



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΕΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΩΝ ΠΟΥ ΟΙ
ΕΦΗΒΟΙ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΡΕΦΟΝΤΑΙ ΣΤΑ
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ».**

**«A RESEARCH PAPER ON THE
REASONS THAT TEENAGERS
NOWADAYS TURN TO DRUGS».**

ΚΟΥΣΤΟΥΜΠΑΡΔΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ Σ.

ΜΠΛΑΒΑΚΗ ΝΙΚΟΛΕΤΑ Δ.

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΝΤΟΓΕΩΡΓΗ ΧΡΥΣΑ

Πάτρα, Μάιος 2011



Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΕΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΛΟΓΩΝ ΠΟΥ ΟΙ
ΕΦΗΒΟΙ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΡΕΦΟΝΤΑΙ ΣΤΑ
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ».**

**«A RESEARCH PAPER ON THE
REASONS THAT TEENAGERS
NOWADAYS TURN TO DRUGS».**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΚΟΥΣΤΟΥΜΠΑΡΔΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΚΟΝΤΟΓΕΩΡΓΗ ΧΡΥΣΑ

ΜΠΛΑΒΑΚΗ ΝΙΚΟΛΕΤΑ

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

Πάτρα, Μάιος 2011

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΣΕΛΙΔΑ

Ευχαριστίες.....	v
Περίληψη μελέτης	vi
Εισαγωγή	1
Όροι και ορολογία	2

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

ΠΛΑΙΣΙΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 4

- 1.1. Ιστορική αναδρομή 4
- 1.2. Οι διαστάσεις του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ελλάδα..... 8
- 1.3. Στατιστικά στοιχεία για την Ελλάδα..... 9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ 12

- 2.1. Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών 13
- 2.2. Αναλγητικά ναρκωτικά 13
- 2.3. Κατασταλτικά – Καταπραϋντικά ναρκωτικά 15
- 2.4. Αλκοόλ – Αλκοολούχα ποτά..... 18
- 2.5. Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.)..... 18
- 2.6. Παραισθησιογόνα – Ψευδαισθησιογόνα 20
- 2.7. Εισπνεόμενα – Πτητικά εξαρτησιογόνα..... 22
- 2.8. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης..... 23
- 2.9. Άλλες ουσίες: Συνθετικά ναρκωτικά..... 24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

ΕΦΗΒΕΙΑ..... 26

- 3.1. Εισαγωγή 26
 - 3.1.1. Χαρακτηριστικά εφηβείας..... 26
 - 3.1.2. Έφηβοι με δύσκολο χαρακτήρα 35
 - 3.1.3. Τρόποι αντιμετώπισης 37
 - 3.1.4. Ιδιαίτερα ψυχικά φαινόμενα στην εφηβεία 41
- 3.2. Προβλήματα..... 43
 - 3.2.1. Δυσκολίες και προβλήματα των εφήβων σήμερα..... 44
- 3.3. Υποστηρικτικά στοιχεία 54
 - 3.3.1. Ο ρόλος των γονέων στην εξέλιξη του εφήβου..... 54

3.3.2. Η στάση του εκπαιδευτικού.....	58
3.3.3. Η σχέση με τους συνομήλικους.....	59
3.3.4. Η στάση της οικογένειας απέναντι στις ομάδες Συνομήλικων	63
3.3.5. Έφηβοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα και ενήλικοι μεσολαβητές.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

4.1. Τι ζητούν και τι βρίσκουν στα ναρκωτικά	66
4.2. Παράγοντες προσωπικότητας.....	67
4.3. Οικογενειακοί παράγοντες	70
4.4. Οι συνομήλικοι – Παρέες.....	72
4.5. Ο γιατρός	73
4.6. Άλλοι παράγοντες.....	73
4.7. Πολιτικές ευθύνες.....	74
4.8. Κοινωνικοί παράγοντες	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

5.1. Σωματικές συνέπειες	77
5.1.1. Αναλγητικά ναρκωτικά	77
5.1.2. Καταπραϋντικά ναρκωτικά	78
5.1.3. Βενζοδιαζεπίνες: Αγχολυτικά, Ηρεμιστικά – Υπνωτικά	79
5.1.4. Αλκοόλ – Αλκοολούχα ποτά	80
5.1.5. Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.).....	81
5.1.6. Παραισθησιογόνα – Ψευδαισθησιογόνα	82
5.1.7. Εισπνεόμενα – Πτητικά εξαρτησιογόνα.....	82
5.1.8. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης	83
5.2. Συναισθηματικές – Ψυχολογικές συνέπειες	84
5.2.1. Αναλγητικά ναρκωτικά.....	84
5.2.2. Καταπραϋντικά ναρκωτικά.....	84
5.2.3. Βενζοδιαζεπίνες: Αγχολυτικά, Ηρεμιστικά – Υπνωτικά.....	85
5.2.4. Αλκοόλ – Αλκοολούχα ποτά	85
5.2.5. Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.).....	86
5.2.6. Παραισθησιογόνα – Ψευδαισθησιογόνα	86
5.2.7. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης.....	86
5.3. Κοινωνικές συνέπειες.....	88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:	
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	90
6.1. Ενημέρωση	90
6.1.1. Οι γονείς	91
6.1.2. Οι εκπαιδευτικοί	92
6.1.3. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.....	92
6.1.4. Ροκ – Ποπ μουσική και ναρκωτικά	96
6.2. Μοντέλα θεραπείας	96
6.2.1. Προγράμματα μεθαδόνης	97
6.2.2. Προγράμματα ναλτρεξόνης	98
6.2.3. Προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης	98
6.2.4. Θεραπευτικές κοινότητες.....	99
6.2.5. Προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης	99
6.3. Υποστηρικτικά προγράμματα.....	99
6.3.1. Υπουργεία – Οργανισμοί – Εθνικοί φορείς.....	99
6.3.2. ΚΕ.ΘΕ.Α.	100
6.3.3. Ο.ΚΑ.ΝΑ	101
6.3.4. Μονάδα Απεξάρτησης 18ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α.).....	103
6.4. Εναλλακτικές λύσεις και μοντέλα ζωής.....	103
6.4.1. Πρόληψη	103
6.4.2. Μύθοι	108

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΤΕΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	111
7.1. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και της Διεπιστημονικής Ομάδας	111
7.2. Ο Κοινωνικός Λειτουργός και η θεραπευτική σχέση	114
7.3. Υποστήριξη και συμβουλευτική.....	117

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	121
1.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας	121
1.2. Είδος έρευνας	121
1.3. Ερευνητικές Υποθέσεις – Ερωτήματα	121
1.4. Δείγμα – Πληθυσμός	122
1.5. Επιλογή εργαλείων έρευνας	123
1.6. Διεξαγωγή έρευνας.....	123
1.7. Πιλοτική έρευνα	124

1.8.	Περιορισμοί της έρευνας.....	125
1.9.	Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση	125
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:		
	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ	126
2.1.	Στατιστική ανάλυση	126
2.2.	Στατιστικές συγκρίσεις υποομάδων του δείγματος.....	163
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:		
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	172
3.1.	Συμπεράσματα.....	172
3.2.	Προτάσεις.	176
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΠΗΓΕΣ		180
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ:		
	Παράρτημα 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	184
	Παράρτημα 2: ΦΟΡΕΙΣ	194
	Παράρτημα 3: ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ 18ΑΝΩ	215

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε:

Την κα. Κοντογεώργη Χρυσούλα, καθηγήτρια στο Α.Τ.Ε.Ι Πατρέων, για την πολύτιμη συμβολή της και την ηθική συμπαράστασή της.

Την κα. Μπιλιάνη Μαρία, για τις πολύτιμες συμβουλές και τις υποδείξεις της πάνω στο θέμα της πτυχιακής.

Το επιστημονικό προσωπικό σε όλα τα κέντρα που επισκεφτήκαμε για τη συνεργασία και την προθυμία τους.

Τις οικογένειες μας, που υπήρξαν ηθικοί και οικονομικοί συμπαραστάτες μας καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας υλοποίησης αυτής της πτυχιακής εργασίας, καθώς και τους φίλους μας και κυρίως τον Αριστείδη Στενό και Σοφοκλή Παναγιώτου για τη βοήθεια και συμπαράσταση τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα εργασία μελετά το θέμα των ναρκωτικών και των αιτιών που οδηγούν τον έφηβο στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, τόσο βιβλιογραφικά όσο και με έρευνα, η οποία έχει σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις του επιστημονικού προσωπικού που εργάζεται σε φορείς πρόληψης και απεξάρτησης ναρκωτικών.

Στο πρώτο μέρος γίνεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση:

Στο κεφάλαιο 1 γίνεται ιστορική αναδρομή και αναφέρονται στατιστικά στοιχεία για την κατάσταση σήμερα στη χώρα μας. Στο κεφάλαιο 2 γίνεται καταγραφή των κατηγοριών των εξαρτησιογόνων ουσιών. Στο κεφάλαιο 3 αναφέρονται τα χαρακτηριστικά, τα προβλήματα και τα υποστηρικτικά στοιχεία της εφηβείας. Στο κεφάλαιο 4 καταγράφονται οι ψυχοκοινωνικές αιτίες χρήσης και εξάρτησης στους έφηβους. Στο κεφάλαιο 5 αναφέρονται οι συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Στο κεφάλαιο 6 αναφέρεται στην πρόληψη, στην ενημέρωση, στα μοντέλα θεραπείας και στα υποστηρικτικά προγράμματα τα οποία λειτουργούν στην Ελλάδα. Τέλος, αναφέρονται κάποιες εναλλακτικές λύσεις και μοντέλα ζωής. Το κεφάλαιο 7 αναλύεται ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και της Διεπιστημονικής Ομάδας, η θεραπευτική σχέση και η υποστήριξη και συμβουλευτική.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται η έρευνα:

Στο κεφάλαιο 1 παρουσιάζονται ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας, το είδος της έρευνας, καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις. Ακόμη, αναφέρεται το δείγμα, ο πληθυσμός και το εργαλείο έρευνας που επιλέχθηκε. Στο κεφάλαιο 2 παρουσιάζεται η στατιστική ανάλυση, τα συμπεράσματα της μελέτης, καθώς και οι προτάσεις.

Τέλος, ακολουθεί η βιβλιογραφία και το παράρτημα.

ABSTRACT OF STUDY

This paper examines the issue of drugs and the causes that drive the adolescent to drug use, both in literature and a survey which aims to explore the views of scientific staff working in institutions and prevent drug addiction.

The first part is a literature review:

In Chapter 1 there is chronology and reported statistics concerning the situation in our country. Chapter 2 records the categories of drugs. In chapter 3, the characteristics, problems and supporting evidence of puberty. Chapter 4 lists the psychosocial causes of use and dependence in adolescents. Chapter 5 reports the effects of drug use. Chapter 6 deals with prevention, information, models of treatment and support programs that operate in Hellas. Finally, we identified some alternatives and models of life. Chapter 7 analyzes the role of social workers and interdisciplinary teams, the therapeutic relationship and the support and counseling.

The second part is the research:

Chapter 1 presents the purpose and objectives of this research, the kind of research and the research questions and hypotheses. Also, it reports the sample, the population and research tool selected. Chapter 2 presents the statistical analysis, the study's conclusions and proposals.

Finally, a bibliography and annex.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα η χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών αυξάνεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια και κυρίως στους εφήβους. Στη διαπίστωση αυτή συγκλίνουν πορίσματα ειδικών ερευνητών του προβλήματος, οι διαστάσεις του οποίου έχουν προκαλέσει ανησυχία σε παγκόσμια κλίμακα.

Τα ναρκωτικά χαρακτηρίζονται ως κοινωνική μάστιγα του αιώνα μας, η οποία απειλεί θανάσιμα την ανθρωπότητα. Ένας ολόκληρος κόσμος, αυτοκαταστρέφεται σήμερα, αναζητώντας την «απελευθέρωση της προσωπικότητας» ή τη λύση των προβλημάτων του, μέσα από μια σύριγγα, από ένα τσιγάρο ή από χάπια. Το χειρότερο είναι πως η πλειοψηφία των τοξικομανών είναι οι νέοι. Κάποιοι βλέπουν το μέλλον της ανθρωπότητας αβέβαιο, αφού το πρόβλημα των ναρκωτικών όλο και μεγαλώνει και η αντιμετώπισή του, χρόνο με το χρόνο, γίνεται όλο και πιο δύσκολη. Το λαθρεμπόριο των ναρκωτικών είναι αδύνατον πια να ελεγχθεί και να αναχαιτιστεί. Έτσι, βασικό όπλο στην καταπολέμηση της τοξικομανίας είναι η πρόληψη και η θεραπεία.

Σήμερα, η ενημέρωση έχει τη δύναμη και την ένταση να επιδρά καθοριστικά στη σκέψη και την οριοθέτηση των στόχων και των ενεργειών του εφήβου. Η γνωριμία του με το καινούριο, τον βοηθάει να ανοίξει τους ορίζόντές του, τον βγάζει από το σκοτάδι της ημιμάθειας και ανοίγει τις προοπτικές του.

Η ενημέρωση όμως που παρέχεται στην πράξη, κάθε άλλο παρά βοηθάει προς αυτή την κατεύθυνση. Δεν είναι διαρκής και δεν έχει συνέχεια. Είναι αποσπασματική και τμηματική κι έτσι δεν έχει τα αποτελέσματα που θα έπρεπε.

Οι αξίες που διαδίδονται ευρέως στην κοινωνία, καλλιεργούν τις μηδενιστικές αντιλήψεις, τις τάσεις αυτοκαταστροφής και αυτοαπομόνωσης, την απομαζικοποίηση και τον ατομικισμό, την παραίτηση, την απογοήτευση και την αποχή. Όλα βασικά στοιχεία για να οδηγηθεί ο νέος άνθρωπος στα ναρκωτικά. (Π. Χρήστου, 1990)

Σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστώσουμε ποιες είναι οι αιτίες που ένας έφηβος σήμερα οδηγείται στη χρήση ναρκωτικών. Για να το καταφέρουμε αυτό, απευθυνθήκαμε σε φορείς που ασχολούνται με τη χρήση ναρκωτικών από εφήβους, σε όλους τους τομείς (πρόληψη, ενημέρωση, θεραπεία, αποκατάσταση).

ΟΡΟΙ ΚΑΙ ΟΡΟΛΟΓΙΑ

ΕΦΗΒΕΙΑ: είναι η αναπτυξιακή εκείνη περίοδος της ζωής του ανθρώπου που ξεκινάει με ειδικές βιολογικές αλλαγές (ορμονικές) στο σώμα του παιδιού (αλλαγές που έχουν παράλληλα ψυχοσωματικές επιπτώσεις) και τελειώνει (ψυχολογικά) με την τελική γενετήσια ολοκλήρωση και αυτόνομη ωρίμανση του ατόμου. (Στυλιανάκης, 2003). Σύμφωνα με τον Herbert (1997) «η εφηβεία αναφέρεται στη ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου, η οποία σχετίζεται εν μέρει με τις βιοσωματικές αναπτυξιακές διαδικασίες, με αυτό δηλαδή που ορίζουμε ως «ήβη». Με τον κλασσικό, όμως, ορισμό η εφηβεία είναι μια παρατεταμένη περίοδος της ανάπτυξης διάρκειας περίπου 7 ως 8 ετών (Χρηστάκης, 2003).

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ: είναι ασυνείδητοι ψυχοδιανοητικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιεί το άτομο και οι οποίοι δε γίνονται απαραίτητα εμφανείς μέσα από συμπεριφορές. (Κουρκούτας Η., 2001)

ΝΑΡΚΩΤΙΚΟ: με την πλατιά σημασία, είναι οποιαδήποτε ουσία που δρα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και προκαλεί εθισμό και εξάρτηση, όπως το τσιγάρο, ο καφές, το αλκοόλ, τα ελαφρά καταπραϊντικά, διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για θεραπεία, όπως χάπια υπνωτικά, παυσίπονα, χάπια για το βήχα και το κρυολόγημα, βαρβιτουρικά, διαλύτες. Με τη στενότερη έννοια, χαρακτηρίζουμε τα ναρκωτικά ως τα παράγωγα της ινδικής κάνναβης (χασίς, μαριχουάνα, χασισέλαιο, τετραϋδροκαναβινόλη ή TCH, κ.ά.), την κοκαΐνη και το κρακ, τα παράγωγα του οπίου (ηρωΐνη, μορφίνη, όπιο, μεθαδόνη) που αποτελούν τα κατ' εξοχήν ναρκωτικά, το L.C.D., phyllocidin και τις αμφεταμίνες. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993).

ΕΞΑΡΤΗΣΗ: ως γενικός όρος σημαίνει να έχει κανείς ανάγκη ή να εξαρτάται από κάτι ή κάποιον ως στήριγμα ή για να λειτουργήσει ή για να επιζήσει. Όταν αναφέρεται στις ουσίες, ο όρος σημαίνει ανάγκη επαναλαμβανόμενων δόσεων της ουσίας για να αισθάνεται το άτομο καλά ή για να αποφεύγει να αισθάνεται άσχημα. (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, OKANA, 1999). Σύμφωνα με το DSM-IV, η εξάρτηση ορίζεται ως ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων, που υποδηλώνουν ότι το άτομο συνεχίζει τη χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη λήψη της. (Νίκος Μάνου, 1997).

ΕΘΙΣΜΟΣ: ορίζεται η επαναλαμβανόμενη χρήση ουσίας ή ουσιών, σε βαθμό που ο χρήστης βρίσκεται σε κατάσταση μέθης, εκδηλώνει ψυχαναγκασμό για λήψη της ουσίας ή ουσιών,

δυσκολεύεται πάρα πολύ να σταματήσει εκούσια τη χρήση και φαίνεται αποφασισμένος να εξασφαλίσει τις ουσίες με σχεδόν οποιοδήποτε μέσο. (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999).

ΑΝΟΧΗ: ορίζεται η ανάγκη για έντονα αυξημένες ποσότητες της ουσίας για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, καθώς και τα έντονα ελαττωμένα αποτελέσματα με συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας. Ο βαθμός ανοχής ποικίλλει από ουσία σε ουσία. (Νίκος Μάνου, 1997).

ΣΤΕΡΗΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: είναι μια δυσπροσαρμοστική μεταβολή της συμπεριφοράς με φυσιολογικά και γνωστικά στοιχεία, που συμβαίνει όταν ελαττωθούν τα επίπεδα της ουσίας στο αίμα, σε ένα άτομο που έκανε μακροχρόνια χρήση κάποιας ουσίας. Τα στερητικά συμπτώματα διαφέρουν πολύ ανάμεσα στις διάφορες ουσίες. (ό.π.). Τα πιο συνήθη είναι έντονη επιθυμία, άγχος, δυσφορία, χάσμιση, ανατρίχιασμα, δακρύρροια, ρινόρροια, αϋπνία, ναυτία ή εμετό, διάρροια, κράμπες, μυαλγίες και πυρετό. (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999).

ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΔΟΣΗ: είναι η λήψη μιας ποσότητας ουσίας, απέναντι στην οποία ο οργανισμός δεν έχει αναπτύξει ανοχή. Όταν υπερφορτωθεί σε τέτοιο βαθμό, το σώμα αντιδρά με διάφορους τρόπους, ορισμένοι από τους οποίους αποδεικνύονται μοιραίοι. Η «κλασική» θανατηφόρα δηλητηρίαση από υπερβολική δόση έχει χρόνο εξέλιξης από μία έως δώδεκα ώρες. Αρχίζει με αργή ή απλά ακανόνιστη αναπνοή. Οι κόρες των ματιών συστέλλονται σε μέγεθος καρφίτσας, το δέρμα μελανιάζει, η πίεση πέφτει σε υπερβολικά χαμηλά επίπεδα και επακολουθεί κώμα. Ο θάνατος, αν επέλθει, οφείλεται συνήθως σε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια και σε επιπλοκές στην περιοχή της καρδιάς. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

HANGOVER: είναι τα συμπτώματα της επόμενης μέρας, η κατάσταση που επακολουθεί της μέθης και η οποία περιλαμβάνει τα άμεσα επακόλουθα της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών σε υπέρμετρη ποσότητα. Τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν κόπωση, πονοκέφαλο, δίψα, ίλιγγο, γαστρικές διαταραχές, ναυτία, εμετούς, αϋπνία, μικρές τρομάδες συσπάσεις των χεριών και άνοδο ή πτώση της πίεσης του αίματος. Τα ψυχολογικά συμπτώματα είναι οξύ άγχος, ενοχή, κατάθλιψη, ευερεθιστικότητα και ακραία ευαισθησία. Τα επακόλουθα υπερκατανάλωσης διαρκούν συνήθως όχι περισσότερο από 36 ώρες μετά την αποβολή κάθε ίχνους οινοπνεύματος από τον οργανισμό. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999).

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΛΑΙΣΙΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1. Ιστορική αναδρομή

Τα ναρκωτικά δεν είναι εφεύρεση του σύγχρονου πολιτισμού. (Δημητρίου Νικόλ. Καμβύση, 1988). Η χρήση ναρκωτικών ουσιών, οι οποίες διαφοροποιούν τη σκέψη, είναι τόσο παλιά όσο και η ανθρωπότητα. (Τ. Τζάφφη, Ρ. Πήτερσον, Ρ. Χόντσον, 1981). Ο άνθρωπος αναζητούσε πάντα ουσίες φυτικές ή διάφορα βότανα, που θα είχαν ευνοϊκά αποτελέσματα στη ψυχική του διάθεση, στη συμπεριφορά του, στις οργανικές και ψυχικές του δυνάμεις. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Τέτοιες ουσίες υπήρχαν ανέκαθεν και τις χρησιμοποιούσαν για τις θεραπευτικές τους ιδιότητες – κυρίως για την ανακούφιση από τον πόνο – ή για την απόκτηση κάποιου αισθήματος ευδαιμονίας ή μιας κάποιας μυστικιστικής ή εκστασιακής εμπειρίας. Η χρήση τους παλιότερα περιορίστηκε σε ειδικές περιπτώσεις, σε κοινωνικά παραδεκτές εκδηλώσεις, κυρίως σε μυστικιστικές ή θρησκευτικές τελετές από τους ιερείς. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Οι προϊστορικοί άνθρωποι ίσως χρησιμοποιούσαν ζυμώσεις ποτών. Από την αρχαιότητα ήταν γνωστές ουσίες υπνογόνες και καταπραϋντικές. Ο πολιτισμός συνέβαλε όμως στη βελτίωση και την εξέλιξη αυτών και η πρόοδος της χημείας στην ανακάλυψη νέων δραστικότερων ναρκωτικών ουσιών. (Δημητρίου Νικόλ. Καμβύση, 1988).

Το όπιο και η μαριχουάνα χρησιμοποιούνται εδώ και αιώνες και οι αναλγητικές ιδιότητες του φυτού της κόκα ήταν γνωστές στους Ινδιάνους της Νότιας Αμερικής πολλούς αιώνες πριν την κατάκτησή τους από τους Ισπανούς. (Τ. Τζάφφη, Ρ. Πήτερσον, Ρ. Χόντσον, 1981).

Από τους χρόνους της αρχαιότητας ήταν γνωστή η μήκων η υπνοφόρος, κοινώς λεγόμενη «παπαρούνα». Αρχαίοι λαοί, όπως οι Σουμέριοι, Βαβυλώνιοι, Πέρσες, Αιγύπτιοι και Άραβες, γνώριζαν τις ναρκωτικές ιδιότητες της μήκωνος, από τους καρπούς της οποίας εξάγεται το όπιο. (Δημητρίου Νικόλ. Καμβύση, 1988). Σε αρχαίο ελληνικό νόμισμα έχει απεικονιστεί η παπαρούνα του οπίου, καθώς και σε πήλινο είδωλο της θεάς των Μηκώνων, στο κάλυμμα της κεφαλής της οποίας υπάρχουν, ως διακοσμητικά, τρεις παπαρούνες οπίου, που αποδεικνύει ότι το φυτό ήταν γνωστό εκεί 1500 περίπου

χρόνια π.Χ. (Βλ. Γωγούση, 1973). Στους μεταγενέστερους χρόνους αναφέρονται στη φαρμακολογία, ο Ελβετός ιατρός Παράκελσος (1493 – 1541) ο οποίος εισήγαγε στη θεραπευτική το «λάβδανο», ένα παράγωγο του οπίου, και στη συνέχεια τον ακολούθησαν και άλλοι γιατροί. (Γ. Λογαράς, 1973).

Έτσι προκύπτει ότι στην Ευρώπη το όπιο διαδόθηκε πολύ αργότερα, μόλις το 16^ο αιώνα μ.Χ., ως παυσίπονο για πλείστες περιπτώσεις ασθενειών, για τις διάρροιες και δυσεντερίες. Ακόμα, χρησιμοποιήθηκε και ως μέσο δημιουργίας καταστάσεως χαλάρωσης, λήθης, ύπνου και φυγής από τα εγκόσμια καθημερινά προβλήματα. (Δημητρίου Νικόλ. Καμβύση, 1988).

Στη σύγχρονη εποχή, η σχέση του ανθρώπου με τις ναρκωτικές ουσίες άλλαξε εντελώς. Οι κοινωνικές αντιλήψεις γι' αυτές, οι παθολογικές εκφάνσεις της χρήσης τους, οι απαγορευτικοί νόμοι, τα κατασταλτικά μέτρα, η διαφθορά των κρατικών μηχανισμών έχουν προσδώσει στο φαινόμενο χαρακτήρα λερναίας ύδρας. (Αρχείο 18ΑΝΩ).

Η πρόοδος της χημείας και της φαρμακολογίας, κατά τον 18^ο αιώνα, έφθασε στη δημιουργία των παραγώγων του οπίου, που είναι τα γνωστά σήμερα ναρκωτικά, μορφίνη, κωδεΐνη και ηρωίνη. Τα ναρκωτικά αυτά χρησιμοποιήθηκαν κυρίως ως φάρμακα ανακούφισης από τον πόνο. Περίπου το 1805 εισάγεται το όπιο στην Κίνα από την Ινδία. Την ίδια εποχή, εμφανίζεται το εκχύλισμα της μορφίνης και αργότερα η κωδεΐνη, που χρησιμοποιήθηκαν ως φάρμακα για το βήχα, τον πόνο και την καταπολέμηση της οπιομανίας. (Δημητρίου Νικόλ. Καμβύση, 1988).

Η πρώτη σύγχρονη τοξικομανία ήταν η μορφινομανία, η οποία αναπτύχθηκε από το 1875. Στην ανάπτυξή της συνέβαλαν η ανακάλυψη της σύριγγας το 1850 και ο πόλεμος της αμερικανικής ανεξαρτησίας το 1860, όπως και ο πόλεμος του 1870 στην Ευρώπη. (Αρχείο 18ΑΝΩ). Για τη θεραπεία αυτών χρησιμοποιήθηκε η κοκαΐνη. Αυτή η θεραπεία εφαρμόστηκε και για την αποτοξίνωση των εξαρτημένων από την κωδεΐνη, που είχαν επίσης αυξηθεί τρομακτικά. Όμως, οι θεραπείες αυτές οδήγησαν σε ένα φαύλο κύκλο, γιατί το 19^ο αιώνα στην Αμερική, το πλήθος των εξαρτημένων από τη μορφίνη, την κωδεΐνη και την κοκαΐνη, είχαν δημιουργήσει κοινωνικό πρόβλημα. (Δημητρίου Νικόλ. Καμβύση, 1988).

Επίσης, στις αρχές του 19^{ου} αιώνα η χρήση του οπίου περιοριζόταν βασικά στους καλλιτεχνικούς κύκλους. Χρησιμοποιήθηκε και μετά τη βιομηχανική επανάσταση ως μέσο ανακούφισης του εξαθλιωμένου προλεταριάτου. Το όπιο μπήκε

μαζικά στη Δύση την περίοδο 1839 – 1872, μεταξύ των δύο πολέμων του οπίου, όταν η πολιτισμένη Αγγλία προσπαθούσε να το επιβάλλει στην καθυστερημένη Κίνα. Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα υπήρχαν στην Κίνα πάνω από 100 εκατομμύρια οπιομανείς και στη Δύση πάνω από 100.000 μορφινομανείς. Την μορφινομανία ακολούθησε το κύμα της ηρωινομανίας, το 1898 που ανακαλύφθηκε η ηρωίνη, σαν φάρμακο απεξάρτησης από τη μορφίνη. (Αρχείο 18ΑΝΩ).

Αργότερα, στις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα, η κοκαΐνη, που είχε απομονωθεί το 1855 από τα φύλλα της κόκας και χρησιμοποιήθηκε σε πολλά ιατρικά πειράματα και εξυμνήθηκε από μεγάλες προσωπικότητες, και από τον Freud. Γύρω στα 1920 υπήρχαν στο Παρίσι πάνω από 80.000 κοκαΐνομανείς. Τέλος, το χασίς ήταν λιγότερο διαδεδομένο και η χρήση του περιοριζόταν σε καλλιτεχνικούς κύκλους. (Αρχείο 18ΑΝΩ).

Το 1943 παρήχθη το συνθετικό ναρκωτικό «μεθαδόνη», που κυκλοφόρησε ελεύθερα στα μεταπολεμικά χρόνια, ως ισχυρό αναλγητικό. Από τη Γερμανία διοχετεύτηκε στη διεθνή αγορά και δημιούργησε χιλιάδες τοξικομανείς, γιατί είχε τα ίδια αποτελέσματα της ηρωίνης και της μορφίνης. Το 1950 ακολούθησαν τα ψυχοφάρμακα, που δημιούργησαν τα ίδια προβλήματα και η ιστορία συνεχίζεται με τα νέα ναρκωτικά «κρακ» και «ροκ», τα οποία έχουν τρομερές συνέπειες, λόγω του γρήγορου εθισμού και εξάρτησης που προξενούν. (Δημητρίου Νικόλ. Καμβύση, 1988).

Γύρω στη δεκαετία του 1950 το φαινόμενο της τοξικομανίας περιορίστηκε αρκετά, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική. Η μεγάλη έκρηξη άρχισε το δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1960. Με την επέμβαση των Αμερικάνων στο Βιετνάμ, οι φοιτητές ανακάλυψαν τα ναρκωτικά και την πολιτική. Μετά το Μάη του '68, γεννήθηκε η κουλτούρα των ναρκωτικών. Τα ναρκωτικά ξεφύτρωσαν στα πεζοδρόμια, μετά τη χαμένη επανάσταση του Μάη. Είναι η εποχή των χίπις, της μη-βίας, των κοινοβίων και των ψευδαισθησιογόνων. (Αρχείο 18ΑΝΩ).

Η κοινωνία γνωρίζει μια τρομακτική κρίση αξιών και θεσμών, ενώ η νέα γενιά συνθλίβεται από την παραίτηση και τον συμβιβασμό της μεγαλύτερης γενιάς, μέσα σε μια «κοινωνία αφθονίας». Με τα ναρκωτικά πιστεύει ότι πολεμά το κατεστημένο, τον κομπορμισμό, προβάλλει μια νέα κουλτούρα και ένα νέο τρόπο ζωής, γεμάτο λουλούδια, ειρήνη και αγάπη. (Αρχείο 18ΑΝΩ).

Δύο κύματα τοξικομανίας συμπλέκονται αυτή την εποχή στην Αμερική. Το ένα μιλά στο όνομα της αμφισβήτησης του κοινωνικού κατεστημένου και αγγίζει την καρδιά της νεολαίας και το άλλο στο

όνομα της λήθης και της φυγής και αγγίζει την καρδιά των στρατιωτών, που δε μπορούν να αντέξουν τη φρίκη του πολέμου του Βιετνάμ. (Αρχείο 18ΑΝΩ).

Μέχρι τη δεκαετία του 1970, τα ναρκωτικά ήταν το προνόμιο των πλουσίων ή το καταφύγιο των φτωχών. Μετά άρχισε η λεγόμενη «μεγάλη επιδημία», η τρομακτική αύξηση του αριθμού των τοξικομανών, όχι μόνο στη Δύση αλλά και στις χώρες παραγωγής του οπίου, της κόκας και της κάνναβης. (Αρχείο 18ΑΝΩ).

Στο 19^ο αιώνα τα ναρκωτικά αποτελούσαν ένα μέσο ανακούφισης από τα δεινά της ζωής. Στον 20^ο αιώνα τα ναρκωτικά είναι πρώτα μέσο επιβίωσης των πιο εξαθλιωμένων στρωμάτων και μετά μέσο ανακούφισης. (Αρχείο 18ΑΝΩ).

Ο σημερινός τρόπος ζωής έχει σαν συστατικό στοιχείο το άγχος, την αβεβαιότητα, τη μοναξιά, τη βία. Μέσα σ' αυτούς τους όρους, ο σύγχρονος άνθρωπος καταφεύγει στις χημικές ουσίες για να αντέξει τη δυστυχία, για να μην τρελαθεί ή να μην επαναστατήσει. (Αρχείο 18ΑΝΩ).

Οι φαρμακευτικές βιομηχανίες και οι εταιρείες παραγωγής οιοπνευματωδών επεμβαίνουν διορθωτικά στο επίπεδο της βιοχημείας του εγκεφάλου και με τις ευλογίες ή την ανοχή του ιατρικού κόσμου και του κοινωνικού κατεστημένου ολοκληρώνουν την επιχείρηση «φυγής» από τη μίζερη πραγματικότητα.

Η εξάρτηση λοιπόν του ατόμου από τις διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες δεν είναι παρά ένας τρόπος προσαρμογής του στα επικρατούντα κοινωνικά στερεότυπα της εύκολης φυγής από την πηγή της κοινωνικής αντίφασης. Έτσι, το φαινόμενο της τοξικομανίας σήμερα αποτελεί την έκφραση της δυσφορίας μέσα στον πολιτισμό μας. (Αρχείο 18ΑΝΩ).

Έτσι, η πρόοδος της χημείας και της φαρμακολογίας, έφθασε στη δημιουργία πλείστων άλλων συνθετικών ναρκωτικών ουσιών, που χαρακτηρίζονται ως ναρκωτικά φάρμακα. Αυτές οι ουσίες, φυτικής ή χημικής προέλευσης, διακρίνονται σε αναισθητικές, οι οποίες προκαλούν γενική ή τοπική αναισθησία· σε παυσίπονες, οι οποίες χρησιμοποιούνται ειδικότερα για την καταστολή των πόνων, και τέλος, σε υπνωγόνες και σε καταπραΰντικές. Η φαρμακολογική ενέργειά τους ασκείται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα του ανθρώπου. (Δημητρίου Νικόλ. Καμβύση, 1988).

1.2. Οι διαστάσεις του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ελλάδα

Τα ναρκωτικά έκαναν την εμφάνισή τους στη χώρα μας στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, αλλά ως πρόβλημα απασχόλησαν την ελληνική κοινωνία κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου. Η χρήση τους περιοριζόταν στα πλαίσια μεμονωμένων περιθωριακών ομάδων, των λιμανιών, των φυλακών, των ρεμπέτηδων και των άλλων λαϊκών ομάδων. (Νίκος Σιάμος, 1992).

Οι ουσίες που κυκλοφορούσαν στα υπόγεια ταβερνάκια, στα λιμάνια και στα κελιά των φυλακών ήταν κατά κύριο λόγο το χασίς, το όπιο, η μορφίνη και η ηρωίνη. (Νίκος Σιάμος, 1992).

Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, η κατάσταση άλλαξε. Αυτό οφείλεται σε τρεις, κυρίως, λόγους: πρώτον, στην αύξηση του τουριστικού ρεύματος· δεύτερον, στην εισβολή της μουσικής «rock» και τρίτον, στην αλλαγή των συνθηκών ζωής – ανεργία, αστυφιλία, μετανάστευση, κ.τ.λ.. (Νίκος Σιάμος, 1992).

Άρχισε να γίνεται ανησυχητική στη δεκαετία 1965-1975, για να φτάσουμε στις μέρες μας όπου αντιμετωπίζουμε τεράστιο πρόβλημα, το οποίο απασχολεί γονείς, νεολαία και πολιτεία. (ό.π.).

Οι τοξικομανείς στη χώρα μας είναι αρκετοί. Γνωστοί είναι μόνο εκείνοι που συλλαμβάνονται από την αστυνομία. Η πλειοψηφία κρύβεται στην ανωνυμία του πλήθους, όπου καθημερινώς παίζονται οικογενειακά δράματα. (Νίκος Σιάμος, 1992).

Έρευνες ειδικών και στατιστικά δεδομένα μας πληροφορούν ότι τα άτομα που δοκίμασαν κάποτε ναρκωτικά, ανέρχονται σε εκατοντάδες χιλιάδων, χωρίς να υπάρχει ένας επίσημος, συγκεκριμένος και απόλυτος αριθμός. (Νίκος Σιάμος, 1992).

Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό τοξικομανών ανήκει στα ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα, εξ' αιτίας της εύκολης πρόσβασης που έχουν τα άτομα αυτά στις τοξικές ουσίες. Αυτούς, στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ο καθηγητής τοξικολογίας στο Α.Π.Θ. Αντ. Κοβάτσης, τους ανέβαζε στους 230. Από τότε ασφαλώς ο αριθμός τους θα έχει αυξηθεί. (Νίκος Σιάμος, 1992).

Εκείνο που πρέπει να μας ανησυχεί, δεν είναι τόσο η αύξηση του αριθμού των τοξικομανών, όσο το γεγονός ότι όλο και περισσότερα άτομα νεαρής ηλικίας εισέρχονται ετησίως στο «κύκλωμα του θανάτου». Η διαπίστωση αυτή είχε γίνει από την «Αστυνομία Πόλεων» του 1981, όταν στην ετήσια έκθεση δραστηριοτήτων της, έγραφε: *«Το πιο τραγικό για την περίπτωση είναι ότι: όπως προκύπτει από τα στατιστικά δεδομένα των αρμοδίων*

υπηρεσιών μας, οι συλληφθέντες κατά το 1981, για χρήση και εμπορία ναρκωτικών, ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους νέοι (...)». (ό.π.).

Στα χρόνια που μεσολάβησαν η κατάσταση επιδεινώθηκε. Έτσι, σε συζήτηση που πραγματοποιήθηκε στη Βουλή (26/02/1988), για το πρόβλημα «ναρκωτικά», ο βουλευτής του Κ.Κ.Ε. Στ. Κόρακας, είπε: «το 7% των παιδιών ηλικίας 7 – 17 ετών, δοκίμασε ναρκωτικά». Ο Αθ. Κανελλόπουλος, κοινοβουλευτικός εκπρόσωπος της Ν.Δ. τότε, παραδέχτηκε ότι: «120.000 οικογένειες ταλαιπωρούνται άμεσα ή έμμεσα με το πρόβλημα των ναρκωτικών. Στη χώρα μας υπάρχουν 30.000 περίπου ναρκομανείς». (Νίκος Σιάμος, 1992).

1.3. Στατιστικά στοιχεία για την Ελλάδα

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Τμήματος Εφήβων και Νέων – Μονάδα Απεξάρτησης 18ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (παράρτημα 3), το 1998 επισκέφτηκαν το τμήμα 250 άτομα, 172 άνδρες και 78 γυναίκες. Η πλειοψηφία έμενε μαζί με την οικογένειά του σε ποσοστό 87,6% και οι περισσότεροι (86%) δε συγκατοικούσαν με άλλους χρήστες. Σχεδόν όλοι κατοικούσαν σε πόλη (98%). Το 52,7% ξεκίνησε τη χρήση της κύριας ουσίας σε ηλικία 15 – 17 ετών, το 60,4% δήλωσε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας ένα χρόνο (29,6%). Το 54% είχε ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης το χασίς, το οποίο ήταν και η ουσία έναρξης χρήσης για το 81,5% και το 49,9% ξεκίνησε σε ηλικία 15 – 17 ετών.

Το 1999 επισκέφτηκαν το τμήμα 250 άτομα, 172 άνδρες και 73 γυναίκες. Η πλειοψηφία έμενε μαζί με την οικογένειά του σε ποσοστό 72,5% και οι περισσότεροι (66,8%) δε συγκατοικούσαν με άλλους χρήστες. Σχεδόν όλοι κατοικούν σε πόλη (94,3%). Το 40,2% ξεκίνησε τη χρήση της κύριας ουσίας σε ηλικία 15 – 17 ετών, το 72,6% δήλωσε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας δύο έτη (25,4%). Το 62,7% είχε ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης το χασίς, το οποίο ήταν και η ουσία έναρξης χρήσης για το 81,6% και το 44% ξεκίνησε σε ηλικία 15 – 17 ετών.

Το 2000 επισκέφτηκαν το τμήμα 330 άτομα, 266 άνδρες και 64 γυναίκες. Η πλειοψηφία έμενε μαζί με την οικογένειά του σε ποσοστό 91,6% και οι περισσότεροι (91,8%) δε συγκατοικούσαν με άλλους χρήστες. Σχεδόν όλοι κατοικούν σε πόλη (97,5%). Το 22,4% ξεκίνησε τη χρήση της κύριας ουσίας σε ηλικία 17 ετών, το 89,6% δήλωσε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας δύο έτη (25,7%). Το 33,9% είχε ως δευτερεύουσα ουσία

χρήσης το χασίς, το οποίο ήταν και η ουσία έναρξης χρήσης για το 87,7% και το 26% ξεκίνησε σε ηλικία 15 ετών.

Το 2001 επισκέφτηκαν το τμήμα 285 άτομα, 207 άνδρες και 78 γυναίκες. Η πλειοψηφία έμενε μαζί με την οικογένειά του σε ποσοστό 89,5% και οι περισσότεροι (67,7%) δε συγκατοικούσαν με άλλους χρήστες. Σχεδόν όλοι κατοικούν σε πόλη (97,9%). Το 16,5 % ξεκίνησε τη χρήση της κύριας ουσίας σε ηλικία 18 ετών, το 90,5% δήλωσε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας τρία έτη (22,1%). Το 42,8% είχε ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης το χασίς, το οποίο ήταν και η ουσία έναρξης χρήσης για το 81,5% και το 23,5% ξεκίνησε σε ηλικία 15 ετών.

Το 2002 επισκέφτηκαν το τμήμα 234 άτομα, 178 άνδρες και 56 γυναίκες. Η πλειοψηφία έμενε μαζί με την οικογένειά του σε ποσοστό 81,2% και οι περισσότεροι (61,6%) δε συγκατοικούσαν με άλλους χρήστες. Σχεδόν όλοι κατοικούν σε πόλη (92,7%). Το 20,1% ξεκίνησε τη χρήση της κύριας ουσίας σε ηλικία 17 ετών, το 86,8% δήλωσε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας ένα με δύο έτη (17,9%). Το 53% είχε ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης το χασίς, το οποίο ήταν και η ουσία έναρξης χρήσης για το 81,6% και το 20,5% ξεκίνησε σε ηλικία 13 ετών.

Το 2003 επισκέφτηκαν το τμήμα 170 άτομα, 135 άνδρες και 39 γυναίκες. Η πλειοψηφία έμενε μαζί με την οικογένειά του σε ποσοστό 82,3% και οι περισσότεροι (44,1%) δε συγκατοικούσαν με άλλους χρήστες. Σχεδόν όλοι κατοικούν σε πόλη (83,5%). Το 46,5% ξεκίνησε τη χρήση της κύριας ουσίας σε ηλικία 15 – 17 ετών, το 79,4% δήλωσε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας τέσσερα έτη (21,2%). Μόνο το 23,2% είχε ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης το χασίς, το οποίο ήταν και η ουσία έναρξης χρήσης για το 67,5% και το 54,4% ξεκίνησε σε ηλικία 14 – 16 ετών.

Το 2004 επισκέφτηκαν το τμήμα 106 άτομα, 82 άνδρες και 23 γυναίκες. Η πλειοψηφία έμενε μαζί με την οικογένειά του σε ποσοστό 87,7% και οι περισσότεροι (44,8%) δε συγκατοικούσαν με άλλους χρήστες. Όλοι κατοικούν σε πόλη. Το 60% ξεκίνησε τη χρήση της κύριας ουσίας σε ηλικία 15 – 17 ετών, το 73,3% δήλωσε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας τέσσερα έτη (17%). Μόνο το 16,6% είχε ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης το χασίς, το οποίο ήταν και η ουσία έναρξης χρήσης για το 77,1% και το 52,7% ξεκίνησε σε ηλικία 13 – 15 ετών.

Το 2005 επισκέφτηκαν το τμήμα 125 άτομα, 96 άνδρες και 29 γυναίκες. Η πλειοψηφία έμενε μαζί με την οικογένειά του σε ποσοστό 88% και οι περισσότεροι (65,6%) δε συγκατοικούσαν με άλλους

χρήστες. Σχεδόν όλοι κατοικούν σε πόλη (97,6%). Το 54,4% ξεκίνησε τη χρήση της κύριας ουσίας σε ηλικία 16 – 18 ετών, το 81,6% δήλωσε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας ένα με δύο έτη (30,4%). Μόνο το 15,5% είχε ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης το χασίς, το οποίο ήταν και η ουσία έναρξης χρήσης για το 82,4% και το 54,4% ξεκίνησε σε ηλικία 13 – 15 ετών.

Το 2006 επισκέφτηκαν το τμήμα 136 άτομα, 115 άνδρες και 21 γυναίκες. Η πλειοψηφία έμενε μαζί με την οικογένειά του σε ποσοστό 94,1% και οι περισσότεροι (65,5%) δε συγκατοικούσαν με άλλους χρήστες. Σχεδόν όλοι κατοικούν σε πόλη (98,5%). Το 45,5% ξεκίνησε τη χρήση της κύριας ουσίας σε ηλικία 15 – 17 ετών, το 78,6% δήλωσε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας τέσσερα έτη (21,4%). Μόνο το 17,2% είχε ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης το χασίς, το οποίο ήταν και η ουσία έναρξης χρήσης για το 75,8% και το 48,6% ξεκίνησε σε ηλικία 14 – 16 ετών.

Το 2007 επισκέφτηκαν το τμήμα 116 άτομα, 89 άνδρες και 27 γυναίκες. Η πλειοψηφία έμενε μαζί με την οικογένειά του σε ποσοστό 85,3% και οι περισσότεροι (57,8%) δε συγκατοικούσαν με άλλους χρήστες. Σχεδόν όλοι κατοικούν σε πόλη (99,2%). Το 51,8% ξεκίνησε τη χρήση της κύριας ουσίας σε ηλικία 15 – 17 ετών, το 76,7% δήλωσε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη και διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας έξι έτη (17,2%). Μόνο το 16,6% είχε ως δευτερεύουσα ουσία χρήσης το χασίς, το οποίο ήταν και η ουσία έναρξης χρήσης για το 75,9% και το 60,3% ξεκίνησε σε ηλικία 13 – 15 ετών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΙΔΗ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

Το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι από τα πιο βαριά και σε μεγάλη έκταση κοινωνικά προβλήματα, συνεχώς και ταχέως επιδεινούμενο στον κόσμο ολόκληρο, αλλά και στην Ελλάδα. Είναι μια πληγή που μαστίζει τη σημερινή κοινωνία μας, κυρίως τη νεολαία και περισσότερο τη μη μαθητική (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Ο τομέας των ναρκωτικών είναι εξαιρετικά ιδιόμορφος, γεμάτος μύθους και ανακρίβειες. (Αντριου Τάιλερ, 1996). Για τους δικαστικούς η λέξη «ναρκωτικά» ταυτίζεται συνήθως με τις παράνομες ουσίες. Για τους ιατρούς αντιστοιχεί σε μια κατηγορία φαρμάκων. Για κάποιους είναι συνώνυμο του «διεγερτικού» και για άλλους σημαίνει οποιαδήποτε σωματική και ψυχολογική εξάρτηση, από την τηλεόραση έως την ηρωίνη. Η δυσκολία προσδιορισμού του όρου «ναρκωτικά» αντικατοπτρίζει κάποια στοιχεία που συνδέονται και με τη χρήση τους. Στην πραγματικότητα, τα ναρκωτικά είναι ταυτόχρονα φάρμακα και τοξικές ουσίες, νομικό θέμα και μέσα απόδρασης, χαλάρωση και εξάρτηση και, μερικές φορές, προϊόντα κακής ποιότητας. (Αλαιν Μπρακονιε – Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

Ας προσπαθήσουμε να δώσουμε την έννοια του τι είναι ναρκωτικό. Ναρκωτικό, με την πλατιά σημασία του, είναι οποιαδήποτε ουσία που δρα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και προκαλεί εθισμό και εξάρτηση, όπως το τσιγάρο, ο καφές, το αλκοόλ, ελαφρά καταπραϋντικά, διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για θεραπεία, όπως χάπια υπνωτικά, παυσίπονα, χάπια για το βήχα και το κρυολόγημα, βαρβιτουρικά, διαλύτες. Με τη στενότερη όμως έννοια, χαρακτηρίζουμε τα ναρκωτικά ως τα παράγωγα της ινδικής κάνναβης (χασίς, μαριχουάνα, χασισέλαιο, τετραϋδροκαναβινόλη ή TCH, κ.ά.), την κοκαΐνη και το κρακ, τα παράγωγα του οπίου (ηρωίνη, μορφίνη, όπιο, μεθαδόνη) που αποτελούν τα κατ' εξοχήν ναρκωτικά, το L.C.D., phylacidin και τις αμφεταμίνες. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993).

Σήμερα, καταναλωτής ναρκωτικών δεν είναι όπως σε άλλες εποχές ένα άτομο «χαμηλής κοινωνικής στάθμης», ο «απόβλητος», το «ρεμάλι» της κοινωνίας, ο αλήτης, ο σωματέμπορος, η πόρνη ή κάποιων ομάδων «υποκουλτούρας» ή «μειονοτήτων» ή αυτοί τους οποίους χαρακτήριζαν «αποβράσματα ή κατακάθια της κοινωνίας». Τώρα πλέον είναι και ο νέος, ένα παιδί συχνά και από μια «ευπόληπτη» οικογένεια ή από ένα «νοικοκυρεμένο» σπιτικό, άτομα που ανήκουν σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και σε όλες τις βαθμίδες της κοινωνίας. Σήμερα, το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι αταξικό. Αγγίζει τον καθένα, ανεξάρτητα από την οικονομική

και κοινωνική κατάσταση, από το φύλο, την ηλικία και τη φυλή. Είναι ένα πρόβλημα που αφορά ολόκληρη την κοινωνία. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

2.1. Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών

Η δυσκολία προσδιορισμού του όρου «ναρκωτικά» φέρνει δυσκολία και στην κατηγοριοποίηση τους. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες μπορούν να χωριστούν με βάση τις συνέπειες που προκύπτουν από τη μακροχρόνια χρήση τους στην υγεία (σωματική και ψυχική), ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης που προκαλούν στον οργανισμό, ανάλογα με τις επιπτώσεις που έχουν στη συμπεριφορά του ατόμου όταν είναι υπό την επήρεια τους και ανάλογα με τη σύστασή τους.

Ανάλογα με τη δράση τους και τις ενέργειές τους, να «ναρκωτικά» κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες:

1. Αναλγητικά ναρκωτικά («οπιούχα» και «οπιοειδή»).
2. Κατασταλτικά – Καταπραϋντικά ναρκωτικά.
 - A. Βαρβιτουρικά.
 - B. Βενζοδιαζεπίνες: Αγχολυτικά, Ηρεμιστικά – Υπνωτικά.
3. Το οινόπνευμα ή αλκοόλη και τα διάφορα ευφραντικά οινοπνευματούχα ποτά.
4. Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.).
Αμφεταμίνες και κοκαΐνη.
5. Παραισθησιογόνα – Ψευδαισθησιογόνα.
6. Εισπνεόμενα – Πτητικά εξαρτησιογόνα.
7. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης.

Επειδή η ινδική κάνναβη δε μεταβάλλει τη ψυχική κατάσταση του ατόμου, αλλά εντείνει τα ήδη υπάρχοντα αισθήματα, δε μπορεί να καταταχθεί σε κάποια κατηγορία, γι' αυτό και τη βάλαμε σε μια ξεχωριστή κατηγορία. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

8. Άλλες ουσίες: Συνθετικά Ναρκωτικά – Designer' s (Psychedelic) Drugs.

Θα αναλύσουμε τις εξαρτησιογόνες ουσίες με βάση αυτήν την κατηγοριοποίηση για καθαρά πρακτικούς λόγους.

2.2. Αναλγητικά ναρκωτικά

Αναλγητικό είναι η ουσία που ελαττώνει τον πόνο και μπορεί να έχει ή να μην έχει ψυχοδραστικές ιδιότητες. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει όλες τις ουσίες που προέρχονται από την παπαρούνα του οπίου, (μήκωνα την υπνοφόρο). Το πιο άμεσο προϊόν της παπαρούνας είναι το ίδιο το όπιο (γνωστό και ως αφιόνι) (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Το όπιο περιέχει πάνω από είκοσι αλκαλοειδή, ελάχιστα όμως από αυτά έχουν αξία για την ιατρική και ακόμα πιο λίγα είναι εκείνα που παρουσιάζουν ενδιαφέρον για «ψυχαγωγική» χρήση. Σημαντική θέση και στις δύο αυτές κατηγορίες κατέχει η μορφίνη (ό.π.) (διακετυλμορφίνη, διαμορφίνη – εναλλακτικές κοινόχρηστες ονομασίες της ηρωίνης), (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999), που είναι το κύριο αλκαλοειδές του οπίου. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Η μορφίνη είναι δέκα φορές ισχυρότερη από το όπιο, συγκρίνοντας ποσότητες ίσου βάρους. Στην πραγματικότητα, η μορφίνη είναι το παυσίπονο που αποτελεί πρότυπο για όλα τα άλλα παυσίπονα και είναι ένα από τα ελάχιστα παλαιού τύπου φάρμακα φυτικής προέλευσης που παραδέχονται ακόμα οι γιατροί, παρά τη σωρεία υπερσύγχρονων συνθετικών ουσιών. Η φαρμακευτική μορφίνη κυκλοφορεί σε χάπια, σε υπόθετα, σε υδροχλωρικό διάλυμα και σε ενέσιμες αμπούλες. Η μορφίνη του «δρόμου» προέρχεται συνήθως από διαρρήξεις φαρμακείων ή νοσοκομείων ή έρχεται σε μορφή χαπιών ή σκόνης από την Ινδία, που είναι η κύρια προμηθεύτρια χώρα νόμιμου οπίου στις φαρμακοβιομηχανίες όλου του κόσμου. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Η ηρωίνη είναι ημισυνθετική ουσία με βάση το όπιο. Η παρασκευή της στηρίζεται στο βρασμό ίσων ποσοτήτων μορφίνης και οξικού ανυδρίτη, ενός άχρωμου υγρού που χρησιμοποιείται στη βιομηχανία συνθετικών ινών και φιλμ. Το προϊόν του βρασμού ονομάζεται βάση ηρωίνης. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Τα αλκαλοειδή του οπίου και τα ημισυνθετικά παράγωγά τους περιλαμβάνουν, εκτός από τη μορφίνη, την κωδεΐνη και την ηρωίνη· την υδρομορφίνη και την οξυκοδόνη. (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999). Άλλα αλκαλοειδή του οπίου που έχουν φαρμακευτική αξία είναι η παπαβερίνη, η νοσκαπίνη και η θηβαΐνη. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Η ηρωίνη και όλες οι άλλες ουσίες που αναφέραμε προηγουμένως ανήκουν στην κατηγορία των οπιούχων, δηλαδή είναι άμεσα ή έμμεσα παράγωγα του οπίου. Στενοί τους συγγενείς είναι τα οπιοειδή, που ονομάζονται έτσι επειδή μιμούνται τη δράση των οπιούχων, παρασκευάζονται όμως κατά μεγάλο μέρος από άλλες ύλες. (ό.π.). Οπιοειδές είναι ο κοινόχρηστος όρος που χρησιμοποιείται για τα αλκαλοειδή της παπαρούνας του οπίου (*Papaver somniferum*), τα συνθετικά τους ανάλογα καθώς και ενώσεις που παράγονται από τον οργανισμό και αλληλεπιδρούν με τους ειδικούς υποδοχείς στον

εγκέφαλο, δημιουργώντας αίσθημα ευφορίας. (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, OKANA, 1999).

Τα συνθετικά οπιοειδή περιλαμβάνουν τη λεβορφορόλη, την προπροξυφαίνη, τη φεντανβύλη, τη μεθαδόνη, την πεθιδίνη (μεπεριδίνη) και τον αγωνιστή – ανταγωνιστή πενταζοσίνη. Οι ενδογενείς ενώσεις με οπιοειδή δράση περιλαμβάνουν τις ενδορφίνες και τις εγκεφαλίνες. (ό.π.). Οπιοειδή υπάρχουν πάρα πολλά. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Οι συνηθέστεροι τρόποι λήψης είναι η εισπνοή από τη μύτη, το κάπνισμα, η υποδόρια ή ενδομυϊκή ένεση, η ενδοφλέβια ένεση και η κατάποση. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

2.3. Κατασταλτικά – Καταπραϋντικά ναρκωτικά:

α. Βαρβιτουρικά

Τα βαρβιτουρικά χρησιμοποιούνται από την Ιατρική ως αντεπιληπτικά, αναισθητικά, ηρεμιστικά και υπνωτικά, για να διορθώσουν διαταραχές του ύπνου ή να κατευνάσουν ένα άγχος και να ηρεμήσουν από μια ένταση. Η προσφορά τους για έναν τέτοιο σκοπό είναι πολύτιμη, για την αποκατάσταση δηλαδή κάποιου πιο κανονικού ρυθμού ζωής. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Τα βαρβιτουρικά, από χημική άποψη είναι υποκατάστατα παράγωγα του βαρβιτουρικού οξέος. Παραδείγματα είναι η αμοβαρβιτάλη, η κινβαρβιτάλη, η πεντοβαρβιτάλη, η φαινοβαρβιτάλη και η σεκοβαρβιτάλη. (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, OKANA, 1999). Το ίδιο το βαρβιτουρικό οξύ δεν έχει καταπραϋντικές ιδιότητες, έχουν όμως πολλά από τα χιλιάδες παράγωγά του. Αυτά χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες, ανάλογα με το πόσο χρόνο κάνουν να απορροφηθούν από τον οργανισμό, να ενεργήσουν πάνω του και να αποβληθούν. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται ουσίες υπερβραχείας δράσης. Λέγονται έτσι, γιατί, όντας εξαιρετικά διαλυτές στα λίπη, διαπερνούν γρήγορα το λιπαρό περίβλημα του εγκεφάλου φτάνοντας έτσι αμέσως στο κέντρο, όπου συντελείται η καταπράυνση. Εξίσου γρήγορα εγκαταλείπουν τον εγκέφαλο και διοχετεύονται και σε άλλα σημεία του σώματος. Ακριβώς αυτή η ιδιότητα γρήγορης εισόδου και εξόδου από τον εγκέφαλο έχει κάνει τα συγκεκριμένα βαρβιτουρικά ιδιαίτερα χρήσιμα σε επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις. Χρησιμοποιούνται επίσης και για να μετριάσουν τη δράση άλλων, πιο ισχυρών αναισθητικών. Ο άρρωστος χάνει τις αισθήσεις του και συνέρχεται μέσα σε ελάχιστα λεπτά μετά την ένεση. Η κλασική

μετεγχειρητική εξάντληση οφείλεται στο γεγονός ότι το φάρμακο εξακολουθεί να κυκλοφορεί στον οργανισμό σε ποσοστό μικρό μεν για να φέρει τον ύπνο, αλλά αρκετά μεγάλο για να κάνει τα μέλη του σώματος βαριά σαν μολύβι. Στη συνέχεια, μεταβολίζεται από το συκώτι και εκκρίνεται αναλλοίωτο από τα νεφρά. Λόγω της αστραπιαίας τους δράσης, τα βαρβιτουρικά αυτής της κατηγορίας δεν προσφέρονται για χρήση αναψυχής. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

Στη δεύτερη κατηγορία έχουμε τα βαρβιτουρικά μακράς δράσης. Αυτά κυκλοφορούν στο αίμα με τη μορφή κυρίως υδατοδιαλυτών ενώσεων, οπότε χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να διαπεράσουν το στρώμα λίπους που προστατεύει τον εγκέφαλο. Επίσης, επειδή δεν απορροφώνται εύκολα από το λίπος των μυών και άλλων περιοχών του σώματος, συνεχίζουν να κυκλοφορούν στο αίμα σε ποσοστό αρκετά μεγάλο, ώστε να διατηρούν το άτομο σε κατάσταση καταπράυνσης ή μυϊκής ατονίας επί 12 – 24 ώρες, ενώ μετά χρειάζονται αρκετές μέρες για να αποβληθούν εντελώς από τον οργανισμό. Η δράση αυτών των βαρβιτουρικών είναι τόσο αργή και ουδέτερη, που ούτε κι αυτά παρουσιάζουν ενδιαφέρον σε όσους αναζητούν ευχάριστες εμπειρίες. Χορηγούνται συνήθως για τον έλεγχο κρίσεων επιληψίας. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

Η κατηγορία που κάνει τη μεγαλύτερη θραύση στο δρόμο περιλαμβάνει τα βαρβιτουρικά βραχείας έως μεσαίας δράσης, που κατατάσσονται ανάμεσα στις δύο προηγούμενες κατηγορίες, τόσο ως προς την ταχύτητα διείσδυσης στον εγκέφαλο, όσο και ως προς τη διάρκεια παραμονής τους στο σώμα. Η διάρκεια της δράσης τους λέγεται ότι είναι 6 – 8 ώρες και οι γιατροί τα χορηγούν ως υπνωτικά (σε δόσεις 50 έως 300 mg) και σπάνια τώρα πια, ως καταπραϊντικά στη διάρκεια της ημέρας (από 15 έως 50mg). (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

Η υπνοκαταπραϊντική ενέργεια όλων των βαρβιτουρικών οφείλεται στην καταστολή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.). (Α. Τάιλερ, 1996). Δρουν στο Κ.Ν.Σ. και προκαλούν όλους τους βαθμούς καταστολής των διαφόρων λειτουργιών, διαταραχές στη διάθεση, την κρίση, την εκτέλεση λεπτών κινήσεων επιδεξιότητας, θόλωση στο μυαλό, μυϊκή αδυναμία, εύκολη κόπωση και κάποιο μυϊκό τρόπο, ώστε να μη μπορούν τα άτομα να χρησιμοποιούν τις ικανότητες και τη δεξιότητά τους προς αντιμετώπιση των αναγκών και των προβλημάτων της ζωής. Οπότε, επιστρέφουν και πάλι στη λύση της λήθης. (Α. Β. Αβραμίδης, 1994).

Αντίθετα από τα οπιούχα, που επίσης καταστέλλουν το Κ.Ν.Σ., τα βαρβιτουρικά δεν έχουν αναλγητική δράση. Μπορεί να ναρκώσουν το άτομο σε βαθμό να αδιαφορήσει για τον πόνο, αλλά φαίνεται ότι

δεν έρχονται σε επαφή με τα κέντρα του πόνου βαθιά μέσα στον εγκέφαλο, όπως η μορφίνη και η ηρωίνη. Ωστόσο πολλοί χρήστες ηρωίνης τα έχουν σε μεγάλη εκτίμηση στην περίοδο της στέρησης. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Οι συνηθέστεροι τρόποι λήψης είναι η κατάποση, αφού κυκλοφορούν κυρίως σε δισκία, κάψουλες και αμπούλες. Ωστόσο, υπάρχουν και μερικοί που χρησιμοποιούν την ενδομυϊκή ή και ενδοφλέβια ένεση. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

β. Βενζοδιαζεπίνες: Αγγολυτικά, Ηρεμιστικά – Υπνωτικά

Η βενζοδιαζεπίνη είναι μια ουσία από μια σειρά φαρμάκων με παρόμοιο συντακτικό τύπο, οι οποίες χρησιμοποιούνται κυρίως ως ηρεμιστικά, υπνωτικά, μυοχαλαρωτικά και αντιεπιληπτικά. Πιστεύεται ότι, τα θεραπευτικά αποτελέσματα των ουσιών αυτών οφείλονται σε ενίσχυση της δράσης του αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), ισχυρού ανασταλτικού νευροδιαβιβαστή. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, OKANA, 1999).

Βενζοδιαζεπίνες όπως η αλαζεπάμη και η τριαζολάμη, παρουσιάζουν ταχεία έναρξη δράσης και καλούνται βραχείας διάρκειας. Η αλπραζολάμη, η φλουνιτραζεπάμη, η νιτραζεπάμη, η λοραζεπάμη και η τεμαζεπάμη έχουν μέση ταχύτητα έναρξης δράσης ενώ η οξαζεπάμη έχει βραδεία έναρξη δράσης. Βαθιά προσθιοδρομική αμνησία (blackout) και παράνοια έχουν αναφερθεί μετά τη χρήση τριαζολάμης, καθώς και αντιδραστική αϋπνία και άγχος. Πολλοί κλινικοί έχουν αντιμετωπίσει ιδιαίτερα δύσκολα προβλήματα για να διακόψουν τη θεραπεία με αλπραζολάμη. (ό.π.)

Ο όρος «ηρεμιστικά» αναφέρεται σε μια κατηγορία ουσιών που είναι γνωστές στη χημεία ως βενζοδιαζεπίνες και άρχισαν να κατακλύζουν την αγορά στα μέσα του 1970, με τη κυκλοφορία του Librium. Η διάδοσή τους για χρήση «αναψυχής» είναι σχετικά περιορισμένη, γεγονός περίεργο, αν σκεφτεί κανείς ότι οι βενζοδιαζεπίνες χορηγούνται με συνταγή γιατρού πιο συχνά από κάθε άλλο ψυχοτρόπο φάρμακο στον κόσμο. Με βάση στατιστικά στοιχεία, οι βενζοδιαζεπίνες είναι πολύ πιο διαδεδομένες από την ηρωίνη και τα συγγενή της οπιούχα. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Ο ρόλος τους είναι μάλλον συμπληρωματικός και επιβοηθητικός – τα παίρνουν οι ηρωινομανείς σε περιόδους σχετικής έλλειψης ή όσοι κάνουν κακό «ταξίδι» με LSD, για να ηρεμήσουν. Οι βενζοδιαζεπίνες πάντως έχουν επίδραση παρόμοια με των βαρβιτουρικών, ενώ υπάρχει κι εδώ η ίδια ασταθής σχέση με το

αλκοόλ. Αν καταπιεί κανείς μια χούφτα μαζί με άφθονη μύρα, το πιθανό είναι ότι θα «μαστουρώσει» για τα καλά. Πολλοί νέοι έχουν αρχίσει να ανακαλύπτουν αυτό το γεγονός, συνειδητοποιώντας ότι έτσι δε χρειάζεται να μπλέξουν με τον υπόκοσμο για να προμηθευτούν «πράμα». Βρίσκουν ότι θέλουν στο ντουλαπάκι με τα φάρμακα των γονιών τους. (Α. Τάιλερ, 1996).

Οι βενζοδιαζεπίνες αρχικά κυκλοφόρησαν σε χάπια και μετά άρχισαν να κυκλοφορούν και σε ενέσιμη μορφή. (Α. Τάιλερ, 1996).

2.4. Αλκοόλ – Αλκοολούχα ποτά

Το αλκοόλ είναι μια ένωση υδατανθράκων που προέρχεται από ζάχαρη, η οποία έχει υποστεί ζύμωση. Η ουσία που πίνουν οι καθωσπρέπει άνθρωποι ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και αποτελείται από άνθρακα, υδρογόνο και οξυγόνο. (Άντριου Τάιλερ, 1996). Στη χημική ορολογία, οι αλκοόλες είναι μια μεγάλη ομάδα οργανικών ενώσεων που προέρχονται από υδρογονάνθρακες και περιέχουν μία ή περισσότερες υδροξυλικές ομάδες. Η αιθανόλη είναι ένωση της ομάδας αυτής και αποτελεί το κύριο ψυχοδραστικό συστατικό στα οινοπνευματώδη ποτά. Κατ' επέκταση, ο όρος αλκοόλ ή οινόπνευμα χρησιμοποιείται επίσης με την έννοια του οινοπνευματώδους ή αλκοολούχου ποτού. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999).

Το αλκοόλ τυγχάνει μιας ιδιαίτερης μεταχείρισης από την κοινωνία, η οποία ήταν και θα είναι μια διαρκής πρόκληση. Ποια άλλη ουσία μπορεί να σωριάσει καταγής έναν ενήλικο άντρα μέσα σε μισή ώρα, κι όμως να είναι διαθέσιμη παντού, να διαφημίζεται ελεύθερα και να παρουσιάζεται όχι ως ναρκωτικό (με όλες τις επιπτώσεις στην υγεία που συνεπάγεται ο όρος), αλλά ως ένα είδος ευχάριστου «λιπαντικού» της κοινωνίας; (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Η περίπτωση του αλκοόλ είναι ιδιαίτερη, όσον αφορά τους εκατοντάδες χιλιάδες «προβληματικούς πότες» – από τους οποίους πολλοί πεθαίνουν πρόωρα – και όλους εκείνους που κατακρεουργούνται στην άσφαλτο εξ' αιτίας του. Κι όμως, δεν είναι τόσο απλό να απορρίψει κανείς μια ουσία που εδώ και χιλιάδες χρόνια υπήρξε πιστός σύντροφος των λαών όλου του κόσμου, μια ουσία που ηρεμεί τα νεύρα, ανεβάζει το ηθικό και χαράζει αυτή τη χαρούμενη μέθη που συναδελφώνει τους ανθρώπους. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

2.5. Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.).

Σε ότι αφορά το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, οποιαδήποτε ουσία ενεργοποιεί, προάγει ή αυξάνει τη νευρική δραστηριότητα,

ονομάζεται διεγερτικό ή ψυχοδιεγερτικό. Πρόκειται για ουσίες όπως είναι οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η καφεΐνη και άλλες ξανθίνες, η νικοτίνη και συνθετικοί αναστολείς της όρεξης όπως φαινμετραζίνη ή η μεθυλφαινιδάτη. Υπάρχουν και άλλα φάρμακα με διεγερτικά αποτελέσματα τα οποία όμως εκδηλώνονται σε ψηλές δόσεις και μετά από χρόνια χρήση, π.χ. αντικαταθλιπτικά, αντιχολινεργικά και ορισμένα οπιοειδή. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, OKANA, 1999).

Τα διεγερτικά μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα που μοιάζουν με μέθη και περιλαμβάνουν ταχυκαρδία, διαστολή της κόρης, υπέρταση, υπεραντανεκλαστικότητα, εφίδρωση, ρίγη, ανορεξία, αϋπνία, ναυτία ή εμετό και παθολογική συμπεριφορά όπως ερεϊστικότητα, αίσθημα μεγαλείου, υπερεπαγρύπνηση, ταραχή και μειωμένη κρίση. Σε σπάνιες περιπτώσεις εκδηλώνεται παραλήρημα μέσα σε 24 ώρες από τη χρήση. Η χρόνια κακή χρήση συνήθως οδηγεί σε αλλοιώσεις της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς, π.χ. παρορμητισμό, επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, καχυποψία και παρανοϊκή ψύχωση (ψύχωση από αμφεταμίνη ή αμφεταμινική ψύχωση). Μπορεί ακόμη να εκδηλωθεί πλήρες ψυχωσικό σύνδρομο με παραισθήσεις. Η διακοπή της χρήσης, μετά από παρατεταμένη ή μεγάλη κατανάλωση, μπορεί να προκαλέσει στερητικό σύνδρομο με κατάθλιψη, κόπωση, υπερφαγία, διαταραχή του ύπνου και αύξηση των ονείρων. (ό.π.).

Η αμφεταμίνη είναι χημική ένωση που δρα διεγερτικά πάνω στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. (Άντριου Τάιλερ, 1996). Μιμείται και επανξάνει τις δράσεις του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και τη δραστηριότητα των κατεχολαμινών στους υποδοχείς του. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994). Ανήκει στην τάξη των συμπαθητικών αμινών, η οποία τάξη περιλαμβάνει επίσης τη δεξαμφεταμίνη και την μεταμφεταμίνη. Φαρμακολογικώς συγγενείς ουσίες είναι η μεθυλφαινιδάτη, η φενμετραζίνη και η αμφεπραμόνη (διαιθυλοπροπιόνη). (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, OKANA, 1999). Η αμφεταμίνη, όπως και η κοκαΐνη, φαίνεται να μιμείται ή να ενισχύει τη δράση της νορεπινεφρίνης στον εγκέφαλο, ενεργοποιώντας έτσι το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Η αμφεταμίνη προωθεί και ανεβάζει, γι' αυτό και το όνομά της στην «πίατσα» είναι speed (ταχύτητα). Εκτός της λήψης από το στόμα, υπάρχουν και άλλοι τρόποι λήψης της αμφεταμίνης, όπως η εισπνοή από τη μύτη και η ενδοφλέβια. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Η κοκαΐνη είναι ένα ισχυρό διεγερτικό βραχείας δράσης του Κ.Ν.Σ. και τοπικό αναισθητικό, που γενικά δεν είναι εθιστικό για το σώμα, ούτε ιδιαίτερα τοξικό (ό.π.) και χρησιμοποιείται εξω – ιατρικώς για τη δημιουργία ευφορίας ή εγρήγορσης. Η κοκαΐνη ή coke κυκλοφορεί συνήθως στο εμπόριο ως λευκή, διάφανη, κρυσταλλική σκόνη ή νιφάδες (snuff, snow), συχνά νοθευμένη με διάφορα σάκχαρα ή τοπικά αναισθητικά. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999). Στο θέμα της διάρκειας, ωχριά μπροστά στην αμφεταμίνη, που οι επιδράσεις της διαρκούν έξι με οκτώ φορές περισσότερο. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Η διάδοση κοκαΐνης γίνεται περισσότερο τρομακτική με μια άλλη της μορφή, το «κρακ» ή «ροκ». (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994). Το κρακ ή ροκ είναι ένα αλκαλοειδές (ελεύθερη βάση) κοκαΐνης, μια άμορφη ουσία που μπορεί να περιέχει κρυστάλλους χλωριούχου νατρίου και έχει μπεζ χρώμα. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999). Είναι είδος βάσης υδροχλωρικής κοκαΐνης που μοιάζει με το freebase, αλλά είναι λιγότερο καθαρό. Πρόκειται για ένα παρασκεύασμα πιο καθαρής κοκαΐνης, «ελεύθερης βάσης» κοκαΐνης, ύστερα από πρωτόγονη επεξεργασία με νερό και υδροξείδιο του αμμωνίου ή σόδα (μαγειρική σόδα – μπέικιν σόδα (Άντριου Τάιλερ, 1996), αλλά και με άλλους τρόπους. Είναι, δηλαδή, είναι παράγωγο της κοκαΐνης, το οποίο προσφέρεται σε στερεά μορφή, τεμαχίζεται σε μικρά κομματάκια που μοιάζουν με θραύσματα πέτρας (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994) ή με μικρούς «βράχους» (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Καπνίζεται συνήθως αναμεμειγμένο με καπνό ή με μαριχουάνα, οπότε τα αποτελέσματα είναι ακόμη πιο έντονα. Ακόμη ένας τρόπος λήψης του «κρακ» είναι, όπως το freebase, σε αλουμινόχαρτο ή ναργιλέ. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

2.6. Παραισθησιογόνα – Ψευδαισθησιογόνα

Πρόκειται για μια σειρά από ουσίες των οποίων η χημική σύσταση ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό – από τα αυτοφυήμανιτάρια μέχρι εξ' ολοκλήρου συνθετικό M.D.A. – έχουν όμως όλες μια κοινή ιδιότητα, να συνταράσσουν τον εσωτερικό κόσμο του ατόμου. (ό.π.).

Το L.S.D. (d-Lysergic Sauer Diethylamid, διαιθυλαμίδιο του d-λυσεργικού οξέος) είναι το πιο δραστικό και το πιο αντιπροσωπευτικό από όλα. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994). Ανήκει χημικά στις ινδολαλκυλαμίνες, που έχουν μεγάλη χημική ομοιότητα με μια νευροδιαβιβαστική ουσία του εγκεφάλου, την 5-υδροξυτρυπταμίνη (σεροτονίνη). Στενοί συγγενείς του L.S.D. είναι το

L.S.A. (αμίδιο του d-λυσεργικού οξέος, που βρίσκεται στους σπόρους ορισμένων ποικιλιών ιπομαίας), η ψιλοκυβίνη και το DMT (διμεθυλοτροταμίνη). (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Ο οργανισμός αναπτύσσει πολύ γρήγορα ανοχή στο L.S.D., έτσι ώστε, αν επαναληφθεί η λήψη μιας κανονικής δόσης επί τρεις ή τέσσερις συνεχείς ημέρες, την τέταρτη μέρα δεν υπάρχει πια «ταξίδι». Η ευαισθησία στις επιδράσεις του L.S.D. επιστρέφει μόνο μετά από διακοπή αρκετών ημερών. Παρατηρείται επίσης διασταυρούμενη ανοχή με άλλες, συγγενείς προς το L.S.D., ουσίες: τους σπόρους της ιπομαίας, το L.S.A, τη ψιλοκυβίνη και το DMT. Αυτή η τελευταία ουσία είναι συνθετική, αλλά βρίσκεται και σε φυτά που εδώ και αιώνες χρησιμοποιούνται ως παραισθησιογόνα από φυλές Ινδιάνων της Νότιας Αμερικής. Η έννοια της διασταυρούμενης ανοχής είναι ότι, ακόμα κι αν εναλλάξει κανείς τις παραπάνω ουσίες μεταξύ τους, μετά από 3 – 4 συνεχείς ημέρες χρήσης παύουν να έχουν οποιαδήποτε επίδραση. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Τα μανιτάρια είναι φυτά με παραισθησιογόνες ιδιότητες που υπάρχουν στα περισσότερα μέρη του κόσμου, όπως και στην Ευρώπη, η πλουσιότερη ήπειρος όμως είναι η Αμερική, με περισσότερα από εκατό είδη. Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: σε εκείνα που περιέχουν ψιλοκυβίνη και την κατά 50% ισχυρότερη ψιλοκίνη και στα μανιτάρια του γένους Amanita, που περιέχουν ιβοτενικό οξύ.. Η ψιλοκυβίνη η P.C.B. είναι το δραστικό συστατικό του μεξικανικού μανιταριού Magic Mushroom. (Άντριου Τάιλερ, 1996). Είναι παραισθησιογόνο ανάλογο με το L.S.D. και δρα 100 ασθενέστερα από αυτό. Ανάλογη είναι και η ψιλοκίνη. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Το L.S.D. και τα μανιτάρια είναι σαφώς τα πιο διαδεδομένα είδη, στην αγορά όμως εμφανίζονται και πολλές άλλες συνθετικές και φυσικές ουσίες με παρεμφερείς επιδράσεις. Άλλα παραισθησιογόνα που χρησιμοποιούνται περιστασιακά είναι εντελώς κοινά, όπως το μοσχοκάρυδο ή οι σπόροι της ιπομαίας, της οποίας όμως μόνο ορισμένα είδη είναι ψυχοτρόπα. Μια άλλη κατηγορία είναι τα εξ' ολοκλήρου συνθετικά παραισθησιογόνα που σπάνια εμφανίζονται στην αγορά: DMT, TMA, PMA, DOM, PCP. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Το PCP ή αλλιώς φαινκυκλιδίνη, γνωστό και ως «αγγελόσκονη» και «χάπι της ειρήνης», είναι αρκετά διαδεδομένο στις Η.Π.Α.. Είναι ένα ψυχοδραστικό φάρμακο με ιδιότητες κατασταλτικές του Κ.Ν.Σ, διεγερτικές, αναλγητικές και παραισθησιογόνες δράσεις. Εισήχθη στην κλινική ιατρική ως αποσυνδετικό αναισθητικό αλλά η χρήση του εγκαταλείφθηκε λόγω της συχνής εμφάνισης ενός οξέος συνδρόμου που συνίσταται σε

αποπροσανατολισμό, ταραχή και παραλήρημα. Φαίνεται ότι έχει αξία στη θεραπεία της εγκεφαλικής συμφόρησης. Συγγενείς ουσίες που παράγουν παρόμοια αποτελέσματα είναι η δεξοξαδρόλη και η κεταμίνη. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999).

Το PCP μπορεί να ληφθεί από το στόμα, με ενδοφλέβια ένεση ή με εισρόφηση από τη μύτη, συνήθως όμως καπνίζεται.

2.7. Εισπνεόμενα – Πτητικά εξαρτησιογόνα

Οι πτητικές ουσίες είναι ουσίες που εξατμίζονται στη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Εισπνέονται για τα ψυχοδραστικά τους αποτελέσματα και ονομάζονται επίσης εισπνεόμενες ουσίες. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999). Οι χρήστες διαλυτών είναι μια ιδιαίτερη κατηγορία τοξικομανών – συνήθως νεαροί που ακόμα και οι συνομήλικοί τους τους θεωρούν απερίσκεπτους και επικίνδυνους. Είναι χαρακτηριστικό ότι ενώ όλα τα φάρμακα και τα ναρκωτικά, ακόμα και τα πιο σκληρά, έχουν τους υποστηρικτές τους, κανείς δε τόλμησε ποτέ να επιχειρηματολογήσει υπέρ των διαλυτών. Εξ' άλλου οι διαλύτες δεν είναι καν «κανονικά» ναρκωτικά. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

Υπάρχει ένας μακρύς κατάλογος ουσιών που υπάγονται στις πτητικές ουσίες, από τις οποίες οι περισσότερες είναι νόμιμες, εύκολα διαθέσιμες και φθηνές, με διαφορετικές και ποικίλες ενέργειες και αποτελέσματα. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994)

Μερικές ουσίες είναι άμεσα τοξικές για το ήπαρ, τους νεφρούς ή την καρδιά και μερικές από αυτές προκαλούν περιφερική νευροπάθεια ή προϊούσα εκφύλιση του εγκεφάλου. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999).

Το πιο διαδεδομένο προϊόν είναι οι κόλλες που περιέχουν τολουένιο και ακετόνη. Θεωρούνται πιο ασφαλείς από άλλες, παρόμοιες ουσίες και γενικά δεν προκαλούν σοβαρές οργανικές ή ψυχολογικές βλάβες, όταν χρησιμοποιούνται για σύντομο χρονικό διάστημα, ίσως επειδή ο χρήστης εισπνέει μόνο τις αναθυμιάσεις και όχι ολόκληρο το προϊόν. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

Τα διαλύματα καουτσούκ περιέχουν τους υδρογονάνθρακες βενζόλιο και εξάνιο, καθώς και χλωροφόρμιο, πολύ διαδεδομένο διαλύτη που η «ψυχαγωγική» του χρήση άρχισε από την εποχή της ανακάλυψής του, το 1831. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

Το βερνίκι και ασετόν νυχιών δε θεωρούνται, όπως και οι κόλλες, ιδιαίτερα τοξικά, σε σύγκριση με άλλα προϊόντα που

εισπνέονται. Βασικοί τους διαλύτες είναι η ακετόνη και ο οξικός αμυλεστέρας. Γενικά δεν είναι πολύ δημοφιλή και τα δοκιμάζουν συνήθως οι νεοφώτιστοι του είδους. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Η εισπνοή της βενζίνης είναι πολύ επικίνδυνη, καθώς περιέχει τετρααιθυλομόλυβδο, ουσία ιδιαίτερα τοξική για νεαρά άτομα.

Τα χρώματα συνήθως περιέχουν ακετόνη και διχλωρομεθάνιο. Η χρήση τους είναι πολύ περιορισμένη. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Στις μέρες μας παρατηρείται ολοένα μεγαλύτερη διάδοση της χρήσης του υγρού αναπτήρων. Είναι καθαρό υγρό βουτάνιο, συσκευασμένο υπό πίεση, που μόλις έρθει σε επαφή με την ατμόσφαιρα μετατρέπεται σε ψυχρό αέριο. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Τα προϊόντα σε σπρέι είναι μια κατηγορία που περιλαμβάνει αρώματα, αποσμητικά, προϊόντα καθαρισμού, χρώματα, λακ μαλλιών, παυσίπονα και εντομοκτόνα. Όλα περιέχουν τρία βασικά συστατικά: το διαφημισμένο προϊόν, το διαλύτη που το εμποδίζει να στερεοποιηθεί και υγρά αέρια υπό πίεση που το προωθούν έξω από τη συσκευασία. Ως διαλύτες χρησιμοποιούνται διάφορες ουσίες, όπως νερό (σε προϊόντα για κολλάρισμα), οινόπνευμα (σε λακ και σε αρώματα) ή καθαρό πετρέλαιο (σε εντομοκτόνα).

Τα προϊόντα καθαρισμού είναι μια κατηγορία στην οποία περιλαμβάνονται είδη καθαρισμού για το σπίτι ή για τη βιομηχανία, προϊόντα που διαλύουν τα λίπη, το διορθωτικό υγρό γραφομηχανής και άλλα.

Στην τυπική περίπτωση, ο χρήστης εμποτίζει ένα πανί με την εισπνεόμενη ουσία και σκεπάζει με αυτό το στόμα και τη μύτη του ή τοποθετεί την εισπνεόμενη ουσία σε μια χάρτινη ή πλαστική σακούλα, με την οποία σκεπάζει το πρόσωπο (προκαλώντας και ανοξία μαζί με τη μέθη). (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999).

2.8. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης

Επειδή η ινδική κάνναβη δε μεταβάλλει τη ψυχική κατάσταση του ατόμου, αλλά εντείνει τα ήδη υπάρχοντα αισθήματα, δε μπορεί να καταταχθεί σε κάποια κατηγορία, γι' αυτό και την βάλαμε σε μια ξεχωριστή κατηγορία. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994)

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, με την ονομασία «κάνναβη» χαρακτηρίζεται το σύνολο των ευφορικών ουσιών που προέρχονται από το φυτό *Cannabis sativa* (κάνναβης η κλωστική). (Άντριου Τάιλερ, 1996). Είναι κοινόχρηστος όρος που αναφέρεται στα διάφορα ψυχοδραστικά σκευάσματα της μαριχουάνας. Αυτά περιλαμβάνουν φύλλα μαριχουάνας (στη λαϊκή διάλεκτο grass, pot,

dope, weed, reefers), το μπανγκ, γκάντζα ή χασίς (από τα άνθη του φυτού) και χασισέλαιο. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999).

Στη Διάσκεψη για τα ναρκωτικά του 1961, η κάνναβη ορίζεται ως «η ανθοφορούσα ή καρποφορούσα κορυφή του φυτού τις κάνναβης (χωρίς τους σπόρους και τα φύλλα εφ' όσον δε συνοδεύονται από την κορυφή) από την οποία δεν έχει εξαχθεί η ρητίνη», ενώ η ρητίνη κάνναβης είναι «η διαχωρισμένη, αδρή ή καθαρισμένη, ρητίνη που λαμβάνεται από το φυτό της κάνναβης». Οι ορισμοί αυτοί βασίζονται στους παραδοσιακούς ινδικούς όρους, «γκάντζα» (=κάνναβη) και «σάρας» (=ρητίνη). Ένας τρίτος ινδικός όρος, «μπανγκ», αναφέρεται στα φύλλα. Το κανναβέλαιο (χασισέλαιο, υγρή κάνναβη, υγρό χασίς) είναι συμπύκνωμα κάνναβης που επιτυγχάνεται από εκχύλιση, συνήθως με ένα φυτικό έλαιο. (ό.π.)

Η κάνναβη περιέχει τουλάχιστον 60 κανναβινοειδή, πολλά από τα οποία έχουν βιολογική δράση. Το πιο δραστικό συστατικό είναι η Δ9 – τετραϋδροκανναβινόλη (THC) – THC και μεταβολικά της παράγωγα ανιχνεύονται στα ούρα επί αρκετές εβδομάδες μετά τη χρήση κάνναβης (συνήθως με κάπνισμα). (ό.π.)

Όλες οι δυνατές οδοί έχουν χρησιμοποιηθεί για την εισαγωγή της κάνναβης στον οργανισμό. Μπορεί κανείς να τη φάει μέσα σε γλυκό ή κάποιο παρασκεύασμα, να την πιει μέσα σε τσάι ή άλλα αφεψήματα, αλλά η πιο αποτελεσματική μέθοδος είναι το κάπνισμα. Επιπλέον, καπνίζεται σε πίπα. Μερικά είδη είναι τα πήλινα τσίλουμ, οι μπρούτζινες σίτες και ο παραδοσιακός ναργιλές. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

2.9. Άλλες ουσίες: Συνθετικά ναρκωτικά

Μετά τα μέσα της δεκαετίας του '80, την κοινή γνώμη πολλών δυτικών χωρών αρχίζει να απασχολεί – εκτός από τα γνωστά ναρκωτικά – η εξάπλωση μιας σειράς ουσιών λιγότερο διαδεδομένων στο παρελθόν. Από αυτές, τις περισσότερες συζητήσεις έχουν προκαλέσει στην Ευρώπη τα λεγόμενα Designer's (Psychedelic) Drugs, όρος που αποδίδεται στα ελληνικά ως παραισθησιογόνα του εργαστηρίου, και κυρίως το ecstasy (MDMA) ή απλώς e. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Designer's drugs, στα ελληνικά φάρμακα ειδικά σχεδιασμένα, είναι πρωτότυπη χημική ουσία με ψυχοδραστικές ιδιότητες, η οποία παράγεται συνθετικά με ειδικό σκοπό την πώληση στην παράνομη αγορά. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999). Υπάρχει μεγάλο πλήθος από αυτά. Οι

σχεδιαστές ναρκωτικών επινοούν καινούριες χημικές συνθέσεις. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Παρασκευάστηκε ουσία με δράση 100 φορές ισχυρότερη από εκείνη της κοκαΐνης. Η συνθετική ηρωίνη κάνει θραύση. Ονομάζεται tango and cash και είναι 27 φορές ισχυρότερη από την καθαρή και ανόθευτη ηρωίνη. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Το MDA (=κρυσταλλική μεθυλενο – διοξυ – αμφεταμίνης) το οποίο είναι γνωστό ως «άις» (ice) = «πάγος». Το άις είναι η νέα «πληγή» στο χώρο των ναρκωτικών, με επιπτώσεις ανάλογες με εκείνες του «κρακ». Όμως οι εφευρέτες των νέων συνθετικών ναρκωτικών (designer's drugs) ανακάλυψαν ένα ακόμη πιο δραστικό παράγωγο των αμφεταμινών, την «έκσταση», γνωστή με τα αρχικά X.T.C. (= εξ-τα-ση). Είναι η MDMA, η οποία κατατάσσεται στις παραισθησιογόνες αμφεταμίνες, οι οποίες συνδυάζουν τις δράσεις των αμφεταμινών και εκείνες των παραισθησιογόνων. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994). Είναι ουσία που εμφανίζεται με τη μορφή ταμπλέτας ή κάψουλας και ανήκει στην οικογένεια του MDA. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Το Ghb. (ή αλλιώς υγρό e και υγρό x) είναι αναισθητικό που λειτουργεί περισσότερο ως υπναγωγό παρά ως αναλγητικό. Είναι άχρωμο και άοσμο υγρό με υφάλμυρη γεύση και η χημική ονομασία του είναι γάμμα-υδροβουτυρικό οξύ. Πολλοί παρομοιάζουν τη δράση του με αυτήν του ecstasy, χωρίς όμως τη διέγερση που προκαλεί το τελευταίο. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Η κεταμίνη είναι αναισθητικό, μη βαρβιτουρικό, με αναλγητικές και παραισθησιογόνες ιδιότητες. Κυκλοφορεί συνήθως σε υγρή μορφή, αλλά και σε χάπια ή σκόνη. Στις περισσότερες χώρες η χρήση κεταμίνης δε διώκεται ποινικά. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Το κατ είναι διεγερτικό με αποτελέσματα παρόμοια με εκείνα της αμφεταμίνης. Η μεγάλη χρήση μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση και σε σωματικά και ψυχικά προβλήματα παρόμοια με τα προκαλούμενα από άλλα διεγερτικά. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, OKANA, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΦΗΒΕΙΑ

3.1. Εισαγωγή

Η εφηβεία δεν εμφανίζεται σε ένα παρθένο έδαφος. Όλη η παιδική ηλικία, με τα γεγονότα που συντελέστηκαν, έχει εκτυλιχθεί λιγότερο ή περισσότερο απλά. (Αλαιν Μπρακονιε, Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

Το να κατανοεί κανείς τον έφηβο σημαίνει να κατανοεί ότι επιτελείτε από αυτόν μια πολύ σημαντική λειτουργία από ψυχολογική άποψη: ο αποχαιρετισμός της παιδικής του ηλικίας. Πρόκειται πραγματικά για μια αληθινή απώλεια των «παιδικών αντικειμένων», απώλεια του καταφύγιου της μητέρας ή γενικότερα του γονεϊκού καταφύγιου, απώλεια την οποία ο έφηβος δεν επιθυμεί, αλλά η οποία του επιβάλλεται, νιώθει δηλαδή ότι είναι δύσκολη αλλά απαραίτητη. (Αλαιν Μπρακονιε, Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002).

Αυτός ο «αποχαιρετισμός της παιδικής ηλικίας» συντελείται προοδευτικά και δεν είναι ποτέ απόλυτος. Το άτομο θα κρατήσει για όλη του τη ζωή σημαντικούς δεσμούς με αυτό που αποτελούσε την παιδική του ηλικία, όχι μόνο μέσα από τις αναμνήσεις, αλλά και μέσα από ορισμένα χαρακτηριστικά του. Ωστόσο αυτός ο αποχαιρετισμός είναι απαραίτητος, ώστε το υποκείμενο να διαμορφώσει τη δική του προσωπικότητα σε σχέση με τους δικούς του ανθρώπους, ιδίως με τους γονείς του. Οι τελευταίοι θα πρέπει να δείξουν στο παιδί ότι δεν επιθυμούν να το κρατήσουν σε μια αιώνια κατάσταση παιδικότητας, αλλά θα πρέπει ταυτόχρονα να του αποδείξουν ότι μπορούν να συνεχίσουν να το συμβουλεύουν και ότι αυτό δεν σημαίνει πως θα το εγκαταλείψουν. (Αλαιν Μπρακονιε, Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

3.1.1. Χαρακτηριστικά εφηβείας

Δίνοντας έναν ορισμό στην εφηβεία μπορούμε να πούμε ότι «είναι η αναπτυξιακή εκείνη περίοδος της ζωής του ανθρώπου που ξεκινάει με ειδικές βιολογικές αλλαγές (ορμονικές) στο σώμα του παιδιού (αλλαγές που έχουν παράλληλα ψυχοσωματικές επιπτώσεις) και τελειώνει (ψυχολογικά) με την τελική γενετήσια ολοκλήρωση και αυτόνομη ωρίμανση του ατόμου» (Στυλιανάκης, 2003). Σύμφωνα, βέβαια, με τον Herbert (1997) «ο όρος εφηβεία αναφέρεται στη ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου, η οποία σχετίζεται εν μέρει με τις βιοσωματικές αναπτυξιακές διαδικασίες, με αυτό δηλαδή που ορίζουμε ως «ήβη». Με τον κλασικό, όμως, ορισμό η εφηβεία είναι μια παρατεταμένη περίοδος της ανάπτυξης διάρκειας περίπου 7 ως 8 ετών (Χρηστάκης, 2003). Ο χρονικός προσδιορισμός της εφηβείας

δεν είναι σταθερός λόγω πολλών διαφορών που χωρίζουν τα άτομα. Το φύλο, η ιδιοσυγκρασία και οι ιδιαίτερες περιβαλλοντικές συνθήκες ζωής δημιουργούν τόσες μορφές εφηβείας όσα και τα άτομα.

Η εφηβική ηλικία είναι η τελευταία φάση ανάπτυξης του ατόμου πριν την οριστική είσοδό του σε αυτό που αποκαλούμε ωριμότητα ή ενήλικη ζωή. Είναι η περίοδος κατά την οποία το άτομο, θεωρητικά τουλάχιστον, δεν ανήκει πλέον στην παιδική ηλικία, αλλά ούτε και στην κανονική ενήλικη ζωή.

Η εφηβεία είναι μεν μια φάση αυτόνομη, που διαθέτει εγγενή και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, αλλά αποτελεί και μια περίοδο προετοιμασίας για την οριστική «εκτίναξη» στην ενήλικη ζωή. (Ε. Κουρκούτας, 2001)

Η εφηβεία είναι επίσης μια κίνηση γεμάτη δύναμη, υποσχέσεις και ζωή. Αυτή η δύναμη είναι πολύ σημαντική, γιατί είναι η ίδια η ενέργεια της μεταμόρφωσης. Δεν υπάρχει εφηβεία χωρίς προβλήματα, χωρίς πόνο. Είναι ίσως η πιο επώδυνη περίοδος της ζωής. Δεν πρέπει να ξεχνάμε όμως ότι είναι και η περίοδος των πιο έντονων αισθημάτων χαράς. (Φ. Ντόλτο, Κ. Ντόλτο – Τόλιτς, 1995)

Περίοδοι και φάσεις της εφηβείας:

Η υπαρξιακή αναστάτωση που φέρνει η εφηβεία αρχίζει να κάνει αισθητή την παρουσία της ανάμεσα στα 10 και στα 12 χρόνια, παρ' όλο που αυτό δεν αποτελεί κανόνα. Υπάρχουν νέοι που μεγαλώνουν πιο αργά και άλλοι που δεν ωριμάζουν ποτέ ή που γερνούν πριν την ώρα τους. (Αλ. Βαγιέχο- Ναγέρα, 2001)

Χρονικά, η εφηβεία θεωρείται ότι καλύπτει ένα διάστημα 7 – 8 χρόνων, κυρίως μεταξύ 12^{ου} και 19^{ου} έτους. Πολλοί ερευνητές (ο Blos, 1962, ήταν από τους πρώτους) διαχωρίζουν την εφηβική ηλικία στις εξής περιόδους:

1. Στην προεφηβεία (11^{ος}-13^{ος} χρόνος), όπου συντελούνται οι πρώτες διαφοροποιήσεις από την παιδική ηλικία.

2. Στην κυρίως εφηβεία (13^{ος}/14^{ος} – 18^{ος} χρόνος), όπου συντελούνται οι πραγματικές βιοσωματικές αλλαγές της εφηβείας. Είναι ο χρόνος αναμόρφωσης του ατόμου σε όλα τα επίπεδα.

3. Στην όψιμη εφηβεία (18^{ος}-20^{ος} χρόνος), όπου οι αλλαγές αποκρυσταλλώνονται οριστικά αλλά το άτομο δεν έχει ακόμη, για διάφορους λόγους, εισέλθει στην πλήρη ωριμότητα.

Το ίδιο συμβαίνει άλλωστε και με την περίοδο της μετεφηβείας (20^{ος} χρόνος), όπου οι αλλαγές σε βιοσωματικό επίπεδο έχουν ολοκληρωθεί, σε αντίθεση με τις αλλαγές στο ψυχικό επίπεδο, οι οποίες παραμένουν ακόμη υπό ολοκλήρωση. (Ε. Κουρκούτας, 2001)

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της εφηβικής περιόδου είναι οι αλλαγές που συμβαίνουν στο άτομο σε πολλά επίπεδα (γνωστικό, σωματικό, συναισθηματικό), οι οποίες σηματοδοτούν την εξέλιξη και την πρόοδο του οργανισμού προς μια συνολική ψυχοσωματική ωρίμανση. (Ε. Κουρκούτας, 2001)

Το σωματικό επίπεδο αφορά τη σωματική διάπλαση του ατόμου. Υπεύθυνοι για την ήβη και τις αλλαγές που αυτή προκαλεί είναι ορισμένοι ενδοκρινείς αδένες, που ωριμάζουν και εκκρίνουν υγρά που ονομάζονται ορμόνες. Οι αδένες αυτοί, με την έντονη λειτουργία τους, δημιουργούν πραγματική αναστάτωση στον οργανισμό, αφού προκαλούν την ανάπτυξη των λειτουργιών, των οργάνων, ακόμη και του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και του σκελετού. Οι πιο σημαντικοί αδένες που σχετίζονται άμεσα με την ήβη είναι η υπόφυση, που βρίσκεται στη βάση του κρανίου και ασκεί επίδραση στην πνευματική και σωματική ανάπτυξη, οι γεννητικοί αδένες (όρχεις και ωοθήκες) και τα επινεφρίδια, που είναι μικροί αδένες πάνω από τα νεφρά, που συντελούν στη διατήρηση της τονικότητας των μυών. Όλοι οι παραπάνω αδένες, παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην ωρίμανση των γεννητικών αδένων, που με τη σειρά τους εκκρίνουν τις γεννητικές ορμόνες, οι οποίες συντελούν στην παραγωγή ώριμων σπερματοζωαρίων στον έφηβο και ωαρίων στην έφηβη. (Φ. Ντόλτο, Κ. Ντόλτο – Τόλιτς, 1995)

Σε αυτό το σημείο συντελείται η σεξουαλική ωριμότητα. Η ωρίμανση των γεννητικών αδένων και στα δυο φύλα, έχει μεγάλη σημασία για τη κανονική σωματική και ψυχική εξέλιξη των εφήβων. Οι αλλαγές που συμβαίνουν παίρνουν πολύ χρόνο, αφού η ήβη είναι ένα φαινόμενο που γίνεται σταδιακά και έχει διάρκεια. Εκτός από τους αδένες, σημαντικό ρόλο στη ωρίμανση των οργάνων παίζουν και άλλοι παράγοντες, όπως η κληρονομικότητα, η υγεία, η διατροφή, το κλίμα και γενικά το περιβάλλον που ζει ο έφηβος, καθώς και οι ιδιαίτερες συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας. (Δήμας, 1992).

«Όλο το σώμα μεγαλώνει, ιδιαίτερα τα ακραία σημεία του, όπως οι πατούσες, οι παλάμες, η μύτη. Η εξωτερική εμφάνιση, το περίγραμμα του σώματος, δηλαδή η σιλουέτα μεταβάλλονται και μαζί τους μεταβάλλεται και ο τρόπος σκέψης. Τρίχωμα εμφανίζεται στο εφηβαίο και κάτω από τις μασχάλες, τα γεννητικά όργανα αυξάνουν σε όγκο, και το δέρμα στο σημείο αυτό σκουραίνει. Τα πάντα έχουν πάρει θέση για να αρχίσει η περίοδος της γονιμότητας». (Φ. Ντόλτο, Κ. Ντόλτο – Τόλιτς, 1995)

Πολύ γρήγορες αλλαγές συμβαίνουν κυρίως στην πρώτη φάση της εφηβείας, με την είσοδο του ατόμου στην ήβη. Τα κορίτσια

συνήθως ωριμάζουν πιο γρήγορα από τα αγόρια (η μεταξύ τους διαφορά κυμαίνεται γύρω στα δύο χρόνια). Μέχρι την ηλικία των δεκατεσσάρων χρόνων, παρατηρείται μια σωματική υπεροχή στα κορίτσια. Μετά το 14^ο έτος προηγούνται τα αγόρια, αλλά και στα κορίτσια συνεχίζεται η ανοδική πορεία. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993)

Σημαντικές είναι και οι μεταβολές που παρατηρούνται στα χαρακτηριστικά του προσώπου, αλλά και σε άλλα μέρη του σώματος. Η μύτη μεγαλώνει συνήθως πιο γρήγορα από άλλα σημεία του προσώπου. Το σαγόνι πλατύνεται και ο χρωματισμός της ίριδας αλλάζει χρώμα και γίνεται συνήθως πιο ανοιχτός. Το όριο των γραμμών στο μέτωπο αρχίζει να χάνει την παιδική καμπύλη. Στα αγόρια εμφανίζονται το μουστάκι και το γένι, ενώ παράλληλα εμφανίζεται τρίχωμα στα άκρα του και τα γεννητικά όργανα.

Χαρακτηριστική είναι η αλλαγή της φωνής. Στα αγόρια η φωνή ωριμάζει στα 18 χρόνια, ενώ στα κορίτσια στα 16 χρόνια. Κατά τη μεταβατική αυτή περίοδο της φωνής, της λεγόμενης «μεταφώνησης», παρατηρείται στον έφηβο μια διτονία από συμφόρηση στο λάρυγγα. Η φωνή είναι τραχιά, βραχνή, δυσανάλογη προς την εξωτερική εμφάνισή του. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993)

Επιπλέον, υπάρχει αύξηση στο μέγεθος των όρχεων και του πέους. Στα κορίτσια παρατηρείται αύξηση του στήθους, των ωοθηκών και της μήτρας, αποκτά μεγαλύτερη λεκάνη, περιφέρεια και γλουτούς. Παράλληλα, αναπτύσσουν περισσότερους λιπαρούς ιστούς, σε σχέση με τα αγόρια, αποκτώντας έτσι ένα πιο απαλό και πιο καμπυλώδες περίγραμμα σώματος. (Μάνος Γ., 1999).

Στην παιδική ηλικία, αγόρια και κορίτσια, έχουν περίπου την ίδια μυϊκή δύναμη. Στην εφηβεία η μυϊκή δύναμη των αγοριών είναι μέχρι και δυο φορές μεγαλύτερη από αυτή των κοριτσιών. Επιπλέον, στο στάδιο της προεφηβείας, παρατηρείται έντονη μυϊκή κόπωση, που κάνει τους εφήβους νωθρούς και αδιάφορους, με τάση να αποφεύγουν τη σωματική άσκηση ή ακόμη και διάφορες εργασίες που τους αναθέτουν οι γονείς τους. Η μυϊκή κόπωση μειώνεται, καθώς ο προέφηβος προχωρά στην κυρίως εφηβική ηλικία. (Μάνος Γ., 1999).

Παράλληλα, μεγάλη ανάπτυξη υπάρχει στο κυκλοφοριακό, αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα. Η καρδιά διπλασιάζεται σε όγκο, ενώ αντίθετα οι φλέβες και οι αρτηρίες αυξάνονται με πολύ αργό ρυθμό. Αυτό δημιουργεί μια κυκλοφοριακή δυσκολία στο αίμα και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Οι παλμοί της καρδιάς κατά τη διάρκεια της εφηβείας μειώνονται. Η αναπνευστική ικανότητα αυξάνεται αισθητά, με μια ελαφρά υπεροχή

της ζωτικής χωρητικότητας στα αγόρια. Η υπεροχή αυτή οφείλεται στη μεγαλύτερη θωρακική περίμετρο που έχουν και τους μεγαλύτερους πνεύμονες που διαθέτουν. Η ζωτική χωρητικότητα έχει μεγάλη σημασία, γιατί αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της οργανικής ενέργειας. Η προτίμηση των αγοριών για παιχνίδια τα οποία απαιτούν μεγάλη συγκριτικά κινητικότητα και γενικά η σωματική ενεργητικότητά τους συνδέεται αναμφισβήτητα με τη μεγαλύτερη ζωτική χωρητικότητα του φύλου τους. (Μάνος Γ.Κ., 1999).

Σημαντικές όμως είναι και οι αλλαγές που παρατηρούνται στις γενετήσιες λειτουργίες. Το πιο σημαντικό στα αγόρια, είναι ότι οι στύσεις γίνονται πιο συχνές και καταλήγουν στην παραγωγή σπέρματος. Ο πολλαπλασιασμός των στύσεων και ο ερεθισμός που τους συνοδεύει, είναι ένα φυσιολογικό χαρακτηριστικό που οφείλεται στη συρροή του αίματος στο πέος. (Φ. Ντόλτο, Κ. Ντόλτο – Τόλιτς, 1995)

Στα κορίτσια ένα σημαντικό γεγονός είναι η πρώτη περίοδος. Μια φορά το μήνα οι ωοθήκες παράγουν ένα ωάριο (ωορρηξία). Η μήτρα, για να δεχτεί το ωάριο, καλύπτεται από ένα στρώμα με αιματώδη αγγεία, που είναι θρεπτικά για το ωάριο σε περίπτωση που αυτό γονιμοποιηθεί από ένα σπερματοζώαριο. Εάν το ωάριο δεν γονιμοποιηθεί, το στρώμα αυτό αχρηστεύεται και αποβάλλεται. Αυτή είναι η περίοδος. Με την έναρξη της περιόδου το σώμα της εφήβου αλλάζει, ενώ παράλληλα μπορεί να αλλάξει και ο μεταβολισμός της, δηλαδή ο τρόπος που ξοδεύει τις θερμίδες που παίρνει από τις τροφές. (Φ. Ντόλτο, Κ. Ντόλτο – Τόλιτς, 1995)

Παράλληλα με τη βιολογική και ανατομική ανάπτυξη του εφήβου συντελείται και η ψυχοπνευματική του ανάπτυξη (πνευματικό επίπεδο). Ο έφηβος, κατά τον Piaget, αποκτά καθαρή λογική σκέψη και μπορεί να σκέπτεται αφηρημένα χωρίς τη βοήθεια συγκεκριμένων εμπειρικών στοιχείων. Η φαντασία τώρα γίνεται εφευρετική και δημιουργική και έτσι ο έφηβος καταστρώνει σχέδια για το μέλλον του, με αποτέλεσμα να μειώνεται το ενδιαφέρον του για το παρόν και να δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα που την παραποιεί. Γίνεται προσωρινά απροσάρμοστος και ζει με τη φαντασία του στο δικό του ιδανικό και ονειρεμένο κόσμο. Ενώ στη παιδική ηλικία ήταν προσηλωμένος στο συνηθισμένο και δεχόταν να καθοδηγείται από τους μεγάλους, τώρα ξεφεύγει πια από την ετερονομία και μπαίνει στην αυτονομία, στην αυτενέργεια και στην αυτοδημιουργία. Έτσι ολοκληρώνει την αυτοαντίληψη του.

Η νόηση κατά τον Piaget φτάνει στην ολοκληρωμένη της μορφή στον έφηβο με την εμφάνιση της αφηρημένης ή τυπικής σκέψης ανάμεσα στο 11^ο-12^ο και 14^ο-16^ο έτος και φτάνει στην πλήρη ανάπτυξή της στο 25^ο έτος κατά τη Nancy Baylay. Πάντως, δεν αναπτύσσεται με τον ίδιο ρυθμό σε όλους. (Μάνος Γ.Κ.,1999)

Η αφηρημένη σκέψη τον ωθεί στην ενδοσκόπηση και στον διαλογισμό, που τον βοηθούν να αναπτύξει τον εσωτερικό του κόσμο και να σκεφτεί τα μεγάλα προβλήματα του ανθρώπου, τον έρωτα, τη θρησκεία, την ηθική, την πολιτική, την τέχνη, το θάνατο, το χρόνο, το παρελθόν, το μέλλον και ιδιαίτερα τον προορισμό του ανθρώπου. Κατασκευάζει διάφορες θεωρίες, συνήθως αντιγραμμένες από τον περίγυρο, συχνά μπερδεμένες, αλλά πάντοτε φιλόδοξες γύρω από τα μεγάλα ερωτηματικά της ζωής για τη συνολική ερμηνεία του κόσμου.

Η εφηβεία είναι η περίοδος της ζωής του ανθρώπου που χαρακτηρίζεται για τον πλούσιο συναισθηματισμό της (συναισθηματικό επίπεδο). Ο όρος συναισθηματισμός αναφέρεται στη ψυχική διάθεση του εφήβου (και του κάθε ανθρώπου) που μπορεί κάθε φορά να είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη.

Οι ψυχικές αυτές διαθέσεις διακρίνονται σε:

- α) συγκεχυμένα ευχάριστα ή δυσάρεστα, οργανικά κυρίως συναισθήματα.
- β) αμυντικά συναισθήματα
- γ) επιθετικά συναισθήματα
- δ) κοινωνικά συναισθήματα
- ε) διάφορα κυρίως ανώτερα συναισθήματα (Μάνος Γ.Κ., 1999).

Στη διάρκεια της εφηβείας η συναισθηματική ζωή των εφήβων είναι πιο έντονη από αυτή της παιδικής ή της ώριμης ηλικίας.

Κύριο χαρακτηριστικό επίσης της ηλικίας αυτής είναι η μεγάλη αστάθεια της ψυχικής διάθεσης. Η συναισθηματική ζωή του εφήβου είναι γεμάτη μεταπτώσεις και είναι έντονη η εναλλαγή συναισθημάτων μεταξύ χαράς – λύπης, πάθους – αδιαφορίας, αγάπης – ζηλοτυπίας, ευφορίας – μελαγχολίας. Ενθουσιάζεται πολύ εύκολα, αλλά και εύκολα απογοητεύεται, με αποτέλεσμα να μεταπηδά από τη μια δραστηριότητα στην άλλη. Άλλοτε είναι ευγενικός και άλλοτε απότομος και σκληρός. Κάποιες φορές ενδιαφέρεται μόνο για τον εαυτό του και άλλες στιγμές μπορεί να κάνει τα πάντα για τους άλλους. Σύμφωνα με τον Debess (Μάνος Γ.Κ., 1999), οι νέοι και των δύο φύλων, συγκινούνται ευχερέστερα από ότι τα παιδιά των δέκα ετών. Μια λέξη, ένας υπαινιγμός, μια χειρονομία, αρκούν να διεγείρουν πολλές φορές ολόκληρη θύελλα.

Η υπερευσυγκινησία, ενισχυόμενη από την ασταθή συναισθηματική κατάσταση χαρακτηρίζει το πρώτο μισό μέρος της εφηβείας, ιδιαίτερα στα κορίτσια. Αυτές όμως οι απότομες διακυμάνσεις της ψυχικής διάθεσης, συχνά του προκαλούν προβλήματα στις σχέσεις του με τους άλλους και δυσκολία προσαρμογής στο περιβάλλον του. Αργότερα βέβαια, προς το τέλος της εφηβείας, αυτές οι έντονες αψιθυμικές αντιδράσεις, που είναι αποτέλεσμα κυρίως της ορμονικής λειτουργίας, ελαττώνονται γιατί πλέον οι έφηβοι αποκτούν ισχυρότερη θέληση και μαθαίνουν να κριτικάρουν τον εαυτό τους. Έτσι πλησιάζει προς τη συναισθηματική ωριμότητα. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993)

Ο έφηβος σπάει την ισορροπία του με το περιβάλλον του και γίνεται σε μεγάλο βαθμό αναστατος με συνεχείς παλινδρομήσεις και απότομες συναισθηματικές εκρήξεις. Ανακαλύπτει τον εαυτό του, πράγμα που τον αναστατώνει, και προσπαθεί να τον καταλάβει. Η φαντασία του καλπάζει, μη ξέροντας από που να αρχίσει. Μοιάζει η ηλικία αυτή με ένα πρίσμα, που παραμορφώνει την πραγματικότητα εξ' αιτίας της μεγάλης υποκειμενικότητας του εφήβου, με αποτέλεσμα πολλοί έφηβοι να βουλιάζουν σε θανάσιμες αγωνίες και τρομακτικές αμφιβολίες. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993)

Αντιδρά εναντίων των ενηλίκων (γονέων – εκπαιδευτικών) χωρίς κανένα σοβαρό λόγο παρά μόνο για την αντίδραση. Ιδιαίτερα, όταν του θέτουν φραγμούς στην ικανοποίηση των επιθυμιών του, γίνεται επαναστατικός. Τα αγόρια εκφράζονται με αγένεια και ορισμένα με μεγάλη σκληρότητα προς τους μεγάλους, ενώ οι κοπέλες γίνονται ανυπότακτες, νευρικές και εριστικές. Καπνίζουν και τα δυο φύλα, τα αγόρια για να εκδηλώσουν τάχα τον ανδρισμό τους, ενώ τα κορίτσια για να παραστήσουν τις χειραφετημένες και τις προοδευτικές. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993)

Με το όχι ο έφηβος αρχίζει να αντιπαραθέτει στο περιβάλλον τον εαυτό του. Είναι τα πρώτα στοιχεία της προσωπικότητας που αρχίζουν να παρουσιάζονται, της προσωπικότητας που δε θέλει να είναι πια το καλό, το προσαρμόσιμο παιδάκι. (ό.π.)

Ο έφηβος αισθάνεται έντονα την ανάγκη για αυτονομία, αρνείται την προηγούμενη ταυτότητα του και αναζητεί καινούρια. Ζητά από τους γονείς του και από τους ενήλικους να τον αναγνωρίσουν ως ένα ανεξάρτητο άτομο με απόλυτο δικαίωμα να ρυθμίζει μόνος του τη ζωή του. Ιδιαίτερα θέλει να σπάσει τους δεσμούς του με τους γονείς του, να διαλύσει την παιδική του προσωπικότητα και να την ξαναφτιάξει από την αρχή. Γι' αυτό και χαλαρώνει τους συναισθηματικούς του δεσμούς με την οικογένειά του

και έχει την τάση να απομακρύνεται από αυτήν. Προσπαθώντας να αποκτήσει την αυτονομία του, αντιδρά έντονα στους περιορισμούς, που του θέτει αυτή, αρνείται να συμμετέχει στις οικογενειακές εξόδους και προτιμά τη δική του παρέα από την οικογένεια του. (ό.π.)

Ο έφηβος έχει την τάση για απομόνωση, θέλει την γωνιά του, την ησυχία του, τη «φιλοσοφία» του, στα μικρά του μέτρα ακόμη. Στην περίοδο αυτή αρχίζει το κλειδώμα του συρταριού ή της πόρτας. Είναι γιατί αρχίζει ο έφηβος να συγκεντρώνεται στον εαυτό του. Στην αρχή της φάσης της απομόνωσης, ο νέος αρχίζει να αναζητά τη συντροφιά ενός κολλητού. Η σχέση με κάποιο παιδί του ίδιου φύλου τον βοηθά να ενισχύσει τη σεξουαλική του ταυτότητα. Ο νέος αποκτά έναν φίλο που τον καταλαβαίνει καλύτερα από τους γονείς. Το κορίτσι έχει μια κολλητή φίλη με την οποία μιλάει ώρες ολόκληρες στο τηλέφωνο, παρά το γεγονός ότι δεν έχει περάσει πολλή ώρα από τη στιγμή που χώρισαν. (Αλεξάνδρα Βαγιέχο- Ναγέρα, 2001)

Ο έφηβος αισθάνεται την ανάγκη να διαπιστώσει ότι και οι ενήλικες έχουν ελαττώματα. Η ενδοσκόπηση του προκαλεί στενοχώρια και αβεβαιότητα. Αναλύει τον εαυτό του και βλέπει παντού ελαττώματα αλλά μια μέρα παρατηρεί κάτι που του δίνει ελπίδα: πιάνει τον πατέρα του να πίνει από το μπουκάλι ή την μητέρα του με παμπάλαιο παντελόνι. Μέχρι τώρα νόμιζε ότι μόνο αυτός έκανε λάθη, αλλά τώρα συνειδητοποιεί ότι οι γονείς του δεν είναι τέλειοι όπως νόμιζε. Με το πρώτο παράπτωμα των γονιών, επιτίθεται ανελέητα. Τον καθησυχάζει η σκέψη ότι μπορεί να επιτρέψει στον εαυτό του την πολυτέλεια να έχει ελαττώματα. Και οι μεγάλοι έχουν και ούτε που τους νοιάζει. (Αλεξάνδρα Βαγιέχο- Ναγέρα, 2001)

Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η ευθιξία και υπερευαισθησία. Όλα τα παιδιά, ακόμη και τα λιγότερο ευαίσθητα πριν, αρχίζουν να θίγονται πολύ εύκολα. Όπως και να τους μιλήσουν προσβάλλονται. Πράγματα αθώα, που θα έπρεπε να περνούν απαρατήρητα, τους ενοχλούν, τους θίγουν και στέκονται πάνω σε αυτά με διαμαρτυρίες και εκνευρισμό. Οι έφηβοι, λόγω της έλλειψης εμπειριών, αγνοούν τα όρια και δεν έχουν καθόλου τακτ. Στην προσπάθεια τους να κερδίσουν την ανεξαρτησία τους, δεν υπολογίζουν σωστά τη δύναμη που έχει μέσα του κάθε γεγονός, με αποτέλεσμα να συγκρούονται ακόμα και για το πιο μικρό και ασήμαντο πράγμα. (Μ. Χουρδάκη, 1995)

Με την έναρξη της εφηβείας έχουμε και άλλο χαρακτηριστικό: το πείσμα και την ισχυρογνωμοσύνη. Είπε κάτι έφηβος; Θα το κάνει. Θέλει να φοράει μόνιμα ένα ρούχο; Δεν το αλλάζει. Αυτό του εξασφαλίζει την ισορροπία που χρειάζεται να έχει. (ό.π.)

Μέσα στα χαρακτηριστικά της εφηβείας είναι και κάποια δειλία, η αποφυγή σχέσεων. Αυτό δεν παρουσιάζεται απαραίτητα σε όλους τους έφηβους, όπως οι άλλες ιδιότητες, που τις έχουν σε μεγάλο ή μικρότερο βαθμό όλοι τους. Όμως σε ένα κάποιο βαθμό, οι έφηβοι έχουν δειλία, συστολή. Κάθονται στη γωνίτσα τους, δε μιλούν εύκολα, κλείνονται περισσότερο στο σπίτι, δεν είναι πρόθυμοι σαν άλλοτε να τρέχουν για ψώνια. Αυτά του δημιουργούν δυσφορία, τον κάνουν να παρουσιάζεται συγκρατημένος. (Μ. Χουρδάκη, 1995)

Άλλο χαρακτηριστικό της εφηβικής ηλικίας είναι η δυσπιστία και η αμφισβήτηση των παραδοσιακών αξιών και αρχών και η έντονη κριτική τους. Η αμφισβήτηση αυτή των αξιών από τον έφηβο, σήμερα γίνεται ακόμη πιο δραματική γι' αυτόν, εξ' αιτίας της ταχύτατης μεταβολής και αλλαγής των αξιών και της μη σταθερότητας τους, όπως στο παρελθόν. Αμφισβητεί τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις των ωρίμων και γενικά της παράδοσης, που τις θεωρεί καθυστερημένες, ξεπερασμένες και μεσαιωνικές και προτείνει για πολλά θέματα και προβλήματα δικές του λύσεις. Ενώ όμως από τη μία είναι αντιδογματικός και χτυπά τις αυθεντίες και το «κατεστημένο», από την άλλη ψάχνει για νέα πρότυπα και ιδανικά και γίνεται οπαδός νέων ιδεών και ιδεολογιών, που τις υπερασπίζεται με φανατισμό. Από την τάση του για αμφισβήτηση πηγάζει και η έντονη διάθεση του για πρωτοτυπία, που την εκδηλώνει με ιδιορρυθμία, εκκεντρικότητα, κυνισμό και αυθάδεια. Γι' αυτό και προσπαθεί να εντυπωσιάσει το περιβάλλον του με την ιδιόρρυθμη εξωτερική εκδήλωσή του στην ενδυμασία, στη κόμμωση, στη γλώσσα, στις χειρονομίες, στη διασκέδαση και γενικά στη συμπεριφορά του. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993)

Επειδή λείπει η αυτοκριτική από τον έφηβο, υπερτιμά τον εαυτό του και από τον υπερβολικό ιδεαλισμό του δυσκολεύεται να κατανοήσει την παράδοση, που είναι κάτι το πολύπλοκο. Η κριτική του αυτή δείχνει πως αυξάνει και βαθαίνει η συνείδηση του ως πνευματικού όντος και αναπτύσσονται μέσα του τα προσωπικά ιδεώδη. Η αμφισβήτηση των παραδοσιακών αξιών εκ μέρους του εφήβου οφείλεται στη μεγάλη ηθική και διανοητική αμηχανία, που διέρχεται σε αυτήν την ηλικία. Δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα της ζωής και γι' αυτό θέλει να ανατρέψει και να ανατινάξει τα πάντα στον αέρα. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993)

Εξ' αιτίας των διάφορων μεταβολών του, παρουσιάζει κάποια χειροτέρευση και η σχολική επίδοσή του, που μπορεί να ξεπεραστεί, αν διαθέτει νοητικό απόθεμα, θάρρος και αισιοδοξία ή βρίσκει συμπαράσταση από την οικογένειά του και το σχολείο του. Το

τελευταίο που τον ενδιαφέρει τώρα είναι το σχολείο και γι' αυτό εύκολα διακόπτει τη φοίτηση του σε αυτό.

Τέλος, αναφέρονται μερικές ακόμη αντιδράσεις που θεωρούνται χαρακτηριστικές και συχνές στους εφήβους.

- *Αποστροφή για την εργασία*: το ενδιαφέρον του εφήβου είναι στραμμένο στις εσωτερικές διεργασίες και στην αποκλειστική ενασχόλησή του με τα προσωπικά ζητήματα με αποτέλεσμα όλα αυτά να του απορροφούν ενέργεια, να αποσπούν την προσοχή του και να μειώνουν την ικανότητα απόδοσης. (Κουρκούτας, 2001)

- *Ανία*: οφείλεται επίσης στις απότομες αλλαγές, ψυχολογικής κυρίως μορφής, και στην αδυναμία του εφήβου να αλλάξει αμέσως ρόλους. (Κουρκούτας, 2001)

- *Η υπεραπασχόλησή του με το σεξ*: αποτελεί προσπάθεια του εφήβου να εξοικειωθεί με τη νέα σωματική πραγματικότητα και τα μυστικά που μπορεί να κρύβει. Αποτελεί προσπάθεια να τα βρει με τον εαυτό του και το σώμα του προτού εκτεθεί στη συνάντηση με τον άλλο, η οποία όταν γίνεται με όρους στενής, ερωτικής σχέσης ενέχει πάντοτε ένα φορτίο άγχους. (Κουρκούτας, 2001)

- *Έλλειψη αυτοπεποίθησης*: οφείλεται στη μη ολοκλήρωση της προσωπικότητας του εφήβου, στην αστάθεια που νιώθει εγκαταλείποντας ένα κομμάτι του εαυτού και στο ότι δεν έχει βρει ακόμη τη θέση του στον κόσμο, απέναντι στο άλλο φύλο και βέβαια απέναντι στον γονέα, αφού οι σχέσεις σε αυτήν την περίοδο δε βρίσκονται στο επίπεδο των ώριμων ενήλικων σχέσεων. Η αληθινή αυτοπεποίθηση δημιουργείται από την επίτευξη στόχων, την τριβή με την πραγματικότητα και από την ολοκλήρωση του εαυτού. (ό.π.)

3.1.2. Έφηβοι με δύσκολο χαρακτήρα

Ο χαρακτήρας προσδιορίζεται από το σύνολο των εγγενών και των επίκτητων διαθέσεων που αποτελούν τον ψυχολογικό σκελετό ενός ατόμου. Ο χαρακτήρας είναι ένα στοιχείο της αναγνώρισης του εαυτού, το οποίο δίνει τη δυνατότητα διαφοροποίησης από τους άλλους. Η εφηβεία είναι μια κρίσιμη περίοδος για τη διαμόρφωση του χαρακτήρα. (Αλαιν Μπρακονιέ – Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

Κάποιο σημείο του χαρακτήρα είναι αρνητικό, ή τουλάχιστον, ασύμβατο και ενοχλητικό σε σχέση με το υπόλοιπο του ατόμου. Πολλές οικογενειακές συγκρούσεις ή συζητήσεις ανάμεσα στους γονείς έχουν ως αντικείμενο τη διαφορά των χαρακτήρων μεταξύ των μεν και των δε. (Αλαιν Μπρακονιέ – Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

Είναι αλήθεια ότι υπάρχουν πολύ σημαντικές διαφορές στο επίπεδο της ιδιοσυγκρασίας. Ορισμένοι έφηβοι είναι μάλλον

ονειροπόλοι, άλλοι είναι περισσότερο παρορμητικοί, άλλοι είναι ιδεαλιστές. Η εφηβεία κινδυνεύει να γίνει μια περίοδος εδραίωσης κάποιων συμπεριφορών κακού χαρακτήρα. Αν η συμπεριφορά αυτή παρέχει τη δυνατότητα στον έφηβο να αποφεύγει την αντιπαράθεση με το άγχος, η αποφυγή αυτή κινδυνεύει να παρεμποδίσει, για μεγάλο χρονικό διάστημα, την προσαρμογή του και την ένταξη του σε πολλά επίπεδα (κοινωνικό, συναισθηματικό, πολιτιστικό.) (ό.π.)

- *Παρορμητικός χαρακτήρας:* Η παρορμητικότητα ποικίλλει από το ένα άτομο στο άλλο και εν μέρει εξαρτάται από την κληρονομικότητα, αλλά σε μεγάλο βαθμό ρυθμίζεται από τις συνθήκες ανατροφής. Οι παρορμητικοί έφηβοι θυμώνουν έντονα, χτυπούν τις πόρτες, πετούν τη τσάντα ή τα προσωπικά τους αντικείμενα και μερικές φορές σπάνε αντικείμενα ή έπιπλα όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με δύσκολες καταστάσεις. (ό.π)

- *Άσταστος έφηβος:* Η ρευστότητα σε σχέση με τη συμπεριφορά των εφήβων, οι συχνές αλλαγές από τη μια στιγμή στην άλλη, αποτελούν το κύριο γνώρισμα του χαρακτήρα. Ο έφηβος συνεχώς ενδιαφέρεται για άλλα θέματα, αλλάζει δραστηριότητες, φίλους, έρωτες. (Αλαιν Μπρακονιέ – Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

- *Αντιθετικός χαρακτήρας:* Η εναντίωση, η οποία είναι φυσιολογική κατά την εφηβεία, μπορεί σε ορισμένα άτομα να αποβεί εξαιρετικά σημαντική. Για ορισμένους έφηβους, το πιο σημαντικό είναι να βρίσκονται σε αντίθεση με τους άλλους για οποιοδήποτε θέμα. Ο αντιθετικός έφηβος θα λέει πάντα «όχι» στις προτάσεις που του γίνονται, ανεξαρτήτως του αν τίθενται με τη μορφή μιας διαταγής, μιας πρόσκλησης κ.τ.λ.

- *Ασυμβίβαστος χαρακτήρας:* Ο ασυμβίβαστος έφηβος θέλει να επιτύχει το σύνολο των απαιτήσεων του χωρίς κανένα συμβιβασμό, κανέναν περιορισμό, κι αν δε μπορεί να το επιτύχει, προτιμά το «τίποτα». Για τον ασυμβίβαστο έφηβο, η μόνη λύση είναι η εξωτερική πραγματικότητα να υπακούσει στον ιμπεριαλισμό των εσωτερικών του απαιτήσεων, αν δεν το καταφέρει προτιμά να ξεχάσει τις απαιτήσεις του και φέρεται σαν να μην υπήρχαν. (ό.π)

- *Συνεσταλμένος έφηβος:* Μια προσωρινή ή μονομερής ντροπαλότητα παρατηρείται συχνά στους εφήβους. Δεν αποτελεί ένα στοιχείο του χαρακτήρα, παρά μόνο όταν κατακλύζει με τρόπο υπερβολικό τη λειτουργία του υποκειμένου σε διάφορους τομείς.

- *Παντοδύναμος έφηβος:* Ο παντοδύναμος έφηβος είναι αυτός που τα θέλει όλα «εδώ και τώρα» ή εκείνος που νιώθει ικανός για όλα ή επειδή επιθυμεί κάτι νομίζει ότι πρέπει να πραγματοποιηθεί αμέσως. Στις πιο ακραίες περιπτώσεις, αυτοί οι έφηβοι είναι πεπεισμένοι ότι

έχουν πάντα δίκιο, ότι η αποτυχία δε σημαίνει τίποτα ή ότι δεν είναι αποτέλεσμα των λαθών τους. Στην περίπτωση αυτή είναι ιδιαίτερα δύσκολο γι' αυτούς τους έφηβους να καταλάβουν κάτι μέσα από την εμπειρία. Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς ότι μια τέτοια διάθεση καθιστά αδύνατη τη συνέχιση του σχολείου ή ενός επαγγελματικού κλάδου, τα οποία απαιτούν την επανάληψη. (ό.π)

- *Ιδεαλιστής έφηβος:* Ορισμένοι έφηβοι δημιουργούν κάποια ιδανικά συστήματα, στα οποία προσχωρούν με έντονο τρόπο. Ο ιδεαλιστής έφηβος οικοδομεί έναν κόσμο από τον οποίο αποκλείεται η βία και όπου υπάρχει ισοτιμία. Μερικές φορές αυτό το ιδανικό σύστημα καταντά υπερβολικό και εμποδίζει τον έφηβο να επενδύσει στην πραγματικότητα, η οποία ποτέ δεν είναι στο ύψος του ιδεώδους του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υποτίμηση του εαυτού, ένα αίσθημα κενού και μια καταθλιπτική κατάσταση.

Αυτοί είναι εν συντομία οι πιο κυρίαρχοι τύποι χαρακτήρων που συναντώνται κατά την εφηβεία οι οποίοι μπορούν να συνδεθούν μεταξύ τους. Είναι σημαντικό οι γονείς να αξιολογούν την απήχηση που έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά πάνω στο σύνολο της ζωής του παιδιού τους.

3.1.3. Τρόποι αντιμετώπισης

Απέναντι στις διάφορες ενασχολήσεις του, ο έφηβος δημιουργεί κάποιες ψυχολογικές άμυνες με σκοπό να προστατευτεί από τις αλλαγές που ενδέχεται να τον αναστατώσουν υπερβολικά ή τουλάχιστον να τον αποσυντονίσουν.

Οι μηχανισμοί άμυνας είναι ασυνείδητοι ψυχοδιανοητικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιεί το άτομο και οι οποίοι δε γίνονται απαραίτητα εμφανείς μέσα από συμπεριφορές. Σκοπός τους είναι να προστατεύσουν το ψυχικό όργανο από ανεπιθύμητα εξωτερικά αλλά, κυρίως, εσωτερικά ερεθίσματα που μπορεί να παρεισφρήσουν στη συνείδησή του. Τα ανεπιθύμητα αυτά εσωτερικά ερεθίσματα είναι σκέψεις, επιθυμίες, ιδέες, συναισθήματα, τάσεις, παρορμήσεις ή φαντασιώσεις, που προκαλούν στο άτομο είτε άγχος και φόβο, είτε αντίθετα, ντροπή και ενοχή, με αποτέλεσμα να επιδιώκει να τα αποδιώξει από τη συνείδησή του. (Η. Κουρκούτας, 2001)

Οι μηχανισμοί άμυνας είναι βασικές παράμετροι της ψυχολογικής ανάπτυξης του ατόμου. Όταν όμως χρησιμοποιούνται σε υπερβολικές δόσεις γίνονται παθολογικοί και αντί να ευνοούν, βραχυκυκλώνουν την εξέλιξή του.

Το πρότυπο της αμυντικής στρατηγικής, όσον αφορά τα εξωτερικά ερεθίσματα, είναι η αποφυγή. Ένα ερεθίσμα που προκαλεί

φόβο ή άγχος αποφεύγεται. Αντίθετα, όσον αφορά τα εσωτερικά ερεθίσματα, το πρότυπο της αμυντικής στρατηγικής είναι η απώθηση. Οτιδήποτε ενοχλητικό προέρχεται από το δικό του εσωτερικό κόσμο, από το βαθύτερο εαυτό του, το άτομο το «απωθεί». Η «απόθηση» είναι λοιπόν από τους βασικούς και, ως ένα βαθμό, φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας, που προστατεύουν το άτομο από ανεπιθύμητα άγχη και «καθαρίζουν» τη μνήμη από αρνητικές ή τραυματικές αναμνήσεις.

Οι υπόλοιποι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό κατά τη διάρκεια της εφηβείας σύμφωνα με τον Η. Κουρκούτα (2001) είναι οι εξής:

Προβολή: Με αυτό το μηχανισμό το άτομο προβάλλει στους άλλους όλες τις ανεπιθύμητες και αρνητικές τάσεις ή σκέψεις και τα εχθρικά αισθήματα που κατά βάθος διακατέχουν το ίδιο. Πολλοί έφηβοι, επειδή νιώθουν μια αυξημένη αναταραχή και επιθετική ενέργεια, έχουν την τάση να αποδίδουν στον περίγυρό τους απειλητικές ή επιθετικές προθέσεις.

Ο μηχανισμός προβολής ανακουφίζει το άτομο από τις εσωτερικές εντάσεις και από τα αρνητικά και εχθρικά του αισθήματα, αφού τα μεταθέτει στους άλλους και με αυτό τον τρόπο αποφεύγει να βιώσει ενοχές για τη συμπεριφορά του. Κατά συνέπεια, λειτουργώντας αναλόγως αποποιείται ως ένα βαθμό την ευθύνη των πράξεών του.

Πρόκειται για έναν πρωτόγονο μηχανισμό άμυνας, του οποίου η ένταση μειώνεται ευθέως ανάλογα με το βαθμό ωριμότητας του εφήβου. Όταν ο έφηβος ωριμάσει, γίνεται ικανός να αναλάβει την ευθύνη των αρνητικών σκέψεων και πράξεών του.

Μετάθεση: Ο εκνευρισμός, η ταραχή, η σύγχυση, τα αισθήματα μειονεξίας, οι φόβοι απόρριψης και οποιαδήποτε άλλα άγχη δημιουργούν στον έφηβο μια κατάσταση που μπορεί να περιγραφεί ως «εν βρασμό ψυχής» και την οποία πρέπει κάποια στιγμή να εκτονώσει. Αυτό μπορεί να το επιτύχει με μετάθεση της επιθετικότητας από τον «περίγυρο» (που τα προκαλεί) στην οικογένειά του. Η μετάθεση είναι μια ήπια μορφή προβολής.

Μεταστροφή στο αντίθετο: Ο εν λόγω μηχανισμός χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου ο έφηβος για κάποιο λόγο (φόβος τιμωρίας, άγχος απόρριψης κ.τ.λ.) δεν επιτρέπει στον εαυτό του να εκδηλώσει ορισμένα συναισθήματα (αρνητικά ή θετικά) και τελικά τα μεταστρέφει στο αντίθετό τους. Τα αρνητικά συναισθήματα μετατρέπονται σε θετικά και αποδεκτά: η οργή και ο φθόνος μετατρέπονται σε υπερβολική ευγένεια και φιλοφρονήσεις,

αντίστοιχα, κυρίως διότι τα πρώτα συναισθήματα δεν είναι κοινωνικώς αποδεκτά ή διότι ο έφηβος φοβάται την καταστολή ή και την τιμωρία του επειδή επιθυμεί και νιώθει κάτι ανεπίτρεπτο. Για να εκτονώσει την απογοήτευση, την εσωτερική ένταση και το άγχος που του προκαλούν τα συγκεκριμένα αισθήματα, υποσυνείδητα θέτει σε λειτουργία τον ανάλογο μηχανισμό και τα μετατρέπει στο αντίθετό τους.

Ταύτιση: Πρόκειται για έναν από τους πιο βασικούς μηχανισμούς άμυνας αλλά και οικοδόμησης της προσωπικότητας, που προστατεύει πολλές φορές τους εφήβους από την κατάθλιψη. Θεωρείται ότι δημιουργείται μέσα από μια σειρά διαδοχικών ταυτίσεων, που ξεκινούν από την πρώτη παιδική ηλικία και φθάνουν μέχρι την εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Οι πρώτοι με τους οποίους ταυτιζόμαστε είναι οι γονείς, από τους οποίους «αφομοιώνουμε» πολλά από τα συστατικά στοιχεία της προσωπικότητάς μας τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε, ερμηνεύουμε και αντιδρούμε στα πράγματα, τρόπους σκέψης ή συμπεριφοράς.

Η ταύτιση δεν είναι μια απλή μίμηση της εξωτερικής συμπεριφοράς. Το άτομο αντιλαμβάνεται και αφομοιώνει εσωτερικά στοιχεία από το πρότυπό του. Βεβαίως, πολλές φορές η ταύτιση στην εφηβεία έχει το χαρακτήρα μιας κακής (απο)μίμησης. Ένας έφηβος που θέλει να νιώσει δυνατός και ελκυστικός ντύνεται και συμπεριφέρεται όπως το δυναμικό πρότυπό του.

Εξιδανίκευση: Πρόκειται για μια κατ' εξοχήν λειτουργία της εφηβικής ηλικίας, αφού λόγω της μεγάλης του ανάγκης για «ταυτισιακά πρότυπα» ο έφηβος συχνά κατασκευάζει ιδάλματα ή επιζητεί να προσεγγίσει εξιδανικευμένα πρότυπα, για να αντλήσει λίγη από τη λάμψη και τη δύναμή τους. Πολλές φορές ο έφηβος εξιδανικεύει και ωραιοποιεί τις καταστάσεις που ζει, καθώς έτσι δίνει αξία στον εαυτό του και καταπολεμά τα αρνητικά και καταθλιπτικά του συναισθήματα.

Η ανακάλυψη ή εφεύρεση προτύπων (με τη βοήθεια του μηχανισμού της προβολής) λειτουργεί για τον έφηβο, θετικά και υποστηρικτικά. Η ολοκληρωτική και απόλυτη ταύτιση με εξωπραγματικά εξιδανικευμένα πρότυπα όμως, μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά σε ότι αφορά τη σχέση του εφήβου με την πραγματικότητα.

Εκλογίκευση: Ο συγκεκριμένος μηχανισμός βοηθά το άτομο να βρει «λογικοφανή επιχειρήματα» προκειμένου να δικαιολογήσει τις αναστολές του, τα αρνητικά του συναισθήματα, κάποιες αποτυχίες στη ζωή κ.τ.λ.. Η εκλογίκευση χρησιμοποιείται συχνά στην εφηβεία,

αλλά η χρήση της μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, εφ' όσον το άτομο ωριμάζει και αρνείται να αποκρύπτει την αλήθεια από τον εαυτό του και τους άλλους. Η συχνή απόκρυψη των αποτυχιών μέσω της εκλογίκευσης και η προσπάθεια συγκάλυψής τους τόσο από τον εαυτό όσο και από τους άλλους δείχνουν ένα αδύναμο ή υπερευαίσθητο ψυχικά παιδί, που φοβάται την αποτυχία και τα σχόλια των άλλων (απόρριψη).

Παλινδρόμηση: Πρόκειται για ένα συνήθη μηχανισμό άμυνας της παιδικής ηλικίας. Η παλινδρόμηση σπανίζει στην εφηβεία, ενώ στις ήπιες εκδοχές της παίρνει κυρίως τη μορφή παιδιάστικων συμπεριφορών. Σε ψυχοπαθολογικό επίπεδο η παλινδρόμηση συνδέεται με την υιοθέτηση παλαιότερων ή ξεπερασμένων αντιδράσεων μπροστά σε ανυπέρβλητες δυσκολίες ή σύγχρονα αδιέξοδα. Παλινδρομητικές συμπεριφορές στην εφηβεία εμφανίζονται σε περιπτώσεις σοβαρών ψυχικών διαταραχών ή μετά από υπερβολική χρήση αλκοόλ και άλλων «ναρκωτικών ουσιών».

Ταύτιση με τον επιτιθέμενο: Πρόκειται για ένα παράδοξο φαινόμενο, κατά το οποίο το παιδί, προκειμένου να ξεπεράσει το φόβο του, ταυτίζεται με αυτόν που του προκαλεί το συγκεκριμένο συναίσθημα. Συχνά ο έφηβος ταυτίζεται με δυναμικές, επιθετικές ή επικίνδυνες μορφές και υιοθετεί τις συμπεριφορές τους, μόνο και μόνο για να ξεπεράσει την αδυναμία που αισθάνεται.

Τα δυναμικά πρότυπα έλκουν τους πιο ανήσυχους εφήβους και αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι με την οικογενειακή δυναμική και τα ταυτισιακά πρότυπα που συναντούν σε αυτήν. Όταν γίνεται σε φαντασιωτικό επίπεδο, η ταύτιση με τον επιτιθέμενο ενδέχεται να προκαλέσει την εκτόνωση των επιθετικών συναισθημάτων και την απαλλαγή από τα αισθήματα αδυναμίας και φόβου.

Εκδραμάτιση: Ο μηχανισμός αυτός σχετίζεται συνήθως με επώδυνες και περίπλοκες συναισθηματικές καταστάσεις. Σε γενικές γραμμές, με τον όρο «εκδραμάτιση» αναφερόμαστε σε έναν τρόπο εκτόνωσης και εκκένωσης της συσσωρευμένης ενέργειας και έντασης που συνοδεύει μια σειρά έντονων αρνητικών συναισθημάτων και εσωτερικών συγκρούσεων (άγχος, ανασφάλεια, φοβίες, οργή, μίσος, αλλά και ενοχές, τύψεις κ.ο.κ.) μέσω της δράσης. Στόχος του ατόμου που λειτουργεί με παρόμοιο τρόπο είναι να απαλλαγεί άμεσα και σύντομα από το βάρος αυτών των επώδυνων συναισθημάτων. Ουσιαστικά, η υιοθέτηση αυτής της συμπεριφοράς σημαίνει την έκπτωση και την αποτυχία όλων των άλλων μηχανισμών άμυνας που θεωρούνται πιο εξελιγμένοι. Και αυτό διότι το άτομο που λειτουργεί

μέσω της δράσης συνήθως μεταφέρει προς τα έξω όλες τις εντάσεις του εσωτερικού κόσμου με ωμό και βίαιο τρόπο.

Σε πολλές περιπτώσεις έχουμε να κάνουμε με νέους που εκδραματίζουν ενάντια σε ένα αυστηρό, καταπιεστικό και ελεγκτικό περιβάλλον. Παιδιά τα οποία μέχρι την εφηβεία τους ήταν υπάκουα και υποταγμένα στη γονεϊκή εξουσία περνούν σε μια κατάσταση εξωφρενικής επαναστατικότητας και με τις πράξεις τους (το ντύσιμο, τις παρέες, τις συνήθειες, τον τρόπο διασκέδασης κ.τ.λ.) αμφισβητούν τα γονεϊκά και κοινωνικά πρότυπα.

Σε ήπια χρήση χασίς ή αλκοόλ καταφεύγουν συνήθως οι έφηβοι που αντιμετωπίζουν μικρότερο πρόβλημα και των οποίων οι εντάσεις δεν έχουν γίνει ανεξέλεγκτες. Αντίθετα, σύμφωνα με τον Newton (Κουρκούτας 2001), όταν ο νέος βρίσκεται ήδη σε κατάσταση «εσωτερικής κρίσης» (αυτομομφές, αυτοκατηγορίες κ.τ.λ.), μπορεί είτε να κάνει χρήση «σκληρών» ναρκωτικών ουσιών (κρακ, ηρωίνη κ.τ.λ.) για να πολεμήσει τα εσωτερικά του άγχη και τις ανασφάλειες, είτε, εάν έχει φτάσει σε μεγάλο βαθμό σύγχυσης, ενδέχεται να επιχειρήσει ακόμη και την αυτοκτονία. Ειδικά στις τελευταίες περιπτώσεις ενυπάρχει μια «ανάγκη φυγής», μια «τάση απόδρασης», είτε από την εσωτερική είτε από την εξωτερική πραγματικότητα.

Εν κατακλείδι, όλοι αυτοί οι αμυντικοί μηχανισμοί έχουν ως στόχο να προστατεύσουν το υποκείμενο από την αποδιοργάνωση ή από μια κάποια δυσαρμονία σε σχέση με την ανάπτυξη του.

3.1.4. Ιδιαίτερα ψυχικά φαινόμενα στην εφηβεία

Στην εφηβεία παρατηρείται ένα πλήθος ηπιότερων ή σοβαρότερων, απλούστερων ή περιπλοκότερων, ψυχικών φαινομένων, τα οποία είναι απόρροια της έντονης χρήσης κάποιων μηχανισμών άμυνας. Στη συνέχεια περιγράφονται κάποια από αυτά τα φαινόμενα και στάσεις που αφορούν όλους τους τομείς της εφηβικής ύπαρξης (σωματικό, κοινωνικό, ψυχικό, συναισθηματικό τομέα κ.τ.λ.). (Η. Κουρκούτας, 2001)

Ο ασκητισμός: Πρόκειται για μια κατάσταση ολοκληρωτικής απόσυρσης από τα δρώμενα του κόσμου και της ζωής. Το άτομο «αποσύρεται» στον εαυτό του, συνήθως επειδή φοβάται να αντιμετωπίσει τις αγχωτικές αλλαγές της εφηβείας. Σε αυτή την περίπτωση υπάρχει έντονη απώθηση, αλλά και καταστολή των ορμών, των επιθυμιών και των αναγκών. Ο έφηβος αιτιολογεί την απόσυρσή του ισχυριζόμενος ότι πρόκειται για μια πραγματική πνευματική κατάσταση, για την αληθινή ζωή πέρα από την υλική αλλοτρίωση της κοινωνίας, για μια απόπειρα αναζήτησης της

αλήθειας. Οι ισχυρισμοί αυτοί αποτελούν κατ' ουσία μια εκλογίκευση του εφήβου, στην προσπάθειά του να αποκρύψει τα πραγματικά κίνητρα αυτής της απόσυρσης, τα οποία σχετίζονται με εσωτερικές ανασφάλειες, εσωτερικούς φόβους και άγχη που έχουν κυρίως σχέση με το σώμα και τη σεξουαλικότητα. (Η. Κουρκούτας, 2001)

Η διανοητικοποίηση: Πρόκειται για ένα φαινόμενο κατά το οποίο ο νέος αποκόπτεται ουσιαστικά από το συναισθηματικό του κόσμο και αρχίζει να λειτουργεί με ξερό, εγκεφαλικό τρόπο. Είναι οι νέοι που έλκονται από εγκεφαλικά παιχνίδια, από μαθηματικούς γρίφους και από τη μαθηματική σκέψη, καθώς και από οτιδήποτε δεν περιέχει συναισθηματική φόρτιση. Ο έφηβος που δίνει προτεραιότητα σε τέτοιου είδους θέματα χάνει ένα κομμάτι από τον εαυτό του, αυτό δηλαδή που αφορά τα συναισθήματα και τις σχέσεις. Δεν είναι τυχαίο ότι αυτοί οι νέοι βιώνονται ως ψυχροί ή ως πολύ συγκρατημένοι από τους συνομηλίκους τους. Οι νέοι που καταφεύγουν στη διανοητικοποίηση φοβούνται κατά βάθος την αναταραχή που προκαλούν τα συναισθήματα και το ρίσκο που ενέχει η προσέγγιση του άλλου και προτιμούν να επενδύουν στην τεχνολογία παρά στις ανθρώπινες σχέσεις. Έτσι απωθούν σε υπερβολικό βαθμό τα συναισθήματα και τις επιθυμίες τους. (Η. Κουρκούτας, 2001)

Η υπερπροσαρμογή: Πρόκειται για ένα φαινόμενο κατά το οποίο ο νέος παρουσιάζεται πλήρως εναρμονισμένος με το περιβάλλον, δε φέρνει αντιρρήσεις, δεν επαναστατεί. Το αντίθετο μάλιστα, προσαρμόζεται ολοκληρωτικά στους όρους και τις επιταγές της πραγματικότητας. Και σε αυτή την περίπτωση, όπως και προηγουμένως στη διανοητικοποίηση, αυτό που συμβαίνει είναι η καταστολή των προσωπικών επιθυμιών, των ανησυχιών και των αντιρρήσεων. Η συμπεριφορά αυτή βοηθά το άτομο να αποφεύγει τις εξωτερικές συγκρούσεις και να βρίσκεται σε συμφωνία με τους άλλους. Το τίμημα της υπερπροσαρμογής είναι ότι, συμβιβασόμενος πλήρως με την εξωτερική πραγματικότητα, ο νέος χάνει ουσιαστικά ένα ζωντανό και δημιουργικό κομμάτι του εαυτού του. Συνήθως το κίνητρο που ωθεί στην υπερπροσαρμογή είναι η ανασφάλεια σε σχέση με τον εαυτό και ο φόβος απέναντι στους άλλους.

Ο ψεύτικος εαυτός: Πρόκειται για αμυντική «κατασκευή» με την οποία το άτομο αποσκοπεί να κρύψει βαθιά μέσα του τις ευαισθησίες και τις αδυναμίες του και να προστατεύσει το βαθύτερο εαυτό του. Ο ψεύτικος εαυτός μπορεί να έχει τη μορφή απλών φαντασιώσεων που το άτομο προσπαθεί να πιστέψει ή να κάνει τους άλλους να πιστέψουν, έτσι ώστε να τονώσει το αίσθημα του εαυτού. Αφορούν συνήθως ήπιες μορφές «μυθομανίας», οι οποίες γίνονται

αντιληπτές από τους άλλους. Στη μυθομανία οι έφηβοι είτε διηγούνται φανταστικές εμπειρίες, είτε αναφέρονται σε φανταστικές γνωριμίες με σπουδαία πρόσωπα, είτε εφευρίσκουν καταστάσεις στις οποίες υποτίθεται ότι λαμβάνουν μέρος. Σε γενικές γραμμές παρουσιάζουν τον εαυτό τους σα να έχει διπλή ζωή. (Η. Κουρκούτας, 2001)

Ο επαναστάτης ή ταραξίας έφηβος: Και αυτό το φαινόμενο αποτελεί έκφραση της ανάγκης του εφήβου «να είναι» και κυρίως «να φαίνεται κάποιος». Η υιοθέτηση του συγκεκριμένου ρόλου και στυλ, όταν δεν προέρχεται από βίαιες εσωτερικές παρορμήσεις ή απωθημένες αρνητικές τάσεις, εκφράζει περισσότερο μια εξωτερική εικόνα που ο έφηβος θεωρεί ότι του προσδίδει ιδιαίτερο κύρος και είναι αποδεκτή από μια μερίδα νέων, αλλά και ένα νόημα για ορισμένο χρόνο. (Η. Κουρκούτας, 2001)

Ο «επαναστάτης έφηβος», ειδικά ο «θεωρητικός επαναστάτης», βρίσκεται στον αντίποδα του «καλού παιδιού», που θεωρεί πιο σημαντική την αναγνώριση από τους γονείς ή τους καθηγητές του. Αντίθετα, ο επαναστάτης έφηβος θεωρεί πιο σημαντική την αναγνώριση των συνομηλίκων του. (Η. Κουρκούτας, 2001)

3.2. Προβλήματα

Υπάρχει μία διαδεδομένη αντίληψη ότι οι σημερινοί έφηβοι δεν έχουν ιδιαίτερα προβλήματα, δεν αντιμετωπίζουν τα προβλήματα των παλαιότερων γενεών. Έτσι, πολλές φορές, οι ενήλικες, γονείς και εκπαιδευτικοί, διατυπώνουν απορίες σχετικά με τις αντιδράσεις των εφήβων σήμερα, λέγοντας, ότι «αυτοί τα έχουν όλα, τι άλλο θέλουν;»

Οι σημερινοί έφηβοι πιθανόν δεν έχουν τα προβλήματα υλικής και φυσικής τάξεως, που είχαν οι παλιότερες γενιές, έχουν εξασφαλίσει την τροφή τους, την ενδυμασία τους κ.ά. Όμως, σήμερα έχουν προβλήματα άλλης φύσεως, τα οποία, ενδεχομένως, είναι σημαντικότερα από τις ικανοποιήσεις των βιολογικών τους αναγκών. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Ένα από τα πράγματα που απασχολούν συνεχώς τον έφηβο εσωτερικά, είναι το ν' ανακαλύψει τον αληθινό εαυτό του, να γνωρίσει δηλαδή ποιος είναι. Έστερα του έρχεται η επιθυμία να επιβάλλει την προσωπικότητά του στους άλλους, να διακριθεί. Για να μπορέσει να πραγματοποιήσει τη θέλησή του αυτή αρχίζει έναν αδιάκοπο αγώνα με τον εαυτό του και με το άμεσο περιβάλλον του. (Ανδρέα Μιχαηλίδη – Νουάρου, 1987)

Προσπαθεί επίσης ο έφηβος να ξεκαθαρίσει τις σχέσεις του με δυο ομάδες ανθρώπων, που τον ενδιαφέρουν. Θέλει να γνωρίζει τι ακριβώς δικαιώματα έχει και ποιες είναι οι υποχρεώσεις του: 1) προς

τους μεγαλύτερους του (γονείς, αδέρφια, συγγενείς, καθηγητές, κ.ά.) και 2) προς τους συνομήλικούς του. Όπως είναι φυσικό, η στενή του συντροφιά τον ενδιαφέρει, από συναισθηματική άποψη, πολύ περισσότερο. (Ανδρέα Μιχαηλίδη – Νουάρου, 1987)

Η δημιουργία των εσωτερικών προβλημάτων του εφήβου αλλά και η μορφή με την οποία εκδηλώνονται, καθορίζονται από τον κοινωνικό παράγοντα με δυο βασικούς τρόπους: τόσο από την κοινωνία, στην ευρύτερη έννοια της, στους κόλπους της οποίας ζουν, αναπτύσσονται και δρουν οι νέοι, όσο και από την κοινωνία των παιδικών τους χρόνων, δηλαδή τον οικογενειακό τους περίγυρο.

Πλάι στα προσωπικά προβλήματα που απασχολούν συνήθως τον έφηβο, υπάρχουν και εκείνα που απορρέουν από τις ιδιαίτερες απαιτήσεις που έχει η κοινωνία από αυτόν. Η στάση της κοινωνίας δεν ενθαρρύνει τους εφήβους να συμμετέχουν στις κοινωνικές εξελίξεις και γι' αυτόν τον λόγο οι έφηβοι αντιμετωπίζουν με δυσπιστία τους σκοπούς των ενηλίκων ή τους απορρίπτουν. Οι κοινωνικές και πολιτικές φιλοδοξίες της εποχής δε φαίνεται να παρουσιάζουν ιδέες κατάλληλες και ελκυστικές για να ικανοποιήσουν τις συναισθηματικές και πνευματικές τους ανάγκες. (ό.π.)

3.2.1. Δυσκολίες και προβλήματα των εφήβων σήμερα

Φοβίες και άγχος: Ένα μικρό ποσοστό φόβου μπορεί να βοηθήσει ένα νεαρό άτομο να προετοιμαστεί για να αντιμετωπίσει καταστάσεις δοκιμασίας (εξετάσεις, αθλητικούς αγώνες), οι οποίες απαιτούν υψηλή απόδοση. Πέρα, όμως, από ένα ορισμένο επίπεδο έντασης, ο φόβος μπορεί να παραλύσει κάποιον. Υπάρχουν διάφοροι τύποι φοβίας. Για παράδειγμα, μερικοί έφηβοι έχουν ένα μόνιμο φόβο και μια επίμονη επιθυμία να αποφεύγουν μια κατάσταση. Στην περίπτωση της αγοραφοβίας, ο νεαρός έχει ένα μόνιμο φόβο να μείνει μόνος ή αποφεύγει να παραμείνει σε δημόσιους χώρους, από τους οποίους η διαφυγή ίσως είναι δύσκολη ή δε μπορεί να περιμένει βοήθεια όταν ξαφνικά νιώσει άσχημα. Αυτός που υποφέρει, γνωρίζει ότι οι φόβοι του είναι παράλογοι. Αυτός ο πανικός δε μπορεί να ελεγχθεί συνειδητά. Μια φοβία δε μπορεί να ξεπεραστεί από τον έφηβο με λογικές επεξηγήσεις, όπως πιστεύουν και επιμένουν οι γονείς. (Κουρκούτας, 2001)

Τα φοβικά άτομα παρουσιάζουν μια ποικιλία από ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις κατά την έκθεσή τους στο αντικείμενο ή την κατάσταση του φόβου – ταχυκαρδία, αυξημένη εφίδρωση, αυξημένη ταχύτητα αναπνοής και αισθήματα δυσφορίας στο πεπτικό

σύστημα. Μια φοβία έχει τέσσερις διαστάσεις: τη ψυχολογική, τη ψυχοφυσιολογική, της συμπεριφοράς και την κοινωνική. (ό.π.)

Το άγχος αποτελεί τη ψυχολογική διάσταση των φοβιών. Ο όρος «αγχωτικό σύνδρομο» χρησιμοποιείται συχνά για περιγράψει οποιαδήποτε κατάσταση συναισθηματικής φόρτισης. Τα άτομα έχουν διαφορές στις αντιδράσεις τους σε «δύσκολες» καταστάσεις. Το άγχος προκαλεί υπερένταση και εκνευρισμό και αρκετές φορές αποδιοργάνωση. Οι μεταβολές στη συμπεριφορά, οι οποίες επηρεάζονται από το άγχος, συνοδεύονται επίσης από μεταβολές στο σώμα. Τα έφηβοι διαμαρτύρονται συχνά για πόνους που δε φαίνεται πάντα να έχουν βιολογική προέλευση. Αυτές είναι οι λεγόμενες ψυχοσωματικές διαταραχές. (Κουρκούτας, 2001)

Κατάθλιψη: Καθώς οι νέες ευθύνες της επικείμενης ενηλικίωσης και οι δυσκολίες της σεξουαλικής προσαρμογής γίνονται ολοφάνερες, τα συνηθισμένα συναισθήματα της δυστυχίας και της εσωτερικής αναστάτωσης εξελίσσονται για μερικούς εφήβους σε πιο σοβαρές καταθλιπτικές διαθέσεις, όπως είναι μια αίσθηση ανικανότητας και αδυναμίας απέναντι σε γεγονότα που είναι έξω ή πέρα από τον έλεγχό τους. (Κουρκούτας, 2001)

Η ηπιότερη μορφή κατάθλιψης μπορεί να φανεί ως μια έλλειψη ψυχικής ενέργειας και ευεξίας. Στις πιο σοβαρές εκδηλώσεις οι έφηβοι τείνουν να είναι ευέξαπτοι και κακοδιάθετοι, κοιμούνται λίγο, χάνουν την όρεξή τους, είναι διαρκώς κατηφείς και χωρίς ζωντάνια. Νιώθουν αβοήθητοι, θλιμμένοι, άχρηστοι και μερικές φορές βρίσκουν αδύνατο να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής. Αδυνατούν να συγκεντρωθούν και να είναι δημιουργικοί στη σχολική διαδικασία. Παρατηρείται μια συνεχής αναζήτηση για διασκεδάσεις και νέες δραστηριότητες. Πολλές φορές, απορρίπτουν ή αγνοούν τους ήδη υπάρχοντες φίλους. (Κουρκούτας, 2001)

Η κατάθλιψη είναι ένα συνοδευτικό φαινόμενο τάσεων αυτοκτονίας, η οποία συνδέεται συνήθως με συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς καθώς και αντίστοιχη σωματική και κοινωνική πίεση. Ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξάνει αρκετά συχνά κατά τη διάρκεια της εφηβείας. (Κουρκούτας, 2001)

Η κατάθλιψη στην εφηβεία προκαλείται κυρίως από την αδυναμία των εφήβων να επιβληθούν στην πραγματικότητα γύρω τους και να ελέγξουν το μέλλον τους, να ελέγξουν το σώμα τους και τις ορμές τους, να ελέγξουν και να επιβληθούν στο άλλο φύλο, να ανταποκριθούν στις επιθυμίες και τις φιλοδοξίες των γονιών τους, να ανταποκριθούν στις αλλαγές του σώματος, να ξεπεράσουν το σοκ της εγκατάλειψης της παιδικής ηλικίας, των γονέων ως προστατευτικής

ασπίδας και της συναισθηματικής απομάκρυνσης από αυτούς και τέλος, αποτελεί αντίδραση στην απώλεια ενός προσφιούς προσώπου ή ενός τραυματικού γεγονότος. (Κουρκούτας, 2001)

Αυτοκτονικές συμπεριφορές: Οι αυτοκτονικές συμπεριφορές έχουν εξελιχθεί σε ένα τεράστιο πρόβλημα, δεδομένου ότι στην εφηβεία είναι 20 φορές πιο συχνές απ' ό,τι σε άλλες περιόδους. Οι αιτίες που οδηγούν στις αυτοκτονικές συμπεριφορές σχετίζονται με έντονες διαταραχές του συναισθήματος ή με έντονες καταθλιπτικές τάσεις. (Κουρκούτας, 2001)

Διαταραχές διατροφής: Οι διαταραχές της διατροφής είναι πολύ συνηθισμένες στην εφηβεία. Σε αυτές συγκαταλέγονται από ήπιες μορφές ανορεξίας και βουλιμίας μέχρι και πιο σοβαρές μορφές ψυχογενούς ανορεξίας. (Κουρκούτας, 2001)

Η ψυχογενής ανορεξία ξεκινά συνήθως στην εφηβεία και αποτελεί κυρίως χαρακτηριστικό των γυναικών. Αρχίζει συνήθως να εκδηλώνεται με επιθυμία αδυνατίσματος, αλλά στην πορεία λαμβάνει τρομακτικές διαστάσεις. Πριν την έναρξη της δίαιτας αυτά τα άτομα παρουσιάζουν διατροφικές ανησυχίες και ιδιοτροπίες. Πολύ γρήγορα ακολουθεί η θεαματική απώλεια βάρους. (Κουρκούτας, 2001)

Εξάρτηση: Σήμερα παρατηρείται μία μείωση της ηλικίας έναρξης της ήβης και εισόδου στην εφηβεία, γεγονός που οφείλεται, πέραν των άλλων, και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης. Από την άλλη πλευρά, όμως καταγράφεται μία αύξηση της ηλικίας απόκτησης οικονομικής ανεξαρτησίας. Το γεγονός αυτό δημιουργεί μία παρατεταμένη εξάρτηση των νέων από τους γονείς, εξάρτηση η οποία εκφράζεται με την πρόκληση συγκρούσεων ανάμεσα στους νέους και τους γονείς τους. Οι συγκρούσεις αυτές είναι αποτέλεσμα της έντονης ανάγκης των νέων για ανεξαρτητοποίηση και αυτονομία, ανάγκης που δεν τυγχάνει ικανοποίησης. Έτσι, η μη ικανοποίηση αυτής της ανάγκης και η αρνητική βίωση της παρατεταμένης εξάρτησης, δημιουργεί εσωτερική ένταση και αγωνία και στη συνέχεια εκφράζεται με τις συγκρούσεις, οι οποίες για τους γονείς είναι αδικαιολόγητες. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Χρήση ουσιών: Η χρήση ναρκωτικών ουσιών αποτελεί ένα κοινωνικό, οικογενειακό και προσωπικό πρόβλημα. Στην εφηβεία η εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες αποτελεί, από τη μία πλευρά, έκφραση της αποτυχίας συγκρότησης της ταυτότητας και από την άλλη, μια απελπισμένη και διαστρεβλωμένη προσπάθεια να αποκτηθεί μια ταυτότητα. Η χρήση ναρκωτικών ουσιών προσλαμβάνει διάφορες μορφές και χαρακτηρίζεται από διάφορους βαθμούς εξάρτησης: (Κουρκούτας, 2001)

- Η πειραματική χρήση, η οποία συνήθως ξεκινά χωρίς σκοπό και ανταποκρίνεται στις ανησυχίες και τις αναζητήσεις της πιο «προβληματικής» ή ανήσυχης μερίδας της νεολαίας (ανάγκη για δοκιμή και δίψα για το άγνωστο).

- Η χρήση αλκοόλ και ήπιων εξαρτησιογόνων ουσιών, η οποία σε πρώτο επίπεδο λειτουργεί χαλαρωτικά και κατευναστικά για τα άγχη του ατόμου.

- Η χρήση ουσιών, η οποία σε δεύτερο επίπεδο λειτουργεί ως υποστηρικτικός ή «κοινωνικοποιητικός μηχανισμός». Η επίδραση της χρήσης ουσιών είναι για τον έφηβο μια πρωτόγνωρη εμπειρία πληρότητας σώματος και ψυχοδιαφορητικών λειτουργιών, την οποία δε γνώριζε μέχρι εκείνη τη στιγμή.

Χρήση αλκοόλ: Συχνά, με την ήπια χρήση αλκοόλ ο έφηβος επιδιώκει να ανακτήσει τη χαμένη του αυτοπεποίθηση ή να εξαλείψει τα άγχη απόρριψης και τις αναστολές που τον διακατέχουν όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με την ομάδα. Η ήπια χρήση αλκοόλ αποτελεί ένα αρκετά διαδεδομένο φαινόμενο στην εφηβική «κουλτούρα». Ήταν μάλλον κάτι συνηθισμένο σε όλες τις εποχές, πολύ δε περισσότερο σήμερα, αφού υποτίθεται ότι συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση του εφήβου και στο αίσθημα ενηλικίωσής του. (Κουρκούτας, 2001)

Κλοπές και κλεπτομανία: Ο όρος «κλεπτομανία» αποδίδεται σε άτομα που αισθάνονται μια ακαταμάχητη εσωτερική έλξη για κλοπή (συχνά ασήμαντων) αντικειμένων, τα οποία θα μπορούσαν κάλλιστα να αγοράσουν. Όταν το άτομο νιώθει αυτή την εσωτερική τάση, στην οποία δε μπορεί να αντισταθεί, θεωρείται ότι βρίσκεται σε μια «νευρωτική ψυχαναγκαστική» κατάσταση, η οποία έχει τις ρίζες της στην παιδική ηλικία. (Κουρκούτας, 2001)

Ο έφηβος που κλέβει συστηματικά έχει περάσει σε ένα άλλο επίπεδο ψυχικής κατάστασης. Εκεί το συναίσθημα ότι οι άλλοι του οφείλουν και ότι ο ίδιος δεν έχει καμία ευθύνη, ηθική ή οικονομική, έχει γενικευθεί και επεκταθεί επικίνδυνα και στην κοινωνική ζωή. Εάν η κλοπή συνδυάζεται με άλλες παραβατικές ενέργειες (χρήση ναρκωτικών ή όπλων, επιθετικές πράξεις, βανδαλισμούς, κ.τ.λ.), τότε εισερχόμαστε στη σφαίρα της αντικοινωνικότητας η οποία γεννιέται σε καταστάσεις έντονης κοινωνικής και οικονομικής ανέχειας αλλά και ψυχικών και συναισθηματικών αποστερήσεων. (ό.π.)

Στις πιο ήπιες μορφές τους οι κλοπές έχουν ποικίλο ψυχικό συμβολισμό. Μπορεί να εκφράζουν τη γενικευμένη οργή ή το μίσος του εφήβου για τους στερητικούς και απορριπτικούς γονείς του (όπως τους βιώνει ο ίδιος) ή μπορεί απλώς να συμβολίζουν την ανικανότητά

του να ωριμάσει, τη μη συνειδητοποίηση του τι σημαίνει αυτή η πράξη κοινωνικά και ποινικά, όπως και την άγνοια των κινδύνων στους οποίους θέτει τον εαυτό του. Ενδέχεται επίσης να εκφράζουν τη δίψα για περιπέτεια, μια ανάγκη επιβεβαίωσης, αλλά και διάκρισης από τους υπολοίπους μέσα από την «επικινδυνότητα» της πράξης. (Κουρκούτας, 2001)

Αποπροσωποίηση: Αποτελεί κοινή διαπίστωση ότι η κοινωνία μας σήμερα χαρακτηρίζεται, αλλά και είναι καταναλωτική. Έτσι, με πολύ μεγάλη ευκολία, μας παρέχει πολλά πράγματα, σχεδόν τα πάντα. Οτιδήποτε, κατακτάται πολύ εύκολα, χωρίς ιδιαίτερο κόπο. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Από την άλλη πλευρά, όμως, οτιδήποτε αποκτήσει κανείς, δεν έχει αξία παρά μόνο στο βαθμό, που είναι αποτέλεσμα προσπάθειας κατάκτησης. Γι' αυτό ό,τι παρέχεται με μεγάλη ευκολία, έχει σαν αποτέλεσμα την έλλειψη ενδιαφέροντος και τη δημιουργία ανίας. Έτσι, οι σημερινοί έφηβοι δεν έχουν τη δυνατότητα να πάρουν ικανοποιήσεις από οτιδήποτε αποκτήσουν, εφ' όσον αυτό, παρέχεται αφειδώς, χωρίς καταβολή καμίας προσπάθειας. (ό.π.)

Προβλήματα έντασης: Οι σημερινοί έφηβοι ζουν περισσότερες εντάσεις, που σχετίζονται με:

- Την πρόωρη σεξουαλική ωρίμανση και την παροχή ευκαιριών για ικανοποίηση, σε συνδυασμό με τη διαρκώς αναβαλλόμενη κατάκτηση της ωριμότητας και της αυτονομίας. Διαπιστώνεται ότι, παρά την ολοένα και περισσότερο πρόωρη βιολογική ωρίμανση, δε δίνεται η δυνατότητα στο σημερινό έφηβο να ωριμάσει συναισθηματικά και να αυτονομηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό.

- Τις επαγγελματικές επιλογές του και την επαγγελματική του αποκατάσταση, σε συνδυασμό με τις υπάρχουσες, σήμερα, δυσοίωνες προοπτικές ευρέσεως εργασίας και οικονομικής ανεξαρτησίας.

- Τις πιέσεις για καλές σχολικές επιδόσεις, χωρίς να λαμβάνονται υπ' όψιν οι δυνατότητες του κάθε εφήβου.

- Τις πολύ μεγάλες προσδοκίες των γονιών, για άριστες επιδόσεις των παιδιών τους, χωρίς να λαμβάνουν υπ' όψιν τις δυνατότητες, αλλά και τις ανάγκες των εφήβων.

Όλα αυτά δημιουργούν στον έφηβο μεγάλη εσωτερική ένταση, άγχος, ανασφάλεια και αγωνία, τα οποία επιδρούν αρνητικά στον ψυχισμό του, μάλιστα σε μία περίοδο της ζωής του, κατά την οποία το έδαφος είναι ιδιαίτερα πρόσφορο για δημιουργία εντάσεων, λόγω των γενικότερων ψυχοβιολογικών αλλαγών, που συνεπάγεται η ίδια η εφηβεία. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Προβλήματα γονεϊκών εικόνων: Οι έφηβοι έχουν ανάγκη θετικών γονεϊκών εικόνων. Στην αντίθετη περίπτωση, κατά την οποία οι γονεϊκές εικόνες είναι αρνητικές, δηλαδή οι γονείς δεν είναι σθεναροί, δεν επιβιώνουν, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν εμπιστεύονται τις θέσεις τους και έχουν διαταραγμένη συναισθηματική σχέση μεταξύ τους, τότε οι επιπτώσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές και οδηγούν τους εφήβους, είτε σε αντικοινωνικές συμπεριφορές, είτε σε κατάθλιψη. Οι έφηβοι αυτής της κατηγορίας είναι οι έφηβοι «υψηλού κινδύνου», οι οποίοι είναι πολύ ευάλωτοι και επιρρεπείς. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Οικογενειακά προβλήματα: Τα οικογενειακά προβλήματα (διαζύγιο, απώλεια προσφιλούς προσώπου και υπερβολικές συγκρούσεις) κατά τη διάρκεια της εφηβείας διαταράσσουν τη ψυχοδιανοητική ανάπτυξη του παιδιού. Υπάρχει το ενδεχόμενο ο έφηβος να έχει διανύσει ομαλά την περίοδο της παιδικής ηλικίας και κατά τη διάρκεια της εφηβείας να συμβαίνουν κάποια απρόοπτα γεγονότα (θάνατος, διαζύγιο και γενικά ρήξη στη σχέση των γονέων), τα οποία βραχυκυκλώνουν το αναπτυξιακό του δυναμικό, με αποτέλεσμα να εμφανίζει μειωμένη σχολική επίδοση, συμπτώματα άγχους και φοβίες, ανασφάλειες, ψυχοσωματικά συμπτώματα, περιόδους κατάθλιψης, απομόνωση, απόσυρση από την κοινωνική ζωή κ.τ.λ.

Οι παθολογικές αντιδράσεις και τα ψυχιατρικά προβλήματα των γονέων (κακοποίηση, χειροδικίες, παθολογικός απομονωτισμός, κατάθλιψη, αλκοολισμός, παραμέληση, εγκατάλειψη κ.τ.λ.) προκαλούν άμεσα προβλήματα και διαταραχές κατά την παιδική ηλικία και υποσκάπτουν μακροπρόθεσμα τα «θεμέλια» του ατόμου, με αποτέλεσμα τη διαμόρφωση παθολογικής προσωπικότητας, στην εφηβεία ή στην ενήλικη ζωή. (Κουρκούτας, 2001)

Φυγή από την οικογένεια: Η φυγή από το σπίτι ήταν και παραμένει ένα σημαντικό πρόβλημα στις οικογένειες. Η χρονική διάρκεια μπορεί να κυμαίνεται από λίγες μέρες, κάποιες βδομάδες μέχρι και μήνες ή χρόνια. Μπορεί να είναι καλά προετοιμασμένη ή απροετοίμαστη, ατομική ή ομαδική, να συνοδεύεται από παραβατικές πράξεις ή όχι, ή μπορεί να είναι και απολύτως φυσιολογική, να είναι δηλαδή μια απελπισμένη διέξοδος του εφήβου από μια ταραγμένη ή προβληματική οικογένεια.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η φυγή μπορεί επίσης να αντιπροσωπεύει την ανάγκη του εφήβου να ανακαλύψει τον κόσμο, την επιθυμία του να ελέγξει και να κυριαρχήσει στη ζωή του πέρα από τη γονεϊκή επιβολή, τη δίψα του για περιπέτεια και νέες εμπειρίες.

Άλλοτε η φυγή μπορεί να αποτελεί μια πράξη απελπισίας, στην κορύφωση μιας μακράς περιόδου συγκρούσεων με τους γονείς, κατά την διάρκεια της οποίας δε βρίσκεται μια κοινή οδός ή μια συμβατική λύση, με τους γονείς συνήθως να δοκιμάζουν τα πάντα (από υπερβολική καλοσύνη, μέχρι τον εκβιασμό και την επιθετικότητα).

Πάντως ένας έφηβος που νιώθει ασφαλής και προστατευμένος στο οικογενειακό περιβάλλον δε θα νιώσει ποτέ την ανάγκη να προκαλέσει τέτοιου είδους πόνο στους γονείς. Σε περίπτωση εκβιασμού ή συναισθηματικής απειλής, η φυγή διαρκεί λίγες μόνο μέρες, καθώς ο έφηβος θέλει απλά να τρομάξει τους γονείς. Βεβαίως, υπάρχει το ενδεχόμενο, μετά από μια τέτοια παρορμητική πράξη, ο νέος να φοβάται να γυρίσει στην οικογένεια εξ' αιτίας της παρουσίας σε αυτήν μιας τιμωρητικής γονεϊκής φιγούρας. Τέτοιου είδους καταστάσεις είναι συνηθισμένες και αποτελούν το τελευταίο μέσο πίεσης ενός εφήβου που βιώνει είτε το περιβάλλον του συνολικά, είτε έναν από τους δύο γονείς ως υπερβολικά αυταρχικό, καταπιεστικό, ψυχρό ή και απορριπτικό. (Κουρκούτας, 2001)

Προβλήματα ουδετεροποίησης: Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα των σημερινών εφήβων, που αφορά τις οικογενειακές σχέσεις, είναι αυτό της λεγόμενης «ουδετεροποίησης» των σχέσεων, η οποία είναι αποτέλεσμα:

- Της έλλειψης επικοινωνίας: Σήμερα, διαπιστώνουμε όλο και περισσότερο την έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας. Έτσι, συγκατοικούμε, μιλάμε, αλλά δεν συμβιώνουμε (η συμβίωση προϋποθέτει την ύπαρξη ανταλλαγών, επικοινωνίας και μοιράσματος), δεν καταλαβαίνομαστε. (Φ. Ντόλτο, Κ. Ντόλτο – Τόλιτς, 1995). Εκείνο, που είναι ίσως το σημαντικότερο είναι, ότι δεν υπάρχει πλέον η επιθυμία της επικοινωνίας. Αυτή την παθητική ουδετερότητα τη θεωρούμε σήμερα σα μία πολύ σοβαρότερη ένδειξη δυσλειτουργίας, απ' ότι οι βίαιες συγκρούσεις μεταξύ των γενεών. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

- Της μοναξιάς: Φαίνεται ότι, πέραν των άλλων, οι έφηβοι βιώνουν πολλή μοναξιά μέσα στην οικογένεια. Αυτό είναι αποτέλεσμα, κυρίως, της εργασίας των γονέων και της έλλειψης ελεύθερου χρόνου, της διαθεσιμότητάς τους, των όλων σχέσεών τους με τα παιδιά τους, όπως αυτές διαμορφώνονται κάτω από τις πιέσεις της εργασίας τους, αλλά και των επιπτώσεων όλων αυτών στον ψυχισμό τους. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Σήμερα, καταγράφεται ένας ολοένα και περισσότερο αυξανόμενος αριθμός παιδιών, που έχουν γονείς οι οποίοι εργάζονται και οι δύο εκτός σπιτιού και που, όταν επιστρέφουν από το σχολείο,

βρίσκουν ένα άδειο σπίτι και ένα γεμάτο ψυγείο. (Φ. Ντόλτο, Κ. Ντόλτο – Τόλιτς, 1995)

Σ' αυτή τη μοναξιά τους και την έλλειψη επικοινωνίας οι έφηβοι, λειτουργώντας αντισταθμιστικά, βρίσκουν διέξοδο στην τηλεόραση. Όταν οι γονείς ξαναεμφανίζονται, συνήθως, δεν υπάρχει ανταλλαγή λόγων. Τα παιδιά τους δεν είναι έτοιμα να συζητήσουν. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Από την άλλη πλευρά, εκτός από την καταφυγή στην τηλεόραση και τη βίωση μοναξιάς από τους εφήβους, σε μία καθοριστική περίοδο της ανάπτυξής τους, αυτή η μοναξιά φαίνεται ότι δε διακόπτεται ακόμη και με την έξοδό τους από το σπίτι και τη συνάντησή τους με συνομηλίκους τους. Ακόμη και μεταξύ τους δεν επικοινωνούν σε ικανοποιητικό βαθμό και περισσότερο παρευρίσκονται σε ένα χώρο, όπου επιδίδονται σε διάφορες δραστηριότητες, όπως π.χ. στο χορό. Για το λόγο αυτό, καλό είναι να δημιουργηθούν συνθήκες και προϋποθέσεις, τόσο στο σχολικό, όσο και στον κοινωνικό χώρο, για ενασχόληση των εφήβων με δραστηριότητες ομαδικές, οι οποίες διευκολύνουν την ανταλλαγή, τη συνεργασία, την επικοινωνία. (Φ. Ντόλτο, Κ. Ντόλτο – Τόλιτς, 1995)

- Της δυσκολίας αυτορρύθμισης: Φαίνεται ότι στους σημερινούς εφήβους υπάρχει μία επιπρόσθετη δυσκολία, που είναι αυτή της δυνατότητας αυτορρύθμισης. Στο πέρασμα της ανάπτυξής τους, από τον κόσμο των ανηλίκων στον κόσμο των ενηλίκων, τους λείπει η ασφάλεια μιας κοινωνικής αγωγής του πολίτη, γεγονός που τους δημιουργεί ένα σοβαρό μειονέκτημα. Οι γονείς, που σήμερα ζουν όλο και περισσότερο έξω από το σπίτι, βλέποντας ότι τα παιδιά τους αναλαμβάνουν κάποιες δραστηριότητες μέσα σ' ένα σπίτι, έχουν την τάση να λένε: «Αφήστε τα να αναπτύσσονται μόνα τους, δεν έχουν ανάγκη από εμάς». Με τον τρόπο αυτό απέχουν οι ίδιοι από το να παρεμβαίνουν σε γλωσσο – επικοινωνιακό επίπεδο, προκειμένου να συζητήσουν, να συμβουλέψουν τα παιδιά τους και να ανταλλάξουν απόψεις, όσον αφορά διάφορες εφικτές συμπεριφορές της κοινωνίας, όπως αυτή είναι και λειτουργεί. Έτσι, οι σημερινοί έφηβοι διακρίνονται από έλλειψη κανόνων αυτορρύθμισης και αυτοκυριαρχίας. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Προβλήματα κοινωνικο – οικονομικο – φιλοσοφικο – πολιτισμικού πλαισίου αναφοράς: Σήμερα, λόγω της μη ύπαρξης αποδεκτών αξιών, αλλά και της έλλειψης αξιών, κυρίως ανθρωπιστικών, καταγράφεται μία αμηχανία και αδιαφορία, γεγονός που απηχείτε στη δυσκολία των σημερινών εφήβων να διαμορφώσουν ένα πλαίσιο αξιών, το οποίο θα είναι το πλαίσιο αναφοράς τους και θα

τους διευκολύνει στον προσανατολισμό τους, αλλά και στην εσωτερική τους ισορροπία. Επειδή, όμως, εδώ υπάρχει μεγάλη δυσκολία, οι έφηβοι νιώθουν αμήχανοι, βιώνουν αγωνία και οδηγούνται στην αδιαφορία. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Προβλήματα ελεύθερου χρόνου και διεξόδων: Ο έφηβος έχει μεγάλη ανάγκη ύπαρξης διεξόδων, οι οποίες θα τον βοηθήσουν να εκτονωθεί σωματικά και ψυχικά. Αυτό, βέβαια, προϋποθέτει την ύπαρξη ελεύθερου χρόνου, τον οποίο θα μπορεί να αφιερώνει σε δραστηριότητες, όπως είναι οι διάφορες αθλητικές δραστηριότητες, ομαδικές και ατομικές, οι διάφορες δημιουργικές δραστηριότητες και τα διάφορα χόμπι. Επίσης, η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου μπορεί να διατεθεί για χαλάρωση, ονειροπόληση και προβληματισμό. (ό.π.)

Σήμερα οι έφηβοι είναι ιδιαίτερα πιεσμένοι και δε διαθέτουν ελεύθερο χρόνο, αφού το καθημερινό τους πρόγραμμα καλύπτεται από ένα εξαντλητικό ωράριο. Από τη μία μεριά πιέζουν οι γονείς με τις πολλές απαιτήσεις τους, από την άλλη πιέζει το σχολείο με το εκπαιδευτικό του σύστημα. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Προβλήματα αυτονομίας: Η παρατεταμένη περίοδος που μεσολαβεί από την έναρξη της εφηβείας μέχρι την απόκτηση της οικονομικής ανεξαρτησίας συνιστά μία μεγάλη περίοδο εξάρτησης των εφήβων και των νέων από τους γονείς. Για το λόγο αυτό οι νέοι καταλήγουν σε συγκρούσεις με τους γονείς, επειδή υποχρεώνονται να παρατείνουν τη διαμονή τους στο σπίτι. (ό.π.)

Προβλήματα αρνητικών συμπεριφορών και συναισθηματικών βιώσεων, που σχετίζονται με τα οικονομικά δεδομένα της οικογένειας: Από τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών προκύπτει ότι οι οικονομικές πιέσεις, η ανεργία των γονιών και γενικότερα οι οικονομικές ελλείψεις, έχουν αρνητικά αποτελέσματα, όσον αφορά την αυτοεκτίμηση των εφήβων, το επίπεδο δραστηριοποίησης τους και τις μελλοντικές τους προοπτικές. (ό.π.)

Οι επιπτώσεις είναι αρνητικές, όταν οι γονείς βιώνουν πολύ άσχημα την οικονομική τους κατάσταση και τις γενικότερες οικονομικές τους πιέσεις. Αυτό, αφ' ενός περνάει μέσα από τη σχέση των γονιών με τα παιδιά τους και αφ' ετέρου εκφράζεται μέσα από τις συμπεριφορές τους και τις στάσεις τους, όσον αφορά τα παιδιά τους, όπως είναι η έλλειψη πειθαρχίας και ελέγχου των παιδιών τους, η απόρριψη και η αδιαφορία, αλλά και η εχθρότητα προς αυτά. Επίσης, παρόμοιες στάσεις και συμπεριφορές υπάρχουν και μεταξύ των δύο συζύγων. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Τα προβλήματα των παιδιών των πόλεων: Είναι γεγονός ότι τα παιδιά που ζουν σε μεγάλες πόλεις, κυρίως σε σύγχρονες

μεγαλουπόλεις, έρχονται αντιμέτωπα με δύο ειδών προβλήματα: το πρόβλημα της γεωγραφικής απόστασης, που υπάρχει μεταξύ γονέων, συγγενικών και φιλικών προσώπων και το οποίο δε διευκολύνει τη μεταξύ τους επικοινωνία και το πρόβλημα της ψυχολογικής απόστασης, κυρίως μεταξύ συνομηλίκων.

Είναι γνωστό ότι οι μεγαλουπόλεις αποτελούν κυρίως μία συγκόλληση πολιτισμών. Η παράδοση δε μπορεί να διατηρηθεί με τον ίδιο τρόπο και γι' αυτό δεν αποτελεί πλέον ένα στήριγμα, ένα σημείο αναφοράς, που να καθοδηγεί τις καθημερινές δραστηριότητες. Έτσι, υπάρχει μία αντιφατικά κατάσταση: Οι συνομηλικοί του δε ζουν όπως αυτός, έχουν άλλες συνήθειες και άλλες αρχές. Έτσι, το άτομο έχει μπροστά του αντιφατικά πρότυπα και βρίσκεται στη θέση να απορρίπτει τον ένα χώρο και να αποδέχεται τον άλλο.

Επίσης, η ψυχολογική απόσταση διευρύνεται, καθώς οι σύγχρονες πόλεις δομήθηκαν σύμφωνα με τον κάθετο τρόπο, δηλαδή με πολυκατοικίες. Αυτό το κλείσιμο στις πολυκατοικίες, πέραν των άλλων, συμβάλλει στη δημιουργία φοβίας και ανασφάλειας των ενηλίκων, οι οποίοι με τη σειρά τους τα μεταδίδουν και στα παιδιά τους. Αυτό συνεπάγεται ένα μεγάλο περιορισμό των δυνατοτήτων των εφήβων για επικοινωνία, στον οποίο συνηγορεί και η έλλειψη ελεύθερων χώρων. Οι χώροι αυτοί, τόσο γύρω από την πολυκατοικία, όσο και οι προαύλιοι χώροι, περιορίζονται ολοένα και περισσότερο. Επίσης, τα στάδια, τα γήπεδα άθλησης και γενικότερα οι ελεύθεροι χώροι, είναι ελάχιστοι, αλλά και οι υπάρχοντες βρίσκονται πολύ μακριά τους. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Σχολικά προβλήματα: Τέτοιου είδους προβλήματα μπορεί να οφείλονται στα ακόλουθα:

α. Στη στάση των καθηγητών. Ένας υπερβολικά αυταρχικός ή αυστηρός καθηγητής ενδέχεται να προκαλεί φόβο σε ένα υπερευαίσθητο ή σχολικά αδύναμο παιδί. Άλλοτε πάλι μια σύγκρουση που ξεκινά χωρίς σοβαρό λόγο με έναν καθηγητή, ο οποίος αποδεικνύεται ισχυρογνώμων και εκδικητικός, μπορεί να προξενήσει αναστάτωση σε έναν ευαίσθητο μαθητή. (Κουρκούτας, 2001)

β. Στη στάση των συμμαθητών. Πολλές φορές, ορισμένες αδυναμίες (π.χ. θηλυπρεπή στοιχεία συμπεριφοράς) του εφήβου επισύρουν τη σκληρή κριτική, την απόρριψη και το στιγματισμό από τους συμμαθητές, με αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωσή του και τη συνακόλουθη δημιουργία αισθημάτων κατάθλιψης, σύγχυσης ή απώλειας του εαυτού. (Κουρκούτας, 2001)

γ. Στη σχολική πραγματικότητα γενικά. Αυτή η κατάσταση συνήθως αφορά τα παιδιά των πρώτων τάξεων του γυμνασίου (της

πρώτης εφηβείας ή της προεφηβείας), τα οποία δεν έχουν ακόμη αναπτύξει ιδιαίτερες ικανότητες προσαρμογής και τη νέα σχολική πραγματικότητα (άγνωστα ή μεγαλύτερα παιδιά, πολλοί καθηγητές, μη αποκλειστικές σχέσεις με τους καθηγητές) τους προκαλεί άγχος. (Κουρκούτας, 2001)

3.3. Υποστηρικτικά στοιχεία

3.3.1. Ο ρόλος των γονέων στην εξέλιξη του εφήβου

Η οικογένεια είναι πάντα η πρώτη ομάδα της οποίας το παιδί γίνεται μέλος και επηρεάζει την ανάπτυξη της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς. Το οικογενειακό περιβάλλον ασκεί επίδραση όσο κανείς άλλος παράγοντας και αυτό, γιατί ο χρόνος που βρίσκεται το παιδί μέσα στην οικογένεια είναι πολύ μεγάλος. Μέσα σ' αυτό το σύστημα, δημιουργεί τις πρώτες του διαπροσωπικές σχέσεις και επηρεάζεται πολύ από αυτές. Η ιδιοσυγκρασία των γονέων, η μόρφωσή τους, ο χρόνος που διαθέτουν για τα παιδιά τους, η οικονομική τους κατάσταση, οι ηθικές αρχές τους και πολλά άλλα, επηρεάζουν την ανάπτυξη του παιδιού και τη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. (Ηλιόπουλος, 1998).

Οι τεχνικές ανατροφής του παιδιού έχουν ερευνηθεί και τα συμπεράσματα δείχνουν πως οι μέθοδοι ανατροφής είναι υπεύθυνες για τις ανθρώπινες διαφορές που δεν οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες. (Αρχείο 18ΑΝΩ)

Δεν υπάρχουν ιδανικοί γονείς ούτε πρότυπα γονέων, οι γονείς πρέπει να είναι ο εαυτός τους, αποφεύγοντας τις υπερβολές. Ο γονέας διαμορφώνεται μέσα από την καθημερινή σχέση και τη δυναμική αλληλεπίδραση με την αναπτυσσόμενη προσωπικότητα του παιδιού. Είναι απαραίτητο να ισορροπεί ανάμεσα στην επιθυμία του να λέει ναι και στην υποχρέωση του να αρνείται. Όταν είναι ανίκανος να πει όχι, δεν εξασφαλίζει στο παιδί του ευτυχία αλλά «παντοδυναμία». Δεν του μαθαίνει να αντέχει τις στερήσεις της πραγματικότητας, διότι, όσο και να το επιθυμεί, δε μπορεί και δε θα είναι ικανός να το προστατεύει διαρκώς και να του εξασφαλίζει την επιτυχία στο κάθε τι. (Κουρκούτας, 2001)

Το παιδί πρέπει να μάθει να αντέχει τη στέρηση, την αποτυχία και τον πόνο. Η αποτυχία λειτουργεί αποπροσανατολιστικά και τραυματικά για παιδιά και εφήβους μόνο όταν δεν είναι έτοιμα και γενικά δεν είχαν εμπειρίες αποτυχίας στο παρελθόν. Από την άλλη, ο γονέας δεν πρέπει να είναι υπερβολικά ματαιωτικός ή κατασταλτικός. Όταν έχει την τάση να αρνείται ή να στερεί μονίμως κάθε ευχαρίστηση ή προσωπική πρωτοβουλία από τον έφηβο, τότε και ο

τελευταίος θα καταλήξει να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως μηδαμινό και ανάξιο αγάπης και τον γονέα «παντοδύναμο». Έτσι το παιδί και στη μικρή ηλικία και στην εφηβεία του θα είναι πλήρως εξαρτημένο από τις διαθέσεις του γονέα. Και όταν αυτός είναι συναισθηματικά ασταθής, ασυνεπής ή ευμετάβλητος, το παιδί θα νιώθει ανασφάλεια και σύγχυση για τα αισθήματα του γονέα. (ό.π.)

Ο γονέας πρέπει να ισορροπεί ανάμεσα στις δικές του ανάγκες και στις ανάγκες του παιδιού, ανάμεσα στον υπέρμετρο συναισθηματισμό και στη λογική της πραγματικότητας. (Αλαίν Μπρακονιέ – Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι γονείς περνούν συνήθως την κρίση της μέσης ηλικίας, διότι, εάν βρίσκονται κοντά στην πέμπτη δεκαετία της ζωής τους, αντιλαμβάνονται ότι τους μένει λίγος χρόνος για την πραγμάτωση των φιλοδοξιών τους, ενώ παράλληλα παρατηρούν ότι τα όνειρα για ζωή του εφήβου ανατέλλουν. (ό.π.)

Η πλειονότητα των γονιών είναι ικανοποιημένοι βλέποντας ότι ο έφηβος αποκτά την αυτονομία του και εισχωρεί στον κόσμο των ενηλίκων, με τα πλεονεκτήματα και τις ευθύνες που αυτό προϋποθέτει, πίσω όμως από αυτήν την ικανοποίηση κρύβονται κάποια διαφορούμενα συναισθήματα, τα οποία προκαλούν αυτό που χαρακτηρίζουμε ως «κρίση των γονιών». Η κρίση αυτή προκαλείται τόσο εξ' αιτίας των πολλαπλών απωλειών που θα πρέπει να αντιμετωπίσουν οι γονείς, όσο και λόγω της έντασης που επικρατεί στο επίπεδο των σχέσεων ανάμεσα σε δύο ενήλικες οι οποίοι ανήκουν σε διαφορετικές γενιές. Ο γονιός, απέναντι στον έφηβο που προχωρεί προς την ενηλικίωση, ενδέχεται να νιώσει εγκαταλελειμμένος, ξεχασμένος και να εμπλακεί σε ένα επιθετικό ανταγωνισμό, ζηλότυπο και κτητικό. (Αλαίν Μπρακονιέ – Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

Οι γονείς συνήθως είναι ο πρώτος στόχος της επιθετικότητας που βιώνουν οι περισσότεροι έφηβοι. Μία από τις σημαντικότερες λειτουργίες των γονιών είναι να «επιβιώσουν» αυτής της έντασης, δηλαδή να μην αποποιηθούν τον ρόλο τους, ούτε να υποχωρήσουν. Αντίθετα, είναι εξ' ίσου επικίνδυνο να αδιαφορήσουν, καθώς η αδιαφορία αντιπροσωπεύει μερικές φορές ένα αίσθημα παραίτησης ή εγκατάλειψης. (Αλαίν Μπρακονιέ – Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

Οι γονείς οφείλουν να είναι εγγυητές της ασφάλειας των παιδιών τους. Ο έφηβος είναι ένα ιδιαίτερα ευάλωτο άτομο γιατί δεν έχει συνείδηση των ορίων του και η αναζήτηση τους μπορεί να τον οδηγήσει σε πολύ επικίνδυνες καταστάσεις. Ο ρόλος των γονιών είναι κυρίως να προσέχουν το περιβάλλον μέσα στο οποίο εξελίσσεται ο

έφηβος, ώστε το περιβάλλον αυτό να είναι το λιγότερο δυνατόν αφορμή τραυματικών εμπειριών.

Απέναντι στην αυθεντικότητα των εφήβων και στη δυσκολία τους να εκφράσουν με ηρεμία τις συγκινήσεις τους, πολλοί γονείς δε νιώθουν ότι είναι και στην καλύτερη θέση. Ορισμένοι φαίνονται αδιάφοροι, τις περισσότερες φορές όμως είναι αγχώδεις και χαμένοι. Η καλή πληροφόρηση των γονιών αποτελεί την απαραίτητη βάση για να ακούν τα παιδιά τους με περισσότερη ηρεμία, κατανόηση και εμπιστοσύνη. (Αλαίν Μπρακονιέ – Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

Η μέθοδος ανατροφής που θα ακολουθήσει κάθε γονιός και η συμπεριφορά που θα υιοθετήσει απέναντι στο παιδί του, είναι πραγματικά μια δύσκολη υπόθεση. Ένα προσεγμένο «μείγμα» παραχωρητικότητας και μιας ενθαρρυντικής στάσης αποδοχής, κρίνεται ως η πιο υγιής στάση που θα μπορούσαν να ασπαστούν οι γονείς. Μια τέτοια στάση είναι πιθανόν να δημιουργήσει άτομα με δυνατή και ανεξάρτητη προσωπικότητα, φιλικούς προς τους συνανθρώπους τους και ανοιχτά προς την κοινωνία. Σίγουρα όμως η παραχωρητικότητα πρέπει να δίνεται πάντα μέσα σε λογικά πλαίσια, γιατί οι υπερβολές εγκυμονούν σοβαρούς κινδύνους. Γι' αυτό οι γονείς πρέπει να είναι παράλληλα καθοδηγητικοί και η καθοδήγηση να γίνεται με συζητήσεις και οι ισχυρισμοί τους να βασίζονται σε λογικά επιχειρήματα. Ο τύπος των γονέων, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη του εφήβου (Μάνος Γ.Κ., 1999).

Όταν οι γονείς είναι αυταρχικοί, τότε η χειραφέτηση είναι δύσκολη υπόθεση, επειδή τα παιδιά είναι σε πλήρη εξάρτηση από αυτούς. Αυτού του είδους οι γονείς προτιμούν συνήθως τη σωματική τιμωρία για να εδραιώσουν τους αυστηρούς κανόνες που έχουν δημιουργήσει οι ίδιοι, προκειμένου να τιθασεύσουν την ισχυρογνωμοσύνη των παιδιών και αργότερα των εφήβων. Πιστεύουν στην κατήχηση και όχι στην εκπαίδευση των παιδιών τους και πιστεύουν σε αξίες όπως είναι ο απόλυτος σεβασμός, επιδιώκοντας να διατηρήσουν την παραδοσιακή τάξη πραγμάτων. Αποθαρρύνουν κάθε είδος πρωτοβουλίας και διαλόγου, γιατί ο έφηβος πρέπει να αποδεχτεί το γονεϊκό ρόλο ως το μόνο σωστό και απόλυτο. (Μάνος Γ.Κ., 1999).

Όσο επικίνδυνη είναι η υπερβολική αυταρχικότητα, άλλο τόσο βλαπτική είναι και η πλήρης αδιαφορία των γονιών. Υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις, όπου οι γονείς αδιαφορούν άμεσα ή έμμεσα για το παιδί τους. Το ενδιαφέρον τους είναι ελάχιστο, είναι υπερβολικά φιλελεύθεροι και βιάζονται να μεγαλώσουν γρήγορα το παιδί για να φύγει από κοντά τους και να απαλλαγούν από τις ευθύνες που έχει η φροντίδα ενός παιδιού. Τις περισσότερες φορές βέβαια,

αιτία της αδιαφορίας αυτής δεν είναι η έλλειψη αγάπης, αλλά το γεγονός ότι το παιδί βάζει φραγμούς στην ελευθερία τους, στο να απολαύσουν τις χαρές της ζωής και στο να ικανοποιήσουν τις επιθυμίες τους. (Ηλιόπουλος, 1998).

Ένας άλλος τύπος γονέων είναι οι απαιτητικοί γονείς. Πολλοί γονείς έχουν συνεχώς υπερβολικές απαιτήσεις από το παιδί τους. Οι απαιτήσεις αυτές πολλές φορές δεν είναι ανάλογες με τις ικανότητες ή την ηλικία του εφήβου. Του αναθέτουν υποχρεώσεις και καθήκοντα και του επιβάλλουν ένα τρόπο ζωής που δεν ανταποκρίνεται στις δικές του ανάγκες. Μάλιστα, επιθυμούν οι διαταγές τους να γίνονται γρήγορα και τέλεια. (Ηλιόπουλος, 1998).

Οι γονείς πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι οι υπερβολικές απαιτήσεις δημιουργούν προβλήματα που μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην ομαλή ανάπτυξη του εφήβου. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να είναι πιο διαλλακτικοί και ελαστικοί, να περιορίσουν τις απαιτήσεις ή αυτές να είναι πιο λογικές και μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων του νέου. Αυτό θα βοηθήσει στη δημιουργία ενός θετικού οικογενειακού κλίματος, όπου ο έφηβος θα έχει την ευκαιρία να κινηθεί ελεύθερος και να αναλάβει πρωτοβουλίες κάτω από τη φυσιολογική επίβλεψη και γνώμη των γονιών του. (Ηλιόπουλος, 1998).

Πολλά προβλήματα δημιουργούνται επίσης, όταν οι γονείς είναι ιδιαίτερα νευρικοί και ανησυχούν υπερβολικά για τα παιδιά τους. Οι ανήσυχτοι γονείς νιώθουν πως το παιδί τους απειλείται και κινδυνεύει από το καθετί, είτε από αρρώστια, είτε από ατύχημα, ακόμη και από τις συναναστροφές του. Θέλουν να είναι διαρκώς κοντά του και να το παρακολουθούν. Με αυτή τους τη στάση όμως, το παιδί χάνει την ανεξαρτησία του και απομονώνεται από τα άλλα παιδιά της ηλικίας του. (Ηλιόπουλος, 1998).

Προβλήματα επίσης εμφανίζονται όταν οι γονείς έχουν μεγάλες φιλοδοξίες. Όλοι οι γονείς έχουν φιλοδοξίες για τα παιδιά τους, όταν όμως αυτές είναι υπερβολικές και πέρα από τις δυνατότητες του παιδιού, τότε θα υπάρξουν δυσκολίες. Αυτού του τύπου οι γονείς διαφέρουν από τους απαιτητικούς γιατί οι απαιτήσεις τους είναι πολύ ανώτερες. Επιπλέον, οι απαιτήσεις τους δεν έχουν σχέση με τα μικροπράγματα της καθημερινής ζωής, αλλά με την υλοποίηση υψηλών στόχων. Οι φιλόδοξοι γονείς είναι συνήθως παράλογοι και δε σκέφτονται λογικά, εξαναγκάζουν το παιδί τους να κάνει πράγματα που δε θέλει ή δε μπορεί να κάνει. (Ηλιόπουλος, 1998).

Αναφορικά με το πεδίο διαντιδράσεων μεταξύ εφήβων και γονέων υπάρχει η τυπολογία τεσσάρων βασικών μοντέλων (Κορώσης, 1997):

1) Το πρώτο μοντέλο είναι αποτέλεσμα της «αρμονίας» που δημιουργείται μέσω της προσαρμογής των παιδιών στην υπεροχή των γονιών. Οι έφηβοι αξιολογούν τις σχέσεις τους με τους γονείς τους όχι μόνο ως θετικές, αλλά και ως αρμονικές, επειδή τις διέπει, κυρίως, προσαρμοστική διάθεση.

2) Στο δεύτερο μοντέλο της «συμμετρικής σχέσης» μεταξύ γονέων και παιδιών επικρατεί μια θετική εκτίμηση από την πλευρά των εφήβων, τουλάχιστον για τον ένα από τους δυο γονείς.

3) Σύμφωνα με το τρίτο μοντέλο της «αρμονίας» ή της «σύγκρουσης», οι νέοι κινούνται σε μεγάλους χώρους με ακτίνα ελεύθερης δράσης που είναι απόρροια της δικής τους πρωτοβουλίας ή επιλογής. Οι έφηβοι κρατούν συνειδητά τις αποστάσεις ως προς τις σχέσεις με τους γονείς και η διαδικασία της «αποδέσμευσής» τους ή της «φυγής» από τη γονεϊκή στέγη επιτυγχάνεται δια της βίας.

4) Το τέταρτο μοντέλο είναι πλούσιο από «συμπαγής οικογενειακές συγκρούσεις». Οι δυνατότητες διαλόγου μεταξύ των εφήβων και των γονιών τους, αναφορικά με βιώσιμες προοπτικές σε σημαντικούς τομείς της ζωής και με τις αξίες που εντάσσουν το άτομο στο κοινωνικό σύνολο, είναι ανύπαρκτες. Η οικογένεια είναι για τον έφηβο κατά κανόνα η σημαντικότερη «ομάδα αναφοράς».

3.3.2. Η στάση του εκπαιδευτικού

Είναι γεγονός ότι το σχολείο αποτελεί έναν παγκόσμιο θεσμό, μέσω του οποίου επιτυγχάνεται, αφ' ενός η κατάκτηση γνώσεων, αφ' ετέρου η κοινωνικοποίηση του παιδιού. Το σχολείο παρέχει συστηματική μάθηση, αλλά και βοηθάει το παιδί να σχετικοποιήσει τις γονεϊκές εικόνες και να αποδεσμευτεί από την παντοδυναμία των γονέων. Επίσης, μέσω της επαφής με τους συνομηλίκους του, αλλά και της αλληλεπίδρασης μαθητών – δασκάλων, το παιδί βοηθιέται στη δόμηση της προσωπικότητάς του.

Μέσα στο σχολικό πλαίσιο υπάρχουν αλληλεπιδράσεις εκπαιδευτικών – μαθητών, οι οποίες απ' ό,τι φαίνεται, καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από το ασυνείδητο. Έτσι θα λέγαμε ότι το παιδί μέσα στο σχολείο, έχοντας αφήσει την οικογένεια, οφείλει να υποστεί και να δημιουργήσει νέους δεσμούς με τους δασκάλους και τους συμμαθητές του. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Οι σχολικοί δεσμοί, δεν έχουν τη κτητική ένταση των οικογενειακών δεσμών, στο σχολικό πλαίσιο το παιδί είναι μέλος μιας ομάδας, έτσι του είναι πιο εύκολο να αποστασιοποιηθεί και επομένως να κυριαρχήσει στις ενορμήσεις του, όσον αφορά τον δάσκαλο και τους συμμαθητές του. Αλλά επίσης και αυτοί, με τη σειρά τους,

μπορούν να τοποθετηθούν αντικειμενικότερα απέναντι σε κάθε μαθητή. Έτσι το σχολικό πλαίσιο προσφέρει στο παιδί μια νέα δυνατότητα να ξαναζήσει την ανθρώπινη σχέση, σε συνθήκες λιγότερο υποδουλωτικές. Με τον τρόπο αυτό γίνεται δυνατή μια αποδραματοποίηση και μια μείωση των αγωνιογενών εντάσεων. Σ' αυτό συντελούν τόσο οι καθηγητές όσο και οι συμμαθητές. (ό.π.)

Ο καθηγητής λοιπόν αποτελεί την προέκταση των γονέων και δέχεται όλες τις αρνητικές και θετικές συνέπειες της ανατροφής του. Παραμένει μια σημαντική εναλλακτική μορφή και δε χρειάζεται να αναλαμβάνει ιδιαίτερους ρόλους, αλλά να αποφεύγει κυρίως τις υπερβολές και να διατηρεί μια συναισθηματικότητα, κρατώντας φυσικά το κύρος του και τις αποστάσεις. Παραμένει πρότυπο ταύτισης, όταν έχει την ικανότητα να προσεγγίζει και να μην απορρίπτει τα παιδιά. (Κουρκούτας, 2001)

Μια βασική λειτουργία του καθηγητή είναι η κατανόηση των συμπτωμάτων του εφήβου. Η κατανόηση δηλαδή ότι, όταν ένας έφηβος γίνεται διαταρακτικός, επιθετικός και αναστατώνει τον κόσμο γύρω του, συμβαίνει διότι ο ίδιος νιώθει κάπως έτσι μέσα του: διαταραγμένος, με έντονες συγκρούσεις, νιώθει ότι του έχουν επιτεθεί, τον έχουν καταπιέσει κ.τ.λ. (Καραθανάση – Κατσαούνου, 2002)

Η κλοπή, η φασαρία και οι επιθετικές μορφές συμπεριφοράς σε πολλούς εφήβους έχουν κάποιο συμβολισμό, κρύβουν ένα νόημα και ίσως ένα μήνυμα για τον κόσμο των ενηλίκων. Για να το καταλάβει αυτό ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να έχει γνώσεις ψυχολογίας ή να συμβουλευτεί έναν ειδικό. Και εδώ φαίνεται η αδυναμία του εκπαιδευτικού συστήματος: λόγω της ελλιπούς υποστήριξης των καθηγητών από ειδικούς και της απουσίας ανάλογων υποδομών, το έργο αυτό αφήνεται στην προσωπική ευαισθησία του καθενός. (ό.π.)

Εν κατακλείδι, η αποκωδικοποιητική λειτουργία του εκπαιδευτικού, όσον αφορά τις συμπεριφορές του εφήβου, είναι ένας βασικός παράγοντας που συντελεί στην αποφυγή της κλιμάκωσης των εντάσεων και στην εδραίωση μια δημιουργικής σχέσης. (ό.π.)

3.3.3. Η σχέση με τους συνομήλικους

Με το πέρασμα του χρόνου, οι δεσμοί με τους γονείς αρχίζουν και χαλαρώνουν όλο και πιο πολύ, καθώς ο έφηβος διεκδικεί και κερδίζει μεγαλύτερη ανεξαρτησία. Στο σημείο αυτό έρχονται να προστεθούν στη ζωή των εφήβων «οι άλλοι» (Γκοτόβος, 1996), οι οποίοι είναι άτομα που δεν ανήκουν στο σύστημα οικογένεια. Αυτά τα πρόσωπα είναι οι συνομήλικοί τους, με τους οποίους ο νέος

έρχεται σε επικοινωνία και συναναστρέφεται μαζί τους. Ο έφηβος περνάει μαζί τους τον περισσότερο χρόνο και παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη ψυχολογική και κοινωνική του ανάπτυξη. Ασκούν επιρροές με τη συμπεριφορά τους, το ύφος, τις ιδέες, τις επιθυμίες και εμπειρίες τους. (Γκοτόβος, 1996)

Σε αντίθεση με το παιδί που δημιουργεί εύκολα δεσμούς με άλλα παιδιά, αλλά και πολύ εύκολα τους διαλύει, ο έφηβος αναζητά μεγαλύτερη ασφάλεια και σταθερότητα στους δεσμούς του. Πολλές φορές επιδιώκουν να δημιουργήσουν φιλίες με κάποιο άτομο που ταιριάζει με την δική τους ιδιοσυγκρασία και προσωπικότητα ή που να την συμπληρώνει. Κατά την προεφηβεία τα αγόρια κάνουν κυρίως παρέα με αγόρια, ενώ τα κορίτσια με κορίτσια. Συνήθως υπάρχει μια επιφυλακτικότητα ή και ανοιχτή περιφρόνηση προς το αντίθετο φύλο. Αυτό είναι κατά κάποιο τρόπο ένα είδος αυτοπροστασίας και άμυνας που αποκλείει πρόωρες ετερόφυλες σχέσεις, στις οποίες ο έφηβος δεν είναι ακόμη ώριμος και έτοιμος να ανταποκριθεί και μπορεί να του προκαλέσουν άγχος. (Γκοτόβος, 1996)

Όταν ο νέος εισέρχεται στο στάδιο της μέσης εφηβικής ηλικίας, οι φιλίες γίνονται πιο στενές, είναι συναισθηματικά πιο αλληλοεξαρτώμενες και βασίζονται περισσότερο στις προσωπικότητες των φίλων απ' ό,τι τα προηγούμενα χρόνια. Λόγω όμως της έντασής τους είναι και πιο ευάλωτες. Σ' αυτή τη φάση, ο έφηβος έχει την ευκαιρία και την ανάγκη να μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα του και αναζητά φίλους από την πλευρά του άλλου φύλου.

Αυτό θα συμβάλλει στη σταδιακή μεταβίβασή του προς τις ετερόφυλες σχέσεις, την ανάπτυξη της συναισθηματικής οικειότητας, καθώς και τη δημιουργία της ταυτότητας του ρόλου του σαν άνδρας ή γυναίκα. Αντίθετα, στην προχωρημένη εφηβική ηλικία, εμφανίζεται μια νέα ανάγκη και ορμή, που έρχεται να ολοκληρώσει την ασφάλεια και την οικειότητα μιας στενής σχέσης με ένα μέλος του αντίθετου φύλου. Ο νέος αρχίζει να εξοικειώνεται με τα μέλη του αντίθετου φύλου και αποκτά μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να σχετίζεται μαζί τους. (Γκοτόβος, 1996)

Πολλές φορές η ένταξη σε μια ομάδα συνομηλίκων μπορεί να παίξει θετικό ρόλο και οι έφηβοι να αποκομίσουν ωφέλειες από τη συμμετοχή τους σ' αυτήν. Η ομάδα συνομηλίκων έρχεται να μεταδώσει αξίες και πρότυπα συμπεριφοράς, αλλά και να υποκαταστήσει εν μέρει τη γονεϊκή επιρροή. Η ομάδα συνομηλίκων παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη των διεργασιών της εφηβείας. Βοηθά τον έφηβο και του δίνει μια προσωρινή ταυτότητα. Μέσα σε

αυτήν ανακαλύπτει καινούρια κοινωνικά κριτήρια και πρότυπα συμπεριφοράς, διαφορετικά από αυτά που προτείνει η οικογένειά του. Μια καλά οργανωμένη ομάδα μπορεί επίσης να θέτει απαγορεύσεις, καθορίζοντας επιτρεπόμενες ή μη συμπεριφορές. Ταυτόχρονα, ο έφηβος έχει μεγάλη υποστήριξη από την ομάδα, η οποία καλλιεργεί ανάλογα με την ιδεολογία της συγκεκριμένα πρότυπα.

Η νεανική ομάδα είναι ένα καταφύγιο για τον έφηβο, όπου περιβάλλεται με στοργή από τους συνομηλίκους του και εκεί βρίσκει συμπαράσταση και ανταπόκριση. Αυτό συμβάλλει στη ψυχική του ισορροπία, αφού νιώθει ότι ανήκει κάπου. Μέσω της επικοινωνίας του με άλλα άτομα αποκτά αυτογνωσία. Γνωρίζει τόσο τις δυνατότητές του, αλλά και τις αδυναμίες του και προσπαθεί να τις διορθώσει. Μέσα από τη συναλλαγή του επίσης, γνωρίζει διάφορους ανθρώπους, τους εκτιμά και τους τοποθετεί ανάλογα, αλλά βλέπει και τα πράγματα από την οπτική γωνία άλλων νέων. (Γκοτόβος, 1996)

Αναπτύσσεται πνευματικά, αφού είναι υποχρεωμένος να αντιμετωπίσει τους άλλους στις διάφορες συζητήσεις, να δραστηριοποιηθεί και να ανταλλάξει τις απόψεις και τα επιχειρήματα του. Παράλληλα αναπτύσσεται και κοινωνικά, αφού μέσα από τις συναλλαγές του μαθαίνει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του και μαθαίνει ποιος είναι ο κοινωνικός του ρόλος μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Συγχρόνως αναπτύσσει την ενσυναίσθηση, αφού μαθαίνει να ρυθμίζει τη συμπεριφορά του, αναλογιζόμενος το αποτέλεσμα της σε σχέση με το τι θα αισθανθεί ο άλλος.

Η ομάδα μπορεί να έχει μια προσαρμοστική λειτουργία σε αυτήν τη μεταβατική περίοδο της εφηβείας, μπορεί όμως να δημιουργήσει και προβλήματα, όπως είναι, για παράδειγμα, η εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Ένας έφηβος που νιώθει την ανάγκη να εξωτερικεύσει τις επιθετικές διαθέσεις του και να σπάσει τα πράγματα στο σπίτι του, αν δεν του επιτρέπεται να το κάνει, διοχετεύει την επιθετικότητά του σε αντικοινωνικές συμπεριφορές προστατευόμενος από την ομάδα. Επιπλέον, υπάρχει ο κίνδυνος τα μέλη να έχουν υιοθετήσει άσχημες συνήθειες όπως χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών, ομοφυλοφιλικές τάσεις και άλλου είδους εκτροπές τις οποίες ενδέχεται να αποκτήσει ο έφηβος, αφού συναναστρέφεται μαζί τους.

Οι ομάδες φιλίας που μπορεί να διαμορφώσει ή να συμμετέχει ο έφηβος, διακρίνονται στις εξής κατηγορίες (Μάνος Γ.Κ., 1999): τη συντροφιά, την κλίκα, τη μεγάλη παρέα, τις οργανωμένες ομάδες και τη συμμορία.

Η συντροφιά αποτελείται από τους πιο στενούς φίλους και κατέχει σημαντική θέση ανάμεσα στις εφηβικές σχέσεις των συνομηλίκων. Συνήθως αποτελείται από άτομα του ίδιου φύλου, κυρίως δύο αγόρια ή δύο κορίτσια. Στην πορεία μπορεί ο αριθμός των ατόμων να αυξηθεί, όμως πάντα αποτελείται από έμπιστους φίλους. Οι σχέσεις είναι πιο στενές και απαιτούνται συναισθήματα ειλικρίνειας και τιμιότητας. Ο έφηβος περνάει τον περισσότερο χρόνο του με τους στενούς αυτούς φίλους και δε χρειάζονται συνειδητές προσπάθειες για να γίνει δημοφιλής και αποδεκτός, αφού αυτή η σχέση βασίζεται στην αμοιβαιότητα, την αφοσίωση, την εμπιστοσύνη και τα κοινά ενδιαφέροντα. Οι στενοί φίλοι μπορεί να επηρεάσουν ο ένας τον άλλο ή ακόμα να διαφωνήσουν και να μαλώσουν. Παρ' όλα αυτά όλα ξεχνιούνται και η συντροφιά δε διαλύεται. Οι στενοί φίλοι απολαμβάνουν τη χαρά της φιλίας, χωρίς υποκρισίες και τυπικότητες αλλά βασιζόμενοι στην εγκαρδιότητα και την ουσία της σχέσης τους. Αρκετές φορές μάλιστα, αρκούνται στη σιωπή. Σημαντικό γι' αυτούς είναι ότι βρίσκονται μαζί. (Μάνος Γ.Κ., 1999):

Η κλίκα είναι μια μικρή ομάδα ατόμων, τα οποία αλληλοϋποστηρίζονται μεταξύ τους και εξυπηρετούν κάποιο συγκεκριμένο σκοπό. Συνήθως αποτελείται από 3 – 4 άτομα, που έχουν κοινά ενδιαφέροντα και κοινές ικανότητες. Τα μέλη έρχονται σε συχνή επαφή μεταξύ τους. Απαιτείται απόλυτη συμμόρφωση στους κανόνες και τα πρότυπα που έχουν τεθεί, ακόμη κι αν αυτά διαφέρουν από τα πρότυπα και τις αξίες των οικογενειών. Αυτό μπορεί να φέρει συχνά σε σύγκρουση τα μέλη της κλίκας με τις οικογένειές τους.

Η μεγάλη παρέα αποτελείται από πολλούς εφήβους και γι' αυτό συνήθως δεν υπάρχει μεγάλος κοινωνικός δεσμός ανάμεσά τους. Κατά την 1^η εφηβική ηλικία αποτελείται κυρίως από άτομα του ίδιου φύλου. Αργότερα μπορεί να προστεθούν και άτομα του άλλου φύλου. Η παρέα αποτελείται από κλίκες αλλά και μεμονωμένα άτομα. Γι' αυτό συνδυάζει τη συνοχή και την προστασία που παρέχει η κλίκα, αλλά εξυπηρετεί και μεγάλες οργανωμένες κοινωνικές δραστηριότητες, όπως κοινές συζητήσεις παιχνίδια, κ.τ.λ. Επιπλέον, μπορούν να μοιραστούν μερικά από τα όνειρά τους, τις ανησυχίες τους, όχι όμως στο επίπεδο των στενών φίλων, να ανταλλάξουν απόψεις και πληροφορίες, εξυπηρετώντας παράλληλα την πνευματική τους ανάπτυξη. (Μάνος Γ.Κ., 1999):

Οι οργανωμένες ομάδες συγκροτούνται συνήθως από το σχολείο, την εκκλησία ή άλλους κοινωνικούς φορείς, και απευθύνονται σε όλους τους νέους για να τους βοηθήσουν να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες. Παρ' όλα αυτά πολλοί

νέοι παραπονιούνται πως δε νιώθουν άνετα μέσα σ' αυτές τις ομάδες, γιατί είναι υποχρεωμένοι να μετέχουν σε κοινές δραστηριότητες όπως συζητήσεις, συγκεντρώσεις που δεν τους αρέσουν και τους αφαιρούν την ελευθερία δράσης.

Η συμμορία αποτελείται από λίγα άτομα που δεν έχουν προσαρμοστεί ικανοποιητικά στο σχολείο, δεν ταιριάζουν με τους υπόλοιπους και γι' αυτό έχουν περιορισμένο αριθμό φίλων. Συνήθως αποτελούνται από άτομα του ίδιου φύλου, κυρίως αγόρια. Η συμπεριφορά τους δεν αρμόζει με τους κανόνες της κοινωνίας και τα μέλη τους συνήθως οδηγούνται στην απροσαρμοσία. Συχνά χρησιμοποιούν μεταξύ τους ιδιαίτερες γλωσσικές εκφράσεις που δε γίνονται κατανοητές στους απ' έξω από την ομάδα.

Η αποδοχή στις ομάδες φιλίας των συνομηλίκων γίνεται βάσει ορισμένων χαρακτηριστικών. Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων που γίνονται αποδεκτοί σε μια ομάδα είναι ότι και τα ίδια αποδέχονται τους άλλους. Κάποια άλλα χαρακτηριστικά είναι η αυθορμησία, η αντικειμενικότητα, η καλή εμφάνιση κ.τ.λ. Αντίθετα, έφηβοι που απομονώνονται και κλείνονται στον εαυτό τους ή που αισθάνονται ανασφάλεια δε γίνονται γενικά αποδεκτοί.

Οι νέοι άνθρωποι που γίνονται αποδεκτοί από τους συνομηλίκους τους έχουν την τάση να (Χέρμπερτ, 1989):

- Εκδηλώνουν ευαισθησία, ανταπόκριση και μεγαλοψυχία, βοηθούν τους άλλους και προσέχουν, αποδέχονται και περιβάλλουν με στοργή τους συνομηλίκους τους.
- Νιώθουν σιγουριά στις κοινωνικές τους επαφές, είναι δραστήριοι και φιλικοί.
- Βλέπουν τα πράγματα από την οπτική γωνία των άλλων νέων.
- Είναι καλοί στη λύση καθημερινών και δύσκολων διλημμάτων που σχετίζονται με διαπροσωπικές σχέσεις.
- Κάνουν τους άλλους να αισθάνονται ότι τους αποδέχονται και τους υπολογίζουν, προωθώντας και σχεδιάζοντας ευχάριστες ομαδικές δραστηριότητες.
- Εκδηλώνουν ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση συνεπάγεται την ικανότητα του εφήβου να ρυθμίζει τη συμπεριφορά του, αναλογιζόμενος το αποτέλεσμα της σε σχέση με το τι θα αισθανθεί ο άλλος, κυρίως αν ο άλλος θα πληγωθεί.

3.3.4. Η στάση της οικογένειας απέναντι στις ομάδες συνομηλίκων

Είναι φυσικό οι γονείς να ενδιαφέρονται για το είδος των φίλων που τα παιδιά τους θα επιλέξουν (Χέρμπερτ, 1989), αφού οι φίλοι ασκούν μεγάλη επιρροή σ' αυτά. Δικαιολογημένα ανησυχούν για τις

«καλές» και τις «κακές» επιρροές στη ζωή των παιδιών τους. Αγωνιούν για τις συντροφιές που έχουν, καθώς αυτά μεγαλώνουν έξω και μακριά από την οικογένεια.

Παρ' όλο όμως που οι φιλίες πρέπει να ελέγχονται, είναι σημαντικός ο τρόπος με τον οποίο θα γίνεται ο έλεγχος αυτός. Είναι εμφανές ότι οι γονείς δε θα πρέπει να έχουν το παιδί τους κάτω από συνεχή επίβλεψη, αλλά από την άλλη δε θα ήταν σωστό να το αφήσουν χωρίς καμία επίβλεψη, γιατί τότε είναι σχεδόν βέβαιο πως θα υπάρξουν προβλήματα. Αν οι γονείς θέλουν να έχουν κάποιο ρόλο στην κοινωνικοποίηση του παιδιού τους, οφείλουν να μεριμνήσουν έτσι ώστε η επίδραση της ομάδας συνομηλίκων να μην είναι μεγαλύτερη από την επίδραση της οικογένειας. Επιπλέον, θα πρέπει να φροντίσουν έτσι ώστε οι νέοι να συνάψουν παρέες που ασχολούνται με θετικές δραστηριότητες ή να κάνουν φίλους άτομα με καλή διαγωγή.

Αν, παρά τις προσπάθειες των γονιών, οι νέοι έχουν συνάψει ανεπιθύμητες φιλίες, θα πρέπει να προσπαθήσουν να τους απομακρύνουν από αυτές τις παρέες. Αυτό βέβαια δε θα γίνει με τη βία, αλλά μέσα από διάλογο και συζήτηση, με επιχειρήματα για τις συνέπειες που θα έχουν συνεχίζοντας την ανεπιθύμητη φιλία και σίγουρα με μεγάλη υπομονή και διάθεση για την επίλυση οποιονδήποτε προβλημάτων.

Καθώς ο έφηβος μεγαλώνει, θα πρέπει να έχει την ικανότητα να αισθάνεται ότι οι σκέψεις του, τα συναισθήματα και οι αποφάσεις του διαφοροποιούνται από των γονέων του. Αυτό δε σημαίνει ότι αναμένεται από αυτόν ή ότι πρέπει να ενθαρρύνεται ο ανταγωνισμός προς την οικογένεια του ή η συναισθηματική του απομάκρυνση. Σημαίνει κυρίως μια αλλαγή στάσης προς την οικογένεια παρά μια επιθετική συμπεριφορά που να υποδηλώνει έλλειψη ενδιαφέροντος. Σε αυτήν την περίοδο ο έφηβος θα πρέπει να αρχίσει να ενδιαφέρεται περισσότερο για τη γνώμη, τη στάση και τα συναισθήματα των φίλων του.

3.3.5. Έφηβοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα και ενήλικοι μεσολαβητές

Πάντα θεωρείται απαραίτητη η δημιουργία ενός ενδιάμεσου δικτύου ανάμεσα στους εφήβους που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Αυτό σημαίνει ότι πάντα υπάρχουν κάποιοι ενήλικες, όχι άμεσα εμπλεκόμενοι με τους εφήβους, που έχουν τη δυνατότητα να τους ακούσουν χωρίς την υποκειμενικότητα του άγχους, αλλά με προσοχή και αναλύοντας τις εκδηλώσεις πόνου που εκφράζει ο έφηβος.

Θα μπορούσαμε να προσδιορίσουμε τον ρόλο αυτών των «ενηλίκων μεσολαβητών» ως εξής: (Αλαίν Μπρακονιέ – Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

- Ακρόαση των εφήβων που αντιμετωπίζουν προβλήματα και προσπάθεια να εντοπιστούν οι παράγοντες κινδύνου που απειλούν να επιδεινωθούν.

- Ενεργητική ακρόαση των εφήβων με πολλαπλά προβλήματα, προτείνοντάς τους μια συνάντηση που να δίνει τη δυνατότητα μιας πρώτης επαφής, έτσι ώστε, σε μια δεύτερη φάση, να υπάρξει δυνατότητα θεραπείας.

Οι ενήλικες που μπορούν να βοηθήσουν βρίσκονται σε συνεχή επαφή με τους εφήβους. Πρόκειται για τους εκπαιδευτικούς, το διοικητικό προσωπικό των λυκείων, τους γυμναστές, τους αστυνομικούς, τους κοινωνικούς λειτουργούς κ.τ.λ. Όλοι αυτοί μπορεί να έχουν ευαισθητοποιηθεί και να μπορούν να ακούσουν τους εφήβους. Πρόκειται επίσης για ενήλικες οι οποίοι έχουν αναλάβει να ακούν τα προβλήματα των παιδιών σε μόνιμη βάση, στους χώρους εκπαίδευσης, στις τεχνικές σχολές, στα κέντρα πληροφόρησης και προσανατολισμού κ.τ.λ.

Σε ορισμένες περιοχές με δυσμενείς συνθήκες ή υψηλής επικινδυνότητας, αυτή η ενεργός δράση βασίζεται, τις περισσότερες φορές, στην ευθύνη των ενηλίκων που ανήκουν σε κάποιους συλλόγους υποστήριξης. Για να ανταποκριθεί κανείς στα αιτήματα και στην προσμονή των εφήβων θα πρέπει αυτά τα μέρη να είναι προσωποποιημένα. Να υπάρχουν δηλαδή ωράρια και συγκεκριμένες αίθουσες και γραφεία, όχι τις ίδιες ώρες με το σχολείο. (Αλαίν Μπρακονιέ – Ντανιέλ Μαρτσέλι, 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

4.1. Τι ζητούν και τι βρίσκουν στα ναρκωτικά

Οι άνθρωποι καταφεύγουν στις αναπληρωματικές ικανοποιήσεις των ναρκωτικών όταν είναι απογοητευμένοι από τον κόσμο μέσα στον οποίο ζουν, σε μια πράξη φυγής, ή για απελευθέρωση και ανεξαρτησία ή για την απόκτηση της άπιαστης με τις δικές τους δυνάμεις ευδαιμονίας. Καταφεύγουν για ποικίλους λόγους, χωρίς να έχουν επίγνωση ότι μπαίνουν σε ένα δρόμο, κατά κανόνα, χωρίς γυρισμό. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Ξεγελιούνται από μια ψεύτικη και παροδική επιτυχία των επιδιώξεών τους, με τα υποκατάστατα και αισθάνονται απελευθερωμένοι από άγχη, δεσμεύσεις και αναστολές. Τελικά, εμπλέκονται στη ματαιότητα ενός ονείρου που δε πραγματώνεται, με αποτέλεσμα να χάνουν για πάντα αυτό που πρόσκαιρα κερδίζουν. Όσπου να το καταλάβουν, μπαίνουν στην πιο δεσμευτική εξάρτηση που θα μπορούσαν να φανταστούν. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Οι πιο πολλοί, όντας κακώς πληροφορημένοι, αγνοούν ότι η κάθε ουσία δε δίνει παρά μόνο μερικά από τα αμέτρητα της αποδίδουν, ενώ σε άλλους φέρνει πολύ διαφορετικά ή και τα αντίθετα από τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Τότε συνήθως μεταπηδούν από τη μια ουσία στην άλλη και αυξάνουν τις δόσεις. (ό.π.)

Μετά την παρέλευση της δράσης της ουσίας ακολουθεί η κατάπτωση – σωματική, διανοητική, πνευματική και ψυχική – η πλήρης αποδιοργάνωση για την αντιμετώπιση της ζωής. Τα προβλήματα ορθώνονται πιο μεγάλα, παρουσιάζονται πιο δύσκολα, ενώ πλέον είναι πολύ περισσότερο περιορισμένες οι δυνατότητες για την αντιμετώπισή τους. Οπότε το άτομο, περισσότερο απογοητευμένο και αποδιοργανωμένο από άλλοτε, χωρίς δυνάμεις αντιστάσεως, καταφεύγει στη γνωστή του «διέξοδο» και πάλι. Και τότε δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος από τον οποίο δε μπορεί να ξεφύγει. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη προσωπικότητα ανθρώπου που καταφεύγει στα ναρκωτικά. Υπάρχουν όμως λόγοι και αίτια, παράγοντες διάφοροι οι οποίοι συμβάλλουν, άλλος λιγότερο και άλλος περισσότερο, στην εμπλοκή κάποιου στο χώρο των ναρκωτικών (ό.π.), ενώ, σύμφωνα με τον Δοξιάδη Σ. (1975), η προδιάθεση μπορεί να μπει από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής.

Εμπλέκονται σε αυτά άτομα από όλες τις βαθμίδες της κοινωνίας, από όλα τα οικονομικά και κοινωνικά στρώματα, αυξάνονται δε συνεχώς τα ποσοστά μεταξύ των μαθητών, πράγμα πολύ ανησυχητικό. Οπότε πλέον η αναζήτηση των αιτιών επικεντρώνεται όλο και περισσότερο προς το άτομο και τη διαμόρφωση του χαρακτήρα του, κατά τα πρώτα παιδικά του χρόνια. Και πρώτα – πρώτα στην οικογένεια, την πρώτη μικρή κλειστή κοινωνία για ένα παιδί. Ύστερα στη γειτονιά και στο σχολείο όπου μεγαλώνει το παιδί. Μετά στην ευρύτερη κοινωνία και τους ποικίλους παράγοντες από αυτήν. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

4.2. Παράγοντες προσωπικότητας

Ο πρώτος και σημαντικότερος παράγοντας που οδηγεί στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι η προσωπικότητα. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Συνήθως πρόκειται για: α) άτομα απροσάρμοστα, με αδυναμία να αντιμετωπίσουν μια δυσάρεστη πραγματικότητα και τις σκληρές απαιτήσεις της ζωής, όπως αυτές πράγματι και πολύ συχνά είναι (ό.π.), ειδικά όταν συναντούν αδιεξόδα στη λύση προσωπικών προβλημάτων, β) άτομα με περισσότερες ή λιγότερες δυσχέρειες στη συγκινησιακή σφαίρα, γ) άτομα πολύ ευαίσθητα, με αδύναμο χαρακτήρα και αδύναμη θέληση, (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993) δ) άτομα με έλλειψη πλήρους ψυχικής υγείας, όπως μελαγχολία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χωρίς αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, που δε μπορούν να αντέξουν σε εντάσεις, ε) άτομα τα οποία, καλώς ή κακώς, αισθάνονται ότι δεν αυτοεπιβεβαιώνονται ή, στ) ατομικιστές που δεν ικανοποιούνται με τίποτα. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Από τέτοια άτομα η ζωή βιώνεται σαν ένα επικίνδυνο και επώδυνο τραύμα και, με την πρώτη αποτυχία, όλες οι ενέργειές τους κατευθύνονται και αποβλέπουν στο πως θα αποφύγουν τον ψυχικό πόνο. Ένα τέτοιο άτομο, όταν αποτυγχάνει να πραγματοποιήσει τους στόχους που έβαλε στη ζωή – συνήθως και δυσανάλογα υψηλούς προς τις δυνατότητες του – εύκολα χάνει την εκτίμηση στον εαυτό του, απογοητεύεται και εφ' όσον δεν υπάρχουν δυνάμεις αντιστάσεως, προσπαθεί να βρει στα ναρκωτικά την πληρότητα που του λείπει ή την ευτυχία που του είναι άπιαστη με τις δικές του δυνάμεις. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Άλλοτε πρόκειται για ένα νέο, ο οποίος δε μπορεί να αντιμετωπίσει επιτυχώς τα προβλήματά του «τώρα», όπως είναι κακομαθημένος από την πρόσφατη παιδική του ηλικία, που όλο

επιθυμεί και απαιτεί. Δεν έμαθε να περιμένει ή να κάνει υπομονή. Δεν του έμαθαν να είναι ολιγαρκής, να ζει χωρίς να τα έχει όλα και πάντα, ώστε να αποκτά πείρα από την πραγματική ζωή ή για να έχει ένα κίνητρο για προσπάθεια και τη χαρά της δημιουργίας. (ό.π.)

Στις πιο πολλές περιπτώσεις τα ναρκωτικά χρησιμοποιούνται με την ελπίδα ότι βοηθούν στη λύση διαφόρων προβλημάτων. Στην πραγματικότητα όμως απομακρύνουν για λίγο το πρόβλημα. Μερικοί τα χρησιμοποιούν για να κατευνάσουν το άγχος ή να ανακουφιστούν από τα δυσάρεστα συναισθήματα που δημιουργούν η μοναξιά, η λύπη, η απογοήτευση και άλλα. Τα χρησιμοποιούν σα διεγερτικά για να εξαλείψουν την κατάθλιψη, τη συνεχή κούραση ή να αισθανθούν κάποια ψυχολογική στήριξη. (Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ», με τη συνεργασία του Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2000).

Είναι και εκείνοι οι οποίοι επιζητούν να βρεθούν σε διαφορετική συνειδησιακή κατάσταση από τη συνηθισμένη ώστε να γνωρίσουν – όπως τους έχουν πει – καλύτερα τον εαυτό τους ή για να ανακαλύψουν ικανότητες για πνευματική δημιουργία. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Άλλοι αρχίζουν απλώς για να παίξουν ή από επιπολαιότητα και αιχμαλωτίζονται από αυτά. Άλλοι από μίμηση προς ένα νέο τρόπο ζωής (ό.π.) ή από περιέργεια και στη συνέχεια από ευχαρίστηση (Αλαιν Μπρακονιε – Ντανιέλ Μαρτέλι, 2002) ή έτσι, για «πλάκα» και άλλοι υπό την επίδραση της μόδας ή κάποιων ιδεολογιών. Άλλοι ως ένδειξη ανδρισμού και άλλοι από μαγκιά ή επίδειξη τόλμης για κάτι το επικίνδυνο. Άλλοι ακόμη σα μια διαμαρτυρία για τη σκληρή και απάνθρωπη ζωή που ζούμε. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Άλλοι προχωρούν στα ναρκωτικά από ανία, διότι τα χόρτασαν όλα τα άλλα με τις αψυχολόγητες, περισσότερο, άφθονες παροχές της οικογένειας και αναζητούν νέες εμπειρίες. (ό.π.). Άλλοι γιατί έχουν την ανάγκη μιας τεχνητής «απόδρασης». Αυτό σημαίνει ότι οι έφηβοι που γίνονται τοξικομανείς είναι εκείνοι οι οποίοι δε βρήκαν στη προσωπική ή διαπροσωπική τους ζωή, στις καθημερινές τους δραστηριότητες ή στις προσωπικές τους σχέσεις τα μέσα για να χαλαρώσουν. Η μόνη τους διαφυγή είναι ένα προϊόν, του οποίου οι χημικές επιδράσεις προσφέρουν αυτό που δε κατάφεραν να αντλήσουν με κάποιες πιο φυσικές δραστηριότητες. (Αλαιν Μπρακονιε – Ντανιέλ Μαρτέλι, 2002).

Άλλοι γιατί, στο βάθος, ψάχνουν να γεμίσουν ένα εσωτερικό κενό με αυτές τις ουσίες, με τις οποίες προσπαθούν να αντικαταστήσουν τα λόγια, τις ανταλλαγές ή τη δημιουργικότητα που δεν καταφέρνουν να βγάλουν από μέσα τους. Υποφέρουν από

απομόνωση και τα ναρκωτικά τους παγιδεύουν, απομονώνοντάς τους ακόμη περισσότερο. (Φρ. Ντόλτο – Κατρίν Ντόλτο – Τόλιτς, 1995).

Τέλος, ακόμη ένας παράγοντας που οδηγεί στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι η έλλειψη αγάπης, η εντύπωση δηλαδή που έχει το άτομο ότι δεν τον αγαπούν και ότι δεν αγαπάει κανέναν. (Φρ. Ντόλτο – Κατρίν Ντόλτο – Τόλιτς, 1995).

Ενδιαφέρουσα είναι η άποψη του C. Olievenstein. Από ψυχολογική άποψη, ο τοξικομανής παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία ο C. Olievenstein περιέγραψε ως ιδιάζουσες σχέσεις:

- Η σχέση με το νόμο, όπου η μόνη δυνατή παρανομία και η μόνη έκφραση βίας του τοξικομανούς συνιστάται στη χρήση και στη μεταμόρφωση του σώματος του.

- Η σχέση με την ευχαρίστηση, όπου η συμβολή ενός αδρανούς προϊόντος, δηλαδή ενός ουδέτερου προϊόντος αλλά αληθινού και όχι φαντασιωτικού, προσφέρει, τουλάχιστον την πρώτη φορά, την ηδονή ενός οργασμού, ο οποίος τις περισσότερες φορές είναι εξαιρετικός και ανώτερος από την ηδονή του σεξουαλικού οργασμού.

- Η σχέση με το σώμα, όπου ο μαζοχισμός δεν είναι το κύριο στοιχείο, αλλά το γεγονός ότι η χρήση των ναρκωτικών καθιστά δυνατή τη διείσδυση του εαυτού από τον εαυτό και συνεπώς επαληθεύεται η ίδια η ύπαρξη του εαυτού.

- Η σχέση με το θάνατο, καθώς και η αναζήτηση του κινδύνου που υπάρχει στα ναρκωτικά. (Αλ. Μπρακονιε – Ντ. Μαρτέλι, 2002).

Για διευκρινιστικούς λόγους θα αναφέρθουμε πιο αναλυτικά σε διάφορα είδη κατανάλωσης προϊόντων κατά την εφηβεία. (ό.π.).

- *Η χρήση των ναρκωτικών για ψυχαγωγία:* Σε αυτού του είδους τη χρήση το ζητούμενο είναι η αίσθηση της ευφορίας που προκαλεί το προϊόν. Πραγματοποιείται σε μικρή ομάδα, ποτέ μοναχικά, και τις περισσότερες φορές, κατά το τέλος της εβδομάδας, στις διακοπές ή στις γιορτές. Διατηρείται η ομαλή πορεία στο σχολείο, καθώς ο έφηβος συνεχίζει όχι μόνο τη σχολική του δραστηριότητα, αλλά και όλες τις άλλες αθλητικές, πολιτιστικές και κοινωνικές του ασχολίες. Ωστόσο συχνά παρατηρείται μείωση των εκπαιδευτικών επιδόσεων. Σε αυτού του είδους τη χρήση δεν παρατηρούνται απαραίτητα παράγοντες οικογενειακών κινδύνων και δεν υπεισέρχονται προσωπικοί κίνδυνοι. (Αλ. Μπρακονιε – Ντ. Μαρτέλι, 2002).

- *Η χρήση για αυτοθεραπευτικούς λόγους:* Στην περίπτωση αυτή το ζητούμενο είναι η αγχολυτική επίδραση του προϊόντος. Η κατανάλωση αυτή είναι συχνά μοναχική, πιο συστηματική και κυρίως το βράδυ, στο δωμάτιο. Ωστόσο η μοναχική κατανάλωση ενδέχεται

να γίνει και ομαδική. Στο χώρο του σχολείου διαπιστώνουμε συνήθως μια αποδιοργάνωση και διάφορες εκπαιδευτικές αποτυχίες. Επίσης, ο έφηβος απομακρύνεται συνήθως από τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες, τις οποίες πραγματοποιεί με τρόπο λιγότερο συστηματικό. Η κοινωνική του ζωή είναι φτωχή και ζει σχετικά απομονωμένος από τους άλλους. (ό.π.)

Η χρήση ναρκωτικών που καταλήγει στην τοξικομανία: Αυτού του είδους η χρήση αποσκοπεί στην αναισθησία και την κατάρρευση, το ζητούμενο δηλαδή είναι μια κωματώδης κατάσταση. Η κατανάλωση είναι μοναχική ή ομαδική και συστηματική, σχεδόν σε καθημερινή βάση. Δε συμβιβάζεται με το σχολείο ή με τη γενικότερη κοινωνικοποίηση και συνήθως προκύπτουν συμπεριφορές ρήξης, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό. (ό.π.).

Όμως, για τη διαμόρφωση αυτής της προσωπικότητας ευθύνες έχουν η οικογένεια, η εν γένει κοινωνία και τα παιδαγωγικά συστήματα. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994). Ακόμη, οι παρέες συνομηλίκων, οι γιατροί, τα Μ.Μ.Ε., η εκκλησία και το γενικότερο περιβάλλον του χρήστη. Σε αυτά θα αναφερθούμε παρακάτω.

4.3. Οικογενειακοί παράγοντες

Σύμφωνα με τον Βασιλείου Γ. (1985), στη διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός ατόμου, η κληρονομικότητα παίζει μεγάλο ρόλο. Η οποιαδήποτε ευθύνη γι' αυτήν βαραίνει την οικογένεια κάθε ατόμου. Όμως, ο άνθρωπος μεγαλώνει και ανατρέφεται σε ένα περιβάλλον το οποίο επηρεάζει και συμβάλλει στη διαφοροποίηση και ολοκλήρωσή του· και αυτό, στην αρχή μάλιστα αποκλειστικά, είναι η οικογένεια, η οποία για πολλά χρόνια ακόμη θα παίζει τον κύριο και πρωταρχικό ρόλο. Επομένως, η ευθύνη της οικογένειας είναι μεγάλη, τόσο για την ορθή διαπαιδαγώγηση όσο και για την προσφορά προτύπων που θα είναι άξια προς μίμηση και ικανά για την καλλιέργεια ευγενών ανθρώπινων ιδιοτήτων. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Έχει λοιπόν παρατηρηθεί ότι στρέφονται προς τα ναρκωτικά παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες με απουσία ισχυρών δεσμών, ιδιαίτερα συναισθηματικών (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993), χωρίς αρμονικές σχέσεις ανάμεσα στους γονείς, αλληλοσεβασμό, κατανόηση, ιεράρχηση και πειθαρχία στους ρόλους του καθενός. Δεν υπάρχει αγάπη και τρυφερότητα στις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, συμπάρσταση στα προβλήματα, ιδίως των νεότερων και σεβασμός προς το δικαίωμα της ελευθερίας τους όσο αυτά μεγαλώνουν. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Όταν το παιδί ανατρέφεται σε ένα οικογενειακό περιβάλλον όπου οι γονείς δεν προσφέρουν πρότυπα προς μίμηση, όταν αυτοαναιρούνται, δε μπορούν να συνεννοηθούν, οι μεταξύ τους διαπληκτισμοί είναι συχνοί και όταν, άλλοτε είναι υπερβολικά αυστηροί ή ξεσπούν στα παιδιά τους, άλλοτε είναι υπερβολικά επιεικείς, τότε αυτοί οι γονείς προσφέρουν στα παιδιά τους αρνητικά παραδείγματα που αφήνουν τραύματα ψυχικά. (ό.π.).

Άλλοτε, στο όνομα της ελευθερίας, οι γονείς απαρνιούνται τον ρόλο τους ως παιδαγωγού και αφήνουν τα παιδιά ελεύθερα να κάνουν ότι θέλουν, με ανοχή και επιτρέποντάς τους τα πάντα. Με τέτοια ελευθερία, σε βαθμό παραμέλησης, οι νέοι δε μαθαίνουν την πειθαρχία στο σπίτι τους, οπότε πιθανότητα αύριο δε θα πειθαρχήσουν ούτε στους νόμους. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Για τέτοιους λόγους και με τέτοιους γονείς, που δε δημιουργούν ατμόσφαιρα για την ανάπτυξη καλών και ουσιαστικών σχέσεων μέσα στην οικογένεια, είναι δύσκολο τα παιδιά να αποκτήσουν την απαραίτητη σιγουριά για τις αποφάσεις που θα πάρουν στη ζωή τους. Αμφιταλαντεύονται όταν δεν υπάρχει ο απαιτούμενος διάλογος με τους γονείς, δέχονται υποδείξεις τρίτων και παρασύρονται από εκείνους που «ξέρουν» και προσφέρονται να «συμβουλευθούν». (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Σε άλλες περιπτώσεις, καλοί κατά τα άλλα γονείς, όντας ακατατόπιστοι και απροετοίμαστοι για το ρόλο τους και ως παιδαγωγού, ασκούν υπερπροστασία πάνω στα παιδιά τους, την οποία, κατά την εφηβεία, την αισθάνονται ως καταπίεση. Τότε, αν οι γονείς δεν είναι προετοιμασμένοι να δεχθούν την αυτονόμησή τους, δημιουργούνται συγκρούσεις, με αποτέλεσμα ή το κλείσιμο στον εαυτό τους με άγχος και κατάθλιψη ή τη φυγή από το σπίτι. Σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχει ευθύνη των γονέων και για ένα κύλισμα προς τα ναρκωτικά. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Έρευνες ειδικών έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι γονείς που έχουν εμπιστοσύνη στον τρόπο με τον οποίο ανατρέφουν τα παιδιά τους και ξέρουν τι πρέπει να τα διδάξουν, όπως πίστη στον εαυτό τους, σεβασμό προς τους γονείς, αυτοκυριαρχία, ανεκτικότητα και αμοιβαίο σεβασμό, αυτοί έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να μη γίνουν τα παιδιά τους ναρκομανή. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993).

Άτομα παραμελημένα από την οικογένειά τους κατά τη παιδική και την εφηβική ηλικία, παιδιά που μεγαλώνουν μέσα σε αδιάφορο ή αυταρχικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, παιδιά από προβληματικές και διαταραγμένες οικογένειες, παιδιά με προβλήματα σχέσεων με το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον τους και με στέρηση

θετικών συναισθημάτων παρασύρονται κατά κανόνα ευκολότερα στη χρήση ναρκωτικών. Ο άνθρωπος στην εφηβική του ηλικία επηρεάζεται περισσότερο από κάθε άλλη περίοδο της ζωής του από τις κοινωνικές αντιλήψεις και τη δύναμη της κοινής γνώμης. (ό.π.).

Γι' αυτό και πολύ σωστά ο Νηλ, ο Ντράκορς και άλλοι υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν προβληματικά παιδιά παρά μόνο προβληματικές οικογένειες, με μειωμένη αντοχή για την αντιμετώπιση των δυσκολιών, την υπερνίκηση των εντάσεων και των ανασχέσεων της ζωής, με αποτέλεσμα εύκολα τα παιδιά τους να καταφεύγουν στη χρήση ουσιών. Γι' αυτό και η αγάπη, η καλοσύνη, η πραότητα, η ανεκτικότητα, η υπομονή, η κατανόηση, η στοργή, η συμπαράσταση και η αφοσίωση των γονέων προς τα παιδιά τους κατά τα πρώτα παιδικά τους χρόνια και κατά την εφηβική ηλικία αποτελούν το καλύτερο προληπτικό φάρμακο εναντίον της χρήσης των ναρκωτικών και της τοξικομανίας. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Η συνήθεια πολλών από τους γονείς να χρησιμοποιούν φάρμακα για τον εαυτό τους ή για τα παιδιά τους, ακόμη και για το παραμικρό ενόχλημα ή αδιαθεσία, δημιουργεί στα παιδιά ένα κλίμα το οποίο επηρεάζει τη μετέπειτα συμπεριφορά τους. Τους δημιουργεί από πολύ νωρίς την εντύπωση ότι για κάθε τι στη ζωή υπάρχει «λύση» με ένα χαπάκι ή κάποιο σιρόπι. Από τότε που τα παιδιά είναι μικρά και δεν είναι σε θέση να κρίνουν τους δημιουργείται η εντύπωση ότι για δυσκολίες, στενοχώριες, προβληματισμούς, σε οτιδήποτε αύριο θα τους καταπονεί, θα υπάρχει και γι' αυτά το ανάλογο χάπι. Συχνά, αντί να μαθαίνουν από τους γονείς πώς να παλεύουν στη ζωή και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα, εξοικειώνονται από τη πρώτη τους ηλικία στη συνήθεια της φυγής από το πρόβλημα που για κάποιους μπορεί να σημαίνει και το άνοιγμα του δρόμου προς τις διάφορες ουσίες. (ό.π.).

4.4. Οι συνομήλικοι – Παρέες

Οι παροτρύνσεις από το περιβάλλον για μια δοκιμή παίζουν σημαντικό ρόλο, στα πλαίσια της επιθυμίας να γίνει κανείς δεκτός σε μια συγκεκριμένη ομάδα ή συντροφιά. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Οι έφηβοι ενδίδουν πιο εύκολα στη χρήση ναρκωτικών, επειδή βιώνουν πιο έντονα το στρες, την πλήξη, τον ψυχικό πόνο, διψούν για νέες εμπειρίες και τους αρέσει να ρισοκινδυνεύουν. Υποχωρούν πιο εύκολα στην πίεση των συνομήλικων και της παρέας, γιατί έχουν την ανάγκη να αποτελούν μέλος μιας ομάδας (Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ», με

τη συνεργασία του Ο.ΚΑ.ΝΑ, 2000), από φόβο να μην απορριφθούν και να μην απομονωθούν από την ομάδα του ως διαφορετικοί, κατά την κρίσιμη αυτή ηλικία τους με τη δαιδαλώδη αναζήτηση για την αυτογνωσία, «αναγκάζονται» να κάνουν χρήση ναρκωτικών σαν την παρέα τους. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993).

Επειδή η παρέα με το όλο πνεύμα της εξωθεί ή απωθεί στη χρήση των ναρκωτικών, επιβάλλεται η οικογένεια να ξέρει καλά τις παρέες των παιδιών της. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993).

4.5. Ο γιατρός

Η χρήση μιας φαρμακευτικής ουσίας πέρα ή περισσότερο από τις υπάρχουσες ενδείξεις, αποτελεί κατάχρηση. Ως φάρμακα χρησιμοποιούνται και διάφορες ουσίες οι οποίες κατατάσσονται στα ναρκωτικά. Ευθύνη του γιατρού είναι ο καθορισμός της δόσης και της διάρκειας της θεραπείας για κάθε ουσία, σταθμίζοντας τα υπέρ και τα κατά. Υπάρχουν περιπτώσεις αρρώστων που κατέληξαν «ιατρογενώς» ναρκομανείς, π.χ. από την υπερβολική ή την παρατεταμένη χρήση οπιούχων σε καρκινοπαθείς. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Όμως υπεύθυνοι είναι και οι άρρωστοι όταν συνεχίζουν να παίρνουν τα «ηρεμιστικά, τα υπνωτικά ή τα αγχολυτικά τους», επειδή κάποτε, ακόμη και πριν από χρόνια, κάποιος γιατρός τους έδωσε μια συνταγή για κάποιο συγκεκριμένο τότε πρόβλημά τους. (ό.π.).

4.6. Άλλοι παράγοντες

Αναφέρονται και διάφοροι άλλοι λόγοι με μικρότερη σημασία. Κατά τον Γιούρι Τσάρετς, υπεύθυνο στην πρώην Σοβιετική Ένωση για τα προληπτικά μέτρα κατά των ναρκωτικών, η μείωση του θρησκευτικού συναισθήματος είναι μία από τις κύριες αιτίες ροπής των νέων προς τα ναρκωτικά, αφού η εγκατάλειψη της θρησκείας – την οποία πολέμησαν ως «όπιο του λαού» – οδήγησε στο πραγματικό όπιο. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Σύμφωνα με τον Τσιλιχρήστο Ν. (1991), ευάλωτοι στα ναρκωτικά, χωρίς ίσως να το φαντάζονται, γίνονται και άνθρωποι επαγγελματιών νυχτερινής απασχόλησης. Αυτοί χρησιμοποιούν «διεγερτικά», συνήθως καφέδες, για να αντιστέκονται στη νύστα και για περισσότερες ώρες εργασίας με απόδοση ή για να διώχνουν τη φυσική κούραση ώστε να μπορούν να ανταπεξέρχονται στις επαγγελματικές υποχρεώσεις τους, π.χ. καλλιτέχνες νυχτερινών κέντρων διασκέδασης, διανοητικώς εργαζόμενοι, δημοσιογράφοι και άλλοι. Μερικοί από αυτούς μπορεί να οδηγηθούν και σε κάποια άλλα διεγερτικά. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Άλλος παράγοντας είναι η άγνοια και η λανθασμένη ενημέρωση. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα μιας έρευνας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου της Αθήνας (Αιγινήτειου Νοσοκομείου) υπό την αιγίδα του Υπουργείου Πολιτισμού με την επίβλεψη του καθηγητή Κ. Στεφανή το 1/3 των τοξικομανών δε γνώριζε τις καταστρεπτικές συνέπειες της χρήσης των ναρκωτικών προτού αρχίσει τη χρήση τους και μάλιστα, το 10,55% είχε θετική γνώμη για αυτά. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993).

Γενικά προβλήματα ατομικά, οικογενειακά, κοινωνικά και δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή προκαλεί και η διαίωσιση των σπουδών. Εξ' αιτίας των μακροχρόνιων σπουδών, που ξεπερνάει συνήθως τη δεκαετία, ο νέος σήμερα παραμένει σε μια μετέωρη ενδιάμεση κατάσταση ανάμεσα στην ανηλικιότητα και ενηλικιότητα για χρονικό διάστημα μακρότερο από παλιότερα. Έτσι ο νέος, ενώ δε μπορεί στην ηλικία αυτή να θεωρηθεί ως ανεύθυνο άτομο, εν τούτοις, εξ' αιτίας της ανεργίας και της υπερπροστατευτικότητας της ελληνικής οικογένειας απέναντι στα παιδιά της, δεν αναλαμβάνει υπεύθυνους κοινωνικούς ρόλους. Και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μένει απροετοίμαστος για να αντιμετωπίσει με επιτυχία τις δυσκολίες, που θα συναντήσει αργότερα κατά τη φάση της ένταξής του στην κοινωνία, όταν πια θα αποκοπεί από την οικογένεια. (ό.π.).

4.7. Πολιτικές ευθύνες

Ακόμη, υπάρχουν και πολιτικές ευθύνες. Παραθέτουμε αυτούσια τα συμπεράσματα της Έκθεσης της Διακομματικής Κοινοβουλευτικής Επιτροπής (1992):

«Δε θα πρέπει να παραλείψουμε σαν ένα ακόμη από τα αίτια που οδήγησαν πολλούς νέους στα ναρκωτικά, ότι είναι η απογοήτευσή τους από την πολιτική, σαν αποτέλεσμα της στάσης απέναντι στη νεολαία, ιδεολογικών, πολιτικών ρευμάτων και παρατάξεων.».

«Στη χώρα μας, μετά τη μεταπολίτευση, όλες οι παρατάξεις, άλλες λιγότερο, σαφώς όμως μερικές περισσότερο, μεταχειρίστηκαν τους νέους σαν μάζα, εκμεταλλεζόμενες τα οράματα, τα όνειρα και τα συναισθήματά τους, για να τους εγκαταλείψουν όταν πέτυχαν τους σκοπούς τους. Και η τραυματική εμπειρία από τη διάψευση των ελπίδων τους και την προδοσία των αγώνων τους, τους απογοήτευσε και τους έκανε δύσπιστους προς την πολιτική και τους πολιτικούς, με αποτέλεσμα σήμερα η νεολαία μας να είναι στο σύνολό της σχεδόν απολιτική..».

«Από πρόσφατη μελέτη του Ε.Κ.Κ.Ε., ενώ το 1974 μέχρι το 1980, οι 4 στους 10 νέους μας ήταν πολιτικοποιημένοι, σήμερα είναι

μόνο ένας στους 10. Και έτσι, πολλοί από τους νέους μας με το ανήσυχο πνεύμα και την οργή, αποπροσανατολισμένοι πολιτικά, απογυμνωμένοι ηθικά και αποξενωμένοι, διοχετεύουν την ενεργητικότητα και το πνεύμα τους σε συμπεριφορές αντικοινωνικές και δεν είναι λίγοι εκείνοι που καταφεύγουν στα ναρκωτικά για να δώσουν διέξοδο στην ένταση και την ανασφάλειά τους». (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Η αναξιοπιστία των πολιτικών ευθύνεται επειδή προδίδει τα ιδανικά και τις ελπίδες των νέων. Δυστυχώς, σε πολλές χώρες η πολιτική ηγεσία απεδείχθη ότι έχει στην τελευταία βαθμίδα των φροντίδων της το μέλλον του τόπου ή δεν είναι άξια της εμπιστοσύνης του λαού. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994)

4.8. Κοινωνικοί παράγοντες

Υπάρχουν και κάποιοι κοινωνικοί παράγοντες και αίτια που οδηγούν στη χρήση ουσιών. Τα ευάλωτα στα ναρκωτικά άτομα πληθαίνουν σε κάθε εποχή, όπου: α) απλώνεται σε πλατιά κοινωνικά στρώματα η δυσαρέσκεια, η απογοήτευση και η κοινωνική αδικία (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994), β) ο αυξανόμενος ανταγωνισμός στη ζωή είναι σκληρός (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993), γ) οι άνθρωποι ζουν χωρίς ανώτερους σκοπούς, χωρίς υψηλά ιδανικά, χωρίς ηθικούς κανόνες και πίστη σε πνευματικές αξίες, δ) αμφισβητούν τα πάντα και απορρίπτουν κάθε παραδεδεγμένη τάξη ή σύστημα κοινωνικής ζωής χωρίς να αγωνίζονται για κάτι, ο ένας άνθρωπος δεν ανέχεται τον άλλο και αυτοπεριθωριοποιούνται, ζουν με άγχος, χωρίς ελπίδα με την οδύνη της μοναξιάς, ε) σύμφωνα με τον Τσιριντάνη Αλ. (1957), όταν οι άνθρωποι δέχονται κάθε τι το νεότερο ως καλύτερο, χωρίς να ενδιαφέρονται αν είναι πράγματι και αξιολογικά ανώτερο, γρήγορα απογοητεύονται, στ) σε περιόδους πολέμων ή μεγάλων κοινωνικών αναστατώσεων και ανακατατάξεων, με αποτέλεσμα την ανεργία, τη φτώχεια, την πείνα, τη μιζέρια, τη δυστυχία, την εξουθένωση και διάφορα άλλα. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Η τεχνολογική πρόοδος, η πληθωριστική καταναλωτική κοινωνία, η διάλυση της οικογένειας (ο.π), το αποξενωτικό κλίμα της σημερινής κοινωνίας, η απουσία αλληλεγγύης και συναισθηματικής ζεστασιάς, η ψυχική ανωριμότητα, οι εσφαλμένες προσδοκίες από τη χρήση τους, οι αποτυχίες και οι απογοητεύσεις, το ιδανικό της ψευδαίσθησης και γενικά ο ψυχοφθόρος ρυθμός της σύγχρονης ζωής, ιδιαίτερα στις μεγαλουπόλεις (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993), και οι συνεχείς μετακινήσεις προς τις πόλεις, συντρίβουν τον καθένα αλλά πιο πολύ τους νέους. Η αφθονία των αγαθών γίνεται κακός

σύμβουλος σε εκείνους που δεν τα έχουν ή δε μπορούν να τα αποκτήσουν και οδηγεί σε μια πιο μίζερη και ανυπόφορη ζωή. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Όσο ανεβαίνει η οικονομική στάθμη, τόσο περισσότερο δυσκολεύει η επικοινωνία ανάμεσα στους ανθρώπους, το άτομο αποξενώνεται και αισθάνεται μόνο στη μεγαλούπολη, όπου οι δυνατότητες για προμήθεια και χρήση είναι μεγαλύτερες. (ό.π.)

Συμπερασματικά, ο μολυσμένος κοινωνικός περίγυρος με τα χαμηλά ανθρώπινα πρότυπα – μοντέλα και την υποβαθμισμένη ανεπίσημη κουλτούρα, η αβεβαιότητα για το μέλλον και το αδιέξοδο της επαγγελματικής αποκατάστασης μαζί με τη μακροχρόνια ανεργία οδηγούν στη χρήση ουσιών. (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

5.1. Σωματικές συνέπειες

5.1.1. Αναλγητικά ναρκωτικά

Η καθαρή ηρωίνη, όπως και οι περισσότερες χημικά συγγενείς ουσίες, δεν προκαλεί αυτή καθ' αυτή σοβαρά προβλήματα υγείας, ακόμη και όταν την παίρνει κάποιος μια ολόκληρη ζωή. Τα προβλήματα προέρχονται από τον ακατάστατο κύκλο χρήσης, τη νόθευση της ουσίας, τις σύριγγες, τις παρέες των ηρωινομανών και από τη γενική κατάπτωση της υγείας, απόρροια της κακής διατροφής και της κούρασης που φέρνει ένας τρόπος ζωής εστιασμένος στα ναρκωτικά. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Υπάρχουν πολλά σωματικά επακόλουθα της χρήσης οπιοειδών ιδίως στην περίπτωση της συνηθισμένης ενδοφλέβιας μεθόδου χορήγησης (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999). Όσοι παίρνουν οποιαδήποτε ουσία με ένεση διατρέχουν τους ίδιους κινδύνους και οι οπαδοί της υποδόριας ή της ενδομυϊκής ένεσης δεν αποτελούν εξαίρεση. (Άντριου Τάιλερ, 1996). Συχνή είναι η λοίμωξη από τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας, η πνευμονία και τα πνευμονικά αποστήματα, η θρομβοφλεβίτιδα και η ραβδομύλυση (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999), καθώς και μολύνσεις από την παραμέληση των κανόνων της αντισηψίας. Επιπλέον, υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθούν πληγές, από τις οποίες μπορεί να μολυνθεί ο οργανισμός με διάφορα μικρόβια, όπως ο βάκιλος του τετάνου και γάγγραινα (Άντριου Τάιλερ, 1996). Συχνή είναι και η ηπατίτιδα Β και C, ίσως και AIDS, ενώ λιγότερο συχνή η σηψαιμία και η ενδοκαρδίτιδα (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999). Αυτά ισχύουν και για κάθε άλλη ουσία που η χρήση της γίνεται με ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή ένεση, με βελόνες και σύριγγες κοινής χρήσης, δηλαδή που τις χρησιμοποίησαν προηγουμένως άλλοι οι οποίοι συνέβη να ήταν μολυσμένοι. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Με τον καιρό, η μορφίνη και τα ανάλογά της προκαλούν ανοχή και νευροπροσαρμοστικές αλλαγές που είναι υπεύθυνες για την αντιδραστική υπερδιεγερσιμότητα όταν διακόπτεται η ουσία. Το στερητικό σύνδρομο περιλαμβάνει έντονη επιθυμία, άγχος, δυσφορία, χάσμηση, ανατρίχιασμα, δακρύρροια, ρινόρροια, αϋπνία, ναυτία ή εμετό, διάρροια, κράμπες, μυαλγίες και πυρετό. Με τις ουσίες

βραχείας δράσης, όπως η μορφίνη ή η ηρωίνη, τα συμπτώματα μπορούν να εμφανισθούν μέσα σε 8–12 ώρες από την τελευταία δόση, να φθάσουν στο αποκορύφωμα σε 48–72 ώρες και να υποχωρήσουν μέσα σε 7–10 ημέρες. Με ουσίες μικρότερης διάρκειας δράσης, όπως η μεθαδόνη, η έναρξη των συμπτωμάτων στέρησης μπορεί να καθυστερήσει 1–3 ημέρες μετά την τελευταία δόση. Τα συμπτώματα φτάνουν στην αιχμή τους από την 3^η μέχρι την 8^η μέρα και μπορούν να επιμείνουν επί αρκετές εβδομάδες, είναι όμως γενικά ηπιότερα από εκείνα που ακολουθούν τη διακοπή της μορφίνης ή της ηρωίνης σε ισοδύναμες δόσεις. (Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999).

Η «κλασική» θανατηφόρα δηλητηρίαση από υπερβολική δόση έχει χρόνο εξέλιξης από μία έως δώδεκα ώρες. Αρχίζει με αργή ή απλά ακανόνιστη αναπνοή. Οι κόρες των ματιών συστέλλονται σε μέγεθος καρφίτσας, το δέρμα μελανιάζει, η πίεση πέφτει σε υπερβολικά χαμηλά επίπεδα και επακολουθεί κώμα. Ο θάνατος, αν επέλθει, οφείλεται συνήθως σε οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια και σε επιπλοκές στην περιοχή της καρδιάς. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Μπορεί να προκαλέσει ακόμη πνευμονικό οίδημα, κατά το οποίο το άτομο πνίγεται κατά κάποιο τρόπο από υγρά που γεμίζουν ξαφνικά τους πνεύμονες. Το πρόβλημα αρχίζει με καρδιακή ανεπάρκεια, που προκαλεί υπερβολική συσσώρευση αίματος στις πνευμονικές αρτηρίες. Καθώς αυξάνεται η πίεση και η καρδιά δεν είναι πια σε θέση να διώξει το αίμα, τα τριχοειδή αγγεία εκκλύουν υγρό κατ' ευθείαν στους πνεύμονες. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Πολλές φορές προκαλείται ασφυξία, η οποία οφείλεται σε απόφραξη των αναπνευστικών διόδων, συνήθως από εμετό, που σε κανονικές συνθήκες θα αποβαλλόταν από το στόμα. (ό.π.).

Η πιο τραγική συνέπεια είναι ο αιφνίδιος θάνατος. Συχνά αποδίδεται σε υπερβολική δόση, όταν ο χρήστης πεθαίνει με τη βελόνα καρφωμένη ακόμα στο μπράτσο του. Το γιατί συμβαίνουν τέτοιοι θάνατοι δεν είναι ακόμη γνωστό. Το σώμα του θύματος δεν περιέχει πάντα μεγάλη ποσότητα ηρωίνης, ούτε αποδεικνύεται η ύπαρξη κάποιας άλλης ουσίας που να έχει χρησιμοποιηθεί για νόθευση. Ορισμένοι γιατροί αποδίδουν το θάνατο σε σοκ και άλλοι σε «οξεία αλλεργική αντίδραση». (Άντριου Τάιλερ, 1996).

5.1.2. Καταπραϊντικά ναρκωτικά

Όλες οι ουσίες που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία προκαλούν σωματική και ψυχική εξάρτηση, τοξικομανία και σύνδρομο στέρησης. Η ανοχή η οποία αναπτύσσεται στην ουσία

αφορά περισσότερο στην υπνωτική δράση, με αποτέλεσμα να μικραίνει σιγά-σιγά ο θεραπευτικός δείκτης και να μεγαλώνουν οι κίνδυνοι για την ίδια τη ζωή, από παράλυση συνήθως του κέντρου της αναπνοής. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994).

Υπάρχει όμως και μια σειρά από προβλήματα που οφείλονται αποκλειστικά στα βαρβιτουρικά, γεγονός που τα κατατάσσει ανάμεσα στις πιο επικίνδυνες ουσίες για ενδοφλέβια χρήση. Ο πιο σοβαρός κίνδυνος παρουσιάζεται όταν ο χρήστης, έχοντας εξαντλήσει τις ευκολοπρόσιτες φλέβες, στρέφεται στη μηριαία φλέβα της βουβωνικής χώρας, η οποία βρίσκεται πολύ κοντά στη μηριαία αρτηρία. Έτσι υπάρχει το ενδεχόμενο να χτυπήσει καταλάθος την τελευταία και τότε το βαρβιτουρικό προκαλεί σπασμούς στην αρτηρία, εμποδίζοντας το αίμα να φτάσει στο αντίστοιχο πόδι. Πολλά άτομα έχουν χάσει το πόδια τους με αυτόν τον τρόπο. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και αν χτυπηθεί αρτηρία του χεριού. (Αντ. Τάιλερ, 1996).

Ακόμη, τα βαρβιτουρικά προκαλούν εθισμό. Υπάρχουν πολλά οργανικά και ψυχολογικά κίνητρα για να εθιστεί κανείς στα βαρβιτουρικά, γι' αυτό, όταν η χρήση διακόπτεται απότομα, δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα στο σώμα και στο πνεύμα. Το πόσο χρόνο θα κάνει ένα άτομο να αναπτύξει εθισμό στα βαρβιτουρικά εξαρτάται από την κρίση του. Φαίνεται, πάντως, ότι ελάχιστοι γλιτώνουν την εξάρτηση μετά από συνεχή χρήση δύο μηνών με καθημερινή δόση 800mg. (Αντ. Τάιλερ, 1996).

Σε περίπτωση υπερβολικής δόσης, τα συμπτώματα είναι αδύναμος και αργός σφυγμός, εφίδρωση και αναπνοή που είναι είτε πολύ αργή, είτε γρήγορη και ρηχή. Αντίθετα από τη δηλητηρίαση με οπιούχα, δεν υπάρχει άμεσο αντίδοτο για την υπερβολική δόση βαρβιτουρικών, τα νοσοκομεία όμως διαθέτουν αρκετά μέσα για τη γρήγορη αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. (Αντ. Τάιλερ, 1996).

5.1.3. Βενζοδιαζεπίνες: Αγχολυτικά, Ηρεμιστικά – Υπνωτικά

Μια έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για τις βενζοδιαζεπίνες τις αποκαλεί «σχετικά ασφαλείς ουσίες», προσθέτοντας ότι καρδιακή και αναπνευστική καταστολή έχει παρατηρηθεί μόνο σε ειδικές περιπτώσεις (ιδιαίτερα σε λήψη με ένεση ή σε συνδυασμό με αλκοόλ) και γι' αυτό οι σοβαρές οργανικές βλάβες είναι σχετικά σπάνιες, ως συνέπεια υπερβολικής δόσης. Σύμφωνα με άλλες απόψεις όμως, οι ουσίες αυτές είναι πιο επικίνδυνες για πολύ νεαρά άτομα, για ηλικιωμένους και αρρώστους, καθώς και για άτομα υγιή μεν, που όμως παίρνουν ταυτόχρονα και άλλα κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ. (βαρβιτουρικά, μεθακουαλόνη,

οπιούχα, μείζονα ηρεμιστικά). Τέτοιοι συνδυασμοί οδηγούν πολλές φορές σε θάνατο, είτε σε τροχαίο είτε εσκεμμένο (αυτοκτονία). (ό.π).

5.1.4. Αλκοόλ – Αλκοολούχα ποτά

Οι περισσότεροι άνθρωποι χειρίζονται το αλκοόλ αρκετά καλά και δε δημιουργούν κανένα πρόβλημα ούτε στον εαυτό τους ούτε στους άλλους. Όταν όμως τα πράγματα πάνε στραβά, τότε οι επιπλοκές για την υγεία είναι ιδιαίτερα σοβαρές. (Αντ. Τάιλερ, 1996).

Αρχικά, τα συμπτώματα της επόμενης μέρας (hangover), είναι η κατάσταση που επακολουθεί της μέθης και η οποία περιλαμβάνει τα άμεσα επακόλουθα της κατανάλωσης αλκοόλ σε υπέρμετρη ποσότητα. Τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν κόπωση, πονοκέφαλο, δίψα, ίλιγγο, γαστρικές διαταραχές, ναυτία, εμετούς, αϋπνία, μικρές τρομώδεις συσπάσεις των χεριών και άνοδο ή πτώση της πίεσης του αίματος. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, OKANA, 1999).

Η πιο γνωστή συνέπεια της χρόνιας χρήσης αλκοόλ είναι η κίρρωση του ήπατος (Αντ. Τάιλερ, 1996). Η αλκοολική κίρρωση είναι βαριά μορφή αλκοολικής ηπατικής νόσου που χαρακτηρίζεται από νέκρωση και μόνιμη αλλοίωση της αρχιτεκτονικής του ήπατος, που οφείλεται στο σχηματισμό ινώδους ιστού και αναγεννητικών οζιδίων. Ο ορισμός αυτός είναι αυστηρά ιστολογικός αλλά η διάγνωση τίθεται συχνά βάσει κλινικών και μόνο κριτηρίων. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, OKANA, 1999).

Η χρόνια χρήση οινοπνεύματος βλάπτει και άλλες περιοχές του σώματος. Η βρογχίτιδα, η πνευμονία, η φυματίωση, η αλκοολική γαστρίτιδα, η αλκοολική παγκρεατίτιδα, η περιφερική νεφρίτιδα καθώς και διάφορες άλλες παθήσεις του ήπατος (ό.π.) και οι καρδιοπάθειες είναι μερικές από τις πιο συνηθισμένες επιπτώσεις. Τελευταία έχει αρχίσει επίσης να αποδεικνύεται η ύπαρξη αυξανόμενου κινδύνου για ορισμένα είδη καρκίνου. (Α. Τάιλερ, 1996)

Στις μέρες μας γίνονται επίσης όλο και περισσότερες έρευνες σχετικά με την επίδραση του οινοπνεύματος στον εγκέφαλο. Έχει γίνει πια αντιληπτό ότι το όργανο αυτό αντιδρά αρνητικά στην υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, με αποτέλεσμα την εξασθένηση των διανοητικών λειτουργιών. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

Το μεθύσι είναι οξεία δηλητηρίαση με το οινόπνευμα, ενώ η χρόνια δηλητηρίαση οδηγεί στον αλκοολισμό που είναι η τυπική μορφή της τοξικομανίας και χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα αντίστασης στην εσωτερική παρόρμηση για όλο και περισσότερο οινόπνευμα. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

5.1.5. Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ)

Τα προβλήματα που συνδέονται με τις αμφεταμίνες έχουν να κάνουν περισσότερο με τον τρόπο ζωής και σκέψης που διαμορφώνεται σιγά σιγά από τη χρήση της, παρά με τις τοξικές της επιδράσεις. Στην πραγματικότητα, η αμφεταμίνη παρουσιάζει πολύ μικρή τοξικότητα και σπάνια ευθύνεται για θανάτους από δηλητηρίαση ή υπερβολική δόση. Αντίθετα από τα κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ., όπως τα βαρβιτουρικά ή τα οπιούχα, σπάνια μπλοκάρει τις βασικές λειτουργίες του οργανισμού. Επίσης έχει κι ένα πλεονέκτημα απέναντι στην κοκαΐνη, που κι αυτή είναι διεγερτικό με μικρή διάρκεια δράσης: επειδή δεν έχει τις αναισθητικές ιδιότητες της κόκας, οι μεγάλες δόσεις είναι συνήθως απίθανο να προκαλέσουν σπασμούς και αναπνευστική καταστολή. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Όλα αυτά δε σημαίνουν ότι η αμφεταμίνη είναι ακίνδυνη. Οι χρόνιοι χρήστες έχουν μόνιμα προβλήματα ύπνου, εκρήξεις θυμού, διαρκές άγχος, προβλήματα διατροφής λόγω ανορεξίας, εξανθήματα, ταχυκαρδίες και αρρυθμίες, καθώς και πολλές άλλες παθήσεις που σχετίζονται με την ελλιπή διατροφή και τον κακό ύπνο. (ό.π.).

Η κοκαΐνη έχει μικρή τοξικότητα και οι θάνατοι από υπερβολική δόση είναι σχετικά σπάνιοι. Σε μεγάλες δόσεις παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα τοξικότητας που δε παρουσιάζει η αμφεταμίνη. Αυτό οφείλεται στις αναισθητικές ιδιότητες της κοκαΐνης και ιδιαίτερα στην κατασταλτική της επίδραση πάνω στα κατώτερα κέντρα του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τη λειτουργία της αναπνοής. Πιθανόν επίσης να σημειωθούν σύγχυση, ξηροστομία και ζάλη, ενώ η αναπνοή είναι τότε βαθιά και γρήγορη και τότε αργή και ασθενική. Η καρδιά παρουσιάζει αρρυθμίες και το άτομο μπορεί να πεθάνει από καρδιακή ή από αναπνευστική ανακοπή. Το φαινόμενο αυτό προκαλείται συνήθως από τη χρήση μεγάλων ποσοτήτων κοκαΐνης σε ένεση ή σε freebase, αλλά σύμφωνα με τον Γκαϊή, υπάρχει κάποιος κίνδυνος και για όσους την παίρνουν από τη μύτη, αν και αυτή η πιθανότητα είναι εξαιρετικά σπάνια. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Πολλοί ερευνητές επίσης έχουν παρατηρήσει ότι, κατά περίεργο τρόπο, οι αιφνίδιοι θάνατοι από κοκαΐνη είναι πολύ πιο συχνοί σε περιπτώσεις ιατρικής χορήγησης της ουσίας, παρά στην «περιθωριακή» της χρήση. Κάτω από ιατρική παρακολούθηση η κοκαΐνη χορηγείται συνήθως σε μεγάλες ενδοφλέβιες δόσεις. (ό.π.).

Τοξικές αντιδράσεις που μπορούν να παρατηρηθούν στο άτομο που κάνει χρόνια χρήση κοκαΐνης, αλλά και στον αδαή πειραματιζόμενο είναι το παραλήρημα, που συγγενεύει με πανικό, υπερπυρεξία, υπέρταση (κάποτε με υποσκληρίδια ή υπαραχνοειδή

αιμορραγία), καρδιακές αρρυθμίες, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή κατάρρευση, σπασμούς, status epilepticus και θάνατο. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, OKANA, 1999).

5.1.6. Παραισθησιογόνα – Ψευδαισθησιογόνα

Σωματικός εθισμός στο L.S.D. δεν αναπτύσσεται, δηλαδή ο οργανισμός δεν υποφέρει σε περίπτωση στέρησης. Όπως όμως συμβαίνει και με πολλές άλλες ουσίες, μπορεί να παρατηρηθεί ψυχολογική εξάρτηση, αν και στα παραισθησιογόνα είναι ιδιαίτερα σπάνια, γιατί οι ουσίες αυτές είναι υπερβολικά δυνατές για το μυαλό ώστε να τις αντέχει κανείς σε σταθερή βάση. (Αντριου Τάιλερ, 1996).

Λόγω της στενής χημικής συγγένειας της ψιλοκυβίνης και της ψιλοκίνης με το L.S.D., τα περισσότερα στοιχεία που αναφέραμε πιο πάνω για τις επιδράσεις του L.S.D. ισχύουν σε γενικές γραμμές και για ταμανιτάρια. Εδώ υπάρχει επιπλέον το πρόβλημα της τυχαίας δηλητηρίασης, καθώς και άλλους παράγοντες που χαρακτηρίζουν τους μύκητες και έχουν ελάχιστα μελετηθεί μέχρι στιγμής. (ό.π.).

Και για τα δύο είδημανιταριών ισχύει ότι και για το L.S.D.: σωματικός εθισμός δεν υφίσταται, υπάρχει όμως περίπτωση ψυχολογικής εξάρτησης. (Αντριου Τάιλερ, 1996).

5.1.7. Εισπνεόμενα – Πτητικά εξαρτησιογόνα

Ενώ οι ιατρικοί κύκλοι διαφωνούν ως προς τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις των διαλυτών στον εγκέφαλο, στο συκώτι, στα νεφρά και στο αίμα, ένα τουλάχιστον φαινόμενο είναι σαφές και αποδεδειγμένο: οι αιφνίδιοι θάνατοι που οφείλονται σε εισπνοή ουσιών – το φαινόμενο δηλαδή να πεθαίνει κάποιος από καρδιακή ή αναπνευστική ανακοπή, ενώ εισπνέει μια πτητική ουσία. Ο θάνατος μπορεί ακόμα να οφείλεται είτε σε εισρόφηση εμετού, είτε σε ηπατικές ή νεφρικές επιπλοκές. Οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται στις άμεσες τοξικές επιδράσεις της εκάστοτε ουσίας. (Αντριου Τάιλερ, 1996).

Η παρουσία των αερίων κάνει την καρδιά πιο ευαίσθητη από ότι συνήθως στις επιδράσεις της αδρεναλίνης, ορμόνης που ελέγχει τους καρδιακούς παλμούς. Όταν ο χρήστης βρίσκεται σε κατάσταση υπερδιέγερσης, η έκκριση αδρεναλίνης είναι τόση που ο οργανισμός δε μπορεί να ανταπεξέλθει. (Αντριου Τάιλερ, 1996).

Το θέμα αυτό είναι εξαιρετικά περίπλοκο, επειδή γίνεται χρήση μεγάλης γκάμας προϊόντων, που συχνά περιέχουν πολλών ειδών πτητικές ουσίες, η καθεμιά από τις οποίες δρα διαφορετικά σε συνδυασμό με τις άλλες. Επιπλέον, τα προϊόντα περιέχουν και

πρόσθετες ύλες, μερικές φορές άγνωστες, καθώς και στερεές ουσίες. Οι πρώτες έρευνες πάνω στο θέμα στηρίχτηκαν σε περιπτώσεις εργατικών ατυχημάτων με θύματα άτομα που έπαθαν δηλητηρίαση από αναθυμιάσεις διαλυτών στον τόπο της δουλειάς τους. Άλλες έρευνες βασίστηκαν σε πειράματα που έγιναν πάνω σε ζώα, συνήθως όμως με χορήγηση τόσο μεγάλων δόσεων, ώστε τα αποτελέσματα να είναι μάλλον αμφισβητήσιμα. Όσον αφορά τους «χρήστες αναψυχής», τα στοιχεία που υπάρχουν προέρχονται από τα ψυχιατρεία και τους σταθμούς πρώτων βοηθειών, αναφέρονται δηλαδή πάντα σε ακραίες περιπτώσεις χρήσης. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

5.1.8. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης

Η περιοδική χρήση κάνναβης μέτριας ποιότητας γενικά δεν προκαλεί εμφανή συμπτώματα τοξικότητας. Η πιο συχνή ή καθημερινή χρήση, ιδιαίτερα των πολύ ισχυρών ποικιλιών, μπορεί να προκαλέσει «χρόνια δηλητηρίαση», που για να εξουδετερωθεί χρειάζονται αρκετές εβδομάδες μετά τη διακοπή της χρήσης. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Ο καπνός της κάνναβης φαίνεται ότι είναι πιο βλαβερός για τους πνεύμονες από ότι ο καπνός των τσιγάρων. Μια πιθανή συνέπεια είναι η βρογχίτιδα και, «μετά από ικανή έκθεση», ο καρκίνος των πνευμόνων. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Αναλύσεις του καπνού της κάνναβης, πειράματα σε ζώα και μια κλινική έκθεση οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η κάνναβη ίσως είναι σε σημαντικό βαθμό καρκινογόνος. Μολονότι δεν έχει εμφανιστεί ακόμα σε άνθρωπο καρκίνος που να οφείλεται στην κάνναβη, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να προκύψει στο μέλλον.

Υπάρχουν μόνο ενδεικτικά, αλλά όχι οριστικά στοιχεία ότι η κατανάλωση κάνναβης ή THC μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Πληθώρα μελετών έχει δείξει μειωμένη απόδοση του ατόμου σε πολλές πνευματικές λειτουργίες και στην εκτέλεση εργασιών υπό την επήρεια της μαριχουάνας. Οι λειτουργίες που πλήττονται περισσότερο είναι η μνήμη, η αίσθηση του χρόνου, τα αντανακλαστικά, ο συντονισμός των κινήσεων, η προσοχή και η σύλληψη σημάτων. Σε ορισμένες πνευματικές λειτουργίες η απόδοση είναι δυνατόν ακόμα και να βελτιωθεί με τη χρήση μικρών δόσεων. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Σε ορισμένες έρευνες έχουν παρατηρηθεί συμπτώματα στέρησης παρόμοια με εκείνα που προκαλούν τα οπιούχα, το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά, δηλαδή επίδρωση, ναυτία, μυϊκοί σπασμοί.

Σύμφωνα με άλλες έρευνες, το άτομο γίνεται απλώς πιο ευερέθιστο μετά τη διακοπή της χρήσης. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Πιο ευαίσθητοι στις επιδράσεις της ουσίας είναι ίσως οι έφηβοι, που ο οργανισμός τους αναπτύσσεται με πολύ ταχύ ρυθμό, καθώς και οι ηλικιωμένοι, που μεταβολίζουν αργά τις φαρμακευτικές ουσίες, ενώ διαφορετικές καταστάσεις που μπορεί να υφίστανται ασχέτως ηλικίας, όπως ψυχασθένειες, καρδιοπάθεια και επιληψία, είναι δυνατό να επιδεινωθούν. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

5.2. Συναισθηματικές – Ψυχολογικές συνέπειες

5.2.1. Αναλγητικά ναρκωτικά

Η χρόνια δηλητηρίαση από οπιούχες ουσίες εκδηλώνεται και με ψυχικά συμπτώματα, εξελίσσεται μια αλλαγή στη προσωπικότητα του τοξικομανή η οποία στην αρχή, γίνεται πολύ δύσκολα αντιληπτή. (Ευάγγελος Παπαγεωργίου, 2004)

Η αλλαγή αυτή αρχίζει με μια υπερευαισθησία, εύκολη σωματική και ψυχική κόπωση, απροσδιόριστη δυσφορική διάθεση και έλλειψη εμπιστοσύνης για όλους και σε όλα. Ιδιαίτερα χαρακτηριστική είναι η απότομη εναλλαγή της ψυχικής διάθεσης, από μια αδιάφορη τοποθέτηση σε μια ερεθισμένη νευρικότητα που εκδηλώνεται με κριτικές και επιθετικές τάσεις. (ό.π.)

Με το χρόνο παρατηρούμε μια έντονη ελάττωση των συνειδησιακών λειτουργιών, μείωση των ενδιαφερόντων, εξαφάνιση του συναισθήματος υποχρέωσης απέναντι στο κοινωνικό περιβάλλον και προσκόλληση μόνο στην προσωπική ικανοποίηση. Παρ' όλο που οι πνευματικές λειτουργίες δε διαταράσσονται, έχουμε απώλεια της ικανότητας για αυτοκριτική. Οι συνειδησιακές τύψεις εξαφανίζονται, η θέληση παραλύει και μόνο ενδιαφέρον παραμένει η χρήση της τοξικής ουσίας. (Ευάγγελος Παπαγεωργίου, 2004)

5.2.2. Καταπραϋντικά ναρκωτικά

Ο λόγος που παίρνει κανείς βαρβιτουρικά είναι για να φτιάξει τη διάθεσή του. Το αποτέλεσμα αυτό επιτυγχάνεται μεν βραχυπρόθεσμα, αλλά σε πιο παρατεταμένη χρήση τα βαρβιτουρικά αυξάνουν το άγχος και την κατάθλιψη. Αναπτύσσεται τότε η τάση για μεγαλύτερες δόσεις κι έτσι ο χρήστης βουλιάζει σε μια κατάσταση, από την οποία η μόνη φαινομενική διέξοδος είναι να αυξήσει ακόμη περισσότερο την ποσότητα που καταναλώνει. Εξάλλου, η επίσημη ένδειξη των βαρβιτουρικών είναι η θεραπεία της μελαγχολίας. Με αυτόν τον τρόπο, πολλά άτομα έχουν παγιδευτεί σε ένα φαύλο κύκλο

που καταλήγει είτε σε υπερβολική δόση, είτε σε αυτοκτονία. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Παρά το γεγονός ότι η δράση τους υποτίθεται ότι είναι καταπραϋντική, τα βαρβιτουρικά είναι ικανά να προκαλέσουν βίαη και χαοτική συμπεριφορά. Ως υπναγωγά φέρνουν ίσως τον ύπνο τις πρώτες δύο–τρεις βδομάδες, στη συνέχεια όμως αρχίζουν να καταστέλλουν τη φυσιολογική λειτουργία του, συμπεριλαμβανομένων και των ονείρων. Αν και οι επιδράσεις τους δεν είναι τόσο εντυπωσιακές, καταλήγουν να είναι πιο θανατηφόρα από όλες τις ενέσιμες ουσίες γιατί αποτελούν τα πιο διαδεδομένα μέσα αυτοκτονίας. Επίσης, αριθμούν περισσότερους τοξικομανείς από όλα τα ναρκωτικά και η στέρησή τους εγκυμονεί εξαιρετικά μεγάλους κινδύνους. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

5.2.3. Βενζοδιαζεπίνες: Αγχολυτικά, Ηρεμιστικά – Υπνωτικά

Οι περισσότερες δυσμενείς επιδράσεις των βενζοδιαζεπινών περιορίζονται σε θέματα συμπεριφοράς, δηλαδή άστατο ύπνο, κρίσεις πανικού, επιδείνωση καταθλιπτικών ή βίαιων τάσεων, αυτό όμως μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι βενζοδιαζεπίνες δεν έχουν ερευνηθεί σε βάθος, όσον αφορά τις πιθανές επιδράσεις στον οργανισμό. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο οργανισμός αναπτύσσει σχετικά γρήγορα ανοχή στις αγχολυτικές ιδιότητες των βενζοδιαζεπινών, έτσι ώστε χρειάζεται σταθερή αύξηση της δόσης για να διατηρούνται οι επιθυμητές επιδράσεις στο ίδιο επίπεδο. Αν δεν αυξηθεί η δόση, τα χάπια καταλήγουν να είναι ουσιαστικά άχρηστα μετά από μερικές εβδομάδες. Ακόμα και με επανειλημμένες αυξήσεις της δόσης, υπάρχει κάποιο όριο, πέρα από το οποίο ο οργανισμός δεν ανταποκρίνεται ευνοϊκά. Ισχυρή είναι και η διασταυρούμενη ανοχή ανάμεσα στις βενζοδιαζεπίνες και σε άλλα κατασταλτικά του Κ.Ν.Σ. Με άλλα λόγια, για να ξαναβρεί ένα άτομο την παλιά του ευαισθησία στις επιδράσεις των ηρεμιστικών, θα πρέπει να διακόψει τη χρήση οποιουδήποτε άλλου κατασταλτικού για αρκετές εβδομάδες. (ό.π.).

5.2.4. Αλκοόλ – Αλκοολούχα ποτά

Ο αλκοολισμός γεννά πολλά προβλήματα που έχουν σχέση με τη συναισθηματική ζωή του χρήστη και με τα πρόσωπα του στενού του περιβάλλοντος. Έτσι, μπορεί να εκδηλωθεί άγχος, κατάθλιψη, αισθήματα ενοχής, παράνοια, κενά μνήμης, υπερδιέγερση και, πολύ συχνά, βία εναντίον του ή της συζύγου. Χωρίς καμιά υπερβολή, θα

λέγαμε ότι η επίδραση που έχει το οινόπνευμα στην οικογενειακή ζωή ενός αλκοολικού είναι η χειρότερη από όλες. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

5.2.5. Διεγερτικά του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.).

Αντίθετα από τον χρήστη αμφεταμίνης, που εξωθείται σε πολύωρη αϋπνία και ριζική αναπροσαρμογή του καθημερινού του ωραρίου, ο χρήστης κοκαΐνης μπορεί να «σνιφάρει» για μεγάλα χρονικά διαστήματα, χωρίς να αυξάνει τη δόση ή να στρέφεται σε πιο σκληρούς τρόπους χρήσης (σύριγγα, freebase). Υπάρχει όμως ταυτόχρονα και ένα σημαντικό ποσοστό χρηστών που με το χρόνο παρουσιάζουν προβλήματα. Μερικά από αυτά είναι οι μεταπτώσεις στη διάθεση, ο προβληματικός ύπνος, η σεξουαλική ανικανότητα, ο υποσιτισμός (λόγω ανορεξίας), η υπερδιέγερση, οι κρίσεις παράνοιας, η σύγχυση και η υπερευαισθησία. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

Άλλα νευροψυχιατρικά επακόλουθα περιλαμβάνουν ψυχωσικό σύνδρομο με παρανοϊκές ψευδαισθήσεις, ακουστικές και οπτικές παραισθήσεις και ιδέες αναφοράς. «Φώτα στο χιόνι» είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για την περιγραφή παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων που μοιάζουν με σπινθηρισμούς του ήλιου σε κρύσταλλα χιονιού. (Λεξικό Αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες, ΟΚΑΝΑ, 1999).

5.2.6. Παραισθησιογόνα – Ψευδαισθησιογόνα

Υπάρχει κίνδυνος ψύχωσης που έχει παρατηρηθεί σε ορισμένα άτομα, είτε μετά από μία δόση, είτε μετά από μακροχρόνια χρήση. Η ψύχωση μπορεί να διαρκέσει αρκετές ώρες ή και μεγαλύτερο διάστημα. Μοιάζει, από πολλές απόψεις, με παρανοϊκή σχιζοφρένεια και χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις, ταραγμένη σκέψη και αλλόκοτη συμπεριφορά. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

Οι ουσίες αυτές δημιουργούν διαστρεβλωμένες εντυπώσεις. Υπό την επίδραση αυτών των εντυπώσεων που προκαλούν και κατάσταση πανικού, μπορεί κανείς να ανοίξει το παράθυρο και να αυτοκτονήσει πέφτοντας στο κενό. Το όλο σύνδρομο αρχίζει να υποχωρεί μετά από 12 ώρες περίπου. Ένα επεισόδιο πανικού διαρκεί περίπου 24 ώρες, όμως το άτομο για 2–3 ημέρες είναι ακόμη ανάκατο να κρίνει ορθά και να αποφασίσει σωστά. (Αθ. Β. Αβραμίδης, 1994).

5.2.7. Προϊόντα Ινδικής Κάνναβης

Σε ένα ποσοστό ατόμων η κάνναβη δεν έχει καμία απολύτως ψυχοτρόπο επίδραση. Σε ορισμένους φέρνει ναυτία. (Αντρίου Τάιλερ, 1996).

Πολλοί χρήστες καταναλώνουν κάνναβη με τακτικό ρυθμό, ακόμα και σε καθημερινή βάση, με αποτέλεσμα να ζουν τελικά μέσα σε ένα είδος ομίχλης. Στους εξαιρετικά επίμονους χρήστες αυτή η ομίχλη γίνεται τόσο πυκνή, που τους εμποδίζει να διακρίνουν καθαρά την πραγματικότητα. Τα άτομα αυτά έχουν συνήθως ύπνο βαρύ και χωρίς όνειρα. Θα έλεγε κανείς ότι η χρήση της κάνναβης στη διάρκεια ημέρας εξαντλεί τα περιορισμένα αποθέματα των ονείρων τους. Όταν σταματούν τη χρήση, τα όνειρα επιστρέφουν με έναν καταγιοισμό όλων των φανταστικών και ίσως τρομακτικών εικόνων, που για τόσο καιρό είχαν λείψει από τον ύπνο τους. (Άντριου Τάιλερ, 1996).

Από το 1933 υπάρχουν αναφορές σχετικά με τις χασισικές ψυχώσεις. Σύμφωνα με τον Ε. Παπαγεωργίου (2004) οι ψυχικές διαταραχές που προκαλούνται από το χασίς μπορούν να καταταχθούν στις ακόλουθες κλινικές κατηγορίες:

1. Την άμεση δράση, στη μορφή της «χασισικής μέθης», που εμφανίζει ένα εναλλασσόμενο και ασταθές άθροισμα συμπτωμάτων: την αλλαγή δηλαδή έντασης της παρούσας ψυχικής διάθεσης, που μπορεί να διακυμαίνεται από έντονα ευφορική μέχρι και καταθλιπτική ή δυσφορική διάθεση, αλλαγές των συναισθημάτων του ΕΓΩ με παρανοϊκά χρωματισμένες εμπειρίες, όπως και παραγωγή παρανοϊκών ιδεών και τοποθέτησης απέναντι στο περιβάλλον, τάση προς φαντασιώσεις και αυτισμό, ιδιαίτερες διαταραχές της συνειδήσης, των συλλογισμών και της ροής των σκέψεων, διαταραχές του συναισθήματος του χρόνου και του χώρου, καταναγκαστικές ενορμήσεις, αλλαγές της ψυχοκινητικής κατάστασης από υπερκινητικότητα μέχρι καταληπτικά και ακινητικά φαινόμενα.

2. Τη χρόνια χασισική δηλητηρίαση, κατά την οποία θα πρέπει να ξεχωρίσει κανείς τις ελαφριές περιπτώσεις με ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης και αντίστασης, από τις βαριές, έντονα εθισμένες περιπτώσεις με διαταραχές του χαρακτήρα με την έννοια της εξαθλίωσης, αστάθειας, αποφυγής διαπροσωπικών σχέσεων και κοινωνικής πτώσης.

3. Τις επεισοδιακές συγχυτικές καταστάσεις, δηλαδή ψυχωτικές καταστάσεις σύντομης χρονικής διάρκειας, που εμφανίζονται στη διάρκεια μιας χρόνιας δηλητηρίασης και χαρακτηρίζονται από ελάττωση της συνειδησιακής κατάστασης ή αλλαγή αυτής με τη μορφή κατατονικών φάσεων, ονειρικών – παραληρητικών φαινομένων, όπως και μηχανικές ανησυχητικές καταστάσεις που θεραπεύονται αυτόματα.

4. Τις παρατεινόμενες χασισικές ψυχώσεις, που ξεχωρίζουν από τις προηγούμενες από τη διάρκεια τους, που κυμαίνεται από ένα μήνα μέχρι και ένα χρόνο.

5. Την παρατηρούμενη χασισική άνοια, που εμφανίζεται, όπως και στον αλκοολισμό, μετά από χρόνια κατάχρηση χασίς και παρουσιάζει μη θεραπεύσιμα οργανοψυχικά συμπτώματα. (Ευάγγελος Παπαγεωργίου, 2004)

5.3. Κοινωνικές συνέπειες

Η χρήση και διακίνηση εξαρτησιογόνων ουσιών περιλαμβάνει το κόστος πρόληψης, θεραπείας, καταστολής, απώλειας ανθρωπίνου δυναμικού και κατ' επέκταση, μείωσης της παραγωγικότητας. Συνεπώς, ο υπολογισμός του συνολικού κόστους δίνει μια σφαιρικότερη εκτίμηση σχετικά με τις διαστάσεις του προβλήματος των παράνομων εξαρτησιογόνων ουσιών. (<http://www.ektepn.org.cy/wp-content/uploads/2010/11/newsletter-21.pdf>)

Η ουσιοεξάρτηση έχει σημαντικές κοινωνικές και σχετιζόμενες με την υγεία συνέπειες, με αποτέλεσμα οι πλείστες χώρες να χαράζουν Εθνικές Στρατηγικές. Για τη χάραξη των Εθνικών Στρατηγικών και τη συμπερίληψη τους στη διαμόρφωση της οικονομικής πολιτικής της εκάστοτε χώρας, είναι χρήσιμο να εκτιμάται το κόστος που προκύπτει από τη χρήση ουσιών εξάρτησης. (ό.π.)

Ο τοξικομανής, καθώς μυείται στον κόσμο των ναρκωτικών, κόβει όλους τους κοινωνικούς δεσμούς του. Μπαίνοντας στο κοινωνικό περιθώριο φαίνεται να κάνει την ρήξη του με ολόκληρη την κοινωνία και με ό,τι την αντιπροσωπεύει. Η ακραία αποξένωση αλλοιώνει ριζικά την σχέση του με τον χώρο και τον χρόνο, την κοινωνία και την ιστορία και τον μετατρέπει σε «δραπέτη» της. (Κατερίνα Μάτσα, 2007)

Η διαρκής ανάγκη χρήσης, με οποιοδήποτε κόστος, της ουσίας συνυφαίνεται με τη ρήξη του ατόμου με το περιβάλλον του, την αναζήτηση του κινδύνου, την πρόκληση του νόμου, την παραβατικότητα ως στοιχείο του τρόπου ζωής του μέσα στα ναρκωτικά. Ο τοξικομανής, θέτοντας σε διαρκή αμφισβήτηση πρόσωπα, καταστάσεις, θεσμούς, βρίσκεται σε μόνιμη ρήξη με το περιβάλλον του, το στενό και της οικογένειας. (Σωσώ Τσίλη, 1996)

Η εξάρτηση από ουσίες συνυφαίνεται με την αποδόμηση της προσωπικότητας και της κοινωνικής ζωής, μια αποδόμηση που ωθεί

αργά ή γρήγορα έξω από τον κοινωνικό χώρο. (Κατερίνα Μάτσα, 2007)

Ναρκωτικά και βία συνυφαίνονται στενά. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι τα ναρκωτικά, ιδιαίτερα τα ακριβά, οδηγούν σε πράξεις βίας, είτε ως αποτέλεσμα της φαρμακολογικής δράσης των ναρκωτικών, είτε για την εξασφάλιση της δόσης. Ο τοξικομανής εκφράζεται διαμέσου της βίας, η ύπαρξη του συνυφαίνεται με αυτήν. Όλες οι πράξεις του, και όχι μόνο αυτές που έχουν να κάνουν με την αναζήτηση και την εξασφάλιση των ναρκωτικών, εμπεριέχουν το στοιχείο της βίας. (ό.π.)

Ανίκανος να αποκτήσει δεσμούς επικοινωνίας με τους άλλους, ανίκανος να βρει μια θέση μέσα στον κοινωνικό ιστό, αισθάνεται ξένος παντού, στο σπίτι του, στο σχολείο, στη γειτονιά, στη δουλειά. Το βασανιστικό αίσθημα του ανοικείου τον κάνει να βιώνει αρνητικά τον πραγματικό χώρο, ωθώντας τον στην αναζήτηση ενός φαντασιακού χώρου για να καλύψει το κενό του πραγματικού. (ό.π.)

Η σχέση του τοξικομανή με την παράνομη ουσία του αφαιρεί μέρος από την ατομική του ελευθερία, από τα δικαιώματα του ως πολίτη, λόγω της βιολογικής και της ψυχολογικής του εξάρτησης από την ουσία, εφ' όσον αδυνατεί να ενταχθεί κοινωνικά και καταδικάζεται σε ένα επίπεδο διαβίωσης μέσα στην παρανομία. Έτσι, ο τοξικομανής είναι πολλαπλά αποκλεισμένος από τα αγαθά και τις υπηρεσίες που προσφέρει μια κοινωνία στα μέλη της, ενώ μπορεί να του καταλογιστεί συγχρόνως ότι είναι υπαίτιος της κατάστασης του, επειδή ο ίδιος την έχει επιλέξει. (Σωσώ Τσίλη, 1996)

Ο τοξικομανής αποτελεί μια κοινωνική ομάδα χωρίς δικό της αντιπροσωπευτικό λόγο, που εξ' αιτίας της ιδιάζουσας σχέσης με τα ναρκωτικά δε συμμετέχει στα κοινά, ούτε ως άτομο ούτε ως πολίτης, και διαβιώνει μέσα σε συνθήκες πολύ χαμηλού επιπέδου. (ό.π.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

6.1. Ενημέρωση

Το 1980, τότε που το πρόβλημα των ναρκωτικών στην Ελλάδα ήταν μικρό σε έκταση, το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών με έγγραφο του καθόριζε ότι: *«Καμιά διαφώτιση του ευρύτερου κοινού δεν πρέπει να γίνεται για τα ναρκωτικά, διότι, όπως ξεκάθαρα τονίσθηκε, σε όσες χώρες έγινε ευρεία διαφώτιση τα αποτελέσματα ήταν αντίθετα από τα επιδιωκόμενα»* (Σπ. Δοξιάδης). Το 1984, όταν η μαθητική εφημερίδα «Έντυπο» της Βαρβακείου Προτύπου Σχολής υποστήριζε το *«δικαίωμα του κάθε ανθρώπου να αυτοδιαχειρίζεται και να διαλέγει το θάνατο του»*, επενέβη ο Εισαγγελέας και ο Υπουργός Παιδείας (Απ. Κακλαμάνης) δήλωσε ότι *«η δημοσιότητα στο θέμα των ναρκωτικών δεν εξυπηρετεί τη νεολαία μας»*. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994)

Τώρα πλέον όλοι ζητούν ενημέρωση, διότι έχει αναγνωρισθεί ότι αποτελεί τη βασική και απαραίτητη προϋπόθεση, πάνω στην οποία μπορεί να θεμελιωθεί η ευαισθητοποίηση του κοινού και κάθε προσπάθεια για την αντιμετώπιση του οποιουδήποτε από τα πολλά, πολύπλοκα και πολύπλευρα προβλήματα των ναρκωτικών. Αποτελεί δε και τη βασική προϋπόθεση για την πρόληψη. Όμως πρέπει να γίνεται με τον αρμόζοντα τρόπο, ώστε να πείθει. (ό.π.)

Η ενημέρωση πρέπει να είναι ειλικρινής, αντικειμενική, ακριβής, μεθοδική, ολοκληρωμένη, πλήρης, σύμφωνη με την κάθε ηλικία και ανάλογη με το μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο εκείνων προς τους οποίους απευθύνεται. Να συμπεριλαμβάνει τις εθιστικές ουσίες οι οποίες κυκλοφορούν νομίμως: κατασταλτικά – ηρεμιστικά – αγχολυτικά – υπνωτικά, οιοπνευματούχα, νικοτίνη, εισπνεόμενα εθιστικά. Χωρίς βεβαίως να τρομοκρατεί με αδικαιολόγητες υπερβολές, ούτε όμως και να υποβιβάζει τη σοβαρότητα του θέματος. Να απευθύνεται στη λογική και όχι στο συναίσθημα. Να μην εξάπτει τη φαντασία και να μην παρακινεί την περιέργεια για μια δοκιμή. Είναι εύκολο να μιλά κανείς για την ενημέρωση, όμως πολύ δύσκολο να γίνεται και να είναι εκείνη που πρέπει. (ό.π.)

Σκοπός και πρόθεση της ενημέρωσης πρέπει να είναι ο περιορισμός της διαδόσής τους και όχι η ικανοποίηση της φιλομάθειας στους τρόπους χρήσης, η οποία θα μπορούσε να παρακινήσει και την περιέργεια για μια δοκιμή. Μια παλιότερη τακτική να παρουσιάζονται τα πράγματα τρομακτικά ώστε να ενεργούν αποτρεπτικά, δεν είναι παραδεκτή διότι η οποιαδήποτε

υπερβολή κλονίζει την αξιοπιστία. Ούτε βεβαίως και η άποψη εκείνων οι όποιοι θεωρούν ότι οι οποιοσδήποτε συζητήσεις γύρω από τα ναρκωτικά συμβάλλουν στη διαφήμιση τους. (ό.π.)

Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται από κάποιον «ειδικό», επειδή αυτός γνωρίζει σε βάθος το θέμα, παρακολουθεί κάθε μέρα τις εξελίξεις και είναι σε θέση να κατατοπίζει και να ενημερώνει τους άλλους. Όμως, όσο περισσότερο «ειδικός» είναι κάποιος, τόσο πιο πολύ παρουσιάζει το μειονέκτημα να γνωρίζει πάρα πολλά για ένα μέρος του προβλήματος οπότε, ενδέχεται να μην είναι ο πλέον κατάλληλος για την απαιτούμενη σφαιρική ενημέρωση του κοινού. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994)

Συμβαίνει συχνά ένας ερευνητής κάποιου θέματος να μην είναι και καλός δάσκαλος. Ενώ αυτός που ενημερώνει θα πρέπει να διαθέτει μεγάλη ευστροφία και προσαρμοστικότητα, ανάλογα με τα πρόσωπα ή την ομάδα των ατόμων προς τα οποία απευθύνεται. (ό.π.)

Καθώς το πρόβλημα των ναρκωτικών εξαρτάται από κοινωνικούς, ιατρικούς, ψυχολογικούς, πολιτιστικούς και εκπαιδευτικούς παράγοντες, θα πρέπει η ενημέρωση να γίνεται από όλους τους εμπλεκόμενους, ο καθένας στο πεδίο της επιστήμης του. Θα πρέπει επομένως να συνεργάζονται αλληλοσυμπληρούμενοι, πράγμα όχι πάντοτε εφικτό, με κίνδυνο η ενημέρωση να καταλήγει σε ένα μηχανισμό μη αποτελεσματικό. Το θέμα μάλιστα μπορεί να γίνεται ακόμη πιο απλό, όταν και πλήθος άλλοι που έχουν τις γνώσεις, μπορούν να αναλάβουν ανάλογο ρόλο, χωρίς να είναι οι ειδικοί, όπως οι γονείς. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994)

Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται από κάποιον που να έχει την ικανότητα να πιάνει τον παλμό αυτών που τον ακούν και να βρίσκεται σε διαρκή ψυχική επικοινωνία μαζί τους. Αντίθετα η ανάγνωση ή η έκθεση μιας επιστημονικής έρευνας δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994)

Η σωστή ενημέρωση πρέπει να γίνεται χωρίς προσπάθεια αυτοπροβολής και αυτός που αναλαμβάνει αυτό το δύσκολο έργο θα πρέπει συνεχώς να ενημερώνεται. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994)

6.1.1. Οι γονείς

Οι γονείς είναι εκείνοι οι οποίοι, χωρίς να είναι ειδικοί, όταν παρουσιάζεται μια ευκαιρία από κάποιο γεγονός, απλά και χωρίς να κάνουν μάθημα, μπορούν να ενημερώνουν τα παιδιά τους ώστε να διαμορφώνουν τάση αποτρεπτική, από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής τους, προσφέροντας την κατάλληλη αγωγή. Ασφαλώς, θα πρέπει να επισημαίνεται εγκαίρως ο ρόλος τους και να τους δίνονται τα

κατάλληλα εφόδια, ώστε να ενημερώνονται και να μπορούν, με ετοιμότητα, να παίρνουν τη σωστή θέση σε κάθε παρουσιαζόμενη ευκαιρία. Κάτι που θα συνεχίζεται και για πολλά χρόνια αργότερα, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του χαρακτήρα και της προσωπικότητας των παιδιών τους. (ό.π.)

Αν δοθεί μια αφίσα πρόληψης σε μια οικογένεια και αυτή τη διαβάσει για μια στιγμή και ύστερα την πετάξει, τα αποτελέσματα της αφίσας θα είναι μηδαμινά. Αν η αφίσα συζητηθεί από τα μέλη της οικογένειας και επικολληθεί κάπου για μεγάλο χρονικό διάστημα τα αποτελέσματα της θα είναι πολύ μεγαλύτερα. (<http://www.prolipsi-xanthi.gr>)

6.1.2. Οι εκπαιδευτικοί

Ως αρμοδιότεροι και περισσότερο κατάλληλοι για την ενημέρωση θεωρούνται οι εκπαιδευτικοί, στο σχολείο τους, οι οποίοι πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι και ειδικά καταρτισμένοι για το έργο αυτό. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994)

Ο εκπαιδευτικός έχει πολλές δυνατότητες να περνά τα μηνύματα που θέλει, σε κατάλληλες ευκαιρίες ή με συγκεκριμένα μαθήματα, όπως στα πλαίσια της «αγωγής της υγείας». (ό.π.)

Το Υπουργείο Παιδείας οργανώνει προσπάθεια για τη «δημιουργική απασχόληση» των μαθητών, αξιοποιώντας τις ιδιαίτερες κλίσεις τους και διάφορα άλλα τα όποια αποβλέπουν στην αναβάθμιση της παιδαγωγικής αποστολής των σχολείων. (ό.π.)

Η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών ή των ψυχολόγων του σχολείου δε μπορεί να φθάνει μέχρι του σημείου να αναγνωρίζουν ουσίες, να ομιλούν για αυτές, για την κατάχρηση ουσιών και τις συνέπειες τους. Δε μπορούν επίσης να υποκαθιστούν αυτοί τους γιατρούς, μιλώντας για διαγνώσεις ιατρικής φύσεως των συνεπειών της χρήσεως. Κάπου, βεβαίως, ο ρόλος τους σταματά και είναι πλέον αναρμόδιο ή ακατάλληλοι για παραπέρα ενασχόληση. (ό.π.)

Υπάρχουν όμως και εκείνοι οι οποίοι διατυπώνουν επιφυλάξεις για τον ενημερωτικό ρόλο του εκπαιδευτικού, επειδή και αυτός αντιπροσωπεύει κάποια μορφή κύρους. Συνιστούν, ως καταλληλότερους για ενημέρωση στο Σχολείο, τους μαθητές μεγαλύτερων τάξεων, όντας καλά προετοιμασμένοι. (ό.π.)

6.1.3. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Ως Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης ή Επικοινωνίας (Μ.Μ.Ε.) εννοούνται όλα τα διαθέσιμα μέσα με τα οποία μπορεί να ενημερωθεί

για προηγούμενα και τρέχοντα συμβάντα ένα μεγάλο πλήθος ανθρώπων. Τα Μ.Μ.Ε. χωρίζονται σε:

- Ασύγχρονα μέσα, όπως είναι ο τύπος και το διαδίκτυο, καθώς η πληροφορία τους μεταδίδεται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές για κάθε διακριτό χρήστη.

- Σύγχρονα μέσα, όπως είναι το ραδιόφωνο και η τηλεόραση, καθώς όλοι οι χρήστες λαμβάνουν την πληροφορία συγχρόνως. (<http://el.wikipedia.org>)

Στο σημείο αυτό θα παραθέσουμε μια έκθεση που έχει δημοσιευθεί στην ιστοσελίδα του Ινστιτούτου Επικοινωνίας με θέμα: Πώς οι έφηβοι καταναλώνουν τα Μ.Μ.Ε.:

Εφημερίδες: Κανείς έφηβος δε διαβάζει συνήθως εφημερίδα, καθώς οι περισσότεροι δε διαθέτουν τον χρόνο και δε μπορούν να σκοτίζονται να διαβάζουν σελίδες επί σελίδων κειμένου ενώ μπορούν να παρακολουθούν τις ειδήσεις περιληπτικά στο διαδίκτυο ή στην τηλεόραση. Οι μοναδικές εφημερίδες που διαβάζονται είναι οι δωρεάν εφημερίδες (όπως η Metro κ.ά.). (Μάριος Μαρσέλος, 2005)

Κατάλογοι: Οι έφηβοι δε χρησιμοποιούν ποτέ καταλόγους αφού μπορούν να βρουν την πληροφορία εύκολα στο διαδίκτυο. (ό.π.)

Διαδίκτυο: Όλοι οι έφηβοι διαθέτουν πρόσβαση στο διαδίκτυο, είτε στο σχολείο είτε στο σπίτι. Το διαδίκτυο χρησιμοποιείται κατ'εξοχήν για την κοινωνική δικτύωση, καθώς και ως πηγή πληροφόρησης για μια ποικιλία θεμάτων. Μερικοί έφηβοι κάνουν αγορές μέσω του διαδικτύου αλλά αυτό χρησιμοποιείται μόνο από ένα μικρό ποσοστό, επειδή απαιτείται πιστωτική κάρτα και οι περισσότεροι έφηβοι δε διαθέτουν. (ό.π.)

Οι έφηβοι θεωρούν τις διαφημίσεις σε ιστότοπους (όπως τα pop ups) σαν εξαιρετικά εκνευριστικές και άσκοπες, καθώς ποτέ δεν τις έχουν προσέξει και απεικονίζονται τόσο αρνητικά που κανείς δεν τις παρακολουθεί. (Μάριος Μαρσέλος, 2005)

Τηλεόραση: Οι περισσότεροι έφηβοι παρακολουθούν τηλεόραση, αλλά συνήθως υπάρχουν χρονικές περίοδοι κατά τις οποίες παρακολουθούν περισσότερο από τον μέσο όρο. Αυτό οφείλεται σε προγράμματα που «βγαίνουν» κατά καιρούς και έτσι θα παρακολουθήσουν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα σε μια συγκεκριμένη ώρα για μερικές εβδομάδες (για όσο αυτό διαρκεί) και μετά μπορεί να μην παρακολουθήσουν τηλεόραση για εβδομάδες όταν αυτό τελειώσει. (Μάριος Μαρσέλος, 2005)

Η τηλεόραση με πολλούς τρόπους θίγει το θέμα των ναρκωτικών, είτε απ' ευθείας με ειδικά αφιερώματα, είτε εμμέσως με κινηματογραφικές ταινίες, συζητήσεις και διαφημίσεις. (ό.π.) Αυτό

που είναι απαραίτητο είναι η ενημέρωση να αγγίζει κάποιον και συναισθηματικά. Όπως οι διαφημίσεις της καπνοβιομηχανίας. Με κάθε τύπο τσιγάρου προβάλλουν και κάποιον ήρωα ή ανάγκη όπως ανεξαρτησία, αντοχή, δυναμισμό, ευφυΐα, ελκυστικότητα κ.ο.κ. Δίνουν στον αποδέκτη – καταναλωτή ένα προϊόν μέσα σε ένα συναισθηματικά όμορφα κομψοτεχνημένο πακέτο διαφήμισης. (<http://www.prolipsi-xanthi.gr>)

Εισβάλλει, με άλλα λόγια, η διαφήμιση και ο μύθος, για τσιγάρα, για αλκοόλ και για ναρκωτικά στο παιδί σήμερα. Η αλήθεια, η σωστή ενημέρωση, η προστασία και η πρόληψη πρέπει να εκθρονίσουν τους μύθους και τις διαφημίσεις. (ό.π.)

Σύμφωνα με σχετικό άρθρο, αμερικανοί ερευνητές χρησιμοποίησαν τηλεοπτικά μηνύματα, προσεκτικά δημιουργημένα, με στόχο συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ορισμένων εφήβων τα οποία έχουν συνδεθεί με επιρρέπεια στη χρήση των ναρκωτικών. (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=736)

Τα έξυπνα και κατευθυνόμενα αυτά μηνύματα, σύμφωνα με την έρευνα, πέτυχαν το σκοπό τους, αφού η χρήση της μαριχουάνας από έφηβους μετά από την εκστρατεία αυτή μειώθηκε κατά 26.7%. (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=736)

Οι ερευνητές δημιούργησαν τηλεοπτικά μηνύματα εναντίον της χρήσης μαριχουάνας. Αυτά περιείχαν έντονα στοιχεία εντυπωσιασμού όσον αφορούσε το μήνυμα για την πρόληψη. Επίσης είχαν εντελώς σύγχρονο, ελκυστικό και δραματικό τρόπο παρουσίασης. Παρουσιάζονταν στις χρονικές στιγμές που ακριβώς οι έφηβοι και ιδιαίτερα αυτοί με τα χαρακτηριστικά αναζήτησης εντυπωσιασμού, έβλεπαν τις αγαπημένες τους τηλεοπτικές εκπομπές. (ό.π.)

Ένα άλλο συμπέρασμα που προέκυψε είναι ότι οι καλά σχεδιασμένες εκστρατείες διαφώτισης με μηνύματα για τη δημόσια υγεία μπορούν να έχουν σημαντικά και διατηρούμενα στο χρόνο θετικά αποτελέσματα. (ό.π.)

Η μελέτη δημοσιεύεται στο American Journal of Public Health: Am J Public Health 2001; 91:pgs. 292-296 από τους Philip Palmgreen και συνεργάτες από το University of Kentucky, το Φεβρουάριο του 2001. (http://www.medlook.net/article.asp?item_id=736)

Οι εκστρατείες καταπολέμησης της χρήσης των ναρκωτικών πρέπει να είναι συστηματικές, συνεχείς, πρωτοποριακές και σχεδιασμένες με έξυπνο και δημιουργικό τρόπο. (ό.π.)

Η στόχευση ορισμένων ομάδων υψηλού κινδύνου, όπως οι έφηβοι, με την προβολή εξειδικευμένων τηλεοπτικών μηνυμάτων που να είναι ελκυστικά για αυτούς μπορεί να προκαλέσει αλλαγές τέτοιες

στη συμπεριφορά τους που να μειώσει ουσιαστικά τον κίνδυνο να γίνουν ναρκομανείς. (ό.π.)

Κινηματογράφος: Οι έφηβοι επισκέπτονται τον κινηματογράφο αρκετά συχνά, άσχετα από το έργο που παίζει. Συνήθως θα στοχεύσουν πρώτα σε μια ταινία και θα ξεκινήσουν να την δουν, αλλά μερικές φορές απλά θα πάνε και θα διαλέξουν όταν θα βρεθούν εκεί. Αυτό συμβαίνει επειδή όταν πηγαίνουν στον κινηματογράφο δεν είναι για την ταινία, αλλά για την εμπειρία και το να πηγαίνουν εκεί με φίλους. (Μάριος Μαρσέλος, 2005)

Οι έφηβοι επισκέπτονται τον κινηματογράφο περισσότερο συχνά όταν βρίσκονται στο κατώτερο τμήμα της εφηβείας (όταν είναι 13 και 14 ετών), αλλά καθώς πλησιάζουν τα 15 πηγαίνουν αρκετά λιγότερο. Αυτό οφείλεται στην τιμή – στα 15 πρέπει να πληρώσουν το ίδιο εισιτήριο που πληρώνουν οι ενήλικες, που συχνά είναι διπλό από το εφηβικό. Επίσης, είναι δυνατό να αγοράσουν ένα πειρατικό DVD της ταινίας τη στιγμή που αυτή βγαίνει στον κινηματογράφο και αυτά κοστίζουν πολύ λιγότερο από το εισιτήριο του κινηματογράφου. Έτσι οι έφηβοι επιλέγουν αυτό αντί να πάνε κινηματογράφο. Μερικοί έφηβοι διαλέγουν να «κατεβάσουν» τις ταινίες από το διαδίκτυο, αλλά αυτό δεν είναι δημοφιλές εφ' όσον οι ταινίες συνήθως έχουν κακή ποιότητα, πρέπει να τις δει κανείς σε μια μικρή οθόνη υπολογιστή και υπάρχει και η περίπτωση τα αρχεία να είναι προβληματικά και να εγκαταστήσουν έναν ιό στον υπολογιστή. (ό.π.)

Ραδιόφωνο: Οι περισσότεροι έφηβοι σήμερα δεν ακούν συνήθως ραδιόφωνο. Μπορούν, κατά περίπτωση, να πατάνε το κουμπί, αλλά δε δοκιμάζουν να ακούσουν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα. Ο κύριος λόγος που οι έφηβοι ακούνε ραδιόφωνο είναι η μουσική, αλλά σήμερα με τους ιστότοπους στο διαδίκτυο που παρέχουν δωρεάν μουσική και έτσι οι χρήστες μπορούν να επιλέξουν τα τραγούδια που θέλουν αντί να ακούσουν αυτά που επιλέγει ο παρουσιαστής του ραδιοφώνου ή ο D.J. (Μάριος Μαρσέλος, 2005)

Μουσική: Οι έφηβοι ακούν πολύ μουσική, κυρίως όταν κάνουν και κάτι άλλο (όπως το να ταξιδεύουν ή να χρησιμοποιούν έναν υπολογιστή). Αυτό δυσκολεύει να υπάρχει μια αντίληψη για την αναλογία του χρόνου τους που δαπανάται ακούγοντας μουσική. (ό.π.)

Είναι αναγκαίο και απαραίτητο να προσφέρουν τα M.M.E., εκτός από συνέπεια στον αγώνα για την καταπολέμηση της μάστιγας των ναρκωτικών και προγράμματα για την πρόληψη, την αποφυγή χρήσης ναρκωτικών και γενικά ψυχοτρόπων ουσιών, προγράμματα διαμορφώσης γνώμης και στάσεως έναντι των ναρκωτικών, με την παροχή πληροφοριών και στοιχείων προς υποστήριξη ενός

συντονισμένου Εθνικού Προγράμματος για την αντιμετώπιση τους. Είναι και αυτά στα πλαίσια των υποχρεώσεων τους προς την κοινωνία. (Μάριος Μαρσέλος, 2005)

6.1.4. Ροκ – Ποπ μουσική και ναρκωτικά

Οι Rolling Stones μόνιμα βρίσκονταν σε διωγμό για κατοχή και χρήση ναρκωτικών και ολόκληρο το 1967 ήταν έτος γεμάτο καταδίκες. Οι ίδιοι ηχογράφησαν άλμπουμ («Sticky Fingers») στο οποίο εξυμνούσαν την ηρωίνη, ενώ με τους Μπητλς υπέγραψαν διακηρύξεις υπέρ της νομιμοποίησης και ελεύθερης διακίνησης της μαριχουάνας. Ο Ολλανδός Herman Brood σε δίσκους του, έκανε συνεχώς νύξεις για σκληρά ναρκωτικά, ενώ δε δίσταζε να τρυπηθεί ο ίδιος μπροστά στις κάμερες της τηλεοράσης, τον Φεβρουάριο του 1979, σοκάροντας τους πάντες. Στην ελληνική ροκ σκηνή ο «Τσάρλι», του παλιού ποπ συγκροτήματος «Νοστράδαμος», συνελήφθη για εμπορία ηρωίνης και αφέθηκε ελεύθερος με εγγύηση. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994)

Είναι βέβαιο ότι το πρόβλημα των ναρκωτικών θα ήταν πολύ πιο απλό για τους νέους, αν δεν υπήρχε όλη αυτή η πολυποίκιλη κουλτούρα γύρω τους, αν οι τραγουδιστές δεν τραγουδούσαν γι' αυτά, αν δεν λανσάρονταν διαφημιστικώς κολόνιες με ονόματα ναρκωτικών, κ.ά. Διότι, όπως πιστεύεται, είναι δύσκολο να αντισταθεί ο νέος στον πειρασμό ή την πρόκληση, όταν τραγουδιστές, αθλητές, ηθοποιοί ή άνθρωποι που έχουν, ή υποτίθεται ότι έχουν, κάποια διανοητική και πνευματική καλλιέργεια, παίρνουν ναρκωτικά. (ό.π.)

6.2. Μοντέλα θεραπείας

Ποικίλοι θεραπευτικοί οργανισμοί προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα θεραπειών για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης. Η θεραπεία αφορά προγράμματα διαμονής ή εξωτερικής παρακολούθησης. Στα προγράμματα θεραπείας περιλαμβάνονται προγράμματα συντήρησης με υποκατάστατα, προγράμματα με ανταγωνιστές, προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς τη χορήγηση ουσιών (στεγνά), θεραπευτικές κοινότητες, άλλου τύπου μακρόχρονα ή βραχύχρονα προγράμματα διαμονής, προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης και θεραπευτικά προγράμματα στα σωφρονιστικά καταστήματα. (Χ. Πουλόπουλος, 2010)

Παρά τις διαφορές τους όλα τα προγράμματα έχουν κοινούς στόχους. Ο πρώτος στόχος είναι η αποχή ή η μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών. Ο δεύτερος είναι η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και της κοινωνικής λειτουργικότητας των

ατόμων με προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Ο τρίτος είναι η μείωση των κινδύνων για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια. (ό.π.)

Δεν υπάρχει ένα θεραπευτικό μοντέλο που να είναι κατάλληλο για όλα τα άτομα. Είναι σημαντικό οι παρεμβάσεις και οι υπηρεσίες που παρέχονται σε κάθε θεραπευτικό πλαίσιο να ανταποκρίνονται στα ιδιαίτερα προβλήματα, τις ανάγκες και τη φάση κινητοποίησης που χαρακτηρίζουν το άτομο. (Χ. Πουλόπουλος, 2010)

6.2.1. Προγράμματα μεθαδόνης

Το πιο γνωστό πρόγραμμα συντήρησης είναι αυτό της μεθαδόνης, ενός συνθετικού παραγώγου των οπιοειδών. Τα προγράμματα μεθαδόνης απευθύνονται κυρίως σε άτομα εξαρτημένα από οπιοειδή και δεν ενδείκνυται για άλλες ψυχότροπες ουσίες. Στους εξαρτημένους χρήστες που παρακολουθούν το πρόγραμμα παρέχεται μια καθορισμένη ημερήσια δόση και παρότρυνση να συμμετάσχουν σε προγράμματα συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας. (ό.π.)

Με τη χρήση μεθαδόνης επιδιώκεται το άτομο, όντας σε επαφή με ένα πρόγραμμα υγείας, να διακόψει ή να μειώσει τη χρήση παράνομων ουσιών και να απέχει από παράνομες δραστηριότητες, αποφεύγοντας εγκληματικές ενέργειες που συνδέονται με τη χρήση αυτών των ουσιών. Στόχος επίσης είναι, με τη διακοπή της ενδοφλέβιας χρήσης, να μειωθούν οι κίνδυνοι μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών. (Χ. Πουλόπουλος, 2010)

Τα άτομα μπορούν να μένουν στα προγράμματα μεθαδόνης από μερικές βδομάδες μέχρι πάρα πολλά χρόνια. Υπάρχουν δύο μεγάλες κατηγορίες προγραμμάτων μεθαδόνης: (α) το πρόγραμμα υποκατάστασης με στόχο την αλλαγή, όπου σκοπός του είναι να βοηθήσει τον χρήστη να μειώσει και τελικά να διακόψει και τη χρήση μεθαδόνης, γι' αυτό δεν επιτρέπουν την παράλληλη χρήση άλλων ουσιών. Τα προγράμματα αυτά διαθέτουν ανεπτυγμένες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες. (β) Τα προγράμματα συντήρησης με στόχο την μείωση της βλάβης, όπου ο χρήστης δεν απομακρύνεται από το πρόγραμμα ακόμη και αν κάνει παράλληλη χρήση ουσιών. Τα προγράμματα αυτά δε διαθέτουν ιδιαίτερα ανεπτυγμένες ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες, ενώ ο χρήστης αναμένεται να παραμείνει επ' αόριστον, σε αντίθεση με την προηγούμενη κατηγορία προγραμμάτων όπου αναμένεται κάποια στιγμή να διακόψει τη χρήση. (Χ. Πουλόπουλος, 2010)

6.2.2. Προγράμματα ναλτρεξόνης

Άλλα προγράμματα για χρήστες οπιούχων είναι αυτά στα οποία χορηγούνται ανταγωνιστές, όπως η ναλτρεξόνη. Πρόκειται για προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης και συνήθως ξεκινούν μετά τη σωματική αποτοξίνωση ή την παραμονή σε ένα πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης. Η ναλτρεξόνη ως ανταγωνιστής χορηγείται σε ημερήσια βάση ή τρεις φορές την εβδομάδα και η δράση της περιορίζει εκείνη των οπιούχων. Όταν το άτομο κάνει χρήση οπιούχων, δεν έχει αίσθημα ευφορίας, δεδομένου ότι η ναλτρεξόνη λειτουργεί ανταγωνιστικά στους υποδοχείς του εγκεφάλου. (ό.π.)

Για να έχουν αποτέλεσμα αυτά τα προγράμματα χρειάζεται, εκτός από την τακτική λήψη των ανταγωνιστών, να συνοδεύονται από ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες. (Χ. Πουλόπουλος, 2010)

6.2.3. Προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης

Η σωματική αποτοξίνωση αποτελεί μια βραχύχρονη διαδικασία αντιμετώπισης των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου, που εμφανίζεται όταν διακόπτεται η χρήση μια εξαρτητικής ψυχότροπης ουσίας και διαφοροποιείται σαφώς από τη ψυχική απεξάρτηση. Με τη διακοπή της χορήγησης της ουσίας ο οργανισμός αποσταθεροποιείται για ένα μικρό χρονικό διάστημα, μέχρι να επανακτήσει τη φυσιολογική του λειτουργία. Αν και η διακοπή της χρήσης των ουσιών σχετίζεται με διαφορετικά συμπτώματα για κάθε μια από αυτές, σε γενικές γραμμές τα συμπτώματα που εμφανίζονται με τη διακοπή των οπιούχων αφορούν και τις άλλες ουσίες. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα στερητικά συμπτώματα από τα οπιούχα έχουν πολύ μικρότερο κίνδυνο από εκείνα που επιφέρουν οι βενζοδιαζεπίνες, τα βαρβιτουρικά και το αλκοόλ, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν επίσης καρδιακές ανωμαλίες βάζοντας σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου. (ό.π.)

Η σωματική αποτοξίνωση γίνεται με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή και αποτελεί το προστάδιο της θεραπείας για ψυχική απεξάρτηση. Είναι μόνο το πρώτο βήμα στη θεραπεία της τοξικοεξάρτησης και από μόνη της προσφέρει ελάχιστα στη μακροπρόθεσμη αλλαγή της συμπεριφοράς που συνδέεται με τη χρήση ουσιών. Ενώ αντιμετωπίζει με ασφάλεια τα σωματικά συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου τα οποία εμφανίζονται με τη διακοπή της χρήσης ουσιών, η αποτοξίνωση από μόνη της δεν επαρκεί για την επίτευξη της μακροχρόνιας αποχής από τη χρήση. Η ψυχική απεξάρτηση γίνεται κυρίως σε θεραπευτικές κοινότητες και σε άλλα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης. (ό.π.)

6.2.4. Θεραπευτικές κοινότητες

Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι κυρίως προγράμματα διαμονής, παρ' όλο που η φιλοσοφία τους και οι τεχνικές τους έχουν υιοθετηθεί και από προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης. Η αλλαγή του τρόπου ζωής του χρήστη, η απόλυτη αποχή από τις ουσίες, η εγκατάλειψη της παραβατικής συμπεριφοράς και η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελούν τους βασικούς στόχους των θεραπευτικών κοινοτήτων, ενώ προϋπόθεση για ένταξη σε αυτές αποτελεί η απόφαση του ίδιου του ατόμου. Με την ενεργή συμμετοχή στο καθημερινό πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία, τεχνικές προσωπικής ανάπτυξης, εκπαιδευτικές δραστηριότητες, συνεχή ανάληψη ευθυνών και προγράμματα κοινωνικής παρέμβασης, το εξαρτημένο άτομο επαναπροσδιορίζει τις σχέσεις του με την οικογένεια του και την κοινωνία. Η παραμονή σε μια θεραπευτική κοινότητα διαρκεί από έξι έως δώδεκα μήνες και ακολουθεί η φάση της κοινωνικής επανένταξης για ανάλογο χρονικό διάστημα. (Χ. Πουλόπουλος, 2010)

6.2.5. Προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης

Τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης καλύπτουν μεγάλο μέρος των υπηρεσιών αντιμετώπισης του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης, αλλά παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους σε σχέση με τη φιλοσοφία της θεραπείας, τις θεραπευτικές μεθόδους και το προσωπικό που εργάζεται σε αυτά. Οι αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών είναι συνήθως χρήστες που κάνουν ελαφρύτερη χρήση, με μικρότερη εμπλοκή με το ποινικό σύστημα και με δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης. Η συχνότητα συμμετοχής στο πρόγραμμα μπορεί να είναι από μια επίσκεψη την εβδομάδα για ψυχοθεραπεία ή συμβουλευτική, έως καθημερινή παρακολούθηση διαφορετικών θεραπευτικών, εκπαιδευτικών και άλλων δραστηριοτήτων. (Χ. Πουλόπουλος, 2010)

6.3. Υποστηρικτικά προγράμματα

6.3.1. Υπουργεία – Οργανισμοί – Εθνικοί φορείς

Αρχικά, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στο οποίο λειτουργεί το «Γραφείο για το Πρόβλημα της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών». Στόχο έχει την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ στα επίπεδα της πρόληψης, της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης. Κύριες δραστηριότητές του είναι η εποπτεία και η επιχορήγηση του Ο.ΚΑ.ΝΑ., του ΚΕ.Θ.Ε.Α., του 18ΑΝΩ, του Τμήματος

Αποκατάστασης Εξαρτημένων (Ψ.Ν.Θ.), καθώς και άλλων φορέων αντίστοιχου έργου. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2000).

Επίσης, το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠ.Ε.Π.Θ.), στο οποίο λειτουργεί το «Γραφείο Αγωγής Υγείας – Διεύθυνση Σπουδών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης». Στόχο έχει τον σχεδιασμό και προγραμματισμό των προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης όλης της χώρας. (ό.π.).

Τέλος, υπάρχει και το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), το οποίο έχει στόχο τη συλλογή αξιόπιστων και συγκρίσιμων στοιχείων σχετικά με τα ναρκωτικά και την τοξικομανία στην Ελλάδα, καθώς επίσης και την ανταλλαγή των στοιχείων αυτών σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο με την ιδιότητα του φορέα του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας (EMCDDA). (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2000).

Απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται με τα ναρκωτικά, στα αρμόδια υπουργεία, σε πολιτικούς, σε δημοσιογράφους, καθώς και στο ευρύ κοινό. (ό.π.).

Κύριες δραστηριότητες του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. είναι η έκδοση ετήσιας έκθεσης σχετικά με την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα και άλλων εντύπων σχετικών με τα ναρκωτικά (π.χ. Ελληνική Βιβλιογραφία για τα Ναρκωτικά, Οδηγός Θεραπευτικών και Προληπτικών Προγραμμάτων, κ.ά.). Η συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Κέντρο για την αποτύπωση και την εκτίμηση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά και με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ. και με όλους τους αρμόδιους φορείς που ασχολούνται με τα ναρκωτικά στην Ελλάδα, καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς. Ακόμη, η διοργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων και η αποστολή έντυπου υλικού σχετικού με τα ναρκωτικά σε όλους τους ενδιαφερόμενους. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2000).

6.3.2. ΚΕ.ΘΕ.Α

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) είναι αυτοδιοικούμενο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και λειτουργεί από το 1983, με την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης ελληνικής θεραπευτικής κοινότητας (ειδική νομοθετική ρύθμιση με Ν.1729/1987). (www.kethea.gr).

Οι δραστηριότητές του αφορούν επίσης τους τομείς πρωτογενούς πρόληψης, εκπαίδευσης και έρευνας. Είναι σύμβουλος οργανισμός του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του Ο.Η.Ε. (ECOSOC) σε θέματα ναρκωτικών και ένας από τους βασικούς

φορείς εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης από Ουσίες. (www.kethea.gr).

Οι πόροι του ΚΕ.ΘΕ.Α. προέρχονται από την ετήσια χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και δραστηριότητες αυτοχρηματοδότησης (παραγωγικές μονάδες κατάρτισης, δωρεές κ.ά). Το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης εγκρίνει τον προϋπολογισμό του ΚΕ.ΘΕ.Α. και ελέγχει κατασταλτικά τη διαχείριση των οικονομικών του. Ετήσια έκθεση έλεγχου των οικονομικών του ΚΕ.ΘΕ.Α. συντάσσεται από ορκωτούς λογιστές και υποβάλλεται στο Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους. (www.kethea.gr).

Τα θεραπευτικά προγράμματά απευθύνονται στους χρήστες ουσιών και στις οικογένειές τους, είναι δωρεάν και στηρίζονται στην αντιμετώπιση της εξάρτησης χωρίς φαρμακευτικές ουσίες, στην εθελούσια προσέλευση και ενεργητική συμμετοχή του ατόμου. Οι παρεμβάσεις είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των διαφορετικών πληθυσμών εξαρτημένων χρηστών στους οποίους απευθύνονται (ενήλικες, έφηβοι, φυλακισμένοι και αποφυλακισμένοι, μητέρες, μετανάστες κ.τ.λ.) (www.kethea.gr).

6.3.3. Ο.ΚΑ.ΝΑ

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93 που ψηφίστηκε από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. (www.okana.gr).

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, έχει ως κύριους σκοπούς τον σχεδιασμό, την προώθηση, τον διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων· τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού· την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2000).

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. από την ίδρυσή του έως σήμερα επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης. (www.okana.gr).

Για τη χάραξη και τον συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα κ.ά.) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας E.M.C.D.D.A., Ομάδα Rompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.) ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2000).

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

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

Το δίκτυο υπηρεσιών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. περιλαμβάνει την πρόληψη, τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη, υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης και υποστηρικτικές υπηρεσίες. (www.okana.gr).

Απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό, σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης· σε εξαρτημένα άτομα, σε επίπεδο θεραπείας και αποκατάστασης· και σε επαγγελματίες του χώρου των ουσιοεξαρτήσεων, σε επίπεδο εκπαίδευσης. (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν., 2000).

Κύριες δραστηριότητες του Ο.ΚΑ.ΝΑ. είναι:

Σε επίπεδο πρόληψης, η ίδρυση και η λειτουργία κέντρων πρωτοβάθμιας πρόληψης, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, σε επίπεδο νομού. Η υποστήριξη του «Κέντρου Εκπαίδευσης για την Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών και την Προαγωγή της Υγείας». Ο συντονισμός και η διευκόλυνση στην υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης σε επαγγελματικές και άλλες ομάδες πληθυσμού, καθώς και οι επικοινωνιακές παρεμβάσεις – δράσεις ευαισθητοποίησης. (www.okana.gr).

Σε επίπεδο θεραπείας, τα προγράμματα αποκατάστασης, τα στεγνά προγράμματα, τα Κέντρα Βοήθειας για την κάλυψη αναγκών

υγείας, η Κινητή Μονάδα Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής και η δουλειά στο δρόμο (streetwork). (www.okana.gr).

Τέλος, σε επίπεδο αποκατάστασης, τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.). Λειτουργεί επίσης τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης (www.okana.gr).

6.3.4. Μονάδα Απεξάρτησης 18ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α.)

Η Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών – Τοξικομανών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α.) άρχισε να λειτουργεί από το 1969 έως το 1995, που χωρίστηκε σε δύο ανεξάρτητα τμήματα Αλκοολικών και Τοξικομανών. Το 1993 ξεκίνησε η λειτουργία του 10^{ου} Περιπτέρου ως τμήμα Σωματικής Αποτοξίνωσης το οποίο έπαψε να λειτουργεί το 1997, ενώ από τότε έως σήμερα λειτουργεί εκεί το πρόγραμμα απεξάρτησης αλκοολικών. (www.18ano.gr).

Το πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α. είναι εθελοντικό, δηλαδή απευθύνεται σε όλους τους χρήστες – ανεξάρτητα από ηλικία, που έχουν θετικό κίνητρο και διατυπώνουν το αίτημα της ένταξής του σε αυτό υπογράφοντας σχετικό συμβόλαιο. (ό.π.).

Το πρόγραμμα είναι στελεχωμένο από εκπαιδευμένους θεραπευτές (ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας, πρώην χρήστες κ.λ.π.) και διαρκεί ενάμιση χρόνο περίπου. (www.18ano.gr).

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ προσφέρει εξειδικευμένες υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης που απευθύνονται σε όλους τους χρήστες. (www.18ano.gr).

6.4. Εναλλακτικές λύσεις και μοντέλα ζωής

6.4.1. Πρόληψη

Πρόληψη, με την ευρεία έννοια, είναι η αποφυγή της έκθεσης ενός πληθυσμού σε παράγοντες κινδύνου, καθώς και η ενδυνάμωση του, προκειμένου να αντιμετωπίσει επιτυχώς την έκθεση αυτή. Επιτυγχάνεται με την ενίσχυση της ικανότητας διαχείρισης των καθημερινών προβλημάτων και των εν δυνάμει δύσκολων καταστάσεων της ζωής.

Η πρόληψη ως διαδικασία, δε βασίζεται μόνο στην ενημέρωση, αλλά σχετίζεται με τη ψυχοκοινωνική εξέλιξη των νέων μέσα στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινωνία.

Η πρόληψη εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας, απευθύνεται στους νέους, στους γονείς και

τους εκπαιδευτικούς, καθώς και σε όλους όσους εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα στην ανάπτυξη και στην κοινωνικοποίηση τους.

Τα αποτελέσματα της πρόληψης δεν είναι άμεσα αλλά μακροπρόθεσμα. Μια κοινωνία που επενδύει στην πρόληψη, είναι μια κοινωνία που μπορεί να οραματίζεται με αισιοδοξία το μέλλον της. (<http://www.heraklion.gr/youth/kesan/kesan.html>)

Η πρόληψη, η αγωγή και η προαγωγή υγείας είναι αποτελεσματικές και μπορεί να έχουν προοπτική, όταν:

- Τα προβλήματα προκύπτουν από επικίνδυνες συμπεριφορές.
- Η συμπεριφορά διαμορφώνεται με εκπαιδευτικές και παιδαγωγικές διαδικασίες, μέσα σε μια χρονική περίοδο.
- Μια αρνητική συμπεριφορά για να αλλάξει απαιτεί μια μακροχρόνια και συνεχή παιδαγωγική διαδικασία.
- Κάθε αλλαγή συμπεριφοράς προϋποθέτει την εθελοντική συμμετοχή εκπαιδευτών και εκπαιδευομένων.
- Η ενημέρωση από μόνη της δεν αλλάζει συμπεριφορές.
- Στο χώρο του σχολείου οι ευαισθητοποιημένοι εκπαιδευτικοί είναι οι πλέον αρμόδιοι να αναπτύξουν προγράμματα πρόληψης.
- Η πρόληψη είναι υπόθεση όλης της κοινωνίας. Αρκεί ο καθένας να λειτουργεί στο δικό του ρόλο.
- Πρόληψη και συνεργασία αναπτύσσονται παράλληλα.
- Η πρόληψη δεν έχει καμιά σχέση με γραφειοκρατικές διαδικασίες. Είναι όραμα.
- Πρόληψη, εκπαίδευση και επανεκπαίδευση βελτιώνουν την ποιότητα ζωής της τοπικής κοινότητας. (<http://www.prolipsi-xanthi.gr/modules.php?op=modload&name=Sections&file=index&req=viewarticle&artid=2&page=1>)

Επινοήθηκαν και εφαρμόστηκαν διάφορα προγράμματα για την πρόληψη, στηριζόμενα σε ποικίλες «φιλοσοφίες» και «ιδεολογίες». Αυτά απευθύνονται: (Αθ. Αβραμίδης, 1994)

α) Σε ολόκληρο τον πληθυσμό για ενημέρωση (πρωτογενής πρόληψη).

β) Στις ομάδες «υψηλού κινδύνου», δηλαδή στους ανθρώπους οι οποίοι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμπλακούν στα ναρκωτικά ως περισσότερο ευάλωτοι (δευτερογενής πρόληψη).

γ) Στους απεξαρτηθέντες, για στήριξη, επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη (τριογενής πρόληψη).

Ανεξάρτητα από την μέθοδο, η οποία θα επιλεγεί ως η πλέον κατάλληλη για κάθε συγκεκριμένη χώρα και για κάθε ιδιαίτερο περιβάλλον ή ομάδα ανθρώπων, υπάρχουν κάποιοι βασικοί στόχοι στους οποίους πρέπει να αποβλέπει, ώστε να προκύπτει η ποθητή

«μείωση της ζήτησης». Οπότε και το εμπόριο των ναρκωτικών, σύμφωνα με τον νόμο της «προσφοράς και ζήτησεως», σιγά σιγά θα περιορίζεται. (ό.π.).

Η πρόληψη θα πρέπει να έχει τους εξής βασικούς στόχους: (Αβραμίδης, 1994)

(1) Η αντιμετώπιση των αιτίων – τόσο από την προσωπικότητα του ατόμου, όσο και από την κοινωνία – τα οποία κάνουν τα άτομα ευάλωτα και επιρρεπή προς τα ναρκωτικά.

(2) Η διαμόρφωση ανθρώπων με χαρακτήρα και προσωπικότητα, με ψυχικά και πνευματικά εφόδια, ώστε να αντέχουν στις δυσκολίες και τις αντιξοότητες της ζωής. Για να έχουμε όμως τέτοιους αγωνιστές, χρειάζεται η σφυρηλάτηση και ο εμποτισμός του χαρακτήρα τους με αρχές, ιδεώδη και ιδανικά, με πίστη στις πραγματικές αξίες της ζωής – με κοσμοθεωρητικό προσανατολισμό, ο οποίος να υπαγορεύεται από «πιστεύω» που θα αντέχουν στο χρόνο, θα διαθέτουν κύρος και αξιοπιστία. Γι' αυτό και η ευθύνη πέφτει πρωταρχικά στην οικογένεια.

(3) Η αναθεώρηση του εκπαιδευτικού συστήματος, ώστε το σχολείο εκτός από πηγή γνώσεων, να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες και απαιτήσεις της ζωής, με κατεύθυνση προς την ενεργητική μάθηση. Αποβλέποντας στη διάπλαση νέων με υγιή προσωπικότητα, αυτογνωσία και αυτοπειθαρχία. Στην καλλιέργεια επίσης της ορθής κρίσεως ώστε να γίνονται ικανοί για σωστές επιλογές και ανάληψη ευθυνών, δραστήριοι, με αυτοπεποίθηση και ήθος, προβάλλοντας τους θετικά πρότυπα, με καλλιέργεια επιδεξιότητων και καλές διαπροσωπικές σχέσεις. Ανθρώπων δηλαδή με τα κατάλληλα εφόδια για τον αγώνα στη ζωή.

(4) Πολλές είναι οι ελπίδες οι οποίες στηρίζονται, αποδεδειγμένα πλέον, στην «αγωγή υγείας» και στην «προαγωγή της υγείας», με την ένταξη των αναλόγων θεμάτων στις «Σχολές Γονέων» και στα σχετικά μαθήματα των σχολείων ή του μαθήματος «Αγωγή της Υγείας», από τις μικρότερες κιόλας τάξεις, ώστε οι νέοι από νωρίς να αποκτούν τη σωστή στάση υγιεινής διαβίωσης για καλύτερη ποιότητα ζωής, ελεύθεροι και αδούλωτοι από παντοειδείς εξαρτήσεις, μεταξύ των οποίων και εκείνη από τα ναρκωτικά. Με τον Ν. 2161/93, «εκτός των άλλων»..., (παρ. 3): «Είναι δυνατόν να καθιερώνεται η αγωγή υγείας και πρόληψης σε θέματα ναρκωτικών σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες, σε συνεργασία με το υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων».

(5) Η αξιοποίηση του ελευθέρου χρόνου για ευρύτερη μόρφωση, ανάπτυξη δεξιοτήτων, ψυχαγωγία, άθληση για υγεία,

ενεργό συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες και προσπάθειες προαγωγής των περιβαλλοντικών και κοινωνικών συνθηκών ζωής και αρμονική επανασύνδεση των κοινωνικών θεσμών.

Πάντα η πρόληψη είναι επιθυμητή και η πιο αποτελεσματική θεραπεία. Στο σοβαρό μάλιστα πρόβλημα των ναρκωτικών, η άποψη αυτή μετατρέπεται σε βασική αρχή. (Γεώργιος Κρουσταλλάκης, 2006)

Η πρόληψη κατά των ναρκωτικών στο πλαίσιο της οικογενειακής αγωγής θα πρέπει να οργανωθεί σε τρία επίπεδα:

- Σε επίπεδο ατομικής ψυχοπαιδαγωγικής κατάρτισης, προετοιμασίας και συνεχούς επιμόρφωσης των γονέων. Οι γονείς ως άτομα, αλλά και ως εκπαιδευτικό σύστημα, θα πρέπει να αποκτήσουν πνεύμα μαθητείας και έτσι από κοινού να αντιμετωπίζουν, με τη βοήθεια των επιστημονικών γνώσεων, την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά των παιδιών τους, σε σχέση πάντοτε προς το πρόβλημα των μεταξύ τους διαπροσωπικών σχέσεων. Θα αποφεύγουν έτσι τα μεγάλα ή τα μικρότερα λάθη στην αγωγή των παιδιών τους. (ό.π.)

- Στο επίπεδο προσπάθειας της οικογένειας να συνεργαστεί με το σχολείο και τους αρμόδιους λοιπούς παράγοντες αγωγής των παιδιών τους.

- Σε επίπεδο κοινής προετοιμασίας, ψυχοπαιδαγωγικής επιμόρφωσης και ψυχολογικής υποστήριξης του ζευγαριού, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο των μορφωτικών κάποιων «σχολής γονέων». Ο θεσμός αυτός έχει αποδειχτεί αποτελεσματικός και ωφέλιμος, γι' αυτό η λειτουργία του θα έπρεπε να διευρυνθεί. (ό.π.)

Η πρόληψη θα μπορούσε να εφαρμοστεί μέσα στο εκπαιδευτικό σύστημα με τους εξής τρόπους:

- Το σχολείο θα πρέπει να μετατραπεί σε χώρο δημιουργικής εργασίας, ελεύθερης έκφρασης και διαλόγου, όπου θα αναπτύσσονται καθαρά διαπροσωπικές και συνεργατικές σχέσεις μεταξύ παιδαγωγού και παιδαγωγούμενου. Εκεί ο νέος θα μπορεί να βρίσκει λύσεις στα καθημερινά προβλήματα της ζωής. Γι' αυτόν το σχολείο θα αποτελεί πλέον μια μορφή ζεστής οικογενειακής εστίας.

- Με την απαραίτητη ψυχοπαιδαγωγική προετοιμασία και συνεχή επιμόρφωση των λειτουργών της παιδείας, έτσι ώστε να είναι δυνατόν να αρχίσει ένας πιο γόνιμος διάλογος με τους εφήβους.

- Με την καθιέρωση ενός νέου παιδαγωγικού θεσμού, στα ιδρύματα κυρίως δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης: του συμβουλευτικού ψυχοπαιδαγωγικού σταθμού, όπου, θα απαρτίζεται από ψυχολόγο, παιδαγωγό, κοινωνικό λειτουργό κ.ά., θα αντιμετωπίζονται

αποτελεσματικά όλα τα προβλήματα που απασχολούν το νέο άνθρωπο. (ό.π.)

Στη φάση της σχολικής ηλικίας τα παιδιά αρχίζουν να διαμορφώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους έξω από τον οικογενειακό πυρήνα. Η πολιτεία έχει υποχρέωση να λάβει αποτελεσματικά μέτρα για την επωφελή αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου των νέων. Θα πρέπει να οργανώσει Ιδρύματα Ελεύθερου Χρόνου, δηλαδή πνευματικά πολιτιστικά κέντρα, χώρους άθλησης, επιμορφωτικά κέντρα. Στους χώρους αυτούς ο έφηβος θα μπορεί να μελετά, να ακούει μουσική, να αξιοποιεί δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο του, να αθλείται και να ψυχαγωγείται. (Κορώσης, 1997)

Στον ελληνικό χώρο λειτουργεί σήμερα, χάρη στην ιδιωτική πρωτοβουλία, ένα μεγάλο πλήθος μορφωτικών και ψυχαγωγικών ιδρυμάτων, με ειδικούς χώρους και εγκαταστάσεις κατάλληλες για την εκτέλεση προγραμμάτων αξιοποιήσεως του ελεύθερου χρόνου, κυρίως των εφήβων.

Στο πλαίσιο των μορφωτικών αυτών δραστηριοτήτων θα πρέπει ιδιαίτερα να αναφέρουμε:

- Ορισμένες οργανώσεις, συλλόγους και νεανικές ομάδες, που έχουν ως σκοπό την κοινωνικοποίηση των μελών τους. Τέτοιες οργανώσεις είναι ο προσκοπισμός, ο ερυθρός σταυρός νεότητας, διάφορες χριστιανικές οργανώσεις νέων και οι διάφορες «νεολαίες» των πολιτικών κομμάτων.

- Διάφορες εταιρίες, ομίλους, συλλόγους κ.τ.λ. όπως καλλιτεχνικοί σύλλογοι, επιστημονικές εταιρίες, αθλητικοί όμιλοι, θρησκευτικές οργανώσεις και φιλανθρωπικοί σύλλογοι κ.ά. (ό.π.)

Έχει αποδειχτεί ότι ο αθλητισμός είναι ισχυρότατο αντίδοτο, όχι μόνο για τα ναρκωτικά, αλλά και για κάθε κατάχρηση. Εκτός του ότι γυμνάζει το σώμα, εθίζει το νέο στο να προσπαθεί να πειθαρχεί το νου και να δυναμώνει τη θέληση. (Νίκος Σιάμος, 1992)

Οι γονείς πρέπει να ωθούν τα παιδιά να ασχοληθούν με εξωσχολικές δραστηριότητες όπως εκδρομές, σχολικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις διάφορων φορέων, που συμβαίνει να είναι παράλληλα και διασκεδαστικές και να προσπαθούν να συμμετέχουν σε αυτές εθελοντικά, ως επιτηρητές ή σύμβουλοι. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, όχι μόνο για να απομακρυνθούν από παιδιά που τα επηρεάζουν άσχημα, αλλά και για να γνωρίσουν ανθρώπους που θα έχουν θετικό αντίκτυπο στην ζωή τους. (Νίκος Σιάμος, 1992)

6.4.2. Μύθοι

Σύμφωνα με τον Newton (Κουρκούτας, 2001), υπάρχουν αρκετοί μύθοι που αφορούν τη διάδοση της χρήσης ναρκωτικών στην εφηβεία. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι:

- *Όλοι οι έφηβοι σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό κάνουν χρήση χασίς ή άλλων ναρκωτικών ουσιών.*

Ένα μεγάλο ποσοστό των νέων δεν κάνει χρήση ουσιών ούτε πίνει αλκοόλ. Οι νέοι αυτοί συνήθως έχουν υψηλούς στόχους στο σχολείο και στα σπορ, όπου παρουσιάζουν και καλές επιδόσεις. Δεν αισθάνονται περιθωριοποιημένοι όταν λένε «όχι» στη χρήση ουσιών. Ανήκουν συνήθως σε οικογένειες όπου καλλιεργείται η φιλοσοφία ότι κάθε προσπάθεια αποφέρει κάποιο αποτέλεσμα και ότι τα προβλήματα δε μπορούν να επιλυθούν όταν αρνούμαστε να τα αντιμετωπίσουμε.

- *Πολλά παιδιά κάνουν ελεγχόμενη ή ευκαιριακή χρήση ναρκωτικών ουσιών.*

Η περιστασιακή χρήση είναι σκέτη ουτοπία, παρ' όλο που ο χρήστης συνήθως είναι αποφασισμένος να κάνει χρήση με μέτρο ή διαβεβαιώνει κατηγορηματικά ότι ελέγχει την κατάσταση.

- *Η χρήση μικρής ποσότητας μαριχουάνας δεν είναι κακό, αφού πολλοί γονείς κατά τις δεκαετίες '60 και '70 κάπνιζαν χωρίς να καταλήξουν σε πιο σκληρά ναρκωτικά.*

Δεν κάπνιζαν τσιγαριλίκια στα νιάτα τους όλοι οι σημερινοί γονείς και επιπλέον το χόρτο που κάπνιζαν τη δεκαετία του εξήντα δεν ήταν το ίδιο με το χόρτο που κυκλοφορεί στις μέρες μας.

Υπάρχουν και κάποιες ανακρίβειες που επικαλούνται οι υποστηρικτές των ναρκωτικών: (Αλ. Βαγιέχο- Ναγέρα, 2001)

- *Το αλκοόλ είναι το ναρκωτικό των ενηλίκων ενώ το χόρτο το ναρκωτικό των νέων.*

Οι περισσότεροι νέοι αρχίζουν να κάνουν χρήση ναρκωτικών αφού πρώτα έχουν περάσει ένα διάστημα χρήσης αλκοόλ. Η κατανάλωση πολλών λίτρων αλκοόλ, από παρέες νέων δεν είναι παρά το πρώτο στάδιο απελευθέρωσης από τον φόβο που νιώθουν μπροστά στις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης ναρκωτικών. (ό.π)

- *Το χόρτο είναι πολύ πιο αθώο από το αλκοόλ: σε ηρεμεί, σε κάνει εξωστρεφή, χαρούμενο και τρυφερό.*

Τόσο το αλκοόλ όσο και το χασίς δίνουν αυτοπεποίθηση και μια αίσθηση ευεξίας, μόλις όμως περάσει αυτό το στάδιο, ο χρήστης δεν είναι πια χαρούμενος, κοινωνικός ή σε καλή ψυχολογική κατάσταση χωρίς τις απαραίτητες δόσεις αλκοόλ ή χασίς. Επομένως, το αλκοόλ και το χόρτο είναι εξ' ίσου επικίνδυνα και βλαβερά. (ό.π)

- *Τα συνθετικά ναρκωτικά είναι καινούρια και απόλυτα ασφαλή.*

Τα συνθετικά ναρκωτικά είναι γνωστά από το 1914 και τώρα φτιάχνονται σε κρυφά εργαστήρια, με χειροτεχνικές μεθόδους. Υπάρχουν άπειροι χημικοί συνδυασμοί οι οποίοι μπορούν να δώσουν το επιθυμητό αποτέλεσμα που, στην περίπτωση αυτή, είναι ένα «ταξίδι». Έχουν αυξημένη τοξικότητα και μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο. (Αλ. Βαγιέχο- Ναγέρα, 2001)

- *Μερικά συνθετικά ναρκωτικά είναι νόμιμα.*

Όλα τα συνθετικά ναρκωτικά βρίσκονται μέσα στις λίστες απαγορευμένων από τον νόμο ουσιών. (Αλ. Βαγιέχο- Ναγέρα, 2001)

- *Τα ναρκωτικά είναι αφροδισιακά.*

Πολλά ναρκωτικά προκαλούν αναστολή της ερωτικής επιθυμίας, ακόμη και ανικανότητα. Αν και δημιουργούν κάποια ευφορία, γι' αυτό και όποιοι τα παίρνουν το κάνουν για να «τολμήσουν», δεν τονώνουν τη σεξουαλική επιθυμία. Το αντίθετο μάλιστα: η προσωρινή ευφορία συνοδεύεται από ανησυχία και ακαμψία. Αυτή η ανακρίβεια οφείλεται στο γεγονός ότι η μύηση στη λήψη ναρκωτικών συμπίπτει συνήθως με τις πρώτες σεξουαλικές επαφές. (Αλ. Βαγιέχο- Ναγέρα, 2001)

• *Όσοι κάνουν χρήση χαπιών, δεν παίρνουν άλλες ναρκωτικές ουσίες, ούτε καν αλκοόλ.*

Συχνά τα χάπια αναμειγνύονται με χασίς, κοκαΐνη και L.S.D.. Αν και το συνηθέστερο είναι να τα παίρνουν με νερό, οι χρήστες πίνουν ενδιάμεσα και αλκοόλ. (Αλ. Βαγιέχο- Ναγέρα, 2001)

Τέλος, κάποιοι μύθοι που σχετίζονται με τη θεραπεία και την εξάπλωση των ναρκωτικών ουσιών σύμφωνα με τον Θεόδωρο Κ. Παπαϊωάννου: (http://vagia-gr.blogspot.com/2009/06/blog-post_3288.html)

Μύθος 1ος: Η νομιμοποίηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών θα περιορίσει την εξάπλωση του φαινομένου. Όλα τα υπάρχοντα επιστημονικά δεδομένα είναι αντίθετα σε αυτή την «προοδευτική» αλλά και «νεοφιλελεύθερη» θεώρηση. Το πείραμα της Ολλανδίας είναι παράδειγμα προς αποφυγήν.

Μύθος 2ος: Η αστυνομία ευθύνεται για την εξάπλωση του φαινομένου. Η αλήθεια είναι ότι η αστυνομία δε μπορεί να αντιμετωπίσει κοινωνικά προβλήματα.

Μύθος 3ος: Η χρήση ναρκωτικών ουσιών αρχίζει στο χώρο του σχολείου. Αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα έχουν δείξει ότι η πρώτη χρήση ουσιών γίνεται εκτός σχολείου. Μάλιστα, η πρώτη χρήση γίνεται συχνότερα σε οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον. Το

πρόβλημα δεν είναι η περιφραξη των προαυλίων, αλλά η ψυχολογική θωράκιση των μελών των οικογενειών ενάντια στα ναρκωτικά.

Μύθος 4ος: Υπάρχει μόνο ένας σωστός τρόπος θεραπείας των χρηστών. Στο βαθμό που η χρήση ευφορικών ουσιών είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο, αντίστοιχη οφείλει να είναι και η αντιμετώπιση της.

Κάθε συγκεκριμένος χρήστης είναι μια ιδιαίτερη προσωπικότητα που απαιτεί εξατομίκευση των θεραπευτικών προσεγγίσεων. Η αντιπαράθεση υπέρ του ενός ή του άλλου τρόπου θεραπείας μοιάζει με θρησκευτικές διαμάχες, που προαπαιτούν ορισμένου τύπου πίστη για να γίνει διάλογος.

Μύθος 5ος: Η πρόληψη χρήσης ναρκωτικών ουσιών είναι αδύνατη. Όλα τα υπάρχοντα δεδομένα δείχνουν ότι η σωστή κατάστροφη και εφαρμογή μιας εθνικής στρατηγικής ενάντια στα ναρκωτικά μπορεί να φέρει αποτελέσματα. Παραδείγματα έχουμε από τη Σουηδία, Αγγλία, Αίγυπτο, Κίνα κ.ά.

Μύθος 6ος: Οι θάνατοι οφείλονται σε νοθευμένη ηρωίνη. Οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται σε χρόνιες διαταραχές και σε υπερβολική δόση (overdose). Άρα, το αίτημα δεν είναι να ζητήσουμε από τους εμπόρους καθαρά ναρκωτικά, αλλά την πλήρη απαγόρευση διακίνησης ουσιών.

Η αντιμετώπιση του τεράστιου προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα μας απαιτεί τη συνάντηση δύο βασικών παραγόντων, του επιστημονικού και του κοινωνικού. Χρειάζεται η επιστημονική γνώση προγραμμάτων πρόληψης, ιδιαίτερα στο χώρο της εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης όλης της ελληνικής κοινωνίας, χωρίς ψευτοδιλήμματα και προκαταλήψεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΤΕΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

7.1. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και της Διεπιστημονικής Ομάδας

Ο Κοινωνικός Λειτουργός (Κ.Λ), πολλές φορές, κατά την άσκηση του επαγγέλματος του αναπτύσσει έναν ή και περισσότερους ρόλους , ανάλογα με τη φύση της κοινωνικής υπηρεσίας στην οποία εργάζεται και τις ιδιαίτερες ανάγκες του εξυπηρετούμενου.

Ο Κ.Λ. θα πρέπει να εξειδικεύεται και να εκπαιδεύεται συνεχώς. Αυτό θα έχει σαν στόχο τη γνωριμία του με τα σύγχρονα μοντέλα πρόληψης, τους τρόπους και μεθόδους εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης, λαμβάνοντας υπ' όψιν και τα κοινωνικά δεδομένα που αλλάζουν με ταχύτατους ρυθμούς.

Ο Κ.Λ. σε αυτά τα προγράμματα καλείται να εργαστεί με όλες τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας (Κοινωνική Εργασία με Άτομα, Κοινωνική Εργασία με Ομάδες, Κοινωνική Εργασία με Κοινότητες). Παράλληλα, ο Κ.Λ. συμμετέχει και ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, που έχει ως στόχο την κατάρτιση προγραμμάτων πρόληψης – έρευνες, την τεκμηρίωση και την αξιολόγηση αυτών των προγραμμάτων.

Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (1987), ο Κ.Λ. ως μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας πρέπει να έχει ειδικές γνώσεις αναφορικά με το εκάστοτε πρόγραμμα. Κατά την εκτέλεση του έργου του στο πλαίσιο της διεπιστημονικής ομάδας δρα με γνώμονα τις γνώσεις και τη δεοντολογία του επαγγέλματος. Επίσης, ο Κ.Λ. πρέπει να είναι ενημερωμένος, όσο και τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, σχετικά με τις κοινωνικές ανάγκες του πληθυσμού και την εφαρμογή προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο. (Σταθόπουλος, 1987).

Είναι απαραίτητο ο Κ.Λ. να έχει ευρύ φάσμα γνώσεων και εμπειριών σε πολλούς τομείς ιδιαίτερα όταν εργάζεται στην πρόληψη. Οι γνώσεις του Κ.Λ. δε θα πρέπει να περιορίζονται στο πως θα μπορεί να ενημερώσει κάποια άτομα για τις αρχές της πρόληψης, αλλά πρέπει να είναι πολύ περισσότερες, για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις πολλαπλές απαιτήσεις που έχει η εργασία του στον τομέα της πρόληψης. Πρέπει να έχει σαφή αντίληψη όλων των παραμέτρων ενός προγράμματος που στοχεύει στην πρόληψη. Ο Κ.Λ. πρέπει να προωθεί με λεπτούς χειρισμούς τη συμμετοχή των ενδιαφερόμενων και να μην επικεντρώνεται στους βραχυπρόθεσμους στόχους της πρόληψης, αλλά στους μακροπρόθεσμους.

Όταν ο Κ.Λ. απασχολείται στον τομέα της πρόληψης πρέπει να γνωρίζει τις αρχές του κοινωνικού σχεδιασμού και να είναι έτοιμος να εφαρμόσει όλες τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας. Είναι δυνατόν να συναντήσει άτομα όλων των ηλικιών και επαγγελμάτων.

Κανένα πρόγραμμα πρόληψης δεν θα έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, εάν δεν εμπλακεί η ίδια η Κοινότητα, ο κοινωνικός περίγυρος και οι αρχές του Δήμου ή της Κοινότητας όπου υλοποιείται το πρόγραμμα. Στο σημείο αυτό ο Κ. Λ. είναι απαραίτητος και βοηθητικός, γιατί με τις γνώσεις και την εμπειρία του θα προσεγγίσει τις πληθυσμιακές ομάδες. (Τριγώνη Μ., 2001)

Αναμφισβήτητα, ο Κ.Λ. είναι ένας από τους επαγγελματίες που μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην πραγματοποίηση προγραμμάτων πρόληψης, αρκεί ο ίδιος να είναι γνώστης του αντικειμένου, πράγμα που γίνεται με συνεχή μελέτη – έρευνα και συνεργασία και με άλλους επιστήμονες. (Τριγώνη Μ., 2001)

Ο Κ.Λ. πρέπει να είναι καλός ομιλητής αλλά κυρίως ένας πολύ καλός ακροατής και όταν εργάζεται με νέους, κυρίως, ανθρώπους οφείλει να λειτουργεί ως θετικό πρότυπο και η στάση ζωής του να ταυτίζεται με την στάση και το τρόπο ζωής που προτείνει να υιοθετήσουν οι άλλοι. (Τριγώνη Μ., 2001)

Ο Κ.Λ. συνήθως προσφέρει ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη στο εξαρτημένο μέλος και στην οικογένεια του. Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι του είναι:

- Να βοηθήσει την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της σε σχέση με την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την εξάρτηση.

- Να διευκολύνει την επικοινωνία των μελών της οικογένειας και του εξαρτημένου. Να στηρίζει την οικογένεια και να την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει το τοξικοεξαρτώμενο μέλος στη θεραπεία αλλά να σταθεί δίπλα του.

- Να ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας του εξαρτημένου να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους.

- Να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του εξαρτημένου, τα οποία θα πρέπει να τα ενισχύσει και να τα δραστηριοποιήσει προς την καλύτερη αντιμετώπιση του. (Τριγώνη Μ., 2001)

Επιπλέον, στόχοι του Κ.Λ. στην εργασία του με οικογένειες εξαρτημένων από ναρκωτικά είναι:

Όχι μόνο η αντιμετώπιση του συμπτώματος της εξάρτησης από το χρήστη αλλά η προσωπική ανάπτυξη και η διαφοροποίηση όλων

των μελών της οικογένειας, καθώς και η ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους.

Η αλλαγή της οικογενειακής δομής. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να αντιληφθούν ότι δε μπορούν να αλλάξουν τον χρήστη, αλλά μπορούν αλλάζοντας τον εαυτό τους να βοηθήσουν στην αλλαγή του χρήστη.

Η βοήθεια των οικογενειών αυτών να επαναπροσδιορίσουν και να αναγνωρίσουν τις εξής έννοιες: κανόνες, ρόλοι, συμμαχίες, όρια, ολότητα, υποσυστήματα, δύναμη. (Καλαρύτης Γ., 1997)

Ο ρόλος του Κ.Α. με τις οικογένειες των εξαρτημένων στη κοινότητα είναι ο εξής:

Να συνεργαστεί με την οικογένεια στενά, προκειμένου το εξαρτημένο μέλος της να αναγνωρίσει τις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης και ενθαρρύνοντας το ώστε να μειωθούν οι αντιστάσεις και οι φόβοι που σχετίζονται με τη διακοπή ή τη μείωση της χρήσης. (<http://www.kethea.gr>)

Να κινητοποιήσει τα μέλη της οικογένειας να συμμετάσχουν σε μια σειρά από εκπαιδευτικά σεμινάρια και θεραπευτικές ομάδες. Με τη συμμετοχή τους σε αυτά, και πάντα με την εποπτεία του κοινωνικού λειτουργού, δίνεται τόσο στον εξαρτημένο όσο και στην οικογένεια του, η ευκαιρία να διεργαστούν τα προβλήματα και να εφευρεθεί ο κατάλληλος τρόπος επικοινωνίας για όλους του ενδιαφερόμενους, ώστε αργότερα, όταν ανακλύπουν διαπροσωπικές συγκρούσεις, να μπορούν να τις αντιμετωπίσουν και οι δύο πλευρές ικανοποιητικά. (Καλαρύτης Γ., 1997)

Να κινητοποιήσει την οικογένεια να συμμετάσχει σε ομάδες γονέων ή ζευγαριών. Με αυτή τη συμμετοχή τους τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται μεγαλύτερη άνεση να μιλήσουν για τα δικά τους συναισθήματα και τις συμπεριφορές που μπορούν να επιδρούν στο εξαρτημένο μέλος της οικογένειας τους. (Καλαρύτης Γ., 1997)

Με τις ομάδες αυτές μπορεί να αποκατασταθεί η επικοινωνία με το εξαρτημένο μέλος, μέσω της συζήτησης των θεμάτων που απασχολούν το ζευγάρι, το ρόλο τους ως γονείς και τις συμπεριφορές τους που επηρεάζουν τη λειτουργία της οικογένειας.

Να βοηθήσει την οικογένεια να κρατήσει σταθερή στάση και να συμπαρασταθεί στο εξαρτημένο άτομο. (Πουλόπουλος Χ., 2010)

Να φέρει σε επαφή το εξαρτημένο μέλος της θεραπευτικής κοινότητας με την οικογένεια του. Συναντιούνται όλοι μαζί σε μια σειρά από συνεδρίες και επεξεργάζονται θέματα που, από κοινού, τους απασχολούν. Το κάθε μέλος από τη δική του οπτική μιλάει για το πώς δημιουργήθηκε το πρόβλημα, τι ήταν αυτό που το ενίσχυσε,

ποιοι είναι οι τρόποι που μπορεί να αποφευχθεί στο μέλλον και πως μπορεί.

Η οικογένεια να αποκτήσει μια νέα λειτουργικότητα. Η επεξεργασία αυτή μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την κατανόηση των δυναμικών, των μύθων και των στερεότυπων που έχουν αναπτυχθεί. (Πουλόπουλος Χ., 2010)

Συμπερασματικά, με τα προαναφερόμενα, ο στόχος του κοινωνικού λειτουργού στην εργασία του με την οικογένεια, φαίνεται πως είναι διττός. Αφ' ενός είναι η επεξεργασία των σχέσεων και των προβλημάτων μέσα στην οικογένεια και αφ' ετέρου ο επαναπροσδιορισμός των ρόλων και των σχέσεων, όταν το εξαρτημένο μέλος επιστρέψει σπίτι. (Πουλόπουλος Χ., 2010)

Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός σε κλειστά προγράμματα ασχολείται και με τα εξής:

- Τη λήψη κοινωνικού ιστορικού.
- Το γενεογράμμα.
- Την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Τον προγραμματισμό των εκπαιδευτικών επισκέψεων και
- Την προβολή δραστηριοτήτων των χρηστών στα πλαίσια της

θεραπευτικής διαδικασίας. (Λιάππας Ι., 1995)

7.2. Ο Κοινωνικός Λειτουργός και η θεραπευτική σχέση

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι εκπαιδευμένοι να δουλεύουν με ανθρώπους ως άτομα, αλλά επίσης να βλέπουν πέρα από το άτομο και το πρόβλημα που παρουσιάζει το άτομο. Ίσως το κύριο πλεονέκτημα του επαγγέλματος είναι η έμφαση στο άτομο μέσα σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον και πλαίσιο. Η πλειοψηφία της θεραπείας της χρήσης ουσιών επικεντρώνεται αποκλειστικά στο άτομο και στο ατομικό πρόβλημα της χρήσης ουσιών, χωρίς να δει το άτομο μέσα σε μια σχέση, μια οικογένεια, μια γειτονιά, ένα πολιτιστικό πλαίσιο και ένα ευρύτερο περιβάλλον, τα οποία μπορεί να συμβάλλουν στην παρουσίαση του προβλήματος. (<http://www.swalcdugs.com/>)

Ένα μεγάλο μέρος της σχέσης της κοινωνικής εργασίας με τους χρήστες ουσιών είναι πιθανόν να έχει προκληθεί από ένα διαφορετικό πρόβλημα που παρουσιάζουν, για παράδειγμα ανησυχίες σχετικά με θέματα υγείας ή την ικανότητα ανατροφής. Ωστόσο, η προστιθέμενη αξία της κοινωνικής εργασίας που πρέπει να φέρουμε για να συνεργαστούμε με χρήστες ουσιών είναι η ικανότητά μας να αποκτήσουμε μια συνολική άποψη για τη ζωή και τις σχέσεις του χρήστη υπηρεσιών πληρωμών και να παρεμβαίνουμε ή να υποστηρίξουμε βελτιώσεις σε διάφορες πτυχές της ζωής του, ανά

πάσα στιγμή. Επιπλέον, η καλή πρακτική της κοινωνικής εργασίας παραμένει ριζωμένη στις κοινές επαγγελματικές αξίες και την ηθική. Η εκπαίδευση στην κοινωνική εργασία και η μετεκπαίδευση δεν εστιάζει μόνο στην ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων, αλλά επίσης τονίζει συνεχώς τον προβληματισμό για αυτοκριτική σχετικά με το πώς οι βασικές αξίες και νοοτροπίες επηρεάζουν το έργο των Κ.Λ.. (<http://www.swalcdugs.com/>)

Η στήριξη των ατόμων μετά από παραπομπή και εισαγωγή σε μια υπηρεσία για χρήση ουσιών είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην επιτυχία αυτής της θεραπείας. Τα στοιχεία δείχνουν ότι όσο μεγαλύτερη υποστήριξη και υπηρεσίες έχει το άτομο, τόσο περισσότερο σταθεροποιείται το περιβάλλον του. Όσο πιο σταθερό το περιβάλλον του, τόσο καλύτερες είναι οι πιθανότητες αντιμετώπισης των προβλημάτων του με τις ουσίες. (ό.π.)

Στην κρίσιμη πρώτη συνάντηση του εξαρτημένου με το θεραπευτή που εκπροσωπεί το πρόγραμμα απεξάρτησης, στο οποίο αποφασίζει να ενταχθεί, δύο αντίθετες δυνάμεις βρίσκονται σε μάχη μέσα του – η μια τον ωθεί προς την ουσία και η άλλη προς την αντίθετη κατεύθυνση.

Η έκβαση της σύγκρουσης που διαδραματίζεται μέσα του και παίρνει συχνά με μορφή της αμφιθυμίας θα κριθεί σε μεγάλο βαθμό από τη στάση του θεραπευτή, που πρέπει να τον υποδεχτεί με ζεστασιά, ενδιαφέρον, πίστη στη δυνατότητα του να τα καταφέρει, όχι μόνος του αλλά μαζί, στο πλαίσιο του προγράμματος, στηρίζοντας τον με τη σταθερότητα της παρουσίας του, τη σιγουριά της γνώσης και της εμπειρίας του. Αυτή η σχέση μπορεί να παίξει καταλυτικό ρόλο στην όλη διαδικασία, να ενισχύει το κίνητρο και την απόφαση του να έρθει σε ρήξη με την ουσία. Πρόκειται για μια σχέση αλληλεπίδρασης θεραπευτή – θεραπευόμενου πέρα από το σύμπτωμα. (Κατερίνα Μάτσα, 2007)

Σε αυτή την πρώτη συνάντηση ο θεραπευτής δε θα πρέπει να εμφανίζεται ως παντοδύναμος, ούτε ως απορριπτικός. Ο θεραπευτής που υποδέχεται τον εξαρτημένο στο πρόγραμμα παίρνει τη θέση του ενδιάμεσου τρίτου ανάμεσα σε αυτή τη σχέση του εξαρτημένου με την ουσία. Παρεμβαίνει σαν συνομιλητής ο οποίος σέβεται τον άνθρωπο που ζητά βοήθεια, σε όποια κατάσταση κι αν βρίσκεται. Γνωρίζοντας ότι ο κάθε τοξικομανής αποτελεί μια ιδιαίτερη περίπτωση, με σεβασμό στη μοναδικότητα και τον πόνο του, ο θεραπευτής προσπαθεί να τον φέρει στο δικό του πεδίο, να μιλήσουν ανθρώπινα τη γλώσσα του προγράμματος και όχι της «πιάτσας», να κερδίσουν ο ένας την εμπιστοσύνη του άλλου. (Κ. Μάτσα, 2007)

Ο θεραπευτής είναι αυτός που ακούει προσεκτικά τον θεραπευόμενο με υπομονή, σεβασμό και κατανόηση, που εγκαθιδρύει τον διάλογο, δεν ασκεί εξουσία, δεν καταφεύγει σε βολικές ερμηνείες, δε θεωρεί ότι κατέχει την απόλυτη αλήθεια και αποφεύγει όσο γίνεται, την αυθαιρεσία, την υπερβολή και την πρόκληση. Είναι αυτός που, στο ρόλο του σταθερού συνομιλητή, θα κάνει ικανό τον εξαρτημένο να αναγνώσει λιγότερα τρομακτικά την ιστορία του, να επικοινωνήσει με τον λόγο και όχι μόνο με τις παρορμητικές πράξεις, όπως έκανε μέχρι τώρα. (Κατερίνα Μάτσα, 2007)

Σύμφωνα με τον Basch (Κατερίνα Μάτσα, 2007), ο θεραπευτής για να ανταποκρίνεται στο δύσκολο έργο του, πρέπει να στρέφεται διαρκώς προς δυο κατευθύνσεις. Η μία είναι να βοηθά τον τοξικομανή να κατανοεί όλο και πιο βαθιά τους αρνητικούς όρους της συναισθηματικής του εξέλιξης και να τροποποιεί τις ψυχολογικές του λειτουργίες, ώστε να ρυθμίζει με αποτελεσματικότητα τις συναισθηματικές του αντιδράσεις. Η άλλη είναι να ελέγχει τις δικές του συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στη στάση του θεραπευόμενου.

Ο θεραπευτής λοιπόν, που προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ένα πλαίσιο απεξάρτησης, πρέπει να είναι εκπαιδευμένος (και σε διαρκή εκπαίδευση), έμπειρος, αποφασιστικός, αντικειμενικός, να σέβεται τα δικαιώματα του εξαρτημένου, να έχει ο ίδιος μια στάση ζωής που χαρακτηρίζεται από αρχές, αξίες, μαχητικότητα και πνευματικότητα. Πρέπει να βρίσκεται ο ίδιος σε εποπτεία του έργου του και το σπουδαιότερο να έχει μια καλά συγκροτημένη προσωπικότητα.

Η θεραπευτική σχέση, εφ' όσον στηρίζεται στις αρχές και τα όρια του πλαισίου, μπορεί να παίξει καταλυτικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία. Η σχέση αυτή οικοδομείται βήμα προς βήμα. Μέσα από αυτή τη σχέση ο εξαρτημένος γίνεται ικανός να παίξει πρωταγωνιστικό ρόλο στη θεραπεία του. Μπορεί πια να σκέφτεται ανεξάρτητα, να επεξεργάζεται στη σκέψη του, να εκφέρει το δικό του λόγο, στην αρχή αποσπασματικά και στη συνέχεια πιο συγκροτημένα. (Κατερίνα Μάτσα, 2007)

Η διαδικασία της απεξάρτησης προϋποθέτει τη συνεργασία της οικογένειας με το θεραπευτικό πλαίσιο. Η συμμετοχή των γονιών σε ομάδες και η συστηματική παρέμβαση στα δυναμικά της οικογένειας, κάνει δυνατές τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν στον τρόπο ζωής της, έναν τρόπο ζωής που έχει συμβάλει στην εγκατάσταση της τοξικομανίας του μέλους της. (Κατερίνα Μάτσα, 2007)

Σε αυτό το πλαίσιο η θεραπευτική ομάδα επεξεργάζεται βήμα προς βήμα ένα συγκεκριμένο σχέδιο παρεμβάσεων. Οι στόχοι του

σχεδίου σε πολύ γενικές γραμμές, συνοψίζονται: (Κατερίνα Μάτσα, 2007)

- Στην εκπαίδευση της οικογένειας για να μπορέσει να συνεργαστεί με το θεραπευτικό πρόγραμμα και να το βοηθήσει στο έργο του.

- Στην αποενοχοποίηση της, τη δυνατότητα να μιλάει για το πρόβλημα της εξάρτησης του παιδιού της χωρίς να ντρέπεται, να συνεργάζεται με τις άλλες οικογένειες, να ζητά και να δίνει βοήθεια.

- Στην αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων επίλυσης των συγκρούσεων, στην επεξεργασία τους και το ξεπέραςμα τους.

- Στην ενθάρρυνση να εκφράζουν τα μπλοκαρισμένα συναισθήματα τους και να αποκτήσουν οικειότητα οι μεταξύ τους σχέσεις.

- Στην κατάκτηση της δυνατότητας της οικογένειας να λύνει μόνη της τα προβλήματα που εμφανίζονται, έχοντας πια ξεκαθαρίσει τους ρόλους κάθε μέλους της, έχοντας λύσει τα ζητήματα εξουσίας και ελέγχου στο εσωτερικό της.

- Την κατάκτηση της δυνατότητας των γονιών να αποχωριστούν τα παιδιά τους, και των παιδιών να οργανώσουν ανεξάρτητα τη ζωή τους, σε νέες βάσεις, στηριγμένα στις δικές τους δυνάμεις.

Η ανταπόκριση της οικογένειας στη θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην σταθεροποίηση των βημάτων του θεραπευόμενου προς την ανεξαρτησία. (ό.π.)

7.3. Υποστήριξη και συμβουλευτική

Ο όρος συμβουλευτική αναφέρεται σε μια διαδικασία διαπροσωπικής επικοινωνίας μεταξύ τουλάχιστον δύο προσώπων, του συμβούλου και του συμβουλευόμενου, με αντικείμενο την επίλυση προσωπικών, κοινωνικών ή και πρακτικών ζητημάτων ή δυσκολιών που αντιμετωπίζει ο δεύτερος ή την παροχή βοήθειας για την επίτευξη ενός επιθυμητού στόχου του. (Α. Κανδυλάκη, 2008)

Η συμβουλευτική προϋποθέτει την παρακολούθηση των συμβουλευόμενων από τον σύμβουλο, σε ένα ιδιαίτερο πλαίσιο που χαρακτηρίζεται από εχεμύθεια. Στόχος είναι να διερευνήσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο συμβουλευόμενος και να εξετάσει τους τομείς που του προκαλούν άγχος, να εντοπίσει εκείνους τους τομείς που δεν τον ικανοποιούν και να διευκολύνει την αναζήτηση κατεύθυνσης και σκοπού. Μέσα από προσεκτική και υπομονετική ενεργητικά ακρόαση, ο σύμβουλος μπορεί να αρχίσει να αντιλαμβάνεται τις δυσκολίες, όπως τις αισθάνεται ο συμβουλευόμενος, διευκολύνοντας ταυτόχρονα την αναπλαισίωση

της κατάστασης μέσα από μια διαφορετική οπτική, συμβάλλοντας στην αναζήτηση νέων ευκαιριών. Η συμβουλευτική δυννητικά συμβάλλει στην ανάδειξη των επιλογών και στη μείωση της σύγχυσης των συμβουλευόμενων. (Α. Κανδυλάκη, 2008)

Η συμβουλευτική στη κοινωνική εργασία παίζει σημαντικό ρόλο στη πρόληψη διαταραγμένων σχέσεων, στην εξομάλυνση δυσκολιών στον οικογενειακό χώρο και στη διατήρηση αμοιβαιότητας και διαλόγου. (Καλλιόπη Παπαϊωάννου, 2004)

Έχει σκοπό της να βοηθήσει τα άτομα με λογικές πληροφορίες και επιχειρήματα να τακτοποιήσουν τα διάφορα κομμάτια της προβληματικής του κατάστασης, να διασαφηνίσει το πρόβλημα και τις αντιθέσεις του σε σχέση με την πραγματικότητα, να συζητήσει τη σκοπιμότητα διαφόρων τρόπων ενέργειας και να τα απελευθερώσει από την ανησυχία ή και την άγνοια, ώστε να είναι σε θέση μέσα στα πλαίσια της πραγματικότητας να αναλάβουν τις ευθύνες των επιλογών τους. (Καλλιόπη Παπαϊωάννου, 2004)

Η συμβουλευτική χρησιμοποιείται με μεμονωμένα άτομα αλλά μπορεί ακόμη να ασκηθεί με μια ομάδα ή μέσα στα πλαίσια της κοινότητας και των επιτροπών.

Ο κοινωνικός λειτουργός απαιτείται να έχει γνώσεις, δεξιότητες και εμπειρία για να μπορέσει να βοηθήσει τα άτομα να χρησιμοποιήσουν πρακτικές υπηρεσίες για τη βελτίωση της κατάστασης τους, αλλά κυρίως για να προχωρήσουν στην αλλαγή θέσης και γνώμης, όταν χρειάζεται. (Καλλιόπη Παπαϊωάννου, 2004)

Η βασική τεχνική είναι η διασαφήνιση του προβλήματος αλλά και των διαθέσεων και των συναισθημάτων που το φορτίζουν. (ό.π.)

Μπορούμε να πούμε ότι η συμβουλευτική διαφέρει από τη θεραπευτική κυρίως ως προς το σκοπό που επιδιώκει, το είδος της επίγνωσης που επιζητείται και την ένταση της συναισθηματικής φόρτισης.

Το επίκεντρο της συμβουλευτικής στην κοινωνική εργασία είναι η άμεση κοινωνική κατάσταση που πρέπει να επιλυθεί και σκοπός της να επιστρατεύσει τη συνεργασία του συνειδητού ΕΓΩ στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων και στην κοινωνική προσαρμογή. (Καλλιόπη Παπαϊωάννου, 2004)

Η συμβουλευτική μπορεί να παραλάβει λοιπόν παροχή πληροφοριών, επεξήγηση μιας κατάστασης, ανάλυση της και ακόμη ενημέρωση των σταδίων που περιλαμβάνει η πορεία επίλυσης. (ό.π.)

Χρησιμοποιείται στη λεπτομερή συζήτηση ενός αιτήματος σε σχέση με την πραγματικότητα που το περιβάλλει, την κατάσταση σε

αντίθεση με την ευχή, τη φαντασία και τη συναισθηματική φόρτιση. (Καλλιόπη Παπαϊωάννου, 2004)

Σε περίπτωση που το αίτημα ή η κατάσταση περιλαμβάνει και άλλα άτομα –γονείς, παιδιά, σύζυγο ή άλλα συγγενικά πρόσωπα – η συμβουλευτική μπορεί να εξελιχθεί σε θεραπευτική. (ό.π.)

Οι τεχνικές στην συμβουλευτική είναι: (ό.π.)

- Η ανάλυση του προβλήματος.
- Η από κοινού διερεύνηση του προβλήματος ή της ανάγκης.
- Η παροχή πληροφοριών.
- Η ερμηνεία και διασαφήνιση.
- Η ενθάρρυνση του συμβουλευόμενου για νέες προοπτικές και στόχους.

• Η προσφορά, στα άτομα και τις ομάδες ενδιαφέροντος, υποστήριξης ευκαιριών για κινητοποίηση.

• Η παραπομπή σε αρμόδιες πηγές της κοινότητας, αν χρειάζεται. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία της συμβουλευτικής στην κοινωνική εργασία είναι: (ό.π.)

• Η γνώση της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

• Η μελέτη και κατανόηση κάθε τομέα για τον οποίο θα δοθούν πληροφορίες και κατευθύνσεις.

• Η επαρκής ενημέρωση σχετικά με τις πηγές της κοινότητας.

• Η γνώση και παραδοχή του ρόλου του συμβουλευτή κοινωνικού λειτουργού. Η αυτογνωσία και ο αυτοέλεγχος.

• Η κατανόηση της ατομικής και της ομαδικής δυναμικής της συμπεριφοράς, των κοινωνικών προβλημάτων, των προγραμμάτων, της πολιτικής, καθώς και της δομής και λειτουργίας της οργάνωσης που εκπροσωπεί ο κοινωνικός λειτουργός.

• Η ικανότητα δημιουργίας σχέσης βοήθειας, με έμφαση στην υποβοήθηση του συμβουλευόμενου να φθάσει στη δική του απόφαση και να εμπλακεί στην επίλυση της δυσκολίας που αντιμετωπίζει.

• Η ικανότητα να εγκαταλείψει το πρόβλημα του ατόμου ή της ομάδας μετά της άσκηση της συμβουλευτικής, παρ' ότι συχνά ίσως χρειαστεί να επανέλθει.

Η συμβουλευτική οδηγεί σε ενεργοποίηση και κινητοποίηση του ίδιου του ενδιαφερόμενου.

Συχνά η ανάγκη των ατόμων να επικοινωνήσουν με τον κοινωνικό λειτουργό επηρεάζεται από τα συναισθήματα τους ή συχνότερα από τα στερεότυπα που έχουν συνδέσει με τον κοινωνικό λειτουργό. Οι κοινωνικοί λειτουργοί ανταποκρίνονται στην ανάγκη των ατόμων να μιλήσουν σε κάποιον έξω από την οικογένεια, σε ατμόσφαιρα άνεσης και εχεμύθειας. (Καλλιόπη Παπαϊωάννου, 2004)

Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ κοινωνικών λειτουργών και των αποδεκτών λειτουργεί ως καταλύτης και συμβάλλει στην ενδυνάμωση και την υποστήριξη τους. Αυτή η σχέση βοήθειας καθορίζεται από επτά βασικές αρχές: (Α. Κανδυλάκη, 2008)

Η αρχή της ατομικότητας βασίζεται στην άποψη ότι κάθε ανθρώπινο ον είναι μοναδικό, διαθέτει μοναδική αξία και αξιοπρέπεια. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να αναρωτιέται για τις πιθανές στερεότυπες στάσεις και απόψεις. (Α. Κανδυλάκη, 2008)

Η εχεμύθεια είναι απολύτως απαραίτητη για την εδραίωση της καλής επαγγελματικής σχέσης. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να δείχνει εχεμύθεια για κάθε προσωπική πληροφορία που αφορά τον συμβουλευόμενο, εκτός αν απαιτείται να μοιραστεί τις πληροφορίες αυτές με κάποιον άλλο επαγγελματία για την πιο αποτελεσματική βοήθεια ή για την ασφάλεια του εξυπηρετούμενου. (ό.π)

Η αποδοχή, ο σεβασμός προς τον συμβουλευόμενο, ανεξάρτητα από την αρνητική συμπεριφορά του, είναι απαραίτητος. Η αποδοχή του συμβουλευόμενου γίνεται εμφανής κατά τη διάρκεια της συνέντευξης μέσα από την ενσυναίσθηση, την ικανότητα δηλαδή του Κ.Λ. να κατανοεί τον κόσμο των συμβουλευόμενων, τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες τους και να δείχνει ότι κατανοεί και αισθάνεται τις δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Η μη κριτική στάση. Στόχος της παρέμβασης συνήθως δεν είναι να αξιολογηθεί από ηθική άποψη ο συμβουλευόμενος. Αξιολογούνται όμως οι δυνατότητες και τα θετικά στοιχεία του. (ό.π)

Η αποτελεσματική συναισθηματική επικοινωνία επιτυγχάνεται με την ελεγχόμενη συναισθηματική εμπλοκή του επαγγελματία και τη σκόπιμη εκδήλωση συναισθημάτων προς τον συμβουλευόμενο. Έχει το δικαίωμα να εκφράσει τα συναισθήματα του χωρίς να φοβάται την κριτική. Αντίθετα, ο Κ.Λ. δείχνει ευαισθησία, επιχειρεί να κατανοήσει σε βάθος και να απαντήσει επιλέγοντας κάθε φορά τον πιο κατάλληλο τρόπο. (Α. Κανδυλάκη, 2008)

Η αυτοδιάθεση του συμβουλευόμενου αναφέρεται στον σεβασμό των επιθυμιών, των δικαιωμάτων και στην ικανότητα του να αναπτύξει αυτογνωσία και στην ανάληψη της ευθύνης από πλευράς του για τις ενέργειες που θα ακολουθήσουν. Η εφαρμογή του δικαιώματος της αυτονομίας – αυτοδιάθεσης των συμβουλευόμενων στην πράξη σημαίνει ότι ο Κ.Λ. θα πρέπει να αποφεύγει να δίνει συνταγές και κατευθύνσεις, καθώς οι αλλαγές που επιβάλλονται από έξω δε διαρκούν πολύ. Οι μόνιμες αλλαγές προέρχονται από τους ίδιους τους συμβουλευόμενους. (Α. Κανδυλάκη, 2008)

ΜΕΡΟΣ Β
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Βασικός σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αιτίες που οι έφηβοι στρέφονται στα ναρκωτικά. Διερευνούνται όλοι οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τους έφηβους ώστε να στραφούν στις ναρκωτικές ουσίες, όπως προσωπικοί, οικογενειακοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Πρόθεση μας όμως είναι να δούμε ποιος είναι ο παράγοντας που παίζει το σημαντικότερο ρόλο σύμφωνα με την άποψη του επιστημονικού προσωπικού που στελεχώνει κέντρα πρόληψης, θεραπείας και αντιμετώπισης οι οποίοι έρχονται καθημερινά σε επαφή με έφηβους. Θέλουμε να εντοπίσουμε τη στάση και την άποψη του επιστημονικού προσωπικού σχετικά με τον ρόλο που παίζει το οικογενειακό – κοινωνικό περιβάλλον και τους παράγοντες που θεωρεί ότι αποτρέπουν τους εφήβους να κάνουν χρήση ουσιών.

Αναλυτικότερα με την μελέτη επιδιώκεται η επίτευξη των ακόλουθων στόχων:

- Να αποσαφηνιστούν οι αιτίες που οδηγούν τους έφηβους στη χρήση ουσιών εντοπίζοντας τις σημαντικότερες.
- Να διερευνηθεί ο ρόλος της οικογένειας, και
- Να προταθούν τρόποι αντιμετώπισης

1.2. Είδος έρευνας

Η έρευνα που εκπονήθηκε είναι διερευνητική, δηλαδή «αρχίζει με κάποιο φαινόμενο ενδιαφέροντος και στοχεύει στην διερεύνηση των διαστάσεων του φαινομένου, του τρόπου με τον οποίο αυτό εκδηλώνεται και των παραγόντων με τους οποίους σχετίζεται» (Α. Σαχίνη – Καρδάση, 2004).

Επίσης είναι ποσοτική γιατί η φύση του θέματος που μελετήθηκε μέσα από το ερωτηματολόγιο δείχνει τα αποτελέσματα να είναι μετρήσιμα, γενικεύσιμα και αντιπροσωπευτικά. Επιλέχθηκε η ποσοτική έρευνα επειδή είναι πιο αξιόπιστη στο συγκεκριμένο θέμα που μελετά την άποψη του επιστημονικού προσωπικού για τις αιτίες που οδηγούν τους έφηβους στη χρήση ουσιών.

1.3. Ερευνητικές Υποθέσεις – Ερωτήματα

Με την έρευνα μας θέλουμε να διαπιστώσουμε αν οι οικογενειακοί παράγοντες παίζουν σημαντικότερο ρόλο στη χρήση

ουσιών από εφήβους, από ότι οι παράγοντες προσωπικότητας, οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί. Ακόμη, αν τα όρια που θέτονται στους εφήβους είναι ο σημαντικότερος αποτρεπτικός παράγοντας για τη χρήση ουσιών. Τέλος, πιστεύουμε ότι η οικογενειακή οικονομική κατάσταση και η επιρροή από τους συνομήλικους δεν παίζει καθοριστικό ρόλο στην έναρξη χρήσης ουσιών από του εφήβους. Από αυτές τις ερευνητικές υποθέσεις καταλήγουμε στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποια είναι τα γενικά και ειδικά αίτια που οδηγούν τους έφηβους σήμερα στις ναρκωτικές ουσίες;
2. Από την καταγραφή των αιτιών να αποσαφηνιστεί ποιες είναι οι πιο συχνές και σε τι ποσοστό;
3. Ποιο είναι το προφίλ των εφήβων που έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες στις οποίες απευθυνόμαστε
4. Ποιοι είναι οι τρόποι αντιμετώπισης για την αποφυγή της έναρξης χρήσης;

1.4. Δείγμα – Πληθυσμός

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται η έρευνά μας, είναι το επιστημονικό προσωπικό που εργάζεται σε φορείς. Στραφήκαμε στους ειδικούς που αποτελούν ένα αξιόπιστο δείγμα, το οποίο θα μας βοηθήσει μέσα από την συγκεκριμένη έρευνα να εξάγουμε κάποια έγκυρα συμπεράσματα.

Ως δείγμα επιλέχθηκαν ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και κοινωνιολόγοι που εργάζονται σε κέντρα αποτοξίνωσης, σε θεραπευτικές μονάδες και κέντρα ενημέρωσης, συμβουλευτικής και πρόληψης για εφήβους, του νομού Αττικής.

Η μέθοδος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε χαρακτηρίζεται ως απλή τυχαία δειγματοληψία. Αρχικά συγκεντρώσαμε σε μια λίστα όλες τις υπηρεσίες της Αττικής οι οποίες δέχονται έφηβους είτε αποκλειστικά είτε όχι. Στην συνέχεια μάθαμε τον αριθμό του επιστημονικού προσωπικού που στελεχώνει τις υπηρεσίες στο σύνολο τους έτσι ώστε να καθορίσουμε το δείγμα μας. Από τις 19 υπηρεσίες που λειτουργούν αυτή τη στιγμή στην Αττική και δέχονται εφήβους, επισκεφτήκαμε 9 υπηρεσίες, τις οποίες επιλέξαμε από τη λίστα ανά μία, και ζητήσαμε από το επιστημονικό προσωπικό να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια. Από τους 120 εργαζόμενους που αποτελούν τον πληθυσμό δόθηκε το ερωτηματολόγιο σε 68. Από αυτά πήραμε πίσω απαντημένα τα 50.

Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο είδος δειγματοληψίας, διότι επιτρέπει την εύκολη συγκέντρωση του απαραίτητου αριθμού δείγματος χωρίς να είναι χρονοβόρα. Επίσης, με αυτή τη μέθοδο μπορούμε να απευθυνθούμε σε άτομα με χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά στο σύνολο του, χωρίς να συναντήσουμε δυσκολίες προσβασιμότητας στα άτομα αυτά.

1.5. Επιλογή εργαλείων έρευνας

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εξαγωγή της έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο. Επιλέχθηκε το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο γιατί προσφέρει μια άμεση επαφή με το δείγμα, είναι σαφές και κατανοητό από όλους και έτσι υπάρχει καλύτερη επικοινωνία. Επίσης, για να συμπληρωθεί απαιτείται σχετικά μικρό χρονικό διάστημα, χωρίς να κουράζει. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο προσφέρει αρθρωμένη μέθοδο συλλογής δεδομένων αυτού του είδους. Η μεταγραφή των κλειστών ερωτήσεων, δηλαδή εκείνων που επιτρέπουν περιορισμένο πίνακα εναλλακτικών απαντήσεων, είναι ιδιαίτερα εύκολη. (Κέιθ Χάουαρντ και Τζον Α. Σάρπ, 2001). Εφ' όσον η συμμετοχή ήταν εθελοντική, το ερωτηματολόγιο έπρεπε να κεντρίζει το ενδιαφέρον τους, να ενθαρρύνει τη συνεργασία τους και να εκμαιεύει απαντήσεις, όσο το δυνατόν πλησιέστερες στην αλήθεια. (Λούις Κόεν και Λαουρενς Μανιον, 1994). Τέλος δεν υπάρχουν μεγάλες δαπάνες.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε κλειστές ερωτήσεις για την καλύτερη και σαφέστερη αποτύπωση των αποτελεσμάτων. Οι κλειστές ερωτήσεις που χρησιμοποιήσαμε ήταν διχοτομικές, πολλαπλής επιλογής και θέσης σειράς. Επίσης, στο τέλος του ερωτηματολογίου υπήρχε και μία ερώτηση ανοιχτού τύπου για να καταγράψουν οι ερωτώμενοι τις προτάσεις τους.

Το ερωτηματολόγιο ήταν χωρισμένο στις εξής θεματικές ενότητες:

- α) δημογραφικά στοιχεία
- β) χρήση ναρκωτικών από εφήβους
- γ) αίτια χρήσης
- δ) αντιμετώπιση

1.6. Διεξαγωγή έρευνας

Αρχικά, για να διαμορφώσουμε το θεωρητικό μέρος της εργασίας μας, έπρεπε να συγκεντρώσουμε το κατάλληλο υλικό. Έτσι, επισκεφθήκαμε τη βιβλιοθήκη του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, τη Βιβλιοθήκη του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου Κρήτης, τη Δημοτική Βιβλιοθήκη Ηρακλείου

Κρήτης, τη Βιβλιοθήκη του Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών, τη Βιβλιοθήκη του Γ.Ε.Ι. Αθηνών και τη δημοτική βιβλιοθήκη Αθηνών.

Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων επικοινωνήσαμε τηλεφωνικώς με το επιστημονικό προσωπικό που εργάζεται σε υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, οι οποίες απευθύνονται σε εφήβους χρήστες, και ορίσαμε την ώρα και την ημέρα συνάντησης.

Ήρθαμε σε επαφή με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., το ΚΕ.Θ.Ε.Α. το 18^{ΑΝΩ} του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής καθώς και το Ε.ΚΕ.ΨΥ.Ε. Το επιστημονικό προσωπικό των υπηρεσιών δέχτηκε πρόθυμα να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια της έρευνάς μας, εκτός από το ΚΕ.Θ.Ε.Α. στο οποίο, αφού στείλαμε τα απαραίτητα έγγραφα στο Κέντρο Έρευνας του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και επικοινωνήσαμε αρκετές φορές με τον υπεύθυνο, ενημερωθήκαμε ότι δεν είναι δυνατή η συνεργασία μας.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους εργαζόμενους, ενώ ήμασταν και εμείς παρούσες για τυχόν διευκρινίσεις, που ίσως χρειαζόνταν οι ίδιοι. Πριν ξεκινήσουν να συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο, φροντίσαμε να τονίσουμε ότι δε θα τους ζητούνταν προσωπικά δεδομένα και ότι δε θα ήταν δυνατόν να ταυτοποιηθούν πρόσωπα και φορείς με συγκεκριμένες απόψεις. Επίσης, τονίσαμε ότι ισχύει το απόρρητο και η ανωνυμία. Τέλος, αναφέραμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής πρόκειται να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για εκπαιδευτικούς και επιστημονικούς σκοπούς.

Σύμφωνα με σχόλια που δεχθήκαμε από τους ερωτηθέντες κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, για τους περισσότερους δεν ήταν κουραστικό ή δύσκολο.

1.7. Πιλοτική έρευνα

Πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα προκειμένου να γίνουν διορθωτικές παρεμβάσεις σε τυχόν λάθη, στην ερμηνεία, στην κατανόηση, τη σύνταξη και διατύπωση των ερωτήσεών μας. Στα πλαίσια διεξαγωγής της πιλοτικής έρευνας μοιράστηκαν 15 ερωτηματολόγια στο δείγμα. Το πιλοτικό ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με εμάς στο ρόλο του συνεντευκτή. Αρχικά πληροφορήσαμε το δείγμα για τον σκοπό του ερωτηματολογίου και μετά τη συμπλήρωσή του μας ενημέρωσαν για τυχόν δυσκολίες στην κατανόηση των ερωτήσεων, στο αν ήταν κουραστικό στο σύνολό του, αν ο χρόνος συμπλήρωσης ήταν μεγάλος και αν επαναλαμβάνονταν οι ερωτήσεις.

Με την ανάλυση των αποτελεσμάτων της πιλοτικής έρευνας διαπιστώθηκε ότι το ερευνητικό μας εργαλείο δούλεψε καλά. Οι ερωτηθέντες απάντησαν εύκολα στις ερωτήσεις, δε δυσκολεύτηκαν, δεν υπήρχε δυσνόητη ορολογία και με παρόμοιο περιεχόμενο και δεν τους προκάλεσε αίσθημα δυσφορίας.

Ωστόσο, μας ζητήθηκε στις ερωτήσεις 8 και 9 να αφαιρέσουμε το κάπνισμα ως επιλογή, καθώς δεν περιέχεται στις επίσημες λίστες ναρκωτικών ουσιών. Επίσης, στις ερωτήσεις 19, 23 και 24 όπου οι απαντήσεις ήταν «ναι» και «όχι», μας ζητήθηκε να προσθέσουμε ως επιλογή και το «μερικές φορές». Αφού έγιναν αυτές οι διορθώσεις δόθηκε η έναρξη της ερευνητικής μας μελέτης.

1.8. Περιορισμοί της έρευνας

Ένας από τους περιορισμούς της έρευνάς μας είναι το μικρό δείγμα, εξ αιτίας των περιορισμών που τίθενται από τη διεξαγωγή μιας πτυχιακής εργασίας και δε μπορούμε να γενικεύσουμε τα συμπεράσματά μας. Επίσης, το γεγονός ότι δε μπορέσαμε να συνεργαστούμε με το ΚΕ.ΘΕ.Α. περιόρισε το δείγμα μας σημαντικά. Τέλος, δεδομένου του φόρτου εργασίας και της υποστελέχωσης των υπηρεσιών, χρειάστηκε αρκετός χρόνος για την παραλαβή των ερωτηματολογίων.

1.9. Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση

Μετά τη συλλογή των δεδομένων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή με τη χρήση του στατιστικού πακέτου PASW 18 και μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποσοτικών μεταβλητών, προσδιορίστηκαν για κάθε ερώτηση οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες που συνδέονται με τα σχετικά διαγράμματα για καλύτερη κατανόηση.

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των δύο ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

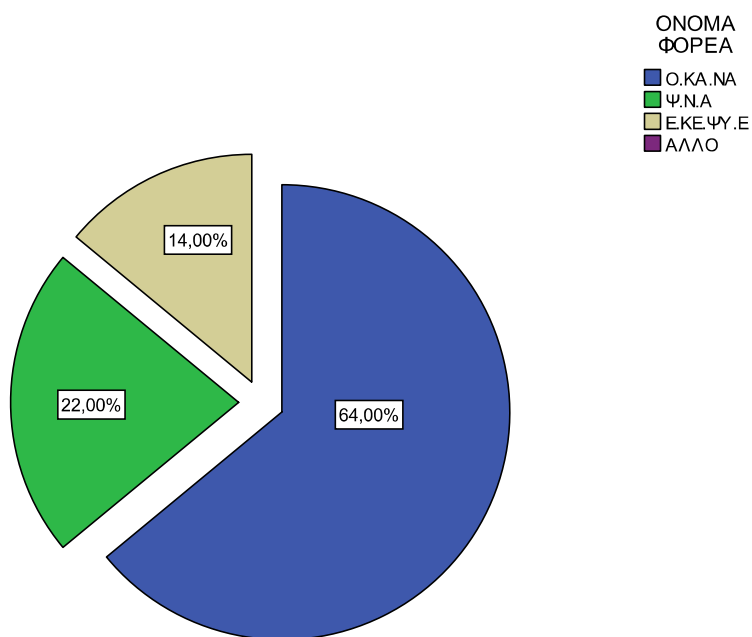
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. Στατιστική ανάλυση

Πίνακας 1 και Γραφική Παράσταση 1: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με το φορέα που εργάζονται.

		ΟΝΟΜΑ ΦΟΡΕΑ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ο.ΚΑ.ΝΑ	32	64,0	64,0	64,0
	Ψ.Ν.Α	11	22,0	22,0	86,0
	Ε.ΚΕ.ΨΥ.Ε	7	14,0	14,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 1

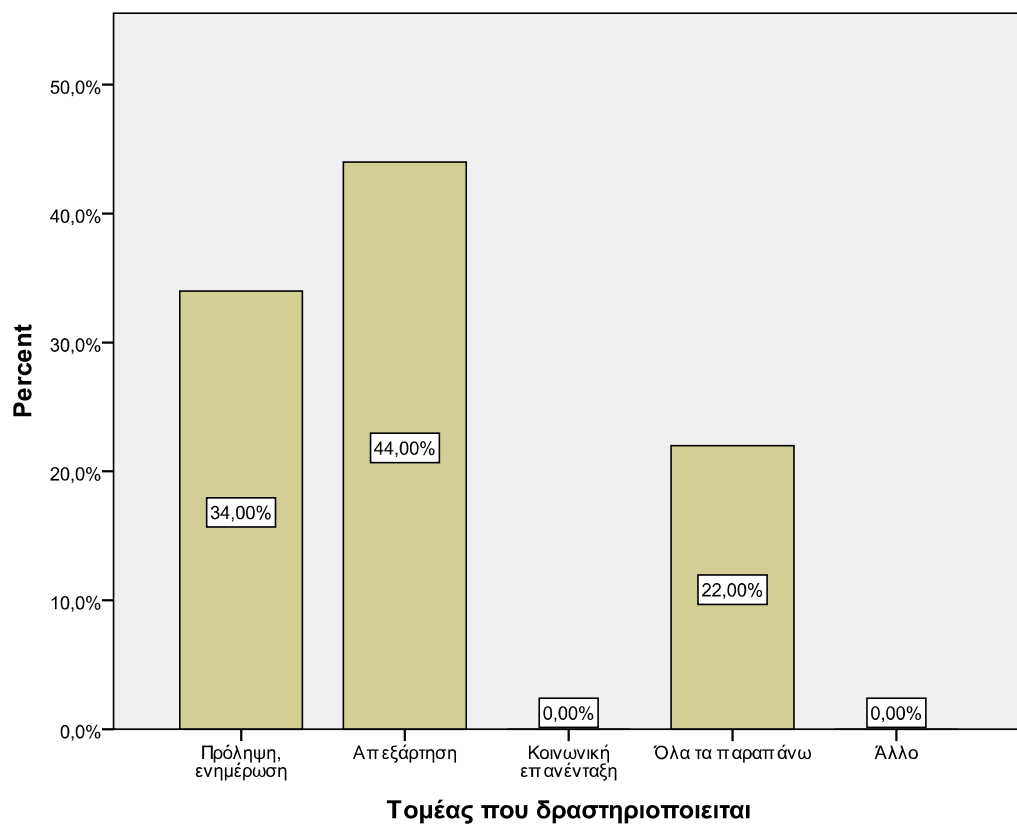


- Το 64% (N=32) του δείγματος εργάζονται στον Ο.ΚΑ.ΝΑ.
- Το 22% (N=11) εργάζονται στο Ψ.Ν.Α.
- Το 14% (N=7) εργάζονται στο Ε.ΚΕ.ΨΥ.Ε.

Πίνακας 2 και Γραφικά Παράσταση 2: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τον τομέα που δραστηριοποιείται η συγκεκριμένη μονάδα.

Τομέας που δραστηριοποιείται					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πρόληψη, ενημέρωση	17	34,0	34,0	34,0
	Απεξάρτηση	22	44,0	44,0	78,0
	Όλα τα παραπάνω	11	22,0	22,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 2

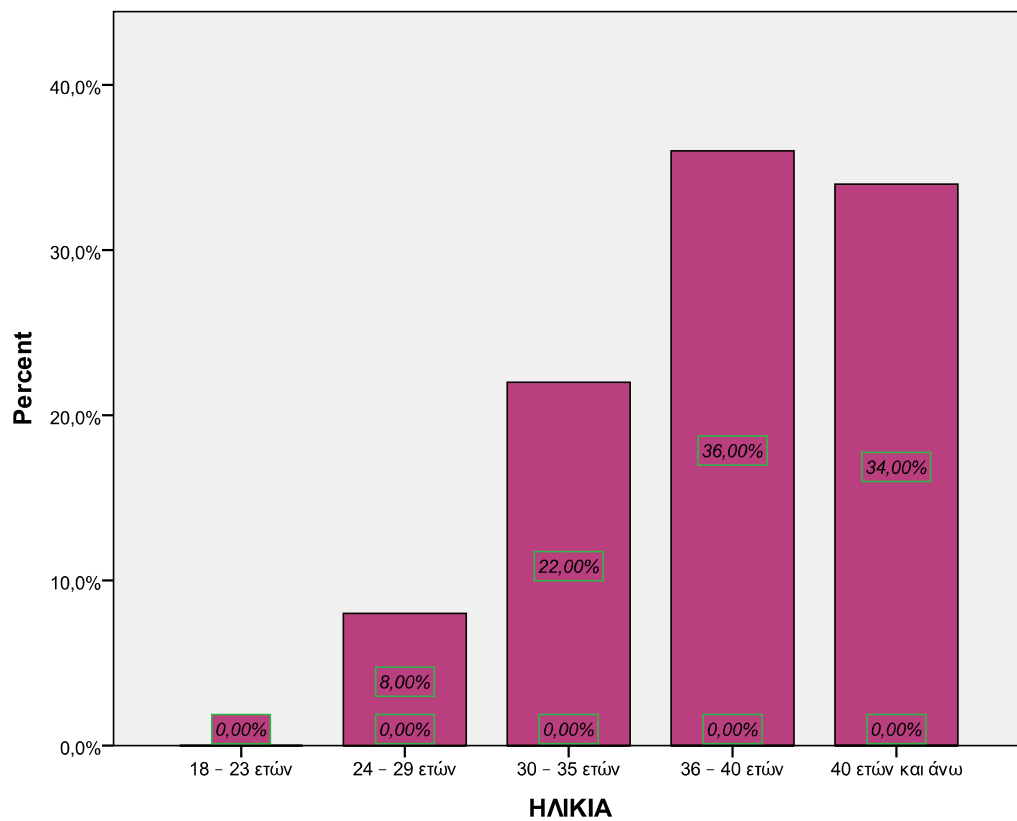


- Το 34% (N= 17) δραστηριοποιείται στην πρόληψη – ενημέρωση.
- Το 44% (N=22) δραστηριοποιείται στην απεξάρτηση.
- Το 22% (N=11) δραστηριοποιείται σε όλα τα παραπάνω.

Πίνακας 3 και Γραφική Παράσταση 3: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με την ηλικία των εργαζόμενων.

		ΗΛΙΚΙΑ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24 – 29 ετών	4	8,0	8,0	8,0
	30 – 35 ετών	11	22,0	22,0	30,0
	36 – 40 ετών	18	36,0	36,0	66,0
	40 ετών και άνω	17	34,0	34,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 3

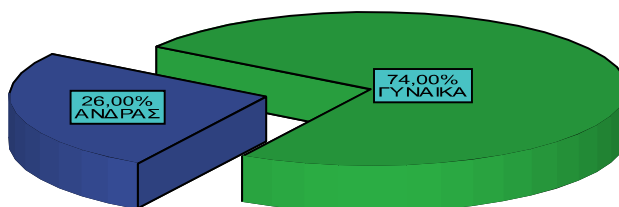


- Το 8% (N=4) είναι από 24 – 29 ετών.
- Το 22% (N=11) είναι από 30 – 35 ετών.
- Το 36% (N=18) είναι από 36 – 40 ετών.
- Το 34% (N=17) είναι από 40 ετών και άνω.

Πίνακας 4 και Γραφική Παράσταση 4: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με το φύλο των εργαζομένων.

		ΦΥΛΟ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	13	26,0	26,0	26,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	37	74,0	74,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική παράσταση 4

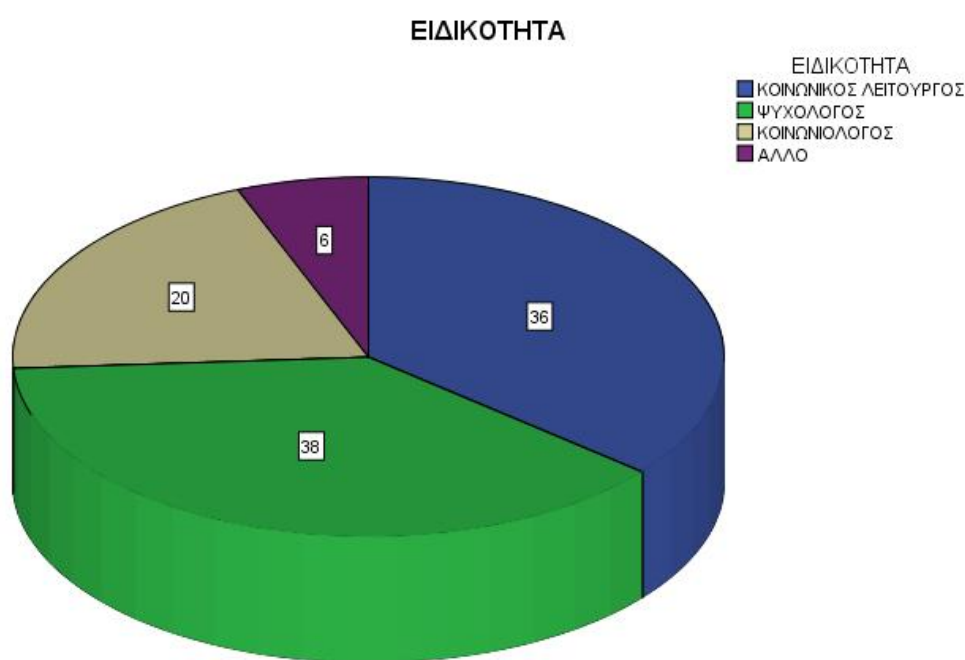


- Το 28% (N=14) είναι άντρες.
- Το 74% (N= 37) είναι γυναίκες.

Πίνακας 5 και Γραφική Παράσταση 5: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με την ειδικότητά τους.

		ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	18	36,0	36,0	36,0
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	19	38,0	38,0	74,0
	ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΟΣ	10	20,0	20,0	94,0
	ΑΛΛΟ	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 5

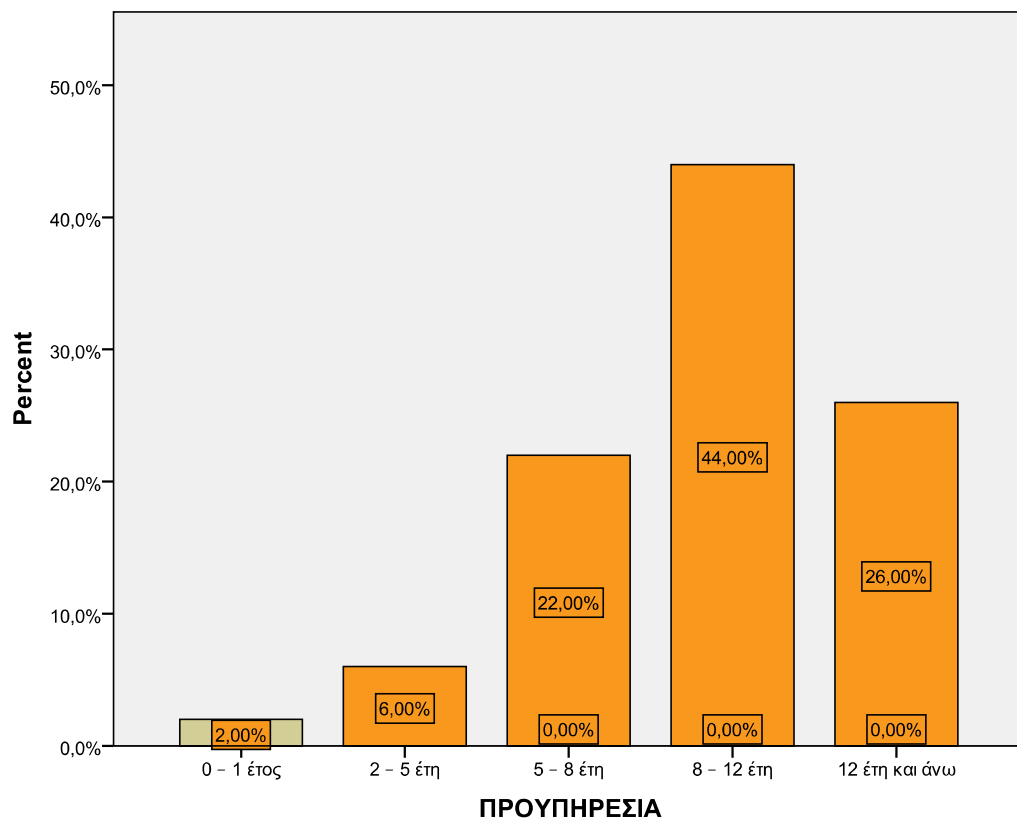


- Το 36% (N=18) είναι κοινωνικοί λειτουργοί.
- Το 38% (N=19) είναι ψυχολόγοι.
- Το 20% (N=10) είναι κοινωνιολόγοι.
- Το 6% (N=3) απάντησε άλλο. (κοινωνικοί ανθρωπολόγοι)

Πίνακας 6 και Γραφική Παράσταση 6: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με την προϋπηρεσία τους.

		ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 – 1 έτος	1	2,0	2,0	2,0
	2 – 5 έτη	3	6,0	6,0	8,0
	5 – 8 έτη	11	22,0	22,0	30,0
	8 – 12 έτη	22	44,0	44,0	74,0
	12 έτη και άνω	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 6

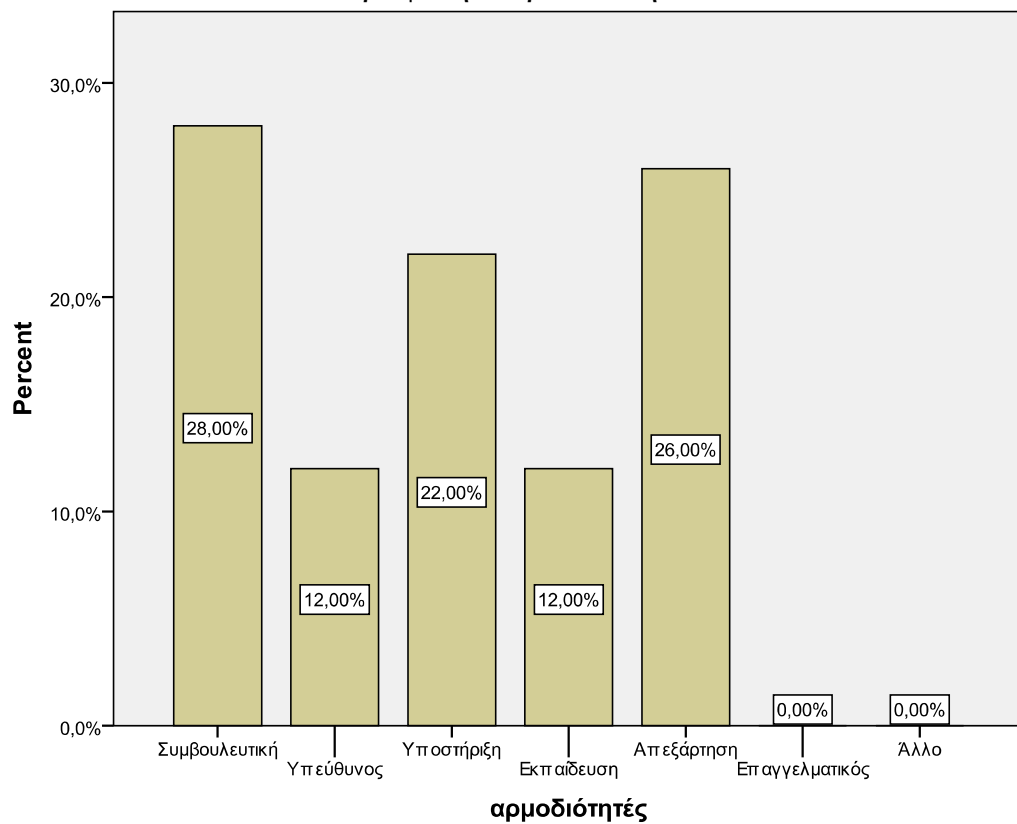


- Το 2% (N=1) έχει προϋπηρεσία έως ένα έτος.
- Το 6% (N=3) έχει προϋπηρεσία από 2 έως 5 έτη.
- Το 22% (N=11) έχει προϋπηρεσία από 5 έως 8 έτη.
- Το 44% (N=22) έχει προϋπηρεσία από 8 έως 12 έτη.
- Το 26% (N=13) έχει προϋπηρεσία από 12 έτη και άνω.

Πίνακας 7 και Γραφική Παράσταση 7: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τις αρμοδιότητες που έχει στον φορέα που εργάζεται.

		αρμοδιότητες			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμβουλευτική	14	28,0	28,0	28,0
	Υπεύθυνος	6	12,0	12,0	40,0
	Υποστήριξη	11	22,0	22,0	62,0
	Εκπαίδευση	6	12,0	12,0	74,0
	Απεξάρτηση	13	26,0	26,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 7

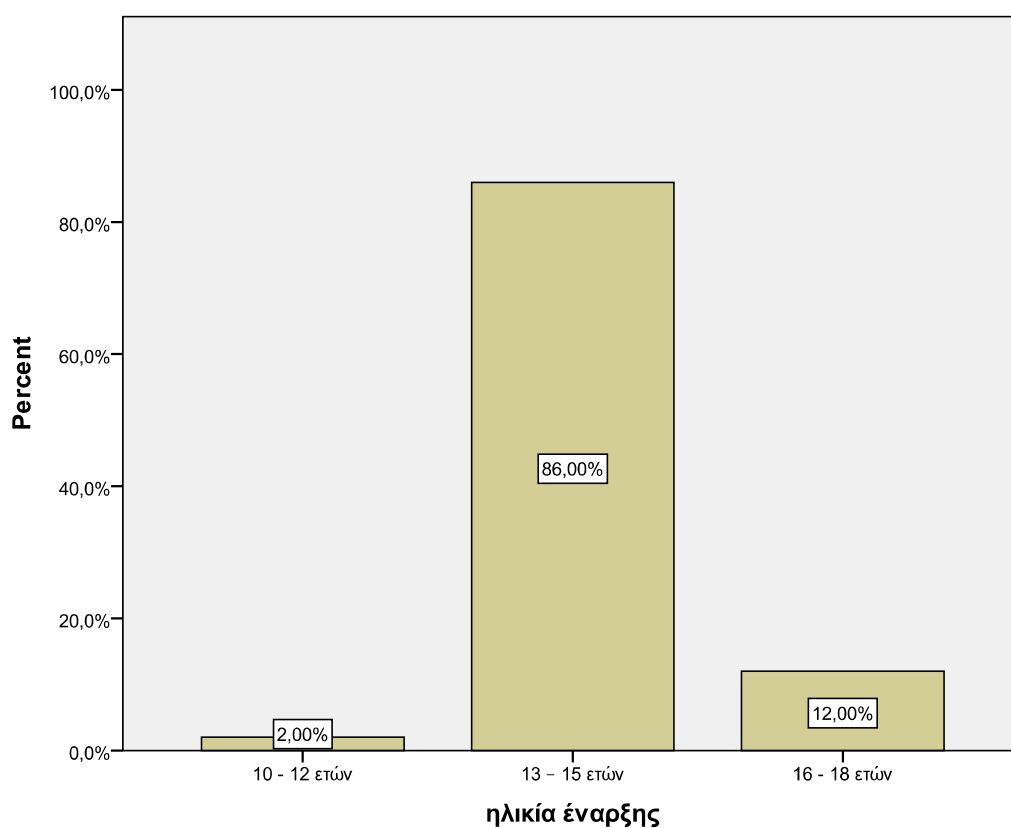


- Το 28% (N=14) δήλωσε ως αρμοδιότητα τη συμβουλευτική.
- Το 12% (N=6) δήλωσε υπεύθυνος δομής.
- Το 22% (N=11) δήλωσε ως αρμοδιότητα την υποστήριξη.
- Το 12% (N=6) δήλωσε ως αρμοδιότητα την εκπαίδευση.
- Το 26% (N= 13) δήλωσε ως αρμοδιότητα την απεξάρτηση.

Πίνακας 8 και Γραφική Παράσταση 8: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με την ηλικία έναρξης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στους έφηβους.

		ηλικία έναρξης			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10 - 12 ετών	1	2,0	2,0	2,0
	13 - 15 ετών	43	86,0	86,0	88,0
	16 - 18 ετών	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 8

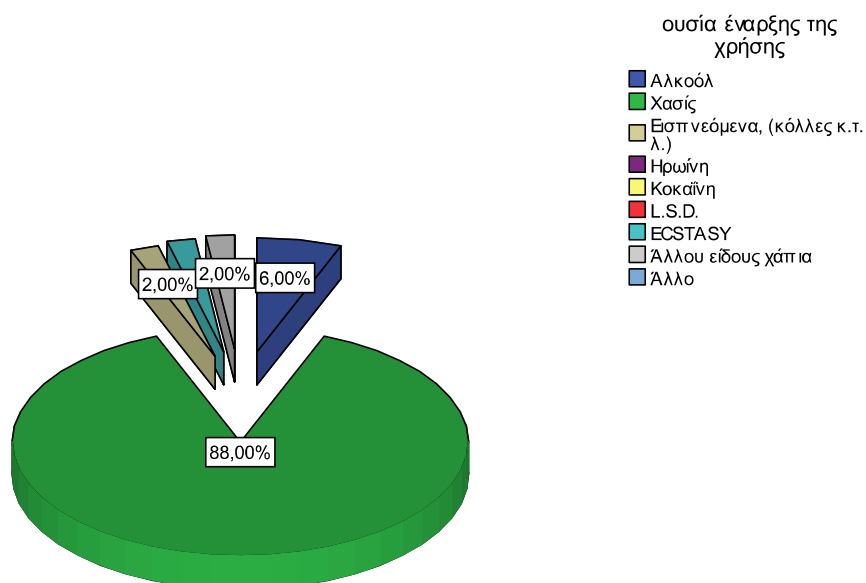


- Το 2% (N=1) απάντησε 10 έως 12 ετών.
- Το 86% (N=43) απάντησε 13 έως 15 ετών.
- Το 12% (N=6) απάντησε 16 έως 18 ετών.

Πίνακας 9 και Γραφική Παράσταση 9: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τη συνηθέστερη ουσία έναρξης της χρήσης ουσιών στους εφήβους.

		ουσία έναρξης της χρήσης			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αλκοόλ	3	6,0	6,0	6,0
	Χασίς	44	88,0	88,0	94,0
	Εισπνεόμενα, (κόλλες κ.τ.λ.)	1	2,0	2,0	96,0
	ECSTASY	1	2,0	2,0	98,0
	Άλλου είδους χάπια	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 9

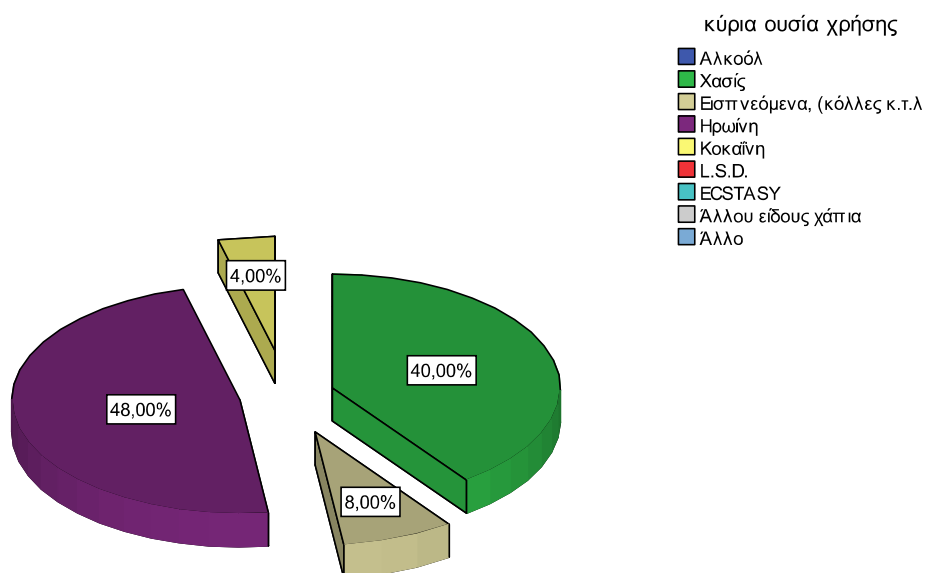


- Το 6% (N=3) απάντησε αλκοόλ.
- Το 88% (N=44) απάντησε χασίς.
- Το 2% (N=1) απάντησε εισπνεόμενα.
- Το 2% (N=1) απάντησε ECSTASY.
- Το 2% (N=1) απάντησε άλλου είδους χάπια (βενζοδιαζεπίνες).

Πίνακας 10 και Γραφική Παράσταση 10: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τη συνηθέστερη κύρια ουσία χρήσης στην εφηβεία.

		κύρια ουσία χρήσης			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χασίς	20	40,0	40,0	40,0
	Εισπνεόμενα, (κόλλες κ.τ.λ)	4	8,0	8,0	48,0
	Ηρωίνη	24	48,0	48,0	96,0
	Κοκαΐνη	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 10

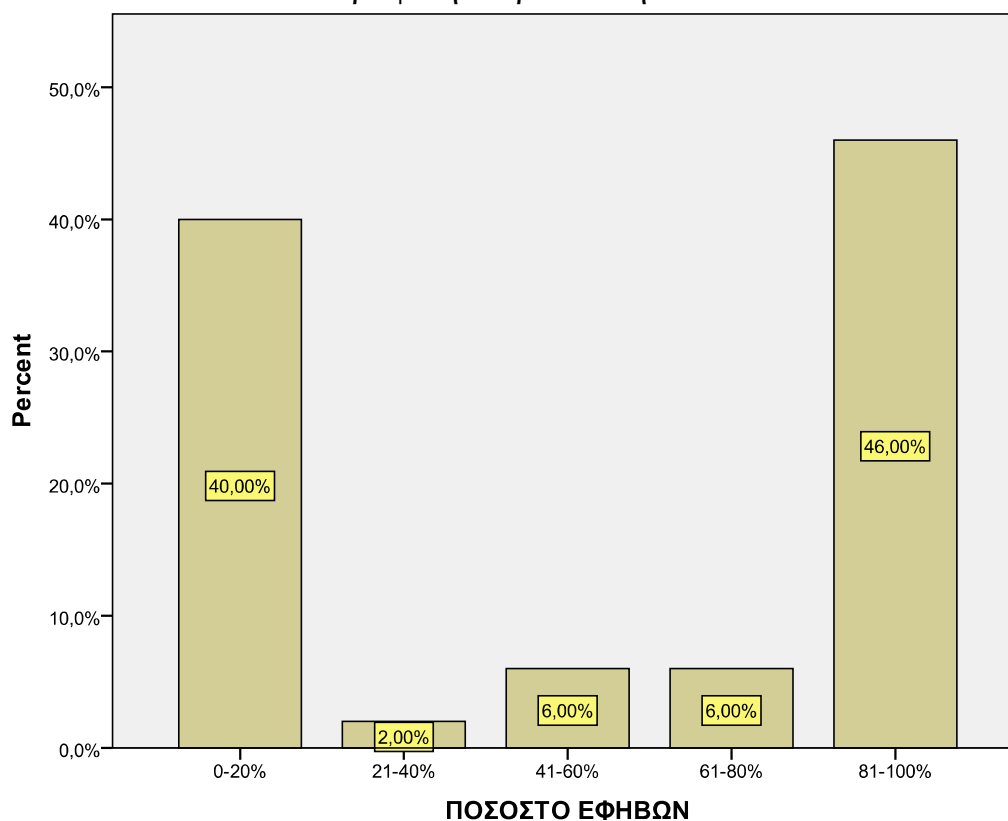


- Το 40% (N=20) απάντησε χασίς.
- Το 8% (N=4) απάντησε εισπνεόμενα.
- Το 48% (N=24) απάντησε ηρωίνη.
- Το 4% (N=2) απάντησε κοκαΐνη.

Πίνακας 11 και Γραφική Παράσταση 11: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείων σε σχέση με το ποσοστό των εφήβων που επισκέπτονται τις υπηρεσίες στις οποίες έγινε η έρευνα.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΦΗΒΩΝ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-20%	20	40,0	40,0	40,0
	21-40%	1	2,0	2,0	42,0
	41-60%	3	6,0	6,0	48,0
	61-80%	3	6,0	6,0	54,0
	81-100%	23	46,0	46,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 11

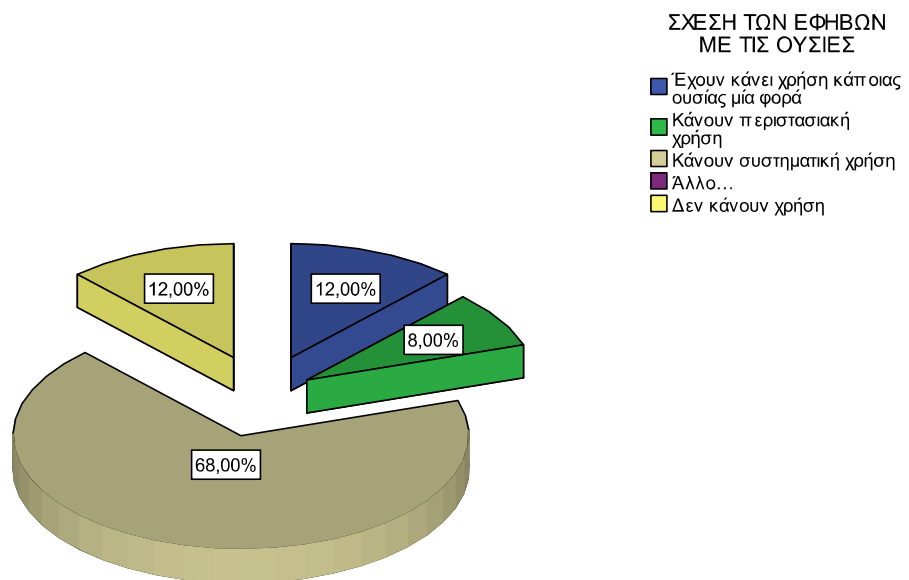


- Το 40% (N=20) απάντησε ότι το ποσοστό κυμαίνεται από 0 έως 20%.
- Το 2% (N=1) απάντησε ότι το ποσοστό κυμαίνεται από 21 έως 40%.
- Το 6% (N=3) απάντησε ότι το ποσοστό κυμαίνεται από 41 έως 60%.
- Το 6% (N=3) απάντησε ότι το ποσοστό κυμαίνεται από 61 έως 80%.
- Το 46% (N=23) απάντησε ότι το ποσοστό κυμαίνεται από 81 έως 100%.

Πίνακας 12 και Γραφική Παράσταση 12: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τη σχέση των εφήβων με τις ουσίες.

ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΟΥΣΙΕΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έχουν κάνει χρήση κάποιας ουσίας μία φορά	6	12,0	12,0	12,0
	Κάνουν περιστασιακή χρήση	4	8,0	8,0	20,0
	Κάνουν συστηματική χρήση	34	68,0	68,0	88,0
	Δεν κάνουν χρήση	6	12,0	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 12

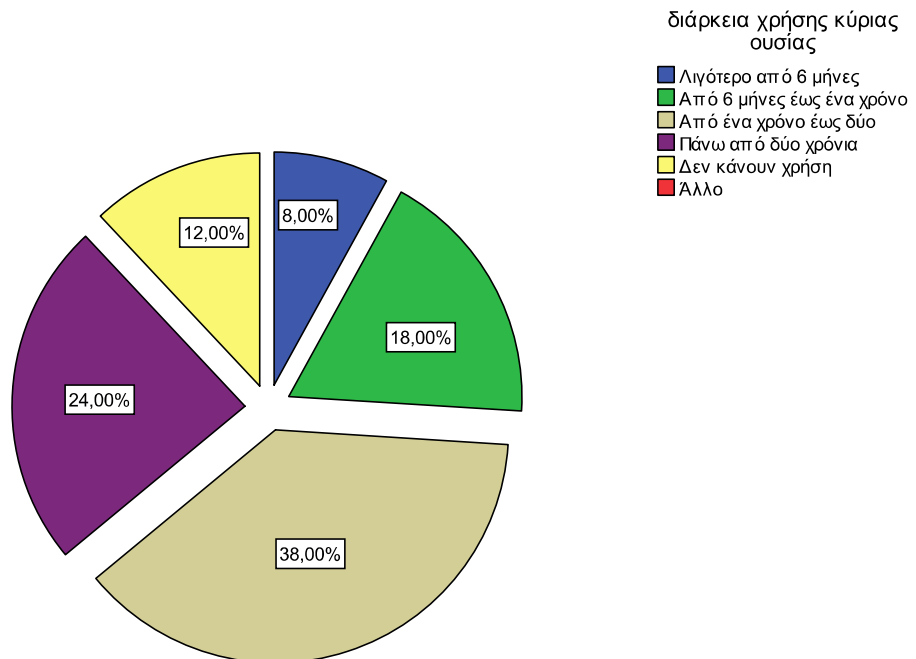


- Το 12% (N=6) απάντησε ότι έχουν κάνει χρήση κάποιας ουσίας μια φορά.
- Το 8% (N=4) απάντησε ότι κάνουν περιστασιακή χρήση.
- Το 68% (N=34) απάντησε ότι κάνουν συστηματική χρήση.
- Το 12% (N=6) απάντησε ότι δεν κάνουν χρήση.

Πίνακας 13 και Γραφική Παράσταση 13: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείων σε σχέση με τη διάρκεια χρήσης της κύριας ουσίας όταν οι έφηβοι έρχονται σε επαφή με την υπηρεσία.

		διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λιγότερο από 6 μήνες	4	8,0	8,0	8,0
	Από 6 μήνες έως ένα χρόνο	9	18,0	18,0	26,0
	Από ένα χρόνο έως δύο	19	38,0	38,0	64,0
	Πάνω από δύο χρόνια	12	24,0	24,0	88,0
	Δεν κάνουν χρήση	6	12,0	12,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 13

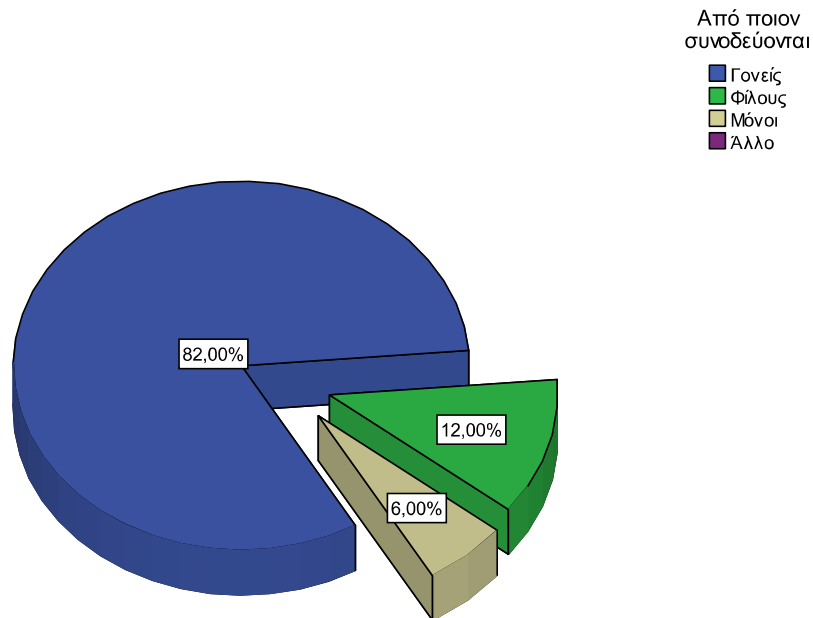


- Το 8% (N=4) απάντησε λιγότερο από 6 μήνες.
- Το 16% (N=8) απάντησε από 6 μήνες έως ένα χρόνο.
- Το 38% (N=19) απάντησε από ένα έως δύο χρόνια.
- Το 24% (N=12) απάντησε πάνω από δύο χρόνια.
- Το 12% (N=6) απάντησε δεν κάνουν χρήση.

Πίνακας 14 και Γραφική Παράσταση 14: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με το από ποιον συνοδεύονται οι έφηβοι όταν έρχονται για πρώτη φορά στην υπηρεσία.

		Από ποιον συνοδεύονται			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γονείς	41	82,0	82,0	82,0
	Φίλους	6	12,0	12,0	94,0
	Μόνοι	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 14

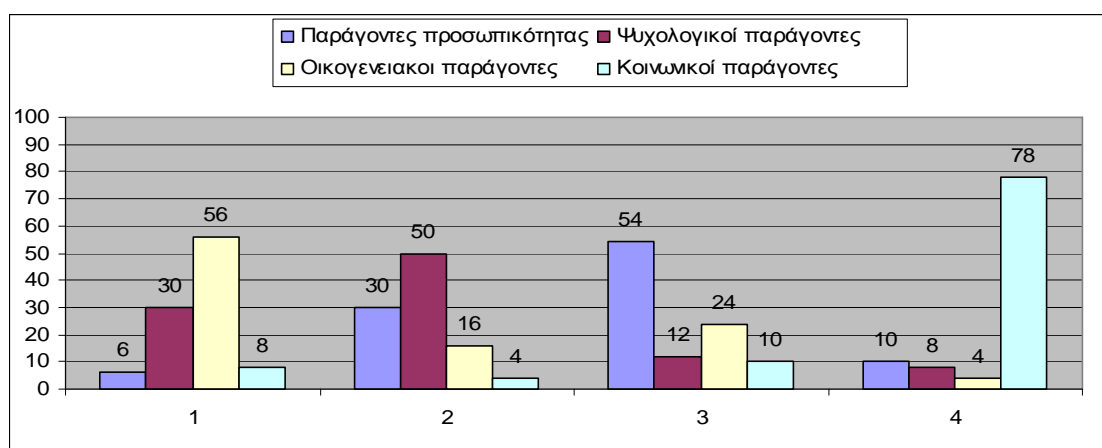


- Το 82% (N=41) απάντησε με τους γονείς.
- Το 12% (N=6) απάντησε με φίλους.
- Το 6% (N=3) απάντησε μόνοι τους.

Πίνακας 15 και Γραφική Παράσταση 15: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τους παράγοντες που συμβάλλουν περισσότερο στη χρήση ουσιών από τους εφήβους, ανάλογα με την σπουδαιότητά τους.

Παράγοντες				
	Παράγοντες προσωπικότητας	Ψυχολογικοί παράγοντες	Οικογενειακοί παράγοντες	Κοινωνικοί παράγοντες
1	6%	30%	56%	8%
2	30%	50%	16%	4%
3	54%	12%	24%	10%
4	10%	8%	4%	78%

Γραφική Παράσταση 15



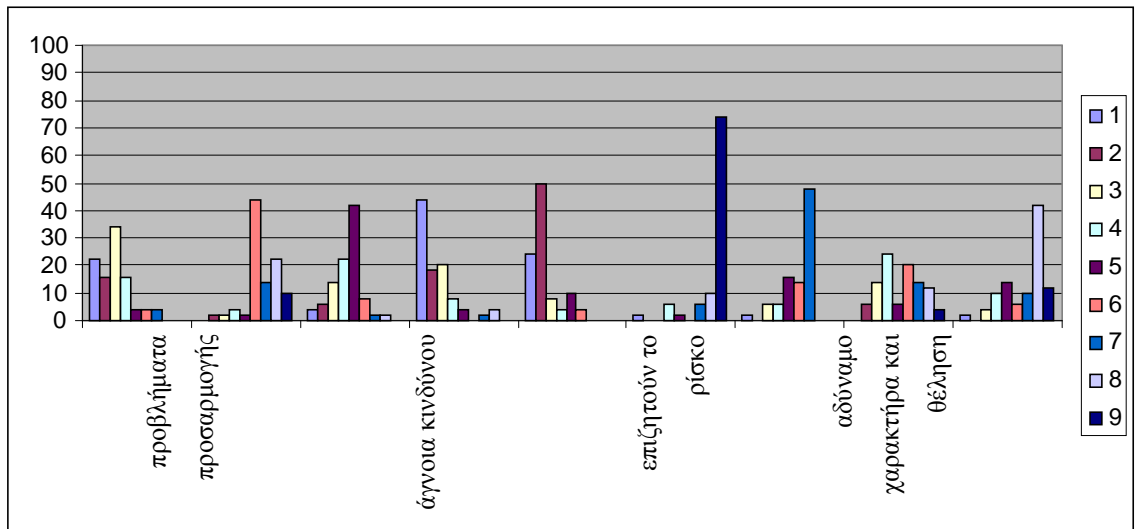
- Το 56% (N=28) δήλωσε τους οικογενειακούς παράγοντες ως πρώτη επιλογή.
- Το 50% (N=25) δήλωσε τους ψυχολογικούς παράγοντες ως δεύτερη επιλογή.
- Το 54% (N=27) δήλωσε τους παράγοντες προσωπικότητας ως τρίτη επιλογή.
- Το 78% (N=39) δήλωσε τους κοινωνικούς παράγοντες ως τέταρτη επιλογή.

Πίνακας 16 και Γραφική Παράσταση 16: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τους παράγοντες της προσωπικότητας του έφηβου χρήστη που παίζουν ρόλο στη χρήση ουσιών ανάλογα με τη σπουδαιότητά τους.

Παράγοντες προσωπικότητας

	προβλήματα προσαρμογής	άγνωστα κινδύνου	επιζήτουν τον ρίσκο	αδύναμο χαρακτήρα και θέληση	Δεν έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν κρίσεις	φυγόπονα	δε βρίσκουν ενδιαφέρον στη ζωή τους	Άτομα τα οποία είναι υπερευαίσθητα	Άτομα με έντονη περιέργεια
1	22%	0%	4%	44%	24%	2%	2%	0%	2%
2	16%	2%	6%	18%	50%	0%	0%	6%	0%
3	34%	2%	14%	20%	8%	0%	6%	14%	4%
4	16%	4%	22%	8%	4%	6%	6%	24%	10%
5	4%	2%	42%	4%	10%	2%	16%	6%	14%
6	4%	44%	8%	0%	4%	0%	14%	20%	6%
7	4%	14%	2%	2%	0%	6%	48%	14%	10%
8	0%	22%	2%	4%	0%	10%	0%	12%	42%
9	0%	10%	0%	0%	0%	74%	0%	4%	12%

Γραφική Παράσταση 16

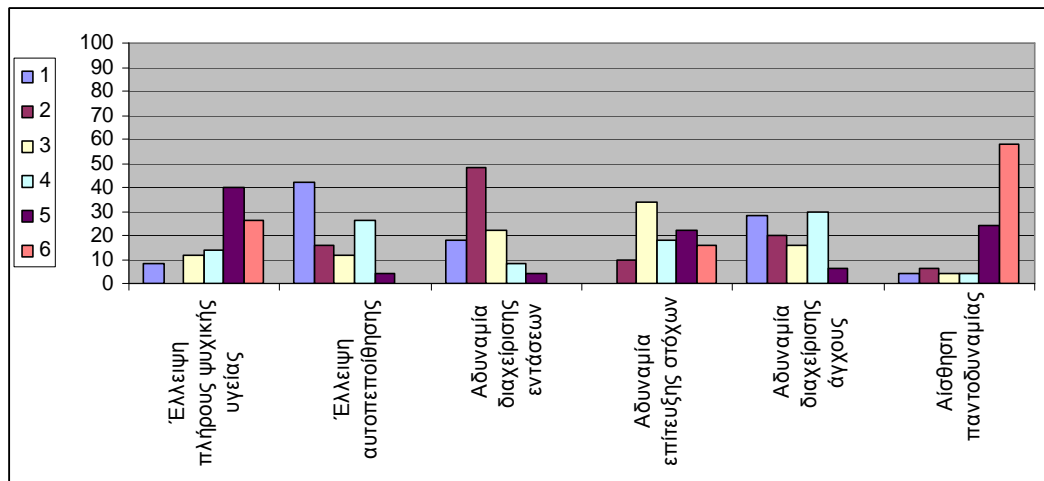


- Το 44% (N=22) δήλωσε τον αδύναμο χαρακτήρα και θέληση ως πρώτη επιλογή.
- Το 50% (N=25) δήλωσε το ότι δεν έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν κρίσεις ως δεύτερη επιλογή.
- Το 34% (N=17) δήλωσε τα προβλήματα προσαρμογής ως τρίτη επιλογή.
- Το 24% (N=12) δήλωσε τα υπερευαίσθητα άτομα ως τέταρτη επιλογή.
- Το 42% (N=21) δήλωσε τα άτομα που επιζητούν το ρίσκο ως πέμπτη επιλογή.
- Το 44% (N=22) δήλωσε τα άτομα με άγνοια κινδύνου ως έκτη επιλογή.
- Το 48% (N=24) δήλωσε τα άτομα που δε βρίσκουν ενδιαφέρον στη ζωή τους ως έβδομη επιλογή.
- Το 42% (N=21) δήλωσε τα άτομα με έντονη περιέργεια ως όγδοη επιλογή.
- Το 74% (N=37) δήλωσε τα φυγόπονα άτομα ως ένατη επιλογή.

Πίνακας 17 και Γραφική Παράσταση 17: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείων σε σχέση με τους ψυχολογικούς παράγοντες του έφηβου χρήστη που παίζουν ρόλο στην χρήση ουσιών ανάλογα με τη σπουδαιότητά τους.

Ψυχολογικοί Παράγοντες						
	Έλλειψη πλήρους ψυχικής υγείας	Έλλειψη αυτοπεποίθησης	Αδυναμία διαχείρισης εντάσεων	Αδυναμία επίτευξης στόχων	Αδυναμία διαχείρισης άγχους	Αίσθηση παντοδυναμίας
1	8%	42%	18%	0%	28%	4%
2	0%	16%	48%	10%	20%	6%
3	12%	12%	22%	34%	16%	4%
4	14%	26%	8%	18%	30%	4%
5	40%	4%	4%	22%	6%	24%
6	26%	0%	0%	16%	0%	58%

Γραφική Παράσταση 17



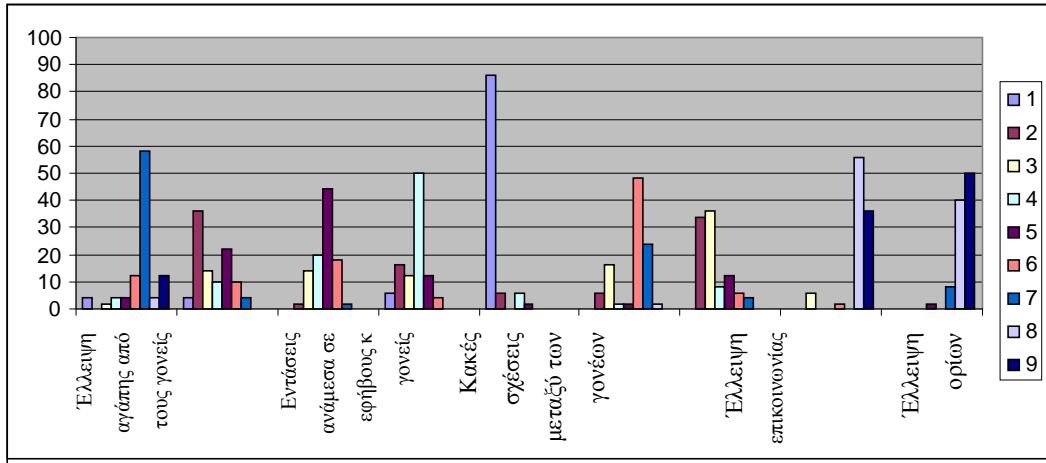
- Το 42% (N=21) δήλωσε την έλλειψη αυτοπεποίθησης ως πρώτη επιλογή.
- Το 48% (N=24) δήλωσε την αδυναμία διαχείρισης εντάσεων ως δεύτερη επιλογή.
- Το 34% (N=17) δήλωσε την αδυναμία επίτευξης στόχων ως τρίτη επιλογή.
- Το 30% (N=15) δήλωσε την αδυναμία διαχείρισης άγχους ως τέταρτη επιλογή.
- Το 40% (N=20) δήλωσε την έλλειψη πλήρους ψυχικής υγείας ως πέμπτη επιλογή.
- Το 58% (N=29) δήλωσε την αίσθηση παντοδυναμίας ως έκτη επιλογή.

Πίνακας 18 και Γραφική Παράσταση 18: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τους οικογενειακούς παράγοντες του έφηβου χρήστη που παίζουν ρόλο στη χρήση ουσιών ανάλογα με τη σπουδαιότητά τους.

Οικογενειακοί Παράγοντες

	Έλλειψη αγάπης από τους γονείς	Εντάσεις ανάμεσα στους εφήβους και τους γονείς	Κακές σχέσεις μεταξύ των γονέων	Έλλειψη επικοινωνίας	Έλλειψη ορίων	Έλλειψη προτύπων προς μίμηση	Κρίση στην οικογένεια	Τοξικομανία στην οικογένεια	Εξοικείωση με την κατάχρηση φαρμάκων
1	4%	4%	0%	6%	86%	0%	0%	0%	0%
2	0%	36%	2%	16%	6%	6%	34%	0%	0%
3	2%	14%	14%	12%	0%	16%	36%	6%	0%
4	4%	10%	20%	50%	6%	2%	8%	0%	0%
5	4%	22%	44%	12%	2%	2%	12%	0%	2%
6	12%	10%	18%	4%	0%	48%	6%	2%	0%
7	58%	4%	2%	0%	0%	24%	4%	0%	8%
8	4%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	56%	40%
9	12%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	36%	50%

Γραφική Παράσταση 18

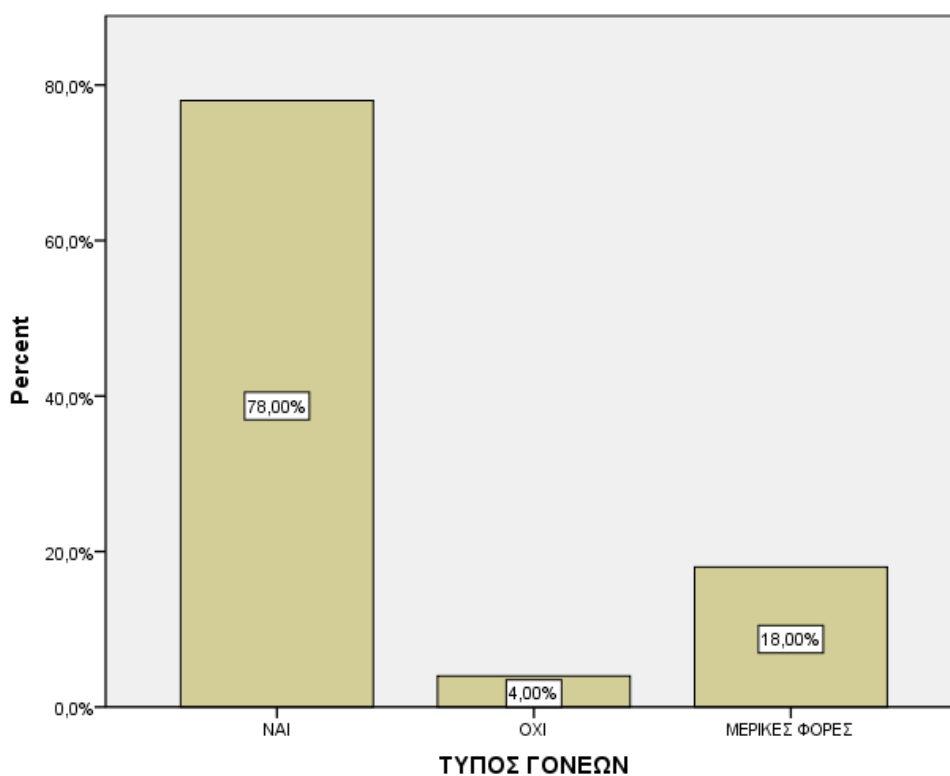


- Το 86% (N=43) δήλωσε την έλλειψη ορίων ως πρώτη επιλογή.
- Το 36% (N=18) δήλωσε τις εντάσεις ανάμεσα σε γονείς και εφήβους ως δεύτερη επιλογή.
- Το 36% (N=18) δήλωσε τις κρίσεις στην οικογένεια (διαζύγιο, θάνατος γονέα) ως τρίτη επιλογή.
- Το 50% (N=25) δήλωσε την έλλειψη επικοινωνίας ως τέταρτη επιλογή.
- Το 44% (N=22) δήλωσε τις κακές σχέσεις μεταξύ των γονέων ως πέμπτη επιλογή.
- Το 48% (N=24) δήλωσε την έλλειψη προτύπων προς μίμηση ως έκτη επιλογή.
- Το 58% (N=29) δήλωσε την έλλειψη αγάπης από τους γονείς ως έβδομη επιλογή.
- Το 56% (N=28) δήλωσε την ύπαρξη τοξικομανίας στην οικογένεια ως όγδοη επιλογή.
- Το 50% (N=25) δήλωσε την εξοικείωση με την κατάχρηση φαρμάκων ως ένατη επιλογή.

Πίνακας 19 και Γραφική Παράσταση 19: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με την άποψη τους για το αν παίζει ρόλο ο τύπος των γονέων για να ξεκινήσει τη χρήση ο έφηβος.

ΤΥΠΟΣ ΓΟΝΕΩΝ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	39	78,0	78,0	78,0
	ΟΧΙ	2	4,0	4,0	82,0
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 19

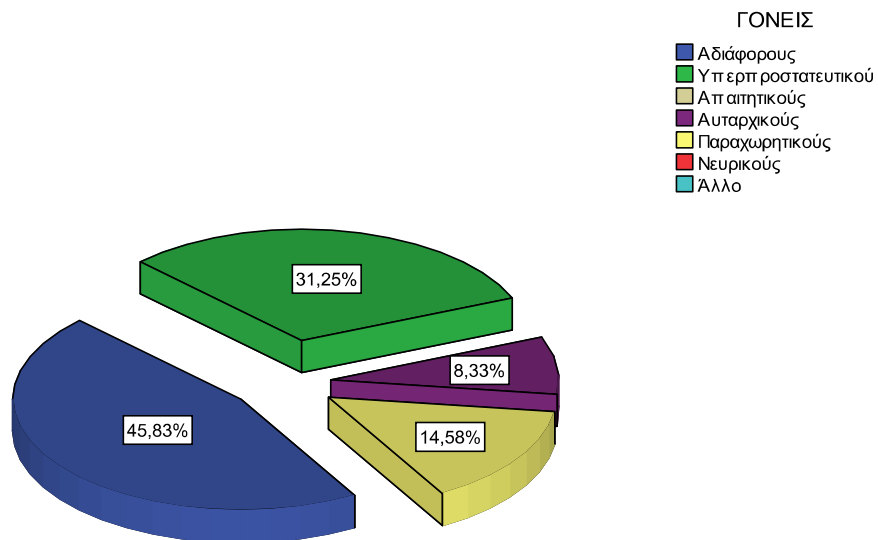


- Το 78% (N=39) πιστεύει ότι ο τύπος γονέα παίζει ρόλο.
- Το 4% (N=2) πιστεύει ότι ο τύπος γονέα δεν παίζει ρόλο.
- Το 18% (N=9) πιστεύει ότι μερικές φορές παίζει ρόλο.

Πίνακας 19^α και Γραφική Παράσταση 19^α: Κατανομή απαντήσεων των 48 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τον τύπο γονέα που έχει την μεγαλύτερη πιθανότητα να οδηγήσει τον έφηβο στη χρήση ουσιών σύμφωνα με την άποψή τους.

ΓΟΝΕΙΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Αδιάφορους	22	44,0	45,8	45,8
	Υπερπροστατευτικού	15	30,0	31,3	77,1
	Αυταρχικούς	4	8,0	8,3	85,4
	Παραχωρητικούς	7	14,0	14,6	100,0
	Total	48	96,0	100,0	
Missing	System	2	4,0		
Total		50	100,0		

Γραφική Παράσταση 19^α

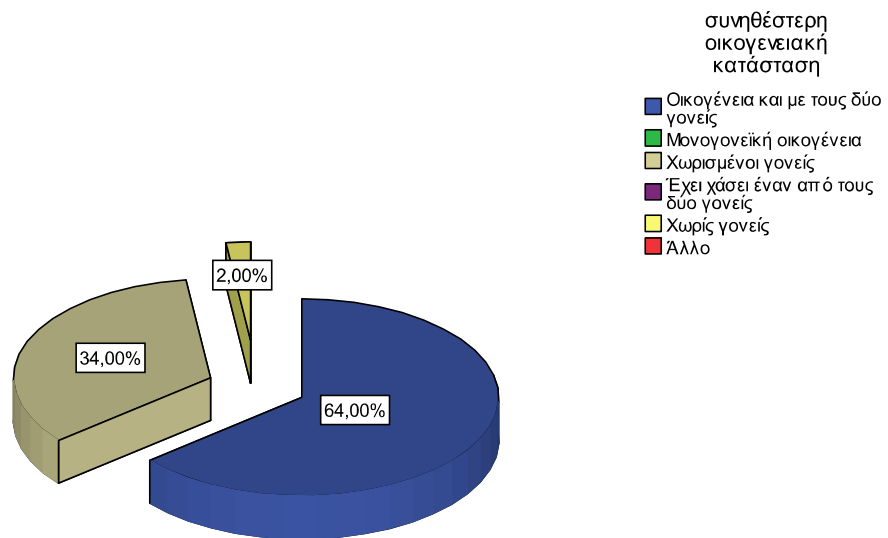


- Το 45,83% (N=22) απάντησαν αδιάφοροι γονείς.
- Το 31,25% (N=15) απάντησαν υπερπροστατευτικοί γονείς.
- Το 8,33% (N=4) απάντησαν αυταρχικοί γονείς.
- Το 14,58% (N=7) απάντησαν παραχωρητικοί γονείς.

Πίνακας 20 και Γραφική Παράσταση 20: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τη συνηθέστερη οικογενειακή κατάσταση του έφηβου χρήστη.

		συνηθέστερη οικογενειακή κατάσταση			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Οικογένεια και με τους δύο γονείς	32	64,0	64,0	64,0
	Χωρισμένοι γονείς	17	34,0	34,0	98,0
	Χωρίς γονείς	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 20



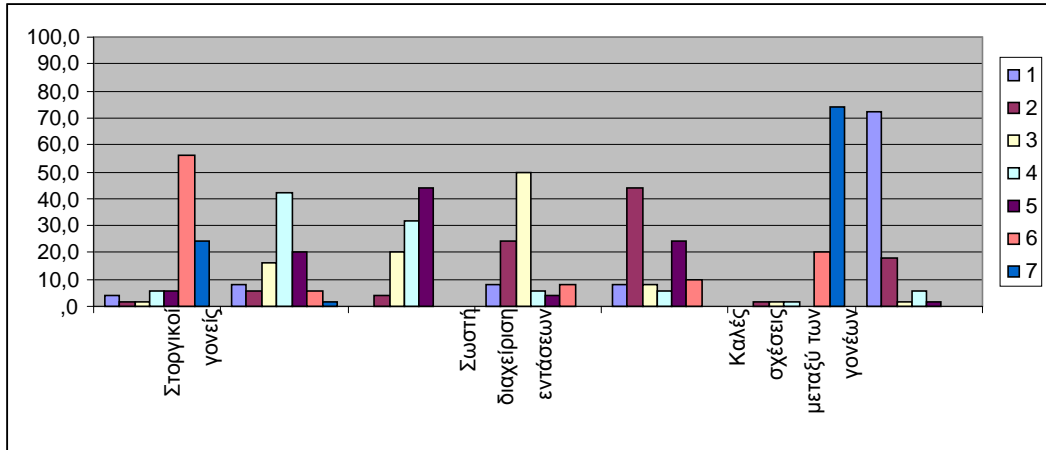
- Το 64% (N=32) απάντησε ότι η συνηθέστερη οικογενειακή κατάσταση είναι οικογένεια με δύο γονείς.
- Το 34% (N=17) απάντησε ότι η συνηθέστερη οικογενειακή κατάσταση είναι χωρισμένοι γονείς.
- Το 2% (N=1) απάντησε ως συνηθέστερη οικογενειακή κατάσταση χωρίς γονείς.

Πίνακας 21 και Γραφική Παράσταση 21: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τον αποτρεπτικό παράγοντα για τη χρήση ουσιών στους εφήβους, ανάλογα με τη σπουδαιότητά τους.

Αποτρεπτικός παράγοντας

	Στοργικοί γονείς	Σωστή διαχείριση εντάσεων	Καλές σχέσεις μεταξύ των γονέων	Σωστή επικοινωνία	Γονείς που θέτουν θετικά πρότυπα	Μη ύπαρξη τοξικομανίας στην οικογένεια	Γονείς που θέτουν όρια
1	4%	8%	0%	8%	8%	0%	72%
2	2%	6%	4%	24%	44%	2%	18%
3	2%	16%	20%	50%	8%	2%	2%
4	6%	42%	32%	6%	6%	2%	6%
5	6%	20%	44%	4%	24%	0%	2%
6	56%	6%	0%	8%	10%	20%	0%
7	24%	2%	0%	0%	0%	74%	0%

Γραφική Παράσταση 21



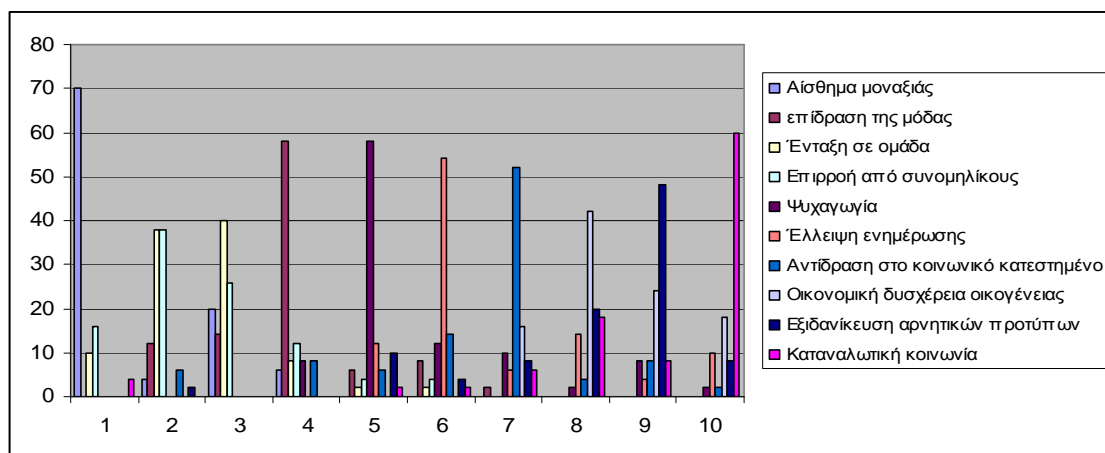
- Το 72% (N=36) δήλωσε τους γονείς που θέτουν όρια ως πρώτη επιλογή.
- Το 44% (N=22) δήλωσε τους γονείς που θέτουν θετικά πρότυπα ως δεύτερη επιλογή.
- Το 50% (N=25) δήλωσε τη σωστή επικοινωνία ως τρίτη επιλογή.
- Το 42% (N=21) δήλωσε τη σωστή διαχείριση εντάσεων ανάμεσα σε εφήβους και γονείς ως τέταρτη επιλογή.
- Το 44% (N=22) δήλωσε τις καλές σχέσεις μεταξύ των γονέων ως πέμπτη επιλογή.
- Το 56% (N=28) δήλωσε τους στοργικούς γονείς ως έκτη επιλογή.
- Το 74% (N=37) δήλωσε τη μη ύπαρξη τοξικομανίας στην οικογένεια ως έβδομη επιλογή.

Πίνακας 22 και Γραφική Παράσταση 22: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τους κοινωνικούς παράγοντες που παίζουν ρόλο στη χρήση ουσιών από τον έφηβο, ανάλογα με τη σπουδαιότητά τους.

Κοινωνικοί Παράγοντες

	Αίσθημα μοναξιάς	Επίδραση της μόδας ή κάποιων ιδεολογιών	Ένταξη σε ομάδα	Επιρροή από συνομηλίκους	Ψυχαγωγία	Έλλειψη ενημέρωσης	Αντίδραση στο κοινωνικό κατεστημένο	Οικονομική δυσχέρεια οικογένειας	Εξιδανίκευση αρνητικών προτύπων	Καταναλωτική κοινωνία
1	70%	0%	10%	16%	0%	0%	0%	0%	0%	4%
2	4%	12%	38%	38%	0%	0%	6%	0%	2%	0%
3	20%	14%	40%	26%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4	6%	58%	8%	12%	8%	0%	8%	0%	0%	0%
5	0%	6%	2%	4%	58%	12%	6%	0%	10%	2%
6	0%	8%	2%	4%	12%	54%	14%	0%	4%	2%
7	0%	2%	0%	0%	10%	6%	52%	16%	8%	6%
8	0%	0%	0%	0%	2%	14%	4%	42%	20%	18%
9	0%	0%	0%	0%	8%	4%	8%	24%	48%	8%
10	0%	0%	0%	0%	2%	10%	2%	18%	8%	60%

Γραφική Παράσταση 22

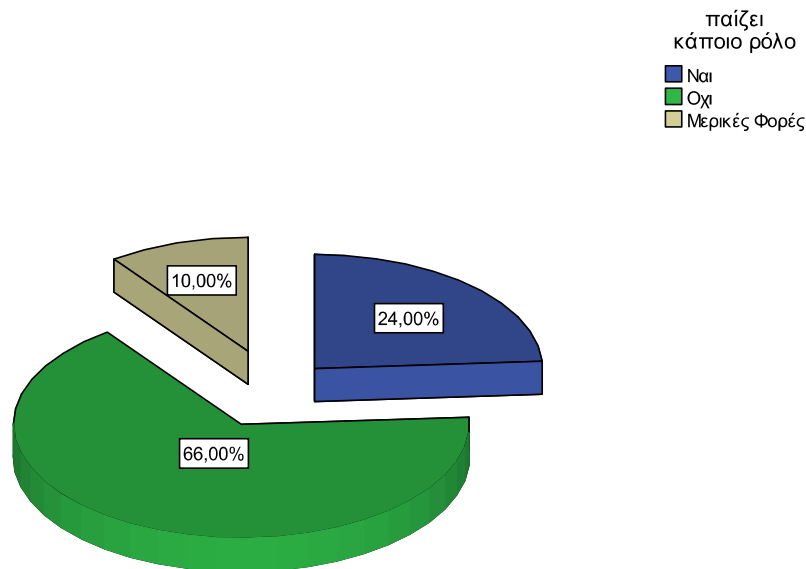


- Το 70% (N=35) δήλωσε το αίσθημα μοναξιάς ως πρώτη επιλογή.
- Το 38% (N=19) δήλωσε την επιρροή από συνομηλίκους ως δεύτερη επιλογή.
- Το 40% (N=20) δήλωσε την ένταξη σε ομάδα ως τρίτη επιλογή.
- Το 58% (N= 29) δήλωσε την επίδραση της μόδας ή κάποιων ιδεολογιών ως τέταρτη επιλογή.
- Το 58% (N=29) δήλωσε τη ψυχαγωγία ως πέμπτη επιλογή.
- Το 54% (N=27) δήλωσε την έλλειψη ενημέρωσης ως έκτη επιλογή.
- Το 52% (N=26) δήλωσε την αντίδραση στο κοινωνικό κατεστημένο ως έβδομη επιλογή.
- Το 42% (N=21) δήλωσε την οικονομική δυσχέρεια της οικογένειας ως όγδοη επιλογή.
- Το 48% (N=24) δήλωσε την εξιδανίκευση αρνητικών προτύπων ως ένατη επιλογή.
- Το 60% (N=30) δήλωσε την καταναλωτική κοινωνία ως δέκατη επιλογή.

Πίνακας 23 και Γραφική Παράσταση 23: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τη γνώμη τους για το αν το εισόδημα της οικογένειας παίζει κάποιο ρόλο στη χρήση.

Παίζει ρόλο το εισόδημα της οικογένειας					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	12	24,0	24,0	24,0
	Όχι	33	66,0	66,0	90,0
	Μερικές Φορές	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 23

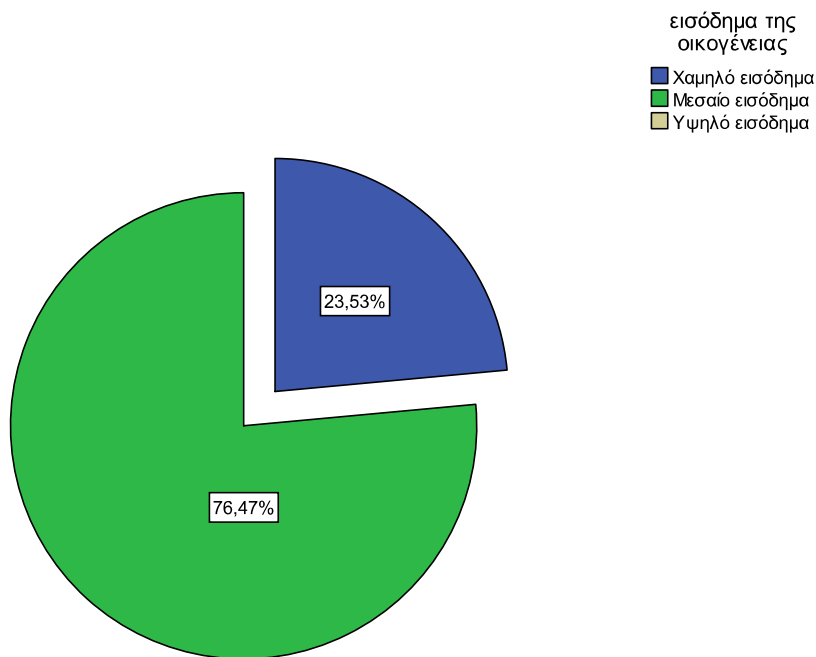


- Το 24% (N=12) πιστεύει ότι το εισόδημα της οικογένειας παίζει κάποιο ρόλο.
- Το 66% (N=33) πιστεύει ότι το εισόδημα της οικογένειας δεν παίζει κάποιο ρόλο.
- Το 10% (N=5) πιστεύει ότι το εισόδημα της οικογένειας δεν παίζει απαραίτητα κάποιο ρόλο.

Πίνακας 23^α και Γραφική Παράσταση 23^α: Κατανομή απαντήσεων των 17 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με την οικονομική οικογενειακή κατάσταση που προέρχονται οι έφηβοι που κάνουν χρήση.

		εισόδημα της οικογένειας			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χαμηλό εισόδημα	4	8,0	23,5	23,5
	Μεσαίο εισόδημα	13	26,0	76,5	100,0
	Total	17	34,0	100,0	
Missing	System	33	66,0		
Total		50	100,0		

Γραφική Παράσταση 23^α



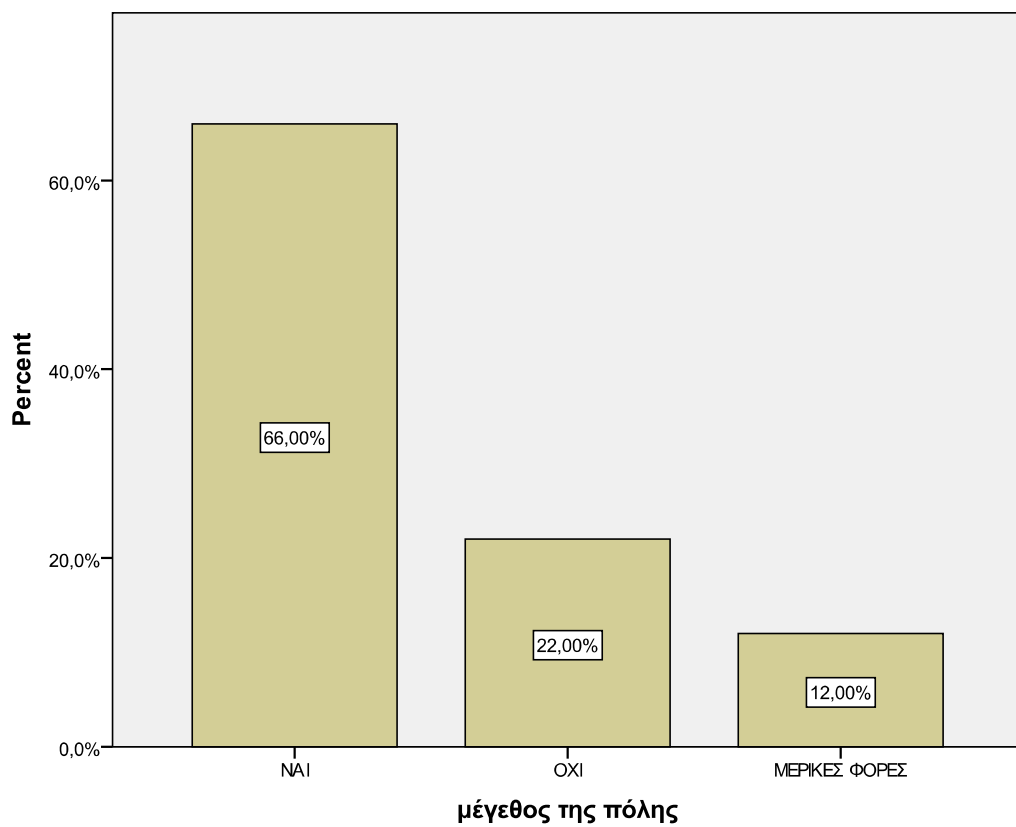
- Το 23,53% (N=4) απάντησε ότι προέρχονται από οικογένεια με χαμηλό εισόδημα.
- Το 76,47% (N=13) απάντησε ότι προέρχονται από οικογένεια με μεσαίο εισόδημα.

Πίνακας 24 και Γραφική Παράσταση 24: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τη γνώμη τους για το αν το μέγεθος της πόλης στην οποία ζει ο έφηβος χρήστης παίζει κάποιο ρόλο.

Το μέγεθος της πόλης παίζει ρόλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	33	66,0	66,0	66,0
OXI	11	22,0	22,0	88,0
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 24

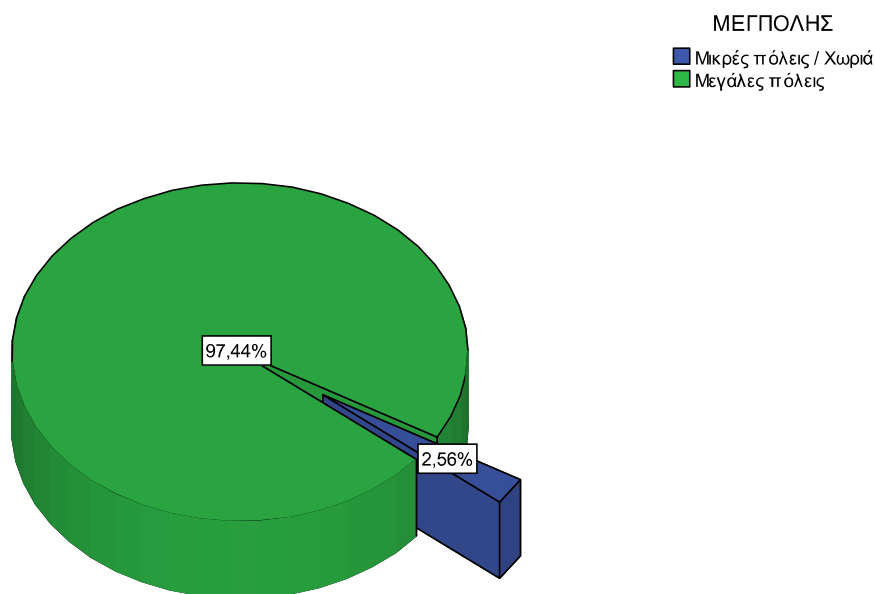


- Το 66% (N=33) πιστεύει ότι το μέγεθος της πόλης παίζει ρόλο.
- Το 22% (N=11) πιστεύει ότι το μέγεθος της πόλης δεν παίζει ρόλο.
- Το 12% (N=6) πιστεύει ότι το μέγεθος της πόλης δεν παίζει απαραίτητα κάποιο ρόλο.

Πίνακας 24^α και Γραφική Παράσταση 24^α: Κατανομή απαντήσεων των 39 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με την προέλευση των εφήβων που κάνουν χρήση.

		Μέγεθος πόλης			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μικρές πόλεις / Χωριά	1	2,0	2,6	2,6
	Μεγάλες πόλεις	38	76,0	97,4	100,0
	Total	39	78,0	100,0	
Missing	System	11	22,0		
Total		50	100,0		

Γραφική Παράσταση 24^α



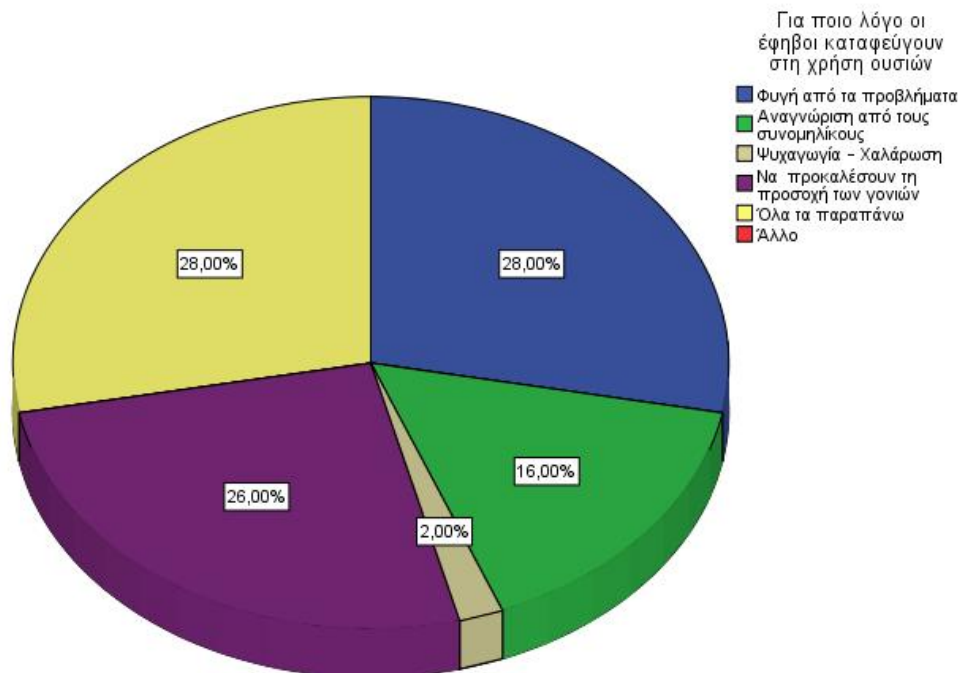
- Το 2,56% (N=1) πιστεύει ότι μεγαλύτερη χρήση παρατηρείται στις μικρές πόλεις / χωριά.
- Το 97,44% (N=38) πιστεύει ότι μεγαλύτερη χρήση παρατηρείται στις μεγάλες πόλεις.

Πίνακας 25 και Γραφική Παράσταση 25: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τον σημαντικότερο λόγο που οι έφηβοι καταφεύγουν στα ναρκωτικά.

Για ποιο λόγο οι έφηβοι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Φυγή από τα προβλήματα	14	28,0	28,0	28,0
	Αναγνώριση από τους συνομηλικούς	8	16,0	16,0	44,0
	Ψυχαγωγία – Χαλάρωση	1	2,0	2,0	46,0
	Να προκαλέσουν τη προσοχή των γονιών	13	26,0	26,0	72,0
	Όλα τα παραπάνω	14	28,0	28,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 25

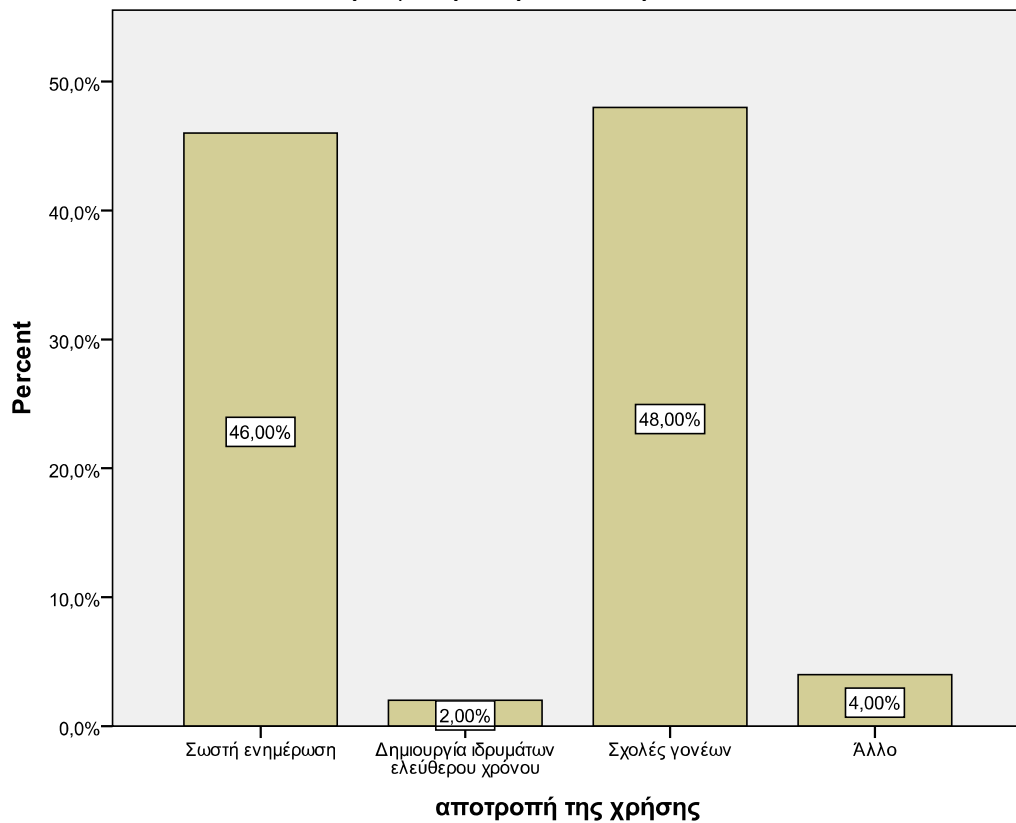


- Το 28% (N=14) απάντησε φυγή από τα προβλήματα.
- Το 16% (N=8) απάντησε αναγνώριση από τους συνομηλικούς.
- Το 2% (N=1) απάντησε ψυχαγωγία – χαλάρωση.
- Το 26% (N=13) απάντησε να προκαλέσουν τη προσοχή των γονιών.
- Το 28% (N=14) απάντησε όλα τα παραπάνω.

Πίνακας 26 και Γραφική Παράσταση 26: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με το τι πρέπει να γίνει από το κράτος ώστε να βοηθήσει στην αποτροπή της χρήσης ουσιών από τους εφήβους.

		αποτροπή της χρήσης			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστή ενημέρωση	23	46,0	46,0	46,0
	Δημιουργία ιδρυμάτων ελεύθερου χρόνου	1	2,0	2,0	48,0
	Σχολές γονέων	24	48,0	48,0	96,0
	Άλλο	2	4,0	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 26



- Το 46% (N=23) πιστεύει ότι χρειάζεται σωστή ενημέρωση των εφήβων.
- Το 2% (N=1) πιστεύει ότι πρέπει να δημιουργηθούν ιδρύματα ελεύθερου χρόνου.
- Το 48% (N=24) πιστεύει ότι χρειάζονται σχολές γονέων.
- Το 4% (N=2) πιστεύει ότι χρειάζεται κάτι άλλο (αναδιοργάνωση των υπηρεσιών).

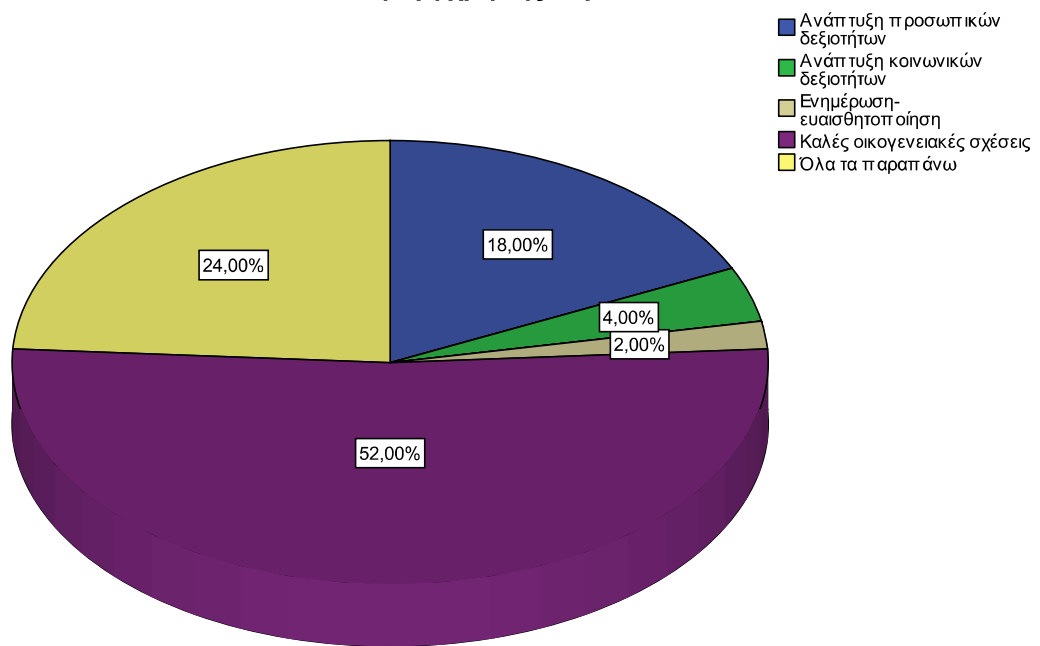
Πίνακας 27 και Γραφική Παράσταση 27: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με το πιο σημαντικό για την αποφυγή της χρήσης ουσιών από τους εφήβους.

αποφυγή χρήσης ναρκωτικών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων	9	18,0	18,0	18,0
	Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων	2	4,0	4,0	22,0
	Ενημέρωση-ευαισθητοποίηση	1	2,0	2,0	24,0
	Καλές οικογενειακές σχέσεις	26	52,0	52,0	76,0
	Όλα τα παραπάνω	12	24,0	24,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 27

αποφυγή χρήσης ναρκωτικών



- Το 18% (N=9) διάλεξε την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων.
- Το 4% (N=2) διάλεξε την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων.
- Το 2% (N=1) διάλεξε την ενημέρωση – ευαισθητοποίηση.
- Το 52% (N=26) διάλεξε τις καλές οικογενειακές σχέσεις.
- Το 24% (N=12) διάλεξε όλα τα παραπάνω.

Πίνακας 28 και Γραφική Παράσταση 28: Κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με την επάρκεια των υπηρεσιών που ήδη υπάρχουν για την αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών από τους εφήβους.

οι υπάρχουσες υπηρεσίες επαρκούν

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	οχι	49	98,0	98,0	98,0
	ναι	1	2,0	2,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 28

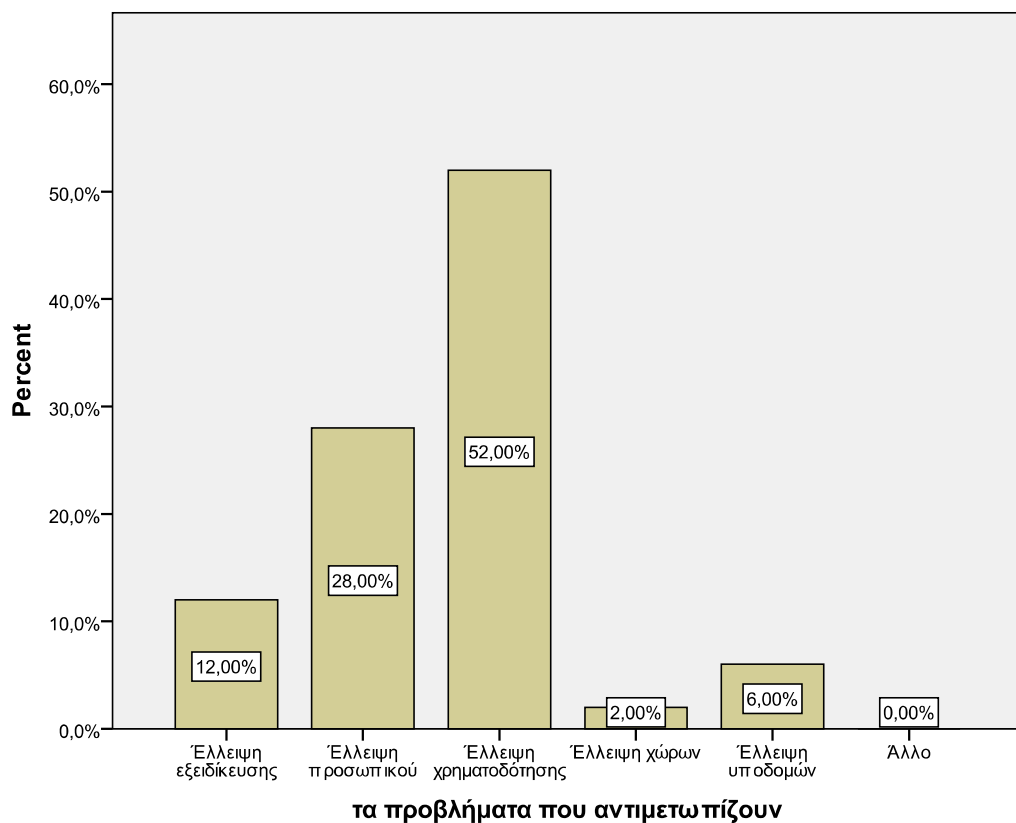


- Το 2% (N=1) πιστεύει ότι οι ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες επαρκούν.
- Το 98% (N=49) πιστεύει ότι δεν επαρκούν.

Πίνακας 28^α και Γραφική Παράσταση 28^α: Κατανομή απαντήσεων των 49 ερωτηθέντων/ θείσων σε σχέση με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ήδη υπάρχουσες δομές.

τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έλλειψη εξειδίκευσης	6	12,0	12,0	12,0
	Έλλειψη προσωπικού	14	28,0	28,0	40,0
	Έλλειψη χρηματοδότησης	26	52,0	52,0	92,0
	Έλλειψη χώρων	1	2,0	2,0	94,0
	Έλλειψη υποδομών	3	6,0	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Γραφική Παράσταση 28^α



- Το 12% (N=6) απάντησε την έλλειψη εξειδίκευσης.
- Το 28% (N=14) απάντησε την έλλειψη προσωπικού.
- Το 52% (N=26) απάντησε την έλλειψη χρηματοδότησης.
- Το 2% (N=1) απάντησε την έλλειψη χώρων.
- Το 6% (N=3) απάντησε την έλλειψη υποδομών.

Ερώτηση 29 – Ανοιχτού τύπου

Η 29^η ερώτηση είναι ανοιχτού τύπου. Ζητάμε από τους ερωτηθέντες να μας γράψουν τις προτάσεις τους για τις βελτιώσεις που θα έκαναν πιο αποτελεσματικές τις παροχές υπηρεσιών. Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι χρειάζεται σταθερή χρηματοδότηση των δομών, καθώς η υποχρηματοδότηση οδηγεί σε μείωση ή και έλλειψη προσωπικού και υποδομών. Με την σωστή χρηματοδότηση θα υπάρχει σταθερότητα στην παροχή υπηρεσιών, το οποίο είναι το πιο σημαντικό ως προς το θέμα της αποτελεσματικότητας. Επιπλέον, η επάρκεια σε υποδομές και σε προσωπικό θα βοηθήσουν ώστε να καταργηθούν οι λίστες αναμονής.

Άλλη πρόταση είναι η δημιουργία περισσότερων κοινωνικών δομών υποστήριξης γιατί οι ανάγκες είναι πολύπλευρες και χρειάζεται χρόνος για να ανταποκριθεί ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας ουσιαστικά. Επίσης, πρότειναν τη δημιουργία περισσότερων προγραμμάτων απεξάρτησης.

Αρκετοί έδωσαν έμφαση στην πρόσληψη προσωπικού, στη συστηματική και συνεχή εκπαίδευση, στην κατάρτιση και εξειδίκευση του, καθώς και στην ευαισθητοποίησή του. Κάποιοι προτείνουν καλύτερη εκπαίδευση του επιστημονικού προσωπικού πάνω σε θέματα εφηβείας.

Κάποιοι πιστεύουν ότι η ενημέρωση, η συμβουλευτική και η πρόληψη στα σχολεία από καταρτισμένους επαγγελματίες, καθώς και η καθιέρωση υποχρεωτικών προγραμμάτων πρόληψης της χρήσης από το δημοτικό, θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης ουσιών.

Τέλος, η αλλαγή πολιτικής και ο εκμοντερνισμός των υπηρεσιών, καθώς και η ευαισθητοποίηση της πολιτείας θα βοηθήσει τόσο στην πρόληψη, όσο και στην αποτελεσματικότερη λειτουργία των δομών.

2.2. Στατιστικές συγκρίσεις υποομάδων του δείγματος

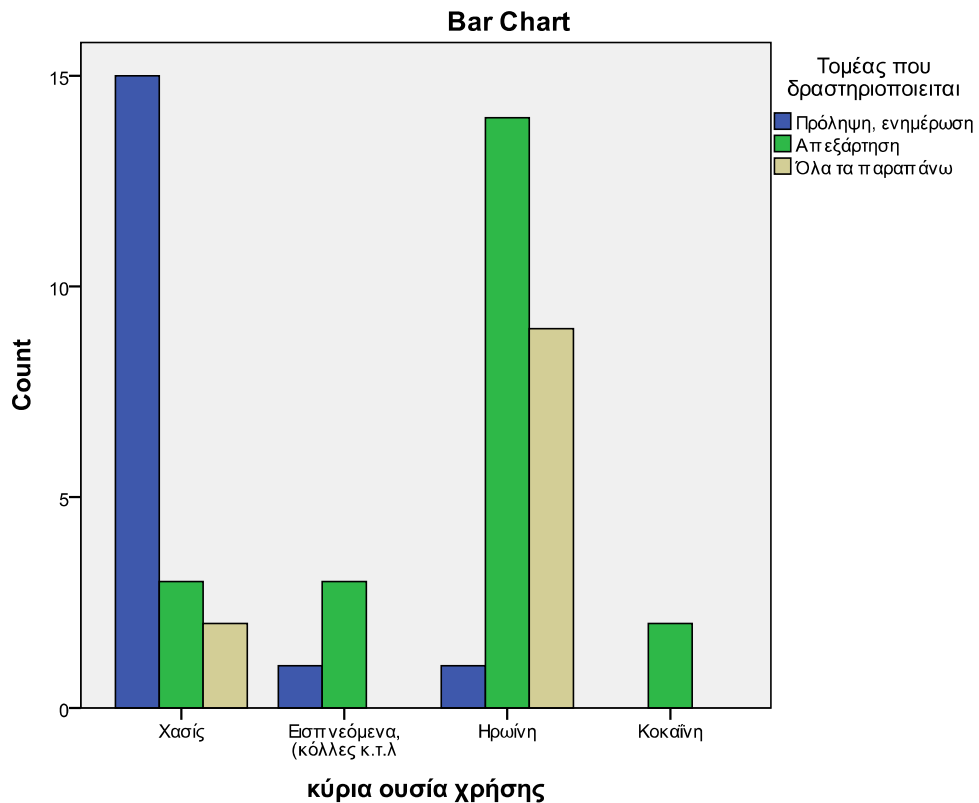
Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των στατιστικών συγκρίσεων μεταξύ υποομάδων του δείγματος οι οποίες δημιουργήθηκαν με βάση τα δημογραφικά στοιχεία (ανεξάρτητες μεταβλητές), σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου:

Πίνακας 29 και Γραφική Παράσταση 29: Συγκριτική κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων ανάλογα με τον τομέα στον οποίο δραστηριοποιείται η μονάδα στην οποία εργάζονται σε σχέση με την κύρια ουσία χρήσης των εφήβων.

κύρια ουσία χρήσης * Τομέας που δραστηριοποιείται Crosstabulation

			Τομέας που δραστηριοποιείται			Total
			Πρόληψη, ενημέρωση	Απεξάρτηση	Όλα τα παραπάνω	
κύρια ουσία χρήσης	Χασίς	Count	15	3	2	20
		% within Τομέας που δραστηριοποιείται	88,2%	13,6%	18,2%	40,0%
	Εισπνεόμενα, (κόλλες κ.τ.λ)	Count	1	3	0	4
		% within Τομέας που δραστηριοποιείται	5,9%	13,6%	,0%	8,0%
	Ηρωίνη	Count	1	14	9	24
		% within Τομέας που δραστηριοποιείται	5,9%	63,6%	81,8%	48,0%
	Κοκαΐνη	Count	0	2	0	2
		% within Τομέας που δραστηριοποιείται	,0%	9,1%	,0%	4,0%
Total	Count	17	22	11	50	
	% within Τομέας που δραστηριοποιείται	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Γραφική Παράσταση 29



Εργαζόμενοι στη πρόληψη, ενημέρωση :

- Το 88,2% (N=15) απάντησε ως κύρια ουσία χρήσης το χασίς.
- Το 5,9% (N=1) απάντησε ως κύρια ουσία χρήσης τα εισπνεόμενα, (κόλλες κτλ).
- Το 5,9% (N=1) απάντησε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη.

Εργαζόμενοι στην απεξάρτηση:

- Το 13,6% (N=3) απάντησε ως κύρια ουσία χρήσης το χασίς.
- Το 13,6% (N=3) απάντησε ως κύρια ουσία χρήσης τα εισπνεόμενα (κόλλες κτλ.)
- Το 63,6% (N=14) απάντησε ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη.
- Το 9,1% (N=2) απάντησε ως κύρια ουσία χρήσης την κοκαΐνη

Εργαζόμενοι σε μονάδες που δραστηριοποιούνται και στους δύο τομείς:

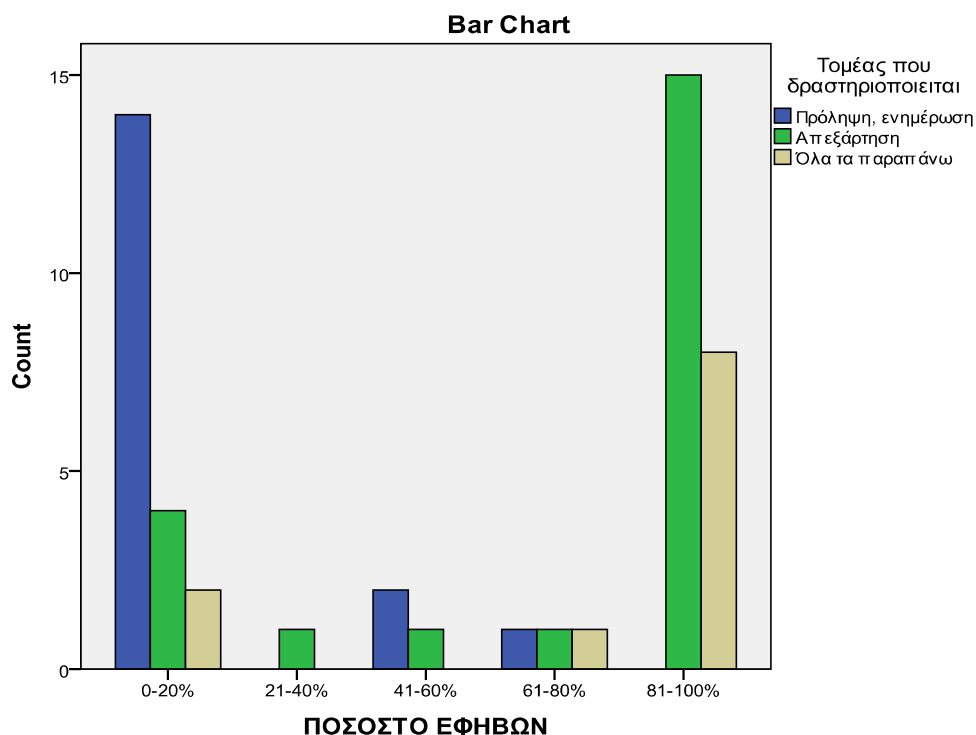
- Το 18,2% (N=2) απάντησαν ως κύρια ουσία χρήσης το χασίς.
- Το 81,8% (N=9) απάντησαν ως κύρια ουσία χρήσης την ηρωίνη.

Πίνακας 30 και Γραφική Παράσταση 30: Συγκριτική κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων ανάλογα με τον τομέα που δραστηριοποιείται η μονάδα στην οποία εργάζονται σε σχέση με το ποσοστό εφήβων που δέχονται.

ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΦΗΒΩΝ * Τομέας που δραστηριοποιείται Crosstabulation

		Τομέας που δραστηριοποιείται			Total
		Πρόληψη, ενημέρωση	Απεξάρτηση	Όλα τα παραπάνω	
ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΦΗΒΩΝ	0-20%	Count 14 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 82,4%	Count 4 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 18,2%	Count 2 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 18,2%	20 40,0%
	21-40%	Count 0 % within Τομέας που δραστηριοποιείται ,0%	Count 1 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 4,5%	Count 0 % within Τομέας που δραστηριοποιείται ,0%	1 2,0%
	41-60%	Count 2 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 11,8%	Count 1 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 4,5%	Count 0 % within Τομέας που δραστηριοποιείται ,0%	3 6,0%
	61-80%	Count 1 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 5,9%	Count 1 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 4,5%	Count 1 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 9,1%	3 6,0%
	81-100%	Count 0 % within Τομέας που δραστηριοποιείται ,0%	Count 15 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 68,2%	Count 8 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 72,7%	23 46,0%
Total		Count 17 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 100,0%	Count 22 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 100,0%	Count 11 % within Τομέας που δραστηριοποιείται 100,0%	50 100,0%

Γραφική Παράσταση 30



Εργαζόμενοι στην πρόληψη, ενημέρωση:

- Το 82,4% (N=14) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 0 έως 20%
- Το 11,8% (N=2) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 41 έως 60%
- Το 5,9% (N=1) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 61 έως 80%

Εργαζόμενοι στην απεξάρτηση:

- Το 18,2% (N=4) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 0 έως 20%
- Το 4,5% (N=1) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 21 έως 40%
- Το 4,5% (N=1) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 41 έως 60%
- Το 4,5% (N=1) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 61 έως 80%
- Το 68,2% (N=15) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 81 έως 100%

Εργαζόμενοι σε μονάδες που δραστηριοποιούνται και στους δύο τομείς:

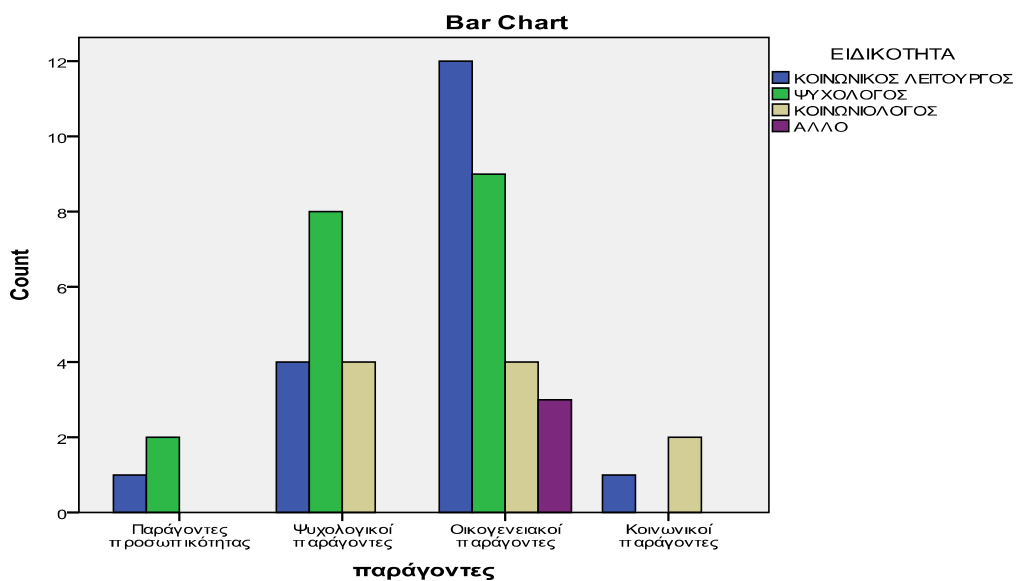
- Το 18,2% (N=2) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 0 έως 20%
- Το 9,1% (N=1) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 61 έως 80%
- Το 72,7% (N=8) απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 81 έως 100%

Πίνακας 31 και Γραφική Παράσταση 31: Συγκριτική κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων ανάλογα με το επάγγελμα σε σχέση με τον παράγοντα που θεωρούν σημαντικότερο στη χρήση ουσιών από εφήβους.

παράγοντες * ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Crosstabulation

			ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
			ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΟΣ	ΆΛΛΟ	
παράγοντες	Παράγοντες προσωπικότητας	Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	1 5,6%	2 10,5%	0 ,0%	0 ,0%	3 6,0%
	Ψυχολογικοί παράγοντες	Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	4 22,2%	8 42,1%	4 40,0%	0 ,0%	16 32,0%
	Οικογενειακοί παράγοντες	Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	12 66,7%	9 47,4%	4 40,0%	3 100,0%	28 56,0%
	Κοινωνικοί παράγοντες	Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	1 5,6%	0 ,0%	2 20,0%	0 ,0%	3 6,0%
Total		Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	18 100,0%	19 100,0%	10 100,0%	3 100,0%	50 100,0%

Γραφική Παράσταση 31



Κοινωνικοί λειτουργοί:

- Το 5,6% (N=1) δίνουν προτεραιότητα στους παράγοντες προσωπικότητας.
- Το 22,2% (N=4) δίνουν προτεραιότητα στους ψυχολογικούς παράγοντες.
- Το 66,7% (N=12) δίνουν προτεραιότητα στους οικογενειακούς παράγοντες.
- Το 5,6% (N=1) δίνουν προτεραιότητα στους κοινωνικούς παράγοντες.

Ψυχολόγοι:

- Το 10,5% (N=2) δίνουν προτεραιότητα στους παράγοντες προσωπικότητας.
- Το 42,1% (N=8) δίνουν προτεραιότητα στους ψυχολογικούς παράγοντες.
- Το 47,4% (N=9) δίνουν προτεραιότητα στους οικογενειακούς παράγοντες.

Κοινωνιολόγοι:

- Το 40% (N=4) δίνουν προτεραιότητα στους ψυχολογικούς παράγοντες.
- Το 40% (N=4) δίνουν προτεραιότητα στους οικογενειακούς παράγοντες.
- Το 20% (N=2) δίνουν προτεραιότητα στους κοινωνικούς παράγοντες.

Άλλο (κοινωνικοί ανθρωπολόγοι):

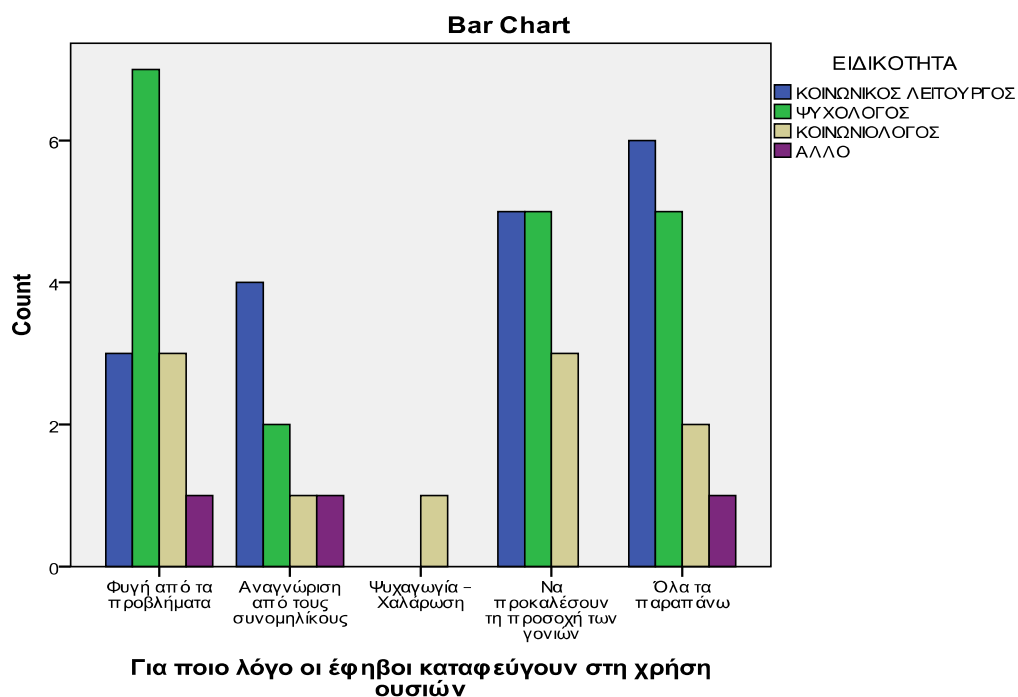
- Το 100% (N=3) δίνουν προτεραιότητα στους οικογενειακούς παράγοντες.

Πίνακας 32 και Γραφική Παράσταση 32: Συγκριτική κατανομή απαντήσεων των 50 ερωτηθέντων/ θείσων ανάλογα με το επάγγελμα σε σχέση με τον λόγο που πιστεύουν ότι οδηγεί τους εφήβους στη χρήση ουσιών.

Για ποιο λόγο οι έφηβοι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών * ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ Crosstabulation

			ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ				Total
			ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΟΣ	ΑΛΛΟ	
Για ποιο λόγο οι έφηβοι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών	Φυγή από τα προβλήματα	Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	3 16,7%	7 36,8%	3 30,0%	1 33,3%	14 28,0%
	Αναγνώριση από τους συνομηλίκους	Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	4 22,2%	2 10,5%	1 10,0%	1 33,3%	8 16,0%
	Ψυχαγωγία – Χαλάρωση	Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	0 ,0%	0 ,0%	1 10,0%	0 ,0%	1 2,0%
	Να προκαλέσουν τη προσοχή των γονιών	Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	5 27,8%	5 26,3%	3 30,0%	0 ,0%	13 26,0%
	Όλα τα παραπάνω	Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	6 33,3%	5 26,3%	2 20,0%	1 33,3%	14 28,0%
Total	Count % within ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	18 100,0%	19 100,0%	10 100,0%	3 100,0%	50 100,0%	

Γραφική Παράσταση 32



Κοινωνικοί λειτουργοί:

- Το 16,7% (N=3) πιστεύει ότι το κάνουν για να ξεφύγουν από τα προβλήματα.
- Το 22,2% (N=4) πιστεύει ότι το κάνουν για να κερδίσουν την αναγνώριση των συνομήλικων.
- Το 27,8% (N=5) πιστεύει ότι το κάνουν για να προκαλέσουν τη προσοχή των γονιών.
- Το 33,3% (N=6) πιστεύει ότι το κάνουν για όλους τους παραπάνω λόγους χωρίς να ξεχωρίζουν κάποιο ως πιο σημαντικό.

Ψυχολόγοι:

- Το 36,8% (N=7) πιστεύει ότι το κάνουν για να ξεφύγουν από τα προβλήματα.
- Το 10,5% (N=2) πιστεύει ότι το κάνουν για να κερδίσουν την αναγνώριση των συνομήλικων.
- Το 26,3% (N=5) πιστεύει ότι το κάνουν για να προκαλέσουν τη προσοχή των γονιών.
- Το 26,3% (N=5) πιστεύει ότι το κάνουν για όλους τους παραπάνω λόγους χωρίς να ξεχωρίζουν κάποιο ως πιο σημαντικό.

Κοινωνιολόγοι:

- Το 30% (N=3) πιστεύει ότι το κάνουν για να ξεφύγουν από τα προβλήματα.
- Το 10% (N=1) πιστεύει ότι το κάνουν για να κερδίσουν την αναγνώριση των συνομήλικων.
- Το 10% (N=1) πιστεύει ότι το κάνουν για ψυχαγωγία – χαλάρωση.
- Το 30% (N=3) πιστεύει ότι το κάνουν για να προκαλέσουν τη προσοχή των γονιών.
- Το 20% (N=2) πιστεύει ότι το κάνουν για όλους τους παραπάνω λόγους χωρίς να ξεχωρίζουν κάποιο ως πιο σημαντικό.

Άλλο (κοινωνικοί ανθρωπολόγοι):

- Το 33,3% (N=1) πιστεύει ότι το κάνουν για να ξεφύγουν από τα προβλήματα.
- Το 33,3% (N=1) πιστεύει ότι το κάνουν για να κερδίσουν την αναγνώριση των συνομήλικων.
- Το 33,3% (N=1) πιστεύει ότι το κάνουν για όλους τους παραπάνω λόγους χωρίς να ξεχωρίζουν κάποιο ως πιο σημαντικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

3.1. Συμπεράσματα

Βασικός σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αιτίες που οι έφηβοι στρέφονται στα ναρκωτικά. Δηλαδή ποια είναι τα γενικά και ειδικά αίτια που οδηγούν τους έφηβους στη χρήση ουσιών, ποιες ουσίες συναντώνται πιο συχνά και σε τι ποσοστό, σε ποια ηλικία οι έφηβοι ξεκινούν τη χρήση, με ποια ουσία αρχίζουν, μετά από πόσο καιρό χρήσης αναζητούν βοήθεια και τους τρόπους αντιμετώπισης για την αποφυγή της έναρξης χρήσης.

Μετά από την ολοκλήρωση της έρευνας, την επεξεργασία των πληροφοριών που συλλέξαμε και εστιάζοντας σε κάποιες συγκεκριμένες μεταβλητές οι οποίες συσχετίζονται καταλήξαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

Το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι από τα πιο βαριά και σε μεγάλη έκταση κοινωνικά προβλήματα, συνεχώς και ταχέως επιδεινούμενο στον κόσμο ολόκληρο, αλλά και στην Ελλάδα. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994). Εκείνο που πρέπει να μας ανησυχεί, δεν είναι τόσο η αύξηση του αριθμού των τοξικομανών, όσο το γεγονός ότι όλο και περισσότερα άτομα νεαρής ηλικίας εισέρχονται ετησίως (Νίκος Σιάμος, 1992). Αυτό επιβεβαιώνεται από τα πορίσματα της έρευνά μας σχετικά με την ηλικία έναρξης της χρήσης ουσιών, καθώς εντοπίσαμε ότι ξεκινάει στην ηλικία των 13 με 15 ετών (βλ. πίνακας 8 και γραφική παράσταση 8).

Σύμφωνα με στοιχεία του Τμήματος Εφήβων και Νέων 18ΑΝΩ (βλ. παράρτημα 3) τη δεκαετία 1998 – 2007 η συνηθέστερη ουσία έναρξης της χρήσης είναι το χασίς, γεγονός που παραμένει καθώς το 88% των ερωτηθέντων (βλ. πίνακα 9 και γραφική παράσταση 9), έδωσε την ίδια απάντηση. Στην ερώτηση για το ποια είναι η κύρια ουσία χρήσης των εφήβων το 48% απάντησε ότι είναι η ηρωίνη. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τα στοιχεία του Τμήματος Εφήβων και Νέων 18ΑΝΩ (βλ. παράρτημα 3) τη δεκαετία 1998 – 2007 η κύρια ουσία χρήσης παραμένει η ίδια.

Οι έφηβοι αναζητούν βοήθεια κυρίως μετά τον πρώτο χρόνο χρήσης (βλ. πίνακα 13 και γραφική παράσταση 13) και όταν κάνουν την πρώτη τους επαφή με μια υπηρεσία συνοδεύονται από τους γονείς τους (βλ. πίνακα 14 και γραφική παράσταση 14).

Σύμφωνα με τον Αβραμίδη (1994) ο πρώτος και σημαντικότερος παράγοντας που οδηγεί στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών είναι η προσωπικότητα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της

έρευνας δείχνουν ότι οι οικογενειακοί παράγοντες παίζουν σημαντικότερο ρόλο στη χρήση ουσιών από εφήβους, από ότι οι παράγοντες προσωπικότητας, οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί. (βλ. πίνακα 15 και γραφική παράσταση 15).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τη σειρά σημαντικότητας των οικογενειακών παραγόντων επισημάνθηκε ως σημαντικότερη η έλλειψη ορίων, ακολουθούν με φθίνουσα σειρά οι εντάσεις ανάμεσα στους εφήβους και τους γονείς, η κρίση στην οικογένεια, η έλλειψη επικοινωνίας, οι κακές σχέσεις μεταξύ των γονέων, η έλλειψη προτύπων προς μίμηση, η έλλειψη γονεϊκής αγάπης και τέλος η τοξικομανία στην οικογένεια και η εξοικείωση με την κατάχρηση φαρμάκων. (βλ. πίνακα 18 και γραφική παράσταση 18).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις για τη σειρά σημαντικότητας των ψυχολογικών παραγόντων επισημάνθηκε ως σημαντικότερη η έλλειψη αυτοπεποίθησης, ακολουθούν με φθίνουσα σειρά η αδυναμία διαχείρισης εντάσεων, η αδυναμία επίτευξης στόχων, η αδυναμία διαχείρισης άγχους, η έλλειψη πλήρους ψυχικής υγείας και τέλος η αίσθηση παντοδυναμιάς. (βλ. πίνακα 17 και γραφική παράσταση 17).

Σύμφωνα με τον Αβραμίδη (1994) οι σημαντικότεροι παράγοντες της προσωπικότητας του εφήβου που οδηγούν στην χρήση είναι οι δυσκολίες προσαρμογής, ενώ ο Αναστασιάδης (1993) θεωρεί σημαντικότερο παράγοντα τον αδύναμο χαρακτήρα και την αδύναμη θέληση του ατόμου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας ο σημαντικότερος παράγοντας της προσωπικότητας του εφήβου είναι ο αδύναμος χαρακτήρας και θέληση και ακολουθούν με φθίνουσα σειρά τα άτομα που δεν έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν κρίσεις, τα άτομα με προβλήματα προσαρμογής, τα υπερευαίσθητα άτομα, τα άτομα που επιζητούν το ρίσκο, τα άτομα με άγνοια κινδύνου, τα άτομα τα οποία δε βρίσκουν ενδιαφέρον στη ζωή τους και τέλος τα άτομα με έντονη περιέργεια και τα φυγόπονα άτομα. (βλ. πίνακα 16 και γραφική παράσταση 16).

Φαίνεται ότι, πέραν των άλλων, οι έφηβοι βιώνουν πολλή μοναξιά, η οποία δε διακόπτεται ακόμη και με την έξοδό τους από το σπίτι και τη συνάντησή τους με συνομηλίκους τους. (Ντολτο, 1988). Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η μοναξιά που βιώνουν οι έφηβοι είναι ο πιο σημαντικός από τους κοινωνικούς παράγοντες και ακολουθούν η επιρροή από τους συνομηλίκους και η ένταξη σε ομάδα, ενώ η οικονομική δυσχέρεια της οικογένειας, η εξιδανίκευση αρνητικών προτύπων και η καταναλωτική κοινωνία δεν επηρεάζει ιδιαίτερα. (βλ. πίνακα 22 και γραφική παράσταση 22).

Ο τύπος των γονέων επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη του εφήβου (Μάνος Γ.Κ., 1999). Σύμφωνα με την άποψη των ερωτηθέντων επηρεάζει και το αν ο έφηβος θα στραφεί στη χρήση ουσιών. (βλ. πίνακα 19, 19^α και γραφική παράσταση 19, 19^α).

Ο σημαντικότερος αποτρεπτικός παράγοντας για τη χρήση ουσιών είναι τα όρια που θέτουν οι γονείς στους εφήβους. (βλ. πίνακα 21 και γραφική παράσταση 21).

Το 60% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι το εισόδημα της οικογένειας δεν παίζει κάποιο ρόλο στην έναρξη χρήσης ουσιών από τους εφήβους ενώ το 66% πιστεύει ότι ο τόπος διαμονής παίζει ρόλο, αφού το 97,44% πιστεύει ότι μεγαλύτερη χρήση παρατηρείται στις μεγάλες πόλεις. (βλ. πίνακα 23, 23^α, 24, 24^α και γραφική παράσταση 23, 23^α, 24 και 24^α).

Οι άνθρωποι καταφεύγουν στις αναπληρωματικές ικανοποιήσεις των ναρκωτικών όταν είναι απογοητευμένοι από τον κόσμο μέσα στον οποίο ζουν, σα μια πράξη φυγής, ή για απελευθέρωση και ανεξαρτησία, ή για την απόκτηση της άπιαστης με τις δικές τους δυνάμεις ευδαιμονίας. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994). Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η φυγή από τα προβλήματα είναι ο βασικός λόγος που οι έφηβοι καταφεύγουν στα ναρκωτικά και ακολουθούν: να προκαλέσουν την προσοχή των γονιών, η αναγνώριση από τους συνομήλικους και η ψυχαγωγία – χαλάρωση. (βλ. πίνακα 25 και γραφική παράσταση 25).

Πολλές είναι οι ελπίδες οι οποίες στηρίζονται, αποδεδειγμένα πλέον, στην «αγωγή υγείας» και στην «προαγωγή της υγείας», με την ένταξη των ανάλογων θεμάτων στις «Σχολές Γονέων». (Γεώργιος Κρουσταλλάκης, 2006). Αυτό επιβεβαιώνεται και από τα πορίσματα της έρευνας, αφού το 48% απάντησε σχολές γονέων. (βλ. πίνακα 26 και γραφική παράσταση 26).

Έχει λοιπόν παρατηρηθεί ότι στρέφονται προς τα ναρκωτικά παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες με απουσία ισχυρών δεσμών, ιδιαίτερα συναισθηματικών, (Βασ. Κ. Αναστασιάδης, 1993), χωρίς αρμονικές σχέσεις ανάμεσα στους γονείς, αλληλοσεβασμό, κατανόηση, ιεράρχηση και πειθαρχία στους ρόλους του καθενός. (Αθανάσιος Β. Αβραμίδης, 1994). Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων το πιο σημαντικό για την αποφυγή χρήσης ουσιών στους εφήβους είναι οι καλές οικογενειακές σχέσεις. (βλ. πίνακα 27 και γραφική παράσταση 27).

Οι ήδη υπάρχουσες δομές δεν επαρκούν για την αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών από τους εφήβους πιστεύει το 98% των ερωτηθέντων. (βλ. πίνακα 28, 28^α και γραφική παράσταση 28, 18^α).

Από τη συσχέτιση των απαντήσεων που κάναμε ανάμεσα στον τομέα στον οποίο δραστηριοποιείται η μονάδα στην οποία εργάζονται σε σχέση με την κύρια ουσία χρήσης των εφήβων παρατηρούμε ότι οι εργαζόμενοι στην πρόληψη – ενημέρωση πιστεύουν ότι η κύρια ουσία χρήσης είναι το χασίς (88,2%) ενώ οι εργαζόμενοι στην απεξάρτηση (63,3%) και οι εργαζόμενοι σε μονάδες που δραστηριοποιούνται και στους δύο τομείς (81,8%) πιστεύουν ότι είναι η ηρωίνη. (βλ. πίνακα 29 και γραφική παράσταση 29).

Από τη συσχέτιση των απαντήσεων που κάναμε ανάμεσα στον τομέα που δραστηριοποιείται η μονάδα στην οποία εργάζονται οι ερωτηθέντες και στο ποσοστό εφήβων που δέχονται παρατηρούμε ότι το ποσοστό εφήβων που επισκέπτεται υπηρεσίες απεξάρτησης είναι πολύ υψηλότερο από αυτό που επισκέπτεται υπηρεσίες πρόληψης. Πιο αναλυτικά, το 82,4% των εργαζόμενων στην πρόληψη – ενημέρωση απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 0 έως 20%, ενώ το 68,2% των εργαζόμενων στην απεξάρτηση απάντησαν ότι το ποσοστό εφήβων που δέχονται κυμαίνεται από 81 έως 100%. (βλ. πίνακα 30 και γραφική παράσταση 30).

Παρατηρούμε ότι, οι απόψεις όλων των κοινωνικών επιστημόνων για τον σημαντικότερο παράγοντα που συμβάλλει στη χρήση ουσιών στους εφήβους, δε διαφοροποιούνται ιδιαίτερα, καθώς όλοι δίνουν προτεραιότητα στους οικογενειακούς παράγοντες.

Πιο αναλυτικά, το 66,7% των κοινωνικών λειτουργών δίνουν προτεραιότητα στους οικογενειακούς παράγοντες, το 22,2% στους ψυχολογικούς παράγοντες, το 5,6% στους παράγοντες προσωπικότητας και το 5,6% στους κοινωνικούς παράγοντες. Όσον αφορά τους ψυχολόγους, το 47,4% δίνουν προτεραιότητα στους οικογενειακούς παράγοντες, το 42,1% στους ψυχολογικούς παράγοντες και το 10,5% στους παράγοντες προσωπικότητας. Το 40% των κοινωνιολόγων δίνουν προτεραιότητα στους οικογενειακούς παράγοντες, το 40% στους ψυχολογικούς παράγοντες και το 20% στους κοινωνικούς παράγοντες. Τέλος, όλοι οι κοινωνικοί ανθρωπολόγοι δίνουν προτεραιότητα στους οικογενειακούς παράγοντες. (βλ. πίνακας 31 και γραφική παράσταση 31)

Από την τελευταία συνδυαστική ερώτηση συμπεραίνουμε ότι η άποψη των ψυχολόγων διαφέρει σημαντικά από την άποψη των κοινωνικών λειτουργών καθώς οι πρώτοι απάντησαν ότι οι έφηβοι οδηγούνται στη χρήση ουσιών για να ξεφύγουν από τα προβλήματα, ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί θεωρούν ότι όλοι οι λόγοι παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο.

Αναλυτικότερα, το 27,8% των κοινωνικών λειτουργών πιστεύει ότι οι έφηβοι οδηγούνται στη χρήση ουσιών για να προκαλέσουν την προσοχή των γονιών, το 22,2% πιστεύει ότι οι έφηβοι οδηγούνται στη χρήση ουσιών για να κερδίσουν την αναγνώριση των συνομήλικων, το 16,7% πιστεύει ότι οι έφηβοι οδηγούνται στη χρήση ουσιών για να ξεφύγουν από τα προβλήματα, ενώ το 33,3% πιστεύει ότι οι έφηβοι οδηγούνται στη χρήση ουσιών για όλους τους παραπάνω λόγους χωρίς να ξεχωρίζουν κάποιο ως πιο σημαντικό.

Το 36,8% των ψυχολόγων πιστεύει ότι οι έφηβοι οδηγούνται στη χρήση ουσιών για να ξεφύγουν από τα προβλήματα, το 26,3% πιστεύει ότι οι έφηβοι οδηγούνται στη χρήση ουσιών για να προκαλέσουν την προσοχή των γονιών, το 10,5% πιστεύει ότι οι έφηβοι οδηγούνται στη χρήση ουσιών για να κερδίσουν την αναγνώριση των συνομήλικων, ενώ το 26,3% πιστεύει ότι οι έφηβοι οδηγούνται στη χρήση ουσιών για όλους τους παραπάνω λόγους χωρίς να ξεχωρίζουν κάποιο ως πιο σημαντικό. (βλ. πίνακας 32 και γραφική παράσταση 32).

Σύμφωνα με τα παραπάνω συμπεράσματα παρατηρούμε ότι επιβεβαιώθηκαν οι ερευνητικές μας υποθέσεις. Οι οικογενειακοί παράγοντες παίζουν σημαντικότερο ρόλο στη χρήση ουσιών από εφήβους από ότι οι παράγοντες προσωπικότητας, οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί. Τα όρια που θέτονται στους εφήβους είναι ο σημαντικότερος αποτρεπτικός παράγοντας για τη χρήση ουσιών. Η επιρροή από τους συνομήλικους, καθώς και η οικογενειακή οικονομική κατάσταση δεν παίζουν καθοριστικό ρόλο στην έναρξη χρήσης ουσιών από του εφήβους.

3.2. Προτάσεις

Μέσα από τις διαπιστώσεις και τους προβληματισμούς που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα, οι προτάσεις που διατυπώσαμε είναι οι εξής:

Αναφορικά με τους γονείς:

- Να συνηθίσουν το παιδί από νωρίς στις μικρές του ευθύνες, αργότερα στις μεγαλύτερες. Να μην το υπερπροστατεύουν και να μην το δικαιολογούν πάντα. Να του δίνουν ευκαιρίες για συζήτηση, να μάθουν να το ακούν και να διατηρούν τον διάλογο μαζί του.
- Να ενισχύουν πάντα την εμπιστοσύνη του παιδιού στον εαυτό του, την αυτοεκτίμησή του, χρειάζεται ενθάρρυνση σε κάθε πρωτοβουλία του, βοήθεια στο να κρίνει, στο να αναζητά λύση για κάθε πρόβλημα, να παίρνει θέση σε θέματα που το απασχολούν.

- Η εφηβεία είναι μια φάση ζωής γεμάτη προβληματισμούς, οι σχέσεις γονέων – παιδιών δοκιμάζονται. Οι γονείς πρέπει να κρατήσουν την απαιτούμενη ισορροπία με κατανόηση και διάλογο.
- Δε χρειάζεται να αποξενώνουν το παιδί από τους φίλους του και τις διάφορες δραστηριότητες που θέλει να λάβει μέρος. Η έλλειψη ελεύθερου χρόνου δημιουργεί συναισθήματα απομόνωσης.
- Οι γονείς θα πρέπει να περάσουν στα παιδιά ιδανικά και αξίες όσο και αν αυτά καταπατούνται στην εποχή μας.

Αναφορικά με το σχολείο:

- Η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σε θέματα ψυχολογίας της εφηβείας, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν τις συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες των εφήβων.
- Στα προγράμματα εκπαίδευσης θα πρέπει να ενταχθεί σαν ύλη το μάθημα ναρκωτικών σχετικά με τη χρήση ουσιών, τις συνέπειες και την αντιμετώπισή τους.
- Συνειδητοποίηση της ευθύνης των εκπαιδευτικών και του σχολείου γενικότερα σε ότι αφορά τη διαμόρφωση της προσωπικότητας των μαθητών, γεγονός που δεν αντιμετωπίζεται στο μέτρο της σημασίας του. Αλλαγή σχέσεων εκπαιδευτικών – εφήβων, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του μαθητή, κριτική σκέψη ως προς τον προβληματισμό και την υπεύθυνη αντιμετώπιση της ζωής.
- Συνεργασία του σχολείου με τους γονείς. Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να είναι κοντά στους γονείς και να τους ενημερώνουν αν αντιληφθούν αλλαγές στη συμπεριφορά των παιδιών.

Αναφορικά με τις υπηρεσίες:

- Αλλαγή πολιτικής – εκμοντερνισμός των υπηρεσιών.
- Πληρέστερη και πιο αποτελεσματική διασύνδεση με άλλους φορείς, καθώς και αλλαγές στη δομή των προγραμμάτων, ώστε να έχουν μεγαλύτερη ευελιξία, όσον αφορά τη δυνατότητα εξατομίκευσης υπηρεσιών που παρέχονται.
- Δημιουργία περισσότερων κοινωνικών δομών υποστήριξης γιατί οι ανάγκες είναι πολύπλευρες και χρειάζεται χρόνος για να ανταποκριθεί ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας ουσιαστικά.
- Επάρκεια σε υποδομές και προσωπικό ώστε να καταργηθούν οι λίστες αναμονής.
- Εκπαίδευση – εξειδίκευση του προσωπικού, καλύτερη κατάρτιση σε θέματα ψυχολογίας του εφήβου.
- Διοργάνωση ημερίδων για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας.

- Ενημέρωση πολιτών για τα υπάρχοντα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας.

Αναφορικά με την Τοπική Αυτοδιοίκηση (Τ.Α.) και την πολιτεία:

- Η Τοπική Αυτοδιοίκηση είναι ανάγκη να βοηθήσει αποτελεσματικά στο έργο της πρόληψης, καθώς έχει τη δυνατότητα σε τοπικό επίπεδο να ενεργοποιεί τους δημότες σε προγράμματα που θα αποβλέπουν στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και στη δημιουργία ομάδων συζητήσεων και προβληματισμού των εφήβων με ειδικούς επιστήμονες.

- Είναι ανάγκη να υπάρξει ενίσχυση των τοπικών πρωτοβουλιών και της αυτοοργάνωσης των πολιτών σε θέματα πρόληψης, έχοντας την οικονομική βοήθεια και την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή.

- Θεσμοθέτηση και οργάνωση της πρόληψης, δηλαδή να υπάρξει συντονισμός σε εθνικό επίπεδο των προγραμμάτων πρόληψης που υλοποιούνται από διάφορους φορείς ώστε να αποφεύγεται η αλληλοεπικάλυψη, η σπατάλη σε ανθρώπινο δυναμικό και σε οικονομικούς πόρους.

- Στροφή της πολιτείας στην ανάγκη ουσιαστικής απάντησης στα μεγάλα θέματα της απασχόλησης, μόρφωσης, άθλησης και ψυχαγωγίας της νεολαίας. Δηλαδή να προχωρήσει στη δημιουργία χώρων εντός των οποίων οι νέοι θα διαθέτουν τον ελεύθερο χρόνο τους. Τέτοιοι χώροι είναι τα πολιτιστικά – πνευματικά κέντρα, τα κέντρα νεότητας και οι αθλητικές εγκαταστάσεις.

- Ενίσχυση της Τ.Α. όσον αφορά την έγκριση και την υλοποίηση των προγραμμάτων πρόληψης. Το κράτος θα πρέπει να δρα αποκεντρωτικά δίνοντας αρμοδιότητα στην Τ.Α. για τους εξής λόγους: η Τ.Α. γνωρίζει τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες της περιοχής και ο όγκος των προγραμμάτων πρόληψης είναι πολύ μεγάλος ώστε τα Υπουργεία ή οι υπηρεσίες είναι αδύνατο να γνωρίσουν, να αξιολογήσουν και να εγκρίνουν.

- Δημιουργία περισσότερων σχολών γονέων και ευαισθητοποίηση των γονιών ώστε να συμμετέχουν σε αυτές, προκειμένου να ενημερώνονται διαρκώς για τις ανάγκες των εφήβων – παιδιών τους και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες αναπτύσσεται μια υγιής και ώριμη προσωπικότητα.

- Δημιουργία κέντρων επιμόρφωσης γονέων σε κάθε γειτονιά.

- Αναδιάρθρωση και οργάνωση των προγραμμάτων, επιχορήγηση από τον φορέα στον οποίο υπάγεται το συγκεκριμένο πρόγραμμα

- Να δοθεί λύση στην υποχρηματοδότηση, προκειμένου να λειτουργήσουν σωστά και με πλήρη σύνθεση εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Αβραμίδης Β. Αθανάσιος, (1994), «Η απομυθοποίηση των ναρκωτικών ... και με ελπίδα!», Ακρίτας, Γ' έκδοση, Αθήνα.

Αναστασιάδης Βασ. Κ., (1993), «Ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας», ΕΚΔΟΣΕΙΣ Αθήνα

Βαγιέχο – Ναγέρα Αλεξάνδρα, (2001), «Εφηβεία η άγρια ηλικία», Ενάλιος, Αθήνα

Γκότοβος Α. Ε., (1996) «Νεολαία και Κοινωνική Μεταβολή», Gutenberg, Αθήνα

Γωγούση Βλ., (1973), «Ναρκωτικά και Τοξικομανείς», Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Δήμας Γ. Γ., (1992), «Γνωρίστε το παιδί και τον έφηβο», Art of text, Θεσσαλονίκη

Δημητρίου Νικόλ. Καμβύση, (1988) «Το πρόβλημα και η καταπολέμηση των ναρκωτικών», Σύλλογος προς διάδοσιν ωφέλιμων βιβλίων, Αθήνα

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία, (2000), «Οδηγός Υπηρεσιών Πρόληψης και Θεραπείας των Ουσιοεξαρτήσεων», (Επανέκδοση 2000), Αθήνα.

Ηλιόπουλος Ι. Δ., (1998), «Οικογενειακή και Σχολική Αγωγή», Πετράκη Γ. Ι., Πάτρα

Καλαρύτης Γ., (1997), «Δεύτερη πανελλήνια επιστημονική συνάντηση στο ψυχιατρικό νοσοκομείο στη Θεσσαλονίκη στις 28 με 30 Μαρτίου», Θεσσαλονίκη

Κανδυλάκη Α., (2008), «Η συμβουλευτική στην κοινωνική εργασία», Τόπος, Αθήνα

Καραθανάση – Κατσαούνου Αρετή, (2002), «Είμαι έφηβος: ψυχολογική θεώρηση της εφηβείας», Σειρά για μια ευτυχισμένη ζωή, Αθήνα

Κόεν Λούις και Λαουρενς Μανιον, (1994), Κεφάλαιο 4: «Επισκοπήσεις», «Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας», Μεταίχιμο, Αθήνα.

- Κορώσης Κ., (1997), «Εφηβοι και οικογένεια: πως βλέπουν την οικογένεια οι μαθητές της β' και γ' τάξης λυκείου», Gutenberg, Αθήνα
- Κουρκουτας Ηλίας, (2001), «Η ψυχολογία του εφήβου. Θεωρητικά ζητήματα και κλινικές περιπτώσεις», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Κρουσταλλάκης Γεώργιος, (2004), «Διαπαιδαγώγηση: πορεία ζωής», Γεώργιος Κρουσταλάκης, Αθήνα
- Λιάππας Ι., (1995), «Θεραπευτικές προσεγγίσεις στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης», ΕΕΤΑΑ, Αθήνα
- Λογαράς Γ., (1973), «Εγχειρίδιον Φαρμακολογίας και Φαρμακοδυναμικής», Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
- Μάνου Νίκος, (1997), «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», university studio press, αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη
- Μάνος Γ. Κ., (1999), «Ψυχολογία του εφήβου», Γρηγόρης, Αθήνα
- Μαρσέλος Μάριος, (2005), «Εξαρτησιογόνες ουσίες», Τυπωθήτω, Αθήνα
- Μάτσα Κατερίνα, (2007), «Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές: το αίτιο της τοξικομανίας», Άγρα, Αθήνα
- Μιχαηλίδη – Νουάρου Ανδρέα, (1987), «Εφηβοι και παιδεία», University Studio Press, Αθήνα
- Μπρακονιε Αλαιν, Ντανιελ Μαρτσελι, (2002), «Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας», Καστανιώτη, Αθήνα
- Ντόλτο Φρανσουάζ, Κάτριν Ντόλτο – Τόλιτς, (1995), «Εφηβοι: προβλήματα και ανησυχίες», Πατάκη, Β' έκδοση, Αθήνα
- ΟΚΑΝΑ και Π.Ο.Υ (GENEYH), (1999), «Λεξικό αναφερόμενο στο Αλκοόλ και Άλλες Ψυχοδραστικές Ουσίες», ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Παπαγεωργίου Ευάγγελος, (2004), «Εξαρτήσεις στη ζωή μας», Παρισιάνου, Αθήνα
- Παπαϊωάννου Θεόδωρος Κ. (2009), «Η μάστιγα των ναρκωτικών και επτά μύθοι», http://vagia-gr.blogspot.com/2009/06/blog-post_3288.html

Παπαϊωάννου Καλλιόπη, (2004), «Κλινική Κοινωνική Εργασία: Κοινωνική Εργασία με άτομα», Έλλην, Αθήνα

Πουλόπουλος Χ., (2010), «Εξαρτήσεις: Οι θεραπευτικές κοινότητες», Ελληνικά γράμματα, Αθήνα

Σαχίνη – Καρδάση Α., (2004), Κεφάλαιο 1: «Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Έρευνα», «Μεθοδολογία της έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας», Βήτα, Γ' έκδοση, Αθήνα

Σιάμος Νίκος, (1992), «Νεολαία και ναρκωτικά», Αχαϊκές εκδόσεις, Αγρίνιο

Στυλιανάκης Α., (1998), «Εφηβεία», <http://users.otenet.gr/styliant/efivia98.htm>

Τάιλερ Άντριου, (1996), «Τα ναρκωτικά [Από το Α ως το Ω]», Σέλας, Β' έκδοση, Αθήνα.

Τζάφφη Τ., Πήτερσον Ρ., Χόντσον Ρ., (1981) «Ναρκωτικά – Τσιγάρο – Αλκοόλ. Προβλήματα και απαντήσεις», Ψυχογιός, Αθήνα

Τσίλη Σωσώ, (1996), «Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα

Χάουαρντ Κέιθ και Τζον Α. Σάρπ, (2001), «Η επιστημονική μελέτη: οδηγός σχεδιασμού και διαχείρισης πανεπιστημιακών ερευνητικών εργασιών», Gutenberg, Δ' ανατύπωση, Αθήνα.

Χέρμπερτ Μάρτιν, (1989), «Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Χουρδάκη Μ., (1995), «Οικογενειακή ψυχολογία», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Χρηστάκη, Κ., (2003), «Η εφηβική ηλικία και τα προβλήματά της», Ο έφηβος και οι γονείς, <http://www.platon.gr/arthro4.htm>

Χρήστου Π., (1990), «Προσδιορισμός αιτιών του προβλήματος», Σύγχρονη εποχή, Αθήνα

ΠΗΓΕΣ:

Αρχείο 18ΑΝΩ

Ενημερωτικό φυλλάδιο, (2000), «Κίνηση «ΠΡΟΤΑΣΗ», με τη συνεργασία του Ο.ΚΑ.ΝΑ», Πάτρα

<http://el.wikipedia.org>

<http://www.18ano.gr>

<http://www.argothes.gr>

<http://www.ektepn.gr>

<http://www.ektepn.org.cy/wp-content/uploads/2010/11/newsletter-21.pdf>

<http://www.heraklion.gr/youth/kesan/kesan.html>

<http://www.interoptics.gr>

<http://www.kethea.gr>

http://www.medlook.net/article.asp?item_id=736

<http://www.prolipsi-xanthi.gr>

<http://www.prolipsi-xanthi.gr/modules.php?op=modload&name=Sections&file=index&req=viewarticle&artid=2&page=1>

<http://www.psychothes.gr>

<http://www.swalcdugs.com/linksintro.htm>

<http://www.okana.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΕΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο δίνεται στους ερωτώμενους για εκπαιδευτικούς λόγους, προκειμένου να πραγματοποιηθεί το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας, με θέμα: «Διερεύνηση των λόγων που οι έφηβοι σήμερα στρέφονται στα ναρκωτικά».

Πρόθεση μας είναι να μελετήσουμε τις αιτίες που οδηγούν τους εφήβους στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, σύμφωνα με την άποψη του επιστημονικού προσωπικού που στελεχώνει υπηρεσίες πρόληψης, συμβουλευτικής και θεραπείας εξαρτησιογόνων ουσιών. Βασικός στόχος είναι να καταγράψουμε ποιος είναι ο παράγοντας που παίζει καθοριστικό ρόλο στην έναρξη χρήσης ουσιών από εφήβους και να σκιαγραφήσουμε το προφίλ των εφήβων που έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες αυτές.

Εισηγήτρια της εργασίας αυτής είναι η κα. Κοντογεώργη Χρυσούλα εργαστηριακή συνεργάτης του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Η έρευνα πραγματοποιείται με τις προδιαγραφές της τήρησης της ανωνυμίας και του απορρήτου. Η συνεργασία σας είναι πολύτιμη για την διεκπεραίωση της έρευνας.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη
συνεργασία

Οι εκπαιδευόμενες

Κοινωνικοί Λειτουργοί

Κουστουμπάρδη Αγγελική

Μπλαβάκη Νικολέτα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Σε ποιον φορέα εργάζεστε;

Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Ψ.Ν.Α.

Ε.ΚΕ.ΨΥ.Ε.

Άλλο

2. Σε ποιον τομέα δραστηριοποιείται η μονάδα στην οποία εργάζεστε;

Πρόληψη, ενημέρωση

Απεξάρτηση

Κοινωνική επανένταξη

Όλα τα παραπάνω

Άλλο.....

3. Ηλικία: 18 – 23 ετών

24 – 29 ετών

30 – 35 ετών

36 – 40 ετών

40 ετών και άνω

4. Φύλο: Άνδρας

Γυναίκα

5. Ειδικότητα: Κοινωνικός Λειτουργός

Ψυχολόγος

Κοινωνιολόγος

Άλλο.....

6. Έτη προϋπηρεσίας: 0 – 1 έτος
2 – 5 έτη
5 – 8 έτη
8 – 12 έτη
12 έτη και άνω

7. Οι αρμοδιότητές σας στο φορέα είναι:

- Συμβουλευτική
Υπεύθυνος/η δομής
Υποστήριξη
Εκπαίδευση
Απεξάρτηση
Επαγγελματικός προσανατολισμός
Άλλο

B. ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΕΦΗΒΟΥΣ

8. Ποια είναι η συνηθέστερη ηλικία έναρξης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στους εφήβους;

- 10 - 12 ετών
13 – 15 ετών
16 - 18 ετών

9. Ποια είναι η συνηθέστερη ουσία έναρξης της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στους εφήβους;

- Αλκοόλ
Χασίς
Εισπνεόμενα, (κόλλες κ.τ.λ.)
Ηρωίνη
Κοκαΐνη
L.S.D.
ECSTASY
Άλλου είδους χάπια

Άλλο

10. Ποια είναι η συνηθέστερη κύρια ουσία χρήσης στην εφηβεία;

- Αλκοόλ
- Χασίς
- Εισπνεόμενα, (κόλλες κ.τ.λ.)
- Ηρωίνη
- Κοκαΐνη
- L.S.D.
- ECSTASY
- Άλλου είδους χάπια
- Άλλο

11. Από τα άτομα που επισκέπτονται την υπηρεσία σας τι ποσοστό είναι έφηβοι;

- 0-20%
- 21-40%
- 41-60%
- 61-80%
- 81-100%

12. Ποια είναι η σχέση των εφήβων που έρχονται στην υπηρεσία σας με τις ναρκωτικές ουσίες;

- Έχουν κάνει χρήση κάποιας ουσίας μία φορά
- Κάνουν περιστασιακή χρήση
- Κάνουν συστηματική χρήση
- Δεν κάνουν χρήση
- Άλλο.....

13. Ποια είναι η διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας όταν οι έφηβοι έρχονται σε επαφή με την υπηρεσία;

- Λιγότερο από 6 μήνες
- Από 6 μήνες έως ένα χρόνο
- Από ένα χρόνο έως δύο
- Πάνω από δύο χρόνια
- Δεν κάνουν χρήση
- Άλλο.....

14. Από ποιον συνοδεύονται οι έφηβοι όταν έρχονται για πρώτη φορά στην υπηρεσία σας;

- Γονείς
Φίλους
Μόνοι
Άλλο

Γ. ΑΙΤΙΑ ΧΡΗΣΗΣ

15. Ποιοι είναι κατά τη γνώμη σας οι παράγοντες που συμβάλλουν περισσότερο στη χρήση ουσιών από τους εφήβους; Αριθμήστε από το 1 μέχρι το 4 (όπου 1 περισσότερο σημαντικό και 4 λιγότερο σημαντικό)

- Παράγοντες προσωπικότητας
Ψυχολογικοί παράγοντες
Οικογενειακοί παράγοντες
Κοινωνικοί παράγοντες
Άλλο

16. Αριθμήστε από το 1 μέχρι το 9 (όπου 1 περισσότερο σημαντικό και 9 λιγότερο σημαντικό), τους παράγοντες της προσωπικότητας τους εφήβου που πιστεύετε ότι παίζουν ρόλο:

- Άτομα με προβλήματα προσαρμογής
Άτομα με άγνοια κινδύνου
Άτομα που επιζητούν το ρίσκο
Άτομα με αδύναμο χαρακτήρα και θέληση
Άτομα που δεν έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν κρίσεις
Άτομα φυγόπονα
Άτομα τα οποία δε βρίσκουν ενδιαφέρον στη ζωή τους
Άτομα τα οποία είναι υπερευαίσθητα
Άτομα με έντονη περιέργεια
Κανένα από τα παραπάνω
Άλλο

17. Αριθμήστε από το 1 μέχρι το 6 (όπου 1 περισσότερο σημαντικό και 6 λιγότερο σημαντικό) τους ψυχολογικούς παράγοντες του εφήβου που πιστεύετε ότι παίζουν ρόλο στη χρήση ουσιών:

- Έλλειψη πλήρους ψυχικής υγείας
- Έλλειψη αυτοπεποίθησης
- Αδυναμία διαχείρισης εντάσεων
- Αδυναμία επίτευξης στόχων
- Αδυναμία διαχείρισης άγχους
- Αίσθηση παντοδυναμίας
- Κανένα από τα παραπάνω
- Άλλο

18. Αριθμήστε από το 1 μέχρι το 9 (όπου 1 περισσότερο σημαντικό και 9 λιγότερο σημαντικό) τους οικογενειακούς παράγοντες που πιστεύετε ότι παίζουν ρόλο χρήση ουσιών από τον έφηβο:

- Έλλειψη αγάπης από τους γονείς
- Εντάσεις ανάμεσα στους εφήβους και τους γονείς
- Κακές σχέσεις μεταξύ των γονέων
- Έλλειψη επικοινωνίας
- Έλλειψη ορίων
- Έλλειψη προτύπων προς μίμηση
- Κρίση στην οικογένεια (διαζύγιο, θάνατος γονέα)
- Τοξικομανία στην οικογένεια
- Εξοικείωση με την κατάχρηση φαρμάκων
- Κανένα από τα παραπάνω
- Άλλο

19. Πιστεύετε ότι ο τύπος των γονέων (αδιάφοροι, υπερπροστατευτικοί, απαιτητικοί, αυταρχικοί, παραχωρητικοί, νευρικοί) παίζει ρόλο στην στρόφη του έφηβου στα ναρκωτικά;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές

19.α. Αν ναι, οι έφηβοι μπορεί να στραφούν πιο συχνά στα ναρκωτικά, όταν έχουν γονείς:

- Αδιάφορους
- Υπερπροστατευτικούς
- Απαιτητικούς
- Αυταρχικούς
- Παραχωρητικούς
- Νευρικούς
- Άλλο

20. Ποια είναι η συνηθέστερη οικογενειακή κατάσταση του έφηβου χρήστη;

- Οικογένεια και με τους δύο γονείς
- Μονογονεϊκή οικογένεια
- Χωρισμένοι γονείς
- Έχει χάσει έναν από τους δύο γονείς
- Χωρίς γονείς
- Άλλο

21. Πιστεύετε ότι αποτρεπτικός παράγοντας για τη χρήση ουσιών στους εφήβους είναι: (αριθμήστε από το πιο σημαντικό με 1 μέχρι το καθόλου σημαντικό 7)

- Στοργικοί γονείς
- Σωστή διαχείριση εντάσεων ανάμεσα σε εφήβους και γονείς
- Καλές σχέσεις μεταξύ των γονέων
- Σωστή επικοινωνία
- Γονείς που θέτουν θετικά πρότυπα προς μίμηση
- Μη ύπαρξη τοξικομανίας στην οικογένεια
- Γονείς που θέτουν όρια
- Άλλο

22. Αριθμήστε από το 1 μέχρι το 10 (όπου 1 περισσότερο σημαντικό και 10 λιγότερο σημαντικό) τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον έφηβο για να στραφεί στη χρήση ουσιών:

- Αίσθημα μοναξιάς
- Επίδραση της μόδας ή κάποιων ιδεολογιών
- Ένταξη σε ομάδα
- Επιρροή από συνομηλίκους
- Ψυχαγωγία
- Έλλειψη ενημέρωσης
- Αντίδραση στο κοινωνικό κατεστημένο
- Οικονομική δυσχέρεια οικογένειας
- Εξιδανίκευση αρνητικών προτύπων (τραγουδιστές, κ.τ.λ.)
- Καταναλωτική κοινωνία
- Άλλο

23. Πιστεύετε ότι το εισόδημα της οικογένειας παίζει κάποιο ρόλο;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές

23.α. Αν ναι, πιστεύετε οι έφηβοι που κάνουν χρήση προέρχονται κυρίως από οικογένειες με:

- Χαμηλό εισόδημα
- Μεσαίο εισόδημα
- Υψηλό εισόδημα

24. Πιστεύετε ότι το μέγεθος της πόλης στην οποία ζει ο έφηβος παίζει κάποιο ρόλο στη χρήση ουσιών;

- Ναι
- Όχι
- Μερικές φορές

24.α. Αν ναι, πιστεύετε ότι μεγαλύτερη χρήση από εφήβους παρατηρείται σε:

Μικρές πόλεις / Χωριά

Μεγάλες πόλεις

25. Για ποιο λόγο πιστεύετε ότι οι έφηβοι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών;

Φυγή από τα προβλήματα

Αναγνώριση από τους συνομηλίκους

Ψυχαγωγία – Χαλάρωση

Να προκαλέσουν τη προσοχή των γονιών

Όλα τα παραπάνω

Άλλο

Δ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

26. Τι πιστεύετε ότι πρέπει να γίνει από το κράτος ώστε να βοηθήσει στην αποτροπή της χρήσης ουσιών από τους εφήβους; (σημειώστε το πιο σημαντικό)

Σωστή ενημέρωση των εφήβων

Δημιουργία ιδρυμάτων ελεύθερου χρόνου

Σχολές γονέων

Άλλο

27. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το πιο σημαντικό για την αποφυγή χρήσης ναρκωτικών από έφηβους;

Ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων

Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων

Ενασχόληση με δημιουργικές δραστηριότητες

Ενασχόληση με τον αθλητισμό

Ενημέρωση- ευαισθητοποίηση

Καλές οικογενειακές σχέσεις

Ανάπτυξη ενδιαφερόντων

Όλα τα παραπάνω

Άλλο

28. Πιστεύετε ότι οι ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες επαρκούν για την αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών από εφήβους;

Ναι

Όχι

28.α. Αν όχι, ποια είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν;

Έλλειψη εξειδίκευσης

Έλλειψη προσωπικού

Έλλειψη χρηματοδότησης

Έλλειψη χώρων

Έλλειψη υποδομών

Άλλο

29. Ποιες είναι οι βελτιώσεις που θα προτείνατε ώστε να είναι πιο αποτελεσματικές;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΦΟΡΕΙΣ

ΚΕ.ΘΕ.Α.

ΑΘΗΝΑ

Ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα εφήβων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΣΤΡΟΦΗ

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΣΤΡΟΦΗ αποτελεί ένα οργανωμένο δίκτυο υπηρεσιών για έφηβους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών από 13 έως 21 ετών και τις οικογένειές τους. Έχει έδρα την Αθήνα, αλλά καλύπτει τις ανάγκες εφήβων και από άλλες περιοχές της χώρας, χάρη στον Ξενώνα που διαθέτει. Λειτουργούν ακόμη: Κέντρο Συμβουλευτικής και Θεραπείας Οικογένειας, Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα, Κέντρο Κοινωνικής Δραστηριοποίησης, Μεταβατικό Σχολείο, Στούντιο Ηχογράφησης, διαδικτυακό ραδιόφωνο, Συμβουλευτικός Σταθμός Εφήβων στα Δικαστήρια Ανηλίκων Αθηνών, Ειδικό Κατάστημα Κράτησης Νέων Αυλώνα και Κινητή Μονάδα. (www.kethea.gr).

Πρόγραμμα έγκαιρης παρέμβασης για εφήβους ΚΕ.ΘΕ.Α.

ΠΛΕΥΣΗ

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΠΛΕΥΣΗ είναι στην Αθήνα και απευθύνεται σε νέους έως 21 ετών που κάνουν πειραματική, περιστασιακή ή συστηματικότερη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, καθώς και στις οικογένειές τους. Λειτουργεί: Μονάδα Συμβουλευτικής Εφήβων, Μονάδα Υποστήριξης Εφήβων και των Οικογενειών τους, Μονάδα Υποστήριξης Νεαρών Ενηλίκων και των Οικογενειών τους και Μονάδα Βραχύχρονης Παρέμβασης. (ό.π.).

Ανοικτό θεραπευτικό πρόγραμμα ενηλίκων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΔΙΑΒΑΣΗ

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΔΙΑΒΑΣΗ είναι στην Αθήνα και απευθύνεται σε ενήλικους χρήστες ουσιών και στις οικογένειές τους. Είναι πρόγραμμα ημερήσιας εξωτερικής παρακολούθησης ενηλίκων και παρέχει υπηρεσίες σε εξαρτημένους που είναι κοινωνικά ενταγμένοι. Λειτουργεί: Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα, Βραδινό Πρόγραμμα Απεξάρτησης, Club Εργασίας, Πολιτιστικό του Στέκι, Κέντρο Ενημέρωσης και Εισαγωγής, Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης, Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης Πρωινού Προγράμματος και Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης Βραδινού Προγράμματος. (ό.π.).

Πρόγραμμα άμεσης πρόσβασης ΚΕ.ΘΕ.Α. ΕΞΕΛΙΞΙΣ

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΕΞΕΛΙΞΙΣ είναι στην Αθήνα και έχει στόχο την παροχή υπηρεσιών σε χρήστες που δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε

διαδικασία θεραπείας ή είναι αποκομμένοι από τις κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ένα πολύπλευρο δίκτυο υπηρεσιών μέσω του οποίου έρχεται σε επαφή με εξαρτημένα άτομα που συχνά έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες (άστεγοι, πόρνες, εθνικές μειονότητες). Περιλαμβάνει: Πρόγραμμα προσέγγισης χρηστών στο δρόμο (street-work), Μονάδα Άμεσης Πρόσβασης «Off Club», Κέντρο Κινητοποίησης-Υποστήριξης, Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης, Διαγνωστικό Κέντρο, Πρόγραμμα Συμβουλευτικής Θεραπείας για την υποστήριξη των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τις Θεραπευτικές Κοινότητες ΙΘΑΚΗ και ΕΞΟΔΟ και πραγματοποιούν την κοινωνική τους επανένταξη στην Αθήνα. (ό.π.).

Θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας ενηλίκων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ (στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος)

Με έδρα την Αθήνα παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής, θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης σε κρατούμενους και αποφυλακισμένους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών και διοργανώνει προγράμματα συμβουλευτικής υποστήριξης κρατουμένων στο Ψυχιατρικό Κατάστημα, τις Δικαστικές και τις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού, το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ (ό.π.).

Στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού και στις Δικαστικές Φυλακές Κορυδαλλού έχει δημιουργήσει Θεραπευτική Κοινότητα. Στο κέντρο της Αθήνας διαθέτει Κέντρο Υποδοχής και Επανένταξης, καθώς και Ξενώνα για τα μέλη του προγράμματος χωρίς στέγη και οικογενειακή στήριξη ή από απομακρυσμένες περιοχές, καθώς και για τις υπό θεραπεία εξαρτημένες μητέρες με παιδιά. (ό.π.).

Διαπολιτισμικό μεταβατικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας ΚΕ.ΘΕ.Α. MOSAIC για μετανάστες

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. MOSAIC στην Αθήνα επιχειρεί να μεταφέρει τις αρχές των Θεραπευτικών Κοινοτήτων (αυτοβοήθεια, αυτοδιαχείριση, προσωπική αλλαγή, ομάδες ομότιμων κ.ά.) στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη μεταναστών και προσφύγων. (ό.π.).

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. MOSAIC παρεμβαίνει σε δυο επίπεδα. Το πρώτο αφορά την υποστήριξη εξαρτημένων μεταναστών και προσφύγων ενώ το δεύτερο επίπεδο παρέμβασης αφορά την ψυχοκοινωνική υποστήριξη μεταναστών και προσφύγων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ενδοοικογενειακών σχέσεων, παραβατικότητας, ρατσισμού, κοινωνικού αποκλεισμού ή βρίσκονται σε κατάσταση συναισθηματικής κρίσης. (ό.π.).

Θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Το πρόγραμμα ΚΕ.ΘΕ.Α. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ στην Αθήνα απευθύνεται σε χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών άνω των 20 ετών και στις οικογένειές τους. Λειτουργεί: Θεραπευτική Κοινότητα «Εναλλακτική Κοινότητα ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ», Συμβουλευτικός Σταθμός, Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης και Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης και Συμβουλευτικής. (ό.π.).

ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας εφήβων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΕΞΑΝΤΑΣ

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΕΞΑΝΤΑΣ στον Πειραιά απευθύνεται σε εφήβους 13-20 ετών σε οποιαδήποτε φάση εμπλοκής με τη χρήση και αν βρίσκονται, καθώς και στις οικογένειές τους. Παρέχει τις εξής υπηρεσίες: ατομικής συμβουλευτικής, ήπιας παρέμβασης για εφήβους που κάνουν πειραματική περιστασιακή χρήση ουσιών, εντατικής παρέμβασης (Θεραπευτική Κοινότητα) για εφήβους με μεγάλη εμπλοκή με τη χρήση ουσιών, συμβουλευτικής-θεραπείας σε ομάδες. (ό.π.).

Θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΝΟΣΤΟΣ

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΝΟΣΤΟΣ είναι πρόγραμμα διαμονής. Καλύπτει τις ανάγκες των ενηλίκων χρηστών και των οικογενειών τους στις περιοχές του Πειραιά, των νησιών του Αιγαίου και γενικότερα της νότιας Ελλάδας. Λειτουργεί: Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης με Ξενώνα, Στέκι Δημιουργικής Απασχόλησης, Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης, Συμβουλευτική Μονάδα Άμεσης Πρόσβασης και Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης. (ό.π.).

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας εφήβων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΑΝΑΔΥΣΗ

Το πρόγραμμα ΚΕ.ΘΕ.Α. ΑΝΑΔΥΣΗ στη Θεσσαλονίκη καλύπτει τις ανάγκες υποστήριξης έφηβων, περιστασιακών ή συστηματικών, χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών και των οικογενειών τους στη Βόρεια Ελλάδα. Οι υπηρεσίες του, είτε συμβουλευτικού είτε θεραπευτικού χαρακτήρα, παρέχονται σε εξωτερική ημερήσια βάση. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η συμμετοχή ολόκληρης της οικογένειας στο πρόγραμμα. (ό.π.).

Θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΙΘΑΚΗ

Είναι πρόγραμμα διαμονής που απευθύνεται σε ενήλικους χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους. Λειτουργεί: Θεραπευτική Κοινότητα, Συμβουλευτικό Κέντρο, Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης, Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης, Εναλλακτικό Μεταβατικό Σχολείο (δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) και Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης. Διαθέτει ακόμη τέσσερις παραγωγικές μονάδες επαγγελματικής κατάρτισης: αγρόκτημα, μονάδα κεραμικής, ξυλουργείο και η μονάδα γραφικών τεχνών ΚΕ.ΘΕ.Α. ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ. (ό.π.).

Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης 1145 ΚΕ.ΘΕ.Α ΙΘΑΚΗ

Το 1145 απευθύνεται σε χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, τους συγγενείς και τους φίλους τους. Παρέχει ενημέρωση για θέματα που αφορούν τις ναρκωτικές ουσίες και πληροφόρηση για υπηρεσίες αντιμετώπισης του προβλήματος σε όλη τη χώρα. Επιπλέον, προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη μέσα από τη διαδικασία της ενεργητικής ακρόασης και της συζήτησης σε κλίμα σεβασμού και εμπιστοσύνης. Η υπηρεσία εγγυάται το απόρρητο των πληροφοριών και το σεβασμό στο δικαίωμα της ανωνυμίας. Η Τηλεφωνική Γραμμή του ΚΕ.ΘΕ.Α. είναι μέλος της F.E.S.A.T. (Ευρωπαϊκή Ένωση Τηλεφωνικών Γραμμών Βοήθειας για τα Ναρκωτικά). (ό.π.).

ΚΕ.ΘΕ.Α. Μονάδα Συμβουλευτικής Κρατουμένων Θεσσαλονίκης

Έχει στόχο την ευαισθητοποίηση και την κινητοποίηση έγκλειστων εξαρτημένων για απεξάρτηση. Προετοιμάζει για παραπομπή και ένταξη σε δομές θεραπείας και επανένταξης εκτός φυλακής, ενώ στοχεύει και στη σταδιακή δημιουργία ολοκληρωμένου θεραπευτικού προγράμματος στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος. (ό.π.).

Στις παρεχόμενες υπηρεσίες της περιλαμβάνονται: ατομική και ομαδική συμβουλευτική, ομάδες κινητοποίησης και ευαισθητοποίησης, ομάδες προσωπικής ανάπτυξης, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, νομική συμβουλευτική, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, σεμινάρια για την προαγωγή της υγείας και οικογενειακή υποστήριξη. (ό.π.).

ΚΕ.ΘΕ.Α. Κέντρο Υποδοχής και Επανάταξης Αποφυλακισμένων Θεσσαλονίκης

Απευθύνεται σε αποφυλακισμένους από όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα της χώρας. Πρόκειται για θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας με στόχο την απεξάρτηση και την ομαλή κοινωνική επανάταξη. Στο πλαίσιο του λειτουργούν ομάδες κινητοποίησης για θεραπεία, ομάδες θεραπείας και ομάδες επανάταξης. (ό.π.).

Παρέχεται επίσης υποστήριξη για νομικά θέματα, ενημέρωση για εργασιακά θέματα, δυνατότητα εκπαίδευσης στο Εναλλακτικό Σχολείο της ΙΘΑΚΗΣ, καθώς και συμβουλευτική σε άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος των αποφυλακισμένων. (ό.π.).

ΚΕ.ΘΕ.Α. Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες

Είναι πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης και οι μητέρες μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται και να μένουν στο σπίτι τους. Προσφέρει υπηρεσίες σε εξαρτημένες μητέρες παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, καθώς και σε εξαρτημένες εγκύους. Δίνει τη δυνατότητα ένταξης σε μακροχρόνια θεραπευτική διαδικασία, παρέχοντας λύση στο θέμα της φύλαξης και φροντίδας των παιδιών, αφού υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος φύλαξης και δημιουργικής απασχόλησης των παιδιών και τους παρέχεται και ιατρική παρακολούθηση. (ό.π.).

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ & ΘΡΑΚΗ

Θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας ενηλίκων

ΚΕ.ΘΕ.Α. ΚΙΒΩΤΟΣ

Προσφέρει υπηρεσίες σε διαφορετικές εθνικές και θρησκευτικές ομάδες, με γνώση και σεβασμό απέναντι στα πολιτισμικά και γλωσσικά τους χαρακτηριστικά. Λειτουργούν: δύο Συμβουλευτικά Κέντρα σε Αλεξανδρούπολη και Καβάλα, καθώς και Θεραπευτική Κοινότητα και Μονάδα Οικογενειακής Υποστήριξης στην Αλεξανδρούπολη. (ό.π.).

ΚΕ.ΘΕ.Α. Μονάδα Συμβουλευτικής και Επανάταξης Ιωαννίνων

Προσφέρει υπηρεσίες συμβουλευτικής υποστήριξης, ενημέρωση γύρω από τις δυνατότητες θεραπείας, φροντίδα για τη σωματική υγεία και εκπαιδευτικές-ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Εφ' όσον το επιθυμούν, οι συμμετέχοντες, αν θέλουν, μπορούν να προετοιμαστούν για ένταξη σε Θεραπευτική Κοινότητα του ΚΕ.ΘΕ.Α.. (ό.π.).

ΒΟΛΟΣ

Θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας εφήβων και νεαρών ενηλίκων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΠΙΛΟΤΟΣ

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΠΙΛΟΤΟΣ στον Βόλο στοχεύει στην απεξάρτηση νέων 15-25 ετών και στην απεμπλοκή τους από παραβατικές δραστηριότητες. Επιδιώκει την ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους, την επανασύνδεσή τους με την εκπαιδευτική ή και επαγγελματική ζωή και την ενθάρρυνσή τους για δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου. Λειτουργούν: Συμβουλευτικό Κέντρο, Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα και Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης και Θεραπείας, καθώς και προγράμματα συμβουλευτικής υποστήριξης κρατούμενων χρηστών διενεργούνται στο Σωφρονιστικό Κατάστημα Ανηλίκων στην Κασσαβέτεια και στο Ίδρυμα Αγωγής Ανηλίκων Βόλου. (ό.π.).

ΛΑΡΙΣΑ

Θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής ενηλίκων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΕΞΟΔΟΣ

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΕΞΟΔΟΣ στη Λάρισα παρέχει υπηρεσίες κινητοποίησης για θεραπεία, θεραπείας, εκπαίδευσης-κατάρτισης και κοινωνικής επανένταξης, καθώς και υπηρεσίες οικογενειακής συμβουλευτικής και υποστήριξης. Διαθέτει Συμβουλευτικό Σταθμό, Θεραπευτική Κοινότητα διαμονής, Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης, Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης, Εναλλακτικό Σχολείο Ενηλίκων, Οδοντιατρείο και Ξυλουργείο. Ακόμη, λειτουργεί παράρτημα του Συμβουλευτικού Σταθμού του ΚΕ.ΘΕ.Α. ΕΞΟΔΟΣ στα Τρίκαλα. (ό.π.).

ΠΑΤΡΑ

Θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας εφήβων και νεαρών ενηλίκων ΚΕ.ΘΕ.Α. ΟΞΥΓΟΝΟ

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΟΞΥΓΟΝΟ στην Πάτρα παρέχει υπηρεσίες ενημέρωσης, συμβουλευτικής, απεξάρτησης και επανένταξης στους έφηβους και νεαρούς ενήλικες της πόλης με πρόβλημα χρήσης ουσιών από ψυχοτρόπες ουσίες, καθώς και υποστήριξη στις οικογένειές τους. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε θέματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής απασχόλησης. Λειτουργούν: Συμβουλευτικό Κέντρο και Ανοικτή Θεραπευτική Κοινότητα, καθώς και πρόγραμμα για την παροχή υποστήριξης στις οικογένειες και τους «σημαντικούς άλλους» των μελών του, αλλά και γενικότερα όσων αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τη χρήση ναρκωτικών. Παρέχει επίσης συμβουλευτική και

υποστήριξη σε κρατούμενους χρήστες στις φυλακές Αγίου Στεφάνου Αχαΐας. (ό.π.).

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

Ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα ενηλίκων ΚΕ.ΘΕ.Α ΑΡΙΑΔΝΗ

Το ΚΕ.ΘΕ.Α. ΑΡΙΑΔΝΗ στο Ηράκλειο διαθέτει ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών και σε άλλους νομούς τις Κρήτης. Λειτουργούν: Συμβουλευτικός Σταθμός, Θεραπευτική Κοινότητα, Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης και Κοινωνικής Επανάταξης, Ξενώνας και Συμβουλευτική Μονάδα Εφήβων. Ακόμη, λειτουργεί προγράμματα στις Δικαστικές Φυλακές Χανίων Νεάπολης, στην Κλειστή Φυλακή Ν. Αλικαρνασσού, στις Δικαστικές Φυλακές και στις Αγροτικές Φυλακές Αγίας Χανίων. (ό.π.).

Τομέας Πρόληψης ΚΕ.ΘΕ.Α.

Ο Τομέας Πρόληψης του ΚΕ.Θ.Ε.Α. παρέχει υπηρεσίες πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης της χρήσης ουσιών καθώς και εκπαίδευσης επαγγελματιών στους τομείς αυτούς σε όλη την Ελλάδα. Συνεργάζεται με την τοπική αυτοδιοίκηση, το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, εκπαιδευτικούς φορείς, ομοειδείς με το ΚΕ.Θ.Ε.Α. οργανισμούς και διεθνείς φορείς ή δίκτυα πρόληψης. Στις δραστηριότητές του συγκαταλέγεται και η πραγματοποίηση επιστημονικών και ενημερωτικών εκδόσεων. Τέλος, έχει πολλά προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμού. (ό.π.).

Τμήμα Πρόληψης στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

Σκοπός του είναι η προστασία και η προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Κύριος στόχος των παρεμβάσεων του είναι η προσωπική και κοινωνική εκπαίδευση, η ενδυνάμωση των σχέσεων παιδιών και ενηλίκων, η ενίσχυση της επικοινωνίας και της συνεργασίας μεταξύ ενηλίκων, η επίλυση δυσκολιών και η αξιοποίηση των θετικών δυνάμεων των ανθρώπων και του συστήματος τους. (ό.π.).

Παρέχει προγράμματα πρόληψης για εκπαιδευτικούς, για παιδιά, για γονείς και στην τοπική κοινωνία. Επίσης, παρέχει πρότυπα ολοκληρωμένα σχολικά προγράμματα στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, προγράμματα επιμόρφωσης επαγγελματιών στην πρόληψη, εξειδικευμένο πληροφοριακό υλικό σε ενδιαφερομένους, καθώς και εκπαιδευτικό υλικό μετά από εκπαίδευση. (ό.π.).

Τμήμα Πρόληψης στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Κύριος στόχος των προγραμμάτων που υλοποιεί είναι η δημιουργία και η ενίσχυση ενός πλαισίου συνεργασίας και αλληλεπίδρασης μεταξύ των επιμέρους ομάδων της σχολικής κοινότητας. Στο πλαίσιο των προγραμμάτων ενισχύεται ο παιδαγωγικός ρόλος του σχολείου με διαχείριση δύσκολων θεμάτων όπως οι σχέσεις μεταξύ φύλων, θέματα ορίων και πειθαρχίας, βία και επιθετική συμπεριφορά, προβληματικές σχέσεις με γονείς κ.ά. Παρέχει προγράμματα πρόληψης για εκπαιδευτικούς, εφήβους, νέους και γονείς. Επιπλέον, παρέχει πρότυπα ολοκληρωμένα προγράμματα στη δευτεροβάθμια τεχνική, γενική και επαγγελματική εκπαίδευση και προγράμματα επιμόρφωσης επαγγελματιών στην πρόληψη. (ό.π.).

Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης «ΠΗΓΑΣΟΣ»

Η Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης (Κ.Μ.Ε.) «ΠΗΓΑΣΟΣ» διαθέτει ένα ειδικά διαμορφωμένο λεωφορείο με το οποίο πραγματοποιεί βραχύχρονες παρεμβάσεις ενημέρωσης και πρόληψης στην Ελλάδα. Οι αποστολές διαμορφώνονται πάντα μετά από αίτημα και σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και άλλους κοινωνικούς φορείς. (ό.π.).

Παρέχει προγράμματα πρόληψης στην τοπική κοινότητα για την προώθηση της πρόληψης ως τρόπου ζωής, προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης σε εφήβους, στρατιωτικές μονάδες και γονείς εφήβων που πειραματίζονται με ναρκωτικές ουσίες και προγράμματα τριτογενούς πρόληψης που απευθύνονται σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών και σε γονείς – συγγενείς χρηστών με στόχο την ενημέρωση για τη σωστότερη διαχείριση του προβλήματος, την παραπομπή τους στις υπάρχουσες πηγές βοήθειας και την κινητοποίηση των χρηστών για θεραπεία. Επίσης, προσφέρει διανομή εξειδικευμένου πληροφοριακού υλικού, προγράμματα επιμόρφωσης επαγγελματιών στην πρόληψη, διοργάνωση δραστηριοτήτων καλλιτεχνικής έκφρασης, αθλητικές συναντήσεις και οικολογικές παρεμβάσεις. Οι δράσεις αυτές συμβάλλουν στη διάδοση των μηνυμάτων πρόληψης στο ευρύ κοινό. (ό.π.).

Μονάδα Πρόληψης «ΙΚΑΡΟΣ»

Η Μονάδα Πρόληψης ΙΚΑΡΟΣ προσφέρει πιο εξειδικευμένη παρέμβαση σε άτομα, ομάδες και πληθυσμούς που λόγω των συνθηκών ζωής τους, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν παραβατικές μορφές συμπεριφοράς και να καταφύγουν στη χρήση εξαρτητικών ουσιών. Βασικός στόχος του είναι να παρέχει

υποστήριξη, ώστε τα άτομα αυτά να υιοθετήσουν στάση ζωής που θα λειτουργεί αποτρεπτικά ως προς τη χρήση ουσιών. (ό.π.).

Ο σκοπός των δράσεων της είναι να παρέχει πληροφόρηση σε θέματα ουσιοεξαρτήσεων και σε θέματα ψυχικής υγείας γενικότερα, εκπαίδευση σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες και υποστήριξη για την αντιμετώπιση ατομικών και κοινωνικών δυσκολιών που μπορεί να οδηγήσουν τους νέους στη χρήση ουσιών και στην παραβατικότητα. (ό.π.)

Η Έρευνα στην Πρωτογενή Πρόληψη

Σκοπός είναι η αξιολόγηση των βραχύχρονων, μακρόχρονων και ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης του Τομέα σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες σε συνεργασία με τον Τομέα Έρευνας του ΚΕ.ΘΕ.Α. αλλά και με εξωτερικούς αξιολογητές, η τεκμηρίωση των δράσεων, συνεργασιών, ενεργειών προβολής και εκπαίδευσης του προσωπικού του Τομέα και η ανατροφοδότηση, ενίσχυση και εξέλιξη των δράσεων πρόληψης του. (ό.π.).

ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΟΚΑΝΑ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ Α΄ & Β΄ ΒΑΘΜΟΥ

ΑΤΤΙΚΗ

1. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών και Προαγωγής της Υγείας «Κ.Ε.Π.Χ.Ε.Ο.» του Δήμου Ζωγράφου (www.okana.gr).

2. Το Κέντρο Πρόληψης Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών του Δήμου Κηφισιάς «ΠΡΟΝΟΗ» (ό.π.)

3. Το Κέντρο Πρόληψης – Πληροφόρησης του Δήμου Περιστερίου «ΟΔΟΠΟΡΙΚΟ» (ό.π.)

4. Το «Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης» των Δήμων Αλίμου, Αργυρούπολης, Ελληνικού και Γλυφάδας με έδρα το Ελληνικό. (ό.π.)

5. Το Κέντρο Πρόληψης Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχικής Υγείας των Δήμων Χολαργού και Αγ. Παρασκευής «ΑΡΓΩ» με έδρα το Χολαργό (ό.π.)

6. Το Κέντρο Πρόληψης και Αντιμετώπισης της Εξάρτησης Δήμων Καλλιθέας – Ταύρου - Μοσχάτου «ΣΤΑΘΜΟΣ» με έδρα την Καλλιθέα (ό.π.)

7. Το Κέντρο Πρόληψης Εξάρτησης – Αγωγής Υγείας των Δήμων Αγίας Βαρβάρας, Αιγάλεω, Χαϊδαρίου «ΑΡΗΞΙΣ» με έδρα το Αιγάλεω (ό.π.)

8. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Δήμου Αχαρνών «ΔΙΕΞΟΔΟΣ» (ό.π.)

9. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών των Δήμων Ηλιούπολης – Υμηττού, με έδρα την Ηλιούπολη (ό.π.)

10. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών των Δήμων Ιλίου, Πετρούπολης, Καματερού, Αγ. Αναργύρων «ΦΑΕΘΩΝ» με έδρα το Ίλιον (ό.π.)

11. Το Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες και της Προαγωγής της Υγείας των Δήμων Ν. Σμύρνης και Αγ. Δημητρίου «ΗΛΙΟΣ» με έδρα τη Ν. Σμύρνη (ό.π.)

12. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών, Νέας Ιωνίας «ΙΡΙΔΑ» (ό.π.)

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

13. Τα Κέντρα Πρόληψης και Ενημέρωσης Δήμου Θεσσαλονίκης για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες «ΣΕΙΡΙΟΣ» κεντρικού και ανατολικού τομέα (ό.π)

14. Το Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης Δυτικού Τομέα Νομού Θεσσαλονίκης για τις Εξαρτησιογόνες Ουσίες «ΔΙΚΤΥΟ ΑΛΦΑ» (ό.π.)

15. Το Κέντρο Πρόληψης της Εξάρτησης από Ναρκωτικά και Προαγωγής της Υγείας «ΠΥΞΙΔΑ» (ό.π.)

16. Το Κέντρο Πρόληψης για την Καταπολέμηση των εξαρτησιογόνων ουσιών «ΕΛΠΙΔΑ» στη Θεσσαλονίκη (ό.π.)

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ - ΘΡΑΚΗ

17. Το Κέντρο Ενημέρωσης και Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Ξάνθης (ό.π.)

18. Το Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης Κατά των Ναρκωτικών Έβρου «ΕΛΠΙΔΑ» με έδρα την Αλεξανδρούπολη(ό.π.)

19. Το Κέντρο Πρόληψης της χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ροδόπης «ΟΡΦΕΑΣ» με έδρα την Κομοτηνή(ό.π.)

20. Το Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης Ναρκωτικών Καβάλας (ό.π)

21. Το Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ψυχοδραστικών Ουσιών Πιερίας «ΑΤΡΑΚΤΟΣ» με έδρα την Κατερίνη(ό.π.)

22. Το Κέντρο Πρόληψης για τα Ναρκωτικά Χαλκιδικής «ΠΝΟΗ» με έδρα τον Πολυγύρο (ό.π.)

23. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ημαθίας «ΠΡΟΣΒΑΣΗ» με έδρα την Βέροια (ό.π.)

24. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Σερρών «ΟΑΣΙΣ» (ό.π.)

25. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Πέλλας «ΟΡΑΜΑ» με έδρα την Έδεσσα (ό.π.)

26. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Κιλκίς «ΝΗΡΕΑΣ» (ό.π.)

27. Το Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Φλώρινας (ό.π.)

28. Το Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Κοζάνης «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ» (ό.π.)

29. Το Κέντρο Ενημέρωσης και Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Καστοριάς «ΔΙΕΞΟΔΟΣ» (ό.π.)

30. Το Κέντρο Πρόληψης από Εξαρτησιογόνες Ουσίες Γρεβενών «ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ» (ό.π.)

ΗΠΕΙΡΟΣ

31. Ο Συμβουλευτικός Σταθμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών Ιωαννίνων «Σ.Σ.Κ.Ν.Ν.Ι.» (ό.π.)

32. Το Κέντρο Πρόληψης Νομού Άρτας «Κ.Π.Ν. Άρτας» (ό.π.)

33. Το Κέντρο Πρόληψης της χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Θεσπρωτίας «ΑΡΙΑΔΗ» με έδρα την Ηγουμενίτσα (ό.π.)

34. Το Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών και άλλων Εξαρτησιογόνων Ουσιών Πρέβεζας «ΚΕ.ΠΡΟ.ΝΑ.Π.» (ό.π.)

ΘΕΣΣΑΛΙΑ

35. Το Κέντρο Κοινωνικής Παρέμβασης Τρικάλων (ό.π.)

36. Η Πρόταση Κοινωνικής Παρέμβασης Καρδίτσας «Κέντρο Πρόληψης Ενάντια στην Εξάρτηση» (ό.π.)

37. Η «ΠΡΟΤΑΣΗ ΖΩΗΣ» Μαγνησίας με έδρα τον Βόλο (ό.π.)

38. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Λάρισας «ΟΡΦΕΑΣ» (ό.π.)

ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ

39. Η Δημοτική Μονάδα Πρόληψης Κατά των Εξαρτησιογόνων Ουσιών & AIDS ΔΗ.ΜΟ.Π. «ΝΙΚΟΣ ΜΩΡΟΣ» με έδρα την Κέρκυρα (ό.π.)

40. Το Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ζακύνθου «Η ΣΤΟΡΓΗ» (ό.π.)

41. Το Κέντρο Πρόληψης της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών Λευκάδας (ό.π.)

42. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Κεφαλληνίας και Ιθάκης «ΑΠΟΠΛΟΥΣ» με έδρα το Αργοστόλι (ό.π.)

ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ

43. Το Κέντρο Πρόληψης από την Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ηλείας «ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ» με έδρα την Αμαλιάδα (ό.π.)

44. Το Κέντρο Πρόληψης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Αχαΐας με έδρα την Πάτρα (ό.π.)

45. Το Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Αιτωλοακαρνανίας «ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ» με έδρα το Αγρίνιο (ό.π.)

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ

46. Το Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών Ευβοίας με έδρα την Χαλκίδα (ό.π.)

47. Η Πρόταση Ζωής – Πρόληψη της Χρήσης Ναρκωτικών «ΠΡΟΤΑΣΗ ΖΩΗΣ» με έδρα την Λιβαδειά και παράρτημα στη Θήβα (ό.π.)

48. Το Κέντρο Πρόληψης και Ενημέρωσης Κατά των Ναρκωτικών- Φθιώτιδας «ΚΕΠΕΝ-Ν. Φθιώτιδος» με έδρα τη Λαμία (ό.π.)

49. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ευρυτανίας «ΑΛΚΥΟΝΗ» με έδρα το Καρπενήσι (ό.π.)

50. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Φωκίδας «Κ.Π.Χ.Ε.Ο ΝΟΜΟΥ ΦΩΚΙΔΑΣ» με έδρα την Άμφισσα. (ό.π.)

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ

51. Το Κέντρο Ενημέρωσης – Πληροφόρησης και Ευαισθητοποίησης για Ψυχοδραστικές Ουσίες Κ.Ε.Π.Ε.Ψ.Ο. Μεσσηνίας με έδρα την Καλαμάτα (ό.π.)

52. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών Κορινθίας «ΔΙΟΛΚΟΣ» με έδρα την Κόρινθο (ό.π.)

53. Το Κέντρο Πρόληψης και Καταπολέμησης των Ναρκωτικών Αρκαδίας «Κ.Π.Ν.Ν.Α.» με έδρα την Τρίπολη (ό.π.)

54. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Λακωνίας με έδρα την Σπάρτη (ό.π.)

55. Το Κέντρο Ενημέρωσης Ευαισθητοποίησης Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών «ΕΛΠΙΔΑ ΖΩΗΣ» Αργολίδας (ό.π.)

ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ

56. Το Κέντρο Πρόληψης και Συμβουλευτικής κατά των εξαρτήσεων Λέσβου «ΠΝΟΗ» με έδρα την Μυτιλήνη (www.okana.gr)

57. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης των Εξαρτησιογόνων Ουσιών «ΠΟΛΙΟΧΝΗ» με έδρα τη Λήμνου (ό.π.)

58. Το Κέντρο Πρόληψης Κατά της Χρήσης Ναρκωτικών Χίου «Κέντρο Πρόληψης Χίου» (ό.π.)

59. Το Κέντρο Πρόληψης και Αγωγής Υγείας Νομού Σάμου, Φάρος «ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΜΟΥ ΣΑΜΟΥ» (ό.π.)

ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ (ΚΥΚΛΑΔΕΣ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΑ)

60. Τα Κέντρα Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών «ΘΗΣΕΑΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ» (ό.π.)

61. Το Κέντρο Πρόληψης Ναρκωτικών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ» με έδρα τη Κω (ό.π.)

62. Το Κέντρο Πρόληψης της χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών και της Προαγωγής της Υγείας «ΔΙΟΔΟΣ» με έδρα την Ρόδο (ό.π.)

ΚΡΗΤΗ

63. Το Κέντρο Πρόληψης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Χανίων (ό.π.)

64. Το Κέντρο Πρόληψης Κατά των Ναρκωτικών Ρεθύμνης (ό.π.)

65. Το Κέντρο Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών «Κ.Ε.Σ.Α.Ν.» με έδρα το Ηράκλειο (ό.π.)

Τα Κέντρα Πρόληψης απευθύνονται σε μαθητές, εκπαιδευτικούς, γονείς, νέους, επαγγελματίες ψυχικής υγείας και στην ευρύτερη κοινότητα. Σκοπός τους είναι η ενημέρωση, η πρόληψη και η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Στο Κέντρο υποδοχής, ενημέρωσης και προσανατολισμού γίνονται δεκτοί χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών και οικογένειες, συγγενείς και φίλοι χρηστών. Οι υπηρεσίες που παρέχει είναι ενημέρωση για τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα και για τις Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. και τις προϋποθέσεις ένταξης σε αυτές, ενημέρωση – παραπομπή στη Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ., καθώς και σε άλλες Κοινωνικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Υγείας. Ακόμη, παρέχει ατομική συμβουλευτική – υποστηρικτική και παραπομπή στο

καταλληλότερο κατά περίπτωση θεραπευτικό πρόγραμμα, παραλαβή αιτήσεων συμμετοχής στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ., ομαδικές συναντήσεις προετοιμασίας των χρηστών για ένταξη στις Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης Αττικής, ψυχοσυναισθηματική προετοιμασία και κλινική αξιολόγηση των νέων μελών του Προγράμματος Υποκατάστασης, συναντήσεις – ομάδες γονέων και οικογενειακή συμβουλευτική – υποστηρικτική. (www.ektepn.gr)

Στα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και έχουν προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Μακροχρόνιοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρωίνης άνω των 35 ετών μπορεί να γίνουν δεκτοί, έστω κι αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης. (www.okana.gr).

Οι Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. είναι οι εξής: Η Α', η Β', η Δ' και η Ε' Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Αθήνας, η Γ' Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Πειραιά, το Ιατρείο Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων Περιστερίου, η Α', η Β', η Γ', η Δ' και η Ε' Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Θεσσαλονίκης, η Μονάδα Υποκατάστασης Χανίων, η Θεραπευτική Μονάδα Υποκατάστασης Λάρισας, το Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Λαμίας, το Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Λιβαδειάς, το Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων Χαλκίδας, η Μονάδα Υποκατάστασης Βουπρενορφίνης Αγρινίου, η Μονάδα Υποκατάστασης Βουπρενορφίνης Ρόδου, η Μονάδα Υποκατάστασης Ρίου, η Μονάδα Υποκατάστασης Βόλου, η Μονάδα Υποκατάστασης Πρέβεζας, η Μονάδα Υποκατάστασης Πέτρας Ολύμπου στην Κατερίνη και το Εξωτερικό Ιατρείο Ουσιοεξαρτήσεων - Μονάδα Υποκατάστασης Κέρκυρας. (www.ektepn.gr)

ΣΤΕΓΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

Τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην εντατική ψυχοκοινωνική θεραπεία, χωρίς τη χρήση υποκατάστατων και έχουν στόχο την απεξάρτηση των χρηστών από όλες τις ουσίες και την πλήρη κοινωνική επανένταξή τους. Η ένταξη και η θεραπεία στα στεγνά προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, ακόμα και για αυτά που τελικά θα αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης. (www.ektepn.gr).

Τα στεγνά προγράμματα που λειτουργεί ο ΟΚΑΝΑ, είναι:

1. Το Θεραπευτικό Πρόγραμμα «ΑΘΗΝΑ» στην Αθήνα. (ό.π).

2. Το [Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας "ΓΕΦΥΡΑ"](#) (Ενηλίκων) (ό.π.)
3. Η Μονάδα Εφήβων Αθήνας «ΑΤΡΑΠΟΣ» (ό.π.).
4. Η Μονάδα Εφήβων Θεσσαλονίκης «ΝΑΥΤΙΛΟΣ» (www.interoptics.gr)
5. Η Μονάδα Εφήβων Ρεθύμνης (www.ektepn.gr).
6. Η Μονάδα Εφήβων Λάρισας (ό.π.).

ΚΕΝΤΡΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ 18 ΑΝΩ Β' ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ 18ΑΝΩ

Πραγματοποιείται η τελευταία φάση του προγράμματος, η οποία είναι εξωτερικής παρακολούθησης, όπου ο θεραπευόμενος προετοιμάζεται για την επάνοδο και την ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο. Λειτουργούν εκτός από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, ομάδες γονέων και "follow-up". (www.18ano.gr).

Το όριο ηλικίας είναι άνω των 18 ετών και γίνονται δεκτοί πρώην χρήστες που έχουν ολοκληρώσει το στάδιο ψυχολογικής απεξάρτησης. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες όπως: ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές υπηρεσίες, καθώς και ψυχοθεραπεία, θεραπεία μέσω τέχνης. (<http://www.interoptics.gr/>).

Γ' και Δ' ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗΤΕΡΩΝ 18ΑΝΩ

Πραγματοποιείται η τελευταία φάση του προγράμματος για γυναίκες και μητέρες, η οποία είναι και εξωτερικής παρακολούθησης, όπου η θεραπευόμενη προετοιμάζεται για την επάνοδο και την ένταξη της στο κοινωνικό σύνολο. Λειτουργούν, εκτός από την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, ομάδες γονέων ατομικές ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες μητέρων με παιδοψυχολόγο που αφορούν θέματα μητρότητας, σχέσεων μητέρας – παιδιού καθώς και την αντιμετώπιση καθημερινών ζητημάτων ανατροφής των παιδιών. Παράλληλα, παρακολουθούνται από παιδοψυχολόγους τα παιδιά ενώ γίνονται και συνεδρίες συμβουλευτικού χαρακτήρα με το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον των μητέρων και των παιδιών τους. Λειτουργεί, επίσης, κοινωνικός Ξενώνας για εκείνες τις γυναίκες και μητέρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα διαμονής. (www.18ano.gr).

Το όριο ηλικίας είναι άνω των 18 ετών και γίνονται δεκτές γυναίκες από το Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες με τα Παιδιά τους και από το Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γυναικών. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες όπως: ιατρικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, εξειδικευμένες υπηρεσίες για εξαρτημένες μητέρες και τα

παιδιά τους, καθώς και θεραπεία μέσω τέχνης. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ 18 ΑΝΩ

Πραγματοποιείται η τελευταία φάση του προγράμματος, με διάρκεια περίπου 10 μήνες και εξωτερικής παρακολούθησης, όπου ο θεραπευόμενος προετοιμάζεται για την επάνοδο και την ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο. Λειτουργούν, εκτός από το την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, διάφορες ομάδες τέχνης σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους στο Κέντρο Πολιτισμού και Δημιουργίας του τμήματος. Επίσης, λειτουργεί κοινωνικός Ξενώνας για εκείνους που αντιμετωπίζουν προβλήματα διαμονής. (www.18ano.gr).

Το όριο ηλικίας είναι άνω των 18 ετών και γίνονται δεκτοί πρώην χρήστες που έχουν ολοκληρώσει το στάδιο ψυχολογικής ανεξάρτησης. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες όπως: ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές υπηρεσίες, καθώς και ψυχοθεραπεία, θεραπεία μέσω τέχνης. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ (Ψ.Ν.Θ.)

Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης συνιστά Ειδικό Νοσοκομείο με εκτεταμένη δραστηριότητα στην παροχή υπηρεσιών στον ιδιότυπο χώρο της ψυχικής υγείας, τόσο μέσα από το Δίκτυο των Κοινοτικών Υπηρεσιών του, που λειτουργούν στο νομό Θεσσαλονίκης όσο και με τη λειτουργία του ως φορέας Εκπαίδευσης. (www.psychotes.gr).

ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ – Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ»

Η οικειοθελής αίτηση του εξαρτημένου χρήστη για συζήτηση, η αναγνώριση των προβλημάτων που προκύπτουν από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο είναι τα βασικά χαρακτηριστικά που συντελούν σε μια «γόνιμη» διαπραγμάτευση μιας θεραπευτικής πρότασης με σεβασμό στις ιδιαιτερότητες της προσωπικότητας. Βασικός στόχος είναι η απόφαση του ατόμου για επιλογή προσωπικής στάσης ζωής η οποία θα εμπεριέχει τη δια βίου αποχή από τις εξαρτησιογόνες ουσίες και συμπεριφορές. Παρέχονται επίσης ενημέρωση και συνεργασία με άλλους φορείς, ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες γονέων, συγγενών και συζύγων των εξαρτημένων ατόμων. (www.psychotes.gr).

Το όριο ηλικίας είναι άνω των 18 ετών και γίνονται δεκτοί χρήστες ναρκωτικών. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: ενημέρωση – υποδοχή, προετοιμασία για εισαγωγή στη μονάδα σωματικής αποτοξίνωσης, ψυχολογική και ψυχιατρική διερεύνηση, κοινωνικές υπηρεσίες προνοιακού χαρακτήρα, ομάδες γονέων και έρευνα. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ – Εξωτερικό Πρόγραμμα -Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ»

Το όριο ηλικίας είναι άνω των 18 ετών και γίνονται δεκτοί πρώην χρήστες που προσέρχονται ελεύθεροι χρήσης ή έχουν ολοκληρώσει τη Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης ΧΡ. ΡΟΓΚΟΤΗΣ. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: ατομική και Ομαδική ψυχοθεραπεία. πρόληψη υποτροπής και συμμετοχή σε δραστηριότητες κοινωνικοποίησης. (ό.π.)

ΜΟΝΑΔΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΤΟΞΙΝΩΣΗΣ (Detox) ΧΡ. ΡΟΓΚΟΤΗΣ - Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ»

Η σωματική αποτοξίνωση γίνεται σε ειδικά διαμορφωμένη για το σκοπό κλινική, εντός του Ψ.Ν.Θ., αποτελεί την προετοιμασία για το επόμενο θεραπευτικό βήμα, δηλαδή το κλειστό πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας. (www.psychotes.gr).

Έχει όριο ηλικίας άνω των 18ετών και γίνονται δεκτοί όσοι προετοιμάζονται και προτείνονται από τη θεραπευτική ομάδα του Συμβουλευτικού Σταθμού ή από ανάλογες υπηρεσίες. Η θεραπευτική προσέγγιση είναι σωματική αποτοξίνωση με φαρμακευτική αγωγή, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, ομάδες πρόληψης υποτροπής και τεχνικές κινητοποιητικής συνέντευξης. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: σωματική αποτοξίνωση, αντιμετώπιση ιατρικών και οδοντιατρικών προβλημάτων, παρέμβαση σε προβλήματα διπλής διάγνωσης, προετοιμασία για είσοδο στη θεραπευτική κοινότητα του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων ή σε εξωτερικές δομές, χορήγηση ναλτρεξόνης, κοινωνικές υπηρεσίες προνοιακού χαρακτήρα, οικογενειακή θεραπεία, λειτουργία στεγνού ανοικτού θεραπευτικού Προγράμματος Προετοιμασίας για τη Θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΤΕΡΩΝ – Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ»

Η θεραπευτική Κοινότητα Καρτερών λειτουργεί με βάση τις αρχές της «θεραπείας περιβάλλοντος», σε ένα πρόγραμμα χωρίς υποκατάστατα. Πέρα από το καθημερινό πρόγραμμα των θεραπευτικών δραστηριοτήτων στο πρόγραμμα της κοινότητας περιλαμβάνονται δραστηριότητες όπως το θερμοκήπιο βιολογικών καλλιεργειών, το μικρό αγρόκτημα, το φωτογραφικό και εικαστικό εργαστήριο, το γυμναστήριο. Η θεραπευτική κοινότητα του Ψ.Ν.Θ. λειτουργεί κοντά στο χωριό Καρτερές του νομού Θεσσαλονίκης. (www.psychotes.gr).

Το όριο ηλικίας είναι άνω των 18 ετών και πρόκειται για θεραπευτική προσέγγιση, εκτός από τη θεραπεία περιβάλλοντος (Milieu Therapy), για θεραπεία μέσω τέχνης, συμπεριφορικές και κινητοποιητικές τεχνικές. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες όπως: ιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές υπηρεσίες, καθώς και ψυχοθεραπεία. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ– Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ»

Πρόκειται για θεραπευτική προσέγγιση με ομαδική συμβουλευτική – υποστηρικτική, σε συνδυασμό με ψυχοεκπαίδευση. Γίνονται δεκτοί γονείς, σύζυγοι και οικείοι μελών της Θεραπευτικής Κοινότητας Καρτερών, του Εξωτερικού Προγράμματος και της Μονάδας Κοινωνικής Επανάταξης του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ». Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: συμβουλευτικές – υποστηρικτικές ομάδες και ατομικές συνεδρίες αν ζητηθούν. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΜΟΝΑΔΑ ΔΙΠΛΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ – Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ»

Είναι Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εξωτερικής Παραμονής με όριο ηλικίας είναι άνω των 18 ετών και γίνονται δεκτοί χρήστες με παράλληλα σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα (διπλής διάγνωσης). Πρόκειται για θεραπευτική προσέγγιση με ατομική και ομαδική υποστηρικτική, σε συνδυασμό με τεχνικές κινητοποιητικής συνέντευξης, πρόληψης υποτροπών και ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: ιατρική φροντίδα, ψυχιατρική περίθαλψη, δυνατότητα νοσηλείας σε ψυχιατρικό τμήμα του Ψ.Ν.Θ., σωματική αποτοξίνωση, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και κοινωνικές υπηρεσίες. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΜΟΝΑΔΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ – Τμήμα Αποκατάστασης Εξαρτημένων «ΙΑΝΟΣ»

Συνιστά το μετά τη θεραπευτική κοινότητα στάδιο και δρα ως φάση περαιτέρω στήριξης των θετικών στοιχείων της προσωπικότητας, ανάπτυξης ταυτότητας και προώθησης κοινωνικών δεξιοτήτων. Στοχεύει στον αποχωρισμό από τη θεραπευτική κοινότητα στην κοινωνική και στην επαγγελματική ένταξη - επανένταξη. (www.psychotes.gr).

Όριο ηλικίας δεν υπάρχει και γίνονται δεκτοί πρώην χρήστες που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας Καρτερών του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων ΙΑΝΟΣ του Ψ.Ν.Θ. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: ατομική και ομαδική συμβουλευτική – υποστηρικτική, συμμετοχή σε δραστηριότητες κοινωνικοποίησης, δυνατότητα παρακολούθησης Σχολείου Δεύτερης Ευκαιρίας, εξατομικευμένη προετοιμασία για συνεντεύξεις πρόσληψης, υποστήριξη και συμπλήρωση εντύπων και κατάρτιση βιογραφικού, προώθηση σε επιδοτούμενα εκπαιδευτικά σεμινάρια και τμήμα προώθησης στην αγορά εργασίας. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΨΥΧΙΚΗ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ) – Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων «ΑΡΓΩ»

Είναι ένα στεγνό πρόγραμμα απεξάρτησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ενταγμένο στις υπηρεσίες του Ψ.Ν.Θ. Διαθέτει Σταθμό Καθοδήγησης με δυνατότητα χορήγησης ανταγωνιστών οπιούχων, Πρόγραμμα Σωματικής Αποτοξίνωσης, Θεραπευτικό Κέντρο, Μονάδα Κοινωνικής Επαναδραστηριοποίησης, Ξενώνα Φιλοξενίας και Ομάδα Πρόληψης – Ενημέρωσης κατά των Εξαρτήσεων. Λειτουργεί ακόμα Μονάδα Σχολικής Εκπαίδευσης. (www.psychotes.gr).

Είναι ένα ανοιχτό θεραπευτικό πρόγραμμα με εμβέλεια από τη Λάρισα ως τα όρια των Νομών Σερρών και Καβάλας. Το όριο ηλικίας είναι άνω των 18 ετών και γίνονται δεκτοί χρήστες παράνομων εθιστικών ουσιών. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες όπως: ιατρικές υπηρεσίες, ψυχολογικές υπηρεσίες, ψυχοθεραπεία και οικογενειακή θεραπεία. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ / ΕΠΑΝΑΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗ - Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων «ΑΡΓΩ»

Εδώ οι απεξαρτώμενοι διαχειρίζονται – με τη βοήθεια των συντονιστών ομάδων – θέματα ή προβλήματα, τα οποία προκύπτουν από την επανένταξη τους στο κοινωνικό σύνολο. (www.argotes.gr).

Έχει όριο ηλικίας είναι άνω των 18 ετών και γίνονται δεκτοί πρώην χρήστες που έχουν ολοκληρώσει το Θεραπευτικό Κέντρο του Προγράμματος Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ΑΡΓΩ. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: ομάδες ψυχοκοινωνικής στήριξης, ομάδες πρόληψης και αντιμετώπισης υποτροπής, ατομική στήριξη, οικογενειακή συμβουλευτική, εργαστηριακός έλεγχος ούρων, αθλητικές, πολιτιστικές, κοινωνικές εκδηλώσεις, βασική ακαδημαϊκή εκπαίδευση, ξενώνας φιλοξενίας. Ακόμη παρέχει βοήθεια για αναζήτηση εργασίας, επαγγελματικό προσανατολισμό και Μονάδα Επαγγελματικής Κατάρτισης Π.Ε.Θ.Ε.Α. ΑΡΓΩ. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΣΤΑΘΜΟΣ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗΣ - Πρόγραμμα Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων «ΑΡΓΩ»

Έχει όριο ηλικίας είναι άνω των 20 ετών και γίνονται δεκτοί χρήστες παράνομων εθιστικών ουσιών. Πρόκειται για ολιστική προσέγγιση του φαινομένου της εξάρτησης. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: ψυχοκοινωνική και ατομική στήριξη, οικογενειακή συμβουλευτική, σωματική αποτοξίνωση, χορήγηση ανταγωνιστών και εργαστηριακός έλεγχος ούρων. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΜΟΝΑΔΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Λειτουργεί σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Δυτικής Θεσσαλονίκης. Έχει όριο ηλικίας άνω των 18 ετών και γίνονται δεκτά τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: βασική ακαδημαϊκή εκπαίδευση, λειτουργία τμημάτων για την απόκτηση απολυτηρίου γυμνασίου και λυκείου, λειτουργία τμημάτων για την απόκτηση τίτλου σπουδών Α' και Β' κύκλου ΕΠΑ. Λ. (ό.π.).

ΑΝΟΙΧΤΟ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ «ΜΕΘΕΞΙΣ» - ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΑΛΚΟΟΛ, ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΤΥΧΕΡΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ

Η Μονάδα «Μέθεξις» απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ, φάρμακα, από τη χρήση οργανικών διαλυτών, καθώς και άλλου είδους εθισμούς. (www.psychotes.gr). Είναι Θεραπευτικό Πρόγραμμα Εξωτερικής Παραμονής με όριο ηλικίας είναι άνω των 18 ετών. Πρόκειται για θεραπευτική προσέγγιση με συστημικό μοντέλο ψυχοθεραπείας. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες όπως: ιατρικές υπηρεσίες, ψυχολογικές υπηρεσίες και ψυχοθεραπεία. (<http://www.interoptics.gr/>).

Οι στόχοι του σταθμού πέρα από το θεραπευτικό έργο επικεντρώνονται στην πρόληψη σε όλες τις βαθμίδες, στην εκπαίδευση, τη διασύνδεση, την έρευνα, τη στατιστική επεξεργασία και την ανάλυση θεμάτων εξάρτησης. Δίνεται ιδιαίτερο βάρος στην επικοινωνία και συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας με την οικογένεια τόσο στην πορεία προς την απεξάρτηση όσο και σε επίπεδο άλλου είδους διαταραχών. (www.psychothes.gr).

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ - Υπηρεσία Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΙΑΣΩΝ

Είναι μια υπηρεσία του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, η οποία έχει όριο ηλικίας από 11 έως 65 ετών και απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ, με απαραίτητη προϋπόθεση την ενεργητική συμμετοχή ενός μέλους της οικογένειας ή του/ της συντρόφου. Έχουν προτεραιότητα εισαγωγής οι χρήστες με παράλληλα ψυχιατρικά προβλήματα και οι οικογένειες χρηστών. Πρόκειται για προσέγγιση με συμπεριφοριστικό μοντέλο θεραπείας. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση της εξάρτησης και σχετικών με τη χρήση προβλημάτων (π.χ. AIDS), προετοιμασία για τη συμμετοχή στο Κέντρο Ημέρας, διάγνωση και αντιμετώπιση συνοδών ψυχολογικών προβλημάτων και θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης, κυρίως μέσω ψυχολογικής βοήθειας σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο. (<http://www.interoptics.gr/>).

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ – Υπηρεσία Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΙΑΣΩΝ

Είναι πρόγραμμα Εξωτερικής Παραμονής Ενηλίκων του Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, το οποίο έχει όριο ηλικίας από 18 έως 40 ετών και απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών, χρήστες αλκοόλ και χρήστες με παράλληλα ψυχιατρικά προβλήματα. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ενεργητική συμμετοχή ενός μέλους της οικογένειας ή του/ της συντρόφου. Πρόκειται για προσέγγιση θεραπείας περιβάλλοντος. Παρέχει διάφορες υπηρεσίες: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία μέσω τέχνης, ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και πολιτιστικές δραστηριότητες. (ό.π.)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΦΗΒΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ 18ΑΝΩ

Έτη 1998- 2002:

1. Τύπος επαφής με το Τ.Ε.Ν:

	1998	1999	2000	2001	2002
Νέος Πελάτης	94%	74,2%	91,5%	81,4%	70,5%
Παλαιός Πελάτης	5,2%	13,5%	8,5%	17,5%	23,5%
Άγνωστο	10,8%	12,3%	0	1,1%	6,4%

2. Θεραπεία σε οποιοδήποτε κέντρο;

	1998	1999	2000	2001	2002
Όχι	72%	47,9%	72,7%	51,9%	37,6%
Ναι	26%	34%	21,5%	36,5%	50%
Άγνωστο	2%	18,1%	5,8%	11,6%	12,4%

3. Βρίσκεται υπό θεραπεία σε άλλο κέντρο τώρα;

	1998	1999	2000	2001	2002
Ναι	2%	3,6%	-	-	-
Όχι	96,8%	77,8%	-	-	-
Άγνωστο	1,2%	18,4%	-	-	-

4. Πηγή παραπομπής:

	1998	1999	2000	2001	2002
Ίδιος	27,6%	27,5%	23,9%	41,1%	40,2%
Οικογένεια	40,8%	36,5%	19,3%	20,4%	28,6%
Άλλο - Άγνωστο	31,6%	36%	56,8%	38,5%	31,2%

5. Φύλο ατόμων που επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Ν.:

	1998	1999	2000	2001	2002
Άνδρες	172	172	266	207	178
Γυναίκες	78	72	64	78	56
Σύνολο	250	244	330	285	234

6. Παρούσα συνθήκη διαβίωσης:

	1998	1999	2000	2001	2002
Μόνος/ η	0,4%	5%	1,5%	2,1%	1,7%
Με οικογένεια	87,6%	72,5%	91,6%	89,5%	81,2%
Άλλο	10,8%	21,3%	5,4%	6,3%	9,4%
Άγνωστο	1,2%	1,2%	1,5%	2,1%	7,7%

7. Συγκατοίκηση με άλλους χρήστες:

	1998	1999	2000	2001	2002
Ναι	6%	8,6%	2,4%	8,1%	17,1%
Όχι	86%	66,8%	91,8%	67,7%	61,6%
Άγνωστο	8%	24,6%	5,8%	24,2%	21,8%

8. Αν κατοικεί σε πόλη:

	1998	1999	2000	2001	2002
Ναι	98%	94,3%	97,5%	97,9%	92,7%
Όχι	0	1,2%	0	0,4%	4,7%
Άγνωστο	2%	4,5%	2,5%	1,7%	2,6%

9. Εργασιακή κατάσταση:

	1998	1999	2000	2001	2002
Σταθερή απασχόληση	13,6%	14,3%	10,4%	18,6%	20,5%
Περιστασιακή απασχόληση	12,8%	9%	5,8%	4,5%	9%
Άνεργος/ η	37,6%	32,8%	19,6%	28,8%	29,9%
Φοιτητής – σπουδαστής	30,4%	28,7%	20,6%	19,3%	23,5%
Άλλο	0,8%	2,9%	0,6%	1,4%	2,1%
Άγνωστο	4,8%	12,3%	43%	27,4%	15%

10. Ανώτατο εκπαιδευτικό επίπεδο:

	1998	1999	2000	2001	2002
Λίγες τάξεις Λυκείου	36%	31,6%	22,5%	26,7%	32,5%
Άλλο	55,2%	63,9%	69,6%	68,4%	59,4%
Άγνωστο	8,8%	4,5%	7,9%	4,9%	8,1%

11. Κύρια ουσία χρήσης:

	1998	1999	2000	2001	2002
Ηρωίνη	60,4%	72,6%	89,6%	90,5%	86,8%
Άλλο	39,6%	27,4%	10,4%	9,5%	13,2%

12. Τρόπος χρήσης κύριας ουσίας χρήσης:

	1998	1999	2000	2001	2002
Ένεση	42,4%	47,1%	33,3%	38,2%	28,6%
Κάπνισμα	33,6%	27,1%	33,9%	40,4%	21,4%
Άλλο	24	25,8%	32,8%	21,4%	50

13. Ηλικία έναρξης κύριας ουσίας χρήσης:

1998	15 – 17 ετών: 52,7%
1999	15 – 17 ετών: 40,2%
2000	17 ετών: 22,4%
2001	18 ετών: 16,5%
2002	17 ετών: 20,1%

14. Διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας:

1998	1 έτος: 29,6%
1999	2 έτη: 25,4%
2000	2 έτη: 25,7%
2001	3 έτη: 22,1%
2002	1 – 2 έτη: 17,9%

15. Δευτερεύουσες ουσίες χρήσης:

	1998	1999	2000	2001	2002
Χασίς	54%	62,7%	33,9%	42,8%	53%
Άλλο	46%	37,3%	66,1%	57,2%	47%

16. Ουσία έναρξης παράνομης χρήσης:

	1998	1999	2000	2001	2002
Χασίς	81,5%	81,6%	87,7%	81,5%	81,6%
Άλλο	18,5%	18,4%	12,3%	18,5%	18,4%

17. Ηλικία έναρξης παράνομης χρήσης:

1998	15 – 17 ετών: 49,9%
1999	15 – 17 ετών: 44%
2000	15 ετών: 26%
2001	15 ετών: 23,5%
2002	13 ετών: 20,5%

Έτη 2003- 2007:

1. Τύπος επαφής με το T.E.N:

	2003	2004	2005	2006	2007
Νέος Πελάτης	65,3%	68,6%	78,4%	83,1%	85,4%
Παλαιός Πελάτης	26,5%	30,5%	19,2%	16,9%	13,8%
Άγνωστο	8,2%	0,9%	2,4%	0	0,8%

2. Θεραπεία σε οποιοδήποτε κέντρο:

	2003	2004	2005	2006	2007
Όχι	35,3%	52,4%	43,2%	51,5%	37,1%
Ναι	57,6%	44,8%	53,6%	44,1%	55,2%
Άγνωστο	7,1%	2,8%	3,2%	4,4%	7,7%

3. Βρίσκεται υπό θεραπεία σε άλλο κέντρο τώρα:

	2003	2004	2005	2006	2007
Ναι	4,7%	1,9%	0,8%	1,5%	4,3%
Όχι	54,7%	96,2%	96%	83,1%	56,1%
Άγνωστο	40,6%	1,9%	3,2%	15,4%	39,6%

4. Πηγή παραπομπής:

	2003	2004	2005	2006	2007
Ίδιος	37,6%	50,5%	24,8%	15,5%	14,7%
Οικογένεια	33,5%	31,5%	30,4%	36,8%	32,8%
Άλλο - Άγνωστο	28,9%	18%	44,8%	47,7%	52,5%

5. Φύλο ατόμων που επισκέφθηκαν το T.E.N.:

	2003	2004	2005	2006	2007
Άνδρες	135	82	96	115	89
Γυναίκες	39	23	29	21	27
Σύνολο	170	105	125	136	116

6. Παρούσα συνθήκη διαβίωσης:

	2003	2004	2005	2006	2007
Μόνος/ η	4,1%	4,8%	4,8%	1,5%	6,1%
Με οικογένεια	82,3%	87,7%	88%	94,1%	85,3%
Άλλο	6,5%	6,6%	7,2%	4,4%	8,6%
Άγνωστο	7,1%	0,9%	0	0	0

7. Συγκατοίκηση με άλλους χρήστες:

	2003	2004	2005	2006	2007
Ναι	14,7%	33,3%	14,4%	27,2%	34,5%
Όχι	44,1%	44,8%	65,6%	65,5%	57,8%
Άγνωστο	41,2%	21,9%	20%	7,3%	7,7%

8. Αν κατοικεί σε πόλη:

	2003	2004	2005	2006	2007
Ναι	83,5%	100%	97,6%	98,5%	99,2%
Όχι	10%	0	2,4%	1,5%	0,8%
Άγνωστο	6,5%	0	0	0	0

9. Εργασιακή κατάσταση:

	2003	2004	2005	2006	2007
Σταθερή απασχόληση	21,2%	15,2%	20%	9,6%	12,1%
Περιστασιακή απασχόληση	10,6%	8,6%	4,8%	10,3%	11,2%
Άνεργος/ η	42,3%	67,6%	47,2%	55,9%	53,5%
Φοιτητής – σπουδαστής	1,8%	6,7%	16%	21,3%	19,8%
Άλλο	12,4%	0	0	0	0,8%
Άγνωστο	11,7%	1,9%	12%	2,9%	2,6%

10. Ανώτατο εκπαιδευτικό επίπεδο:

	2003	2004	2005	2006	2007
Λίγες τάξεις Λυκείου	25,3%	23,8%	20%	20,5%	25,8%
Άλλο	63,5%	74,3%	73,6%	76,6%	73,4%
Άγνωστο	11,2%	1,9%	6,4%	2,9%	0,8%

11. Κύρια ουσία χρήσης:

	2003	2004	2005	2006	2007
Ηρωίνη	79,4%	73,3%	81,6%	78,6%	76,7%
Άλλο	20,6%	26,7%	18,4%	21,4%	23,3%

12. Τρόπος χρήσης κύριας ουσίας χρήσης:

	2003	2004	2005	2006	2007
Ένεση	28,8%	28,6%	22,4%	34,6%	25,9%
Κάπνισμα	28,8%	33,3%	16,8%	22,8%	23,3%
Άλλο	22,4%	29,5%	56,8%	38,2%	48,3%

13. Ηλικία έναρξης κύριας ουσίας χρήσης:

2003	15 – 17 ετών: 46,5%
2004	15 – 17 ετών: 60%
2005	16 - 18 ετών: 54,4%
2006	15 - 17 ετών: 45,5%
2007	15 - 17 ετών: 51,8%

14. Διάρκεια χρήσης κύριας ουσίας:

2003	4 έτη: 21,2%
2004	4 έτη: 17%
2005	1 - 2 έτη: 30,4%
2006	4 έτη: 21,4%
2007	6 έτη: 17,2%

15. Δευτερεύουσες ουσίες χρήσης:

	2003	2004	2005	2006	2007
Χασίς	23,2%	16,6%	15,5%	17,2%	16,6%
Άλλο	76,8%	83,4%	84,5%	82,8%	83,4%

16. Ουσία έναρξης παράνομης χρήσης:

	2003	2004	2005	2006	2007
Χασίς	67,5%	77,1%	82,4%	75,8%	75,9%
Άλλο	32,5%	22,9%	17,6%	24,2%	24,1%

17. Ηλικία έναρξης παράνομης χρήσης:

2003	14 – 16 ετών: 54,4%
2004	13 – 15 ετών: 52,7%
2005	13 – 15 ετών: 54,4%
2006	14 – 16 ετών: 48,6%
2007	13 – 15 ετών: 60,3%