμματα και οι παρεμβάσεις που αναπτύσσονται, στηρίζονται στην φιλοσοφία της αγωγής και προαγωγής της υγείας. Τα προγράμματα πρόληψης που πραγματοποιούν τα κέντρα, εφαρμόζονται σε μαθητές και εφήβους, γονείς, σε εκπαιδευτικούς, ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (παλιννοστούντες, πρόσφυγες, μειονοτικές ομάδες, φυλακισμένους κ.ά), σε επαγγελματίες υγείας, σε στρατευμένους, σε στελέχη των ενόπλων δυνάμεων και των σωμάτων ασφαλείας καθώς και στον γενικό πληθυσμό της κοινότητας. (ΟΚΑΝΑ-Απολογισμός έργου, 2010-2012)

#### **8.3.1.Στελέχωση των κέντρων**

Η πρόληψη των ουσιοεξαρτήσεων, πραγματοποιείται από το πανελλαδικό δίκτυο Κέντρων Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Ο αριθμός των εργαζομένων στα 71 Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας, ανέρχεται στους 399 συνολικά. Συγκριμένα:

- Ψυχολόγοι: 148
- Κοινωνικοί λειτουργοί: 59
- Κοινωνιολόγοι: 47
- Διοικητικό προσωπικό: 82
- Άλλες ειδικότητες ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών: 63. (ΟΚΑΝΑ-Απολογισμός έργου, 2010-2012).

### **8.4. Προσπάθειες αξιολόγησης των κέντρων πρόληψης στην χώρα μας - ερευνητικά δεδομένα**

Με βάση ερευνητικά δεδομένα που προκύπτουν από έρευνα στα κέντρα πρόληψης τονίζεται η σημαντικότητα της αξιολόγησης του κάθε εφαρμοσμένου προγράμματος.

Στο καταστατικό λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ, προβλέπεται εσωτερική και εξωτερική αξιολόγηση των προγραμμάτων που εφαρμόζονται. Συγκεκριμένα ως εσωτερική αξιολόγηση,

ορίζεται ο απολογισμός του έργου με τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα της εφαρμογής ενός προγράμματος, από τα στελέχη του Κέντρου Πρόληψης, ενώ ως εξωτερική αξιολόγηση εννοείται αυτή που γίνεται από τους χρήστες των προγραμμάτων καθώς και από τον ΟΚΑΝΑ, μέσω του απολογισμού έργου που καταθέτουν τα κέντρα πρόληψης προς αυτών κάθε έξι μήνες. (Τριανταφύλλου, 2007)

#### **8.4.1 Το επιστημονικό στελεχικό δυναμικό των κέντρων πρόληψης**

Μέσα από την ερευνητική διαδικασία που διεξάγεται στα κέντρα πρόληψης, προέκυψαν στοιχεία για την φιλοσοφία, τον τρόπο εφαρμογής των δράσεων πρόληψης, των διαδικασιών για την εφαρμογή και αξιολόγηση τους καθώς και την μελλοντική λειτουργία και βελτίωση τους. (Τριανταφύλλου, 2007)

Στην έρευνα δόθηκε έμφαση στον ρόλο του ανθρώπινου δυναμικού των κέντρων πρόληψης και στην καθοριστικής σημασίας συμβολή τους στην εφαρμογή των εκάστοτε προγραμμάτων πρόληψης. (Τριανταφύλλου, 2007)

Η δειγματοληψία της έρευνας βασίστηκε στην ανάδειξη των προοπτικών των κέντρων πρόληψης μέσα από την υπάρχουσα στελέχωση τους.

Από την έρευνα που έγινε καταγράφηκε ότι στα 20 κέντρα πρόληψης του Νομού Αττικής το επιστημονικό δυναμικό των στελεχών του ανέρχεται στα 104 μέλη. Απ' αυτό προκύπτει, ότι ανά κέντρο αναλογούν 5 στελέχη μαζί με τον επιστημονικά υπεύθυνο, το διοικητικό στέλεχος- γραμματέας, και τον ψυχολόγο όπως προβλέπεται από τον ΟΚΑΝΑ. Τα άλλα μέλη του κέντρου προέρχονται από τους κλάδους των ανθρωπιστικών και κοινωνικών επιστημών. Ενώ στα πλαίσια της σωστής λειτουργίας του Κέντρου, υπάρχει η πρόβλεψη για την εκπαίδευση τριών μηνών από τα στελέχη, που παρέχεται από το Κέντρο Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας. (Τριανταφύλλου, 2007)

Μέσα από τα στοιχεία της έρευνας, ο πίνακας κατανομής ειδικοτήτων των στελεχών, διαμορφώνεται με τα ακόλουθα δεδομένα, ενώ διαπιστώνεται υπεροχή των ψυχολόγων έναντι των άλλων ειδικοτήτων, τόσο ως προς το συνολικό επιστημονικό δυναμικό των κέντρων, όσο και ως προς την ανάληψη του ρόλου του επιστημονικά υπευθύνου από αυτούς.

Πτυχίο ψυχολογίας, κατέχει το 46% των υπηρετούντων στελεχών, κοινωνικής εργασίας το 21%, κοινωνιολογίας το 14%, ενώ το υπόλοιπο 20% αφορά σε ειδικότητες κοινωνικής ανθρωπολογίας, παιδαγωγικής, ψυχιατρικής και βιολογίας. (Τριανταφύλλου, 2007)

Από την παρατήρηση του δείγματος, διαφαίνεται μια ενιαία μορφή των κοινωνικών του χαρακτηριστικών. Το 80% του δείγματος αποτελείται από γυναίκες, ενώ ηλικιακά συγκεντρώνεται στο διάστημα 25 - 35 ετών που αφορά επίσης στο 80% των ερωτώμενων. Το 46% είναι άγαμοι, έγγαμοι το 54% εκ των οποίων ποσοστό 62% με παιδιά, ενώ μόνιμη κατοικία στα χωρικά όρια του Δήμου όπου εργάζονται έχουν μόνο 29% των ερωτώμενων. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι άλλο ένα κυρίαρχο χαρακτηριστικό του δείγματος, καθώς το 46% κατέχει μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, το 29% πτυχίο ΑΕΙ, ενώ το 25% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ. Ο χρόνος προϋπηρεσίας των στελεχών των Κέντρων Πρόληψης του δείγματος

συγκεντρώνεται στο διάστημα 3 έως 6 ετών σε ποσοστό 46%, 1 έως 3 στο 38%, ενώ μέχρι ένα χρόνο εργασίας στο Κέντρο δηλώνει το 17% των ερωτώμενων. (Τριανταφύλλου, 2007)

Με πιο απλά λόγια, σκιαγραφώντας το προφίλ του επιστημονικού στελέχους πρόληψης, θα λέγαμε ότι πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 25 έως 35 ετών, έγγαμη, ψυχολόγο με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, που εργάζεται 3 έως 6 έτη σε, εκτός της περιοχής μόνιμης κατοικίας της, Κέντρο Πρόληψης. (Τριανταφύλλου, 2007)

#### **8.4.2.Αναπαραστάσεις των στελεχών για την λειτουργία και αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης**

Οι απόψεις των στελεχών για τα κέντρα πρόληψης, τον τρόπο λειτουργίας τους, τα αποτελέσματα και τις μελλοντικές προοπτικές τους, ερευνούνται από ερωτήσεις που στοχεύουν στην συγκέντρωση απόψεων σχετικά με την στοχοθεσία των προγραμμάτων, την στάση της κοινωνίας που απευθύνονται και το νομοθετικό καθεστώς πάνω στο οποίο εφαρμόζονται, καθώς και στην δυνατότητα βελτίωσης των προβλημάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή των προγραμμάτων πρόληψης και την επίδραση που ασκούν στη διαμόρφωση στάσεων για το μέλλον και τις προοπτικές των κέντρων πρόληψης. (Τριανταφύλλου, 2007)

Το 79% των ερωτώμενων, πιστεύει ότι τα προγράμματα που εφαρμόζονται επιτυγχάνουν τον στόχο τους, με βάση αυτό που ορίζεται από αυτούς ως πρόληψη. Με την αιτιολόγηση των απόψεων των στελεχών, αναδύεται και η ταύτισή τους με αυτό που πρεσβεύουν τα προγράμματα. Το 62% πιστεύει ότι η καθορισμένη ως πρωτογενής πρόληψη στην κοινότητα καλύπτεται από τους στόχους των προγραμμάτων με την μεταβολή των απόψεων που προωθούν, στηριζόμενη σε επιστημονικά δεδομένα για την πρόκληση αυτού του φαινομένου και προσαρμοσμένα στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας που απευθύνονται, με κύριο στόχο την εφαρμογή πρωτογενών παρεμβάσεων πρόληψης με την παρουσία των μελών της κοινότητας. Το 23% θεωρεί ότι οι στόχοι των προγραμμάτων συμφωνούν με αυτούς των στελεχών, καθώς ο σχεδιασμός τους γίνεται κατόπιν ομοφωνίας της επιστημονικής ομάδας τόσο με την φιλοσοφία, όσο και με τους στόχους τους, ενώ ένα ποσοστό του 15% πιστεύει ότι η ομοφωνία των στελεχών προέρχεται από την εμπειρία των αποτελεσμάτων από τα εφαρμοσμένα προγράμματα πρόληψης, που πρωταρχικός τους στόχος είναι η προαγωγή προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου. (Τριανταφύλλου, 2007)

Ένα ποσοστό του 37%, δεν έδωσε θετική αιτιολογία στην απάντηση του κάτι που μεταφράζεται είτε ως έλλειψη γνώσης σχετικά με τους στόχους των προγραμμάτων του κέντρου είτε ως περιορισμένη ικανότητα προσδιορισμού αυτού του ποσοστού της πρόληψης και των στόχων της. (Τριανταφύλλου, 2007)

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που εφαρμόζονται, κρίνεται τόσο από το ρόλο και τη στάση των μελών στα Κέντρα Πρόληψης, όσο και από την αποδοχή και στήριξή τους από την κοινωνία στην οποία απευθύνονται. Ο βαθμός ικανοποίησης από την στάση της κοινωνίας, ανέρχεται στο μικρό ποσοστό του 17%, σε αντίθεση με το ποσοστό που απάντησε αρνητικά για την στήριξη των προγραμμάτων από την κοινωνία, το οποίο σημειώνεται ως το 78% των ερωτώμενων. Ενώ ένα 5% κατατάσσει την στήριξη από την τοπική κοινωνία ως ανεπαρκή. (Τριανταφύλλου, 2007)

Οι στόχοι του προγράμματος παρεμποδίζονται από διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με προβλήματα πολιτικού περιεχομένου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, του ΟΚΑΝΑ, καθώς και την έλλειψη αυτεπάρκειας του εργατικού δυναμικού των κέντρων, καθώς η επιμόρφωση πάνω στο αντικείμενό τους, στις περισσότερες περιπτώσεις απουσιάζει. Από τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, διαφαίνεται ότι η αδυναμία ανάπτυξης επαφής με ευάλωτες ομάδες, τονίζει προβλήματα στο σχεδιασμό του προγράμματος και την επιλογή των ομάδων και όχι ως προς τους στόχους που τίθενται. (Τριανταφύλλου, 2007)

Από τα παραπάνω ποσοστά, συμπεραίνεται αδυναμία της τοπικής κοινωνίας ως προς την αντίληψη της σπουδαιότητας των προγραμμάτων παρέμβασης. Επομένως, θα πρέπει οι προσπάθειες ενεργοποίησης της κοινωνίας για αποδοχή και συμμετοχή, να γίνουν πιο εντατικές, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τόσο τις ανάγκες μιας τοπικής κοινωνίας, όσο και τα νέα δεδομένα που προκύπτουν και στα οποία θα πρέπει να προσαρμόζονται τα προγράμματα. (Τριανταφύλλου, 2007)

Στον αντίποδα των παραπάνω, ένα άλλο ποσοστό των απαντήσεων που δόθηκαν, σκιαγραφεί την άρνηση της τοπικής κοινωνίας και των τοπικών αρχών, οι οποίοι κρατούν παθητική στάση, εναποθέτοντας την ευθύνη στους «ειδικούς» αυτού του θέματος, ως συνέπεια βέβαια του σύγχρονου τρόπου ζωής που ο καθένας ενδιαφέρεται για το δικό του καλό και συμφέρον, αδιαφορώντας για το κοινό καλό. (Τριανταφύλλου, 2007)

#### **8.4.3.Στάσεις απέναντι στο μέλλον. Οι μελλοντικές προοπτικές των Κέντρων Πρόληψης**

Από τις απαντήσεις των στελεχών για τα Κέντρα πρόληψης, διατυπώνεται η αβεβαιότητα για το «τι μέλη γενέσθαι» σε αυτά καθώς τα προβλήματα που αναδύονται είναι αρκετά σημαντικά και χρίζουν άμεσης αντιμετώπισης αυξάνοντας τις ελπίδες συνέχισης του έργου της πρόληψης, κυρίως σε τόσο χαλεπούς καιρούς.

Αναγκαία κρίνεται η θεμελιώδης αλλαγή του θεσμικού πλαισίου, καθώς το 46% των ερωτώμενων θεωρεί ότι από το υπάρχον, προκύπτουν ζητήματα σε διοικητικό, οικονομικό και επιστημονικό, εργασιακό επίπεδο με ορατό τον κίνδυνο διαστολής λειτουργίας των Κέντρων πρόληψης. (Τριανταφύλλου, 2007)

Πιο αναλυτικά, οι συνέπειες που θα επέλθουν, θα οδηγήσουν σε σταδιακή μείωση τόσο του αριθμού των κέντρων, όσο και του παραγόμενου από αυτά έργου, καθώς τα κριτήρια των εργαζομένων σε αυτά θα γίνονται όλο και πιο λίγα με στόχο την κάλυψη των εργατικών θέσεων, ενώ η μειωμένη οικονομική απολαβή από την εργασία θα έχει ως αποτέλεσμα, την διαρροή σημαντικού εργατικού δυναμικού που θα αναζητήσει εργασία με καλύτερη οικονομική αμοιβή. Σταδιακά μέσα από αυτά, το έργο θα περιοριστεί, καθώς και η αξία των υπηρεσιών που θα παρέχουν τα προγράμματα με τελικό αποτέλεσμα την άρνηση από κάθε κρατικό φορέα να χρηματοδοτήσει τα Κέντρα Πρόληψης, γεγονός που θα επιφέρει ανασυγκρότηση ή και την πιο τραγική κατάληξη της διακοπής λειτουργίας των Κέντρων. Το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο, θα επιτρέψει την λειτουργία ορισμένων Κέντρων Πρόληψης κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες συμμόρφωσης με τροποποίηση των στόχων και του τρόπου λειτουργίας τους. (Τριανταφύλλου, 2007)

Ένας αριθμός του 8% που πιστεύει ότι η πορεία των Κέντρων είναι δυσοίωνη, θεωρεί ότι θα πρέπει να αποδεσμευτούν από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, παίρνοντας την μορφή

αστικών μη κερδοσκοπικών εταιρειών νομικά, σε επιστημονικό όμως επίπεδο θα πρέπει να συνεχίσουν την συνεργασία τους με τον ΟΚΑΝΑ. (Τριανταφύλλου, 2007)

Το 7% θεωρεί, μη εκδηλώνοντας κάποια θετική ή αρνητική άποψη για το μέλλον των Κέντρων, ότι η σύνδεση των Κέντρων με την Τοπική Κοινότητα και τα συμφέροντα των εκάστοτε εκπροσώπων της θα αποτελεί και ρυθμιστικό παράγοντα τόσο του τρόπου λειτουργίας των Κέντρων κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες που θα εξυπηρετούν καθορισμένα συμφέροντα όσο και των προοπτικών συνέχισης των Κέντρων. (Τριανταφύλλου, 2007)

Ένα 18%, πιστεύει ότι τα Κέντρα θα επιβιώσουν μέσα από μεταβολή και ανασυγκρότηση. Θα διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην προώθηση νέων πολιτικών σε χώρους αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης, στην ψυχική υγεία και στη δευτερογενή πρόληψη και τη θεραπεία. Ξεκινώντας από μετονομασία σε Συμβουλευτικά Κέντρα και μετέπειτα μεταβολή του περιεχομένου και του τρόπου λειτουργίας τους, θα μπορούσαν να παρέχουν υπηρεσίες στην ψυχικής υγεία, με κάλυψη του κενού στις δομές της. (Τριανταφύλλου, 2007)

Η χειραφέτηση και ένταξη των Κέντρων σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας, πιστεύεται ότι θα οδηγούσε σε συνέχιση του έργου των Κέντρων από το 11% του ποσοστού των στελεχών. Θεωρεί, ότι με την θεσμική και ουσιαστική αυτονομισή τους, τα Κέντρα θα επιτύχουν την διευκρίνηση του περιεχομένου τους και την γενικότερη στοχοθεσία τους, με καθορισμό του πληθυσμού που απευθύνονται, με δυνατότητα ελέγχου και αξιολόγησης του έργου τους και αποδοτικότερη εργασία και στα τρία επίπεδα πρόληψης. (Τριανταφύλλου, 2007)

Για να επιτευχθεί η αναθεώρηση της λειτουργίας των κέντρων πρόληψης, είναι απαραίτητο να γίνουν παρεμβατικές αλλαγές στο καθεστώς λειτουργίας των κέντρων και στο θεσμικό πλαίσιο. Αυτό προϋποθέτει να υπάρξει οικονομική και θεσμική ενίσχυση και πολιτική στήριξη. Το 18% των ερωτηθέντων, πιστεύει σε μια καλή εξέλιξη των Κέντρων και του έργου που παράγουν, αρκεί να προσφέρονται και να παρέχονται ολοκληρωμένες υπηρεσίες προς την κοινότητα, ώστε να έχουν θετική απήχηση σε όλη την Ελλάδα. (Τριανταφύλλου, 2007)

#### **8.4.4. Η ιδεολογία της αντίστασης ως καθημερινή στάση ζωής στην κοινωνική αποξένωση και κατακερμάτωση**

Με βάση τις σύγχρονες κοινωνικές συνθήκες, οι εργαζόμενοι στα Κέντρα Πρόληψης καλούνται να επιλέξουν και να προσαρμόσουν νέες πολιτικές πρόληψης, οι οποίες θα αξιολογηθούν από την πολιτική εξουσία και τους πολίτες στους οποίους θα απευθύνονται. Για να επιτευχθεί η αντίσταση απέναντι στην κοινωνική καταρροή της εποχής, θα πρέπει να ξεκινήσει από την αντιμετώπιση των πολιτικών που την επιφέρουν. (Λάιος, 2011)

Με βάση αυτά τα νέα κοινωνικά δεδομένα, η «στάση ζωής» αποτελεί στην πραγματικότητα και μια αντίσταση απέναντι σε όλα αυτά.

Οι εργαζόμενοι των Κέντρων Πρόληψης, πρέπει να αξιολογούν εάν έχουν την δυνατότητα να σταθούν δίπλα στις τοπικές κοινωνίες και στις προσπάθειες που καταβάλλουν για μια αντίσταση στην κοινωνική κατακερμάτωση που έχει επέλθει, ακολουθώντας μια

κοινή πορεία και ορίζοντας από κοινού την «Πρόληψη - Αντίσταση», υποστηρίζοντας ότι το θεωρητικό πλαίσιο είναι ήδη ανεπτυγμένο και αυτό που λείπει είναι η εφαρμογή του. (Λάιος, 2011)

Στην συνέχεια της ενότητας, γίνεται μια ανάλυση του όρου «πρόληψη – αντίστασης» με το έως τώρα υλικό των Κέντρων Πρόληψης. Με την δημιουργία κοινών δικτύων και την σύνδεση αυτών που έχουν υπάρξει μέχρι τώρα (π.χ ομάδες γονέων, εκπαιδευτικών και εφήβων) και με την δημιουργία άλλων δικτύων, έχοντας ως πύρινα τις ιδέες ότι κάθε εξαρτατική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων με κύριο αυτό των κοινωνικών συνθηκών. Αποτελούν μια «αλληλοσύνδεση προσωπικών δυσκολιών» και των εκάστοτε κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών καταστάσεων. Στόχος αυτής της πρόληψης, αποτελεί η ενεργοποίηση των πολιτών για ενεργή συμμετοχή τους, με σύνδεση των γνώσεων, απόψεων και δυνάμεών τους, μέσα από μια συλλογική δράση και αντίσταση. (Λάιος, 2011)

Μέσα από αυτή τη μορφή κοινωνικής δράσης των κοινοτήτων, οι άνθρωποι αποκτούν τη δύναμη για αντιμετώπιση των πολιτικών που τους επιβάλλονται με μία συλλογική χειραφέτηση.

Έτσι, θα κατορθώσουν μια κοινή πολιτική, θα ανοίξουν νέους ορίζοντες δράσης προς κάθε κατεύθυνση του ανθρώπινου βίου. Με μια απλή λέξη «αντίσταση» σε καθετί έως τώρα επιβαλλόμενο σε αυτούς, όπως ατομικισμός, μαζικοποίηση, φόβος, αγωνία, σύγχυση, ενοχή, το αδιέξοδο του μέλλοντος που οδηγεί σε κάθε πρόσκαιρη χρήση ουσιών με στόχο την απάλυνση του πόνου και την προσωρινή αποφυγή του αδιεξόδου.

Εάν η πρόληψη δε συμβαδίσει με αυτές τις νέες κοινωνικές ανάγκες, θα γίνει μια πρόληψη παθητική έξω από τις ανάγκες της κοινωνίας, χάνοντας κάθε έννοια του ρόλου της και αποτελώντας «νεκρό» τμήμα του σημερινού Κράτους Πρόνοιας. (Λάιος, 2011)

## **8.5.Ανακεφαλαίωση**

Ξεκινούν να γίνονται οι πρώτες οργανωμένες κινήσεις με την δημιουργία οργανισμών και προγραμμάτων, που στοχεύουν στην πρόληψη των ναρκωτικών. Η πρώτη συστηματική προσπάθεια σε εθνικό επίπεδο για την πρόληψη, ξεκίνησε το 1995 από τον ΟΚΑΝΑ με το σχεδιασμό και την ίδρυση των πρώτων Κέντρων Πρόληψης ανά την Ελλάδα και πλέον είναι ο μεγαλύτερος φορέας πρόληψης.

Δεδομένου ότι η πρόληψη αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα στην αντιμετώπιση της ουσιοεξέρτησης, ο ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο κέντρων πρόληψης σε όλη την Ελλάδα. Σήμερα απαριθμεί 71 Κέντρα πρόληψης σε 49 Νομούς της.

Τα Κέντρα Πρόληψης είναι στελεχωμένα με ειδικευμένο προσωπικό και τα προγράμματα και παρεμβάσεις που αναπτύσσονται, στηρίζονται στην φιλοσοφία της αγωγής και προαγωγής της υγείας.

Στο καταστατικό λειτουργίας του ΟΚΑΝΑ, προβλέπεται εσωτερική και εξωτερική αξιολόγηση των προγραμμάτων που εφαρμόζονται. Στην έρευνα δόθηκε έμφαση στο ρόλο του ανθρώπινου δυναμικού των κέντρων πρόληψης. Η δειγματοληψία της έρευνας βασίστηκε στην ανάδειξη των προοπτικών των κέντρων πρόληψης, μέσα από την υπάρχουσα στελέχωση τους.

Από τα ποσοστά, συμπεραίνεται αδυναμία της τοπικής κοινωνίας ως προς την αντίληψη της σπουδαιότητας των προγραμμάτων παρέμβασης. Επομένως, θα πρέπει οι προσπάθειες ενεργοποίησης της κοινωνίας για αποδοχή και συμμετοχή, να γίνουν πιο εντατικές, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τόσο τις ανάγκες μιας τοπικής κοινωνίας, όσο και τα νέα δεδομένα που προκύπτουν και στα οποία θα πρέπει να προσαρμόζονται τα προγράμματα.

Από τις απαντήσεις των στελεχών για τα Κέντρα πρόληψης, διατυπώνεται η αβεβαιότητα για το «τι μέλη γενέσθαι» σε αυτά, καθώς τα προβλήματα που αναδύονται είναι αρκετά σημαντικά και χρίζουν άμεσης αντιμετώπισης. Αναγκαία κρίνεται η θεμελιώδης αλλαγή του θεσμικού πλαισίου. Η χειραφέτηση και ένταξη των Κέντρων σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας, πιστεύεται ότι θα οδηγήσει σε συνέχιση του έργου των Κέντρων.

Τέλος, με βάση τις σύγχρονες κοινωνικές συνθήκες, οι εργαζόμενοι στα Κέντρα Πρόληψης καλούνται να επιλέξουν και να προσαρμόσουν νέες πολιτικές πρόληψης, οι οποίες θα αξιολογηθούν από την πολιτική εξουσία και τους πολίτες στους οποίους θα απευθύνονται.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τα δεδομένα που προέκυψαν από την βιβλιογραφική μας μελέτη, καταγράψαμε και παραθέτουμε στην συνέχεια τα δικά μας συμπεράσματα και προτάσεις.

- Αναφορικά με το ζήτημα της εξάπλωσης των παράνομων ουσιών στην χώρα μας ύστερα από την ανασκόπηση που κάναμε, ερευνών που έχουν γίνει, διαπιστώσαμε ότι η έκταση του προβλήματος έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις, με κύριο αποδέκτη ουσιών αυτό του μαθητικού πληθυσμού. Ανησυχία αποτελεί πλέον το γεγονός που σημειώνεται τα τελευταία χρόνια, με έναρξη της χρήσης από μικρές ηλικίες. Το γεγονός αυτό κατά την άποψη μας οφείλεται στους εξής λόγους:
  - i. Η παγκοσμιοποίηση έχει επιφέρει κοινά πρότυπα αποδοχής ανάμεσα στους νέους. Έτσι, τα παιδιά από πολύ μικρές ηλικίες, για να μπορέσουν να ενταχθούν σε μια ομάδα συνομηλίκων τους αποδέχονται άκριτα και τα χαρακτηριστικά που αυτή επιβάλλει.
  - ii. Η κρίση, στο επίπεδο της οικογένειας, με το μεγαλύτερο ποσοστό των γονιών να εργάζονται πολλές ώρες έχει ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση των παιδιών και την διακοπή της επικοινωνίας μαζί τους. Έτσι, χάνουν τον έλεγχο των κινήσεων προς τα παιδιά τους, τα οποία μεγαλώνουν ανεξέλεγκτα, νιώθοντας «παρείσακτα» στην οικογένεια και την κοινωνία.
  - iii. Καθοριστική συμβολή αποτελούν και η νέας μορφής οικογένειες που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια και στην χώρα μας, με κύριο αυτό της μονογονεϊκότητας.
  - iv. Τέλος, αναμφίβολα, η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, δημιουργεί όλο και περισσότερα εμπόδια στα νέα παιδιά, τα οποία από πολύ μικρή ηλικία πλέον γίνονται αποδέκτες της έντονης ανησυχίας και του άγχους των γονέων τους, σχετικά με το μέλλον τους. Έτσι, δέχονται πιέσεις από μικρές ηλικίες για να επιτύχουν μεγάλες αποδόσεις στο σχολείο με υπερφορτωμένα προγράμματα πολλών σχολικών ωρών και φροντιστηρίων μη αφήνοντάς τους χρόνο για παιχνίδι και δημιουργική ενασχόληση, εγκλωβίζοντας και οδηγώντας έτσι τους νέους στον κόσμο των ουσιών, ως μέσο διαφυγής.
- Όσον αφορά τους παράγοντες που αιτιολογούν την ουσιοεξάρτηση από την μελέτη μας, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι υπάρχει ένα σύμπλεγμα αιτιολογικών παραγόντων, στο οποίο περιλαμβάνονται τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες. Όπως απορρέει από την μελέτη μας, ο εθισμός είναι βαθιά ριζωμένος στα γονίδια κάποιων ατόμων για την εκδήλωσή του, όμως συμβάλλουν καθοριστικά κοινωνικές συνθήκες και γενετικοί παράγοντες.
- Αναφορικά με τη νομοθεσία για τα ναρκωτικά και τη σχέση με τις τάσεις και την εξέλιξη στην ουσιοεξάρτηση. Από την διερεύνησή μας σχετικά με το νομοθετικό πλαίσιο και τον νέο νόμο για τα ναρκωτικά στην χώρα μας, διαπιστώσαμε ότι το νομοθετικό πλαίσιο της Ελλάδας, παρά τις σημαντικές προσπάθειες που έχουν



καταβληθεί, δεν έχει καταφέρει να δημιουργήσει μια νομοθεσία, που θα προστατεύσει τους νέους από την εύκολη πρόσβαση στις ουσίες. Με πολλούς νόμους να μην εφαρμόζονται παρά μόνο να μένουν στα χαρτιά.

- Όσον αφορά την θεωρητική μελέτη του πλαισίου στην πρόληψη της ουσιοεξάρτησης και τον βασικό άξονα σχεδιασμού πρόληψης, συμπεραίνουμε ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός θεωριών και μοντέλων που έχουν αναπτυχθεί για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Οι θεωρίες και η καταγραφή των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων, συμβάλουν ιδιαίτερα στην πρόληψη και «χτίζουν την γέφυρα», ώστε να γίνει το πέρασμα από τη θεωρία στο σχεδιασμό και εφαρμογή οργανωμένων παρεμβάσεων στην πρόληψη.
- Αναφορικά λοιπόν με την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης, συμπεραίνεται ότι οι στρατηγικές παρεμβάσεων που εφαρμόζονται από τα Κέντρα Πρόληψης απευθύνονται σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας: οικογένεια, σχολείο, κοινότητα, με αναπτυγμένο πλαίσιο εφαρμογής παρεμβάσεων πρόληψης και την συνεχή ένταξη νέων παρεμβάσεων που είναι προσαρμοσμένες στα νέα κοινωνικά δεδομένα της εποχής.
- Τέλος, με την βιβλιογραφική διερεύνηση των Κέντρων Πρόληψης της χώρας μας, διαπιστώσαμε την ύπαρξη ενός σημαντικού δικτύου Κέντρων σε όλη την χώρα. Μέσα από την μελέτη ερευνών αξιολόγησης στα Κέντρα, διαφαίνεται η χρησιμότητα, η συμβολή τους στον τομέα της πρόληψης των ουσιών και τα έντονα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην δομή της λειτουργίας τους και στην συνέχιση του έργου τους. Με τον άμεσο επαναπροσδιορισμό του τρόπου λειτουργίας των κέντρων, θα μπορούν να συνεχίσουν και να αναπτύξουν το έργο τους.

## Προτάσεις

Ύστερα από την βιβλιογραφική μας μελέτη, διατυπώνουμε στην συνέχεια τις προτάσεις μας που χωρίζονται σε δύο σκέλη, σε αυτές που σχετίζονται με την οικογένεια, καθώς πιστεύουμε ότι έχει πρωταρχική συμβολή στην πρόληψη και το δεύτερο σκέλος προς τα Κέντρα Πρόληψης.

Πιο συγκεκριμένα για τους γονείς πιστεύουμε ότι:

- Πρέπει να αφιερώνουν τον απαραίτητο χρόνο για να συζητούν με τα παιδιά τους, κάνοντας διάλογο μαζί τους και δείχνοντας κατανόηση, χωρίς να τους επιβάλλουν τις δικές τους επιθυμίες.
- Να μην τα υπερπροστατεύουν, αλλά να τους δίνουν την ευκαιρία ανάληψης ευθυνών και πρωτοβουλιών.
- Αποδοχή του παιδιού από τους γονείς χωρίς να κάνουν συγκρίσεις των αποδόσεων και της συμπεριφοράς του με τα άλλα παιδιά.
- Η ένταξη των νέων σε ομάδες συνομηλίκων ή σε άλλες, όπως αθλητικές, πολιτιστικές κ.α. Τα παιδιά δεν θα πρέπει να μένουν αποκλεισμένα, έχουν ανάγκη από παρέες.

- Το εσωτερικό του οικογενειακού περιβάλλοντος και οι σχέσεις ανάμεσα στους γονείς, θα πρέπει να είναι ισορροπημένες, καθώς οι γονείς έχουν καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της προσωπικότητας των παιδιών.
- Ο σεβασμός προς τα παιδιά και τις ανάγκες τους, είναι σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξή τους και την μετέπειτα εξέλιξη της συμπεριφοράς τους.
- Τα παιδιά έχουν ανάγκη από ένα γερό υπόβαθρο αξιών και ιδανικών τόσο προς την κοινωνία στην οποία μεγαλώνουν, όσο και προς τον ίδιο τους τον εαυτό και οι γονείς οφείλουν να τους το μεταδώσουν.
- Η τεχνολογία και τα δίκτυα κοινωνικής δικτύωσης έχουν γίνει πλέον τρόπος ζωής για τα παιδιά από πολύ μικρές ηλικίες. Οι γονείς οφείλουν να μην αφήνουν ανεξέλεγκτα τα παιδιά απέναντί τους αλλά να φροντίζουν να τους παρέχουν πλήρη ενημέρωση, ώστε να μπορούν να αυτοπροστατευτούν.

Για να μπορέσουν τα Κέντρα να συνεχίσουν το έργο τους οι προτάσεις μας είναι οι εξής:

- Να υπάρχει συνεργασία με τους φορείς της κοινότητας, με αξιολόγηση του έργου των Κέντρων και των στελεχών του, για να επιτευχθεί η βελτίωση της λειτουργίας τους.
- Να μην γίνεται κατάχρηση εξουσίας από τους εκτελούντες της εξουσίας στις τοπικές κοινότητες εις βάρος του προφίλ και του έργου των Κέντρων προς την κοινότητα.
- Να υπάρχουν προγράμματα εκπαίδευσης κατάλληλα για τα στελέχη της πρόληψης, όπου θα μπορούν να ενημερώνονται πάνω σε καινοτόμες παρεμβάσεις και στις νέες εξελίξεις πρόληψης.
- Τέλος, θα πρέπει να επιλυθούν τα έντονα θεσμικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν τα Κέντρα και που αποτελούν κίνδυνο για την διακοπή του έργου τους.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αβραμίδης, Α. (1994). Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών και μια ελπίδα. Αθήνα: Ακρίτα
2. Γεωργακάς, Π. (2006). Πρωτογενής πρόληψη και κοινωνικές δυνατότητες παρέμβασης. Πρακτικά 6<sup>ης</sup> Πανελλαδικής συνάντησης φορέων της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Λάρισα, Νοέμβριος, 2005
3. Γεωργακάς Π. (2007). Εξάρτηση, μια ατομική επιλογή, Απεξάρτηση μια συλλογική διαδικασία. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο
4. Γρίβας Κ. (1997). Πλανητική κυριαρχία και ναρκωτικά. Αθήνα: Λιβάνη Α.Α.
5. Γρίβας Κ. (2002). Οπιούχα, εξάρτηση και απεξάρτηση, Εγχειρίδιο αυτοβοήθειας και αυτοάμυνας. Αθήνα: Ιανός
6. Γρίβας Κ. (2005). Κάνναβη, Μαριχουάνα: Μύθοι και Αλήθειες. Αθήνα: Οξύ
7. ΕΚΤΕΠΝ (2011). Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματών στην Ελλάδα 2011. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
8. ΕΚΤΕΠΝ (2011). Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης: Κατευθυντήριες Γραμμές και Σχεδιασμός Παρεμβάσεων. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
9. ΕΠΙΨΥ (2012). Πανελλήνια έρευνα για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στους μαθητές – Έρευνα ESPAD 2011. Έκθεση αποτελεσμάτων προς τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
10. ΕΚΤΕΠΝ (2012). Ετήσια Έκθεση ου ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματών στην Ελλάδα 2011, Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

11. ΕΚΤΕΠΙΝ (2013). Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματών στην Ελλάδα 2012. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
12. Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ» (2006). Κίνηση Ενημέρωση για τις εξαρτησιογόνες ουσίες και το νομοθετικό πλαίσιο, Πάτρα
13. Κοκκέβη, Α., Μαδιανού, Δ., Στεφανής, Κ. (1999). Η χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό, Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Αθήνα: Πατάκη
14. Κοκκέβη, Α., Φωτίου, Α., Ξανθάκη, Μ., Καναβού, Ε. (2011). Εξαρτησιογόνες ουσίες στην εφηβεία. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές και Υγεία». Αθήνα, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
15. Κότσαλης Λ.,Γ. (2006). Ναρκωτικά, Ελληνική Νομοθεσία. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη
16. Κότσαλης Λ.,Γ. (2007). Ναρκωτικά, Ελληνική Νομοθεσία. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη
17. Κουτσελίνη Α. Σ. (2002). Εξαρτησιογόνες ουσίες. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
18. Λαμπροπούλου Ε.Π. (2002). Η αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Αθήνα: Νομική βιβλιοθήκη
19. Λιάππας Ι.Α. (1992). Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα, Διαστάσεις της σχέσης εφίβου με το κάπνισμα. Αθήνα: Παπαζήσης
20. Λιάππας Ι.Α. (1999). Ναρκωτικά, Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση. Αθήνα: Πατάκη
21. Λιάππας Ι.Α., Πομίни Β. (2004). Ουσιοεξάρτηση, Σύγχρονα θέματα. Αθήνα: ΙΤΑCΑ
22. Λιάππας Ι.Α., Μέλλος Ε., Πομίни Β. (2006). Κατάχρηση και Εξάρτηση από οινόπνευμα. Αθήνα: ΙΤΑCΑ
23. Μαρσέλος Μ. (1997). Εξαρτησιογόνες ουσίες, Φαρμακολογία - τοξικολογία - ιστορία - κοινωνιολογία – νομοθεσία. Αθήνα: Τυπωθήτω
24. Μάτσα Κ. (2007). Ψάξαμε για Ανθρώπους και βρήκαμε σκιές, το αίνιγμα της τοξικομανίας. Αθήνα: ΑΓΡΑ
25. ΟΚΑΝΑ (2012) Απολογισμός έργου διαίτας 2010-2012. Αθήνα
26. Παπαγεωργίου Ε. (1989). Ψυχαναλυτική θεώρηση της εξαρτημένης συμπεριφοράς. Αθήνα: Πατάκη

27. Παπαδάτος Ι. (2010). Ναρκωτικά και εφηβεία, Κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια, προγράμματα πρόληψης, παιδαγωγική αντιμετώπιση, νομοθεσιακή αντιμετώπιση. Αθήνα: Gutenberg
28. Παπαδόπουλος Μ.,Ν. (1982). Τα ναρκωτικά και η αντιμετώπισή τους, Ψυχολογική, κοινωνιολογική, παιδαγωγική και ορθόδοξη, χριστιανική θεώρηση. Βέροια
29. Περαντζάκη Ι. – Καρατζόγλου. (2001). Κοινωνική ανομία και ναρκωτικά. Αθήνα: Καστανιώτη
30. Πουλόπουλος Χ. (2005). Εξαρτήσεις: Οι θεραπευτικές κοινότητες. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
31. Πρακτικά 6<sup>ης</sup> Πανελλαδικής συνάντησης φορέων πρόληψης της χρήσης εξάρτησιογόνων ουσιών, 2005
32. Πρακτικά 7<sup>ης</sup> Πανελλαδικής συνάντησης φορέων πρόληψης της χρήσης εξάρτησιογόνων ουσιών, 2007
33. Ταίλερ Α. (1988). Ναρκωτικά. Αθήνα: Σελάς
34. Τσαρουχάς Κ. (2003). Η διεθνής των ναρκωτικών. Αθήνα: Αλήθεια

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

35. Champion, V. L. & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimmer & K. Viswanath (Eds.). «*Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*» (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
36. Ghodse H. (1989). «*The Misuse of Drugs*», Εκδόσεις Elsevier Science
37. Goldman, D., Brown, G. L., Albaugh, B., et al. (1993). «DRD2 Dopamine Receptor Genotype, Linkage Disequilibrium, and Alcoholism in American Indians and Other Populations,» *Alcoholism* 17: 199 - 204
38. 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.
39. Lange, Leslie; Kampov-Polevoy, Alexey; Garbutt, James. «*Sweet Liking and High Novelty Seeking: Independent Phenotypes Associated with Alcohol-related Problems. Alcohol & Alcoholism*»; Sep/Oct2010, Vol. 45 Issue 5, p431-436.
40. National Institute on Drug Abuse (NIDA),( 2008). «*Topics in Brief: Genetics of Addiction*»New York
41. Montano, D. E. & Kasprzyk, D. K. (2008). Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model. In K. Glanz, B. K. Rimmer & K. Viswanath (Eds.). «*Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*» (4th ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
42. Pandina & Schuele. ( 1983). « *Drug and Alcohol Use*», United States: Plenum Press
43. Van Dijk, W.R. « *Biological, psychogenic and sociogenic factors in drug dependence involvement*», In D.J. Lettieri, M. Sayers, & H. Wallenstein, *Theories of drug abuse*. Washington, D C: U.S Department of Health and Drug Services and National Institute on Drug Abuse

## ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

44. Μαρσέλος Μ. (2005). Cannabis Sativa. Αθήνα: Τυπωθήτω
45. Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ. (1981). Ναρκωτικά, Τσιγάρο, Αλκοόλ, προβλήματα και απαντήσεις. Μετάφραση: Μαράτου Ο., Σόλμαν Μ., Ο κύκλος της ζωής. Αθήνα: Ψυχογιός Αθανάσιος
46. Bergeret I. (1999). Τοξικοεξάρτηση και προσωπικότητα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
47. Conger J. (1981). Η εφηβική ηλικία. Επιμέλεια: Σόλμαν Μ., Αθήνα: Ψυχογιός
48. Harvard Medical School Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά. 2008-2012
49. M. Gossop & M. Grant (1994). Κατάχρηση ουσιών- Πρόληψη και έλεγχος. Αθήνα: ΒΗΤΑ
50. Rock Michael. (2001). Η αλήθεια για τα ναρκωτικά. Αθήνα: Κέδρος
51. Thio, A. (2008). Παρεκκλίνουσα Συμπεριφορά. Επιμέλεια: Τσουραμάνης, Χ., Αθήνα

## ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

52. Γιαννούσης, Γ. (2008) *«Η Πρόληψη της τοξικομανίας ως διακύβευμα της νεωτερικότητας. Εξαρτήσεις»*, 2008 τ.101 σ.σ. 149-153
53. Λάιος, Ν. (2011) *«Κράτος Πρόνοιας» και πρόληψη των εξαρτήσεων στην σκιά της εξατομικευμένης ευθύνης. Τετράδιο ψυχιατρικής»*. 2011 τ. 114 σ.σ 20-34
54. Πασσάς, Β. (2008) *«Παγκόσμια ημέρα κατά των ναρκωτικών: άλλοθι για όσους αδρανούν και σιωπούν τις υπόλοιπες ημέρες του χρόνου»*. Πρόσωπο 2008 τ.54 σ.σ 18-19
55. Τσουνής, Χ. (2012) *«Οι εφαρμογές πρωτογενούς πρόληψης για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία: συγκριτική μελέτη. Εξαρτήσεις»*, 2012 τ.20 σ.σ. 93-110

## ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΕΣ

56. Τριανταφύλλου, Π. (2007) *«Η ανάπτυξη των Κέντρων Πρόληψης της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στις τοπικές κοινωνίες. Ένα κοινωνικό, θεσμικό και επιστημονικό πείραμα αντιμετώπισης κοινωνικών προβλημάτων και ανασφαλειών»*. Διπλωματική Εργασία. Τμήμα Κοινωνιολογίας. Τομέας Εγκληματολογίας. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών, Επιστημών.



## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

57. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας. Ανάκτηση από:  
<http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/EKTEPN/ekterp.php>. Ανάκτηση στις: 20/01/2014
58. Health Behaviour in School-Aged Children. Ανάκτηση από:  
<http://www.hbsc.org/news/index.aspx?ni=2124><http://www.medlook.gr/kids/drugs>.  
Ανάκτηση στις: 25/01/2014
59. Εξαρτήσεις – Ναρκωτικά. Ανάκτηση από: <http://blogs.sch.gr/epas-renti/files/2013/05/%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%A3%CE%99%CE%91-%CE%9D%CE%91%CE%A1%CE%9A%CE%A9%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%91.pdf>. Ανάκτηση στις: 30/01/2014
60. Ο.ΚΑ.ΝΑ. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Ανάκτηση από:  
<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-02-03/kentraprolipsis>. Ανάκτηση στις 05/02/2014
61. ΚΕ.ΘΕ.Α. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Ανάκτηση από:  
<http://www.kethea.gr/el-gr/%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%B6%CE%AE%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%CF%85%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD.aspx>. Ανάκτηση στις 20/02/2014

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Χάρτης κέντρων πρόληψης

Με βάση το εθνικό σχέδιο δράσης στον Ελλαδικό χώρο, καταγράφεται μεγάλος αριθμός κέντρων πρόληψης. Παρακάτω παρουσιάζεται ένα μέρος των υπηρεσιών που ασχολούνται με την πρόληψη κατά των ουσιών από όλη την Ελλάδα.

### **ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΟΚΑΝΑ / ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΠΟΥ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ**

#### **ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ**

Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Ξάνθης ΕΚΦΡΑΣΗ Ξάνθη [www.prolipsi-xanthi.gr](http://www.prolipsi-xanthi.gr)
2. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Έβρου ΕΛΠΙΔΑ Αλεξανδρούπολη [www.e-prolipsi.gr](http://www.e-prolipsi.gr)
3. Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης Ναρκωτικών Νομού Καβάλας Καβάλα
4. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Ροδόπης ΟΡΦΕΑΣ Κομοτηνή [www.prolipsi-komotini.gr](http://www.prolipsi-komotini.gr)

#### **ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ**

Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Πρόληψης κατά των Ψυχοδραστικών Ουσιών Νομού Πιερίας ΑΤΡΑΚΤΟΣ. Κατερίνη [www.kp-atraktos.gr](http://www.kp-atraktos.gr)
2. Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης και Προαγωγής της Υγείας Βορειο-δυτικού Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης ΠΥΞΙΔΑ Συκιές Θεσσαλονίκης [www.pyxida.org.gr](http://www.pyxida.org.gr)

3. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Ανατολικού Τομέα Θεσσαλονίκης ΕΛΠΙΔΑ Νέα Κρήνη Θεσσαλονίκης [www.kpelpida.gr](http://www.kpelpida.gr)
4. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Χαλκιδικής ΠΝΟΗ Χαλκιδική [www.pnoh-chal.gr](http://www.pnoh-chal.gr)
5. Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Θεσ/νίκης ΣΕΙΡΙΟΣ Θεσσαλονίκη [www.kp-seirios.gr](http://www.kp-seirios.gr)
6. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δυτικού Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης ΔΙΚΤΥΟ ΑΛΦΑ Αμπελόκηποι Θεσσαλονίκης.
7. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Σερρών ΟΑΣΙΣ Σέρρες [www.kpoasis.gr](http://www.kpoasis.gr)
8. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Κιλκίς ΝΗΡΕΑΣ Κιλκίς [www.nhreaskp.gr](http://www.nhreaskp.gr)
9. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Πέλλας ΟΡΑΜΑ Έδεσσα [www.kporama.gr](http://www.kporama.gr)
10. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Ημαθίας ΠΡΟΣΒΑΣΗ Βέροια [www.provasimathia.gr](http://www.provasimathia.gr)

Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης Ομάδα Πρόληψης - Ενημέρωσης κατά των Εξαρτήσεων (Εναλλακτικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΑΡΓΩ, ΨΝΘ) Θεσσαλονίκη [www.psychotes.gr](http://www.psychotes.gr)

## ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ

Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Φλώρινας Φλώρινα [www.prolipsi.gr](http://www.prolipsi.gr)
2. Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Νομού Κοζάνης ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ Κοζάνη [www.kporizontes.gr](http://www.kporizontes.gr)
3. Κέντρο Ενημέρωσης και Πρόληψης κατά των Ναρκωτικών Νομού Καστοριάς ΔΙΕΞΟΔΟΣ Καστοριά
4. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Γρεβενών ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ Γρεβενά [www.e-orizontes.gr](http://www.e-orizontes.gr)

## **ΗΠΕΙΡΟΣ**

Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Ιωαννίνων ΣΧΕΔΙΑ Ιωάννινα [www.kp-ioanninon.gr](http://www.kp-ioanninon.gr)
2. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Άρτας ΚΠΝ ΑΡΤΑΣ Άρτα
3. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Θεσπρωτίας ΑΡΙΑΔΝΗ Ηγουμενίτσα [kpariadni.gr](http://kpariadni.gr)
4. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Πρέβεζας ΚΕΠΡΟΝΑΠ Πρέβεζα

## **ΘΕΣΣΑΛΙΑ**

Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Τρικάλων ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ Τρίκαλα.
2. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Καρδίτσας ΠΡΟΤΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ Καρδίτσα [www.prevkar.gr](http://www.prevkar.gr)
3. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Μαγνησίας ΠΡΟΤΑΣΗ ΖΩΗΣ Βόλος [www.protasizois.gr](http://www.protasizois.gr)
4. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Λάρισας ΟΡΦΕΑΣ Λάρισα

## **ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ**

Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Δημοτική Μονάδα Πρόληψης κατά των Εξαρτησιογόνων Ουσιών και του AIDS Νομού Κέρκυρας ΔΗΜΟΠ ΝΙΚΟΣ ΜΩΡΟΣ Κέρκυρα

2. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Ζακύνθου Η ΣΤΟΡΓΗ Ζάκυνθος [www.kpstorgi.gr](http://www.kpstorgi.gr)
3. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Λευκάδας ΔΙΑΥΛΟΣ Λευκάδα.
4. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Κεφαλληνίας και Ιθάκης ΑΠΟΠΛΟΥΣ Αργοστόλι [www.apoplus.gr](http://www.apoplus.gr)

## **ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ**

Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Αχαΐας Πάτρα [www.kpachaia.gr](http://www.kpachaia.gr)
2. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Ηλείας ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ Αμαλιάδα [www.paremvaseis.gr](http://www.paremvaseis.gr)
3. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Αιτωλοακαρνανίας ΟΔΥΣΣΕΑΣ Αγρίνιο.

Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης ΠΡΟΤΑΣΗ Κίνηση για έναν άλλο τρόπο ζωής Πάτρα [www.protasi.org.gr](http://www.protasi.org.gr)

Οργανισμός Προαγωγής της Υγείας ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΚΡΙΜΑΙΑΣ (Ιερά Μητρόπολη Αιτωλίας και Ακαρνανίας) Μεσολόγγι.

## **ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ**

Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Εύβοιας Χαλκίδα
2. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Βοιωτίας ΠΡΟΤΑΣΗ ΖΩΗΣ Λιβαδειά, Θήβα.
3. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Φθιώτιδας ΚΕΠΕΠΨΥ Λαμία.

4. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Ευρυτανίας ΑΛΚΥΟΝΗ Καρπενήσι [www.alkyoni.gr](http://www.alkyoni.gr)
5. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Φωκίδας ΚΠΧΕΟ. Αμφισσα.

## ΑΤΤΙΚΗ

### Κέντρα Πρόληψης OKANA / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Ζωγράφου Ζωγράφου [www.kepheo.gr](http://www.kepheo.gr)
2. Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Αθηναίων ΑΘΗΝΑ ΥΓΕΙΑ (1ο, 2ο, 3ο, 5ο Διαμέρισμα) Αθήνα [www.kentro-prolipsis.gr](http://www.kentro-prolipsis.gr)
3. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Περιστερίου ΟΔΟΠΟΡΙΚΟ Περιστέρι.
4. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμων Αλίμου, Γλυφάδας, Ελληνικού - Αργυρούπολης ΚΕΠΡΑΓΕΑ Άλιμος, Αργυρούπολη, Γλυφάδα
5. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας Δήμων Χολαργού και Αγίας Παρασκευής ΑΡΓΩ Χολαργός.
6. Κέντρο Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Εξάρτησης Δήμων Καλλιθέας, Ταύρου και Μοσχάτου ΣΤΑΘΜΟΣ Καλλιθέα [www.kp-stathmos.gr](http://www.kp-stathmos.gr)
7. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμων Αγίας Βαρβάρας, Αιγάλεω, Χαϊδαρίου ΑΡΗΞΙΣ Αιγάλεω [kentroprolipsisarixis.blogspot.com](http://kentroprolipsisarixis.blogspot.com)
8. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Κηφισιάς ΠΡΟΝΟΗ Κηφισιά [www.pronoi.org.gr](http://www.pronoi.org.gr)
9. Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Δήμου Αχαρνών ΔΙΕΞΟΔΟΣ Αχαρνές.
10. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμων Ηλιούπολης και Δάφνης – Υμηττού Ηλιούπολη
11. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας των Δήμων Νέας Σμύρνης και Αγίου Δημητρίου ΗΛΙΟΣ Νέα Σμύρνη [www.kpilios.gr](http://www.kpilios.gr)

12. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας των Δήμων Ιλίου, Πετρούπολης, Αγίων Αναργύρων - Καματερού ΦΑΕΘΩΝ Ίλιον.
13. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Δήμου Νέας Ιωνίας ΙΡΙΔΑ Νέα Ιωνία.
14. Άλλοι φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης. Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης της Τοξικομανίας και του AIDS (Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός) Αθήνα.
15. Τομέας Πρόληψης του ΚΕΘΕΑ Αθήνα [www.prevention.gr](http://www.prevention.gr)
16. Τομέας Πρόληψης του Τμήματος Εφήβων και Νέων (Μονάδα Απεξάρτησης 18ΑΝΩ, ΨΝΑ) Αθήνα [www.18ano.gr](http://www.18ano.gr)
17. Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης Αθήνα [www.kii.gr](http://www.kii.gr)
18. Κέντρο Πρόληψης του Ιδρύματος Ψυχοκοινωνικής Αγωγής και Στήριξης ΔΙΑΚΟΝΙΑ (Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών) Αθήνα [www.ecclesia.gr](http://www.ecclesia.gr)

## ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ

Κέντρα Πρόληψης ΟΚΑΝΑ / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Ενημέρωσης, Πληροφόρησης και Ευαισθητοποίησης για Ψυχοδραστικές Ουσίες Νομού Μεσσηνίας ΚΕΠΕΨΟ Καλαμάτα.
2. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Κορινθίας ΔΙΟΛΚΟΣ Κόρινθος
3. Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης των Ναρκωτικών Νομού Αρκαδίας ΚΠΙΝΝΑ Τρίπολη
4. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Αργολίδας ΕΛΠΙΔΑ ΖΩΗΣ Άργος [www.elpidazois.gr](http://www.elpidazois.gr)
5. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Νομού Λακωνίας ΔΙΑΥΛΟΣ Σπάρτη [www.kplakonias.gr](http://www.kplakonias.gr)

## ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ

## Κέντρα Πρόληψης OKANA / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Χίου ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΧΙΟΥ Χίος [www.prolipsihou.gr](http://www.prolipsihou.gr)
2. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Λέσβου ΠΝΟΗ Μυτιλήνη [www.pnoh-lesvos.gr](http://www.pnoh-lesvos.gr)
3. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Σάμου ΦΑΡΟΣ Σάμος, Ικαρία [www.kpfaros.gr](http://www.kpfaros.gr)
4. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Λήμνου και Αγ. Ευσταθίου ΠΟΛΙΟΧΝΗ Μύρινα Λήμνου

## ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ

### Κέντρα Πρόληψης OKANA / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρα Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Κυκλάδων ΘΗΣΕΑΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ Πάρος, Σύρος [www.thiseaskyklades.gr](http://www.thiseaskyklades.gr)
2. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Κω ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Κως [www.kpippokratiskos.gr](http://www.kpippokratiskos.gr)
3. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Υγείας ΔΙΟΔΟΣ Ρόδος [www.kpdiodos.pblogs.gr](http://www.kpdiodos.pblogs.gr)

## ΚΡΗΤΗ

### Κέντρα Πρόληψης OKANA / Τοπικής Αυτοδιοίκησης

1. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Περιφερειακής Ενότητας Ρέθυμνου Ρέθυμνο [www.prolipsis.gr](http://www.prolipsis.gr)
2. Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Νομού Χανίων Χανιά
3. Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας Ηρακλείου Κρήτης ΚΕΣΑΝ Ηράκλειο [www.kesan.gr](http://www.kesan.gr)



Η παρουσίαση γίνεται σύμφωνα με τη χρονολογία ίδρυσης των κέντρων / φορέων ανά περιφέρεια. (ΕΚΤΕΠΝ, 2012)

### **Άλλοι φορείς πρόληψης**

Κύριος φορέας υλοποίησης παρεμβάσεων πρόληψης στην χώρα μας, αποτελεί το δίκτυο των 71 κέντρων πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας που λειτουργούν υπό την αιγίδα του ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και τοπικούς φορείς. Παρεμβάσεις πρόληψης υλοποιούνται επιπλέον από το Υπουργείο Παιδείας, μέσα από τα προγράμματα αγωγής υγείας και από άλλους φορείς του χώρου των εξαρτήσεων και της υγείας, όπως το ΚΕΘΕΑ, τη μονάδα '18ΑΝΩ' του Ψ.Ν.Α., το πρόγραμμα 'ΑΡΓΩ' του Ψ.Ν.Θ., το Ελληνικό Κέντρο διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, εθελοντικές οργανώσεις και δύο φορείς της εκκλησίας. (Τσούνης, 2012, ΕΚΤΕΠΝ, 2012)