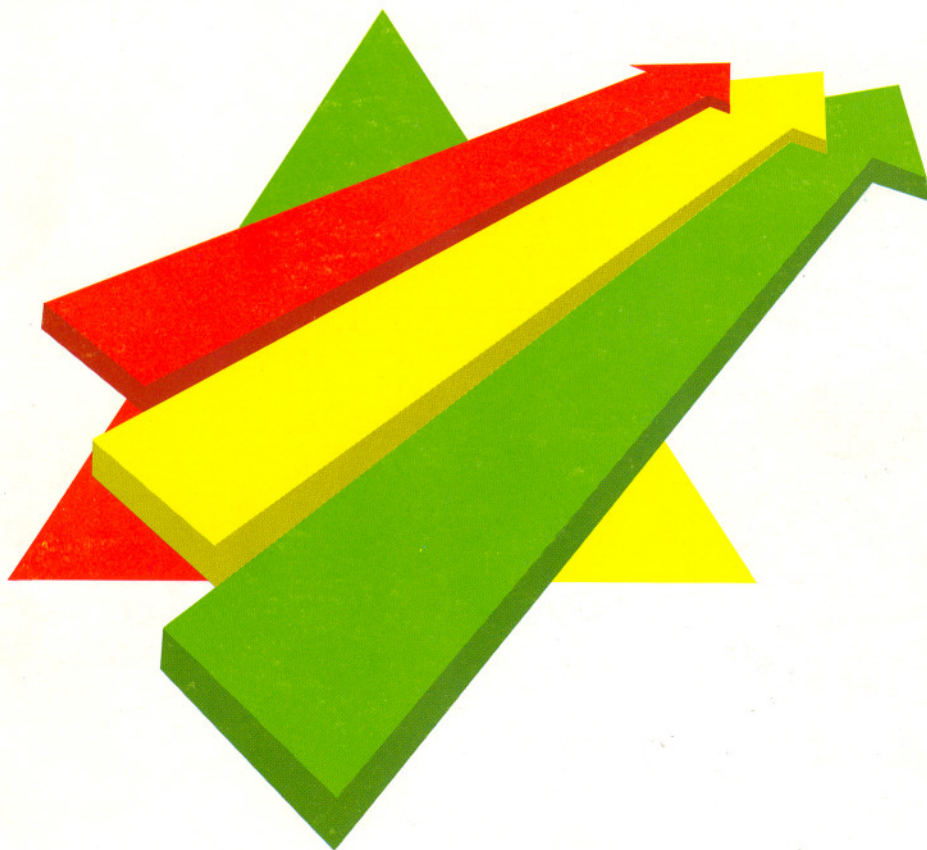


ΤΟ ΤΡΙΓΩΝΟ ΤΗΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ

Ουσία - Περιβάλλον - Προσωπικότητα



Το φαινόμενο
της ουσιοεξάρτησης

ΕΕΤΑΑ 1995

Το τρίγωνο της Συνάντησης

Copyright E.E.T.A.A. 1995
Εκδόσεις E.E.T.A.A., Ομήρου 19, Αθήνα
ISBN 960-7509-02-1

ΤΟ ΤΡΙΓΩΝΟ ΤΗΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ

Ουσία - Περιβάλλον - Προσωπικότητα

Το φαινόμενο
της ουσιοεξάρτησης

ΕΕΤΑΑ 1995

Το Τρίγωνο της Συνάντησης

Το τρίγωνο της συνάντησης είναι μία περιοχή χωρίς χώρο και χρόνο, μία περιοχή που δεν είναι ούτε φωτεινή ούτε σκοτεινή, ούτε ημερήσια ούτε νυχτερινή, ούτε ιδιωτική ούτε δημόσια, ούτε υπέργεια ούτε υπόγεια: μία περιοχή στην οποία μία ελλειμματική προσωπικότητα προχωρά με αργά βήματα για καιρό, και κάποια στιγμή, που οι κοινωνικο-πολιτισμικές συνθήκες το επιτρέπουν, συναντιέται με την ουσία και συνάπτει μία σχέση που νομίζει, ότι δίνει τα πάντα χωρίς να ζητά τίποτα, μία σχέση που καλύπτει και δεν αποκαλύπτει, μία σχέση που νομίζει ότι στηρίζει μία ατελέσφορη πορεία αλλά πολύ γρήγορα ανακαλύπτει την αδυναμία να διακόψει αυτή τη σχέση, την όλο και μεγαλύτερη ανάγκη για αυτήν που νομίζει ότι τα παίρνει όλα και δε δίνει τίποτα. Διαπιστώνει ότι είναι **εξαρτημένο άτομο**.

Ο τίτλος “Το τρίγωνο της Συνάντησης” επινοήθηκε τον Οκτώβριο του 1994, για την Performance, η οποία παρουσιάστηκε στο Καλλιμάρμαρο, στο πλαίσιο των εκδηλώσεων στην Πανευρωπαϊκή Εβδομάδα εναντίον της Εξάρτησης και αποτέλεσε συμμετοχή του προγράμματος αντιμετώπισης των εξαρτήσεων “Θησέας” και της Γενικής Γραμματείας Νέας Γενιάς.

Στέλιος Κρασσανάκης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	9
Εισαγωγικό Σημείωμα	
<i>Χείλαρη Ελεάννα</i>	10
Η Δυνατότητα Συμβολής της Αυτοδιοίκησης στην Αντιμετώπιση της Εξάρτησης: Πρόκληση, Ευκαιρία, Προοπτική	
<i>Σακελαρίου Μαριέλλα</i>	13
ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	
1. Εξαρτημένη Συμπεριφορά. Στοματικός Χαρακτήρας - Κατάθλιψη	
<i>Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος</i>	21
2. Έφηβος, Γονέας, Ομήλικος, Χρήση, Κατάχρηση, Εξάρτηση	
<i>Χείλαρη Ελεάννα</i>	34
3. Τοξικομανία και Μ.Μ.Ε.	
<i>Τσίλη Σωσώ</i>	54
4. Μετά την Ενημέρωση - Πρόληψη	
<i>Υφαντής Δημήτρης</i>	60
5. Ναρκωτικά: Τρέχουσα Νομοθεσία και Διεθνείς Τάσεις	
<i>Χαΐδου Ανθοζωή</i>	66

ΠΡΟΛΗΨΗ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ - ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ - ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ

1. Κύριες Θεωρητικές Έννοιες και Ιστορική Εξέλιξη
της Έννοιας της Πρόληψης
Χαλκιά Γεωργία 85
2. Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας σε Σχολεία και στην Κοινότητα
Alan J. Byron 101
3. Θεραπευτικές Προσεγγίσεις στο Πρόβλημα της Ουσιοεξάρτησης
Λιάππας Α. Ιωάννης 118
4. Η Έννοια της Κοινωνικής Επανάταξης του Απεξαρτημένου
Μάτσα Κατερίνα 136
5. Η Δράση Κοινωνικών Προγραμμάτων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Απάντηση - Αντίδραση στο Σύγχρονο Τρόπο Ζωής
Νικολιδάκη Κυριακή 144

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ - ΕΦΑΡΜΟΓΗ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

1. Σχεδιασμός και Αξιολόγηση Προγραμμάτων Κοινωνικής Πολιτικής
Κασιμάτη Κούλα 161
2. Σχεδιασμός ενός Προγράμματος Παρέμβασης στην Ουσιοεξάρτηση
Norman Worrall 174
3. Προβλήματα Μεθοδολογίας στην Κατάρτιση Προγραμμάτων Υγείας
στην Κοινότητα
Αστρινάκης Αλέξανδρος 196

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ. Επι-Αντι-Κατά Λόγος Εξαρτήσεων

- Κρασσανάκης Στέλιος* 202

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μαγικές συνταγές δεν υπάρχουν.

Η προσπάθειά μας στοχεύει στην ανάδειξη της ατομικής και ιδιαίτερα της συλλογικής συνευθύνης και υποχρέωσης.

Οι δυσκολίες εξαιρετικά μεγάλες, γιατί το πρόβλημα αποκτά για τον καθένα μας τις πραγματικές του διαστάσεις και αποκαλύπτει την ωμότητά του, μόνον όταν προσεγγίζει το μέχρι τότε υποθετικό μας άβατο.

Κι όλα αυτά, αλλά κι όλα τ' άλλα, γιατί ενσυνείδητα επιμεληθήκαμε τη διάρρηξη του κοινωνικού ιστού εισάγοντας το απαξιωμένο πρότυπο της αξιοτίμησης και του χωρίς κανόνες και φραγμούς ανταγωνισμού.

Οικονομικά ενδιαφέροντα, συμφέροντα εξουσίας, διπλωματικές αναγκαιότητες, παντοειδείς σκοπιμότητες κι ό,τι άλλο, διαπλέκονται και συντηρούν τον κίνδυνο.

Εμείς, η άλλη πλευρά, δεν έχουμε ακόμα συντονίσει το θηματισμό μας.

Μέχρι τότε θα ενχόμαστε, θα ελπίζουμε, θα προσπαθούμε...

Απόστολος Φ. Κοιμήσης
Πρόεδρος Δ.Σ. Ε.Ε.Τ.Α.Α.

Εισαγωγικό σημείωμα

Αυτό το βιβλίο αποτελεί το απόσπασμα του Επιμορφωτικού Προγράμματος Στελεχών Φορέων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης σε θέματα Αντιμετώπισης της Τοξικοεξάρτησης και προστασίας από το AIDS, το οποίο οργάνωσε και υλοποίησε η Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) σε συνεργασία με την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.) και την Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Αττικής (Τ.Ε.Δ.Κ.Ν.Α.), στην Αθήνα από τις 19 Σεπτεμβρίου έως τις 2 Δεκεμβρίου 1994. Το πρόγραμμα συγχρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, στα πλαίσια της Κοινοτικής Πρωτοβουλίας HORIZON σκοπός του οποίου ήταν:

1. Ο σχεδιασμός μιάς στρατηγικής της Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης μέσα από την ανάπτυξη μέτρων Κοινωνικής Πολιτικής σε τοπικό επίπεδο.

2. Η εξασφάλιση τεχνογνωσίας και η ανταλλαγή εμπειριών για την αποτελεσματική οργάνωση και στήριξη υπαρχόντων υπηρεσιών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στους τομείς της ενημέρωσης, πρόληψης, θεραπείας και κοινωνικο-οικονομικής επανένταξης.

3. Η προώθηση της συνεργασίας ανάμεσα στο Τοπικό, Κεντρικό, και Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Οι πιο σημαντικές εισηγήσεις, με κύριο κριτήριο επιλογής τους την όσο το δυνατόν πληρέστερη ανάλυση της προβληματικής της χρήσης/κατάχρησης και εξάρτησης από τοξικές ουσίες, μέσω της δημιουργίας θεματικών ενοτήτων, οι οποίες κρίθηκε σκόπιμο να συμφωνούν με τη διάκριση της πρόληψης στις κατηγορίες: πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής.

Πορίσματα ερευνών της Διεθνούς και Ελληνικής Βιβλιογραφίας σε σχέση με την Πρόληψη της τοξικοεξάρτησης, μας οδηγούν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα όσον αφορά τις προδιαγραφές, που πρέπει να πληρούνται για την αποτελεσματικότητα προγραμμάτων πρόληψης. Η εννοιολογική θεώρηση της αιτιολογίας της χρήσης, κατάχρησης και εξάρτησης, η οποία στηρίζει ένα πρόγραμμα πρόληψης, είναι καθοριστική των κύριων θέσεων της προληπτικής διαδικασίας σε οποιοδήποτε επίπεδο κι αν αναφέρεται. Παρ' όλα αυτά, είναι

πλέον διαπιστωμένο ότι το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης είναι πολυπαραγοντικό και κοινωνικής φύσης, για το οποίο δεν έχει διαπιστωθεί μιά και μοναδική αιτία ή ένα συγκεκριμένο αιτιολογικό σχήμα, που να το ερμηνεύει. Οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι πολλοί και ποικίλοι, όπως το άτομο, οι κοινωνικές ομάδες, άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και η διαθεσιμότητα των ουσιών.

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση αποτελεί τον κύριο άξονα πρόληψης μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων της στην οικογένεια, στο σχολείο, στη γειτονιά, στη συνοικία, και με απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση προβλημάτων όπως της αποξένωσης, της υποδάθμισης του περιβάλλοντος, της αδιαφορίας για τα κοινά, της έλλειψης χώρων, της έλλειψης ενδιαφερόντων και δημιουργικότητας των ανθρώπων. Σε σχέση με όλα τα παραπάνω απαραίτητη είναι η κοινωνική δικτύωση, δηλαδή η συνεργασία των ατόμων επιροής της τοπικής κοινωνίας, και ιδιαίτερα δασκάλων, καθηγητών, γονέων και παιδιών. Απώτερος στόχος είναι να συγκροτηθεί ένα τοπικό κοινωνικό δίκτυο, το οποίο θα ενεργοποιείται από στελέχη πρόληψης, με τις ενέργειες των οποίων, θα δημιουργηθεί ένα τοπικό περιβάλλον, που θα προωθεί τη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων, παρέχοντάς τους εναλλακτικές λύσεις στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.

Κατά την πρωτογενή πρόληψη της τοξικοεξάρτησης στόχος είναι η αποτροπή της χρήσης ουσιών όσον αφορά στο γενικό πληθυσμό και στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Κατά τη δευτερογενή πρόληψη επιδιώκεται η παρεμπόδιση της εξέλιξης της εξαρτησιογόνου συμπεριφοράς και αντίστοιχες ενέργειες αναφέρονται σε ήπια περιστατικά και σε δυνητικούς χρήστες. Τέλος, η τριτογενής πρόληψη και τα αντίστοιχα μέτρα σκοπεύουν στην αποχή από την παθολογική χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών και απευθύνονται σε τοξικοεξαρτημένα άτομα και αποφοίτους θεραπευτικών προγραμμάτων.

Για αρκετό χρονικό διάστημα στην Ελλάδα η ενημέρωση δεν διαφοροποιείται από την πρόληψη. Τα σύγχρονα όμως ερευνητικά συμπεράσματα απαιτούν τη διαφοροποίηση της ενημέρωσης από την πρόληψη όπως επίσης την αποφυγή παροχής απομοσπασματικών, κινδυνολογικών και εκφοβιστικών μηνυμάτων, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στην έμμεση διαφήμιση των εξαρτησιογόνων ουσιών, επιφέροντας ακριβώς τα αντίθετα από τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.

“Στην Ελλάδα εμφανίζεται για πρώτη φορά επίσημη πολιτική πρόληψης και αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης το 1987, με το Νόμο 1729, ο οποίος τροποποιήθηκε με το Νόμο 2161 το 1993. Από τότε, το Εθνικό Σχέδιο για τις Εξαρτησιογόνες ουσίες συντονίζεται από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ. ΝΑ.), ο οποίος έχει οριστεί να σχεδιάζει και να αναπτύσσει προγράμματα πρόληψης καθώς και να ενθαρρύνει και να υποστηρίζει οργανισμούς που επιθυμούν να υλοποιήσουν παρόμοια προγράμματα. Η αναγκαιότητα εκπαιδευτικών προγραμμάτων προώθησης της υγείας διατυπώνεται καθαρά στο Νόμο, όπως επίσης αναγνωρίζεται πλέον επίσημα η πρωτογενής πρόληψη ως το πιο σημαντικό συστατικό στοιχείο της μάχης ενάντια στις ουσίες¹.”

Τα τελευταία τέσσερα χρόνια, οργανώνονται δραστηριότητες πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, παρ' όλο που δεν υπάρχουν συστηματικά προγράμματα πρόληψης. Έχουν οργανωθεί καμπάνιες των μέσων μαζικής επικοινωνίας, και έχουν συσταθεί εργαστήρια πρόληψης, με πρωτοβουλία κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά το σχολικό σύστημα, οι περισσότερες πρωτοβουλίες περιορίζονται σε τοπικά εκπαιδευτικά προγράμματα για την τοξικοεξάρτηση. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει μία τάση αυτά τα προγράμματα να ενταχθούν σε ένα γενικότερο πλαίσιο εκπαιδευτικών προγραμμάτων Αγωγής Υγείας. Επίσης, έχουν ήδη συσταθεί συμβουλευτικά κέντρα για νέους σε όλη την Ελλάδα.

Προγράμματα Αγωγής Υγείας έχουν εφαρμοστεί σε πολλά Γυμνάσια και Λύκεια της χώρας. Πανεπιστημιακοί φορείς, φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, όπως η ΕΕΤΑΑ, Τοπικές Πρωτοβουλίες, καθώς και εξειδικευμένοι φορείς σε θέματα αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης έχουν εφαρμόσει προγράμματα εθνικά και διακρατικά με τοπική και υπεριοπική εμβέλεια.

Επίσης στο χώρο της θεραπείας εφαρμόζεται ένας μεγάλος αριθμός θεραπευτικών μεθόδων, των οποίων η αποτελεσματικότητα διαμορφώνεται ανάλογα με το είδος της θεραπευτικής αντιμετώπισης, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του χρήστη και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του θεραπευτή, όπως αναφέρεται στο άρθρο του Ι. Λιάππα που συμπεριλαμβάνεται στο βιβλίο.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συγγραφείς αυτού του βιβλίου, οι οποίοι με την κατάθεση της γνώσης και εμπειρίας τους στο χώρο της τοξικοεξάρτησης συνέβαλαν ουσιαστικά στην έκδοση αυτού του βιβλίου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επιστήμονες από τη Μ. Βρετανία, που με τις απόψεις τους και την εμπειρία τους παρουσίασαν τις πρόσφατες διαστάσεις του προβλήματος σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Κλείνοντας το σύντομο αυτό εισαγωγικό σημείωμα θα ήθελα να μεταφέρω τον προβληματισμό και πολλές φορές ίσως την αγωνία όσον αφορά στον τρόπο που μπορεί να συμβάλει ο καθ' ένας από εμάς, είτε ως άτομο είτε ως μέλος μιας κοινωνίας, με την ευρύτερη ή στενότερη έννοια του όρου, στην αντιμετώπιση του συγκεκριμένου πολυδιάστατου και πολυπαραγοντικού φαινομένου, χωρίς "να χρειαστεί" να χτυπήσει την πόρτα μας. Γιατί είναι καλύτερα να **προλαμβάνεις** παρά να **θεραπεύεις**...

Ελεάννα Χείλαρη

Ψυχολόγος εκπαίδευσης

*Στέλεχος του Τμήματος Κοινωνικών Θεμάτων
και Πολιτιστικών Δραστηριοτήτων της Ε.Ε.Τ.Α.Α.*

1. European Directory on Drug Demand Reduction, *European Prevention Assessment System, EPAS*, 1994.

Η δυνατότητα συμβολής της αυτοδιοίκησης στην αντιμετώπιση της εξάρτησης: Πρόκληση, Ευκαιρία, Προοπτική

Στην καθημερινότητα του 1995, την καθημερινότητα της κοινωνίας των απεριόριστων - περιοριστικών επιλογών, συνθήκες όπως:

- η απροσωποποίηση των ανθρώπινων σχέσεων
- ο κλονισμός των αξιών της αλληλεγγύης και της συλλογικότητας στην οικογένεια, τη “γειτονιά” και την παρέα
- η έλλειψη προθέσεων, πόρων και υποδομών για μια συλλογική κοινωνική και πολιτιστική δραστηριοποίηση
- η άναρχη ανάπτυξη της πόλης μας, του ζωτικού μας δηλαδή χώρου, οδηγούν όλο και περισσότερους έφηβους και ανθρώπους νέας ηλικίας στο να διώνουν προσωπικά, υποκειμενικά ή αντικειμενικά αδιέξοδα.

Αποτέλεσμα η αναζήτηση φυγής, κάποτε σε πολιτισμικά και κοινωνικά ενσωματωμένες διεξόδους όπως η κατανάλωση, κάποτε όμως στη χρήση εξαρτητικών ουσιών σαν αντιστάθμισμα μιας αρνητικά βιωμένης πραγματικότητας.

Οποιες κεντρικές πολιτικές αναπτύχθηκαν στην Ευρώπη, αλλά και στη χώρα μας, δεν μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα ριζικά. Αυτό κυρίως διότι συνειδητά δεν το αποδέχθηκαν ως κοινωνικό πρόβλημα αλλά σαν ατομικό παραλειπόμενο, μιας άναρχης “αναπτυξιακής διαδικασίας”. Οι εκάστοτε παρεμβάσεις ήταν περισσότερο κατασταλτικού ή θεραπευτικού και όχι προληπτικού χαρακτήρα και χαρακτηρίζονταν κυρίως από μία κρατικοκεντρική και ολιστική αντίληψη, η οποία δεν μπορούσε να λάβει υπόψη το “ιδιάζον”, το “τοπικό”, δηλαδή το ίδιο το πρόβλημα και τις ιδιαιτερότητές του.

Ο τοπικός κοινωνικός χώρος, στον οποίο ζούμε καθημερινά, στο σπίτι, στην εργασία, στη συνοικία, γίνεται το επίκεντρο της έντασης και της έκτασης του προβλήματος της χρήσης και της κατάχρησης ουσιών.

Ενός προβλήματος, το οποίο απαιτεί τις δικές του, τοπικά προσαρμοσμένες αποκεντρωμένες στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισής του.

Στο σήμερα, που πολιτικά σηματοδοτείται η ανταπόκριση στην ανάγκη αποκέντρωσης πολιτικών και υπηρεσιών, στο σήμερα του 6' βαθμού Αυτοδιοίκησης, ουσιαστικός είναι ο ρόλος που καλείται να διαδραματίσει η Αυτοδιοίκηση.

Με ποιά όμως εχέγγυα;

Στην εικόνα καθημερινής πρακτικής, όπως αυτή παρουσιάζεται μέσα από πρόσφατη μελέτη¹ η Τοπική Αυτοδιοίκηση συμβάλλει στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης αναπτύσσοντας δραστηριότητες κυρίως μέσα από τις ήδη υπάρχουσες κοινωνικές της υπηρεσίες, στους τομείς της ενημέρωσης-πρόληψης και της κοινωνικο-οικονομικής επανένταξης πρώην εξαρτημένων στο Λεκανοπέδιο της Αττικής και σε κάποιο βαθμό στα μεγάλα αστικά κέντρα της Περιφέρειας.

Κύριο χαρακτηριστικό των δράσεων αυτών είναι η επικέντρωσή τους στον τομέα της ενημέρωσης. Ετσι συνήθως πραγματοποιούνται μεμονωμένες εκδηλώσεις με τη μορφή είτε συναυλιών, είτε αθλητικών ημερίδων, είτε διαλέξεων, σε συνεργασία με ειδικούς επιστήμονες ή φορείς, διάχυση της πληροφόρησης με ενημερωτικά φυλλάδια, έκδοση αφισών και ενημερωτικές εκπομπές μέσα από τοπικούς ραδιοφωνικούς σταθμούς.

Οι ενέργειες αυτές συμβάλλουν μεν στο γενικότερο κλίμα ως ένδειξη ύπαρξης προβληματισμού και ευαισθητοποίησης, έχουν όμως περιστασιακό χαρακτήρα και δεν διέπονται από μια σφαιρική αντίληψη και ένα συνολικότερο προβληματισμό για την αντιμετώπιση της εξάρτησης στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι κατά τη γνώμη ειδικών επιστημόνων, η πληροφόρηση και “διαφώτιση”, η οποία στηρίζεται στη δημιουργία συναισθηματικών αντιδράσεων φόβου και τρομοκρατίας, φορτισμένη με στοιχεία υπερβολής και βασισμένη σε αναξιόπιστα στοιχεία, επιφέρει ιδιαίτερα αρνητικά αποτελέσματα.

Σαν εξαίρεση στον κανόνα, οργανωμένες παρεμβάσεις προωθούνται από φορείς της Τ.Α. κυρίως στο χώρο των μεγάλων αστικών κέντρων, με τη σύσταση και λειτουργία συμβουλευτικών σταθμών ή κέντρων ψυχικής υγείας. Σκοπός τους η ανάπτυξη παρεμβάσεων πρωτογενούς πρόληψης με ομάδες γονέων, εκπαιδευτικών και μαθητών ή με συλλόγους και φορείς εθελοντικού ή μη χαρακτήρα.

Παράλληλα, αλλά όχι συντονισμένα με ανάγκες που καλούνται να καλύψουν, υλοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια μεμονωμένα προγράμματα κατάρτισης στελεχών ενημέρωσης/πρόληψης με τη συγχρηματοδότηση του Ε.Κ.Τ., τα οποία απευθύνονταν κυρίως σε νέους άνεργους επιστήμονες.

Στον τομέα της κοινωνικο-οικονομικής επανένταξης πρώην εξαρτημένων ατόμων, ιδιαίτερα σημαντική είναι η προσπάθεια του προγράμματος “Θησείας” στα πλαίσια της Κοινωνικής Πρωτοβουλίας “Φτώχεια ΙΙΙ”, το οποίο παράλληλα με την αντίληψη μίας σφαιρικής και ολοκληρωμένης προσέγγισης στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση πρώην χρηστών και στην πρόληψη υποτροπής, εισάγει και δοκιμάζει νέα σχήματα τοπικής παρέμβασης και δράσεων με τη συμμετοχή της Τ.Α.

Ποιά δεδομένα συμπληρώνουν το προφίλ των υπηρεσιών της Τ.Α. ως προς τη νομική τους μορφή, την πηγή χρηματοδότησης και τη στελέχωσή τους;

Το μεγαλύτερο ποσοστό των προγραμμάτων/υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης που υλοποιούνται, εντάσσονται οργανικά στην Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου ή ειδικού Νομικού του προσώπου. Ενδιαφέροντα πειραματισμό αποτελούν προσπάθειες δημοτικής συνεργασίας όπως αυτή του Διαδημοτικού Κέντρου Αργυρούπολης, Γλυφάδας, Αλίμου, Ελληνικού καθώς και το παράδειγμα συνεργασίας Δήμου και πρωτοβουλίας Δημοτών στην “Πρόταση” του Δήμου Πατρέων.

Όσον αφορά στους διαθέσιμους πόρους, στις περισσότερες περιπτώσεις οι δράσεις που προωθούνται καλύπτονται από Δημοτικά κονδύλια χωρίς όμως να έχει διασφαλισθεί ξεχωριστή γραμμή στον προϋπολογισμό του φορέα. Σε κάποιες περιπτώσεις οι πόροι αντλούνται από Κοινωνικές χρηματοδοτήσεις. Συνήθως όμως δεν διασφαλίζεται η μονιμότητα του χαρακτήρα τους, με αποτέλεσμα να αποτελούν δράσεις “με ημερομηνία λήξης”, η οποία συνήθως συμπίπτει με τη λήξη του όποιου Κοινωνικού προγράμματος ή την αλλαγή προτεραιοτήτων στην πολιτική βούληση της αιρετής αρχής.

Το στελεχιακό δυναμικό, το οποίο στηρίζει αυτές τις δράσεις, απαρτίζεται κυρίως από κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας χωρίς ιδιαίτερη εξειδίκευση και επαρκή προηγούμενη εμπειρία.

Ετσι, τα στελέχη αυτά εντοπίζουν τις ανάγκες υποστήριξης του έργου τους στην παροχή συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης, στη διεπιστημονική συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών, στη συνεργασία και δικτύωση των φορέων τους μεταξύ τους καθώς και στη σύνδεση με τους αρμόδιους φορείς.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα δεδομένα, τίθεται το ερώτημα σε ποιά πλαίσια και με ποιές προϋποθέσεις μπορεί και πρέπει να αναπτυχθεί μία **στρατηγική της Τ.Α.** για την αντιμετώπιση της εξάρτησης, σαν άμεση προτεραιότητα μας **“Κοινωνικής Πολιτικής της Αυτοδιοίκησης”**.

Κάποια σημεία αποτελούν βασική προϋπόθεση για μία επιτυχή δραστηριοποίηση προς αυτή την κατεύθυνση:

– η ανάπτυξη συνεκτικής πολιτικής και προδιαγραφών πρόληψης σε εθνικό επίπεδο, οι οποίες να διασφαλίζουν σπάντα ποιότητας στην εφαρμογή τοπικών προγραμμάτων πρόληψης.

– η αναδιάρθρωση της δομής της Πρωτοβάθμιας Αυτοδιοίκησης και ο εκσυγχρονισμός της οργάνωσης, λειτουργίας και των πολιτικών προσωπικού των ΟΤΑ., ώστε να γίνει δυνατή η οργάνωση και ευέλικτη λειτουργία τέτοιων υπηρεσιών

– η άμεση ενεργοποίηση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, με στόχο τον συντονισμό των παρεμβάσεων για την κάλυψη αναγκών καθώς και την αξιοποίηση υφιστάμενου και ανενεργού θεσμικού πλαισίου στον τομέα της αντιμετώπισης της εξάρτησης .

Οι κύριοι στρατηγικοί στόχοι της παρέμβασης της Αυτοδιοίκησης θα πρέπει να συνοψίζονται με κύρια οπτική την πρόληψη στην ενεργοποίηση της τοπικής κοινωνίας για την εξασφάλιση προϋποθέσεων αντιμετώπισης του προβλήματος σε όλα τα δυνατά επίπεδα (οικογένεια, σχολείο, εργασιακός χώρος, επαγγελματίες κλπ.) με:

→ τη συμβολή στην ανάπτυξη συνείδησης συλλογικής ευθύνης

→ τη συμβολή στην ανάπτυξη θετικής στάσης και προτύπων ζωής

→ την εξασφάλιση θετικού περιβάλλοντος και δυνατοτήτων αξιοποίησης των ατομικών δημιουργικών αποθεμάτων

και με κύρια οπτική την κοινωνικο-οικονομική επανένταξη πρώην χρηστών όσον αφορά:

1. στην καταπολέμηση των αρνητικών στερεοτύπων και προκαταλήψεων απέναντι σε άτομα με καριέρα χρήσης και στη συνειδητοποίηση της αναγκαιότητας παροχής στήριξης (ατομικής και συλλογικής) κατά τη διαδικασία επανένταξης πρώην χρηστών από τοπικούς πολιτικούς, εργοδότες, επαγγελματίες και εκπαιδευτικούς.

2. στο σχεδιασμό και την υλοποίηση πολυδιάστατων σχεδίων υποστήριξης, τα οποία θα προβλέπουν:

→ δυνατότητες απόκτησης συγκεκριμένων επαγγελματικών προσόντων

→ δυνατότητες απόκτησης εργασιακής εμπειρίας σε πραγματικούς και όχι προφυλαγμένους χώρους δουλειάς

→ δυνατότητες ψυχοκοινωνικής στήριξης και επεξεργασίας των πρώτων θετικών και αρνητικών εμπειριών ένταξης στο κοινωνικό σύνολο

→ δυνατότητες παροχής στέγασης στη φάση προσαρμογής.

Τα σχέδια αυτά για να είναι επιτυχή θα πρέπει:

• να αποτελούν συνέχεια και να συνδέονται στενά με τα προγράμματα θεραπείας από τα οποία προέρχονται οι πρώην εξαρτημένοι

• να ανταποκρίνονται με τον πολυδιάστατο χαρακτήρα τους στις πολυποικίλες ανάγκες στήριξης των πρώην χρηστών

• να στηρίζονται στα πλαίσια ενός μοντέλλου “συνεργατικής” κοινωνικής δράσης (εταιρικότητα) από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και άτομα (συμβούλους επαγγελματικού προσανατολισμού και εκπαιδευτικούς στα κέντρα κατάρτισης, βιοτέχνες και άλλους επαγγελ-

ματίες, εργαζόμενους στα κέντρα κοινωνικής στήριξης, πολιτιστικούς συλλόγους κλπ.) ώστε να αξιοποιούν στο μέγιστο δυνατό τους διαθέσιμους τοπικούς υλικοτεχνικούς και ανθρώπινους πόρους.

- να προβλέπουν και να προωθούν, παράλληλα με την ωρίμανση των διαδικασιών της επανένταξης, τη “συμμετοχικότητα” των ίδιων των ενδιαφερομένων σαν ένδειξη από την πλευρά τους άρσης των αρχικών τάσεων φυγής, καθώς και συνυπευθυνότητας και ενεργοποίησης στη διαμόρφωση ίδιας κοινωνικής ταυτότητας.

¹Μελέτη “Αποτίπωσης υφιστάμενης κατάστασης στον τομέα της αντιμετώπισης της εξάρτησης” στα πλαίσια του προγράμματος HORIZON “Μεθοδολογία δράσης φορέων Τ.Α. και τοπικών πρωτοβουλιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης και του AIDS” ΚΕΔΚΕ, ΤΕΔΚΝΑ, ΕΕΤΑΑ.

Μαριέλλα Σακελλαρίου
Κοινωνιολόγος
Υπεύθυνη του Τομέα “Κοινωνικών Θεμάτων
Πολιτιστικών δραστηριοτήτων και ανθρώπινου δυναμικού”
της Ε.Ε.Τ.Α.Α.

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ
ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ



1. ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ-ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Dr. med. Παπαγεωργίου Γ. Ευάγγελος
Νευρολόγος Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής (ΑΑ GP)
Καθηγητής ΤΕΙ Αθηνών

Το αιτιοπαθογενετικό πρόβλημα της εξάρτησης από τοξικές ουσίες εμφανίζεται πολυαιτιολογικό και πολύπλευρο. Ο συνδυασμός στοιχείων της προσωπικότητας του εξαρτημένου, με κοινωνικούς-περιβαλλοντικούς παράγοντες και οπωσδήποτε σε σχέση με τις ιδιαίτερες ιδιότητες κάθε τοξικής ουσίας (*δυναμικό εξάρτησης των ουσιών*) είναι αυτός που θα καθορίσει την εξέλιξη των διαφόρων φάσεων της εξάρτησης από τη χρήση στην κατάχρηση, τον εθισμό και την εξάρτηση.

Όσον αφορά όμως την ερμηνεία της δημιουργίας και την κατανόηση των εξαρτητικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ενός ατόμου, η ψυχοδυναμική ψυχαναλυτική θεωρία των νευρώσεων μας προσφέρει ένα ιδιαίτερα πολύτιμο βοήθημα.

Είναι γνωστές οι φάσεις της ψυχολογικής εξέλιξης της προσωπικότητας του ατόμου σύμφωνα με τη θεωρία αυτή. Εδώ, θα θέλαμε μόνο να υπενθυμίσουμε, ότι η κυριαρχία κάποιων στοιχείων στην προσωπικότητα ενός ατόμου, που αντιστοιχούν σε κάποια από τις φάσεις αυτές, οφείλεται, είτε σε “προσκόλληση” είτε σε “παλινδρόμηση” του ψυχισμού σ’ αυτή τη φάση λόγω αδυναμίας ξεπεράσματος των προβλημάτων μίας επόμενης φάσης. Στην πρώτη περίπτωση, πρόκειται για μη ολοκλήρωση της ωρίμανσης της προσωπικότητας, ενώ στη δεύτερη, η “παλινδρόμηση” σε μία προηγούμενη φάση της ψυχολογικής εξέλιξης λειτουργεί σαν άμυνα στα αξεπέραστα εμπόδια μίας μεταγενέστερης φάσης. Ακόμα, θα πρέπει να φαντασθούμε ότι οι φάσεις αυτές δεν είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη, αλλά η εξέλιξη της μίας εξαρτάται από τον τρόπο που εξελίχθηκε η προηγούμενη. Έτσι, διαταραχές κάποιων προηγούμενων φάσεων είναι δυνατόν να επανεμφανισθούν σε μία επόμενη, λόγω

κάποιων καταλυτικών αφορμών σ' αυτήν, ώστε να επηρεάσουν άμεσα την εξέλιξή τους.

Όταν το αξεπέραστο εμπόδιο για τον ψυχισμό του ατόμου, βρίσκεται στην Οιδιπόδεια φάση, τότε το παιδί παραιτείται (λόγω του άγχους ευνουχιισμού, είτε λόγω ενοχών) της σεξουαλικής του τοποθέτησης και παλινδρομεί σε κάποια από τις προηγούμενες φάσεις. Ο μηχανισμός αυτός αποτελεί και τον πυρήνα της νεύρωσης. Πρέπει βέβαια να μη ξεχνάμε, ότι παράλληλα με την “παλινδρόμηση” των ενορμητικών συναισθηματικών επενδύσεων, παλινδρομεί και το ΕΓΩ με τις λειτουργίες του.

Στην περίπτωση της **κατάθλιψης**, της **εξαρτημένης συμπεριφοράς** αλλά και ορισμένων μορφών **χαρακτηρολογικών νευρώσεων** (*Charakter Neurosen*) παρατηρούμε μορφές και τρόπους βίωσης και επεξεργασίας των ερεθισμάτων όπως και δυνατότητες συμπεριφοράς και επικοινωνίας με το περιβάλλον, οι οποίες χαρακτηρίζουν την **στοματική φάση** της ψυχολογικής εξέλιξης, είτε γιατί η προσωπικότητα δεν αναπτύχθηκε περαιτέρω, είτε γιατί οδηγήθηκε εκεί μέσω της παλινδρόμησης.

Στο γεγονός αυτό οφείλονται και τα δύο βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εξαρτημένων ατόμων, όσον αφορά τις λειτουργίες του ΕΓΩ τους, τα οποία είναι:

- οι διαταραχές **στο επίπεδο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων** και της σχέσης τους με το περιβάλλον και
- οι διαταραχές **στο συναισθηματικό επίπεδο** και ιδιαίτερα στον τρόπο που το ΕΓΩ του εξαρτημένου αντιμετωπίζει διάφορα έντονα συναισθήματα όπως κατάθλιψη και άγχους.

Παλινδρόμηση στη στοματική φάση αποτελεί, λοιπόν, το ψυχολογικό υπόστρωμα, πάνω στο οποίο θα αναπτυχθούν διαταραχές, όπως αυτές της κατάθλιψης και της εξαρτημένης συμπεριφοράς. Η **στοματική φάση** χαρακτηρίζεται από την έλλειψη ορίων του ΕΓΩ και σαν άξονα συμπεριφοράς έχει την ικανοποίηση των ενορμήσεων που θα διατηρήσουν το θρέφος στη ζωή. Το ΕΓΩ διαχέεται στο περιβάλλον και το περιβάλλον διαχέεται μέσα στο ΕΓΩ του θρέφους. Ο τρόπος επικοινωνίας είναι βιωματικός. Το θρέφος δεν είναι σε θέση, κατά τη φάση αυτή, να διαχωρίσει την πηγή των βιωμάτων του, ποιά δηλαδή ανήκουν σ' αυτό και ποιά προέρχονται από το περιβάλλον. Τα ίδια αντικείμενα, συμπεριλαμβανομένου και του πρωτοπαθούς αντικειμένου αγάπης (*η μητέρα*), βιώνονται ως “καλά” ή ως “κακά” όχι σύμφωνα με τις αντικειμενικές τους ιδιότητες αλλά σύμφωνα με τον βαθμό ικανοποίησης των υποκειμενικών ενορμήσεων και αναγκών του.

Η αντιπροσώπευση των αντικειμένων στον ψυχισμό του θρέφους δεν γίνεται σύμφωνα με τις αντικειμενικές τους ιδιότητες αλλά σύμφωνα με τα υποκειμενικά κριτήρια εκπλήρωσης των αναγκών του από αυτά. Τα διάφορα λοιπόν “αντικείμενα” ή οι αντιπροσωπεύσεις τους στο ΕΓΩ σχηματίζονται – σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία (*Freud, Ballint, M.Klein κ.τ.λ.*) – στα πρώτα στάδια της ψυχολογικής εξέλιξης ενός ατόμου, ως “*συμπληρώματα*” των επιθυμιών και εσωτερικών παρορμήσεων του ατόμου αυτού. Η έντονη επίδραση του συναισθήματος και της επιθυμίας για ικανοποίηση τους δίνει φανταστικές, εξωπραγματικές διαστάσεις, με τις αντίστοιχες ενδοψυχικές αντιπροσωπεύσεις.

Πέρα όμως από τον ιδιαίτερο ρόλο που παίζει η ανάγκη για ικανοποίηση των ενορμήσεων που συμβάλλουν στη διατήρηση της ζωής, στην “πρωτογενή” αυτή διαδικασία σχηματισμού αντικειμένων (ή αντιπροσωπεύσεων αυτών) κατά τη φάση αυτή, ένας εξίσου σημαντικός ρόλος αποδίδεται στην ικανοποίηση των αναγκών του θρέφους για “ξεστασιά” και “ασφάλεια”.

Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές στα πειράματα του Harlow, ο οποίος πήρε μία ομάδα νεαρών πιθήκων και τοποθέτησε στο κλουβί τους δύο τεχνητές “μαμάδες”, μία από σύρμα και μία από μαλακό χνουδατό ύφασμα.

Η συρμάτινη “μαμά” διέθετε και δύο τεχνητούς μαστούς από τους οποίους μπορούσαν να διατραφούν οι νεαροί πίθηκοι. Τα πιθηκάκια έπιναν το γάλα τους από τη συρμάτινη μαμά και “κούρνιαζαν” στην αγκαλιά της άλλης. Όταν μέσα στο κλουβί τοποθετήθηκε κάποιο φοβικό αντικείμενο (ένα μηχανοκίνητο αρκουδάκι που κτύπαγε τύμπανο) τα πιθηκάκια έτρεξαν να κρυφτούν στην αγκαλιά της χνουδατής μαμάς. Στην επανάληψη του πειράματος μετά την απομάκρυνση της χνουδατής μαμάς, τα πιθηκάκια εμφάνισαν συμπεριφορά πανικού και κανένα δεν αναζήτησε καταφύγιο στη συρμάτινη μαμά. Όταν απομακρύνθηκε η συρμάτινη και παρέμεινε η χνουδατή μαμά, στην εμφάνιση του φοβικού αντικειμένου τα πιθηκάκια αναζήτησαν προστασία στην αγκαλιά της. Μάλιστα, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα άρχισαν να τολμούν αρχικά ματιές και μετά κινήσεις προς το φοβικό αντικείμενο μέχρις ότου κατώρθωσαν να το πλησιάσουν άφοβα και να το περιεργασθούν.

Φυσικά, η χνουδατή μαμά δεν ήταν σε θέση να προστατέψει στην πραγματικότητα τα πιθηκάκια. Αυτά όμως, έδειξαν να βιώνουν κάτι τέτοιο. Μια προστασία που τους προσέφερε το αναγκαίο συναίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης προς τον εαυτό τους, ώστε να τολμήσουν και το πλησίασμα του φοβικού αντικειμένου, χρησιμοποιώντας τη χνουδατή μαμά τους σαν βάση των εξορμήσεών τους.

Τα ίδια ισχύουν και για τους ανθρώπους. Η μητέρα –ή οι μητρικές φιγούρες– προσφέρουν το αναγκαίο συναίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στο θρέφος, έτσι ώστε αυτό να μπορέσει στην εξελικτική διαδικασία του ψυχισμού του να αναπτύξει τις δικές του ικανότητες και δραστηριότητες. Στη στοματική φάση το θρέφος μπορεί να υπάρξει μόνο μέσω αυτής της συμβιωτικής σχέσης με το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης (την μητέρα). Η σχέση αυτή θα διαμορφώσει στον ψυχισμό του συναισθήματα ασφάλειας και εμπιστοσύνης προς τον εαυτό του ή συναισθήματα απογοήτευσης και αδυναμίας. Παλινδρόμηση στη φάση αυτή θα σημαίνει αναζήτηση της συμβιωτικής αυτής σχέσης.

Συμπερασματικά ο στοματικός χαρακτήρας περιλαμβάνει στα χαρακτηριστικά του την εξάρτηση από ερεθίσματα και αποδείξεις αγάπης, ενώ ταυτόχρονα συμπεριφέρεται απαιτητικά στην αναζήτησή τους. Η ικανότητα επεξεργασίας συναισθημάτων απογοήτευσης είναι ιδιαίτερα μειωμένη. Η σχέση του με το περιβάλλον καθορίζεται από τη “χρησιμοποίηση” του τελευταίου για την κάλυψη των ενορμητικών αναγκών του, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις ο άλλος δεν βιώνεται σαν κάποιο ξεχωριστό άτομο αλλά σαν τροφοδότης ικανοποιήσεων

(“*need satisfying objects*”). Αυτό δεν σημαίνει ότι άτομα με αυτά τα χαρακτηριστικά συμπεριφέρονται μόνο παθητικά στις σχέσεις τους με τους άλλους. Πολλές φορές είναι ικανά να προσφέρουν και τα ίδια τα άτομα σε μεγάλο βαθμό, η προσφορά τους όμως έχει τελικό στόχο τη δική τους ικανοποίηση μέσα από την ανταπόκριση του άλλου. Φυσικά και αυτός που είναι ικανός για μία ώριμη συναισθηματική σχέση, αγαπάει μέσω του άλλου και τον εαυτό του, μόνο που το κίνητρο αυτό δεν είναι κυρίαρχο στη συμπεριφορά του και ταυτόχρονα λαμβάνει υπόψη του και αποδέχεται και τις ανάγκες του άλλου.

Αυτές οι τοποθετήσεις είναι απαραίτητες για την κατανόηση των **καταθλιπτικών διαταραχών**. Απώλεια ερεθισμάτων αγάπης ή απώλεια συναισθηματικά επενδεδυμένων αντικειμένων συνιστούν πάντα, για τον καταθλιπτικό χαρακτήρα, έναν βαρύ τραυματισμό.

Πριν προχωρήσουμε στην ψυχodynamική ερμηνεία της κατάθλιψης, θα πρέπει να διαχωρίσουμε την **“καταθλιπτική διάθεση”** από το πραγματικό συναίσθημα της **κατάθλιψης**. Ιδιαίτερα νευρωτικοί ασθενείς αντιδρούν σε ένα πλήθος συμπτωμάτων με καταθλιπτική διάθεση ή αυτή συνοδεύει διάφορα άλλα νευρωτικά συναισθήματα, όπως συναίσθημα ενοχής, απογοήτευσης, επιθετικότητας κ.τ.λ. Η διαφορά της κατάθλιψης από την καταθλιπτική διάθεση συνίσταται στο ότι στην κατάθλιψη η διαταραχή αυτή του συναισθήματος κυριαρχεί της κλινικής εικόνας και συμπτωματολογίας του ασθενή.

Ο πυρήνας των καταθλιπτικών διαταραχών βρίσκεται στη μη ικανοποίηση των βασικών ενορμητικών αναγκών του στοματικού σταδίου. Στη φάση αυτή, οι ενορμητικές ανάγκες έχουν, όπως αναφέρθηκε, έναν παθητικό χαρακτήρα και περιμένουν ικανοποίηση από το περιβάλλον. Η μη ικανοποίησή τους προκαλεί έκλυση συναισθημάτων επιθετικότητας προς το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης, τα οποία όμως δεν μπορούν να εκφραστούν είτε διότι η οριοθέτηση προς αυτό δεν έχει ολοκληρωθεί είτε διότι πιθανή καταστροφή του πρωτοπαθούς αντικειμένου αγάπης θα ήταν καταστροφική και για το ίδιο το δρέφος. Έτσι, η επιθετικότητα επιστρέφει στο ίδιο το δρέφος προκαλώντας το **“αυτοκαταστροφικό”** συναίσθημα της κατάθλιψης. Αυτό το ίδιο το συναίσθημα της κατάθλιψης προκαλεί με τη σειρά του επιθετικά συναισθήματα του δρέφους προς τον ίδιο τον εαυτό του, έτσι ώστε να αρχίζει ένας φαύλος κύκλος που σπρώχνει το δρέφος όλο και πιο βαθιά στην καταθλιπτική διαταραχή.

Στη φάση που δεν υπάρχουν όρια ανάμεσα στο ΕΓΩ του δρέφους και το περιβάλλον, δεν υπάρχουν αντικειμενοτρόπες σχέσεις και το ΕΓΩ του δρέφους ταυτίζεται με τις ενορμητικές του ανάγκες. Παλινδρόμηση στο στάδιο αυτό συνιστά αυτό που ο Kuipers ονομάζει **“κακοήθη παλινδρόμηση”** (“*Maligne Regression*”). Στην περίπτωση αυτή η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα επιθετικότητας προς ένα ενσωματωμένο αντικείμενο. Αυτό συμβαίνει, γιατί οι αρνητικές εμπειρίες που δώνει κατά τη φάση αυτή ο ψυχισμός του δρέφους από τη μη ικανοποίηση των ενορμητικών του αναγκών, δεν μπορούν να αποδοθούν στο περιβάλλον (αφού δεν λειτουργεί ακόμα ο διαχωρισμός ΕΓΩ-περιβάλλον) και διώνονται σαν δικές του. Αποκτούν έτσι μία αντιπροσώπευση μέσα στον ψυχισμό του που διαμορφώνει, με αυτόν τον τρόπο, ένα τμήμα του. Με το μηχανισμό αυτό της πρώιμης αυτής μορφής **“ενσωμάτωσης”**

(“ενδοβολής”) ο άλλος γίνεται ένα μέρος του εαυτού του. Όταν αυτός ο “παντοδύναμος άλλος” –το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης– δεν ικανοποιεί σε καθοριστικό βαθμό τις ενορμητικές ανάγκες του βρέφους, τότε καθοριστική θα είναι και για το βρέφος η διαμόρφωση ενός μεγάλου “μισητού τμήματος” μέσα στον ψυχισμό του.

Καταθλιπτικοί αυτού του τύπου προσπαθούν με την κατάθλιψη να “σκοτώσουν” μέσα τους αυτόν τον “μισητό άλλο”. Οι ιδέες ενοχής και αυτοϊποτίμησης του εαυτού τέτοιων ασθενών, όπως και οι αυτοκτονίες, που είναι ιδιαίτερα συνήθεις σ’ αυτές τις μορφές κατάθλιψης, απευθύνονται κατ’ ουσίαν σε κάποιον άλλο και οι αυτοκτονίες είναι κατά κάποιο τρόπο η δολοφονία του άλλου μέσα τους. Υπάρχει μεγάλη φαινομενολογική διαφορά ανάμεσα σ’ αυτή την πρώιμη και τη νευρωτική-υστερική μορφή κατάθλιψης. Στη δεύτερη είναι εμφανές, ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία έχει έναν χαρακτήρα έκκλισης της προσοχής των άλλων και ο υστερικός καταθλιπτικός, με τη μζέρια του, στην ουσία θέλει να “τιμωρήσει” τον άλλον, πολλές φορές μάλιστα σε όχι και τόσο ασυνείδητο επίπεδο. Αντίθετα, στην πρώιμη μορφή κατάθλιψης (με τα στοματικά, ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά) ο καταθλιπτικός αποσύρεται από το περιβάλλον και η συμπτωματολογία παίζεται ενδοψυχικά σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό, απ’ ό,τι φαίνεται προς τα έξω. Στις μορφές αυτές κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα έντονο και το συναίσθημα της αμφιθυμίας. Από τη μία, η αναγκαιότητα ύπαρξης μέσω της ενδοψυχικής αυτής συνύπαρξης με το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης και από την άλλη η έντονη απογοήτευση απ’ αυτό και τα επακόλουθα συναισθήματα επιθετικότητας και μίσους προς αυτό, δεν μπορεί παρά να δημιουργούν ένα ιδιαίτερα έντονο συναίσθημα αμφιθυμίας με υπαρκτά στοιχεία στα περιεχόμενά του.

Με την εμπειρία της ύπαρξης του άλλου και την αρχική διαμόρφωση ορίων στο ΕΓΩ του βρέφους η “ενσωματωμένη-συνύπαρξη” με το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης μετατρέπεται σε μία έντονα συμβιωτική σχέση με αυτό. Το υπαρκτικό άγχος από τη μη ικανοποίηση των ενορμητικών αναγκών της πρώτης φάσης, δίνει τη θέση του σε μία μορφή **άγχους πιθανής απώλειας** του πρωτοπαθούς αντικειμένου αγάπης. Το βρέφος στη φάση αυτή μπορεί να υπάρξει μόνο μέσα σ’ αυτή τη συμβιωτική σχέση, η οποία του προσφέρει ζωή, σιγουριά και ασφάλεια, οικοδομώντας έτσι μέσα του το συναίσθημα εμπιστοσύνης και προς τον ίδιο τον εαυτό του. Η εμπειρία της απουσίας του πρωτοπαθούς αντικειμένου αγάπης, όταν η παρουσία του φαίνεται απαραίτητη για τη διατήρηση της ζωής (π.χ. όταν το παιδί πεινάει), είτε η απειλητική παρουσία του όταν το παιδί έχει ικανοποιήσει την παρόρμησή του (π.χ. κλάμα μετά το θηλασμό, όταν η μητέρα προσπαθεί να το ταΐσει πέρα από τις ανάγκες του), όπως τέλος και η αδυναμία του αντικειμένου να του προσφέρει τα συναισθήματα ζεστασιάς, φροντίδας και αγάπης, έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δυσάρεστων συναισθημάτων που συνδέονται με το αντικείμενο και διαταράσσουν τη μέχρι τότε πιθανώς καλή –ναρκισσιστική– σχέση. Στη συμβιωτική, δηλαδή, φάση έχουμε μία πόλωση των συναισθημάτων σε καλά και κακά, όσον αφορά τη συναισθηματική σύνδεση του βρέφους με το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης. Στη φάση αυτή, το αντικείμενο βιώνεται είτε σαν καλό

είτε σαν κακό σύμφωνα με τις περιστασιακές ανάγκες του θρέφους. Η ανάγκη για μια τέτοιας μορφής συμβιωτική σχέση μπορεί να εμφανισθεί λόγω παλινδρόμησης στη φάση αυτή της ψυχολογικής εξέλιξης. Αυτό σημαίνει ότι κάποιος, κάτω από κάποιες προϋποθέσεις που του προκαλούν έντονο ενδοψυχικό άγχος, μπορεί να αναζητήσει, ασυνείδητα, την ασφάλεια και τη σιγουριά μιας συμβιωτικής σχέσης.

Εάν όμως ο άλλος τον απογοητεύσει, τότε η επιθετικότητα προς αυτόν θα στραφεί προς τον ίδιο τον εαυτό του, αφού στη συμβιωτική αυτή σχέση οι “δύο” έχουν γίνει “ένα”. Η πλέον παθολογική έκφραση αυτής της αρρωστημένης σχέσης βρίσκεται στην αυτοκτονία του δράστη μετά τη δολοφονία του συντρόφου του, με στόχο να “ενωθούν στο θάνατο”.

Αυτή η στροφή της επιθετικότητας, που απευθύνεται προς κάποιον έξω από εμάς, προς τον ίδιο τον εαυτό μας, ονομάζεται αναστολή της επιθετικότητας (*Aggressions hemmung*) και αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό διαφόρων νευρωτικών διαταραχών και κυρίως της νευρωτικής κατάθλιψης. Ο μηχανισμός αυτός διαφέρει καθοριστικά από το μηχανισμό της κακοήθους παλινδρόμησης, όπου η επιθετικότητα είναι προσανατολισμένη προς ένα τμήμα του ίδιου του ψυχισμού του ατόμου. Μία πολύ χαρακτηριστική απεικόνιση της διαφοράς των δύο αυτών μηχανισμών θα μπορούσαμε να έχουμε, εάν φανταζόμασταν, ότι στη συμβιωτική σχέση οι “δύο που προορίζονται προς τον εχθρό πέφτουν στα δικά μας εδάφη” ενώ στην κακοήθη παλινδρόμηση πρόκειται για “εμφύλιο πόλεμο” (Kuipers). Αυτονόητη είναι η σπουδαιότητα του διαχωρισμού των δύο αυτών αιτιοπαθογενετικών μηχανισμών στην δημιουργία της καταθλιπτικής διαταραχής.

Σ’ ένα πλήθος περιπτώσεων καταθλιπτικών ασθενών με προβλήματα στη συμβιωτική φάση της ψυχολογικής τους εξέλιξης, η καταθλιπτική συμπτωματολογία εκφράζεται σαν νοσταλγία για κάτι που χάθηκε, σαν αναζήτηση κάποιου χαμένου παραδείσου, σαν ανάμνηση κάποιας χαμένης ευτυχίας ή ακόμα σαν συναίσθημα ενός ψυχοσωματικού κενού, όπως συμβαίνει συχνά στις καταθλίψεις με εκλυτική αφορμή, κάποια χαμένη σχέση αγάπης (Kuipers). Στις άλλες περιπτώσεις, της ενσωμάτωσης του “μισητού” αντικειμένου, η ενδοψυχική ένταση και τα συναισθήματα δυσφορίας, θυμού και επιθετικότητας κυριαρχούν στη συμπτωματολογία τους.

Πέρα όμως από τις επιπτώσεις που έχει η ικανοποίηση ή όχι των βασικών ενορμητικών αναγκών στη διαμόρφωση του ψυχισμού του θρέφους στα πρώτα στάδια της ψυχολογικής του εξέλιξης, θα πρέπει να εξετάσουμε και το ρόλο των άλλων στοιχείων της προσωπικότητας, όπως του ΥΠΕΡΕΓΩ και του ΕΓΩ, στη διαμόρφωση της καταθλιπτικής διαταραχής.

Το ΥΠΕΡΕΓΩ των καταθλιπτικών είναι ιδιαίτερο, αυστηρό και απαιτητικό. Στην ουσία συνιστά έναν αυστηρό λογοκριτή, που όχι μόνον ελέγχει αλλά και τιμωρεί, στρέφοντας επιθετικά συναισθήματα που αφορούν άλλους, προς τον ίδιο τον εαυτό του. Ο αυστηρός αυτός λογοκριτής γίνεται αιτία νέων απογοητεύσεων που με τη σειρά τους φορτίζουν τα συναισθήματα επιθετικότητας του καταθλιπτικού προς τον ίδιο τον εαυτό του. Έτσι, ο καταθλιπτικός ασθενής δεν μπορεί να στρέψει την επιθετικότητά του προς τα έξω αλλά

κυριαρχείται από αισθήματα ντροπής, ενοχής και αυτοτιμωρίας (“*αισθάνομαι ένοχος ακόμα και για τον αέρα που αναπνέω*” ... “*σαν να τον κλέβω από τους άλλους*” ... αντί του “*οι άλλοι με πνίγουν με τη συμπεριφορά τους*”). Το ΕΓΩ, του καταθλιπτικού ασθενή μπορεί να υπάρξει μόνο σε άμεση εξάρτηση ή συμβιωτική σχέση με το περιβάλλον του (ιδιαίτερα με το πρωτοπαθές αντικείμενο συναισθηματικής επένδυσης), ανίσχυρο να λειτουργήσει μόνο του και να δώσει τις οποιεσδήποτε λύσεις στα τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζει. Στην αδυναμία αυτή του ΕΓΩ πολλών καταθλιπτικών οφείλεται και η αποδιοργάνωσή τους μετά την απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου ή αντικειμενικής κατάστασης (π.χ. εργασία), που λειτουργούσε προστατευτικά γι’ αυτούς. Ακόμα, το ΕΓΩ πολλών καταθλιπτικών ασθενών δεν είναι σε θέση να δώσει ικανοποίηση χωρίς την ταυτόχρονη παρουσία κάποιου άλλου προσώπου. Σ’ αυτές τις περιπτώσεις, το υπαρξιακό συναίσθημα του ΕΙΝΑΙ τους και οι λειτουργίες του ΕΓΩ τους έχουν ως μοναδικό σκοπό την προσαρμογή τους στο περιβάλλον και εξαρτώνται άμεσα από την επιδοκιμασία του άλλου, με τον οποίο έχουν δημιουργήσει τη συμβιωτική σχέση.

Την προσπάθεια αυτή **παθητικής προσαρμογής** (passive adaptation) προς το περιβάλλον τη βρίσκουμε συχνά στο αναμνηστικό καταθλιπτικών ατόμων, πολύ πριν την εμφάνιση της κατάθλιψης. Στις περιπτώσεις αυτές το άτομο ποτέ δεν έφτασε σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο εσωτερικής ωριμότητας, μια και η προβληματική της οιδιπόδειας φάσης το οδήγησε στην *παλινδρόμηση* σε προηγούμενα στάδια. Η ύπαρξη των ατόμων αυτών καθορίζεται, σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι σε φυσιολογικές καταστάσεις, από την αναγνώριση και αποδοχή τους από τους άλλους. Στο σεξουαλικό-ερωτικό πεδίο δημιουργούν κυρίως συμβιωτικές σχέσεις ενώ, σε καταστάσεις αντιπαράθεσης με τους άλλους, έχουν την τάση αποφυγής, μια και δεν είναι σε θέση να αντέξουν ούτε κάποιον φυσιολογικό βαθμό ανταγωνισμού με τους άλλους, σε οποιοδήποτε επίπεδο. Η κατάθλιψη εμφανίζεται στα άτομα αυτά, όταν η προσπάθειά τους για παθητική προσαρμογή στο περιβάλλον τους αποτυγχάνει. Τέλος στην εμφάνιση καταθλιπτικών καταστάσεων δεν θα πρέπει να διαφύγει της προσοχής μας η πιθανότητα ύπαρξης κάποιων φυσιολογικών φάσεων πτώσεως του θυμικού, λόγω οργανικών αιτιών (“*Vitales Syndrom*”). Οι οργανικές αυτές αυξομειώσεις του επιπέδου του θυμικού μπορεί να οφείλονται σε κληρονομικούς ή άλλους σωματικούς παράγοντες και η συμπτωματολογία τους μπορεί να συνιστά την εικόνα μιας καταθλιπτικής διαταραχής.

Στη συμπτωματολογία τέτοιων συνδρόμων περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, το συναίσθημα αδυναμίας και έλλειψης ενεργητικότητας σε σχέση με άλλες εποχές, η έλλειψη ενδιαφερόντων, η αδυναμία βίωσης ευχάριστων στιγμών (“*ακεφιά*”), πιθανές ψυχοσωματικές ενοχλήσεις, διαταραχές του ύπνου και αλλαγή της συναισθηματικής διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας, χωρίς ιδιαίτερες εκλυτικές αφορμές. Οι διαταραχές αυτές συνοδεύονται συνήθως από ένα αίσθημα δυσφορίας, που διαφέρει από την πραγματική κατάθλιψη. Κατάθλιψη στις πραγματικές της διαστάσεις θα έχουμε όταν τα συμπτώματα αυτά συνδεθούν με κάποια νευρωτική προβληματική, κερδίζοντας έτσι

σε ένταση και βαρύτητα για τη ζωή του ασθενή.

Στις εξαρτημένες προσωπικότητες θεωρείται ότι υπήρξε κάποιος τραυματισμός στις πρώιμες φάσεις ανάπτυξης –και ιδιαίτερα στη στοματική φάση– στη σχέση με το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης. Το αντικείμενο αυτό συνδέθηκε με το ΕΓΩ του ατόμου, είτε με έντονα συναισθήματα απογοήτευσης είτε απόλυτης ικανοποίησης και κατά συνέπεια –στη δεύτερη περίπτωση– τάσης ταυτοποίησης με αυτό. Η σύνδεση έγινε μονοδιάστατα, μη δίνοντας τη δυνατότητα στο άτομο να διώσει και τις καλές και τις κακές πλευρές του αντικειμένου. Επέδρασε δηλαδή παραπλανητικά πάνω στην ανάπτυξη του ατόμου. Η παραπλανητική αυτή δράση του αντικειμένου αγάπης πάνω στο άτομο –που οπωσδήποτε δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα της σχέσης– οδήγησε στην ανάπτυξη μιας έντονα διχασμένης ενδοψυχικής στάσης του ατόμου απέναντι σε αυτό. Η σύνδεση χαρακτηρίζεται τόσο από τα συναισθήματα αγάπης και τάσης ταύτισης με το αντικείμενο, όσο και από τα συναισθήματα μίσους και επιθετικότητας και τάσης καταστροφής αυτού.

Και στις δύο περιπτώσεις, η απώλεια του αντικειμένου αγάπης –*είτε στην πραγματικότητα, είτε στη φαντασία του ατόμου*– δεν μπορεί παρά να εκλύσει συναισθήματα τέλει καταστροφής ή εκμηδένισης του ατόμου, που στη φάση αυτή, έτσι και αλλιώς, εξαρτάται απόλυτα από την παρουσία του αντικειμένου αγάπης.

Λόγω της έντασης των συναισθημάτων αυτών, το ΕΓΩ του ατόμου δεν μπορεί να συμφιλιώσει, όπως είναι απαραίτητο, τα ευχάριστα και δυσάρεστα στοιχεία του αντικειμένου αγάπης –*δηλαδή να το διώσει ολοκληρωμένο*– και έτσι παραμένει στην αρχική διχασμένη τοποθέτησή του.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμφιλίωση (*ενοποίηση*) των συναισθημάτων αυτών, είναι η ικανότητα του ατόμου να διατηρεί τα συναισθήματα που του δημιούργησε το αντικείμενο αγάπης ακόμα και όταν αυτό δεν είναι παρόν, με άλλα λόγια να διατηρεί την προηγούμενη συναισθηματική του σύνδεση με το αντικείμενο αγάπης, ακόμα και όταν αυτό δεν ικανοποιεί την παρούσα επιθυμική του κατάσταση. Αυτονόητο είναι, ότι η ικανότητα αυτή εξασθενεί τόσο από την παρατεταμένη έλλειψη του αντικειμένου αγάπης, όσο και από τη συχνά επαναλαμβανόμενη απουσία αυτού (*Bowlby*).

Τα αντικείμενα, που στην εξέλιξη του ατόμου θα αντικαταστήσουν το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης, επόμενο είναι να συνδεθούν κατά τον ίδιο τρόπο με το ΕΓΩ του ατόμου, με το οποίο έγινε η σύνδεση αυτή στις πρώιμες φάσεις εξέλιξης.

Αυτό σημαίνει ότι η κατ' αυτόν τον τρόπο δημιουργούμενη σχέση με τα αντικείμενα αυτά θα τείνει είτε στην ολοκληρωτική ένωση με αυτά (*συμβιωτική σχέση*), μια και ικανοποιούν απόλυτα τις ενορμητικές του ανάγκες, είτε σε μία χωρίς όρια επιθετικότητα και τάση καταστροφής τους, για τον αντίθετο ακριβώς λόγο.

Η επιθετική όμως αυτή στάση είναι συνδεδεμένη ταυτόχρονα τόσο με συναισθήματα ενοχής όσο και φόβου, εφόσον με την εξαφάνιση του αντικειμένου αγάπης, κινδυνεύει και αυτή η ύπαρξη του εξαρτημένου ατόμου.

Το ΕΓΩ του εξαρτημένου ατόμου, αναγκασμένο να προστατευτεί από τα συναισθήματα αυτά, που θέτουν σε κίνδυνο την ύπαρξή του, τα **εξωτερικεύει** και τα **προβάλλει** πάνω σε αντικείμενα του περιβάλλοντος, που οπωσδήποτε φαίνονται λιγότερο επικίνδυνα γι' αυτό. Με τον τρόπο αυτό τα **αποχωρίζεται** και τα διώνει σαν ξένα με αυτό.

Αποτέλεσμα της διαδικασίας αυτής είναι και η μερική μόνο βίωση της **γονεϊκής** εικόνας, που συμβολικά δημιουργεί το τρίτο δομικό στοιχείο της προσωπικότητας, το ΥΠΕΡΕΓΩ. Δηλαδή, στην προσωπικότητα του εξαρτημένου ατόμου έχουμε και μια διαταραχή στο επίπεδο του ΥΠΕΡΕΓΩ, που τουλάχιστο μερικώς έχει **εξωτερικευτεί** και διώνεται σαν ξένο με την προσωπικότητα του ατόμου.

Ο διαχωρισμός των αντιπροσωπεύσεων του **αντικειμένου αγάπης** από τις αντιπροσωπεύσεις του ίδιου του εαυτού του εξαρτημένου ατόμου, μέσα από το μηχανισμό της εξωτερίκευσης, προφυλάσσει το άτομο από τον κατακλυσμό του με επιθετικότητα και κατά συνέπεια από τον κίνδυνο αυτοκαταστροφής του.

Με την εξωτερίκευση όμως των αντιπροσωπεύσεων του αντικειμένου αγάπης, γίνεται και εξωτερίκευση της άλλης ιδιότητάς του, δηλαδή της **καλής προστατευτικής** λειτουργίας του. Έτσι, το ΕΓΩ του εξαρτημένου ατόμου χάνει ένα ζωτικό τμήμα των πηγών δόθηθειας για τη δυνατότητα αυτοπροστασίας, αυτοθεραπείας, αυτοεκπλήρωσης επιθυμιών, αυτοαναγνώρισης και αυτοαποδοχής (*Annelie Heigl-Evers*).

Το εξαρτημένο άτομο, προβάλλοντας τις συνδέσεις αυτές πάνω σε πρόσωπα, πράγματα και καταστάσεις του περιβάλλοντός του, έχει τη δυνατότητα να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις και στους κινδύνους, που απορρέουν από την ένταση των συνδέσεων αυτών. Αντικαθιστά δηλαδή τμήματα του ενδοψυχικού του κόσμου με πρόσωπα, πράγματα και καταστάσεις του περιβάλλοντός του.

Ανακαλύπτοντας την τοξική ουσία, το εξαρτώμενο άτομο, έχει βρει τον **τέλειο** αντικαταστάτη του **πρωτοπαθούς αντικειμένου αγάπης**. Τέλειο με την έννοια ότι είναι σε θέση να ελέγξει, να επαναλάβει –ανάλογα με τις επιθυμίες του– την ικανοποίησή του, να το **ενοσωματώσει** και γενικά να εκπληρώσει κάθε του ενόρμηση χωρίς την απειλή της **εξαφάνισης** του αντικειμένου.

Ακόμα και στην περίπτωση που η ενοσωμάτωση της τοξικής ουσίας είναι συνδεδεμένη με αμφιθυμικά συναισθήματα, απειλεί οπωσδήποτε λιγότερο την ύπαρξη του ΕΓΩ, του εξαρτώμενου ατόμου, που έτσι δεν είναι υποχρεωμένο να αναζητήσει την εκπλήρωση των επιθυμιών του μέσα από τη σχέση με ένα άλλο ανθρώπινο αντικείμενο αγάπης, που σε τελευταία ανάλυση πολύ πιο δύσκολα **ελέγχεται** απ' ό,τι η τοξική ουσία.

Η σχέση δηλαδή με την τοξική ουσία επιτρέπει στο εξαρτημένο άτομο τη βίωση μιας εύκολης και ελεγχόμενης ικανοποίησης, που αλλιώς θα έπρεπε να αναζητηθεί σε μια διανθρώπινη και οπωσδήποτε πολυπλοκότερη σχέση.

Η τοξική ουσία **μετουσιώνεται** και παίρνει ανθρώπινες ιδιότητες, αποκτά την ικανότητα να εκπληρώνει και να αντικαθιστά ψυχικές λειτουργίες "**προστατεύει**" από τα επικίνδυνα

εσωτερικά ερεθίσματα, “μειώνει” το άγχος και το φόβο, “ενισχύει” την αυτοπεποίθηση. Αναλαμβάνει, θα λέγαμε, συμβολικά, και αντικαθιστά τη λειτουργία του **πρωτοπαθούς αντικειμένου αγάπης**.

Στην αποφυγή βίωσης δυσάρεστων συναισθημάτων (*ενοχής, πόνου κ.τ.λ.*) συντείνει και η εξωτερίκευση του ΥΠΕΡΕΓΩ. Δεν είναι πια η **εσωτερική φωνή της συνείδησης** (*Freud*) που προκαλεί τα συναισθήματα αυτά, αλλά αντικείμενα, πρόσωπα και καταστάσεις του περιβάλλοντος.

Μέσα από όλη αυτή τη διαδικασία παραγνώρισης και εξωτερίκευσης όλων αυτών των στοιχείων της προσωπικότητας, πτωχεί το ΕΓΩ σε πηγές ενέργειας, απαραίτητες για να τα βγάλει πέρα με την πραγματικότητα. Η μακροχρόνια προσπάθεια αντικατάστασης των πηγών αυτών με τη χρήση της τοξικής ουσίας συντείνει στην περαιτέρω εξασθένηση του ΕΓΩ.

Στην περίπτωση, δηλαδή, της εξαρτημένης συμπεριφοράς παρατηρούμε μια παλινδρόμηση του ΕΓΩ σε φάσεις που αυτό ταυτίζεται κυρίως με το ΠΡΟΕΓΩ, ενώ το ΥΠΕΡΕΓΩ μεταφέρεται και προβάλλεται στο περιβάλλον. Ταύτιση όμως του ΕΓΩ με το ΠΡΟΕΓΩ σημαίνει λειτουργία με την “*αρχή της ηδονής*”, προσπάθεια βίωσης ευχάριστων και ταυτόχρονα αποφυγής δυσάρεστων εμπειριών. Σύμφωνα με τη θεώρηση αυτή, η εξάρτηση από την τοξική ουσία δεν είναι αποτέλεσμα της απλής επιθυμίας για μια ευχάριστη εμπειρία, ενός ισορροπημένου ενδοψυχικά ατόμου αλλά προσπάθεια μείωσης – αυτοθεραπεία θα λέγαμε – εντονότατων ενδοψυχικών συγκρούσεων, που απειλούν την ύπαρξη αυτού του ίδιου του ατόμου. Παρατηρούμε, λοιπόν, από ψυχοδυναμική άποψη, τόσο στις περιπτώσεις καταθλιπτικών διαταραχών όσο και στις περιπτώσεις εξαρτημένων προσωπικοτήτων, ορισμένα κοινά σημεία που έχουν να κάνουν με τη στοματική φάση της ψυχολογικής εξέλιξης. Τα κοινά αυτά σημεία αφορούν, μεταξύ άλλων, την ανωριμότητα του ΕΓΩ να αντέξει τις δυσάρεστες γι’ αυτό απαιτήσεις της ζωής και την εξάρτησή του από τη φροντίδα, αποδοχή, αναγνώριση και αγάπη του περιβάλλοντός του. Μία κατάσταση που αποτελεί παλινδρόμηση στην στοματική-συμβιωτική σχέση με το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης στις πλέον πρώιμες μορφές της.

Το ΥΠΕΡΕΓΩ είναι επίσης και στις δύο περιπτώσεις υπερβολικά αυστηρό, ενώ στους εξαρτημένους ενισχύεται και από ένα υπερτροφικό **Ιδανικό-ΕΓΩ**, που μπορεί να προέρχεται από την πρώιμη εξιδανίκευση και ταύτιση με το πρωτοπαθές αντικείμενο αγάπης, στο βαθμό που αυτό του ικανοποιεί τις ενορμητικές του ανάγκες. Ακόμα, πολύ συχνά, η χρήση τοξικών ψυχοτρόπων ουσιών γίνεται για να αμυνθούν οι χρήστες απέναντι σε συναισθήματα κατάθλιψης, δυσφορίας ή απογοήτευσης. Οι ιδιότητες των ουσιών αυτών να “*ισορροπούν*” την πτώση του θυμικού, να δίνουν στο χρήστη ένα αίσθημα “*αιγουριάς*” και “*αυτοπεποίθησης*”, να “*διευκολύνουν*” την επικοινωνία του με το άλλο φύλο. Όλα τα παραπάνω κάνουν τις ουσίες αυτές τόσο ελκυστικές σε ανώριμες προσωπικότητες, οι οποίες δεν μπορούν να επιτύχουν όλα αυτά με τις δυνατότητες του ψυχισμού τους.

Παρόλα τα κοινά ψυχοδυναμικά στοιχεία που βρίσκουμε στη δημιουργία καταθλιπτικών διαταραχών και ανάπτυξης εξαρτημένης συμπεριφοράς, δεν σημαίνει ότι κάθε καταθλιπτι-

κός είναι και ένας δυναμικός εξαρτημένος ή ότι καταθλιπτικές προσωπικότητες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν εξάρτηση από τοξικές ουσίες· ίσως μάλιστα να ισχύει και το αντίθετο. Αυτό οφείλεται σε ορισμένες καταθλιπτικές διαφορές ανάμεσα στις καταθλιπτικές διαταραχές και τις εξαρτήσεις.

Ο εξαρτημένος αναζητά την ικανοποίηση μέσα από τη χρήση κάποιας τοξικής, για το σώμα και τον ψυχισμό του, ουσίας. Ο καταθλιπτικός μπορεί να εξαρτάται από τις αποδείξεις αγάπης του άλλου ή του περιβάλλοντός του αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι κάθε αμφιθυμική συναισθηματική σχέση είναι οπωσδήποτε καταστροφική για τον ψυχισμό ενός ατόμου. Ακόμα και στις περιπτώσεις που λείπουν οι ατομικές δυνατότητες καταξίωσης και αποδοχής του εαυτού τους, οι καταθλιπτικοί χρησιμοποιούν φυσιολογικά μέσα για την αναπλήρωσή τους, όπως σχέσεις με άλλα πρόσωπα ή αντικείμενα του περιβάλλοντος που τους δίνουν ικανοποίηση. Δεν χρειάζονται, δηλαδή, την τοξική ουσία για να “ξεφύγουν”. Το συχνά υπερτροφικό Ιδανικό-ΕΓΩ πολλών καταθλιπτικών, λειτουργεί θετικά γι’ αυτούς, προσανατολίζοντάς τους σε δημιουργικές ασχολίες, έτσι ώστε να συμπλιωθεί με το ΕΓΩ του. Ο δημιουργικός αυτός προσανατολισμός του, κάτω από τις απαιτήσεις του Ιδανικού-ΕΓΩ, σε συνδυασμό με την ανάγκη για προσαρμογή στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, κάνει πολλούς καταθλιπτικούς ιδιαίτερα παραγωγικούς και παραδείγματα κοινωνικής μίμησης. Ακόμη, η παρορμητική γενετική ανάγκη παραμένει, στους καταθλιπτικούς, στην σεξουαλική της έκφραση. Η συμπεριφορά των εξαρτημένων χαρακτηρίζεται από μία περισσότερο έντονη παλινδρόμηση και συχνά οι φυσιολογικές σεξουαλικές σχέσεις δεν έχουν καμμία σημασία γι αυτούς..

Τέλος, μία σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ανάγκη των καταθλιπτικών για αγάπη και τη χρήση μίας τοξικής ουσίας, σε αναπλήρωση της ανάγκης αυτής, βρίσκεται και στις δευτερογενείς επιπτώσεις της χρήσης τοξικών ουσιών. Το ΕΓΩ και οι λειτουργίες του, που ούτως ή άλλως στους εξαρτημένους δεν είναι σε θέση να τα βγάλει πέρα με την πραγματικότητα, αποδυναμώνεται σταδιακά σε βαθμό ανάλογο με τη χρήση της ουσίας. Ο παράγοντας αυτός έχει ιδιαίτερη σημασία για τους έφηβους χρήστες, που με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών για τη λύση των προβλημάτων τους, εμποδίζουν καθοριστικά τη διαδικασία ωρίμανσης της προσωπικότητάς τους. Στην περίπτωση των καταθλιπτικών ατόμων, οι οποιεσδήποτε προσπάθειες αντιμετώπισης της κατάθλιψης μέσα από συμβιωτικές σχέσεις ή τη σεξουαλικότητα δεν έχει τέτοιου είδους επιπτώσεις στον ψυχισμό τους. Τελειώνοντας, θα πρέπει να διευκρινισθεί ότι η ψυχαναλυτική ερμηνεία της εξαρτημένης συμπεριφοράς, μέσα από τη σχέση της με τη στοματική φάση της ψυχολογικής εξέλιξης και τα κοινά στοιχεία της με τις καταθλιπτικές διαταραχές, αφορά εξαρτημένα άτομα των οποίων η προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από αυτό που ονομάζουμε **πρωτοπαθή διαταραχή**.

Φυσικά ο δρόμος προς την εξάρτηση δεν περνά μόνο μέσα από την διαταραχή αυτή. Η μίμηση ανάλογων προτύπων, η αλλαγή στα ήθη και τις συνήθειες, η “καταπίεση” της ομάδας και η αδυναμία μας να αισθανόμαστε έξω από αυτές, η συμβολοποίηση των τοξικών

ουσιών και ένα πλήθος άλλων παραγόντων μπορούν να λειτουργήσουν ελκυστικά για οποιαδήποτε μορφή προσωπικότητας, τουλάχιστον για τη συμμετοχή στη χρήση. Από εκεί και πέρα, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες, αλλά οπωσδήποτε και η εθιστική δύναμη των διαφόρων ουσιών θα διατηρήσει τη χρήση, που μετά από κάποιο χρονικό διάστημα θα οδηγήσει κάποιους στην κατάχρηση, τον εθισμό και στην εξάρτηση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το πρόβλημα της εξαρτημένης συμπεριφοράς είναι πολυαιτιολογικό και πολυδιάστατο. Η ψυχαναλυτική θεωρία των νευρώσεων μας παρέχει σημαντικά στοιχεία για την ερμηνεία της συμπεριφοράς εξαρτημένων ατόμων, η προσωπικότητα των οποίων χαρακτηρίζεται από αυτό που ονομάζουμε πρωτοπαθή διαταραχή. Στην ερμηνεία αυτή της εξαρτημένης συμπεριφοράς ιδιαίτερη σημασία έχει η στοματική φάση της ψυχολογικής εξέλιξης, όπου θρίσκοι και οι ρίζες των καταθλιπτικών διαταραχών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. ASSFALG R., *Analytisch orientierte Gruppentherapie in einer Fachklinik für Alkohol Kranke*, Verlag, Nicol, Kassel 1980.
2. BARSCH W., *Jugendliche und Alkohol*, Hamburg 1976.
3. BATTEGAY R., *Sucht und Depression. Wege und Irrwege des Problemsuchtverhaltens. Sucht und Psyche*, Labertus, Verlag, Freiburg 1981.
4. BATTEGAY R., *Die Gruppe als Ort des Haltas in der Behandlung Suchtiger* (1966) in: «Drogenabhängigkeit, Therapie und Rehabilitation», Herausgegeben von Eberhard Biniek, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1978.
5. BATTEGAY R.L.D., *Therapeutische Gruppenarbeit in der stationären Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger*, Vandentioeck and Ruprecht, Urlg, 1970.
6. BATTEGAY R., BENEDETTI, G., RAUCHFLEIGH, U., *Grundlagen und Methoden der Sozialpsychiatrie*, Vandenhoeck and Ruprecht, Verlag 1977.
7. BAUER, M., *Psychiatrie-Psychosomatik Psychotherapie*, Thieme Verlag, 1980.
8. BRAKTIGAM W., *Reaktionen-Neurosen Abnorme Persönlichkeiten*, Thieme Verlag, 1978.
9. BRENNER, Ch., *Grundzüge der Psychoanalyse*, Fischer, Verlag, Frankfurt 1970.
10. FEUERLEIN W., *Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit*, Thieme Verlag, Stuttgart 1908.
11. FREUD S., *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse Studiena-*

- usgabe, Band I-IV, Fischer, Verlag.
12. FREUD A., *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Geist und Psyche, Verlag 1980.
 13. HEIGL-EVERS A., *Die Spiegelung einer Patientengruppe durch HERING A, eine Therapeutengruppe, «Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik»*, v. 4 (179), 1970.
 14. HEIGL-EVERS A., *Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken*, Nicol-Verlag, Kassel 1977.
 15. LINDEN M., *Depressive Erkrankungen,» Themen der Medizin»*, v. 3, Wander 1981.
 16. HUTSCHENREUTER U, *Stationäre Gruppentherapie in der Entwöhnung Suchtkranker*, Sonderdruck-Georg-Thieme Verlag, Stuttgart and New York 1981.
 17. JACOBSON E., *The self and the Object World*, New York University Press, New York 1964.
 18. KEUP W., *Folgen der Sucht*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 1980.
 19. KEUP W., *Die Psychopathologie jugendlicher Drogenabhängiger. Ansätze zur Therapie*, In «Drogen und Rauschmittelmißbranch», Hamm 1972.
 20. KEUP W., *Nachreifung als Therapieziel bei jugendlichen Drogenabhängigen*, Nicol, Verlag, , Kassel 1973.
 21. KLEIN M., *Η ψυχανάλυση των παιδιών*, Εκδόσεις Πύλη, Αθήνα 1977.
 22. KRYSZTAŁ H. und AH. RASKIN *Drug Dependence-Aspects of Ego Funktion*, - Wayne State University Press, Detroit 1970.
 23. McCLAIN C., *Versuch einer Gruppenpsychotherapie mit Drogensuchtigen (1951) in: Drogenabhängigkeit- Therapie und Rehabilitation*, Eberhard Biniek, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1978.
 24. MERKEL C. M., *Gruppendynamische Konvergenztherapie bei Alkohol-kranken*, Verlag Fur Medizinische Psychologie, in Verlag Vandenhoeck bei Rupprecht in Gottingen, 1976.
 25. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ. Ε., *Εξαρτήσεις στην ζωή μας*, Ιατρ. Εκδόσεις Αργυρού, Αθήνα 1991
 26. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ. Ε., *Ψυχιατρική*, Ιατρ. Εκδόσεις Αργυρού, Αθήνα 1991.
 27. PETZOLD H., *Drogentherapie-Methoden*, Nicol, Verlag, Kassel 1981.
 28. PIAGET J., *Die Psychologie des Kindes*, Fischer Verlag, Hamburg 1979.
 29. RAFAELSEN O., *Depression-Melancolie-Manie*, Thieme Verlag, 1982.
 30. ROTH D., *Modelle der Drogentherapie- Theorien-und Praxisberichte*, Pointpress, Verlag 1977.
 31. WIECK H.H., *Larvierte Depression* , Schattaner Verlag, Stuttgart 1975.

2. ΕΦΗΒΟΣ, ΓΟΝΕΑΣ, ΟΜΗΛΙΚΟΣ ΧΡΗΣΗ, ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ, ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Χείλαρη Ελεάννα

Ψυχολόγος της Εκπαίδευσης Dip.Ed., M.A.

Η τρέχουσα έρευνα της αιτιολογίας: Κοινωνικές επιδράσεις στη χρήση τοξικών ουσιών από τους έφηβους

Στο κεφάλαιο αυτό συζητούνται ορισμένες από τις καθοριστικές επιδράσεις στη χρήση τοξικών ουσιών, όπως η επίδραση της οικογένειας, των γονέων και των συνομήλικων. Οι θεωρίες περί αιτιολογίας προσπαθούν να προβλέψουν ποιοί παράγοντες στο περιβάλλον του νέου ή ποιά χαρακτηριστικά της ψυχοσύνθεσής του τον προδιαθέτουν να κάνει χρήση τοξικών ουσιών.

(Α) Ενδεικτικά, αναφέρονται δύο τύποι θεωριών για τη χρήση τοξικών ουσιών από τους νέους:

(ι) Θεωρίες που εστιάζονται στη δράση των τοξικών ουσιών, και οι οποίες θεωρούν ότι η χρήση τοξικών ουσιών προέρχεται από τα χαρακτηριστικά της δράσης τους

(ιι) Θεωρίες που εστιάζονται στις κοινωνικές και ψυχολογικές αιτίες της χρήσης τοξικών ουσιών (Oetting & Beauvais 1987).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική θεωρία είναι: δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, κοινωνικοοικονομική τάξη, επαγγελματική απασχόληση, εκπαίδευση, τόπος κατοικίας) και γενικές διεργασίες όπως η κοινωνικοποίηση και η διαμόρφωση κοινωνικών προτύπων (Lukoff, 1980 παρατίθεται στον Oetting, 1987).

Συνοπτικά, μέσα στο θεωρητικό πλαίσιο της κοινωνικής θεωρίας, υποστηρίζεται ότι το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο παρατηρείται συχνά η χρήση τοξικών ουσιών, είναι αυτό της παραπρωματικότητας και της εγκληματικής συμπεριφοράς.

Σήμερα, αυτό το πλαίσιο έχει διευρυνθεί σημαντικά και δεν εντοπίζεται μόνο στους

πληθυσμούς των γκέτο ή στις πληθυσμιακές ομάδες χαμηλών κοινωνικο-οικονομικών τάξεων με περιορισμένες εκπαιδευτικές ευκαιρίες (Oetting, 1987).

Η άλλη τάση των μελετών, που συνδέει τη χρήση τοξικών ουσιών με την παραπτωματοκτικότητα και την εγκληματική συμπεριφορά, δεν ισχύει πλέον στην απόλυτη μορφή της, γιατί πολλοί νέοι που δεν είναι εγκληματίες, κάνουν χρήση τοξικών ουσιών, ιδιαίτερα χασίς. Η συσχέτιση δεν είναι τόσο σαφής, δεδομένου ότι η χρήση τοξικών ουσιών είναι πολύ διαδεδομένη (Oetting, 1987). Ως αποτέλεσμα, οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες είναι πιο αντιπροσωπευτικές και εξετάζουν ευρύτερα το συγκεκριμένο φαινόμενο.

Ψυχοκοινωνικές θεωρίες

1. Η “επιρρεπής προς στα προβλήματα” συμπεριφορά, κατά τον Jessor είναι μία από τις πιο σημαντικές θεωρίες που διαμορφώθηκαν από τις πρόσφατες μελέτες της χρήσης τοξικών ουσιών. Το θεωρητικό αυτό πλαίσιο περιλαμβάνει το περιβάλλον του ατόμου, τη συμπεριφορά του. Η δυναμική αυτή συνθήκη αποκαλείται *επιρρέπεια* στην προβληματική συμπεριφορά. Το πλεονέκτημα αυτής της θεωρίας είναι ότι διαφορετικές μορφές χρήσης τοξικών ουσιών και παρέκκλισης μετρούνται σε πολλά και διαφορετικά κοινωνικά περιβάλλοντα και προσωπικά χαρακτηριστικά (Donovan & Jessor 1978, Jessor & Jessor, 1977, παρατίθεται στον Oetting, 1987). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, όσο μεγαλύτερη είναι η εμπλοκή με τις τοξικές ουσίες, τόσο μεγαλύτερο και το επίπεδο της παρέκκλισης.

2. Ο Kandel (1982) υποστήριξε ότι οι διάφοροι τρόποι χρήσης τοξικών ουσιών σε διαφορετικά εξελικτικά στάδια, έχουν διαφορετική αιτιολογία (Hawkins, 1985). Επιπλέον, οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι, πιθανότα, η περιστασιακή χρήση τοξικών ουσιών από τους περισσότερους έφηβους, διαφέρει από την κατάχρηση. Η κατάχρηση θεωρείται ότι συνδέεται με κάποιο σύνδρομο παρέκκλισης ή με αντικοινωνική προσωπικότητα (παρατίθεται στον Hawkins, 1985).

3. Είναι επίσης σημαντικό να κάνουμε τη διάκριση ανάμεσα στις συμπεριφορές αρχικής μύησης, περιστασιακής και τακτικής χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών (Hawkins, 1985). Όπως υποστηρίζει ο Hawkins, κάθε μία από τις συμπεριφορές αυτές μπορεί να προβλεφθεί με διαφορετικές αιτιολογικές διαδικασίες.

Συγκεκριμένα, η μύηση στη χρήση τοξικών ουσιών αναφέρεται στην πρώτη φορά που το άτομο δοκιμάζει τοξικές ουσίες. Η περιστασιακή χρήση αναφέρεται στη χρήση που η συχνότητά της δεν ξεπερνά μια συγκεκριμένη περίοδο. Η τακτική χρήση αναφέρεται σε χρήση που ξεπερνά μια ενδεδειγμένη συχνότητα για περίοδο μεγαλύτερη από την προκαθορισμένη.

4. Οι πρόσφατες μελέτες της χρήσης και κατάχρησης τοξικών ουσιών από τους έφηβους, άρχισαν να εστιάζονται σε πολυπαραγοντικά μοντέλα χρήσης τοξικών ουσιών, για να προσδιορίσουν τα σχήματα χρήσης και την αλληλεπίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Διαφορετικοί κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες προβλέπουν διαφορετικά επίπεδα

χρήσης των τοξικών ουσιών (Marlatt, 1988).

5. Πιό πρόσφατα, παρουσιάστηκε μια άλλη ταξινόμηση της χρήσης τοξικών ουσιών (Ingersoll, 1989). Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή, οι νέοι περνούν από φάσεις στη χρήση τοξικών ουσιών:

(α) Μαθαίνοντας την Αλλαγή της Διάθεσης και,

(β) Αναζητώντας την Αλλαγή της Διάθεσης.

Η πρώτη αναφέρεται στο συνδυασμό των εξωτερικών πιέσεων και της προσωπικής περιέργειας και στις αλλαγές της διάθεσης που προκαλούν οι τοξικές ουσίες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν το νέο να κάνει χρήση τοξικών ουσιών. Στο επίπεδο αυτό, γίνεται, όλο και πιο συχνά, χρήση πολλαπλών ουσιών.

Η δεύτερη αναφέρεται στη χρήση πολλών και διαφορετικών ουσιών από τον έφηβο, τις οποίες μπορεί, κάποια δεδομένη στιγμή, και να αναμίξει. Η αυξανόμενη ανάγκη να βιώσει τις αλλαγές της διάθεσης, αντιπροσωπεύει τα πρώτα στάδια του ψυχολογικού εθισμού.

(γ) Ενασχόληση με τις Αλλαγές της Διάθεσης.

Όλοι σχεδόν οι συγγραφείς συμφωνούν ότι αυτό το επίπεδο της εμπλοκής με τις τοξικές ουσίες υποδηλώνει κατάχρηση. Η χρήση έχει ξεπεράσει πια τα όρια της αναψυχής και του ψυχολογικού εθισμού. Εδώ, μπορεί να βρεθούν και τα πρώτα στάδια του οργανικού εθισμού.

(δ) Ναρκωτικά “για να νοιώθεις εντάξει”.

Ο χρήστης κάνει χρήση τοξικών ουσιών για να αποφύγει τη δυσφορία και τον πόνο της αποστέφησης. Όταν δεν διατηρούνται σταθερά τα επίπεδα της χημικής ουσίας στο σύστημα του εθισμένου ατόμου, προκαλείται πόνος και ασθένεια. Τα ναρκωτικά είναι πια ανάγκη επιβίωσης. Τα επίπεδα ανοχής στις διάφορες ουσίες είναι υψηλά και δεν είναι δυνατόν να επιτευχθούν πια οι καταστάσεις αλλαγμένης διάθεσης που συνδέονται με την αρχική κατάχρηση (Ingersoll, 1989).

Γονεϊκή επίδραση

Ο Hawkins (1986) παρουσιάζει στοιχεία που δείχνουν ότι η χρήση τοξικών ουσιών έχει τις ρίζες της στην οικογένεια. Η χρήση των τοξικών ουσιών από τους γονείς συνδέεται με τη μύηση των εφήβων στη χρήση τους (Kandel, Kessler & Margulies, 1987 Mc Dermott, 1984 Johnson, Schout & Locke, 1984 παρατίθενται στο Hawkins, 1986). Οι Bushing και Bromley (1987) και οι Lawrence και Veleman (1984) βρήκαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κατάχρηση τοξικών ουσιών από τους εφήβους και στην κατάχρηση, νομίμων κυρίως, οινοπνευματοδών και παράνομων τοξικών ουσιών από τους γονείς (παρατίθενται στον Hawkins, 1986).

Εξετάστηκε η σπουδαιότητα, που έχουν οι διάφορες οικογενειακές και ατομικές μεταβλητές για τη μελλοντική κατανάλωση τοξικών ουσιών (Maihorta, 1988). Εγινε σύγκριση στη συχνότητα παρουσίας των διαφόρων παραγόντων κινδύνου μεταξύ ομάδας χρηστών

και ομάδας μη χρηστών. Με βάση αυτή τη σύγκριση, προσδιορίστηκε η σχετική σπουδαιότητα του κάθε παράγοντα κινδύνου για εθισμό σε συγκεκριμένη τοξική ουσία.

Σε σύγκριση με τους μη χρήστες:

α) λιγότεροι χρήστες προέρχονται από οικογένειες όπου και οι δύο γονείς μένουν στο σπίτι με τα παιδιά τους.

β) περισσότεροι χρήστες έχουν εργαζόμενες μητέρες.

γ) οι νέοι χρήστες αναφέρουν πιο συχνά, ότι η ατμόσφαιρα στο σπίτι, με τους γονείς τους, είναι τεταμένη και διόλου φιλική.

Υποστηρίχθηκε ότι η οικογενειακή ζωή των νέων που καταναλώνουν τοξικές ουσίες χαρακτηρίζεται από συγκρούσεις και προβλήματα, που μπορεί να είναι αποτέλεσμα της δικής τους κατανάλωσης τοξικών ουσιών (Mallhorta, 1989). Η δήλωση αυτή, όμως, εύκολα αντικρούεται, δεδομένου ότι πολλοί γονείς μπορεί να μην έχουν αντιληφθεί ότι τα παιδιά τους κάνουν χρήση τοξικών ουσιών και, επίσης, ότι πολλοί νέοι έχουν ζήσει σε τεταμένη οικογενειακή ατμόσφαιρα πριν την έναρξη της χρήσης.

Παρ' όλα αυτά, η γονεϊκή εμπλοκή στη χρήση τοξικών ουσιών είναι ένας επιπλέον παράγοντας. Ο Johnson (1984) δρήκε ότι η χρήση μαριχουάνας εκ μέρους των γονέων συνδέεται στενά με τη χρήση άλλων παράνομων τοξικών ουσιών (συμπεριλαμβανομένης της κοκαΐνης και των βαρβιτουρικών) εκ μέρους των έφηβων (παρατίθεται στον Hawkins, 1986).

Μια σύγκριση των ευρημάτων ερευνών, από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 έως τις αρχές της δεκαετίας του 1980, σε έφηβους και νέους ενήλικες, έδειξε ότι υπάρχει ένα σχετικά σταθερό σχήμα ψυχοκοινωνικών συσχετίσεων, μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, το οποίο δεν άλλαξε σημαντικά, ούτε με το πέρασμα του χρόνου ούτε με το πέρασμα από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή (Jessor, 1986). Το σχήμα αυτό συμπεριλαμβάνει, μεταξύ άλλων, υποκειμενική αντίληψη μειωμένου ελέγχου από τους φίλους, μειωμένη συμβατότητα μεταξύ των προσδοκιών των φίλων και των προσδοκιών των γονέων, μεγαλύτερη επιρροή των φίλων από εκείνη των γονέων, μεγαλύτερη αποδοχή της προβληματικής συμπεριφοράς εκ μέρους των φίλων και συχνότερη αναφορά των φίλων ως ερέθισμα μίμησης προβληματικής συμπεριφοράς.

Μια ανασκόπηση (Stanton, 1979) έδειξε ότι:

α. ένα μεγάλο ποσοστό ηρωινομανών έχουν πατέρα αλκοολικό,

β. οι χρήστες της μαριχουάνας συνήθως έχουν πατέρα που κάνει χρήση οιοπνευματωδών και μητέρα που κάνει χρήση καταπραΐντικών, ή γονείς που, και οι δύο, κάνουν αυξημένη χρήση καταπραΐντικών, βαρβιτουρικών και διεγερτικών (παρατίθεται στον Hawkins, 1985).

γ. η χρόνια χρήση τοξικών ουσιών συσχετίζεται συχνά με την αστάθεια και την αρνητική δομή καθώς και αρνητικά σχήματα συμπεριφοράς μέσα στην οικογένεια. Όσο πιο σταθερή και υποστηρικτική είναι η οικογένεια, τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες να δοκιμάσει ο νέος τοξικές ουσίες και, αν τις δοκιμάσει, είναι λιγότερο πιθανό να συνεχίσει τη χρήση τους (Ingersoll, 1989).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι θετικές οικογενειακές σχέσεις, με συναισθηματική εμπολή και στενό δεσμό, αποθαρρύνουν τη μύηση στη χρήση τοξικών (Hawkins, 1985).

Στη διάρκεια εφαρμογής προγράμματος παρέμβασης για την κατάχρηση τοξικών ουσιών (Barrett, 1988) εξετάστηκαν οι παράγοντες που συνδέονται με τη βραχυπρόθεσμη μείωση των προβληματικών συμπεριφορών (χρήση τοξικών ουσιών και οινοπνευματωδών, προβλήματα στο σχολείο και νομικά προβλήματα). Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν, ότι η αύξηση των προβληματικών συμπεριφορών σχετίζεται θετικά με αυξημένη τη χρήση τοξικών ουσιών εκ μέρους των συνομήλικων κατά τη διάρκεια του προγράμματος και θετικά με το επίπεδο της υποστήριξης που παρείχε η οικογένεια κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. Αν και το εύρημα αυτό έχει άμεση σχέση με την παρέμβαση στη χρήση τοξικών ουσιών, η σημασία της οικογενειακής υποστήριξης στην αποχή των έφηβων από τις τοξικές ουσίες είναι εμφανής.

Συμπερασματικά υποστηρίζεται, ότι τα προγράμματα για έφηβους που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών θα πρέπει να δίνουν έμφαση στην ανάπτυξη των σχέσεων με θετικά μοντέλα συνομήλικων και στην οικογενειακή υποστήριξη και να ενθαρρύνουν την απομάκρυνση από παραπρωματικούς φίλους. Τονίστηκε (Ingersoll, 1989) η σημασία της οικογενειακής υποστήριξης και των στενών οικογενειακών σχέσεων ως παράγοντες που αποθαρρύνουν τη χρήση τοξικών ουσιών. Είναι πιο πιθανό να στραφεί ο έφηβος στους συνομήλικούς του για να αναζητήσει τη χαμένη ταυτότητά του, όταν τα οικογενειακά συστήματα υποστήριξης είναι ασταθή και επομένως δεν του την παρέχουν.

Μια άλλη σημαντική πλευρά που μελετήθηκε (Scheitzer, 1989), ήταν ο τρόπος που οι τοξικομανείς βλέπουν τους γονείς τους. Συγκεκριμένα, εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στα συναισθηματικά προβλήματα και σε συγκεκριμένους τρόπους παροχής γονεϊκής φροντίδας. Η κακή επικοινωνία γονέα-παιδιού, οι κακές οικογενειακές σχέσεις στα πρώτα χρόνια της ζωής και ορισμένοι τύποι παροχής γονεϊκής φροντίδας, παίζουν σημαντικό αιτιολογικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχιατρικών διαταραχών (Scheitzer, 1989). Συγκρίθηκε ο τρόπος, που οι νέοι τοξικομανείς έβλεπαν τις σχέσεις τους με τους γονείς τους. Άνδρες και γυναίκες τοξικομανείς έκριναν τους γονείς τους ψυχρούς, αδιάφορους, ελεγκτικούς και παρεμβατικούς (Hawkins, 1985). Υποστηρίχθηκε ότι τα αποτελέσματα αυτά, μαζί με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, δείχνουν ότι οι αντιλήψεις αυτές μπορεί να αποτελούν ενδείξεις ύπαρξης ενός γενικού παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη μεγάλου φάσματος ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών. Μια από αυτές μπορεί να είναι τα υψηλά επίπεδα άγχους και θυμού (Hawkins, 1985).

Αναφέρεται (Prins, 1985) ότι, στον τομέα των οικογενειακών προγνωστικών δεικτών για την κατάχρηση τοξικών ουσιών, οι έρευνες έδειξαν πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στο στρες, την αποδιοργάνωση και την αναταραχή μέσα στην οικογένεια και στην κατάχρηση τοξικών ουσιών από τα παιδιά (παρατίθεται στον Scheitzer, 1989).

Υποστηρίχθηκε (Densen-Gerber, 1973) ότι η κατάχρηση τοξικών ουσιών είναι αντίδρα-

ση στον ψυχολογικό πόνο που προέρχεται από τις οικογενειακές σχέσεις κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής. Η Kandel (1982) καταλήγει στο συμπέρασμα, ότι η υποκειμενική αντίληψη του έφηβου για έλλειψη αρμονικών σχέσεων μεταξύ των γονέων είναι ένας ιδιαίτερα ισχυρός προγνωστικός δείκτης για τη μύηση στη χρήση παράνομων τοξικών ουσιών (εκτός από τη μαριχουάνα). Αυτή η έλλειψη αρμονικών σχέσεων μπορεί να παίζει αποφασιστικό ρόλο στο να οδηγηθεί ο τοξικομανής, ιδιαίτερα στην εφηβεία, να αναζητήσει στενές σχέσεις στην ομάδα των συνομήλικων. Ακόμα, ο έφηβος μπορεί να οδηγηθεί σε σχέσεις έξω από τον οικογενειακό κύκλο, αναζητώντας την αυτονομία μέσω της φυγής από το σπίτι.

Σύμφωνα με μια άποψη (Donovan, 1988), η χρήση της ηρωΐνης αυξάνει σε άτομα χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό μεν, αλλά μετά από εμπειρία στρεσογόνων γεγονότων της ζωής, όπως αποχωρισμός ή διαπροσωπικές δυσκολίες, που μπορεί να προέρχονται από προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι πηγές του στρες φαίνεται, ότι είναι λιγότερο σημαντικές από την υποκειμενική εμπειρία του στρες. Το σημείο αυτό μπορεί να σημαίνει, ότι η συνεχιζόμενη χρήση της ηρωΐνης ίσως να είναι εξαρτημένη αντίδραση στο στρεσογόνο περιβάλλον, και το περιβάλλον της οικογένειας μπορεί κάλλιστα να είναι αυτό που προκαλεί το στρες, όπως είναι φανερό και από την βιβλιογραφία.

Τρεις γονεϊκοί παράγοντες είναι σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες της μύησης στη χρήση τοξικών ουσιών (παρατίθεται στον Hawkins, 1985):

α. Γονεϊκές συμπεριφορές στη χρήση τοξικών ουσιών από τα παιδιά τους (βλέπε επίσης Kim, 1979)

β. Οι στάσεις των γονέων προς τις τοξικές ουσίες

γ. Συναλλαγή γονέα-παιδιού: έλλειψη στενών σχέσεων, έλλειψη εμπλοκής της μητέρας σε δραστηριότητες με τα παιδιά, έλλειψη ή ασταθής γονεϊκή πειθαρχία (Marcer, 1976, Hundieby & Carpenter, 1976, Kander, 1978, Kessler & Magulies, 1978, Kim, 1979, Brooks, Luknoff & Whiteman, 1980, Braucht, Brakarsh, Follingstand & Berry, 1983, Blum, Henry & Sanford, 1972, Baumrind, 1983 Penning & Barnes, 1982).

δ. Χαμηλές προσδοκίες των γονέων από τα παιδιά τους, ως προς την εκπαίδευση.

ε. Υπερβολική εμπλοκή του ενός γονέα, απομάκρυνση ή επιτρεπτικότητα από τον άλλο (Stanton & Todd, 1979 Ziegler-Driscoll, 1979).

Επίσης, υπάρχει μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τον ίδιο συγγραφέα για το θέμα του τρόπου παροχής γονεϊκής φροντίδας. Στους καθοριστικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται (Baunmrid, 1983):

α. Οι οικογένειες συγκεκριμένων τύπων χρηστών είναι συμβατικές, αποδιοργανωμένες και μη κατευθυνόμενες από τον γονέα.

β. Κοινά χαρακτηριστικά των οικογενειών των εφήβων, που κάνουν κατάχρηση τοξικών ουσιών, είναι: αρνητικά σχήματα επικοινωνίας, ασταθής και ασαφής συμπεριφορά και λιγότερο θετικές επικοινωνίες (Gantan, 1978 Norem-Hebeisen et al., 1984)

γ. Οι χρήστες τοξικών ουσιών βλέπουν τον πατέρα τους πιο εχθρικό και πιστεύουν ότι

οι γονείς τους ενδιαφέρονται γι αυτούς λιγότερο και τους απορρίπτουν περισσότερο, σε σύγκριση με τους μη χρήστες.

Τα στοιχεία υπογραμμίζουν τη σημασία των οικογενειακών συναλλαγών, ακόμα κι όταν δεν υπάρχει η διάσταση της χρήσης εκ μέρους των γονέων (Hawkins, 1985). Μια οικογενειακή δομή που προσφέρει ικανοποίηση, ακόμα κι όταν οι γονείς είναι χρήστες, μπορεί να επηρεάσει ελάχιστα μόνο το παιδί προς τη συστηματική χρήση μαριχουάνας (Tec, 1974). Αντίθετα, το οικογενειακό πλαίσιο που δεν προσφέρει ικανοποίηση, συσχετίζεται άμεσα με τη χρήση τοξικών ουσιών, τόσο από τους γονείς όσο και από τα παιδιά τους.

Έχει υποστηριχθεί επίσης, ότι η επιτρεπτική στάση των γονέων προς τη χρήση τοξικών ουσιών, όπως γίνεται αντιληπτή από τους νέους, μπορεί να είναι το ίδιο ή περισσότερο σημαντική για τη χρήση τοξικών ουσιών, ακόμα κι από την ίδια τη χρήση των τοξικών ουσιών εκ μέρους των γονέων (Mc Dermott, 1984, παρατίθεται στον Hawkins, 1985).

Η σταθερότητα αυτών των ευρημάτων ως προς τον σημαντικό ρόλο που παίζει η οικογενειακή διαχείριση, η οικογενειακή επικοινωνία και η διαμόρφωση γονεϊκών προτύπων στη χρήση ουσιών από τα παιδιά, μας οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι οι παράγοντες αυτοί είναι πολύ σημαντικοί στην αιτιολογία της μύησης και κατάχρησης τοξικών ουσιών από τους έφηβους.

Πριν κλείσει αυτή η εξέταση της γονεϊκής επίδρασης, θα πρέπει να αναφερθεί ο όρος “συμπεριφορική γενετική” (Plomin, 1989). Η σπουδαιότητα της κληρονομικότητας και της ανατροφής εμπεριέχονται στον όρο αυτό. Εκτός από τη σημασία της περιβαλλοντικής παραλλαγής, περιέχει μια νέα προοπτική για την εξέταση περιβαλλοντικών επιδράσεων, ιδιαίτερα του οικογενειακού περιβάλλοντος στα πλαίσια της κληρονομικότητας.

Οι ενδείξεις αφορούν στη σπουδαιότητα που έχουν οι γενετικές επιδράσεις στις ατομικές διαφορές κατά την εξέλιξη της συμπεριφοράς, μαζί με μη γενετικούς παράγοντες, υπεύθυνους για περιπλοκές συμπεριφορές όπως η κατάχρηση τοξικών ουσιών.

Η επίδραση των συνομήλικων

Ένας από τους ισχυρότερους προγνωστικούς δείκτες της χρήσης τοξικών ουσιών είναι οι σχέσεις με συνομήλικους που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών. Μεγάλο μέρος των ερευνητικών ευρημάτων υποστηρίζει την ισχυρή επίδραση των συνομήλικων κατά την εφηβεία.

Τα μέσα της επίδρασης των συνομήλικων είναι “η χρησιμοποίηση μοντέλων” και “η κοινωνική μάθηση” (Swadi, 1988). Η Kandel (1985) δρήκε ότι η χρησιμοποίηση των συνομήλικων, ως μοντέλων, είναι πολύ ισχυρή στην περίπτωση χρήσης χασις.

Για να καταλάβουμε την επίδραση των συνομήλικων θα πρέπει πρώτα να καταλάβουμε έναν σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη του έφηβου: τη φίλια. Όπως αναφέρουν οι Swadi και Zeitlin (1988), στις φίλιες υπάρχει “στοιχείο ομοιότητας”. Δηλαδή οι κοινές συνήθειες και στάσεις. Επιπλέον, το “ζευγάρι” μοιράζεται κοινά χαρακτηριστικά, είτε κοινωνικά είτε προσωπικά. Η Kandel (1984-1985) μελέτησε τις δύο διεργασίες που ενέχονται

στην “ομοιότητα”: την **επιλογή**, κατά την οποία οι ομοιότητες είναι παρούσες πριν από τον σχηματισμό της φιλίας, και την **κοινωνικοποίηση**, που πηγάζει από διαπροσωπικές επιδράσεις και αναπτύσσεται μετά τη δημιουργία της σχέσης. Και οι δύο διεργασίες παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στο σχηματισμό της φιλίας.

Όσο για την κατάχρηση τοξικών ουσιών, τα παραπάνω ευρήματα μπορεί να σημαίνουν ότι, εάν οι επιδράσεις των συνομήλικων έχουν θετική κατεύθυνση προς την κατάχρηση ουσιών, τότε μπορεί κάλλιστα να ευνοείται ο πειραματισμός με διάφορες ουσίες.

Ακόμα, οι συνομήλικοι μπορεί να είναι και πηγή πληροφοριών σχετικά με τις τοξικές ουσίες. Βρέθηκε επίσης ότι **οι χρήστες πιστεύουν πολύ πιο εύκολα τις πληροφορίες που παίρνουν από άλλους χρήστες παρά εκείνες που παίρνουν από πρώην χρήστες.**(Sheppard, 1980)

Ως προς τους γονείς, η Kandel (1974) ανέφερε ότι αυτοί σπάνια αναλαμβάνουν τον ρόλο της ενημέρωσης. Επίσης, βρέθηκε ότι οι υπερβολές στη διαφήμιση (κυρίως αλκοόλ και νικοτίνης) και στον εκφοβιστικό, τρομοκρατικό και αναλυτικό τρόπο ενημέρωσης, που έχει τα αντίθετα αποτελέσματα, τελικά ενθαρρύνουν τους έφηβους να κάνουν χρήση ουσιών (Swadi, 1988).

Μια μελέτη σε σχολείο 3.073 μαθητών, ηλικίας 11-16 ετών, είχε ορισμένα ενδιαφέροντα αποτελέσματα ως προς τη σημασία της επίδρασης των συνομήλικων στη χρήση ουσιών (Swadi, 1988). Οι προκαταρκτικές αναλύσεις δείχνουν, ότι το 24% των παιδιών που χρησιμοποιούν διαλυτικές ουσίες ή παράνομες τοξικές ουσίες, ανέφεραν, ότι ο καλύτερός τους φίλος κάνει χρήση τοξικών ουσιών. Επιπλέον, 12% των παιδιών αυτών είπαν, ότι πείστηκαν από τους φίλους τους να πάρουν ναρκωτικά. Συχνά, οι “φίλοι” ενεργούν και ως προμηθευτές. Σ’αυτή τη συγκεκριμένη σχολική μελέτη, 21% ανέφεραν ότι η πηγή τους ήταν αποκλειστικά “φίλοι” ενώ ένα ποσοστό 7% ανέφεραν ότι **και αγόραζαν και προμηθεύονταν από “φίλους”**.

Η θεωρία της “Παρέας των Συνομήλικων” (“Peer Cluster” Theory) παρέχει ένα θεωρητικό πλαίσιο, βασισμένο σε διερευνητική ανάλυση των δεδομένων, και τονίζει, ότι οι σχέσεις των συνομήλικων είναι ο πιο σημαντικός καθοριστικός παράγοντας (Oetting, 1987).

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, όλες οι παράμετροι, όπως η κοινωνικο-οικονομική θέση της οικογένειας, η οικογενειακή δομή, η προσαρμογή στο σχολείο, τα παρεκκλίνοντα μοντέλα ρόλων, η πρόσβαση σε παρεκκλίνουσες ομάδες, η δυνατότητα πρόσβασης σε τοξικές ουσίες, οδηγούν έμμεσα στη χρήση τοξικών ουσιών μέσω της επίδρασής τους στις σχέσεις συνομήλικων. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η “παρέα των συνομήλικων” έχει κεντρικό και διαμεσολαβητικό ρόλο.

Συγκεκριμένα, οι “παρέες συνομήλικων” είναι μικρές ομάδες ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων και των “συμμοριών” των νέων και των δυάδων, όπως είναι οι καλύτεροι φίλοι και τα ζευγάρια. Μέσα σ’αυτές τις παρέες συνομήλικων έχουν εντοπιστεί ορισμένα χαρακτηριστικά όπως:

α. η χρήση τοξικών ουσιών παίζει το ρόλο ταύτισης με την ομάδα και ταυτότητας μέλους σε αυτήν,

β. η παρέα των συνομήλικων έχει στη διάθεσή της τοξικές ουσίες και, μέσα σ'αυτήν, μαθαίνει κανείς πώς να τις χρησιμοποιεί,

γ. οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι στάσεις είναι παρόμοιες, καθώς και οι αποχρώντες λόγοι για τη χρήση τοξικών ουσιών (Oetting, 1987).

Το ερώτημα που προκύπτει από τη θεωρία αυτή είναι: σε ποιο σημείο οι συνομήλικοι γίνονται προγνωστικοί παράγοντες της χρήσης τοξικών ουσιών από τον έφηβο (Hawkins, 1985). Η θεωρία της παρέας των συνομήλικων τονίζει το μεσολαβητικό ρόλο των συνομήλικων στη χρήση τοξικών ουσιών, αλλά στην ανάλυση δεν αναφέρεται η χρονική στιγμή. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να εξετασθεί μόνο με τη βοήθεια διαχρονικών μελετών που θα ερευνήσουν τις σχέσεις συνομήλικων στην παιδική ηλικία και θα τις παρακολουθήσουν διαχρονικά μέχρι την εφηβεία.

Οι Coie και Dodge (1983) άρχισαν να εστιάζουν στις σχέσεις συνομήλικων της προεφηβικής ηλικίας, ως πιθανών προγνωστικών δεικτών της μύησης στις τοξικές ουσίες ή της κατάχρησής τους (παρατίθεται στον Hawkins, 1985).

Μια περιλήψη των ευρημάτων πρόσφατων ερευνών (Ingersoll, 1989) έδειξε, ότι οι φοιτητές είναι πιθανότερο να κάνουν χρήση τοξικών ουσιών, όταν βλέπουν τους συνομήλικους τους να κάνουν χρήση. Η έγκριση και η υποστήριξη των συνομήλικων είναι σημαντική, τόσο για την αρχική όσο και για συνεχιζόμενη χρήση τοξικών ουσιών.

Η Kandel (1978) βρήκε, ότι η συμπεριφορά προς τις τοξικές ουσίες και οι στάσεις που σχετίζονται με αυτές, είναι οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες της εμπλοκής με τις τοξικές ουσίες, ιδιαίτερα για τη μύηση στη χρήση της μαριχουάνας (παρατίθεται στον Hawkins, 1985). Το κοινωνικό πλαίσιο απεδείχθη ισχυρός ενισχυτής, που αυξάνει την προδιάθεση για χρήση.

Το μοντέλο της Kandel είναι μια θεωρία διαδοχικής εμπλοκής με τις τοξικές ουσίες, που προσδιορίζει τους συγκεκριμένους για κάθε στάδιο προγνωστικούς δείκτες της μύησης στη χρήση διαφόρων τοξικών ουσιών (Halebsky, 1987). Εντοπίζονται συγκεκριμένα εξελικτικά στάδια στην εμπλοκή του έφηβου με τις τοξικές ουσίες, δύο από τις οποίες είναι η μαριχουάνα και "άλλες" παράνομες τοξικές ουσίες.

Στη μελέτη της Kandel (1984-1985) εντοπίστηκε, ότι το κλειδί είναι η επίδραση των συνομήλικων και όχι η επίδραση των γονέων. Ιδιαίτερα κατά τη φάση της συστηματικής χρήσης η επίδραση των άλλων συνομήλικων ήταν το κυρίαρχο μέσο κοινωνικής επιρροής. Επιπλέον, στην ίδια μελέτη τονίστηκε ότι η χρήση τοξικών ουσιών από τα αδέρφια είναι ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας από εκείνο των γονέων (παρατίθεται στον Halebsky, 1987).

Οι Huba, Wingard και Bentler (1987) παρατήρησαν, ότι στο στάδιο της χρήσης παράνομων τοξικών ουσιών υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς χρήσης από τον

έφηβο και της ταυτόχρονης χρήσης τοξικών ουσιών από τους φίλους του (παρατίθεται στην Kandel, 1985). Επιπλέον, η Kandel (1985) δρήκε, ότι, καθώς αυξάνεται η χρήση της μαριχουάνας που κάνει ο έφηβος, ταυτοχρόνως αυξάνεται και η χρήση άλλων παράνομων τοξικών ουσιών.

Συνοπτικά, τα ευρήματα υποστηρίζουν την άποψη ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη χρήση τοξικών ουσιών από τον έφηβο και στη χρήση από τους συνομήλικούς του. Επιπλέον, τα ευρήματα άρχισαν να αποσαφηνίζουν την επίδραση των συνομήλικων σε σχέση με τη μύηση στη χρήση των τοξικών ουσιών.

Η αρνητική επίδραση της ομάδας συνομήλικων αυξάνεται καθώς μειώνεται η θετική γονεϊκή επίδραση. Έτσι, μπορούμε να συμπεράνουμε, ότι, σε τομείς όπως η χρήση τοξικών ουσιών που αφορούν στην καθημερινή ζωή, οι συνομήλικοι έχουν μεγαλύτερη επιρροή από τους γονείς, ενώ μεγαλύτερη είναι η επιρροή των γονέων σε τομείς όπως οι ακαδημαϊκές φιλοδοξίες που αφορούν σε βασικές αξίες (Hawkins, 1985).

Όπως υποστηρίζει ο Jessor και οι συνεργάτες του (1978-1980), οι νέοι που κάνουν συχνή χρήση μαριχουάνας, είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στους φίλους παρά στους γονείς κι έτσι, έχουν μεγαλύτερη υποστήριξη στη χρήση τοξικών ουσιών και περισσότερα πρότυπα προς μίμηση. Ακόμα βρέθηκε ότι η υποκειμενική αντίληψη των περιβαλλοντικών προγνωστικών δεικτών είναι πολύ σημαντικότερη από τους παράγοντες της προσωπικότητας στη χρήση τοξικών ουσιών (παρατίθεται στον Hawkins, 1985).

Οι Penning και Barnes (1982) έδειξαν ότι η χρήση της μαριχουάνας από το χρήστη και η χρήση της από τους στενότερους φίλους του είναι στενά συνδεδεμένες (παρατίθεται στον Hawkins, 1985). Σε μια διαχρονική μελέτη, οι Elliot, Huizinga και Ageton (1982) δρήκαν ότι οι αρνητικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια και το σχολείο επηρεάζουν έμμεσα τη χρήση τοξικών ουσιών, γιατί εξωθούν τους έφηβους προς τους συνομήλικους τους. Αυτό ενισχύει τη θεωρία της παρέας των συνομήλικων που αναφέραμε πιο πριν (παρατίθεται στον Hawkins, 1985). Το παραπάνω σημείο υποστηρίζεται επίσης από την Kandel (1978, 1987).

Φαίνεται ότι υπάρχει μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στη χρονική στιγμή αρχικής μύησης στη χρήση, τη διαδοχή των εμπειριών του έφηβου μέσα στο κοινωνικό του πλαίσιο και τη δύναμη της επίδρασης των συνομήλικων στη χρήση τοξικών ουσιών. Όπως υπέδειξαν διάφοροι συγγραφείς (Kandel et al., 1987, 1978, Elliott et al., 1982), η ουσία των δεσμών του νεαρού ατόμου με το σχολείο και την οικογένεια θα παίξει πιθανότατα καθοριστικό ρόλο στην επιλογή των συντρόφων του κατά την εφηβεία.

Σε αντίθεση με τα στοιχεία που υποδεικνύουν ότι η επίδραση των συνομήλικων είναι ισχυρότερη από την επίδραση της οικογένειας στη χρήση και κατάχρηση ουσιών, βρέθηκε (Foster, 1984, 1985) ότι η πρώτη πηγή επίδρασης για τη χρήση της μαριχουάνας και άλλων ουσιών ήταν οι γονείς, ενώ η επίδραση των συνομήλικων έρχεται δεύτερη (παρατίθεται στον Hawkins, 1985).

Οι Binion, Miller, Beauvais και Oetting (1988) εξέτασαν τους λόγους, τους οποίους

επικαλούνται για τη χρήση οιοπνευματωδών, μαριχουάνας και άλλων τοξικών ουσιών Αμερικάνοι και μετανάστες μαθητές της προτελευταίας τάξης του γυμνασίου. Οι περισσότεροι είπαν ότι κάνουν χρήση τοξικών ουσιών για να επιτύχουν θετικές συναισθηματικές καταστάσεις, για να διασκεδάσουν στα πάρτυ, για να είναι με φίλους, για να χαλαρώσουν και να μπορούν να αντιμετωπίσουν αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως οι έγνοιες και η νευρική κατάσταση. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι υπάρχει ψυχολογική εξαρτημένη μάθηση (conditional learning) προς τις τοξικές ουσίες.

Οι Hubbard, Browlee και Anderson (1988) βρήκαν ότι ορισμένες καταστάσεις υποδηλώνουν την ύπαρξη υψηλού κινδύνου κατάχρησης:

α. χαμηλή σχολική επίδοση

β. μύηση στο τακτικό κάπνισμα από μικρή ηλικία

γ. φίλοι που δεν επιδοκιμάζουν τη χρήση οιοπνευματωδών και μαριχουάνας

δ. παρέες με άλλους έφηβους και ενήλικες που κάνουν χρήση (βλέπε επίσης, Tec-Hog Ong, 1989).

Οι Kaplan, Jonhson και Bailey (1988) περιγράφουν το θεωρητικό τους μοντέλο, το οποίο ερμηνεύει πέντε επεξηγηματικές μεταβλητές που είχαν μετρηθεί σε προηγούμενη μελέτη. Η χρήση τοξικών ουσιών στην τελευταία τάξη του Λυκείου εξηγείται από έμμεσες ή/και άμεσες επιδράσεις ορισμένων μεταβλητών, μία εκ των οποίων είναι η σχέση με συνομήλικους που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών.

Το μοντέλο εξηγεί το 42% της διακύμανσης στη χρήση τοξικών ουσιών κατά την τελευταία τάξη του Λυκείου, η οποία αποδίδεται:

1. Στις επιδράσεις των συνομήλικων που και οι ίδιοι κάνουν χρήση τοξικών ουσιών.

2. Στους χρήστες που συνδέονται με συνομήλικους τους χρήστες, που έχουν την τάση να παρουσιάζουν παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Αυτή συνήθως πηγάζει από την υποκειμενική αντίληψη προηγούμενων εμπειριών απόρριψης, αποτυχίας και τιμωριών εκ μέρους των συμβατικών ομάδων του σχολείου και της οικογένειας

3. Σε μια τρίτη μεταβλητή, που έχει άμεση επίδραση στη μετέπειτα χρήση τοξικών ουσιών, είναι η προγενέστερη χρήση τοξικών ουσιών

4. Στην επίδραση της προαναφερθείσας μεταβλητής που γίνεται, έμμεσα, ισχυρότερη με την αυτο-απόρριψη, τους αρνητικούς χαρακτηρισμούς εκ μέρους της κοινωνίας και τις σχέσεις με τους συνομήλικους. Οι επιδράσεις αυτές υποδηλώνουν την πιθανότητα μιας αυξανόμενης ψυχολογικής εξάρτησης από τις τοξικές ουσίες (Kaplan, 1988).

5. Στους νέους ανθρώπους, οι οποίοι, ως αποτέλεσμα, έχουν προδιάθεση στην παραπαιωτική συμπεριφορά, συνδέονται με συνομήλικους που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών. Η σχέση αυτή δεν είναι μόνο συνέπεια της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς του ατόμου αλλά και η αιτία της. Παρέχουν στον έφηβο τις ευκαιρίες να ζήσει τις "ικανοποιητικές" εκείνες εμπειρίες, που δεν του προσφέρονται από τις συμβατικές ομάδες/παρέες.

Ετσι μπορεί να συμπεράνει κανείς, ότι η γονεϊκή επιρροή έχει μεγάλη αλλά κεκαλυμμένη και έμμεση επίδραση στη χρήση τοξικών ουσιών (Sarvela & Mc Clendon, 1988, Oetting, 1983-89).

Τα αποτελέσματα μιας μελέτης για την κατανάλωση τοξικών ουσιών από φοιτητές πανεπιστημίου στην Ισπανία (Queiro, Alvare & Velasco, 1988) δείχνουν, ότι η χρήση τοξικών ουσιών τείνει να είναι συχνότερη στην ομάδα των φοιτητών οι οποίοι διαφωνούν με την ανατροφή που τους δίνουν οι γονείς τους και στην ομάδα των φοιτητών οι οποίοι μοιράζονται ένα διαμέρισμα με κάποιον φίλο.

Περιληπτικά, τα κύρια σημεία που μας ενδιαφέρουν σ' αυτή τη μελέτη είναι:

α. Η μεγάλη πλειοψηφία των ατόμων που κάνουν κατάχρηση τοξικών ουσιών (80%) αναφέρει ότι οι φίλοι τους ήταν εκείνοι που τους μύησαν στη χρήση τοξικών ουσιών.

β. Κανένας από τους φοιτητές των παραπάνω ομάδων δεν ανέφερε, ότι ζητούσε συμβουλή από τους καθηγητές του για τα προβλήματά του.

γ. Οι ενδείξεις για την αρχική λήψη τοξικών ουσιών σχετίζονται (με σειρά προτεραιότητας) με τους φίλους, τα πάρτυ και τις κατασκηνώσεις, και, τέλος, με τη μοναχική λήψη τοξικών ουσιών. Ένας από τους κύριους λόγους, που επικαλέστηκαν τα άτομα τα οποία κάνουν κατάχρηση τοξικών ουσιών για την πρώτη λήψη, είχε ως επίκεντρο τη δυναμική της ομάδας συνομήλικων. Συγκεκριμένα, δήλωσαν ότι άρχισαν να παίρνουν τοξικές ουσίες για να κάνουν ό,τι και οι φίλοι τους (μίμηση) ή για να απολαύσουν τις επιδράσεις των τοξικών ουσιών μαζί με φίλους (συντροφιά, παρέα, ιεροτελεστία της "κλίμας").

Οι Kandel και Rapais (1989) εξέτασαν τη διακοπή της χρήσης τοξικών ουσιών στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Βρήκαν ότι οι παράγοντες που προέβλεπαν τη διακοπή της λήψης στην ενήλικη ζωή ήταν οι ίδιοι που προέβλεπαν τη μη μύηση στη χρήση κατά την εφηβεία. Αυτό είναι ένα επιδημιολογικό θέμα που διευκρινίζει το ερώτημα: σε ποίο βαθμό μπορούμε να προβλέψουμε την εμμονή ή τη διακοπή της χρήσης τοξικών ουσιών, εάν γνωρίζουμε τα χαρακτηριστικά που είναι προγνωστικά της μύησης.

Τα άτομα που είναι πιθανότερο να σταματήσουν τη χρήση τοξικών ουσιών, είναι εκείνα που επηρεάζονται από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζούν. Τα άτομα, όμως, που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών για να καλύψουν ψυχολογικές τους ανάγκες, έχουν λιγότερες πιθανότητες να σταματήσουν τη χρήση των τοξικών ουσιών.

Εχει υποστηριχθεί (Swadi, 1988), ότι η επίδραση των συνομήλικων μπορεί να χρησιμοποιηθεί θετικά για την πρόληψη, δεδομένου ότι οι περισσότερες άλλες μέθοδοι έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές ή αντιπαραγωγικές.

Οι προγνωστικοί παράγοντες της διακοπής των τοξικών ουσιών είναι οι ακόλουθοι:

α. συμβατικότητα στην κοινωνική απόδοση

β. καλή υγεία και κοινωνικό πλαίσιο που δεν ευνοεί τη χρήση τοξικών ουσιών

γ. προγενέστερη εμπλοκή με νόμιμες και παράνομες τοξικές ουσίες.

Αυτός ο τελευταίος προγνωστικός δείκτης ήταν ο ισχυρότερος για τη διακοπή

χρήσης της μαριχουάνας, ενώ η χρήση εκ μέρους των φίλων ήταν ισχυρότερη όσον αφορά τη μύηση στη χρήση κοκαΐνης.

Εάν εξετάσουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν ιδιαίτερος στη μύηση της χρήσης συγκεκριμένων τοξικών ουσιών, μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα, ότι τα άτομα που παίρνουν μαριχουάνα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να τη σταματήσουν, γιατί οι επιδράσεις των συνομήλικων είναι πιο σημαντικές στη μύηση της χρήσης της μαριχουάνας και όχι τόσο στη συνέχισή της.

Οι χρήστες παράνομων τοξικών ουσιών, όμως, έχουν λιγότερες πιθανότητες να σταματήσουν τη χρήση, όταν η αιτιώδης προέλευση της χρήσης αυτής σχετίζεται με την κατάθλιψη και την έλλειψη στενών σχέσεων με τους γονείς.

Επίδραση των γονέων και των συνομήλικων

Μέχρι τώρα δείξαμε, ότι ο πειραματισμός των έφηβων με τις τοξικές ουσίες μπορεί να θεωρηθεί ένα φαινόμενο που προωθείται από τους συνομήλικους και αυτό αποδεικνύει το σημαντικό ρόλο των συνομήλικων στην εφηβεία (Hawkins, 1985). Επίσης, δείξαμε, ότι η κατάχρηση τοξικών ουσιών επηρεάζεται από ορισμένες μεταδλητές, όπως οι συγκρούσεις στην οικογένεια, η σχολική αποτυχία και η αντικοινωνική συμπεριφορά.

Επιπλέον, η Kandel (1985) υποστηρίζει, ότι οι μελέτες θα πρέπει να προσπαθήσουν να ενισχύσουν την άποψη, ότι:

1. υπάρχει άμεση επίδραση των σχέσεων του έφηβου με τους συνομήλικους του πάνω στην εμπλοκή του με τις τοξικές ουσίες και
2. συμπεριφορές, όπως η χρήση της μαριχουάνας, σχετίζονται με τις αντίστοιχες συμπεριφορές των ενήλικων, όσον αφορά την αιτιολογία.

Ως προς τη χρήση μαριχουάνας από τους έφηβους, βρέθηκε ότι υπάρχει μια ανεξάρτητη θετική συσχέτιση της κατανάλωσης οινοπνευματωδών από τους γονείς καθώς και της εμπειρίας των συνομήλικων στη χρήση της μαριχουάνας, όπου η επίδραση των συνομήλικων είναι πολύ ισχυρότερη από την επίδραση των γονέων.

Όταν τα πρότυπα ρόλου των συνομήλικων και των γονέων συγκρούονται (διαφορετικές συμπεριφορές συνομήλικων και γονέων), οι έφηβοι ανταποκρίνονται πολύ περισσότερο στα πρότυπα των συνομήλικων παρά σε εκείνα των γονέων.

Οι Brook, Whiteman, Gorden και Cohen (1986) υποστηρίζουν, ότι ορισμένα θετικά χαρακτηριστικά της οικογένειας και της προσωπικότητας μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο που δημιουργεί η εμπλοκή των συνομήλικων με τις τοξικές ουσίες (παρατίθεται στον Marlatt, 1988).

Παρ' όλα αυτά, στην παρούσα μελέτη προτείνεται να εξετάσουμε τη δυνατότητα ενός σύνθετου ρόλου επίδρασης και των δύο μεταβλητών. Για παράδειγμα, το υψηλότερο ποσοστό των έφηβων χρηστών μαριχουάνας που έχει καταγραφεί μέχρι τώρα (70%), παρατηρήθηκε στις περιπτώσεις, όπου ο έφηβος επηρεαζόταν αρνητικά από

τους συνομήλικους και δίωνε με τους γονείς αρνητικές εμπειρίες.

Ενας άλλος τομέας μελέτης, από τον οποίο θα μπορούσαμε να αντλήσουμε ενδιαφέροντα αποτελέσματα, είναι η υποτροπή. Υποτροπή είναι η εκ νέου χρήση ναρκωτικών, μετά από περίοδο αποχής. Οι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο, το οποίο έκανε κατάχρηση τοξικών ουσιών, σε νέα χρήση, ίσως αποκαλύψουν σημαντικές καθοριστικές αιτίες για τη χρήση τοξικών ουσιών.

Μόνο μία Βρετανική μελέτη ερευνήσε συστηματικά το φαινόμενο της υποτροπής, μετά από θεραπεία για χρήση ναρκωτικών (Gossop, 1989). Βρέθηκε, ότι, στους παράγοντες που συνδέονται με την αρχική υποτροπή, συμπεριλαμβάνονται:

α. Σκέψεις, διαθέσεις και εξωτερικά γεγονότα, (αυτά αναφέρονται πιο συχνά).

β. Περιβαλλοντικές επιδράσεις: στις περισσότερες περιπτώσεις, η υποτροπή παρουσιάζεται λίγες εβδομάδες μετά τη θεραπεία και αυτό είναι ένδειξη, ότι οι αρνητικές περιβαλλοντικές επιδράσεις οδηγούν στην υποτροπή. Τα περισσότερα άτομα επιστρέφουν στο συνηθισμένο τους περιβάλλον, όπου οι τοξικές ουσίες είναι διαθέσιμες και οι συνδεόμενες με τις τοξικές ουσίες νύξεις υπενθυμίζουν καθημερινά την ύπαρξή τους. Επομένως, το ίδιο το περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην επανάληψη της χρήσης τοξικών ουσιών.

Παρ' όλο που υπάρχει μια συμφωνία για το ποιοί παράγοντες είναι σημαντικοί, οι ερευνητές διαφωνούν ως προς τη σχετική σπουδαιότητα του κάθε παράγοντα (Gossop, 1989). Αυτό μπορεί να πηγάζει από τη διαφορά των χρησιμοποιούμενων ορισμών. Στην πιο πάνω μελέτη (Gossop, 1989) χρησιμοποιήθηκε ο όρος "διαθεσιμότητα" των τοξικών ουσιών και "συνδεόμενες με τις τοξικές ουσίες νύξεις", ενώ σε προηγούμενη μελέτη (Marlatt, 1985) χρησιμοποιήθηκε ο όρος "κοινωνική πίεση". Και οι δύο αυτοί παράγοντες φαίνεται να είναι εξίσου σημαντικοί στη συνέχιση της χρήσης τοξικών ουσιών και ταξινομούνται κάτω από το γενικό όρο "περιβάλλον".

Επιπλέον, υπήρχαν ορισμένοι πρώην χρήστες που έφυγαν από το θεραπευτικό περιβάλλον χωρίς να έχουν φροντίσει για κατάλληλη στέγη ή εργασία. Σ' αυτές τις συνθήκες, είναι πολύ εύκολο να έρθει ο πρώην χρήστης σε επαφή με φίλους που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών, είτε για να βρει στέγη είτε για λόγους κοινωνικούς.

Η διαφορά της σημασίας του βραχυπρόθεσμου "θετικού" κέρδους αφενός και των μακροπρόθεσμων αρνητικών επιδράσεων της χρήσης αφετέρου, ιδιαίτερα σε σχέση με τη μύηση στη χρήση τοξικών ουσιών από τους έφηβους, είναι πολύ σημαντική (Gossop, 1989). Αυτό είναι ένα καθοριστικό ζήτημα ως προς την ενίσχυση της τάσης από τον εθισμό στην εξάρτηση.

Με άλλα λόγια, ο νέος χρήστης θα έπρεπε να επηρεάζεται από τις πληροφορίες που παίρνει από τους άλλους σχετικά με τους μακροπρόθεσμους κινδύνους. Ομως, οι προσδοκίες του βραχυπρόθεσμου οφέλους - από την άποψη της αλλαγής της διάθεσης - μπορούν να επιβεβαιωθούν με άμεσες προσωπικές εμπειρίες.

Η άποψη αυτή συμφωνεί με τις γενικές ενδείξεις για τον "γνωστικό χαρακτηρισμό"

(“cognitive labelling”) των συναισθηματικών καταστάσεων που αναφέρουν οι Reizenstein (1983), και Shachter και Singer (1962).

Είναι σαφές, ότι το περιβάλλον αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο για τον πρώην τοξικομανή που αποθεραπεύεται. Το εύλογο συμπέρασμα είναι, ότι απαιτείται κοινωνική αλλαγή, η οποία συνεπάγεται ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από τοξικές ουσίες και έναν υγιέστερο τρόπο ζωής.

Παρ’ όλα αυτά, όπως τονίζουν οι Newcomb και Harlow (1986), δεν υπάρχει μία και μοναδική αιτία ή ένας συγκεκριμένος λόγος, που να εξηγεί όλους τους τύπους της χρήσης τοξικών ουσιών και όλους τους τύπους των τοξικομανών. Πάρα πολλοί και ποικίλλοι παράγοντες οδηγούν στην ακραία εξάρτηση. Σ’ αυτούς συμπεριλαμβάνονται γενετική προδιάθεση, περιβαλλοντικό στρες, κοινωνικές πιέσεις, ψυχιατρικά προβλήματα και χαρακτηριστικά της προσωπικότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. American Psychiatric Association (DSM), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*, Ed. 3d, Washington D.C. APA 1980.
2. Bailey, W.G., *Curent Persepctives on Substance Abuse in Youth*, “J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry”, v.28, P: 151-162, 1989.
3. Barrett M.E., Simpsons, D.D. and Lehman, W.E. *Behavioural changes of adolescents in drug abuse intervention program*, “Journal of Clinical Psychology”, v. 44(3), p.p. 461-473, 1988 .
4. Beschner G. *Teen Drug Use*. Lexington Books, 1986
5. Purcell T. Jr., *Substance Abuse: Pharmacological and developmental perspectives*, Charles C. Thomas publishers, 1989.
6. Binion A., Miller C. D., Beauvais F. and Oetting E.R., *Rationales for the use of alcohol, marijuana and other drugs by eighth grade native American and Anglo youth*, “International Journal of the Addictions”, v. 23 (1), 1988.
7. Blau, G.M. et.al., *Predisposition to Drug Use in Rural Adolescents: Preliminary Relationships and Methodological Considerations*, “Journal of Drug Education”, v. 18, p.p. 13-22, 1988
8. Brown, B. Bradford, L. and Mc Clenahan, E.L. (U. Wisconsin, Madison), *Early adolescents’ perceptions of peer pressure*, “Journal of Early Adolescence”, v. 6 (2), p.p. 139-154, 1986.
9. Bowlby, J., *Attachment and loss Separation: Anxiety and anger*, v. 2., 1976 .

10. Erikson, E.H., *Youth and identity crisis*, Norton, New York 1968.
11. Brook, S.J., Whiteman, M., Ann Scovell Gordon and Cohen P., *Chances in Drug Involvement: A longitudinal Study of Childhood and Adolescent Determinant*, "Psychological Reports", v. 65, p.p. 707-726, 1989.
12. Dillon, W.R. and Goldstein, M., *Multivariate Analysis: Methods and Application*, Wiley New York 1984.
13. Donovan, M.D. and Marlatt, G.A., *Assessment of Addictive Behaviours*, The Guildford Press, 1988.
14. Gossop, M., *Relapse and Addictive Behaviour*, Tavistock/Routledge. London and New York (1989).
15. Κούτρας Β., Υφαντής Τ., Καφετζόπουλος Ε., Λιάκος Α. και Μαρσέλος Μ., *Οικογενειακές μεταβλητές στην κατάχρηση ουσιών από τους μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα* "Η τρίτη Γενιά. Εργασίες του 13ου Παγκοσμίου Συνεδρίου Θεραπευτικών Κοινοτήτων", σ. 312-317, Αθήνα 1990.
16. Κοκκέβη Α., Μαδιανού Δ., Στεφανής Κ., *Τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η χρήση ουσιών στο Μαθητικό Πληθυσμό. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα*, Επιμ. Κ. Στεφανής, τ. Β'. Κοκκέβη Α., Μαδιανού Δ., Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη, 1990.
17. Marlatt, G.A., and Gordo J.R. (eds), *Relapse prevention Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior*, N.Y. Guildford Press, 1985.
18. Νοταράς Γ., *Η Εξελικτική Πορεία των Θεραπευτικών Κοινοτήτων*, "Η τρίτη Γενιά. Εργασίες του 13ου Παγκόσμιου Συνεδρίου Θεραπευτικών Κοινοτήτων", σ. 29-33 (μετάφραση), Αθήνα 1990.
19. Reizenzein R., *The Schachter Itheory of emotion: two decades later*, "Psychological Bulletin", v. 94, p.p. 239-64, 1983.
20. Schachter S. and Singer, J.E., *Cognitive, social and physiological determinants of emotional state*, "Psychological Review", v. 67, p.p. 379-99, 1962.
21. Halebsky M. A., *Adolescent alcohol and substance abuse: parent and peer effects*, "Adolescence", v. XXII, No. 88, Winter, Libra Publishers, Inc., 3089c, Clairemont Dr., Suite 383, San Diego 1987.
22. Kandel, D.B., *On ordered processes of peer influence in adolescent drug use: A developmental perspective*, "Alcohol and substance abuse", v. 4, p.p. 139-159, 1984-85.
23. Hawkins J.D. et al., *Childhood predictors of adolescent substances abuse*, "Journal of Children in Contemporary Society. Special Issue: Childrens chemical abuse", v. 18, Part 1-2, p.p.

- 11-48, 1985.
24. Hays R. Di Matteo,
Robin M., *Reliability, Validity and Dimensionality of three UCLA Loneliness Scale*, Paper presented at the "Annual Meeting of the Western Psychological Association", San Jose, Ca, April 18, 1985.
25. Heller T., Gott M.
and Jeffery C., *Drug Use and Misuse: A Reader*, John Wiley and Sons Ltd., 1987.
26. Shaffer H.J., *Observations of Substance Abuse Theory*, "Journal of Counseling and Develop.", v. 65; p.p. 26-28, 1986.
27. Hubbard R.L.,
Brownlee, R.G.
and Anderson R., *Initiation of alcohol and drug abuse in the middle school years*, Special issue: "Drug abuse Prevention", "Elementary School Guidance and Counselling", v. 23 (2), p.p. 118-123, 1988.
28. Ingersoll, M.G.,
29. Jessor, R., *Adolescents*, Prentice Hall, Inc, 1989.
30. Jessor R. Donovan, J.E.
and Costa F., *Abstracts and reviews: Psychological correlates of marijuana use in adolescence and young adulthood: The best*, "Alcohol, Drugs and Driving", p.p. 31-49, 1986.
31. Kandel D.B. (ed.), *University of Colorado, Inst. of Behavioral Science, Boulder Psychosocial correlates of marijuana use in adolescence and young adulthood. The past as prologue*, International symposium on marijuana, cocaine and traffic safety (1986, Saeviews, Santa Monica, California), "Alcohol, Drugs and Driving - Abstracts and Reviews", v. 2 (3-4), p.p. 31-49, 1986.
32. Kandel D.B., *Longitudinal research on drug use: empirical findings and methodological issues*, Washington, D.C. 1978.
33. Kandel D.B., Simcha F.,
Davies, M., *On process of peer influence on adolescent drug use: a developmental perspective*, "Alcohol and Substance Abuse", v. (4), p.p. 139-163, 1984.
34. Kandel D.B.,
and Reveis H.V., *Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood*, "Journal of Drug Issues", v. 16, p.p. 67-90, 1986.
35. Kaplan H.B., Johnson R.J.,
and Bailey C. A., *Cessation of illicit drug use in young adulthood*, "Archives of General Psychiatry", v. 46, February 1989.
36. K.E.T.H.E.A., *Explaining adolescent drug use: An elaboration strategy for structural equations modelling*, "Psychiatry", v. 51 (2), p.p. 142-163, 1988.
37. Kokkevi A., *Notes on the Organization of the K.E.T.H.E.A.*, Athens 1988.
- The licit and illicit substance of psychotropic drugs in students: Findings from the National Survey for the*

38. Kokkevi A., Mostriou A., Terzidou M., Darviri X., Ledaki E. and Stephanis C.N., *needs of the students*, 1988 (to be published).
Findings on psychosocial needs of the adolescent students and their importance (role) in the evolution of a prevention programme of Drug Dependence, "Psychological Issues", v. 1, Greek Psychological Society, 1988.
39. Kumphar K.L. and Demarch J., *Family environmental and genetic influences on children's future chemical dependency*, "Journal of Children in Contemporary Society", v. 18, part 1-2, p.p. 49-91, 1985.
40. World Health Organization, *Drug Abuse Conceptualization, Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms*, Geneva 1989.
41. Lingeman R.R., *Drugs from A to Z*, Hazell, Watson and Viney, LTD, Aylesbury, Bucks, 1989.
42. Malhorta M.K., *Familial and personal correlates (risk factors of drug consumption among German youth*, "Acta Paedopsychiatric", v. (49), 5, p.p. 199-209, 1983.
43. Murstein I. Beernard C.J.M., Heard, V., Kenneth and V., Stuart A., *Sexual behaviour, drugs and relationship patterns on a college campus over thirteen years*, "Adolescence", v. XXIV, No. 93, p.p. 125-139, 1989.
44. Needle R., Su S. and Lavee Y. *A comparison of the utility of three composite measures of adolescent overall drug involvement*, "Addictive Behaviors", v. (4), p.p. 429-441, 1989.
45. Newcomb M.D., *Consequences of teenage drug use: the transition from adolescence to young adulthood*, "Drugs and Society", v. (1), 4, p.p. 25-60, 1987.
46. Newcomb M.D., *Consequences of Adolescent Drug Use*, Sage Publications Inc., 1988.
47. Oetting E.R., and Beauvais F., *A typology of adolescent drug use: A practical classification system for describing drug use patterns*, "Academic Psychology Bulletin", v. 5, p.p. 55-69, 1983.
48. Oetting E.R., and Beauvais F., Edwards, R., and Waters M., *The drug and alcohol assesment system*, "Book I. Administering and interpreting the system". Fort Collins, Co: Rocky Mountain Behavioral Science Institute, 1984.
49. Oetting E.R., and Beauvais F., Edwards R., and Waters M., *The drug and alcohol assesment system*, "Book II. Instrument development, reliability and validity", Fort Collins, Co: Rocky Mountain Behavioral Science Institute, 1984b.
50. Oetting E.R. and F. Beauvais, *Peer Cluster Theory, Socialization Characteristics, and Adolescent Drug Use: A Parh Analysis*, "Journal of Counc.", v. 34, No. 2, p.p. 205-213, 1987.

51. Oetting E.R. and F.Beauvais, *Common Elements in Youth Drug Abuse: Peer Clusters and Other Psychosocial Factors*, "Journal of Drug Issues", v.17, 1-2, p.p. 133-151,1987.
52. Oetting, E.R. and Beeauvais, F. *Adolescent Drug use and the Counselor*, "The School Counselor", v. 36, p.p. 11-17, 1988.
53. Oetting E.R. and Beauvais, F, *Common elements in youth drug abuse: Peer clusters and othe psychosocial factors.*, "Journal of Drug Issues", l. 17(1-2), p.p. 133-151, 1987.
54. Oetting E.R. and Beauvais F, *Adolescent Drug use and the Counselor*, "The School Counselor", v. 36, p.p. 11-17,1988.
55. Oetting, E.R. and Beauvais, F, *Common elements in youth drug abuse: Peer clusters and other psychosocial factors*, "Journal of Drug Issues", v. 17(1-2), p.p. 133-151, 1987.
56. Peele S., *The Meaning of Addiction*. Lexington Ma: Lexington Books. Penning, M. and G. Barnes, 1985
57. Plomin R., *Environment and Genes. Determinats of Behavior*, "American Psychologist, v. (44), No 2, p.p. 105-111
58. Pritchard C., Diamond L., Fielding M., Cox M. et at., *Drug misuse and truancy in normal 4th and 5th year comprehensive school children*, "Maladjustment and Thera Peutic Education", v. 5 (3), p.p. 2-16, 1987.
59. Purceell T. Jr., *Substance Abuse in Teen Drug Use* ,Charles C. Thomas, Publisher. Beschner, G., 1989.
60. Queipo D., Alvavre FJ. and Velasco A. (1988). *Drug consumption among university students in Spain*, "British Journal of Addiction", v. 83, p.p. 91-98, 1988.
61. Randall C., Oetting E.R., Edwards R. W., and Beauvais F, *Links from emotional distress to adolescent drug use: A Parh Model*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology",v. 57, p.p. 227-231, 1989.
62. Ginsberg S.J. and Greenley J.R., *Competing theories of marijuana use: a longitudinal study*, "Journal of Health and Social Behaviour", v. 19, p.p. 22-34, 1978.
63. White H.R., Johnson V., and Horowitz A., *An application of three deviancee theories to adolescent substance use*, "International Journal of the Addictions", v. 21, p.p. 347-366, 1986.
64. Russell J., *Environmental Effects of Drug Use*, "Environmental Psychology and Nonverbal Behaviour", v. (2), 1977.
65. Rust J. and Golombod S., *Modern Psychocyetrics. The science of psychological assessment*, Routledge, London and New York 1989.
66. Gerber R. W., and Newman Ian M., *Predicting future smoking of addolescent experimental smokers*, "Journal of Youth and Adolescence", v. 18, No 2, 1989,

67. Paul D.
and Mc Clendon E.J., *Indicators of Rural Youth Drug Use*, "Journal of Youth and Adolescence", v. 17, No 4, p.p. 335-346, 1988.
68. Schweitzer D., Robert
and Lawton A. P., *Drug Abuser's Perceptions of their Parents*, " British Journal of Addiction", v.84, p.p. 309-314, 1989.
69. Silva M.T.,
Megalhaes M.P.,
Barros R.S.
and Almeiba S.P. et. al.
69. Silverman W.H., *Patterns of Marijuana smoking among Brazilian students. Drug and Alcohol Dependence*, vol. 23 (2), p.p. 159-164,1989.
69. Silverman W.H., *Guidelines for competence and skills development for substance abuse*, "Prevention paper presented an the Annual Meeting of the Southeastern Psychological Association 33rd", Atlanta, Ga, March 25-28,1987.
70. Smith T.E., *Ecology of adolescents marijuana abuse. International Journal of Addictions*, vol. 20 (9), p.p. 1421-1428, 1985.
71. Spielberger D.C., *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory (Form Y) (Self - Evaluation Questionnaire)*, "Consulting Psychologists", Press, Inc. (p.p. 1, 2, 5, 13, 14, 15, 20), 1983.
72. Swadi H. and Zetlin H., *Peer influence and adolescent substance abuse: A promising side*, " British Journal of Addiction", v. 83 (2), p.p. 153-157, 1988.
73. Teck-Hong Ong, *Peers as perceived by Drug Abusers in their drug seeking behaviour*, " British Journal of Addiction", v. 84, p.p. 631-637, 1989.
74. Weise T. and Weinstock
Kroczek., *Anxiety in Adolescence and its Significance for Psychoanalysis*, " Adolescence",v. XXIV, No. 94, 1989.

3. ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Τσίλη Σωσώ

Κοινωνιολόγος, Ερευνήτρια ΕΚΚΕ

Ο ρόλος των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην ανάδειξη του φαινομένου της τοξικομανίας θεωρείται, περίπου αυτονόητα, θετικός. Συνεχείς είναι οι αναφορές σε στατιστικά δεδομένα, γνώμες ειδικών, ερευνητικές εργασίες και, κυρίως, εσατολογικού τύπου προβλέψεις για τη διάδοση των ναρκωτικών. Υποτίθεται ότι το σύνολο αυτών των δημοσιευμάτων αναχαιτίζει τον κίνδυνο επαλήθευσης αυτών ακριβώς των προβλέψεων.

Στο κείμενο που ακολουθεί διερευνάται ένα άλλο ενδεχόμενο. Ότι, δηλαδή, η παραγωγή λόγου περί της τοξικομανίας, ανάμεσα σε ομάδες που επιχειρούν να ιδιοποιηθούν το σχετικό αντικείμενο, είναι, τουλάχιστον, αμφισβητήσιμη. Οι ομάδες που μετέχουν στο δημόσιο διάλογο περί τοξικομανίας προβάλλουν εικόνες, ιδέες και αξίες κοινωνικά μη ουδέτερες. Οι εκτιθέμενες απόψεις, είτε αυτές εκφράζουν ιδεολογικές βλέψεις είτε κοινωνικά οράματα ή, απλώς, συντεχνιακές επιδιώξεις, κάθε άλλο παρά στερούνται υποκειμενικών κριτηρίων. Με αυτή την έννοια, η τοξικομανία αναδεικνύεται σε θέμα - καταλύτη, διευκολύνοντας την ανακατανομή, προώθηση και εδραίωση συμβόλων και προτύπων, μεταξύ των ομάδων που τη διαχειρίζονται, έτσι ώστε ο παραγόμενος εξ αυτών λόγος να μετουσιώνεται σε κοινωνική πράξη και, εν τέλει, σε νέα κοινωνική πραγματικότητα.

Εδώ αναλύονται ορισμένοι μηχανισμοί των παραπάνω μετασχηματισμών, καθώς και οι επιπτώσεις τους στην κοινωνική δεξίωση, του προβλήματος της τοξικομανίας, με αφορμή τις αναφορές της τελευταίας στον μεταπολιτευτικό τύπο. Ο χώρος του τύπου, ο οποίος για τις ανάγκες της ανάλυσης που ακολουθεί αντιμετωπίζεται ως μία σχετικά ομοιογενής κοινωνική ομάδα, έχει εκ της λειτουργίας του, όπως είναι αυτονόητο, καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη του θέματος της τοξικομανίας σε μείζον ιδεολογικό ζήτημα - διακύβευμα. Αλλωστε οι δημοσιογράφοι είναι η πρώτη κοινωνική ομάδα που θα "παρουσιάσει" την τοξικομανία στο κοινό, στις αρχές της δεκαετίας του 80', με αφορμή τους πρώτους θανά-

τους από υπερβολική δόση ηρωίνης.

Τα χαρακτηριστικά της πρώτης αρθρογραφίας, όσον αφορά την παρουσίαση της τοξικομανίας από τον τύπο, ενώ δεν διαφοροποιούνται σημαντικά από ό,τι θα ακολουθήσει τα επόμενα χρόνια, εμπεριέχουν, εντούτοις, εκείνα τα στοιχεία βάσει των οποίων αργότερα θα συγκροτηθούν οι μηχανισμοί μετασχηματισμού της τοξικομανίας από απλό κοινωνικό πρόβλημα της αρμοδιότητας των υπηρεσιών κοινωνικής περίθαλψης, σε μείζον κοινωνικό ζήτημα. Προς τούτο, θα βοηθήσει ο χειρισμός του θέματος μέσω των κλασικών επινοήσεων της εντυπωσιαστικής δημοσιογραφίας, όπου δεσπόζουν οι απλουστευτικές υπερβολές του τύπου: “Στην Αθήνα είναι πιο εύκολο να βρεις ναρκωτικά, παρά ταξί σε ώρα αιχμής” (εφημ. *Απογευματινή*, 6.7.1981).

Από την άλλη, η έλλειψη επαρκούς τεκμηρίωσης των εκτιμημένων απόψεων, βάσει ελληνικών δεδομένων, οδηγεί σε αβασάνιστες μεταφορές αντίστοιχων εμπειριών από το εξωτερικό, όπως: “ Η αποτοξίνωση δεν είναι κάτι απλό, μα και σπάνια ολοκληρώνεται. Μηδαμινό είναι το ποσοστό επιτυχίας της στη χώρα μας. Αγγίζει μόλις το 6%, ποσοστό που ισχύει και για τη Δανία. Η καλύτερη στατιστική που έχει γίνει μέχρι σήμερα αφορά το Χονγκ-Κονγκ και ανεβάζει το ποσοστό της επιτυχίας στο 20%” (εφημ. *Ριζοσπάστης*, 5.1.1982). Στο παραπάνω παράδειγμα μπορεί να παρατηρηθεί ότι η σύγκριση είναι πολύ δύσκολη μεταξύ τόσο διαφορετικών, από κάθε άποψη, χωρών. Ιδιαίτερα, όταν η σύγκριση γίνεται με την Ελλάδα όπου το 1982, τουλάχιστον, δεν υπάρχει καν κέντρο περίθαλψης τοξικομανών.

Η ατεκμηρίωτη κινδυνολογία αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της πρωτοεμφανιζόμενης αναφοράς των ναρκωτικών στον τύπο και οι έστω σποραδικοί θάνατοι, από ηρωίνη αποτελούν μια πρώτη τάξεως αφορμή, φορτίζοντας αναλόγως συγκινησιακά τη γενικότερη πρόσληψη του προβλήματος. Τις διαστάσεις αυτής της εικότολογίας δίνει το παρακάτω απόσπασμα: “Πόσο ακριβώς διευρύνεται και που θα φθάσει η εξάπλωση των ναρκωτικών, θα το ξέρουμε ίσως σε κάμποσα χρόνια, όταν στις πρώτες σελίδες των εφημερίδων θα διαβάζουμε καθημερινά και από ένα θάνατο.....ήδη μια απλή παράθεση των τριάντα θανάτων στην περιοχή της Αθήνας από το 81' μέχρι σήμερα, είναι εξίσου ανατριχιαστική όσο θα είναι οι 100 ή οι 150 του 1990, αν δεν αφυπνισθούμε” (εφημ. *Το Βήμα*, 19.4.1985).

Εξίσου ατεκμηρίωτη αλλά φορτισμένη ιδεολογικά είναι η ανεξέλεγκτη γενίκευση μεμονωμένων παραδειγμάτων σε γεγονότα καθολικής σημασίας, όπως στην περίπτωση της αξιοποίησης επιστολής “απελπισμένου πατέρα” : “Έχω στοιχεία για συγκεκριμένο κέντρο που πρόσφερε σε 16χρονο μαθητή να καπνίσει μαριχουάνα..... Η οικογένεια του νεαρού με την οποία επικοινωνήσα, όταν πληροφορήθηκε το γεγονός και διαπίστωσε ότι πράγματι το παιδί τους μπήκε σ'αυτά τα κυκλώματα, με παρακάλεσε να κάνω ό,τι μπορώ αλλά να μην γίνει γνωστό το όνομα του παιδιού”. Από αυτή την επιστολή ο δημοσιογράφος αποφαίνεται ότι: “Αυτό είναι ενδεικτικό πως τα περιστατικά και τα ονόματα των θυμάτων αποκρύπτονται” (εφημ. *Απογευματινή*, 6.7.1981). Έτσι, από τον ένα μαθητή φθάνουμε στον πληθυντικό “θύματα”, ενώ δεν λείπει και η αναφερόμενη, στο τέλος του ίδιου άρθρου, αναμφισβή-

τητη γενίκευση: “Τα ναρκωτικά μπήκαν στα σχολεία”.

Χαρακτηριστική, εξάλλου, είναι η ευκολία με την οποία κατασκευάζεται μία άποψη ακόμη και όταν καμία σχετική πληροφορία δεν είναι διαθέσιμη, όπως π.χ. : “Κατά καιρούς, φθάνουν ειδήσεις από τις συνοικίες της Αθήνας αλλά και από τα σχολεία όλης της χώρας ότι τα κρούσματα χρήσεως ναρκωτικών όλο και πληθαίνουν. Πριν από καιρό μάλιστα είχε δει το φως της δημοσιότητας μία περίπτωση ομαδικής χρήσεως ναρκωτικών από μαθητές της Λάρισας..... Κανείς δεν μπορεί με βεβαιότητα να πεί ότι το κακό περιορίζεται μόνο σ’αυτές τις λίγες περιπτώσεις.....αφού δεν υπάρχουν στοιχεία και μάλιστα επίσημα. Γεγονός πάντως είναι, ότι τα ναρκωτικά μπήκαν πιά στα σχολεία, έστω και αν το κακό περιορίζεται προς το παρόν σε μεμονωμένα περιστατικά..... Με βάση αυτά τα δεδομένα..... άρχισε μια έντονη και ευρεία εκστρατεία διαφώτισεως των μαθητών” (εφημ. *Απογευματινή*, 1.7.1981).

Στο παραπάνω παράδειγμα, δεν κατασκευάζεται μία πραγματικότητα αλλά και επ’αυτής προδιαγράφεται μια κοινωνική παρέμβαση ως αναγκαία, αυτή της εκστρατείας διαφώτισης των μαθητών.

Δεν είναι ήσσονος σημασίας ότι κατά το χρόνο εμφάνισης των παραπάνω παραδειγμάτων, η τοξικομανία δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη. Όχι πάντως με την ένταση και την έκταση που της αποδίδεται από τον τύπο. Από εκεί και πέρα, αντιστάσεως μη ούσης από άλλες κοινωνικές ομάδες ή άτομα, ο τύπος αναλαμβάνει όχι μόνο τον παραδοσιακό ενημερωτικό του ρόλο αλλά και διδακτικό ή επικριτικό έναντι της υποτιθέμενης αδιαφορίας γονέων και εκπαιδευτικών. Ρόλο, δηλαδή, εκπαιδευτικό και κοινωνικό, πέραν των κλασικών αρμοδιοτήτων του. Ετσι, αφού διαπιστώνεται “ο αρνητικός, πολλές φορές, ρόλος των γονέων στο θέμα των ναρκωτικών, απέναντι στα παιδιά τους..... δεν ξέρουν καν τις καταστροφικές ιδιότητες των ναρκωτικών..... το χάσις..... προκαλεί ψυχικές διαταραχές, παραισθήσεις και διενέργειες” (εφημ. *Απογευματινή*, 16.7.1981), ακολουθεί η προτροπή προς τους γονείς να μάθουν “ποιοί είναι οι φίλοι, ή οι παρέες των παιδιών τους. Επίσης, η γνώση τι κάνουν τα παιδιά, πού συχνάζουν τις ώρες που είναι έξω ή δεν έχουν μαθήματα” (εφημ. *Το Βήμα*, 18.4.1985).

Για την εκπαίδευση των γονέων, κάποτε, επιστρατεύονται και “επιστημονικές” περιγραφές της “πρώτης συμπτωματολογίας ενός χρήστη ναρκωτικών”, σύμφωνα με τις οποίες “Ένας τοξικομανής..... δεν είναι σε θέση να αυτοσυγκεντρωθεί, έχει αντιρρήσεις κι εναντιώσεις..... υποφέρει από ομαδική ψυχική προβληματικότητα. Πάσχει από δυσκολία προσαρμογής.... σοβαρή ανεπάρκεια κοινωνικής ένταξης. Η ικανότητα επαφής του με την οικογένεια είναι κάπως αβέβαιη..... αισθηματικά φαίνεται ασταθής, ανώριμος και πολύ ανεπαρκής”, μας διαβεβαιώνει ο κ. Κούτρας, δικηγόρος, μέλος της ΠΑΣΕΝ (εφημ. *Ριζοσπάστης*, 3.1.1981). Αλλά η ηθικοπλαστική κινδυνολογία δεν διστάζει και να καταγγείλει: “Είναι όχι απλώς ανάξιοι γονείς, αλλά εγκληματίες εκείνοι που μεταδίδουν τα ναρκωτικά στα παιδιά τους” είπε στην “Α” ανώτερος αξιωματικός της χωροφυλακής, ο οποίος πρόσθεσε ότι έγιναν

καταγγελίες στην υπηρεσία του... (που)... αποδείχτηκαν αληθινές” (εφημ. *Απογευματινή*, 10.7.1981). Η καταγγελία, επώνυμη ή ανώνυμη, δικαιώνεται ως θεμιτή αντίδραση έναντι του κινδύνου των ναρκωτικών. Κάθε πρόσχημα για κοινωνικό ή γονεϊκό έλεγχο βρίσκει τη δικαίωσή του στην υποτιθέμενη απειλή των ναρκωτικών.

Από τα προηγηθέντα παραδείγματα είναι μάλλον προφανές, ότι η συμβολή του τύπου στην ανάδειξη του προβλήματος της τοξικομανίας, δημιουργεί περισσότερο σύγχυση και ανησυχία παρά γνώση και πληροφόρηση. Αλλά ο εν λόγω χειρισμός του θέματος δεν στερείται αποτελεσματικότητας σε ένα άλλο επίπεδο. Πρόκειται για τη συγκρότηση ενός συμμάχου μέσα στον κοινωνικό χώρο που ενδιαφέρεται προσωπικά για το πρόβλημα γιατί τον “αφορά” άμεσα. Ετσι στην αρχική φάση της διακύβευσης της τοξικομανίας, ένας άλλος παράγοντας έχει αναδυθεί ως πρώτος συνομιλητής του τύπου στο δημόσιο χώρο: οι γονείς. Από ό,τι μάλιστα φαίνεται, η ανταπόκριση αυτού του νέου συνομιλητή στο “κάλεσμα” του τύπου είναι θερμή. “Έχει πέσει ένας πανικός που σ’εμάς εδώ εκδηλώνεται με το συνεχές κουνούνισμα του τηλεφώνου: “Στου τάδε φοιτητή τη γκαρσονιέρα μυρίζει παράξενα”, θα αναφέρει σε συνέντευξή του στον *Ριζοσπάστη* (3.1.1982), ο προϊστάμενος της Υπηρεσίας Δίωξης Ναρκωτικών. Για να προσθέσει, δίνοντας ένα μέτρο της πραγματικότητας: “Όλες αυτές οι πληροφορίες δεν ανταποκρίνονται στην αλήθεια”. Ομως η αρχή έχει γίνει, ο τύπος προχωρώντας σ’αυτή τη λογική της εκμετάλλευσης μιας κατάστασης πανικού, εξακολουθεί να δημοσιεύει χωρίς πηγές και αποδεικτικά στοιχεία, και αποτολμά επιπλέον να χρησιμοποιεί τα δικά του, εξίσου αυθαίρετα συμπεράσματα ως πηγές πληροφόρησης. Ο φαύλος κύκλος της ατεκμηρίωτης δημοσιογραφίας, έτσι, ολοκληρώνεται: “Όσοι νέοι της επαρχίας καταφεύγουν στους τεχνητούς παραδείσους, προτιμούν προς το παρόν τα χάπια. Το παραπάνω προκύπτει από έρευνα των “Νέων” (εφημ. *Τα Νέα*, 22.12.1982). Η τοξικομανία, οριστικά πλέον αφορά το κάθε παιδί ως υποψήφιο τοξικομανή και όχι συγκεκριμένες μειοψηφίες, είναι ένα κοινό πρόβλημα που μας αφορά, εν τέλει όλους: “Η ειρήνη εξαρτάται κυρίως από τα κράτη - τις υπερδυνάμεις - τα ναρκωτικά εξαρτώνται από όλους εμάς τους κοινούς ανθρώπους” (εφημ. *Το Βήμα*, 17.4.1985).

Συμπερασματικά, η ιδεολογική παρέμβαση του τύπου, μέσω της “παρουσίασης” του προβλήματος της τοξικομανίας, συνίσταται αφ’ενός στη γενίκευση μεμονωμένων περιστατικών με την κατασκευή μιας πραγματικότητας καθολικών διαστάσεων και αφ’ετέρου με τη δημιουργία μιας πρώτης ομάδας άμεσα ενδιαφερομένων, τους γονείς, θέτωντας, έτσι, τα θεμέλια της επερχόμενης διακύβευσης¹ της τοξικομανίας στο δημόσιο χώρο από άλλες ομάδες με ιδιαίτερες ιδεολογικές, πολιτικές ή και συντεχνιακές (οι φαρμακοποιοί είναι ένα εύκολο παράδειγμα) αξιώσεις. Εάν ο τύπος στην πενταετία (1981-1985) που αναφερόμαστε

1. “*Enjeu Societal* : Ιδεολογικό διακύβευμα, όπου οι κοινωνικές ομάδες που συμμετέχουν στο δημόσιο λόγο με προβολές για την τοξικομανία επιδιώκουν και κατορθώνουν μέσω των διαφορετικών τους απόψεων και κοινωνικών παρεμβάσεων να επιβάλλουν και να κατασκευάζουν μια νέα κοινωνική πραγματικότητα”.

έπαιξε ένα σημαντικό ρόλο στην παρουσίαση του τοξικομανή, άλλοτε ως θύματος και άλλοτε ως θύτη, σήμερα η εικόνα, έχοντας αποκρυσταλλωθεί κοινωνικά, βρίσκεται στη δικαιοδοσία άλλων κοινωνικών ομάδων που μέσα από πλέον λεπτές και πολύπλοκες διαδικασίες προβάλλουν διαφορετικά μηνύματα από αυτά της δεκαετίας του 80. Η εικόνα του τοξικομανή και η διαδικασία κατασκευής του ήταν το πρόσχημα για να διαχωριστεί η κοινωνία του 80' σε νέους και ενήλικες, ελέγχοντες και ελεγχόμενους, θύματα και σωτήρες, έως ότου προκύψει ως οριστικό καταστάλαγμα η εικόνα του θυματοποιημένου τοξικομανή. Σήμερα, η διαφήμιση και ο διευρυνόμενος καταναλωτισμός επεξεργάζονται αυτή την εικόνα του περιθωριοποιημένου τοξικομανή, επιδιώκοντας την κοινωνική διαφοροποίηση ανάμεσα σε καταναλωτές, ικανούς και μη ικανούς, να ανταποκριθούν σε μια ορισμένη αγορά. Αυτό που εύστοχα και επακριβώς οι δημοσιογράφοι της μόδας αποδίδουν με τις διακρίσεις "IN" και "OUT", σε όλες τις εκφάνσεις της σύγχρονης κουλτούρας.

Η τοξικομανία, σήμερα, τόσο ως πεδίο συμβολικών παραστάσεων όσο και ως κοινωνικό πρόβλημα με αναφορά ιδιαίτερα στη νεολαία, δεν έχει πάψει να αποτελεί αντικείμενο διακύβευσης, μέσω του λόγου, χρήσης ενός συμβολικά κατασκευασμένου αντικειμένου και εκμετάλλευσής του από διάφορες ομάδες, ανάλογα με τις διαρκώς μετασχηματιζόμενες κοινωνικές συνθήκες. Είναι μία σκυτάλη που "αλλάζει διαρκώς χέρια". Αλλά η τοξικομανία δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί παρά μόνο αν την αποφορτίσουμε ιδεολογικά και την αποδραματοποιήσουμε συγκινησιακά, ώστε, πριν από κάθε αντιμετώπιση, να γίνει πλήρως κατανοητή η αντικειμενική της διάσταση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Arrive M., *Linguistique et Psychanalyse*, Meridiens/Klincksieck, Paris 1987.
2. Balandier G., *Transgression et derision, ordre et desordre, Le pouvoir des medias*, "Hommage á Jean Cazeneuve", PUF, Paris 1987.
3. Boudon R., *Ideologie et Communication: le cas du "developmentalisme"*, Le pouvoir des medias, "Hommage a Jean Cazineuve," PUF, Paris 1987.
4. Bourdieu P., La definition de la politique selon l'enquete d'opinion, "L' opinion publique" (recueil de textes par Jean Padi-oleau), Mouton, Paris 1981.
5. Βούζας Κ., *Ο εντυπωσιασμός στα μέσα της μαζικής ενημέρωσης*, "Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών", αρ. 61, 1986.
6. Zafiroopoulos M., Pinell P., *Drogues, deciassement et strategies de disqualification*, "Actes de la recherche en sciences sociales", Αρ. 42, Απρίλιος 1982.

7. Minaudo V., *Media et lien social*, "Cahiers internationaux de Sociologie", VLXXXII, 1987.
 8. Μπενβενίστ Μ.,
Ντεριντά, Π., Φουκώ,
9. 5ο Διεθνές συνέδριο
Ψυχανάλυσης,
10. Πλουμπίδης Δ.,
Στυλιανίδης Στ.,
11. Σεραφετινίδου Μ.,
12. Τσίλη Σ.,
13. Wright M. C.,
- Media et lien social*, "Cahiers internationaux de Sociologie", VLXXXII, 1987.
- Κείμενα σημειολογίας*, εκδ. Νεφέλη, Αθήνα 1981
- Σέξ και Γλώσσα*, Νέα Υόρκη, 30 Απριλίου - 2 Μαΐου 1981, Εκδ. Ι. Χατζηνικολή, Αθήνα 1984.
- Ουτοπία και πραγματικότητα στην ψυχιατρική πράξη*, "Αντί", Τ. 337, 16.3.87.
- Κοινωνιολογία των μέσων μαζικής επικοινωνίας*, εκδ. Gutenberg, Αθήνα 1987.
- Η Τοξικομανία ως ιδεολογικό διακύβευμα, Η περίπτωση της Ελλάδας (1981-1986)*, "Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών", Αθήνα 1995.
- Les publics et la societe de masse. L' opinion publique* (recueil de textes par Jean Padio Leau), Mouton, Paris 1981.

4. ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ

Υφαντής Δημήτρης
Κοινωνιολόγος - Ερευνητής
Συνεργάτης της Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Με το σημείωμα αυτό θέλω να τονίσω μερικά σημεία και να διατυπώσω κάποιες σκέψεις, ως αποτέλεσμα εμπειρικής παρατήρησης μάλλον παρά θεωρητικής επεξεργασίας.

Για κάποιον που ενδιαφέρεται ή ασχολείται με το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης - σε οποιαδήποτε βαθμίδα της πρόληψης - είναι σημαντικό να γνωρίζει όσο το δυνατόν καλύτερα τις πραγματικές διαστάσεις του φαινομένου. Η γνώση αυτή βοηθάει στην κατανόησή του αλλά και καθορίζει τις αντιλήψεις, τη στάση, τις δραστηριότητες και το αποτέλεσμα της δουλειάς του.

Συχνά σε συζητήσεις, διαλέξεις, συνεντεύξεις κ.λπ. τίθεται το ερώτημα: "Υπάρχει πρόβλημα ναρκωτικών στην Ελλάδα; Αν ναι, πόσο μεγάλο είναι;" Οι απαντήσεις που δίνονται τις περισσότερες φορές αναφέρουν ότι υπάρχει μεγάλο πρόβλημα και ότι θα πρέπει να ληφθούν σύντομα δραστικά μέτρα. Από την άλλη πλευρά, σε μια σειρά ερευνών στο γενικό πληθυσμό ή σε μικρότερες ομάδες φαίνεται ότι η τοξικοεξάρτηση είναι από τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η ελληνική κοινωνία σήμερα.

Νομίζω ότι σε όλες αυτές τις εκτιμήσεις υπάρχει κάποια υπερβολή, που μερικές φορές δημιουργείται τεχνητά. Λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι και ειδικότερα οι νέοι άνθρωποι σήμερα στην Ελλάδα, διαπιστώνουμε ότι το "πρόβλημα" ναρκωτικά δεν είναι από τα σημαντικότερα της κοινωνίας μας. Υπάρχουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα, προβλήματα απασχόλησης, επαγγελματικού προσανατολισμού, ανεργίας, οικολογικά, θεσμικά, πολιτικής, παιδείας, υγείας κ.λπ. Παρ'ότι το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης δεν είναι ανεξάρτητο από τα παραπάνω προβλήματα, αν κανείς τα οριοθετήσει και τα ιεραρχήσει αντιλαμβάνεται ότι το πρόβλημα αυτό δεν κατέχει την πρώτη θέση της ιεραρχίας.

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα γίνονται χιλιάδες τροχαία ατυχήματα και ο απολογισμός είναι γύρω στους 2.500 νεκρούς και 150.000 τραυματίες. Αν αναλογισθεί κανείς το κόστος σε ανθρώπινες ζωές, το ψυχικό κόστος των παθόντων και των συγγενών τους, και το κόστος περίθαλψης των τραυματιών, και το συγκρίνει με τα αντίστοιχα αποτελέσματα της τοξικοεξάρτησης κατανοεί ότι το πρόβλημα των τροχαίων ατυχημάτων, είναι σαφώς μεγαλύτερο από αυτό των “ναρκωτικών”.

Πώς λοιπόν, τόσο άνθρωποι σε συζητήσεις, συγκεντρώσεις, διαλέξεις, τηλεοπτικές εκπομπές, έρευνες κ.λπ. εκτιμούν ότι η τοξικοεξάρτηση είναι ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα; Ο καθένας κάνει αυτή την εκτίμηση για διαφορετικούς λόγους. Για παράδειγμα, τα πολιτικά πρόσωπα, στην προσπάθειά τους να δείξουν την υπεροχή του δικού τους κοινωνικού, ιδεολογικού και πολιτικού μοντέλου καταφεύγουν σε υπερβολές. Οσο πιο μεγάλο είναι το “πρόβλημα των ναρκωτικών” (αρνητικό αντί - μοντέλο) τόσο πιο φερέγγυο είναι το μοντέλο που ακολουθούν οι ίδιοι.

Τα ΜΜΕ προσηλωμένα στο κυνήγι της είδησης, της κατανάλωσης, της ακροαματικότητας, της αποκλειστικότητας, του εντυπωσιασμού, όχι μόνο υπερβάλλουν, αλλά πολλές φορές κατασκευάζουν τις ειδήσεις και τα προβλήματα. Δεν θα μπορούσε να γλυτώσει βέβαια από αυτό το κυνήγι, το θέμα “τοξικοεξάρτηση”. Ετσι, προσπαθούν να πείσουν ότι τα “ναρκωτικά” είναι ένα πολύ μεγάλο πρόβλημα (μάστιγα) ή μάλλον να υπαγορεύουν στο κοινό τα προβλήματα που πρέπει να το απασχολούν. Οι ενασχολούμενοι με τα ναρκωτικά και οι “ειδικοί” ομιλητές ή γυρολόγοι των καναλιών έχουν κάθε λόγο να τονίζουν το μεγάλο μέγεθος του προβλήματος, για να μπορούν να δικαιολογούν τη δική τους ενασχόληση με το θέμα.

Εδώ είναι ανάγκη να σημειώσουμε ότι υπάρχουν αρκετές άξιες λόγου φωνές από τους χώρους που προαναφέραμε οι οποίες, τοποθετούν το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης στις πραγματικές του διαστάσεις. Οσον αφορά τα αποτελέσματα, αφ’ ενός ο επηρεασμός των ερωτώμενων από τα ΜΜΕ αφ’ ετέρου οι παραλήψεις των ερευνητών ή των συνεντευκτών δίνουν αρκετές φορές μη αξιόπιστα αποτελέσματα.

Σε πρόσφατη έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό, ο συνεντευκτής μπαίνοντας στην αίθουσα ενημέρωσε τους μαθητές ότι διενεργεί έρευνα για τις εξαρτήσεις. Τους έδωσε διάφορες ερωτήσεις σχετικές με τα ναρκωτικά μια εκ των οποίων ήταν: “ποιό κατά τη γνώμη σας είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει σήμερα η ελληνική κοινωνία;” Φυσική συνέπεια αυτής της διαδικασίας ήταν να δοθεί η συγκεκριμένη απάντηση από τους μαθητές στο ερωτηματολόγιο, δηλαδή, τα “ναρκωτικά”.

Ενδιαφέρον όμως έχουν οι απαντήσεις στην αμέσως επόμενη ερώτηση: “ποιό είναι το σπουδαιότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζετε σαν νεοί άνθρωποι;” Οι απαντήσεις ήταν: η εκπαίδευση, οι καθηγητές, οι διαπροσωπικές σχέσεις, τα υπαρκτά προβλήματα κ.λπ. Στην πρώτη ερώτηση για την ελληνική κοινωνία, που είναι κάτι γενικό και αφηρημένο, η απάντηση ήταν αυτή που υπαγορεύουν έμμεσα ή άμεσα τα ΜΜΕ, οι ειδικοί, οι ερευνητές.

Στη δεύτερη ερώτηση οι απαντήσεις ήταν αυτό που διώνουν οι ίδιοι καθημερινά σαν προβληματισμό, ανησυχία, πρόβλημα.

Τα τελευταία δέκα χρόνια έγιναν εκατοντάδες διαλέξεις - συζητήσεις σε όλη την Ελλάδα με αντικείμενο τα ναρκωτικά και με στόχο την ενημέρωση - πρόληψη. Δεν θα σταθώ στο περιεχόμενο των διαλέξεων - συζητήσεων και την ποιότητά τους, θα ήθελα μόνο να σημειώσω ότι αυτές επικεντρώνονταν στην ποσότητα της πληροφορίας, παραλείποντας ίσως σοβαρές πλευρές του θέματος. Ταυτόχρονα έδιναν την εντύπωση ότι η διαδικασία της πρόληψης περνάει μόνο μέσα από νοητικές διεργασίες.

Ανάμεσα στους ομιλητές, πολλές φορές παρεβρισκόταν κάποιος πρώην εξαρτημένος, ο οποίος “έκλεβε την παράσταση” αφού συχνά έκανε “ψυχολογικό στριπ-τιζ” μπροστά σε ένα ακροατήριο αρκετών εκατοντάδων ανθρώπων. Η διάλεξη συνήθως δινόταν σε κάποια κεντρική αίθουσα της πόλης, η οποία πολλές φορές ήταν το θέατρο. Το κοινό απαρτιζόταν από ανθρώπους όλων των ηλικιών και βέβαια παρεβρίσκονταν οι αρχές και οι παράγοντες της τοπικής κοινωνίας.

Η προαναφερόμενη περιγραφή ήταν απαραίτητη γιατί έχει σημασία ο χώρος που διεξάγεται η διάλεξη, όπως και το μοντέλο που ακολουθείται. Εξάλλου, σε παρόμοια “σηηνικά”, τηρουμένων των αναλογιών, έχει παραβρεθεί ο καθένας μας σε ημερίδες, συνέδρια, τηλεοπτικές εκπομπές, στρογγυλά τραπέζια κλπ.

Παραθέτω τις ερωτήσεις του ακροατηρίου προς τους ομιλητές, οι οποίες, σε γενικές γραμμές, ήταν παρόμοιες σε όλες αυτές τις διαλέξεις - συζητήσεις. Από τις ερωτήσεις επίσης μπορεί κανείς να κατανοήσει τις αντιλήψεις, τη νοοτροπία, τους επηρεασμούς, τις ευαισθησίες όπως και τις ανησυχίες των ανθρώπων αυτών.

Οι ερωτήσεις λοιπόν που συγκεντρώθηκαν ήταν:

- Πώς θα καταλάβω ότι το παιδί μου παίρνει ναρκωτικά;
- Τι να κάνω ώστε το παιδί μου να μην παίρνει ναρκωτικά;
- Τι μπορούμε να κάνουμε στην περιοχή μας για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών;
- Τι να κάνουμε για την πληροφόρηση στα σχολεία;
- Ποιά είναι η γνώμη σας για το διαχωρισμό των ναρκωτικών σε σκληρά και μαλακά;
- Θα πρέπει να υπάρχει η θανατική ποινή για τους εμπόρους ναρκωτικών;
- Κάνω χρήση χασίς, έχω πρόβλημα;
- Πώς ήταν η πρώτη φορά που πήρες ναρκωτικά; Πώς ένιωθες;
(Η ερώτηση απευθυνόταν σε πρώην εξαρτημένο)
- Η αστυνομία είναι αποτελεσματική στη δίωξη των ναρκωτικών;
- Θα πρέπει να καλούμε την αστυνομία, όταν παρατηρούμε ύποπτες κινήσεις στα σχολεία;
- Πού βρίσκει κανείς τα ναρκωτικά;
- Πόσο φταίει η οικογένεια για τα ναρκωτικά;
- Τι να ζητήσουμε από την πολιτεία για την πρόληψη;

- Ποιά η γνώμη σας για την αποποινικοποίηση;
- Όταν ένας φίλος έχει πρόβλημα με ναρκωτικά τί να κάνω;
- Ποιά είναι η σχέση αλκοόλ - ναρκωτικών;
- Τι είναι σωματική και τί ψυχική εξάρτηση;
- Ποιά είναι η γνώμη σας για τα χάπια και τα άλλα φάρμακα;
- Η δουλειά, η παιδεία, ο αθλητισμός είναι όπλα κατά των ναρκωτικών;
- Τι μπορούμε να κάνουμε για τη δημιουργία ενός Συμβουλευτικού Σταθμού;
- Ποιά είναι η επικίνδυνη ηλικία δοκιμής των ναρκωτικών;
- Ποιοί είναι οι έμποροι ναρκωτικών;
- Ποιά η σχέση τσιγάρου - ναρκωτικών;
- Ποιά είναι η συμπεριφορά του τοξικομανή;
- Τι είναι η πρόληψη;
- Τι μπορούμε να κάνουμε τώρα άμεσα για τα ναρκωτικά;
- Το κύκλωμα των εμπορών αφήνει κάποιον τοξικομανή να ξεφύγει από τα ναρκωτικά;
- Είναι σωστή η υπάρχουσα νομοθεσία για τα ναρκωτικά;
- Ο τοξικομανής είναι άρρωστος;
- Τι πιστεύετε για την υποχρεωτική θεραπεία;
- Τι πρέπει να κάνουμε με χώρους όπως η ντίσκο, οι καφετέριες, όπου γίνεται διακίνηση ναρκωτικών;
- Τι είναι και τι θλάβες επιφέρουν το χασίς, η ηρωίνη, η κοκαΐνη κ.λπ.;
- Ποιά κοινωνικά στρώματα είναι επιρρεπή στα ναρκωτικά;
- Πώς γίνεται η διακίνηση των ναρκωτικών;
- Μήπως είναι ανθρώπινο δικαίωμα η χρήση ναρκωτικών;
- Οι μικρές επαναλαμβανόμενες δόσεις μπορεί να είναι επικίνδυνες;
- Θα μπορούσε να είναι πράξη αντίστασης η χρήση ναρκωτικών;
- Ποιές είναι οι ομάδες υψηλού κινδύνου;
- Πόσο επηρεάζουν οι “κακές παρέες” ένα νέο, ώστε να πέσει στα ναρκωτικά;
- Τα ναρκωτικά είναι ξενόφερτος τρόπος ζωής;
- Πώς κρίνετε το ότι πολλά είδωλα της νεολαίας χρησιμοποιούν ναρκωτικά;
- Το χασίς είναι σκαλοπάτι για να οδηγηθεί κανείς σε “άλλα” ναρκωτικά;
- Η μαγεία του απαγορευμένου, μήπως ωθεί τους νέους στα ναρκωτικά;
- Σε ποιούς γιατρούς ή άλλους ειδικούς, πρέπει να απευθυνθούμε όταν αντιμετωπίζουμε πρόβλημα ναρκωτικών;

Οι ερωτήσεις είναι πολλές και πιθανόν κουραστικές στην ανάγνωση. Αν όμως ταξινομηθούν και επεξεργασθούν είναι δυνατό να μας βοηθήσουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων.

Το ενδιαφέρον είναι ότι οι ερωτώντες πολλές φορές περίμεναν “καθορισμένες” απαντήσεις ή καλύτερα “καθορισμένο” μοντέλο απαντήσεων. Ετσι ώστε να επιβεβαιώνονται οι ερωτήσεις και οι απόψεις τους. Αν ο ομιλητής δεν λειτουργούσε σε αυτό το μοντέλο τον αμφισβητούσαν.

Άλλες φορές πάλι περιμέναν απαντήσεις - λύσεις χωρίς να θέλουν να δεχθούν τη σχετικότητα και την πολυμορφία του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης. Φαίνεται λοιπόν ότι, η ενημέρωση - πρόληψη γινόταν αντιληπτή σαν είδος κατανάλωσης. Σαν ένα είδος θεάτρου ερωτήσεων και απαντήσεων. Έτσι, παράλληλα με το μύθο των ναρκωτικών σταδιακά δημιουργήθηκε ο μύθος της ενημέρωσης - πρόληψης.

Ένα μεγάλο μέρος αυτών των διαλέξεων - συζητήσεων καταλαμβάνουν τα αίτια της τοξικοεξάρτησης. Αιτίες όπωσδήποτε υπάρχουν και είναι πολλές. Αν όμως κανείς σταθεί επιγραμματικά και αποσπασματικά μάλλον δεν βοηθά τον ακροατή - καταναλωτή. Ο ακροατής συνήθως προσπαθεί να προσαρμόσει τα αίτια στις καταστάσεις που ζει ο ίδιος και ο περιγυρός του.

Αν λοιπόν “οι κακές παρέες” μπορεί να οδηγήσουν τα παιδιά του στα ναρκωτικά, αυτός δεν έχει πρόβλημα γιατί ελέγχει τις παρέες των παιδιών του. Αν πάλι οι διαλυμένες οικογένειες αποτελούν αιτία που τα παιδιά παίρνουν ναρκωτικά, ο ίδιος δεν έχει πρόβλημα γιατί αυτός δεν έχει διαλυμένη οικογένεια κ.λπ.

Οι αιτίες, όπως είπαμε, είναι πολλές. Αν ταξινομούνται, αυτό γίνεται ώστε να διευκολυνθεί η μελέτη και η ανάλυσή τους, χωρίς παράλληλα να παραβλέπονται αλληλοσχέσεις και διαπλοκές που τις χαρακτηρίζουν. Οι αιτίες της τοξικοεξάρτησης δεν είναι ένα σύνολο, που με μια αριθμητική πράξη ή μια μηχανιστική μέθοδο, θα αποδώσει το αποτέλεσμα και κατά συνέπεια την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ας μη λησμονούμε ακόμη, ότι το αποτέλεσμα δεν είναι πάντα πιστή “αντανάκλαση” της αιτίας. Συχνά, το αποτέλεσμα αναπαράγεται και διαφέρει κατά πολύ από την αιτία.

Στις συζητήσεις, διαλέξεις, εκπομπές κ.λπ. του είδους που προαναφέρθηκε, αρκετές φορές, άλλοτε άμεσα και άλλοτε έμμεσα, υπάρχει μια κατασταλτική λογική. Είναι φυσικό βέβαια, αφού με αυτό τον τρόπο δίνεται η γρήγορη και εύκολη “λύση” μέσα στα πλαίσια της καταναλωτικής φιλοσοφίας πάντοτε. Τέλος, τις διακρίνει ένας έντονος πατερναλισμός και μια διάχυτη ηθικολογία στο δίπολο “καλό ή κακό”.

Συμπερασματικά, οι προσπάθειες δεν μπορεί να στραφούν μόνο στην αντιμετώπιση των “ναρκωτικών”, του μύθου τους, της δραματοποίησής τους, της τρομολαγνείας, της παραποίησης, της σύγχισης. Ενδεχομένως, πρέπει να στραφούν και στην αντιμετώπιση της πρόληψης.

Σήμερα οι άνθρωποι και ιδιαίτερα οι νέοι άνθρωποι, δέχονται ένα καταγισμό παραστάσεων και ήχων που διαμορφώνουν τις στάσεις τους, παρότι αυτές οι εξωτερικές επιδράσεις δεν μπορούν να εξαλειφθούν εντελώς. Οι άνθρωποι έχουν την ικανότητα να ανακαλύψουν στάσεις που θα είναι αποτέλεσμα της δικής τους επιλογής. Επίσης είναι θεμιτή κάθε βοήθεια προς αυτή την κατεύθυνση, αρκεί ο “προληπτής” να κάνει προτάσεις και όχι υποδείξεις. Αρκεί να μην είναι “πατέρας”, ηθικολόγος ή “χωροφύλακας”. Να μπορεί να δείχνει ότι πάντα υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις στη ζωή και ότι υπάρχουν πολλά χρώματα και όχι μόνο άσπρο - μαύρο. Τέλος, στη ζωή υπάρχουν οι καταφάσεις και οι αρνήσεις και είναι ανθρώπινο δικαίωμα να χρησιμοποιούνται αμφότερες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- 1) Αρχείο ΕΣΥΝ, 1984 - 1992.
- 2) Γρίβας Κ., *Ναρκοτικά και εξουσία*, Εκδοτική Θεσ/κης, 1990.
- 3) Δήμος Αθηναίων, *Ερευνα για την πρόληψη της τοξικοεξάρτησης*, 1994.
- 4) ΕΣΥΝ, *Ναρκοτικά - Κοινωνικά αίτια, πρόληψη, θεραπεία*, Σ.Ε., 1990.
- 5) Μεσημέρη Σ., *Η ψυχολογία των ναρκομανών - ΤΑΜΑΣΟΣ*
- 6) Πανούση Γ., *Ναρκοτικά : η άλλη όψη του Πραγματικού*, Σάκουλα 1982.
- 7) Στριγγάρη Μ., *Χασίς*, Αθήνα 1964.
- 8) Τσίλη Σ., *Τοξικομανία : Μια άλλη προσέγγιση*, Ε.ΚΚ.Ε, Τ.66, 1987.
- 9) Τσιλιχρήστος Ν., *Ναρκοτικά . Οχι η Ιθάκη δεν είναι εδώ*, Καστανιώτης, 1991.

5. ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΤΑΣΕΙΣ

Χάιδου Ανθοζωή

*Επίκουρος Καθηγήτρια Εγκληματολογίας,
Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο*

1. Γενικά για τις τοξικές ουσίες

Αρχικά θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο όρος “ναρκωτικά”, τόσο από ετυμολογική άποψη όσο και από επιστημονική, είναι λανθασμένος, διότι υποδηλώνει ουσίες που “ναρκώνουν”, που θέτουν το άτομο σε “λήθαργο”. Οι ναρκωτικές όμως ουσίες αποτελούν ένα μέρος μόνο των ουσιών που αναφέρονται στα νομοθετικά κείμενα και περιλαμβάνονται στον όρο “ναρκωτικά”. Ορθότερο είναι να γίνεται λόγος για “τοξικές ουσίες”, ουσίες οι οποίες έχουν τοξικές δυνατότητες, προκαλούν δηλαδή στο άτομο εξάρτηση από την οποία δεν μπορεί να απαλλαγεί χωρίς επίπονες προσπάθειες και χωρίς τη βοήθεια ειδικών, και στη χειρότερη περίπτωση είναι δυνατόν να προκαλέσουν ακόμα και θάνατο.

Η διάκριση των ουσιών μπορεί να γίνει είτε ανάλογα με την επίδραση που ασκούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, είτε ανάλογα με την ανοχή του οργανισμού σε αυτές, σε συνάρτηση με την τοξικότητα που έχουν:

Όσον αφορά την επίδρασή τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα μπορούν να διαιρεθούν σε διεγερτικές (όπως λ.χ. οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η καφεΐνη και η κάνναβις), κατασταλτικές (όπως λ.χ. η μορφίνη, η ηρωίνη, η κωδεΐνη, τα βαρβιτουρικά και οι διαλύτες) ή παραισθησιογόνες (όπως λ.χ. η μεσκαλίνη και το LSD).

Η τοξικότητα έχει σχέση με το βαθμό επίδρασης της ουσίας στον ανθρώπινο οργανισμό. Αν υπερβεί το όριο, μέχρι το οποίο μπορεί να παρατηρηθούν τα σχετικά με τη συγκεκριμένη ουσία αποτελέσματα, τότε το άτομο μπορεί να δηλητηριαστεί, ακόμα και να πεθάνει. Η ανοχή είναι ο βαθμός ανοχής του οργανισμού στις επιδράσεις μιας ουσίας, για να φτάσει δε το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα θα πρέπει να παίρνει όλο και μεγαλύτερες δόσεις. Για

παράδειγμα, ουσίες χωρίς καμία σχεδόν τοξικότητα είναι η κάνναβη και το LSD. Ουσίες με μικρή τοξικότητα και χαμηλό βαθμό ανοχής είναι η νικοτίνη, η αιθυλική αλκοόλη και η καφεΐνη. Τέλος, ουσίες μεγαλύτερης τοξικότητας και υψηλού βαθμού ανοχής είναι η μορφίνη, η ηρωίνη, η κοκαΐνη, τα βαρβιτουρικά και οι αμφεταμίνες.

Στο νόμο ο όρος “ναρκωτικά” υποδηλώνει ουσίες τεχνητές ή φυσικές, που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και προκαλούν εξάρτηση του ατόμου από αυτές (άρθρο 4, παρ. 1 του ν. 1728/87). Διακρίνονται τεχνητά, και ανεξάρτητα από τη συμπτωματολογία τους, τέσσερις βασικές κατηγορίες ουσιών (που περιέχονται σε φάρμακα ή όχι), των πρώτων υλών και των παραγώγων τους, καθώς και τρεις κατηγορίες προδρόμων ουσιών παρασκευής ναρκωτικών (άρθρο 9 του ν. 2161/93). Περιγράφονται συγκεκριμένα οι διάφοροι περιορισμοί σχετικά με την προμήθεια, την εμπορία, τη διακίνησή τους κλπ., καθώς και οι σχετικές ποινικές κυρώσεις που προβλέπονται.

Θα πρέπει στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι οι κυριότερες ουσίες, οι οποίες απαντώνται σήμερα στα περισσότερα νομοθετήματα ως απαγορευμένες, ή στην καλύτερη περίπτωση χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή, υπήρξαν καθ’ όλα νόμιμες την εποχή που έκαναν την πρώτη τους εμφάνιση, και το χαρακτηριστικό τους γνώρισμα ήταν ότι κάθε μία από αυτές εμφανίστηκε για να καταπολεμήσει την εξάρτηση που δημιουργούσε κάποια προηγούμενη.

Συγκεκριμένα, το 1832 παράγεται εκχύλισμα κωδεΐνης, ως φάρμακο για την εξάρτηση από το όπιο, για το βήχα και τους πόνους. Το 1856 εμφανίζεται η ενέσιμη μορφίνη, ως ισχυρό αναλγητικό, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν μορφινομανείς. Ακολουθεί η κοκαΐνη, για να καταπολεμήσει την εξάρτηση από την κωδεΐνη και αποτελεί συγχρόνως φάρμακο για τους μορφινομανείς. Έτσι, τέλη του 19ου αιώνα έχουμε εξαρτημένους από την κωδεΐνη, τη μορφίνη και την κοκαΐνη. Την ίδια εποχή, και συγκεκριμένα το 1898, η Bayer παρουσιάζει την ηρωίνη, ως ουσία που θεραπεύει κάθε είδους εξάρτηση. Κυκλοφορεί ελεύθερα στην αγορά, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ηρωινομανών (Lamour & Lamberti, 1986, σελ. 23).

Τέλος, το 1943 η Hoechst προωθεί ελεύθερα στο εμπόριο, ως ισχυρό αναλγητικό, τη μεθαδόνη, ένα συνθετικό παράγωγο της μορφίνης που λαμβάνεται από το στόμα, σε αντίθεση με την ηρωίνη. Πολλοί θεωρούν ότι υποκαθιστά την τελευταία, αν και στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο επισημαίνεται ότι είναι σκόπιμη η αντικατάστασή της από άλλες συνθετικές ουσίες, που να προκαλούν λιγότερο εθισμό.

2. Η αντίδραση των οργάνων του επίσημου κοινωνικού ελέγχου

Μέχρι σήμερα η ποινική καταστολή, πέρα από την τιμωρία και τον εγκλεισμό των πλέον αδυνάτων του όλου συστήματος διακίνησης των ουσιών, δηλαδή των χρηστών (τοξικομανών ή μη), δεν έχει επιφέρει θετικά αποτελέσματα ως προς το παράνομο εμπόριο και τη χρήση, που παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις. Η μόνη συνέπεια είναι να ανεβαίνει διαρκώς η τιμή - το κόστος - της παράνομης ουσίας και να αυξάνουν τα εγκλήματα του κοινού ποινικού δικαίου, και ιδίως τα εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας - τα οποία αποτελούν πλέον το μέσο

για την απόκτηση της δόσης - καθώς και οι περιπτώσεις πορνείας. Εξ άλλου, έχει παρατηρηθεί ότι ο τοξικομανής δεν φοβάται τις ποινές. Οι ψυχολόγοι μάλιστα υποστηρίζουν, ότι υποσυνείδητα επιδιώκει την τιμωρία του, στοιχείο που αποτελεί άλλοθι για τη συνέχεια της χρήσης ουσιών. Τέλος, είναι γνωστό ότι από μόνος του ο εγκλεισμός οδηγεί στη χρήση, τον εθισμό και την εξάρτηση.

Ενώ στην πράξη έχουμε παραπομπές σε δίκη ατόμων που σχετίζονται με πλήθος παραβάσεων του νόμου για τα ναρκωτικά, η καταστολή από τα όργανα του επίσημου κοινωνικού ελέγχου περιορίζεται μόνο στους απλούς χρήστες. Αυτό συμβαίνει διότι οι μεγαλέμποροι, οι οποίοι αποκομίζουν τεράστια κέρδη και δεν έχουν δοσοληψίες με το νόμο, δεν διατρέχουν κίνδυνο σύλληψης, απ' ενός διότι δεν εμφανίζονται πουθενά, απ' ετέρου διότι βρίσκουν υποστηρικτές από επώνυμους του συστήματος, στο οποίο είναι απόλυτα ενταγμένοι. Αντίθετα, το "θαποράκι" ή ο απλός χρήστης, οι οποίοι δεν έχουν την παραμικρή κάλυψη - υποστήριξη, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο εντοπισμού, καταδίκης και περιθωριοποίησης, εφόσον αυτοί εντοπίζονται εύκολα να συναλλάσσονται στην αγορά.

Η αντίδραση των οργάνων του επίσημου κοινωνικού ελέγχου είναι διαφορετική, ανάλογα με τη σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στο άτομο και στις ναρκωτικές ουσίες. Στο νόμο θα πρέπει να διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες: Την περίπτωση που κάποιος είναι απλώς χρήστης, εκείνη που έχουμε εξαρτημένο άτομο, τη διάπραξη εγκλήματος από χρήστη ή εξαρτημένο άτομο και τέλος την εμπορία ναρκωτικών και τις συναφείς με αυτήν πράξεις.

3. Η ελληνική νομοθεσία για τα ναρκωτικά

Το νομοθετικό πλαίσιο στον ελληνικό χώρο για τα ναρκωτικά διαγράφεται μέσα από το νόμο 1729/87 για την "Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις" (που αντικατέστησε το ΝΔ 743/1970), το νόμο 1738/87 ("Σύσταση συμβουλίου πρόληψης της εγκληματικότητας, τροποποίηση διατάξεων του ποινικού κώδικα, των κωδίκων ποινικής και πολιτικής δικονομίας και άλλες διατάξεις") και το νόμο 2161/93: "Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του ν. 1729/87". Ο νέος νόμος είναι αυστηρότερος μεν απέναντι σε εκείνους που εμπορεύονται ή παρασκευάζουν τοξικές ουσίες, επιεικέστερος δε και περισσότερο συγκεκριμένος στις ρυθμίσεις του για το χρήστη.

Φυσικά η αντιμετώπιση είναι διαφορετική ανάλογα με το αν πρόκειται για απλό χρήστη, απλό εξαρτημένο, ή απλό εξαρτημένο που είναι συγχρόνως και δράστης αξιοποιώνων πράξεων, έμπορο (με την ευρεία έννοια του όρου, στην οποία υπάγονται η παρασκευή ή η καλλιέργεια, η εισαγωγή, η προμήθεια, η πώληση, η μεταφορά ή διάθεση κλπ. απαγορευμένων τοξικών ουσιών), άτομο που κάνει κατάχρηση της ιδιότητάς του και, σε κάθε περίπτωση, αν πρόκειται για ενήλικο ή ανήλικο άτομο.

Θα ήταν σκόπιμο η διαφορετική αντιμετώπιση κάθε μιας κατηγορίας ατόμων από το νόμο να περνούσε και με τον ανάλογο βαθμό αποδοκιμασίας στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, διότι πολύ συχνά στην κοινή γνώμη οι απλοί χρήστες ταυτίζονται με τους τοξικο-

μανείς και ακόμη χειρότερα με τους εμπόρους ναρκωτικών ουσιών (Lamour & Lamberti, 1986, σελ. 17).

Συγκεκριμένα, οι περιπτώσεις που προβλέπονται από το νόμο είναι συνοπτικά οι εξής: Ειδικά για το χρήστη τοξικών ουσιών η μέχρι τώρα αντιμετώπιση στο νόμο είχε διττή φυσιογνωμία. Είχαμε ποινή - θεραπεία, είτε σε σωφρονιστικό κατάστημα, είτε σε ψυχιατρείο και στην καλύτερη περίπτωση παραπομπή σε θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων), όταν ο χρήστης - τοξικομανής δεν ήταν εγκληματίας ούτε ασθενής. Για το χρήστη συγκεκριμένα η προβλεπόμενη ποινή ήταν η φυλάκιση. (Άρθρο 12, παρ. 1 του ν. 1729/87). Στην περίπτωση που ο χρήστης δεν είχε καταδικαστεί τελεσίδικα για άλλη παράβαση του νόμου για τα ναρκωτικά, ούτε ήταν εξαρτημένο άτομο, το δικαστήριο μπορούσε να διατάξει την υποχρεωτική παρακολούθηση κάποιου θεραπευτικού προγράμματος (άρθρο 12, παρ. 2 του ν. 1729/87). Στην περίπτωση που ο δράστης ήταν εξαρτημένο άτομο και είχαμε καταδίκη από το δικαστήριο για αξιόποινη πράξη ή κήρυξη ανικανότητας για καταλογοισμό, είχαμε υποχρεωτική εισαγωγή είτε σε κατάλληλο σωφρονιστικό κατάστημα είτε σε άλλο δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα (άρθρο 14 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 20 του ν. 1738/87).

Με το νόμο 2161/93 ακολουθείται (σύμφωνα με το γράμμα του, διότι είναι πολύ πρόσφατος για να ελεγχθεί στην πράξη), ως προς το χρήστη, μια παρόμοια τακτική. Συγκεκριμένα, ισχύουν σήμερα τα εξής: Το ενήλικο άτομο που κάνει απλώς χρήση, προμηθεύεται ή κατέχει ναρκωτικά σε ποσότητα που καλύπτει τις δικές του αποκλειστικά ανάγκες, είτε καλλιεργεί φυτά κάνναβης για δική του και μόνο χρήση, τιμωρείται με φυλάκιση. Η διαπίστωση της εξυπηρέτησης της αποκλειστικά δικής του ανάγκης για τη συγκεκριμένη ουσία, γίνεται με συνεκτίμηση του είδους, της ποσότητας και της καθαρότητας της ουσίας σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του άρθρου 13 του ν. 1729/87. Η ποσότητα όμως της κάθε ναρκωτικής ουσίας, η οποία θεωρείται ότι καλύπτει τις ανάγκες ενός χρήστη ή εξαρτημένου ατόμου, προσδιορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Κατά την επιμέτρηση της ποινής λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός βλαπτικότητας της κάθε ναρκωτικής ουσίας και ιδιαίτερα η κατηγορία στην οποία ανήκει (άρθρο 12, παρ. 1 ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 14 του ν. 2161/93).

Στην περίπτωση δε, που ο χρήστης δεν έχει στο παρελθόν τιμωρηθεί για έγκλημα του νόμου για τα ναρκωτικά, ούτε έχει κριθεί ότι δεν πρέπει να τιμωρηθεί (όταν το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο, εκτιμώντας τις περιστάσεις κάτω από τις οποίες τελέστηρε η πράξη και την προσωπικότητα του δράστη, κρίνει ότι η αξιόποινη πράξη ήταν τελείως συμπτωματική και δεν είναι πιθανόν να επαναληφθεί αυτή ή κάποια άλλη του νόμου για τα ναρκωτικά) και δηλώσει ο ίδιος, μετά την άσκηση της ποινικής δίωξης, ότι επιθυμεί την παρακολούθηση συμβουλευτικού θεραπευτικού προγράμματος ο εισαγγελέας με αιτιολογημένη διάταξή του και έγκριση του εισαγγελέα εφετών, το δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να αναστείλει την πρόοδο της δίκης και να ορίσει το πρόγραμμα που

οφείλει αυτός να παρακολουθήσει (άρθρο 12 παρ. 2 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 14 του ν. 2161/93).

Αν στη συνέχεια ο κατηγορούμενος δεν παρακολουθήσει το πρόγραμμα, ή το παρακολουθεί πλημμελώς, ή γενικά δεν τηρεί τους όρους οι οποίοι του έχουν επιβληθεί σχετικά με αυτό ή αν επακολουθήσει καταδίκη του για παράβαση του νόμου για τα ναρκωτικά, το δικαστήριο ανακαλεί την απόφαση για αναστολή της δίκης και δικάζεται κατ' ουσία η υπόθεση. Στην περίπτωση που παρακολουθήσει με επιτυχία το πρόγραμμα τουλάχιστον για ένα εξάμηνο, μετά από έγγραφη βεβαίωση του διευθυντή του προγράμματος στον αρμόδιο ανακριτή ή εισαγγελέα και με τη σύμφωνη γνώμη του για αποθεραπεία, αφού προηγηθεί ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και εργαστηριακή εξέταση, το αρμόδιο δικαστικό συμβούλιο ή το δικαστήριο μπορεί να κρίνει το δράστη ατιμώρητο.

Η πραγματογνωμοσύνη διεξάγεται από τα ειδικά δημόσια κέντρα απεξάρτησης, από τις ψυχιατρικές κλινικές και τα εργαστήρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Α.Ε.Ι. της χώρας, τις Ιατροδικαστικές Υπηρεσίες, εφόσον διαθέτουν ειδικά εργαστήρια, ή από τα νομαρχιακά ή περιφερειακά νοσοκομεία (άρθρο 12 παρ. 2 και 13 παρ. 2 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκαν από τα άρθρα 14 και 15 του ν. 2161/93).

Παρατηρούμε λοιπόν ότι ο απλός χρήστης, ο οποίος δεν έχει απασχολήσει τη δικαιοσύνη για παρόμοια αδικήματα, μπορεί να αποφύγει την τιμωρία, αρκεί να επιθυμεί την ένταξή του σε κάποιο πρόγραμμα. Εδώ τίθεται το ερώτημα, κατά πόσο η συναίνεση του υποκειμένου για την ένταξή του σε κάποιο πρόγραμμα είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης, ή προκειμένου να αποφύγει τον εγκλεισμό σε κάποιο κατάσταση κράτησης (διότι, ως γνωστό, ειδικά θεραπευτικά καταστήματα δεν έχουν ακόμα συσταθεί), αναγκάζεται να δηλώσει την επιθυμία παρακολούθησης θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης.

Πάντως, είναι θετικό το ότι δίνεται η ευκαιρία στο χρήστη να μην εμπλακεί στις επόμενες φάσεις του συστήματος απονομής ποινικής δικαιοσύνης στα πλαίσια της καταστολής. Έχουν, εξ άλλου, επισημανθεί τα οφέλη από τη μη καταστολή της χρήσης ναρκωτικών, τα οποία ανάγονται τόσο στο πεδίο της ειδικής πρόληψης, όσο και στον τομέα της γενικής πρόληψης. (Παρασκευόπουλος, 1989, σελ. 35 επ.).

Για την ειδική πρόληψη συγκεκριμένα, η εμπλοκή του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης οδηγεί με βεβαιότητα σε περιθωριοποίηση και επιδείνωση της κοινωνικής θέσης των νέων. Ο δε εγκλεισμός στη φυλακή θα είχε ως αποτέλεσμα την κατάληξη και των μη εθισμένων χρηστών στην τοξικομανία, διότι είναι γνωστή η διακίνηση ναρκωτικών στα σωφρονιστικά καταστήματα της χώρας. Σχετικά με τη γενική πρόληψη, έχει αποδειχθεί ότι οι αυστηρές ποινές δεν αποτρέπουν. Στην Ελλάδα συγκεκριμένα, η ολοένα και αυστηρότερη ποινική νομοθεσία για τα ναρκωτικά από το 1954 και μετά, είχε ως αποτέλεσμα αντί για μείωση την αύξηση του δείκτη εγκληματικότητας, η οποία σχετίζεται με τα ναρκωτικά.

Εξ άλλου η χρήση ναρκωτικών ουσιών, ως αυτοκαταστροφική πράξη, στην οποία δράστης και φορέας του προσβαλλομένου αγαθού ταυτίζονται, δεν πρέπει να ποινικοποιείται,

διότι κάτι τέτοιο θα ερχόταν σε αντίθεση με το Σύνταγμα και θα εξυπηρετούσε απλώς μια συγκεκριμένη πολιτική. Σύμφωνα με το Σύνταγμα (άρθρο 7 παρ. 1) και κατά τον ποινικό κώδικα (άρθρο 14) για να τιμωρηθεί ο πολίτης πρέπει να έχουμε πράξη, η οποία να στρέφεται κατ' άλλου. Τόσο όμως η χρήση όσο και η κατοχή της ποσότητας που απαιτείται για τη χρήση δεν εμπίπτουν στην έννοια της "πράξης" που απαιτείται από το νόμο (βλ. αναλυτικά τη σχετική προβληματική στον Παρασκευόπουλο, Ε.Ε.Ε., 1989, σελ. 65 επ.).

Στην περίπτωση που έχουμε όχι απλώς χρήστη, αλλά ένα εξαρτημένο άτομο, που δεν μπορεί να αποβάλει την έξη της χρήσης ναρκωτικών με τις δικές του δυνάμεις, έχουμε μια δικαιότερη αντιμετώπιση σε σχέση με το προϊσχύσαν νομοθετικό καθεστώς. Ο εξαρτημένος υποβάλλεται σε ειδική μεταχείριση και συγκεκριμένα:

Κατά το στάδιο της προδικασίας, αν μέσα σε 24 ώρες από τη σύλληψή του ή κατά την αρχική απολογία του δηλώσει ότι είναι τοξικομανής, εκείνος που ενεργεί την προανάκριση ή την κύρια ανάκριση διατάσσει υποχρεωτικά τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, τό αργότερο μέσα σε 24 ώρες από τη σύλληψή του ή την αρχική του απολογία. Οι πραγματογνώμονες εξετάζουν τον κατηγορούμενο αμέσως μόλις τους γνωστοποιηθεί η σχετική παραγγελία, το αργότερο μέσα σε 48 ώρες και ακολούθως συντάσσουν και υποβάλλουν την έκθεσή τους, όσο το δυνατό ταχύτερα. Στην περίπτωση που αποφανθούν ότι υπάρχει εξάρτηση, πρέπει να καθορίσουν και το είδος της (σωματική ή ψυχική), το βαθμό της, την ουσία που χρησιμοποιήθηκε, την ημερήσια δόση και την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (άρθρο 13 παρ. 2 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 15 του ν. 2161/93).

Αν το εξαρτημένο άτομο προμηθεύεται ή κατέχει ναρκωτικά σε ποσότητα που καλύπτει τις δικές του αποκλειστικά ανάγκες, είτε καλλιεργεί φυτά κάνναβης για δική του και μόνο χρήση, παραμένει ατιμώρητο (άρθρο 13 παρ. 4 εδ. α' του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 15 του ν. 2161/93). Αντίθετα ο απλός χρήστης, τιμωρείται με φυλάκιση.

Παρατηρούμε ότι η νομοθετική ρύθμιση για τον τοξικομανή είναι ευμενέστερη και αυτό γίνεται διότι το συγκεκριμένο άτομο δεν είναι σε θέση πλέον να αποβάλει την έξη με τις δικές του δυνάμεις και χρειάζεται ειδική μεταχείριση σε σχέση με τον απλό χρήστη. Για το λόγο αυτό προβλέπεται επίσης, στην περίπτωση που ο ίδιος ο τοξικομανής το επιθυμεί, να εισαχθεί με απόφαση του δικαστηρίου σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα για σωματική απεξάρτηση. Αν μετά τη σωματική απεξάρτηση δηλώσει, ότι επιθυμεί να συνεχίσει τη θεραπεία για ψυχική απεξάρτηση, μπορεί να ακολουθήσει πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα.

Είναι διεθνώς παραδεκτό ότι η εκούσια συμμετοχή του εξαρτημένου ατόμου σε θεραπευτικό πρόγραμμα έχει επιτυχή αποτελέσματα σε αντίθεση με εκείνο που υποβάλλεται υποχρεωτικά σε μια τέτοια αγωγή (Κουκουτσάκη, 1991, σελ. 290). Επομένως, είναι θετικό το ότι στο νόμο γίνεται αναφορά για εκούσια συμμετοχή του τοξικομανή σε θεραπευτικά προγράμματα.

Όταν ο χρήστης ή ο τοξικομανής διαπράττει αξιόποινή πράξη, μπορεί οι συνθήκες,

κάτω από τις οποίες τελέστηκε το έγκλημα, να αποτελέσουν λόγο αποκλεισμού (άρθρο 34 Π.Κ.) ή μείωσης (άρθρο 36 Π.Κ.) του καταλογισμού, οπότε είτε δεν επιβάλλεται ποινή είτε η ποινή είναι μειωμένη. Αυτό μπορεί να συμβεί κυρίως στις ακόλουθες περιπτώσεις (Δασκαλάκης, 1985, σελ. 154):

- Όταν το έγκλημα διαπράττεται σε κατάσταση σοβαρής διαταραχής της συνείδησης λόγω παραληρήματος, που προκαλεί η κατανάλωση ορισμένων ναρκωτικών ουσιών, όταν φτάσει σε σημείο οξείας δηλητηρίασης.

- Όταν ο δράστης, λόγω παρατεταμένης τοξικομανίας, έχει υποστεί σημαντικές μεταβολές και αλλοιώσεις στην προσωπικότητά του.

- Σε περίπτωση που το έγκλημα τελέστηκε σε περίοδο αναγκαστικής αποκοπής από τη ναρκωτική ουσία και υπό το κράτος των ψυχωτικών και παραληρητικών καταστάσεων που συνοδεύουν συνήθως την κατάσταση αποστήρησης.

- Τέλος, όταν η αξιόποινη πράξη αποβλέπει στην εξεύρεση ναρκωτικής ουσίας ή χρημάτων για την προμήθεια ναρκωτικών και ο δράστης, κατά την τέλεσή της, βρίσκεται σε κατάσταση αποστήρησης.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις ο δράστης βρίσκεται σε κατάσταση που δεν του επιτρέπει τον πλήρη έλεγχο των πράξεών του. Ορισμένες φορές μάλιστα χάνει κάθε δεσμό με την πραγματικότητα και ενεργεί υπό την επίδραση παραισθήσεων. Για τους λόγους αυτούς, ακόμα και κατά το στάδιο της προδικασίας, προκειμένου ο ανακριτής να σχηματίσει ορθή εικόνα για την κατάσταση του κατηγορουμένου, ζητεί από τους πραγματογνώμονες να συμπεριλάβουν στην έκθεσή τους και το βαθμό επίδρασης της εξάρτησης στον καταλογισμό.

Τώρα, αν ένα εξαρτημένο άτομο καταδικαστεί για οποιαδήποτε αξιόποινη πράξη, το δικαστήριο μπορεί να διατάξει την εισαγωγή του για σωματική απεξάρτηση σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης. Αν το ίδιο το άτομο δηλώσει, ότι θέλει να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, το δικαστήριο μπορεί με την καταδικαστική απόφαση να διατάξει την έκτιση μέρους της ποινής σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης, στο οποίο ο δράστης εισάγεται για ψυχική απεξάρτηση μέχρι την αποθεραπεία του. Φυσικά ο χρόνος παραμονής εκεί υπολογίζεται ως χρόνος προσωρινής κράτησης, αν δεν έχει γίνει ακόμη η δίκη, και σε περίπτωση καταδίκης σε ποινή κατά της ελευθερίας, ως χρόνος έκτισης της ποινής (άρθρο 14 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 16 του ν. 2161/93).

Στην περίπτωση που αθωωθεί λόγω έλλειψης καταλογισμού (όπως αναφέρθηκε παραπάνω), το δικαστήριο μπορεί, εφόσον ο δράστης το επιθυμεί, να διατάξει την εισαγωγή του σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα για σωματική απεξάρτηση. Αν μετά τη σωματική απεξάρτηση ο δράστης δηλώσει, ότι επιθυμεί να συνεχίσει τη θεραπεία για ψυχική απεξάρτηση, μπορεί να ακολουθήσει πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα.

Μετά την τροποποίηση του άρθρου 14 του ν. 1729/87 από το ν. 2161/93 θα ήταν

σκόπιο, να προσδιοριστεί το είδος της θεραπείας και οι απαιτούμενες χρονικές φάσεις αυτής, διότι το άρθρο 23 αναφέρει απλώς ως ελάχιστο χρονικό όριο θεραπείας τον ένα χρόνο. Αν στο χρονικό διάστημα αυτό εντάσσεται μόνο η φάση της σωματικής απεξάρτησης, τότε αυτή θα πρέπει να περιοριστεί σε βραχύτερο χρονικό διάστημα, δεδομένου ότι η φάση αυτή διαρκεί μόνο λίγες ημέρες, και να διευκρινιστεί ότι το υπόλοιπο χρονικό διάστημα περιλαμβάνει την ψυχική απεξάρτηση - υποστήριξη. Αλλιώς, αν το άτομο παραμείνει στο συγκεκριμένο για σωματική απεξάρτηση θεραπευτικό κατάστημα πέρα του απαραίτητου χρονικού διαστήματος, θα αρχίσουν να δημιουργούνται προβλήματα, τα οποία ενδεχομένως να ευνοήσουν και την υποτροπή (Κουκουντσάκη, 42ο Δ.Σ.Ε., 1991, σελ. 302 επ.).

Σύμφωνα με νέο νόμο αυξάνεται το κατώτατο όριο χρηματικής ποινής για τα άτομα εκείνα, τα οποία μεταξύ άλλων δραστηριοτήτων (εισάγουν, εξάγουν, εμπορεύονται, εισάγουν ή διευκολύνουν την εισαγωγή ναρκωτικών σε στρατόπεδα, κρατητήρια, φυλακές, νοσηλευτικά ιδρύματα κλπ.), αναμειγνύουν ναρκωτικά σε τρόφιμα ή ποτά, παρασκευάζουν, διακινούν ναρκωτικές ουσίες, καλλιεργούν φυτά από τα οποία παράγονται ναρκωτικές ουσίες, νοθεύουν ή πωλούν νοθευμένα είδη του μονοπωλίου ναρκωτικών, καταρτίζουν πλαστές, νοθεύουν ή χρησιμοποιούν πλαστές ή νοθευμένες ιατρικές συνταγές χορήγησης ναρκωτικών ουσιών με σκοπό τη διακίνησή τους. Η επαπειλούμενη ποινή είναι κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών και χρηματική ποινή από 1.000.000 μέχρι 100.000.000 (άρθρο 5 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 10 του ν. 2161/93).

Επίσης προβλέπονται, μεταξύ άλλων, διακεκριμένες περιπτώσεις (με ποινές καθειρξεως τουλάχιστον 15 ετών και χρηματική ποινή από 5.000.000 μέχρι 150.000.000) για τις προαναφερθείσες πράξεις: Όταν πρόκειται για υπάλληλο που λόγω της υπηρεσίας του ασχολείται με τα ναρκωτικά ή ανήκει στο προσωπικό των καταστημάτων ή των ιδρυμάτων, στα οποία τέλεσε την πράξη, καθώς επίσης και για εκείνον που εισάγει ναρκωτικά, διευκολύνει την εισαγωγή ή διακίνησή τους σε εκπαιδευτικά ιδρύματα ή σε χώρους άθλησης, κατασκηνώσεις, ορφανοτροφεία, φροντιστήρια κλπ. ή ακόμα και σε χώρους που βρίσκονται σε άμεση γειτνίαση με τους προαναφερθέντες (άρθρο 6 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 11 του ν. 2161/93). Πατροί και φαρμακοποιοί, που κάνουν κατάχρηση της ιδιότητάς τους, τιμωρούνται με τις κυρώσεις που προβλέπονται για τους εμπόρους.

Τέλος, αν στις προαναφερθείσες πράξεις οι δράστες, μεταξύ άλλων, χρησιμοποιούν με οποιονδήποτε τρόπο ανήλικα άτομα ή ενεργούν με σκοπό να προκαλέσουν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών από ανήλικους, είναι υπότροποι ή ενεργούν κατ' επάγγελμα ή κατά συνήθεια, τότε έχουμε επιβαρυντικές περιστάσεις, οι οποίες επισύρουν ποινές ισόδιας κάθειρξης και χρηματική ποινή από 10.000.000 μέχρι 200.000.000 (άρθρο 8 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 13 του ν. 2161/93).

Στην περίπτωση, όμως, που ο δράστης των παραπάνω πράξεων είναι εξαρτημένο άτομο, ο νόμος είναι ευμενέστερος και προβλέπει μικρότερες ποινές (βλ. σχετικά άρθρο 15 παρ. 4 ν. 2161/93).

4. Αντιμετώπιση των ανηλίκων

Οι ανήλικοι διακρίνονται σύμφωνα με το ελληνικό ποινικό δίκαιο σε παιδιά (7-12 ετών) και εφήβους (13-17 ετών). Σε περίπτωση διάπραξης εγκλήματος επιβάλλονται από το δικαστήριο ανηλίκων αναμορφωτικά ή θεραπευτικά μέτρα. Ειδικά δε για τους εφήβους μπορεί να επιβληθεί και ποινικός σωφρονισμός, αν κριθεί ότι ο συγκεκριμένος ανήλικος είναι επικίνδυνος να διαπράξει και άλλα εγκλήματα στο μέλλον. Τα αναμορφωτικά μέτρα διακρίνονται σε **εξωιδρυματικά** (επίπληξη, υπεύθυνη επιμέλεια γονέων, υπεύθυνη επιμέλεια ειδικού επιμελητή ανηλίκων) και σε **ιδρυματικά** (εγκλεισμός σε κατάσταση αγωγής). Η διάρκεια του ποινικού σωφρονισμού κυμαίνεται από 5 έως 20 χρόνια, αν για την πράξη που τελέστηκε ο νόμος απειλεί ποινή στέρησης της ελευθερίας ανώτερης από 10 χρόνια. Σε κάθε άλλη περίπτωση το ελάχιστο όριο διάρκειας είναι 6 μήνες και το μέγιστο 10 χρόνια.

Σύμφωνα με το νόμο για τα ναρκωτικά, αν κάποιος ανήλικος τελέσει πράξη που εμπίπτει στις διατάξεις του, εφαρμόζονται οι προαναφερθείσες ρυθμίσεις για τους ανήλικους εγκληματίες που προβλέπονται στον Ποινικό Κώδικα (άρθρα 121 έως 132), εφόσον είναι ευμενέστερες γι' αυτούς (άρθρο 18 παρ. 1 του ν. 1729/87).

Θα ήταν, ίσως, σκοπιμότερο να υπήρχε μια σειρά εναλλακτικών μέτρων αντίδρασης στο νόμο, στην περίπτωση που έχουμε εμπλοκή ανήλικου στα εγκλήματα που περιγράφονται στο νόμο για τα ναρκωτικά, είτε είναι χρήστης είτε όχι. Και αυτό για τους εξής λόγους: Αν εξαιρέσουμε την περίπτωση που έχουμε εξαρτημένο ανήλικο, ο οποίος υπάγεται σε διαφορετικό πλαίσιο μεταχείρισης, συγκρίνοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται για τους ενήλικους για παραβάσεις του νόμου για τα ναρκωτικά, διαπιστώνουμε ότι συνολικά τα μέτρα αντίδρασης που ισχύουν για τους ανήλικους φαίνονται να είναι ευμενέστερα. Στις επί μέρους παραβάσεις όμως παρουσιάζονται διάφορα προβλήματα. Στην περίπτωση του ανήλικου χρήστη ναρκωτικών ουσιών, η φυλάκιση που προβλέπεται για ενήλικο χρήστη είναι σαφώς επαχθέστερο μέτρο από κάποιο εξωιδρυματικό μέτρο, που προβλέπεται για τους ανήλικους. Ακόμη, αν αναλογιστούμε ότι τα εξωιδρυματικά μέτρα είναι ίσως αδύνατο να επιβληθούν από το δικαστήριο ανηλίκων, διότι απουσιάζει το κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, παραμένει στη διακριτική ευχέρεια του δικαστηρίου η τοποθέτηση του ανήλικου σε κατάσταση αγωγής. Η διάρκεια της κύρωσης είναι αόριστη και, στη χειρότερη περίπτωση, που κριθεί επικίνδυνος ο ανήλικος, επιβάλλεται η κύρωση του ποινικού σωφρονισμού, οι αρνητικές συνέπειες της οποίας είναι γνωστές. Αναγκαστικά, επομένως, η ποινή της φυλάκισης (το όριο της οποίας ξεκινά από 10 ημέρες) φαίνεται εδώ να είναι το προσφορότερο μέτρο για τον ανήλικο.

Γι' αυτό θα έπρεπε να ισχύουν για τους ανήλικους εναλλακτικοί τρόποι αντίδρασης. Όπως για παράδειγμα η τοποθέτησή τους σε κατάλληλη ανάδοχη οικογένεια με την παράλληλη επίβλεψη ενός ειδικού επιμελητή ανηλίκων και την παρακολούθηση ενός συμβουλευτικού προγράμματος σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης ουσιών.

Από το 1987 έχει ιδρυθεί το 3ο Τμήμα Ανηλίκων που ανήκει στην Υποδιεύθυνση

Δημόσιας Ασφάλειας της Διεύθυνσης Αττικής. Η εδαφική αρμοδιότητά του επεκτείνεται σε όλη τη δικαιοδοσία της Γενικής Αστυνομικής Διεύθυνσης Αττικής, εκτός των Νησιών. (Σήμερα υπάρχει Τμήμα Ανηλίκων και στη Θεσσαλονίκη και ανάλογο γραφείο στην Πάτρα και το Ηράκλειο της Κρήτης). Τα Τμήματα αυτά έχουν αρμοδιότητα για παραβάσεις του Ποινικού Κώδικα και των Ειδικών Ποινικών Νόμων, εκτός του Νόμου περί Ναρκωτικών και του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας. Θα ήταν σκόπιμο να επιλαμβάνονται και των παραβάσεων του νόμου για τα ναρκωτικά, και όχι απλώς να συνεργάζονται με την Υποδιεύθυνση Δίωξης Ναρκωτικών, διότι η εμπειρία των τελευταίων ετών έχει δείξει, ότι το έργο που επιτελούν έχει θετικά αποτελέσματα.

Εκτός του ότι η σύλληψη των ανηλίκων και η μεταφορά τους γίνεται με διακριτικό τρόπο, για να αποφεύγεται ο στιγματισμός τους (χωρίς χειροπέδες και με αυτοκίνητα με συμβατικές πινακίδες), το προσωπικό ενημερώνει αμέσως το συγγενικό περιβάλλον του ανήλικου, τον Εισαγγελέα ανηλίκων, την Υπηρεσία Επιμελητών ανηλίκων και γενικά κάνει όλες τις απαραίτητες ενέργειες για την ομαλή και ταχεία περάτωση των υποθέσεών τους. Αν αναλογιστούμε, ότι η εμπλοκή των ανηλίκων στις παραβάσεις του νόμου για τα ναρκωτικά γίνεται ολοένα και συχνότερη, αντιλαμβάνεται κανείς τη χρησιμότητα του τμήματος ανηλίκων και στον τομέα αυτό.

Η δυνατότητα που δίνεται από το νόμο στον ενήλικο χρήστη που δεν έχει καταδικαστεί στο παρελθόν, να δηλώσει ότι επιθυμεί να συμμετάσχει σε θεραπευτικό πρόγραμμα, για να απαλλαγεί από την ποινή (άρθρο 12 παρ. 2 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 14 του ν. 2161/93), καθίσταται περισσότερο προβληματική στην περίπτωση ενός ανήλικου. Κι αυτό γιατί λόγω της ανωριμότητάς του δεν είναι σε θέση να δηλώσει υπεύθυνα ότι πράγματι επιθυμεί κάτι τέτοιο. Μια σχετική δήλωση θα γίνεται εντελώς επιτόλαια και θα στοχεύει απλώς στην αποφυγή του εγκλεισμού, με συνέπεια να εμπλακεί ο συγκεκριμένος ανήλικος και πάλι σύντομα στα σχετικά κυκλώματα.

Ειδικά για τα θεραπευτικά μέτρα, τα οποία προβλέπονται μεταξύ άλλων και για τις περιπτώσεις που ο ανήλικος έχει εθισθεί στις ναρκωτικές ουσίες και δεν μπορεί να αποβάλει την έξη αυτή με δικές του δυνάμεις, διατάσσονται από το δικαστήριο ανηλίκων. Η δε παραπομπή γίνεται (σύμφωνα με το νόμο 1729/87) σε θεραπευτικό ή άλλο κατάλληλο κατάστημα (άρθρο 18 παρ. 2 του ν. 1729/87). Για τη διαπίστωση της εξάρτησης του παιδιού ή του εφήβου χρειάζεται και εδώ η διεξαγωγή πραγματογνωμοσύνης από ειδικούς (βλ. σχετικά άρθρο 13 παρ. 2 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 15 του ν. 2161/93).

Μέχρι το 1987 η επιβολή της διάταξης αφορούσε ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις ψυχικά ασθενών, τυφλών, κωφάλαλων, επιληπτικών, που απαιτούσαν ιδιαίτερη μεταχείριση. Η εκτέλεση δε της δικαστικής απόφασης, που επέβαλε θεραπευτικά μέτρα, σήμαινε στην πράξη εισαγωγή στο Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων (Δημόσιο Ψυχιατρείο). Από το 1987 που περιελήφθηκε στη διάταξη η “εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες”,

διατάσσεται η εισαγωγή του ανήλικου σε θεραπευτικό ή άλλο κατάλληλο κατάσταση. Όπως όμως είναι γνωστό, τέτοιο κατάσταση δεν υπάρχει, με αποτέλεσμα να μη μπορεί να εκτελεσθεί η δικαστική απόφαση (Χάιδου, 1989, σελ. 60 επ.). Δίνεται πάντως, και αυτό εφαρμόζεται στην πράξη, η διακριτική ευχέρεια στο δικαστή ανήλικων να επιβάλει στον ανήλικο την παρακολούθηση κάποιου προγράμματος.

Μόλις ο ανήλικος συμπληρώσει το 17ο έτος της ηλικίας του θεωρείται ενήλικος σύμφωνα με το ποινικό δίκαιο και έτσι γι' αυτόν εφαρμόζονται οι προαναφερθείσες διατάξεις που ισχύουν για τα ενήλικα άτομα. Τέλος, στην περίπτωση που ανήλικος έχει εμπλακεί ως συμμετοχος σε αξιόποινες πράξεις του νόμου για τα ναρκωτικά ή σε περίπτωση συνάφειας οποιασδήποτε αξιόποινης πράξης ανήλικου σε αξιόποινες πράξεις του νόμου για τα ναρκωτικά που τελέστηκαν από ενήλικους, η υπόθεση χωρίζεται πάντοτε ως προς τον ανήλικο (άρθρο 18 παρ. 4 του ν. 1729/87).

5. Μέθοδοι απεξάρτησης

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), τοξικομανία είναι μια κατάσταση χρόνιας ή περιοδικής δηλητηρίασης που δημιουργείται από την επανειλημμένη κατανάλωση μιας τοξικής ουσίας φυσικής ή συνθετικής. Τα χαρακτηριστικά της τοξικομανίας είναι: α) μια ακαταμάχητη ανάγκη του υποκειμένου να παίρνει το ναρκωτικό και να αποκτά τούτο με κάθε μέσο, β) μια τάση για συνεχή αύξηση των δόσεων και γ) μια φυσική και ψυχική εξάρτηση από τα αποτελέσματα του ναρκωτικού (Δασκαλάκης, 1985, σελ. 150).

Τοξικομανής είναι σύμφωνα με το νόμο (άρθρο 13 παρ. 1 του ν. 1729/87) εκείνος, που απέκτησε την έξη της χρήσης ναρκωτικών και δεν μπορεί να την αποβάλει με τις δικές του δυνάμεις, ορισμός ο οποίος είναι ευρύτερος από τον ιατρικό, διότι η "έξη" περιλαμβάνει και την ψυχική, πέρα από τη σωματική, εξάρτηση. Η αδυναμία αποβολής της έξης αυτής από το συγκεκριμένο άτομο, με τις δικές του δυνάμεις, τονίζει και το βαθμό εξάρτησης από τη συγκεκριμένη ουσία, και υπογραμμίζεται ως υποκειμενικό κριτήριο για την κάθε περίπτωση (Δασκαλάκης, 1985, σελ. 152).

Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας θεσπίζει ενιαία επιστημονικά κριτήρια για τη διάγνωση της εξάρτησης, η οποία διαπιστώνεται, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είτε από το δικαστήριο, ή από ειδικό κέντρο αποτοξίνωσης, ή από τον αρμόδιο τομέα ανωτάτου εκπαιδευτικού ιδρύματος ή τέλος από την ιατροδικαστική υπηρεσία (άρθρο 13, παρ. 2 του ν. 1729/87).

Οι μέθοδοι απεξάρτησης των τοξικομανών που υπάρχουν σήμερα στοχεύουν είτε σε παρέμβαση στη βιολογική σφαίρα του τοξικομανή είτε στην ψυχολογική του ανασύνθεση. Οι πρώτες μέθοδοι αναφέρονται στις ουσίες και οι δεύτερες στα στεγνά προγράμματα. Στις πρώτες ανήκει η φαρμακευτική αγωγή με μεθαδόνη, με συνεχή μείωση της δόσης και παράλληλη ψυχολογική υποστήριξη. Παράδειγμα εφαρμογής της μεθόδου αυτής αποτελεί η Ολλανδία. Φυσικά και το νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο είναι αρκετά επιεικές σε σχέση με

τη νομοθεσία άλλων χωρών, διευκολύνει την εφαρμογή των προγραμμάτων υπό κρατικό έλεγχο. Συγκεκριμένα, με την Opium Act του 1976 οι ουσίες χωρίστηκαν σε κανναβινοειδείς και σε σκληρές (οπιούχα, κοκαΐνη, βαρβιτουρικά, αμφεταμίνες, LSD). Αποποινικοποιήθηκε η χρήση ουσιών και διώκεται μόνο η διακίνηση. Η χρήση των κανναβινοειδών είναι εντελώς ελεύθερη, ενώ η χρήση των ουσιών της δεύτερης κατηγορίας γίνεται αφορμή σύλληψης των χρηστών μετά από καταγγελία και δεν επιτρέπεται κράτηση πάνω από 6 ώρες (εφόσον δεν συντρέχουν λόγοι άλλου αδικήματος). Ενδεικτικά, για τα τέλη της δεκαετίας του '80 μειώθηκαν οι χρήστες ηρωίνης κατά 50% και οι θάνατοι κατά 20%.

Στην Ελλάδα έχει υποστηριχθεί πρόσφατα να δοκιμασθεί η φαρμακευτική απεξάρτηση από την ηρωίνη με μεθαδόνη. Συνήθως, το πρόγραμμα θεραπείας με μεθαδόνη χωρίζεται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση, διαρκείας δύο μηνών, περιλαμβάνει την ημερήσια χορήγηση από το στόμα 20-40 mg στον εξαρτημένο. Η δεύτερη φάση, διαρκείας εννέα μηνών, σταθεροποιεί τη δόση που χορηγείται στο συγκεκριμένο άτομο. Η τρίτη φάση, τέλος, περιλαμβάνει τη βαθμιαία μείωση της δόσης στον εξαρτημένο. Κατά κανόνα, επισκέπτεται την κλινική δύο φορές την εβδομάδα, υποστηρίζεται δε παράλληλα και ψυχοθεραπευτικά.

Τα θετικά στοιχεία, τα οποία μπορούν να επισημανθούν είναι, ότι η χορήγηση μεθαδόνης επιτρέπει μια βαθμιαία απεξάρτηση από την ηρωίνη χωρίς απότομες μεταβολές, με αποτέλεσμα το εξαρτημένο άτομο να μην αποκόπτεται από το περιβάλλον του σε συνδυασμό με την απομάκρυνσή του από το καθεστώς εκμετάλλευσης, στο οποίο είχε εμπλακεί. Αρνητικό μπορεί να θεωρηθεί το ότι η μέθοδος αυτή απεξάρτησης δεν αφορά άλλες τοξικές ουσίες εκτός της ηρωίνης και ότι η χορήγηση μεθαδόνης ως υποκατάστατου, δημιουργεί νέα κατηγορία εξαρτημένων ατόμων, τους μεθαδονομανείς.

Σήμερα πάντως, η ΕΣΕΑΝ (Επιτροπή Σωστής Ενημέρωσης - Αντιμετώπισης Ναρκωτικών), μέλος και συνεργάτης της Διεθνούς Αντιαπαγορευτικής Ένωσης (LIA) ακολουθεί την πολιτική της Ολλανδίας. Προτείνει αποποινικοποίηση της χρήσης και χορήγηση ηρωίνης υπό κρατικό - υγειονομικό έλεγχο. Λειτουργεί ημεπίσημα (δεν αναγνωρίζεται από την πολιτεία), με ομάδες αυτοβοήθειας, στήριξης, γονέων και γιατρών.

Στο δεύτερο είδος προτάσεων εντάσσονται οι θεραπευτικές κοινότητες. Το 1958 στην Καλιφόρνια έχουμε τη δημιουργία ενός προτύπου κοινότητας για απεξάρτηση. Έκτοτε έχουμε μια σειρά κοινοτήτων με αποκορύφωμα το Day Top Village. Σήμερα, υπάρχουν διάφορες κοινότητες. Κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι αποτελούν στεγνά προγράμματα, χωρίς φάρμακα, και βασίζονται στην υπευθυνότητα, την εντιμότητα και την ειλικρίνεια. Η συμμετοχή είναι εθελοντική και το πρόγραμμα διακρίνεται σε στάδια που ανάλογα με την περίπτωση διαρκούν γύρω στα δύο χρόνια.

Στην Ελλάδα έχουμε ιεραρχημένο μοντέλο με στεγνό πρόγραμμα. Το 1982 ο ψυχίατρος Φοίδος Ζαφειρίδης έκανε πρόταση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σχετικά με την "Οργάνωση της θεραπείας των τοξικομανών". Το 1983 δημιουργήθηκε το ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων), Νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου μέχρι το 1987,

έκτοτε ιδιωτικού. Από τον Αύγουστο του 1983 άρχισε να λειτουργεί το ΚΣΑ (Συμβουλευτικός Σταθμός και Κέντρο Σωματικής Αποτοξίνωσης), το οποίο ενσωματώθηκε στις κοινότητες και το οποίο δεν λειτουργεί πιά. Στο τέλος δε του 1983 συστήθηκε η “Θεραπευτική Κοινότητα Ιθάκη” στη Σίνδο, έξω από τη Θεσσαλονίκη, σε ένα αγρόκτημα με καλλιεργήσιμη γη και διάφορα εργαστήρια.

Σήμερα στο ΚΕΘΕΑ ανήκουν έξι θεραπευτικές κοινότητες (“Ιθάκη” - Σίνδος, “Παρέμβαση” - “Νόστος-Σαλαμίνα”, Ραφήνα, “Έξοδος” - Λάρισα, “Στροφή” - Αθήνα, “Διάβαση” - Αθήνα), Κινητό Κέντρο Ενημέρωσης (“Πήγασος”), κέντρα ενημέρωσης και εισαγωγής και επανένταξης (κέντρο ενημέρωσης ΚΕΘΕΑ, Κέντρο ενημέρωσης και εισαγωγής, Κέντρο εισαγωγής “Διάβαση”, Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης Αθήνας, Κέντρο Ενημέρωσης “Στροφή για Εφήβους”, Κέντρο εισαγωγής “Στροφή”, ξενώνας “Στροφή”, Πρόγραμμα Οικογένειας).

Τα έσοδα του ΚΕΘΕΑ προέρχονται από το Υπουργείο και τους γονείς. Αποτελεί μια ιεραρχημένη κοινότητα της οποίας το πρόγραμμα διαρκεί 20 μήνες περίπου. Η πρώτη φάση είναι ιεραρχημένη και διαρκεί 9 μήνες. Η δεύτερη είναι πιο δημοκρατική και χωρίζεται σε τρία στάδια: στους πρώτους 6 μήνες, όπου είναι κανείς βοηθός συντονιστή, στην προεπανάταξη, που διαρκεί 5 μήνες στην οποία το μέλος μένει στην κοινότητα και εργάζεται στην πόλη, και στην επανένταξη, όπου το άτομο ζει και εργάζεται στην πόλη. Σε περίπτωση που διακόπτει το μέλος το πρόγραμμα, επαναλαμβάνεται η διαδικασία από την αρχή.

Αξίζει να αναφερθεί ότι, σχετικά με το είδος του καταστήματος, στο οποίο πρέπει να γίνεται η αποτοξίνωση και θεραπεία, υπάρχει διχογνωμία. Αν στο θεραπευτικό κατάστημα συμβιώνουν πολλοί τοξικομανείς μαζί και βρίσκονται σε συνεχή επαφή, υπάρχει ο κίνδυνος δημιουργίας μιας υποπολιτισμικής ομάδας η οποία, πέρα από τον κοινωνικό στιγματισμό στον οποίο εκτίθεται, αποτελεί στο σύνολό της παράγοντα αντίστασης στη θεραπευτική αγωγή. Γι’ αυτό έχει υποστηριχθεί ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη, όταν υπάρχει συμβίωση των τοξικομανών με άλλους ασθενείς, σε κοινά θεραπευτήρια (Δασκαλάκης, 1985, σελ. 156 επ.).

Τη θεραπεία και την κοινωνικο-οικονομική ένταξη αναλαμβάνει το ΚΕΘΕΑ με έδρα τη Θεσσαλονίκη. Επιπρόσθετα, στους κρατικούς φορείς ανήκουν το Τμήμα Καταπολέμησης Αλκοολισμού και Τοξικομανίας του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας, το Κέντρο Ενημέρωσης για τα Ναρκωτικά του Υπουργείου Δικαιοσύνης, η Γραμματεία Νέας Γενιάς - Διεύθυνση Κοινωνικής Πολιτικής, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής - Πρόγραμμα “Ίάσων”, το Αιγινήτειο Νοσοκομείο - Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, η Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών και Αλκοολικών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών και το Κέντρο Άμεσης Ψυχολογικής Υποστήριξης.

Πρόσφατα έχουμε τη σύσταση του ΟΚΑΝΑ (Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών), Νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, αυτοδιοικούμενο, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (βλ. σχετικά άρθρα 1 επ. του ν. 2161/93). Δυστυχώς, οι περισσότερες διατάξεις που αφορούν στη σύσταση και τη λειτουργία του

αναλώνονται σε διοικητικά και διαδικαστικά θέματα, χαρακτηρίζονται από αοριστολογία και μεγαλοστομία. Οι δε αρμοδιότητες του ΟΚΑΝΑ έχουν κυρίως συμβουλευτικό και ενημερωτικό χαρακτήρα και όχι θεραπευτικό χαρακτήρα. Θετικά μπορεί να θεωρηθούν μόνο τα προγράμματα πρόληψης που αναφέρει, στοιχείο βασικό που δυστυχώς μέχρι σήμερα απουσιάζει από την πολιτική που ακολουθείται για την καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα.

Στους μη κρατικούς φορείς εντάσσονται, μεταξύ άλλων, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, ο ΠΑΝΤΑ (Πανελλήνιος Αντιναρκωτικός Αγώνας), ο ΣΑΤ (Σύνδεσμος Αποκατάστασης Τοξικομανών), η Ελληνική Εταιρεία Εναντία στην Εξάρτηση (4Ε), το Εθνικό Συμβούλιο κατά των Ναρκωτικών, η Μητρόπολη Δημητριάδος, ο Σύλλογος Γονέων και Φίλων Θεραπευτικής Κοινότητας Ιθάκης, οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί και Ανώνυμοι Εξαρτημένοι, η ΕΣΣΕΑΝ (Επιτροπή για Σωστή Ενημέρωση και Αντιμετώπιση Ναρκωτικών), η ΠΑΣΕΝ (Πανελλήνια Συντονιστική Επιτροπή Ναρκωτικών), το ΚΕΕΓΕΝ (Κέντρο Έρευνας και Επιμόρφωσης Γονέων Ελλάδας κατά των Ναρκωτικών), και η Ελληνική Εταιρεία ενάντια στην Εξάρτηση. Παρατηρείται δε μια τάση αύξησης των ομάδων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής λειτουργεί, με εξαιρετικά αποτελέσματα τα τελευταία χρόνια, συμβουλευτικός σταθμός της μονάδας απεξάρτησης αλκοολικών - τοξικομανών ("18 Άνω"). Το πρόγραμμα είναι εθελοντικό, απευθύνεται σε όλους τους χρήστες (ανεξαρτήτως ηλικίας) που έχουν θετικό κίνητρο και διατυπώνουν το αίτημα της ένταξής τους σε αυτό υπογράφοντας το σχετικό "συμβόλαιο". Διαρκεί ενάμισι περίπου χρόνο και περιλαμβάνει τρεις φάσεις - της "ευαισθητοποίησης", της "ψυχολογικής απεξάρτησης" και της "κοινωνικής επανένταξης". Κατά τη φάση της σωματικής απεξάρτησης αντιμετωπίζεται το στερητικό σύνδρομο χωρίς υποκατάστατα της ουσίας, από την οποία είναι εξαρτημένο το άτομο. Στο Συμβουλευτικό Σταθμό πραγματοποιείται η πρώτη φάση, της ευαισθητοποίησης του εξαρτημένου ατόμου και της σταθεροποίησης της απόφασής του. Η δεύτερη φάση της ψυχολογικής απεξάρτησης γίνεται στο ειδικό τμήμα ψυχικής απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α., και διαρκεί περίπου 5 μήνες, χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων. Το πρόγραμμα προϋποθέτει την πλήρη αποχή του ατόμου από κάθε ουσία από τη στιγμή της ένταξής του σε αυτό και βασίζεται στην ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και στην ομάδα Α.Ν. ("Ανώνυμων Ναρκομανών"), τη δραματοθεραπεία, τις συλλογικές δραστηριότητες, την εργοθεραπεία, καθώς και την ομαδική ζωή. Τα εξαρτημένα άτομα μαθαίνουν να συμβιώνουν, να μοιράζονται πραγματικά τη ζωή τους με τα άλλα εξαρτημένα άτομα, να την οργανώνουν και να οργανώνονται τα ίδια ως προσωπικότητες. Μαθαίνουν να πολεμούν την αδράνεια και την παθητικότητα, να παίρνουν πρωτοβουλίες, να είναι υπεύθυνα, να γνωρίζουν τον εαυτό τους και να τον αλλάζουν καθημερινά, να θέτουν στόχους και να τους επιδιώκουν, να δεσμεύονται και να τηρούν τις δεσμεύσεις τους. Η τρίτη φάση αφορά την κοινωνική επανένταξη, που περιλαμβάνει δεδαίως και την επαγγελματική και κοινωνική τους αποκατάσταση.

Η παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας αφορά και την οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου από την πρώτη στιγμή που εντάσσεται στο πρόγραμμα και μέχρι να το ολοκληρώσει. Ο τύπος της παρέμβασης καθορίζεται κατά περίπτωση πάντα με θεραπευτικά κριτήρια. Γενικά, η συνεργασία της Μονάδας με την οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου είναι αναγκαία για την ανάπτυξη κάθε θεραπευτικού έργου.

6. Παραδείγματα από την ευρωπαϊκή νομοθεσία

Αναφορικά με τη νομοθεσία άλλων χωρών, όλα σχεδόν τα ευρωπαϊκά κράτη έχουν υιοθετήσει απαγορευτικά μοντέλα ελέγχου των ναρκωτικών με μικρές διαφορές στα κατ' ιδίαν ποινικά νομοθετήματα (Albrecht & Kalmthout, 1989, σελ. 444 επ.).

Στην Αυστρία και στη Γερμανία γίνεται βασική διάκριση χρηστών και εμπόρων, η αντιμετώπιση των οποίων μοιάζει με εκείνη της ελληνικής νομοθεσίας. Στο Βέλγιο, αφ' ενός δεν γίνεται διάκριση μαλακών και σκληρών ναρκωτικών, αφ' ετέρου δεν προβλέπεται επεικέστερη ρύθμιση για τους χρήστες.

Η Δανία ακολουθεί φιλελεύθερη πολιτική για τα μαλακά ναρκωτικά, ενώ για τα σκληρά ακολουθεί το κατασταλτικό μοντέλο της Νορβηγίας και της Σουηδίας. Στη Γαλλία η διάκριση δεν γίνεται σε σκληρά και μαλακά ναρκωτικά, αλλά σε τρεις βασικές κατηγορίες, ανάλογα με τις ποινές που προβλέπονται. Γενικά όμως η νομοθεσία είναι λιγότερο αυστηρή από την ελληνική. Στην Ιταλία, όχι μόνο δεν γίνεται διαχωρισμός σε σκληρά και μαλακά, αλλά και σε έμπορο και χρήστη, όπου ο τελευταίος θεωρείται ασθενής και όχι εγκληματίας. Στην Ισπανία και την Ολλανδία γίνεται διάκριση ουσιών, και η χρήση έχει αποποινικοποιηθεί.

Σύμφωνα με όλα τα συστήματα απονομής ποινικής δικαιοσύνης, διαπιστώνεται ανοχή και παραδοχή της χρήσης μυστικών πρακτόρων, της ταχυδρομικής και τηλεφωνικής παρακολούθησης και των ανωνύμων μαρτύρων. Με εξαίρεση τις νομοθεσίες της Δανίας και της Ελβετίας, η χρήση μυστικών πρακτόρων δεν ρυθμίζεται από το νόμο, αλλά επαφίεται στη διακριτική ευχέρεια της αστυνομίας ή του εισαγγελέα.

Επειδή το θέμα των ναρκωτικών έχει οξυνθεί τα τελευταία χρόνια, εντάθηκε η συνεργασία ανάμεσα στα αστυνομικά σώματα των επί μέρους χωρών. Μάλιστα δημιουργήθηκαν και διακυβερνητικές οργανώσεις, όπως για παράδειγμα η TREVI, η οποία συντονίζει τις προσπάθειες της αστυνομίας στον έλεγχο των ναρκωτικών. Η επιβολή των διαφόρων νόμων για τα ναρκωτικά προκάλεσε συμφοράση των δικαστηρίων και των φυλακών. Η αναλογία των παραβατών των σχετικών νόμων στο γενικό πληθυσμό των εγκλείστων είναι υψηλή. Τόσο κατά τη δεκαετία του '70 όσο και του '80 οι καταδικασθέντες για παραβάσεις γύρω από τη νομοθεσία των ναρκωτικών συνέβαλαν στην αύξηση του πληθυσμού των φυλακών στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.

7. Τάσεις που επικρατούν για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών

Το θέμα των ναρκωτικών είναι αρκετά πολύπλοκο και δύσκολο στην αντιμετώπισή του.

Παρά το ότι όλοι συμφωνούν, ότι πρέπει να μειωθεί η χρήση όλων των τοξικών ουσιών, οι γνώμες είναι αντιφατικές σε σχέση με τις μεθόδους και τις στρατηγικές που πρέπει να ακολουθηθούν, για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος. Οι κύριες τάσεις που επικρατούν σήμερα, τουλάχιστον σε θεωρητικό επίπεδο, είναι τρεις:

Μια πρώτη πρόταση είναι η νομιμοποίηση όλων των παράνομων ναρκωτικών ουσιών. Βασίζεται κυρίως στο ότι ένα απαγορευτικό σύστημα προκαλεί παρενέργειες. Οι συνέπειες δε είναι, ότι προσφέρει ευκαιρίες για οργανωμένο έγκλημα και εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας, βιάζει την κοινότητα, προκαλεί τεράστια παράνομα οικονομικά οφέλη, που επενδύονται εκ νέου σε νόμιμες αγορές και οδηγεί γενικά στη διαφθορά. Γενικά, ο έλεγχος της ποιότητας των ναρκωτικών μπορεί να μειώσει την έκταση των προβλημάτων ιατρικής φύσης, τα εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας και την πορνεία.

Σύμφωνα με τη δεύτερη πρόταση στοχεύεται μερική άρση της απαγόρευσης των ουσιών, με τη διαφοροποίησή τους σε ουσίες υψηλού και χαμηλού κινδύνου. Σύμφωνα με την τρίτη πρόταση, υποστηρίζεται η διαμόρφωση ενός συστήματος, που θα επιτρέπει και θα διευκολύνει τη νόμιμη πρόσβαση των εξαρτημένων ατόμων ακόμα και στα σκληρά ναρκωτικά και παράλληλα θα αποκλείει τα μη εθισμένα άτομα από ενδεχόμενες ευκαιρίες χρήσης ναρκωτικών ουσιών.

Η αποποινικοποίηση συμπεριφορών που σχετίζονται με ναρκωτικά θα μπορεί να περιοριστεί μόνο στο θέμα της χρήσης και στις συνυφασμένες με αυτήν ενέργειες (όπως αγορά, κατοχή κλπ.). Η εναλλακτική πολιτική στο θέμα των ναρκωτικών μπορεί να βασισθεί σε θεραπεία αντί σε τιμωρία, τόσο για τους απλούς χρήστες όσο και για τα εξαρτημένα άτομα.

Το πιθανότερο είναι να μην επιτευχθεί ποτέ μια κοινή και σταθερή πολιτική αντιμετώπισης των ναρκωτικών διότι, όταν σε κάθε μοντέλο σταθμίζεται διαρκώς το κόστος και η ζημία, δεν καταλήγει ποτέ σε ένα ρεαλιστικό αποτέλεσμα. Η προσφυγή τέλος στον ποινικό νόμο θα πρέπει να είναι η έσχατη λύση στο θέμα των ναρκωτικών, όπως θα πρέπει να είναι και σε κάθε κοινωνικό πρόβλημα.

8. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Από τη συνολική προβληματική γύρω από το θέμα των ναρκωτικών θα μπορούσαμε να καταλήξουμε σε κάποια βασικά συμπεράσματα, μερικά από τα οποία μπορούν να θεωρηθούν προτάσεις προς εξέταση:

Επειδή η φύση των ναρκωτικών ουσιών είναι αρκετά περίπλοκη σε σχέση με τα αποτελέσματα που επιφέρουν, ίσως είναι σκόπιμο να γίνει διάκριση αυτών, ανάλογα με το βαθμό ανοχής και την τοξικότητά τους. Όσον αφορά στη χρήση τους δεν θα πρέπει να καταργηθούν εντελώς οι ποινικές κυρώσεις και να μη προβλέπονται εναλλακτικά με την “εθελοντική” συμμετοχή σε θεραπευτικά προγράμματα.

Η μέχρι τώρα κατασταλτική πολιτική έχει αποτύχει, με το να αναπαράγει και να επανατροφοδοτεί το σύστημα. Έμφαση πρέπει να δοθεί σε μέτρα πρόληψης, τα οποία

απουσιάζουν από το πρόγραμμα της αντεγκληματικής πολιτικής στη χώρα μας. Τα προληπτικά μέτρα μπορεί να είναι αποτελεσματικότερα μακροπρόθεσμα, εφόσον δεν “συμπληρώνονται” από μέτρα καταστολής.

Το πρόβλημα των ναρκωτικών σήμερα δεν πρέπει να εστιάζεται στο κακό που προκαλεί η κατανάλωση των ουσιών αλλά στις ισχυρότατες οργανώσεις διακίνησης ναρκωτικών, που επηρεάζουν σε πολλά επίπεδα τα διάφορα κράτη.

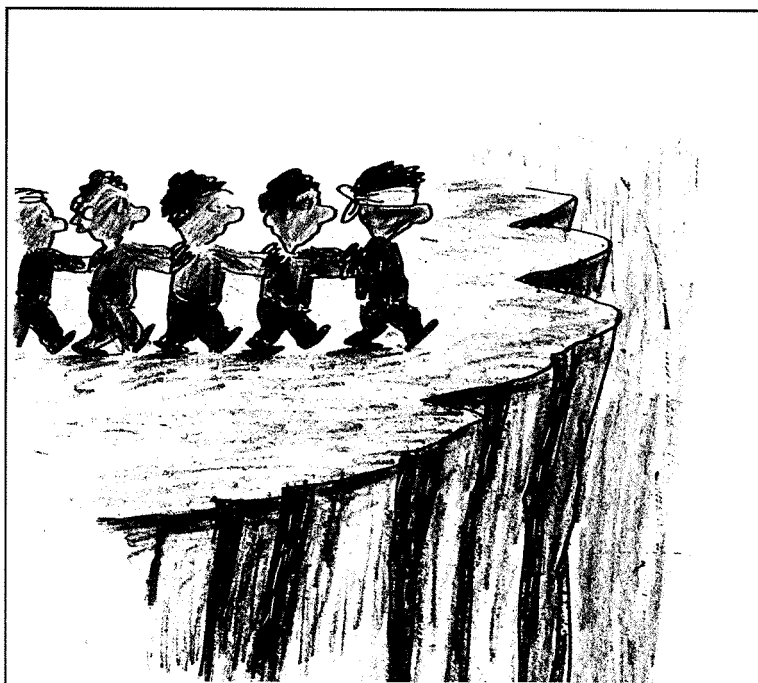
Η αποποινικοποίηση θα μειώσει δραστικά τα οφέλη των εμπόρων ναρκωτικών στη χώρα μας και θα τους στερήσει την οικονομική και λοιπή τους δύναμη.

Οι προτάσεις αυτές θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν και ως πλαίσιο συζήτησης για μια επανεξέταση του ζητήματος των ναρκωτικών στη χώρα μας, αφού δεδαίως αυτό τοποθετηθεί στη σωστή του βάση, χωρίς υπερβολές και πανικό που αποτελεί πάντοτε κακό σύμβουλο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Albrecht HJ. & Kalmthout VA. (eds.), *Drug Policies in Western Europe*, Max-Planck-Institut, Freiburg i.Br. 1989.
2. Δασκαλάκης Η., *Μεταχείριση Εγκληματία*, Σάκκουλας, Αθήνα -Κομοτηνή 1985.
3. Κουκουτσάκη Α., *Ο νόμος 1729/87: Μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού της καταστολής στο χώρο των ναρκωτικών*, Αφιέρωμα στη μνήμη Ηλίας Δασκαλάκη, Πάντειο Πανεπιστήμιο, σ. 281-297, Αθήνα 1991.
4. Κουκουτσάκη Α., *Η θεραπευτική μεταχείριση του τοξικοεξαρτημένου εγκληματία από την άποψη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (με ειδική αναφορά στην ελληνική νομοθεσία)*, «42ο Διεθνές Σεμινάριο Εγκληματολογίας: Η στέρηση της ελευθερίας στο ποινικό σύστημα και τα δικαιώματα του ανθρώπου», Νομική Βιβλιοθήκη, σ. 301-310, Αθήνα 1991.
5. Lamour C. & Lamberti M.R., *Όπιο. Οι μεγάλες διαδρομές*, Εκδ. Γνώση, Αθήνα 1986.
6. Παρασκευόπουλος Ν., *Η καταστολή της χρήσης ναρκωτικών στην Ελλάδα*, Εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1989.
7. Παρασκευόπουλος Ν., *Ποινική ευθύνη από αυτοκαταστροφικές πράξεις*, Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας, τ.3-4, σελ. 58-72, 1989.
8. Χάιδου Α., *Το θεωρητικό και θεσμικό πλαίσιο του κοινωνικού ελέγχου των ανηλίκων*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1989.

ΠΡΟΛΗΨΗ: ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ - ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ - ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ



Από το ημερολόγιο 1994, της κίνησης “Πρόταση”
για έναν άλλο τρόπο ζωής

“Πως να πιστέψουν οι άπιστοι τι θάματα μπορεί να γεννήσει η πίστη; Ξεχνούν πως η ψυχή του ανθρώπου γίνεται παντοδύναμη, όταν συνεπαρθεί από μια μεγάλη ιδέα. Τρομάξεις όταν, ύστερα από πικρές δοκιμασίες, καταλαβαίνεις πως μέσα μας υπάρχει μια δύναμη που μπορεί να ξεπεράσει τη δύναμη του ανθρώπου, τρομάξεις... γιατί δεν μπορείς πια να βρεις δικαιολογίες για τις ασήμαντες ή ανανδρες πράξεις σου, ρίχνοντας το φταίξιμο στους άλλους.

Ξέρεις πως εσύ, όχι η μοίρα, όχι η τύχη, μήτε οι άνθρωποι γύρω σου, εσύ μονάχα έχεις, ό,τι και αν κάμεις, ό,τι και αν γίνεις αμέραιη την ευθύνη”.

Ν. Καζαντζάκης

1. ΚΥΡΙΕΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Χαλκιά Γεωργία

Κλινική Ψυχολόγος

Επιστημονική Συνεργάτρια του Δήμου Ζωγράφου

A. Ενημέρωση

Η έννοια της ενημέρωσης είναι στενά συνδεδεμένη με την έννοια της πρόληψης*. Παρ'όλο που η ενημέρωση είναι δυνατόν να αποτελέσει ένα βασικό στοιχείο της πρόληψης δεν είναι πρόληψη. Είναι σημαντικό να γίνει ένας διαχωρισμός ανάμεσα στην ενημέρωση και στην πρόληψη. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται για να γίνει καλύτερα κατανοητό, ότι οι στόχοι της ενημέρωσης είναι διαφορετικοί από εκείνους της πρόληψης.

Υπάρχουν διάφορες απόψεις για το τί σημαίνει σωστή ενημέρωση ως προς την **τοξικοεξάρτηση** και το **AIDS**. Αυτό το θέμα όμως δεν είναι ακόμη πολύ ξεκάθαρο με αποτέλεσμα οι απόψεις να διαφοροποιούνται. Τα πιο πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα όμως υποστηρίζουν, ότι με τον όρο ενημέρωση εννοούμε τις δραστηριότητες εκείνες, οι οποίες έχουν στόχο:

α. να δοθεί πληροφόρηση στις κοινωνικές ομάδες για τα καινούργια επιστημονικά δεδομένα σε επίπεδο πραγματικών γεγονότων και όχι σε επίπεδο εντυπωσιασμού (sensational news), όπως επίσης να γίνουν γνωστοί οι τρόποι διαχείρισης και αντιμετώπισης του προβλήματος.

* Το κείμενο με μικρές διαφοροποιήσεις είναι μέρος αδημοσίευτης μελέτης με τίτλο "Μεθοδολογία δράσης της τοπικής αυτοδιοίκησης και τοπικών πρωτοβουλιών για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης και την προστασία από το AIDS" (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 1992)

β. να γνωστοποιηθεί η ύπαρξη των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες, έτσι ώστε οι ενδιαφερόμενοι να έχουν άμεση και γρήγορη πρόσβαση σ'αυτές.

Ειδικότερα, ως προς το AIDS, σύμφωνα με την Εθνική Επιτροπή AIDS¹ στόχος της ενημέρωσης είναι:

α. να αλλάξει η συμπεριφορά σημαντικού ποσοστού του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού, ώστε να αποφευχθεί η μόλυνση.

β. να καταπολεμηθούν οι ανυπόστατοι φόβοι και προκαταλήψεις, που μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικά ψυχικά και κοινωνικά προβλήματα, τόσο στους υγιείς όσο και στους φορείς του ιού και κυρίως στους πάσχοντες.

Ενδεικτικά, ως προς τη σπουδαιότητα του ρόλου της ενημέρωσης και της σχέσης της με την πρόληψη, αναφέρονται τα ακόλουθα:

“Η μη ενημέρωση, είναι σαφώς καλύτερη και προτιμώτερη από την κακή ενημέρωση. Η κινδυνολογική, εκφοβιστική ενημέρωση είναι χειρότερη από τη μη ενημέρωση. Η ενημέρωση πρέπει να είναι διαφοροποιημένη και εξειδικευμένη για την ομάδα που απευθύνεται. Όταν είναι γενική και απευθύνεται σ'όλον τον πληθυσμό, είναι σαν τους πανηγυρικούς που δημιουργούν εντυπώσεις, χωρίς οπωσδήποτε θετικά αποτελέσματα, αλλά πολλές φορές αρνητικά. Δεν βοηθάνε γενικές προς όλο τον πληθυσμό ενημερώσεις και κυρίως από την τηλεόραση, όπως μέχρι τώρα γινόταν. Πολλές φορές μυθοποιούν τα πράγματα, αφού απευθύνονται κατά κύριο λόγο σε νέα άτομα με την ιδιαίτερη ψυχολογία να μυθοποιούν τα πράγματα, να τα ηρωποιούν και να μην αποφεύγουν τη δοκιμή του κινδύνου.

Κρίνουμε ότι κυρίως η ενημέρωση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορεί να είναι ωφέλιμη, εφ'όσον θα υπάρξει συνεργασία δημοσιογράφων και ειδικά εκπαιδευμένων ατόμων. Χρειάζεται ειδική ενημέρωση στα πλαίσια αγωγής υγείας και κοινωνικής συνείδησης..... και έτσι η ενημέρωση αφέθηκε σε κάθε ανεύθυνο ομιλητή ή σε διάφορους φορείς, με αποτέλεσμα να κινδυνεύει να γίνεται έμμεση διαφήμιση των ναρκωτικών..... Το πρόβλημα είναι σοβαρό, στηρίζουμε όλη σχεδόν την πρόληψη στη σωστή ενημέρωση, γι'αυτό δεν θα πρέπει να αφηθεί στον ερασιτεχνισμό, στην αυτοπροβολή ή ακόμη και στην εκμετάλλευση του πόνου χιλιάδων ανθρώπων”

Επιπρόσθετα, μία μελέτη που εκπόνησε το Συμβουλευτικό Κέντρο* του Υπουργείου Δικαιοσύνης, με τίτλο “ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΥΠΟΣ”, και η οποία κάλυπτε μία χρονική περίοδο ενός έτους, Ιούλιος 91-Ιούνιος 92, αναφέρει ότι “το ενδιαφέρον του Τύπου εστιάσθηκε κατά κύριο λόγο στην καταστολή - δίωξη και στις δικαστικές έρευνες... (και) ελάχιστες αναφορές αναλογικά βρέθηκαν δημοσιευμένες σχετικά με την πρόληψη - ενημέρωση. Απλώς υπήρξαν ειδήσεις που αφορούσαν εκδηλώσεις διαφόρων φορέων, Κυβερνητικών και μή, σχετικά με το αντικείμενο³”.

* Το Κέντρο δεν υφίσταται πλέον.

B. Πρωτογενής/Δευτερογενής Πρόληψη

Ως προς την έννοια της πρόληψης χρησιμοποιούνται οι όροι πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη, έτσι όπως τους περιέγραψε ο Caplan, σύμφωνα με τον οποίο ο βαθμός (rate) της ψυχικής διαταραχής σχετίζεται άμεσα με την αλληλεπίδραση των μακροχρονων και των βραχύχρονων παραμέτρων, οι οποίες επιδρούν με έναν αρνητικό τρόπο στην ικανότητα προσαρμογής των μελών στην κοινότητα.

Η πρωτογενής πρόληψη έχει ως στόχο τη μείωση της εμφάνισης καινούργιων περιπτώσεων ψυχικής ασθένειας σ' ένα πληθυσμό. Οι προσπάθειες επικεντρώνονται:

α. στη μεταλλαγή του περιβάλλοντος

β. στην ενδυνάμωση των ατομικών ικανοτήτων, έτσι ώστε το άτομο να είναι σε θέση να αντέχει δυσλειτουργικές καταστάσεις.

Δηλαδή, ο αντικειμενικός στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι να “προστατεύσει το άτομο, έτσι ώστε να αποφύγει τα προβλήματα, πριν ακόμη εμφανισθούν τα σημάδια ή τα συμπτώματα των προβλημάτων. Συμπεριλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες, προγράμματα και πρακτικές, τα οποία λειτουργούν σε μία ουσιαστικά μη - προσωπική βάση έτσι ώστε να διαφοροποιηθούν οι ευκαιρίες, οι κίνδυνοι και οι προσδοκίες που περιβάλλουν τα άτομα^{4*}”. Έχοντας ως βάση τα προαναφερθέντα, σε ό,τι αφορά στην αλλαγή των συνθηκών του περιβάλλοντος, ως σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την ψυχική υγεία στην κοινότητα, περιγράφονται τομείς όπως “οικονομία, πολιτική, δημόσια υγεία, θρησκεία, πρόνοια και εκπαίδευση... Στο μέτρο του δυνατού, η πρωτογενής πρόληψη είναι η πλέον επιθυμητή και δυνητικά η πιο αποτελεσματική προσέγγιση για την επίλυση του προβλήματος της ψυχικής ασθένειας στις κοινότητές μας. Ωστόσο, προς το παρόν η πρωτογενής πρόληψη είναι περισσότερο ελπίδα παρά πραγματικότητα^{5*}”.

Συνεχίζοντας ο Caplan υποστηρίζει ότι αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι, ότι “το άτομο δεν είναι ένας παθητικός δέκτης αυτών που προσφέρει το περιβάλλον αλλά οργανώνει το περιβάλλον του με έναν ενεργητικό τρόπο, έτσι ώστε να αποκτήσει αυτά που χρειάζεται. Βέβαια, η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντός του, διαφέρει στο βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο χωρόχρονο. Παρομοίως, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες ποικίλουν ως προς την αφθονία τους, την οργάνωσή τους καθώς και την ικανότητα να αφομοιώνουν καινούργιες καταστάσεις. Αυτοί οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στις ατομικές ευκαιρίες, αποκαλούνται πόροι* (resources). Σε ό,τι αφορά στους πόρους (resources), αυτό το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο δεν είναι απλώς η αφθονία των πόρων αλλά και η οργάνωσή τους, η καταλληλότητα της χρονικής

* Ο Caplan προτείνει αντί για τον όρο resources εναλλακτικούς όρους όπως, supplies, opportunities. Caplan G., *Perspectives on primary prevention: A review*, “Community Psychology and Community Mental Health”, σελ. 70. Αναδημοσίευση από το “Archives of General Psychiatry”, V, 17, σ. 331-346, 1967

στιγμής (timing), η διάρκεια, η ποιότητα, όπως επίσης και άλλες παράμετροι⁶. Μακροπρόθεσμα, η πιθανότητα της ψυχολογικής δυσλειτουργίας αυξάνεται, όταν συγκεκριμένοι βασικοί πόροι δεν προσφέρονται επαρκώς στον πληθυσμό.

Ένα πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του αυτούς τους πόρους και να διασφαλίζει την καλύτερη δυνατή παροχή στον πληθυσμό. Οι πόροι οι οποίοι αναφέρονται στην πρωτογενή πρόληψη είναι δυνατόν να ταξινομηθούν σε:

1. μακροπρόθεσμοι και

2. βραχυπρόθεσμοι

Στους **μακροπρόθεσμους πόρους** εμπίπτουν οι:

α. φυσικοί,

β. ψυχοκοινωνικοί

γ. κοινωνικοπολιτιστικοί

Στους **βραχυπρόθεσμους πόρους** εντάσσονται οι αναπτυξιακές και οι περιστασιακές κρίσεις της ζωής ενός ατόμου.

1. Φύση των μακροπρόθεσμων πόρων

α. **Φυσικοί πόροι:** συμπεριλαμβάνουν το φαγητό, τη διαμονή, τις δυνατότητες για ξεκούραση, ύπνο, άθληση κτλ. Όλα αυτά είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη και τη διατήρηση της σωματικής υγείας, από την οποία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό η ψυχική υγεία.

β. **Ψυχοκοινωνικοί πόροι:** συμπεριλαμβάνουν την παρακίνηση/ενθάρρυνση (stimulation) της διανοητικής και συναισθηματικής ανάπτυξης μέσα από την προσωπική αλληλεπίδραση με τους σημαντικούς άλλους (significant others). Εδώ συμπεριλαμβάνονται μέλη της οικογένειας, ομότιμοι και άλλα άτομα στο σχολείο, στην εκκλησία και στην εργασία. Στις διαπροσωπικές συναλλαγές το άτομο ικανοποιεί τις ανάγκες του για αγάπη και στοργή, οριοθέτηση και έλεγχο, όπως επίσης συμμετοχή σε κοινές δραστηριότητες, οι οποίες προσφέρουν ευκαιρίες για ταύτιση και δημιουργία ταυτότητας. Ανεπαρκής παροχή ψυχοκοινωνικών πόρων είναι δυνατόν να συμβάλει στην ψυχική διαταραχή.

γ. **Κοινωνικοπολιτιστικοί πόροι:** συμπεριλαμβάνουν τα στοιχεία εκείνα, τα οποία επηρεάζουν την ανάπτυξη και λειτουργικότητα της προσωπικότητας και τα οποία ενυπάρχουν στην κοινωνική δομή της κοινότητας και της κουλτούρας. Αυτές οι προσδοκίες των άλλων για τη συμπεριφορά του ατόμου έχουν μια βαθειά επιρροή στην ψυχολογική ανάπτυξη γενικότερα και στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης ειδικότερα. Η θέση του ανθρώπου στη δομή της κοινωνίας του καθορίζεται σε μεγάλη έκταση από τους “σημαντικούς άλλους”, οι οποίοι προδιαγράφουν τη ζωή του σε ένα σημαντικό βαθμό.

Αν ένα άτομο τύχει και γεννηθεί σε μία πλεονεκτική ομάδα μιας σταθερής κοινωνίας, οι κοινωνικοί του ρόλοι είναι σχετικά καθορισμένοι και οι προσδοκώμενες/αναμενόμενες αλλαγές θα τείνουν να του προσφέρουν επαρκείς ευκαιρίες για την υγιή ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Αν αντίθετα, ανήκει σε μία μειονεκτούσα κοινωνική ομάδα (disadvantaged

minority), μπορεί να ανακαλύψει, ότι η εξέλιξη του παρεμποδίζεται και είναι δυνατόν να στερηθεί της ευκαιρίας και της πρόκλησης για εξέλιξη. Αυτό ενδέχεται να έχει δυσμενές αποτέλεσμα στην ψυχική του υγεία.

2. Φύση των βραχυπρόθεσμων πόρων ή παραγόντων κρίσης

Σε ό,τι αφορά στη βραχυπρόθεσμη εστίαση αυτού του μοντέλου πρόληψης, αυτή επικεντρώνεται στην ικανότητα προσαρμογής των αναπτυξιακών κρίσεων και των κρίσεων που οφείλονται σε συγκεκριμένες περιστάσεις (κοινωνικών κ.α.), σε μία συγκεκριμένη περίοδο στη ζωή του. Υποστηρίζεται, ότι η κατεύθυνση της ψυχολογικής ανάπτυξης ενός ατόμου κατά τη διάρκεια της ζωής του*, είτε προς την ψυχική υγεία είτε προς την ψυχική διαταραχή, είναι περισσότερο ευάλωτη σε περιόδους κρίσης. Αυτές οι κρίσεις εμφανίζονται κατά τη διάρκεια μεταβατικών σημείων, όπου το κάθε άτομο ή θα μπορέσει να προσαρμοσθεί σχετικά εύκολα στα λειτουργικά πρότυπα ή θα απομακρυνθεί από αυτά.

Η κρίσιμη περίοδος μπορεί να οφείλεται είτε σε εσωτερικές είτε σε εξωτερικές αλλαγές, οι οποίες επιβάλλουν στο άτομο προσαρμογή. Απεικονίζει ένα σημείο - καμπή (leverage point). Αυτό σημαίνει, ότι η δόθθεια μπορεί να έχει μεγαλύτερο αποτέλεσμα, όταν εστιάζεται στα άτομα κατά το διάστημα που περνούν μια περίοδο κρίσης και όχι σε περιόδους μίας σχετικά σταθερής ισορροπίας.**

Συχνά, οι προσπάθειες της πρωτογενούς πρόληψης έχουν στόχο την τροποποίηση του πεδίου των δυνάμεων σε περιόδους κρίσης, πιστεύοντας, ότι αυτές είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν αποτελεσματικότερα και αποδοτικότερα σ' αυτά τα χρονικά διαστήματα.

Τελευταία γίνεται συχνή και εκτενής αναφορά στην **προαγωγή της υγείας*****. Είναι σημαντικό να γίνει ένας διαχωρισμός ανάμεσα στην πρωτογενή πρόληψη και την προαγωγή υγείας. Ως προαγωγή υγείας ορίζεται "η διαδικασία η οποία καθιστά ικανά τα άτομα, όπως επίσης και τις κοινότητες, να αυξήσουν τον έλεγχο των παραγόντων που επηρεάζουν την

* Άλλοι θεωρητικοί έχουν επίσης υποστηρίξει κάτι ανάλογο.

Βλ. Erikson E.H. : *Childhood and Society*, W.W. Norton Co, N. Y, 2nd Ed. 1978

Erikson E.H. : *Identity and the Life Cycle*, "Psychological Issues," Vol. I, No 1, 1959

Chien et al : *The Road to H*, N.Y., Basic Books, 1964

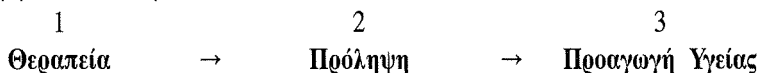
Chien J.M.N. : Keynote Address. Doc. No. WFTC/CONF - 88/13

** Οι προαναφερθείσες έννοιες ανήκουν στον Caplan. Για περισσότερες πληροφορίες στους Caplan & G., *Perspectives on primary prevention : A review*, "Community Psychology and Community Mental Health", σελ. 60 - 91., Αναδημοσίευση από το "Archives of General Psychiatry", V. 17, σ. 331 - 346, 1967

*** Η εκπαίδευση για την προαγωγή της υγείας χρησιμοποιεί εκπαιδευτική μεθοδολογία, η οποία βοηθά τα άτομα στην ανάπτυξη της αίσθησης της ευθύνης (sense of responsibility) για τη δική τους υγεία όπως επίσης και της κοινότητας, και βοηθά επίσης στην ανάπτυξη της ικανότητας συμμετοχής στη ζωή της κοινότητας (ΠΟΥ 1969, αναδημοσιευμένο στο *Council of Europe, Information letter*, U.N Division of Narcotic Drugs, July - September 1981).

Υγεία και επομένως την καλύτερεύση της υγείας τους”.

Σύμφωνα με την Επιτροπή των Ναρκωτικών των Ηνωμένων Εθνών⁸ η προαγωγή της υγείας είναι ένας από τους τομείς - στόχους - της πρωτογενούς πρόληψης. Σύμφωνα όμως με το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Πρόληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ), υποστηρίζεται ότι η πρόληψη είναι μία ιατροκεντρική έννοια, και ότι, ιστορικά, η αντιμετώπιση ασθενειών, προβλημάτων κ.λπ. αποτελεί αντικείμενο θεραπευτικών μέτρων και χειρισμών. Οι πιο πρόσφατες όμως εξελίξεις υποχρεώνουν σε μία μετατόπιση προσανατολισμών, οι οποίες μπορούν να σκιαγραφηθούν ως εξής:



Οι μετατοπίσεις είναι απαραίτητες, γιατί σύμφωνα με αυτή την άποψη, πρέπει να αρθούν οι τρεις ακόλουθοι περιορισμοί, οι οποίοι ενυπάρχουν στις έννοιες της πρόληψης όπως επίσης και της θεραπείας. Δηλαδή, όταν το σημείο αναφοράς είναι η θεραπεία και η πρόληψη, οι περιορισμοί είναι δυνατόν να συνοψισθούν στα εξής:

α. εστίαση στην ασθένεια

β. οι γιατροί και επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι κυρίως υπεύθυνοι για την καλύτερευση της υγείας

γ. δίνεται έμφαση στους ασθενείς και στους προδιαθετικούς παράγοντες της συγκεκριμένης ασθένειας

Ετσι, σύμφωνα μ'αυτή τη θεώρηση, πρέπει να γίνει μια δεύτερη μετατόπιση, από την πρόληψη προς την προαγωγή της υγείας, έτσι ώστε να συμπεριληφθεί (στη συγκεκριμένη περίπτωση, ως προς την τοξικοεξάρτηση και το AIDS):

α. ένα ευρύτερο πλαίσιο επαγγελματιών, όπως π.χ. εκπαιδευτικοί, κοινωνιολόγοι, περιβαλλοντολόγοι κ.λπ.

β. ένα ευρύτερο πλαίσιο κοινωνικής εμπλοκής, δηλαδή θεσμοί, όπως η Τοπική Αυτοδιοίκηση κ.λπ.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, ως βασικοί στόχοι της προαγωγής της υγείας καθορίζονται:

1. η απόκτηση ικανοτήτων για την αναβάθμιση της συμπεριφοράς και του περιβάλλοντος

2. η δημιουργία κοινωνικής υποδομής

3. ο σχεδιασμός υποστηρικτικού περιβάλλοντος

4. ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας και ο επαναπροσδιορισμός των στόχων τους

5. η χάραξη πολιτικής και νομοθεσίας υγείας, έτσι ώστε η προαγωγή της υγείας να γίνει υπόθεση πολλών.

Όσον αφορά την αγωγή υγείας (η αγωγή υγείας εστιάζεται στη συμπεριφορά του ατόμου, ενώ η προαγωγή υγείας στο περιβάλλον) οι στόχοι της εστιάζονται στα ακόλουθα:

1. στην παροχή γνώσεων

2. στην ευαισθητοποίηση του κοινού

3. στη αλλαγή απόψεων και στάσεων
4. στη μεταλλαγή της συμπεριφοράς
5. στη βελτίωση του περιβάλλοντος*

Ως προς αυτή τη δεύτερη μετατόπιση (από την πρόληψη προς την προαγωγή υγείας), δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε ό,τι αφορά τους στόχους ανάμεσα στην προαγωγή υγείας και σ' αυτό που περιγράφει ο Carlan ως πρωτογενή πρόληψη. Η διαφοροποίηση βρίσκεται κυρίως στην οπτική γωνία αντιμετώπισης της κατάστασης, δηλαδή στη μετατόπιση της έμφασης από την Επιδημιολογία** στην Προαγωγή Υγείας.

B.1 Η πρωτογενής/δευτερογενής πρόληψη ως προς την τοξικοεξάρτηση

Η εκτενής αυτή αναφορά στην έννοια της πρόληψης και ιδιαίτερα της πρωτογενούς έγινε για δύο λόγους:

α. για να γίνει κατανοητή η έννοια της πρωτογενούς και της δευτερογενούς πρόληψης (πρώιμη παρέμβαση δυνητικών χρηστών)

β. για να καταδειχθεί, πόσο δύσκολη είναι η έννοια της πρόληψης σε όλα της τα επίπεδα και ιδιαίτερα ως προς την τοξικοεξάρτηση, που αποτελεί φαινόμενο πολυπαραγοντικό.

Έννοιες οι οποίες είναι συνυφασμένες με την έννοια της πρόληψης ως προς την τοξικοεξάρτηση είναι:

- α. η μείωση της προσφοράς
- β. η μείωση του πειραματισμού
- γ. η μείωση της ζήτησης

Η **μείωση της προσφοράς** εμπίπτει στη δικαιοδοσία των νομοθετικών - κατασταλατικών μέτρων. Είναι δυνατόν όμως τα προαναφερθέντα μέτρα (νομοθεσία/καταστολή) να έχουν προληπτικές ιδιότητες υπό το πρίσμα, ότι μειώνεται η εμφάνιση νέων περιστατικών στο γενικό πληθυσμό.

Η **μείωση του πειραματισμού και η μείωση της ζήτησης** είναι δυνατόν να επιτευχθούν μέσα από δραστηριότητες*** **πρωτογενούς πρόληψης** οι οποίες **στοχεύουν** στην αποτροπή

* Η πληροφόρηση για το αντικείμενο και τους στόχους της Προαγωγής της Υγείας παρουσιάστηκε από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής στα πλαίσια του Εκπαιδευτικού Σεμιναρίου με τίτλο: *Ανάπτυξη και Οργάνωση Πρωτοβουλιών και μηχανισμών στους Τομείς της Υγείας, Κοινωνικής Φροντίδας και Περιβαλλοντικής Υγείας στους Δήμους του Λεκανοπεδίου Αττικής*, Αθήνα 3 - 4 Ιουνίου, 1993.

** Για περισσότερες πληροφορίες ως προς τις διαφορές, βλέπε:

Aard L. E., *Successes and failures in Evaluation of Health Education and Health Promotion*, Παρουσίαση στο 2ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο με τίτλο "Effectiveness of Health Promotion Health Education", Αθήνα, 14 - 16 Μαΐου 1992.

*** Οι αναγραφόμενες παράμετροι και ο πίνακας που ακολουθεί στο τέλος του κειμένου, με μικρές τροποποιήσεις και προσθήκες, βασίζεται στον πίνακα με τίτλο *Για μία γενικότερη πολιτική ενάντια στην τοξικομανία* από το βιβλίο, "Οι Εξαρτήσεις στην Ζωή μας", του Ε. Παπαγεωργίου.

της χρήσης ουσιών, απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό και στις ομάδες υψηλού κινδύνου*, ενώ οι **προσπάθειες παρέμβασης εστιάζονται** στη μεταβολή του περιβάλλοντος και στην ενδυνάμωση των ατομικών ικανοτήτων, έτσι ώστε το άτομο να είναι σε θέση να αντέχει δυσλειτουργικές καταστάσεις, καθώς επίσης μέσα απο δραστηριότητες **δευτερογενούς πρόληψης**, οι οποίες **στοχεύουν** στην παρεμπόδιση της εξέλιξης προδιαθετικών παραγόντων, απευθύνονται σε ήπια περιστατικά και σε δυνητικούς χρήστες. Οι **προσπάθειες παρέμβασης** της δευτερογενούς πρόληψης **εστιάζονται** ειδικότερα σε άτομα τα οποία επί του παρόντος πειραματίζονται με τις εξαρτησιογόνες ουσίες και σε άτομα τα οποία επιδεικνύουν “συμπεριφορές” που πιθανά να οδηγήσουν στην τοξικοεξάρτηση, όπως μαθησιακές δυσκολίες, αντικοινωνική συμπεριφορά, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις κ.λπ.

Η **μείωση της προσφοράς και της ζήτησης** μπορεί επίσης να επιτευχθεί μέσα απο ενέργειες **τριτογενούς πρόληψης** που **στοχεύουν** στην αποχή από την παθολογική χρήση** των εξαρτησιογόνων ουσιών και στη βελτίωση των αρνητικών αποτελεσμάτων της χρήσης μέσω της καλλιέργειας και διεργασίας των υγιών στοιχείων του ατόμου, ενώ οι **προσπάθειες παρέμβασης εστιάζονται** σε τοξικοεξαρτημένα άτομα, σε απόφοιτους θεραπευτικών προγραμμάτων και σε πρώην τοξικοεξαρτημένους οι οποίοι βρίσκονται στην αναζήτηση της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασής τους.

Υπενθυμίζεται, ότι η πρωτογενής πρόληψη έχει ως στόχο τη μείωση εμφάνισης κανούργων περιπτώσεων ψυχικής ασθένειας σε ένα πληθυσμό, ενώ η δευτερογενής πρόληψη έχει στόχο την παρεμπόδιση του πειραματισμού σε εξαρτησιογόνες ουσίες.

Στην Ελλάδα, όπως και διεθνώς, οι πρώτες απόπειρες που σχετίζονταν με την πρόληψη, είχαν βασικά τους ακόλουθους τρεις στόχους:⁹

- α. πληροφόρηση ως προς τους κινδύνους από τα ναρκωτικά
- β. απόπειρα να αλλάξουν οι στάσεις ως προς τη χρήση και την κατάχρηση ουσιών
- γ. μείωση της έκτασης της χρήσης

Τα αποτελέσματα των ανωτέρω προληπτικών προσεγγίσεων συνοψίζονται ως εξής:

α. η έρευνα απέδειξε, ότι είναι σχετικά εύκολο να αυξησει κανείς τη γνώση για τα ναρκωτικά αλλά είναι πολύ πιο δύσκολο να αλλάξουν οι στάσεις.

β. οι περισσότερες έρευνες αναφέρουν, ότι τα εκπαιδευτικά μέτρα (**Drug education**) δεν

* “σε ό,τι αφορά στις ομάδες υψηλού κινδύνου η φράση αναφέρεται σε μία γενική απώλεια της σταθερότητας της προσωπικότητας παρά σε ένα μοναδικό και συγκεκριμένο ρίσκο το οποίο θα ίσχυε για την τοξικοεξάρτηση” (Council of Europe, *Information letter*, U.N Division of Narcotic Drugs), July - September 1981.

** “Στο DSM-III-R ο ορισμός της **Εξάρτησης** (παθολογική χρήση) διευρύνθηκε, ώστε να προσδιορίσει την διαταραχή της οποίας το κύριο χαρακτηριστικό είναι ένα **σύμπλεγμα γνωστικών (νοητικών) συμπεριφορών και σωματικών συμπτωμάτων που δείχνουν ότι το άτομο έχει έκπτωση στην ικανότητα ελέγχου της χρήσης της ψυχοδραστικής ουσίας και συνεχίζει τη χρήση της παρά τις αρνητικές συνέπειες**. Τα συμπτώματα της Εξάρτησης περιλαμβάνουν - αλλά δεν περιορίζονται σ'αυτά - στα συμπτώματα της ανοχής και του στερεητικού συνδρόμου”. Ν. Μάνος, “**Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής**”, Εκδ. University Studio Press, σ. 395-396, Θεσσαλονίκη 1992.

είχαν κανένα αποτέλεσμα ως προς τη χρήση. Ορισμένες αναφέρουν μείωση, ενώ άλλες αύξηση της χρήσης μετά την εκπαίδευση (Drug education)^{10,11}

Έχοντας αυτά ως δεδομένα, πολλοί ερευνητές επαναπροσδιορίζουν την κατεύθυνση και το περιεχόμενο των προγραμμάτων πρόληψης ως προς την τοξικοεξάρτηση και, όπως προαναφέρθηκε, υιοθετείται η προαγωγή της υγείας ή η θετική προληπτική προσέγγιση*.

Τα *μέτρα* και *τακτικές* που έχουν *αποτύχει* είναι:

1. ο *εκφοβισμός*: Μετά από λίγο επέρχεται άμβλυση του συναισθήματος (Παπαγεωργίου 1990)

2. *ενημερωτική ομιλία ή αφίσσα*: ένα τόσο πολύπλοκο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο δεν καλύπτεται με αυτές τις μεθόδους (Frances et al 1989, Olivenstein C. 1989)

3. *έμφαση στο πλαίσιο παρά στο περιεχόμενο*: θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, οι τέσσερις παραγωγικές αρχές (generating principles) του Werner οι οποίες είναι: α. η αρχή της ατομικής και προσωπικής υπευθυνότητας (principle of individual and personal responsibility), β. η αρχή δημιουργίας πλαισίου (principle of creation of a context), γ. η αρχή παράταξης συνόλων (principle of alignment of wholes) και δ. η αρχή της μεταμόρφωσης (principle of transformation), (Sherchan 1988).

4. *οι ενημερωτικές ομιλίες κ.λπ. σε σχολεία κάνουν περισσότερο κακό παρά καλό*. Η ζωή τους νοηματοδοτείται από “προβληματισμούς” γύρω από τα ναρκωτικά: η χρήση ή οι πρώην χρήστες ηρωποιούνται. Στην εφηβεία, δεύτερο αναπτυξιακό στάδιο παντοδυναμίας, οι εκφοβισμοί δεν έχουν απήχηση, αντίθετα εξάπτεται η περιέργεια (Casriel & Amen 1971, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1986)

5. *η πρόληψη ως αποτέλεσμα φόβου των ενηλίκων*: Πολλές φορές οι ενήλικες προβάλλουν τους δικούς τους φόβους, ανησυχίες και ανάγκες μέσα από “ναρκοσυζητήσεις” χρησιμοποιώντας σαν άλλοθι την πρόληψη (Sachs 1983).

6. *οι καμπάνιες υπέρ της πρόληψης*: ακόμη και όταν προσφέρουν ουσιαστική ενημέρωση, δεν ακολουθούνται από αξιολόγηση, έτσι ώστε να προσαρμόσουν την πληροφόρηση στις συγκεκριμένες ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται, με αποτέλεσμα πολλές φορές να δημιουργούνται πλασματικές ανάγκες (Health European Council 1982, Foundation Toxicomanie et Prevention Jeunesse 1983).

7. *η σύγχυση* ανάμεσα στην ενημέρωση/πληροφόρηση, εκπαίδευση, πρόληψη, παρέμβαση και θεραπεία (Bergeret 1983)

8. ο *αφορισμός της ουσίας*: Η ουσία δεν είναι το πρόβλημα, οι άνθρωποι είναι. Τα κατασταλτικά μέτρα, όσο αποτελεσματικά και αν είναι, δεν θα εμποδίσουν το άτομο που θέλει να βρει την ουσία, να τη βρει (Dorn & Thomson 1975).

9. *τα διάφορα slogans και η πληθώρα των αφισών κ.λπ.* “εξοικειώνουν” το άτομο με το

* για περισσότερες πληροφορίες βλέπε, Life Education Centres: Let's learn to live. *Synopses of programs*, 29 Hughes St., Potts Point, NSW 2011

πρόβλημα έτσι ώστε να μην παίρνει στα σοβαρά τους κινδύνους. Η “γνώση” αυξάνει, οι στάσεις όμως δεν αλλάζουν (Dorn & Thomson 1975).

Στην Ελλάδα αυτή τη στιγμή καταβάλλονται προσπάθειες για την ευαισθητοποίηση του κοινού και την παροχή γνώσεων. Έχουν επιτευχθεί αρκετά, αλλά φαίνεται ότι και η Ελλάδα αντιμετωπίζει το ίδιο πρόβλημα με τον υπόλοιπο κόσμο, δηλαδή, ότι είναι “σχετικά εύκολο να αυξηθούν οι γνώσεις για τα ναρκωτικά, πολύ δύσκολο όμως να αλλάξουν οι στάσεις και καθόλου επιτυχείς στο να αλλάξει η συμπεριφορά ως προς τη χρήση^{12,13}”.

B.2 Η πρωτογενής/δευτερογενής πρόληψη ως προς το AIDS

Σε ό,τι αφορά τα προληπτικά μέτρα ως προς το AIDS, σε όλες τις χώρες, οι στόχοι και οι αντικειμενικοί σκοποί της πρόληψης εστιάζονται στην πρωτογενή πρόληψη μετάδοσης του HIV, δηλαδή στην “παροχή πληροφόρησης για τους τρόπους που ο ιός HIV μεταδίδεται ή δεν μεταδίδεται, στα μέσα προστασίας και στην ενθάρρυνση της μείωσης της ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς¹⁴”.

Διεθνώς, τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης που προτείνονται προς υιοθέτηση, είναι εκείνα τα οποία στοχεύουν στην :

α. καταπολέμηση ανυπόστατων φόβων και προκαταλήψεων που μπορούν να δημιουργήσουν σημαντική κοινωνική διαταραχή και ένα δυσμενές κλίμα, όπου εφαρμόζεται η πρόληψη και η φροντίδα.

β. μείωση των αρνητικών στάσεων προς αυτούς που έχουν ήδη μολυνθεί ή ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου.

Η ένταση και η αμεσότητα με την οποία έχει διατυπωθεί αυτός ο δεύτερος αντικειμενικός στόχος (μείωση των αρνητικών στάσεων) διαφέρει από χώρα σε χώρα, όπως επίσης διαφέρουν και τα μέτρα της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης.

Σε πολλές χώρες αναγνωρίζεται ότι, σε “περιπτώσεις μεταδοτικών ασθενειών, είναι ανόητο σε πραγματικά επίπεδα και αβάσιμο σε ηθικά, να περιορισθούν οι αντικειμενικοί στόχοι μόνο σε αυτούς στους οποίους απευθύνεται η πρωτογενής πρόληψη¹⁵”.

Στην Ευρώπη, ως προς τους αντιμεμενικούς στόχους, εντοπίζονται ορισμένες διαφορές. Παραδείγματος χάριν, σε ορισμένες περιπτώσεις επικεντρώνονται μόνο στην αλλαγή της ριψοκίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς και έχουν περιορισθεί στα προγράμματα προσέγγισης ευρείας βάσης, τα οποία απευθύνονται κυρίως στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού. Έχει γίνει όμως κατανοητό, ότι υπάρχει ανάγκη για τα συγκεκριμένα προγράμματα, να συνδυάζουν την ενημέρωση του κοινού με μία πληθώρα άλλων δραστηριοτήτων, όπως κέντρα παροχής υπηρεσιών για φορείς και ασθενείς, τα οποία με τη σειρά τους, για να είναι αποτελεσματικά, θα πρέπει να λειτουργούν, να συνεργάζονται και να συντονίζονται σε τοπικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τις μέχρι στιγμής αξιολογήσεις προγραμμάτων πρόληψης στην Ευρώπη, έχει γίνει κατανοητό, ότι η πλέον συνετή στρατηγική εντοπίζεται στα εξής:

“Να περιορισθούν οι αντικειμενικοί στόχοι σ'αυτούς που είναι εφικτοί και πραγματο-

ποιήσοιμοι. Στην Νορβηγία, αντελήφθησαν ότι οι ηθικές επιταγές που χρησιμοποίησαν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν σημείωσαν σημαντική επιτυχία στο να αλλάξει η συμπεριφορά. Στις Ολλανδικές εκστρατείες ενημέρωσης η προσέγγιση είναι περισσότερο πραγματική παρά ηθική, πιστεύοντας ότι η πιο αποτελεσματική προσέγγιση θα είναι εκείνη η οποία παρακινεί τους ανθρώπους να προσαρμόσουν τον τρόπο ζωής τους, παρά να απαιτήσουν απ' αυτούς να τον αλλάξουν δραστικά. Οι ενημερωτικές εκστρατείες οι οποίες διέπονται από αυτούς τους αντικειμενικούς στόχους έχουν ως σημείο εκκίνησης τους την πραγματικότητα, όπου προσπαθούν να πείσουν τα άτομα να σκεφθούν να χρησιμοποιήσουν προφυλακτικό, αν δεν έχουν κάποια σταθερή σχέση, να αποστειρώνουν ή να αποφεύγουν να μοιράζονται σύριγγες, αν κάνουν χρήση ουσιών¹⁶".

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, για την πρωτογενή πρόληψη πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

1. Περιεχόμενο μηνυμάτων

α. Ξεκάθαρα μηνύματα για το πώς μεταδίδεται ο ιός και με ποιούς τρόπους είναι δυνατόν να αποφευχθεί.

β. Μηνύματα χωρίς διακρίσεις (anti-discriminatory), έτσι ώστε να αποφεύγεται ο κοινωνικός στιγματισμός, είτε των φορέων είτε των ασθενών.

2. Απόχρωση και ύφος των ενημερωτικών πρωτοβουλιών

α. Θετική ή αρνητική προσέγγιση ως προς την σεξουαλικότητα.

β. Διαφοροποίηση συναισθηματικής χροιάς για το αν προσανατολίζονται προς τη ζωή ή προς το θάνατο.

Οι μαρτυρίες οι οποίες δρουν ενισχυτικά στα μέτρα εκφοβισμού είναι αντιφατικές και αντικρουόμενες. Ωστόσο, φαίνεται να επικρατεί η άποψη, ότι ο εκφοβισμός είναι αναποτελεσματικός, εκτός και αν συνοδεύεται από συμβουλή, για το πώς θα είναι αποτελεσματική η μείωση ή η αποφυγή του ρίσκου. Φαίνεται ξεκάθαρα ότι αυτές οι στρατηγικές πρόληψης που βασίζονται μόνο στον φόβο "μάλλον αποδεικνύονται αναποτελεσματικές, και συχνά συζητιέται, ότι τα μηνύματα τα οποία παράγουν μέτρια επίπεδα φόβου θα διευκολύνουν την αλλαγή σε επίπεδο συμπεριφοράς, υπό την προϋπόθεση όμως ότι συνοδεύονται από θετική επιβεβαιωτική περιγραφή των επιπτώσεων της αλλαγής της συμπεριφοράς"¹⁷.

Τα μέχρι στιγμής συμπεράσματα υποδεικνύουν ότι αυτό που προέχει, είναι οι ενημερωτικές/προληπτικές καμπάνιες να χαρακτηρίζονται από σταθερότητα και συνέχεια, έτσι ώστε να έχουν αποτελέσματα. Μία από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα τα οποία είναι υπεύθυνα για παρεμβάσεις ενημέρωσης του κοινού, είναι πώς θα διατηρήσουν σε υψηλά επίπεδα το ενδιαφέρον του κοινού ως προς το πρόβλημα του AIDS, χωρίς να ενσταλλάξουν υπερβολικό φόβο, με αποτέλεσμα το κοινό στα πλαίσια της αμυντικής του συμπεριφοράς να αγνοήσει εντελώς το πρόβλημα.

3. Πληθυσμός-στόχος

Κατά τον καθορισμό του πληθυσμού-στόχου¹⁸ είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα:

- α. Ο γενικός πληθυσμός ως στρατηγική επικοινωνίας.
- β. Ο γενικός πληθυσμός ως ομάδα υψηλού κινδύνου.

Σε μερικές χώρες αναγνωρίστηκε από την αρχή το γεγονός, ότι οι εκστρατείες μέσα από τα ΜΜΕ δεν αποτελούν τον αποτελεσματικότερο τρόπο ενημέρωσης των ομάδων υψηλού κινδύνου, και ότι η πλέον παραγωγική μέθοδος θα ήταν η άμεση επαφή στους ίδιους χώρους και τις ομάδες, όπου υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να μεταδοθεί ο ιός. Ετσι, σ'αυτές τις περιπτώσεις ο γενικός πληθυσμός μπορεί να θεωρηθεί ως ένα ευρύ μη διαφοροποιημένο ετερογενές πλήθος, το οποίο συμπεριλαμβάνει άτομα, που ο βαθμός επικινδυνότητάς τους διαφέρει. Οπότε, ο γενικός πληθυσμός δύναται να καλυφθεί μέσω της προσέγγισής του από το ευρύ φάσμα των μέσων μαζικής ενημέρωσης, ενώ οι μικρότερες ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να καλύπτονται μέσω της προσέγγισής τους σε κοινοτικό επίπεδο.

B.3 Η κατάρτιση Στελεχών Πρόληψης στην Ελλάδα

Ένα στέλεχος πρόληψης, ιδιαίτερα στο πρωτογενές επίπεδο, θα μπορούσε να είναι οποιοδήποτε άτομο, το οποίο έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει:

- α. ως προς την **τοξικοεξάρτηση**,
 - στη μείωση του πειραματισμού και της ζήτησης των εξαρτησιογόνων ουσιών
- β. ως προς το **AIDS**,
 - στην αλλαγή της ρυθοκίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς και στην ενστάλαξη τρόπων προφύλαξης.

Η κατάρτιση στελεχών πρόληψης για να είναι αποτελεσματικότερη θα πρέπει να απευθύνεται σε:^{*}

α. άτομα τα οποία λόγω της επαγγελματικής ιδιότητάς τους (π.χ. επαγγελματίες υγείας, κοινωνικής και ψυχικής υγείας, παιδαγωγοί, εκπαιδευτικοί κ.λπ.), έχουν άμεση και έμμεση επαφή με άτομα περισσότερο ευάλωτα και επιρρεπή στις εξαρτησιογόνες ουσίες, λόγω των διαφόρων αναπτυξιακών κρίσεων που αντιμετωπίζουν ή αντιμετωπίζουν στη ζωή τους.

β. άτομα τα οποία με τις αποφάσεις τους επηρεάζουν έμμεσα το κοινωνικό σύνολο, (π.χ. επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων που βρίσκονται σε θέσεις κλειδιά του κρατικού μηχανισμού, όπως για παράδειγμα οι υπεύθυνοι διαμόρφωσης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου).

^{*} Στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης, η μείωση της προσφοράς μέσα από νομοθετικά - καταστατικά μέτρα είναι δυνατόν να έχει προληπτικές ιδιότητες. Στα πλαίσια της κατάρτισης στελεχών πρόληψης, η συνεργασία και δικτύωση όλων των ατόμων που ασχολούνται με το αντικείμενο σε οποιοδήποτε επίπεδο, έχει καλύτερα αποτελέσματα.

ΜΕΙΩΣΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑΣ**1. ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ**

Απαγόρευση και καταπολέμηση
άνομης καλλιέργειας και παρασκευής
τοξικών ουσιών

2. ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΛΑΘΡΕΜΠΟΡΙΟΥ

Έλεγχος της νόμιμης παρασκευής
τοξικών ουσιών
(π.χ. φαρμακοβιομηχανίες)

**3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ
ΝΟΜΙΜΩΝ ΤΟΞΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

Έλεγχος διάθεσης φαρμακευτικών
σκευασμάτων, οινοπνευματωδών
ποτών σε ανήλικους κ.α.
Έλεγχος της διαφήμισης διαφόρων
νόμιμων τοξικών ουσιών
(π.χ. υπνωτικών φαρμάκων,
ποτών, τσιγάρων κ.λπ)

**ΜΕΙΩΣΗ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΣΜΟΥ
ΜΕΙΩΣΗ ΖΗΤΗΣΗΣ**

1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

- α. Προαγωγή Υγείας
 - αγωγή υγείας
- α1. Σύγχρονα εκπαιδευτικά προγράμματα
- α2. Εγκαιρή πληροφόρηση και κατάλληλη ενημέρωση των διαφόρων κοινωνικών ομάδων

2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ
-πρώιμη παρέμβαση

- α. Πρώιμη αναγνώριση δυνητικά εξαρτημένων προσωπικοτήτων
- β. Περίθαλψη δυνητικά εξαρτημένων προσωπικοτήτων

3. ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

- θεραπεία ατόμων.
 - πρόληψη υποτροπής
 - κοινωνική επανένταξη
- α. Θεραπεία εξαρτημένων
 - β. Αποκατάσταση εξαρτημένων ατόμων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- 1) Εθνική Επιτροπή AIDS, Υποεπιτροπή Ενημέρωσης και Δεοντολογίας, *Βασικές Δεοντολογικές Αρχές και Κανόνες Συμπεριφοράς στην Αντιμετώπιση του AIDS*, Εκδ. ΕΟΦ, Αθήνα 1992.
- 2) Γιαννάκου-Κουτσίκου Μ., *Αφιέρωμα στην Ευρωπαϊκή Εβδομάδα για την Πρόληψη της Διάδοσης των Ναρκωτικών*, σ.62-73, Αθήνα 1992
- 3) Φαρμάκη, Ζηροπούλου, *Ναρκωτικά και Τύπος*, Υπ. Δικαιοσύνης, Κέντρο Ενημέρωσης για τα Ναρκωτικά, σ. 6, Αθήνα 1992.
- 4) Caplan & Grunebaum, *Perspectives on primary prevention: a review*, "Community Psychology and Community Mental Health", σ. 69, Ανατύπωση από τα "Archives of General Psychiatry" (17), p.p. 331- 346, 1967.
- 5) ο.π. σ. 68.
- 6) ο.π. σ. 69.
- 7) Council of Europe, *The Prevention of Drug Dependence*, "European Health Committee", σ. 10, 1982.
- 8) US Department of DHHS, *Publication Health & Services, Prevention PlusII, No (ADM) 89-1649, σ. XIV, 1989.*
- 9) Council of Europe, *The Prevention of Drug Dependence*, European Health Committee, σ. 48, 1982.
- 10) ο.π. σ. 49.
- 11) Dorn N, *The DEDE PROJECT*, Health Education, Council - Institute for the Study of Drug Dependence, σ. 45, London 1977.
- 12) Council of Europe, *The Prevention of Drug Dependence*, European Health Committee, σ. 49, 1982.
- 13) Errickson P., Robin A., *Toward More Effective Drug Prevention Programs, The RAND Corporation*, σ. 2, 1987
- 14) Institut Universitaire Prevention de Medecin Sociale et Preventive, *Assessing AIDS prevention, HIV Strategies in the general population*, "Cachiers de Recherches et de Documentation Lausanne", σ. 15, 1992.
- 15) ο.π., σ. 16.
- 16) ο.π., σ. 22.
- 17) ο.π., σ. 18.
- 18) ο.π., σ. 18.
- 19) Nadler D., *Managing, Organizational Change, An Integrative Perspective*, "The Journal of Applied Behavioural Science", T. 17, No 2, σ. 191-211, 1981.
- 20) Λιάππας Γ., *Ναρκωτικά, Εθιστικές Ουσίες, Κλινικά Προβλήματα, Αντιμετώπιση*, Εκδ. Πατάκη, σ. 13-14, Αθήνα 1992.

- 21) Παπαγεωργίου Ε., *Εξαρτήσεις στην Ζωή μας*, Ιατρικές Εκδόσεις, Π.Χ Πασχαλίδης, 2η Εκδ., σ. 200, Αθήνα 1990.
- 22) ο.π., σ. 207.
- 23) Iverson D., Wenger S., *Therapeutic Communities, Treatment Practices In View of Drug Dependency Theory*, "Drug Forum", V. 7, (1), p.p. 81-103, 1979.
- 24) De Leon G., *Therapeutic Community Research, Some Implications for Treatment and International Planning*, "Παρουσίαση στο 11ο World Conference of Therapeutic Communities", February 21-26, Bangkok, Thailand 1992.
- 25) Rosenthal M. S., *Therapeutic Communities, A Treatment Alternative for Many but not All, Substance Abuse Treatment*, p.p. 55-58, 1984.
- 26) Παπαγεωργίου Ε., *Εξαρτήσεις στην Ζωή μας*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, 2η Εκδ., σ. 205, Αθήνα 1990.
- 27) Vester A., Buning E., Coutinho R., *Aids and drugs in Amsterdam*, Παρουσίαση στο Forum: "Strategies for putting it all together, Amsterdam's Response to HIV and injection drug use", Toronto, May 31, 1989.
- 28) Carroo J. F. X., *Working with Drug - dependent Residents with AIDS/ARC in a Therapeutic Community*, "Παρουσίαση στο 11ο World Conference of Therapeutic Communities", February 21-26, Bangkok 1988.
- 29) Winnicot D. W., *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, "The Institute of Psychoanalysis", Karnac Books, p. 125, 1984.
- 30) Francis & Franklin, *Treatment of alcoholism and addictions*, American Psychiatric Press, σ. 141-142, 1989.
- 31) ο.π., σ. 142.
- 32) ο.π., σ. 144.

2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Alan J. Byron

MSc Community Medicine, Dip. PE, Dip. Ed. (Adv), MRSH

Σκοπός του διήμερου προγράμματος στα πλαίσια του ευρύτερου εκπαιδευτικού προγράμματος που οργανώθηκε από την Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης με γενικότερο τίτλο “Ενημέρωση και πρόληψη (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια)” ήταν η παροχή αρχικών γνώσεων σχετικά με τους παράγοντες, που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία και στην κοινότητα. Οι συμμετέχοντες, αν και ήταν ειδικοί στα δικά τους γνωστικά αντικείμενα, δεν ήταν εξοικειωμένοι με την ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας γενικά και ειδικότερα με την εφαρμογή τους σε σχολεία ή/και στην κοινότητα.

Οι στόχοι, συνεπώς, του διήμερου αυτού σεμιναρίου ήταν οι εξής:

1. Η εξέταση σχετικών μοντέλων αγωγής/προαγωγής υγείας που μπορούν να εφαρμοστούν σε σχολικά ή / και κοινοτικά προγράμματα.
2. Ο προσδιορισμός των γενικών και σημαντικών παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά σχετικά με την υγεία, καθώς και η εξέταση της σχέσης τους με προγράμματα αυτού του είδους.
3. Ο προβληματισμός γύρω από το σκεπτικό, το οποίο δρῖσκειται πίσω απο προγράμματα αυτού του είδους.
4. Η γενική περιγραφή του περιεχομένου ορισμένων δοκιμασμένων προγραμμάτων, καθώς και η εμπειρία ορισμένων μεθοδολογιών που συνιστώνται για την πιθανή αλλαγή της συμπεριφοράς.
5. Η αναγκαία εξέταση των τροποποιήσεων και προσαρμογών που θα πρέπει να επέλθουν όσον αφορά στο σκεπτικό και στα μέσα που αναπτύχθηκαν στο σεμινάριο σύμφω-

να με τις τοπικές ανάγκες και συνθήκες.

6. Η παροχή ενός μοντέλου για τη διοργάνωση και διαχείριση σεμιναρίων σ' αυτόν τον τομέα, για μελλοντική πρακτική χρήση.

Σε σεμινάρια αυτού του είδους, έννοιες που ορίζονται ή περιγράφονται σε σχέση με μία συγκεκριμένη κουλτούρα, μπορεί να αποδειχθούν τελείως ακατάλληλες, αν εφαρμοστούν απευθείας σε μια άλλη διαφορετική κουλτούρα. Συνεπώς, πρέπει πάντα να έχουμε υπόψη ότι μπορεί να χρειαστούν τροποποιήσεις. Η προσαρμογή του περιεχομένου, του ύφους και της μεθοδολογίας στις ανάγκες του πληθυσμού - στόχου έχει θεμελιώδη σημασία.

Η διημερίδα συνδύασε παρουσιάσεις και συμμετοχικές συνεδριάσεις. Σκοπός των τελευταίων ήταν η ενθάρρυνση των συμμετεχόντων να αντλήσουν από τις δικές τους γνώσεις, στάσεις, ικανότητες και εμπειρίες και να ασκήσουν εποικοδομητική κριτική σε όλη τη διάρκεια του σεμιναρίου. Ενδεχομένως, οι στρατηγικές που χρησιμοποιήθηκαν να αποτελέσουν παραδείγματα του τρόπου, με τον οποίο μπορεί να μεταφέρονται ορισμένες εργασίες αγωγής υγείας σε σχολεία, κοινότητες και προγράμματα κατάρτισης. Στις περιπτώσεις εκείνες, είναι αναγκαίο να αναπτυχθεί ένα ήθος ζεστασιάς και εμπιστοσύνης, και ο χρόνος που απαιτείται για την ανάπτυξη αυτού του ήθους μέσω απλών ασκήσεων όπως η άσκηση (Name Graffiti), δεν θα πάει χαμένος ούτε για τους συμμετέχοντες ούτε για το συντονιστή.

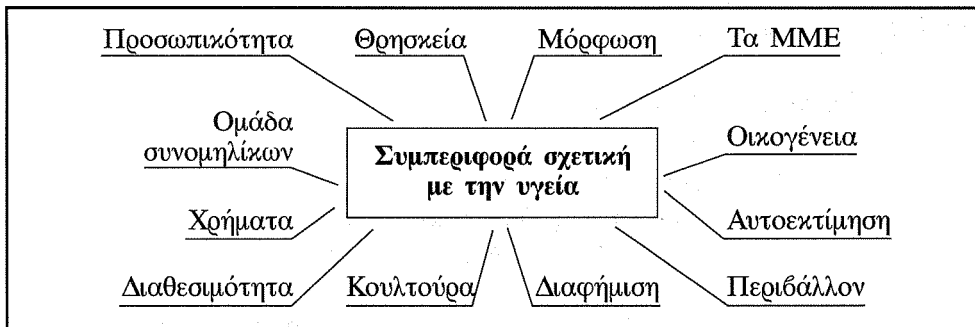
Ως προς τη μεθοδολογία, οι παρουσιάσεις επικεντρώνονται συνήθως στη μεταφορά περιεχομένου, και απαιτούν μεγάλη συγκέντρωση από την πλευρά του ακροατηρίου. Με τις συμμετοχικές μεθόδους, τα μέλη της ομάδας εντάσσονται σε μια διαδικασία ανταλλαγής ιδεών, πληροφοριών, απόψεων, στάσεων και, ως ένα σημείο, ικανοτήτων (skills). Οι συμμετοχικές μέθοδοι είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για διεπιστημονικές ομάδες και ακόμα για ομάδες μικτών ικανοτήτων, όπου υπάρχουν διάφορες εναλλακτικές λύσεις/προτάσεις και όχι μια "σωστή" και όπου δίνεται έμφαση στη διερεύνηση του υλικού.

Η Αγωγή Υγείας είναι εκλεκτική από τη φύση της, και χρησιμοποιεί ιδέες και έννοιες από πολλές επιστήμες, όπως ιατρική, παιδαγωγικά, ψυχολογία και κοινωνιολογία. Ουσιαστικά, είναι ένας νέος τομέας, που άρχισε να οικοδομεί τα θεωρητικά μοντέλα του μόλις πριν από πενήντα χρόνια.

Χρησιμοποιήσαμε ένα διημερές υγείας για να διερευνήσουμε την έννοια της υγείας πρώτα σε ατομικό επίπεδο εντοπίζοντας το σημείο εκείνο που τοποθετούμε τον εαυτό μας ως προς τους σημερινούς τρόπους ζωής, και ανταλλάσσουμε τις σκέψεις μας με τα άλλα μέλη της ομάδας.

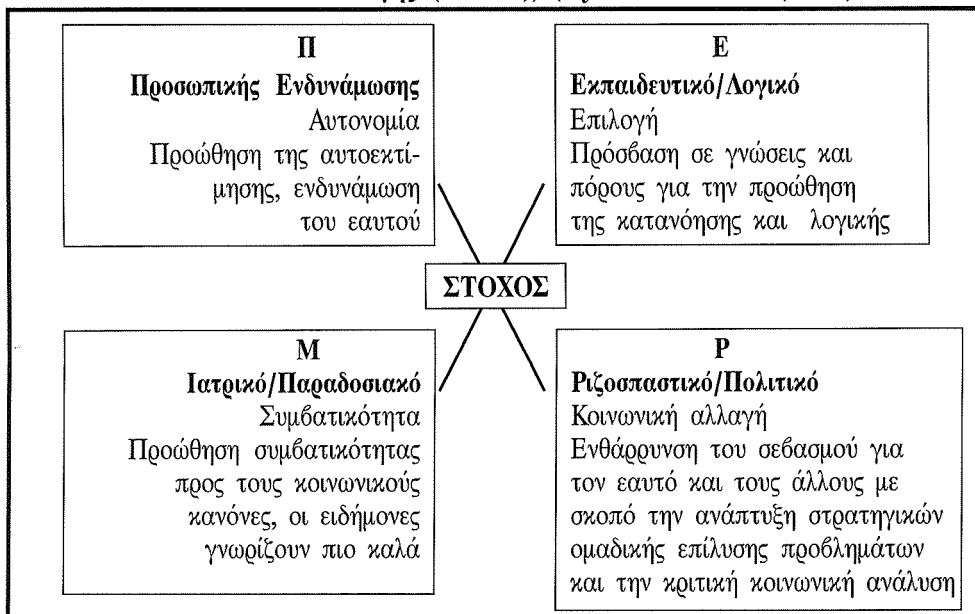
Σκοπός της άσκησης ήταν η ενθάρρυνση μιας συζήτησης των δικών μας αντιλήψεων της υγείας ως έννοιας. Σταδιακά, η συζήτηση αυτή θα οδηγούσε σε προβληματισμό γύρω από την πολλαπλότητα των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά μας ως προς την υγεία. Για τη δραστηριότητα αυτή, χωριστήκαμε σε μικρές ομάδες, η κάθε μία από τις οποίες ανέλαβε μια συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία: προσωπική υγιεινή, τρόφιμα και η κατανάλωσή τους, οινόπνευμα, σωματική άσκηση, σεξουαλικές σχέσεις, χρήση τοξικών

ουσιών. Μετά, εντοπίσαμε τις επιρροές, όπως τις αντιλαμβανόμασταν. Για παράδειγμα:



Όταν οι ομάδες παρουσίασαν τα πορίσματά τους, υπογραμμίστηκαν οι τρεις σημαντικότερες επιρροές, οι οποίες συζητήθηκαν για να διαπιστωθούν ομοιότητες και διαφορές και για να τεκμηριωθούν οι διάφορες απόψεις. Επειδή την ομάδα αποτέλεσαν κυρίως κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι εκπαιδευτικοί και ψυχολόγοι, δεν είναι παράξενο ότι οι παράγοντες της προσωπικότητας, της αυτοεκτίμησης, της οικογένειας, της ομάδας συνομηλίκων και του περιβάλλοντος θεωρήθηκαν σημαντικότερες επιδράσεις. Μπορεί, επομένως, να μας βοηθήσει η μελέτη ορισμένων μοντέλων αγωγής υγείας; Ο Sills προσαρμοσε το μοντέλο των Ryder και Campbell (1988) για να κατασκευάσει ένα μοντέλο εναλλαγής (PERMutation) της αγωγής υγείας, κατά το οποίο και τα τέσσερα επιμέρους μοντέλα ή στοιχεία θα συνέβαλαν σε μία στρατηγική αγωγής υγείας.

Το Μοντέλο Εναλλαγής (PERM), (Ryder & Cambell,1989)



Το μοντέλο της **Προσωπικής Ενδυνάμωσης (Personal Empowerment)** σκοπό έχει να προωθήσει την αυτοεκτίμηση, να βελτιώσει την αυτοεπίγνωση, και να αναπτύξει την ιδέα ότι κάθε άτομο μπορεί, ως ένα σημείο, να ελέγχει τη μοίρα του.

Το **Εκπαιδευτικό / Λογικό μοντέλο (Educational/Rational)** επικεντρώνεται στη διευκόλυνση των διαδικασιών επιλογής και λήψης αποφάσεων μέσα από την πρόσβαση στις γνώσεις, στην κατανόηση και στους πόρους.

Σκοπός του **Ριζοσπαστικού/Πολιτικού (Radical/Political)** μοντέλου είναι η κριτική ανάλυση κοινωνικών καταστάσεων, προωθώντας το σεβασμό για τον εαυτό τους και τους άλλους μέσω της ομαδικής επίλυσης προβλημάτων.

Το **Ιατρικό/Ορθόδοξο (Medical/Orthodox)** μοντέλο βασίζεται στις αντικειμενικές γνώσεις και στην ενίσχυση συμπεριφορών, που έχουν καθοριστεί και εγκριθεί εκ των προτέρων.

Η έμφαση που δίνεται στον ένα ή στον άλλο τομέα μπορεί να εξαρτάται από τη φιλοσοφία και την ειδίκευση του εκπαιδευτή, του διευκολυντή, του εκπαιδευτικού ή του συντονιστή της κοινότητας καθώς και από το πλαίσιο εφαρμογής. Σε ένα εκπαιδευτικό πλαίσιο, για παράδειγμα, η έμφαση πιθανώς να δίνεται στους τομείς της Εκπαίδευσης και της Προσωπικής Ενδυνάμωσης, και να μη γίνεται πολύς λόγος για τον Ιατρικό/Ορθόδοξο ή τον Ριζοσπαστικό/Πολιτικό τομέα. Αντίθετα στο κοινοτικό πλαίσιο μπορεί να δοθεί έμφαση στον Πολιτικό/Ριζοσπαστικό τομέα και στον τομέα της Προσωπικής Ενδυνάμωσης.

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

(α) Προαγωγή υγείας

Χρησιμοποιούνται ευρέως και οι δύο όροι, οι οποίοι, όμως, δεν είναι ταυτόσημοι. Ακόμα, υπάρχει μια τάση να θεωρείται ξεπερασμένος ο όρος Αγωγή Υγείας. Παρ'όλα αυτά, δεν είναι έτσι τα πράγματα. Το 1984, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προοδίδισε τις ακόλουθες πέντε αρχές της Προαγωγής Υγείας:

* Αφορά περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής παρά σε ομάδες υψηλού κινδύνου για συγκεκριμένες παθήσεις.

* Στοχεύει στη δράση σε σχέση με τις αιτίες ή τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας.

* Συνδυάζει διαφορετικές αλλά συμπληρωματικές μεθόδους ή προσεγγίσεις, όπως επικοινωνία, νομοθετικά μέτρα, εκπαίδευση, δημοσιονομικά μέτρα, οργανωτική αλλαγή, κοινοτική ανάπτυξη, και αυθόρμητη δράση κατά των κινδύνων για την υγεία.

* Στοχεύει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική και συγκεκριμένη συμμετοχή του κοινού.

* Είναι μια δραστηριότητα που αφορά τομείς της υγείας και της κοινωνίας. Δεν είναι κλάδος της ιατρικής επιστήμης. Παρόλα αυτά, οι ειδικοί επαγγελματίες υγείας - κυρίως εκείνοι που ασχολούνται με την πρωτογενή φροντίδα - έχουν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην υποδομή και διευκόλυνση της Προαγωγής Υγείας.

Οι ορισμοί αυτοί είναι τόσο γενικοί, ώστε να μπορούμε να θεωρούμε την Προαγωγή Υγείας ως περιεκτικό όρο που καλύπτει ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων σχετικών με την αναβάθμιση της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και των δραστηριοτήτων που σκοπό έχουν να αποτρέψουν την αρρώστεια και να προστατεύουν την υγεία. Στην πραγματικότητα, αυτές οι πλευρές της προαγωγής υγείας αλληλοεπηρεάζονται σε ένα σχήμα τριών συνδεδεμένων κύκλων, όπως περιγράφονται από τους Downie, Fyfe και Tannahill (1992):

(6) Αγωγή Υγείας

Οι συγγραφείς ανακεφαλαιώνουν τις σχέσεις αλληλεξάρτησης που προκύπτουν από αυτό το σχήμα. Η ουσία δρῖσκειται ὄχι τόσο στην κατηγοριοποίηση των τάσεων ὄσο στον τρόπο που μας βοηθάει να κατανοήσουμε, ὅτι θα καταφέρουμε να προωθήσουμε την υγεία μόνο ὅταν σχηματίσουμε “υγιείς συμμαχίες” (Tonnes, 1992). Ο Tonnes προτείνει ὅτι η αγωγή υγείας, στην οποία βασίζεται η προαγωγή υγείας, πρέπει να αποτελείται από τρία στοιχεία:

1. Κατάρτιση των ειδικών και προώθηση της συνειδητοποίησης εκ μέρους πολλών υπηρεσιών, ὅτι μπορούν να παίξουν ένα ρόλο στην προαγωγή υγείας.

2. Εκπαίδευση των ατόμων, που υποστηρίζονται να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την υγεία.

3. Εκπαίδευση της κοινότητας, για να δημιουργηθεί μια κριτική συνειδητοποίηση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που προσδιορίζουν την υγεία και για να ενδυναμωθεί η κοινότητα στην κατεύθυνση της συλλογικής δράσης.

Προγράμματα Αγωγής Υγείας σε Σχολεία

Τα τελευταία χρόνια, τα προγράμματα αγωγής υγείας και προληπτικής αγωγής ἔχουν χρησιμοποιήσει διάφορες μεθοδολογίες. Ανάμεσα σ’αυτές είναι η **ενημέρωση**, με το σκεπτικό ὅτι οι ἄνθρωποι κάνουν πράγματα που δεν θα ἔπρεπε λόγω ἔλλειψης σχετικής πληροφόρησης. Τα προγράμματα που αποσκοπούν αποκλειστικά στην ενημέρωση, βελτιώνουν το επίπεδο της πληροφόρησης, ἀλλά καμμιὰ φορά, αυξάνουν την περιέργεια και ενθαρρύνουν τον πειραματισμό. Η ευρύτερη μορφή εκπαίδευσης, συμπεριλαμβάνει ἀκόμα διερεύνηση **συναισθημάτων και στάσεων** σχετικά με τέτοιες πληροφορίες. Διαχειρίζεται δηλαδή τόσο γνωστικά ὄσο και συναισθηματικά στοιχεία.

Μια ἄλλη προσέγγιση, η οποία αναπτύχθηκε κυρίως σε σχέση με τα ναρκωτικά, είναι η **αγωγή της αντίστασης**. Σύμφωνα με αυτήν εξετάζονται καταστάσεις, στις οποίες υπάρχει πρόσβαση σε ουσίες και μαθαίνονται τρόποι να απορρίπτει κανείς τέτοιες προσφορές, συχνά με τη χρήση τεχνικών προσωπικής επιβολής.

Η προσέγγιση του *shock μέσω του τρόμου* ἔχει χρησιμοποιηθεί σε σχολικές καμπάνιες ενημέρωσης και ἀπό τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Συνδέεται με ὀρισμένα θέματα της πρόληψης, ὄπως είναι η πρόληψη των ατυχημάτων, του καπνίσματος και της χρήσης του

αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ουσιών. Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιείται συνήθως σε “εφάπαξ” συνεδρίες, με τη μορφή προβολής μιας ταινίας ή ενός βίντεο, σχολικής συγκέντρωσης ή διάλεξης/ομιλίας από πρώην χρήστες ή αστυνομικούς. Μακροπρόθεσμα, η προσέγγιση αυτή δεν φαίνεται να είναι πολύ αποτελεσματική, και στερείται μεγάλης εκπαιδευτικής αξίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις δε, μπορεί να προκαλέσει αρρωστημένη γοητεία και ενδιαφέρον, που μπορεί να οδηγήσει σε πειραματισμό.

Οι σημερινές προσεγγίσεις έχουν την τάση να κατευθύνονται προς την εκμάθηση δεξιοτήτων εκτός δηλαδή από την παροχή πληροφοριών, τα παιδιά μαθαίνουν προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες (“skills”). Πιστεύεται, ότι αποφάσεις σχετικά με ζητήματα υγείας βασίζονται συχνά σε αυτές τις δεξιότητες, και ότι, συνεπώς, χρειάζεται κατάλληλη εκπαίδευση. Υποστηρίζεται ακόμα, ότι οι δεξιότητες που μαθαίνονται, βοηθούν τη μάθηση και τις δραστηριότητες σε άλλους τομείς.

Έτσι, τα προγράμματα των περισσότερων σχολείων ακολουθούν μια προσέγγιση, στην οποία η αγωγή υγείας θεωρείται μέρος ενός ενιαίου κύκλου μαθημάτων Προσωπικής και Κοινωνικής Εκπαίδευσης και Αγωγής Υγείας, και όπου δημιουργούνται συναρτήσεις με σχετικούς τομείς όπως οι θετικές επιστήμες και οι ανθρωπιστικές σπουδές. Πολλοί εκπαιδευτικοί λειτουργοί έχουν πιά επίγνωση της ανάγκης να χρησιμοποιηθεί μία προσέγγιση “ολοκληρωμένου σχολείου”. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, τα μηνύματα που μεταδίδονται μέσω του προγράμματος σπουδών θα πρέπει να είναι συμβατά με εκείνα που παρέχονται από το σχολείο στο σύνολό του.

Κατά την ερευνητική φάση του προγράμματος “Δεξιότητες για τα Παιδιά του Δημοτικού”, ο Μοοη κατάρτισε έναν κατάλογο δεξιοτήτων που θεωρεί ότι χρειάζονται τα παιδιά, για να φροντίζουν τον εαυτό τους και τους άλλους και για τη δική τους ασφάλεια. Ανάμεσα στις δεξιότητες αυτές είναι οι ακόλουθες:

- * Επικοινωνία, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας επιβολής του εαυτού.
- * Λήψη αποφάσεων και επιλογές.
- * Κριτική σκέψη, αξιολόγηση πιθανών αποτελεσμάτων τωρινών ενεργειών.
- * Επίλυση προβλημάτων.
- * Σύνταξη διαπροσωπικών σχέσεων, όπως δημιουργία υποστηρικτικών σχέσεων (π.χ. φίλιες, πώς “να τα πάς καλά” με τους άλλους).
- * Αντίσταση στις πιέσεις.
- * Ελαχιστοποίηση κινδύνων.
- * Κατανόηση και εποικοδομητική αντιμετώπιση ενός ευρέως φάσματος αισθημάτων και συναισθημάτων, ιδίως εκείνων που είναι έντονα
- * Κριτική σκέψη
- * Συνεργασία

Οι δεξιότητες αυτές ενσωματώνονται στα προγράμματα της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έτσι ώστε, να μπουν από το Δημοτικό σχολείο τα θεμέλια για περαι-

τέρω ανάπτυξη και ενίσχυση στο Γυμνάσιο/Λύκειο.

Πάντως, είναι λίγοι οι εκπαιδευτικοί που έχουν κάποια κατάρτιση ή πείρα σε δομημένες μορφές αυτής της εργασίας. Στην αρχή, η αναπτυξιακή ή δομημένη προσέγγιση έλειπε από πολλά προγράμματα. Το αποτέλεσμα ήταν, η δουλειά στον τομέα αυτό του σχολικού προγράμματος να κριθεί ασήμαντη και η διδασκαλία κακής ποιότητας ιδιαίτερα όταν οι εκπαιδευτικοί την αναλάμβαναν σαν “καταναγκαστικό έργο”. Πιο πρόσφατα, εκπαιδευτικοί και σχεδιαστές σχολικών προγραμμάτων αντιμετώπισαν την ανάγκη για επιμόρφωση των εκπαιδευτικών, των οποίων τα καθήκοντα συμπεριλαμβάνουν τη διδασκαλία προγραμμάτων Προσωπικής και Κοινωνικής Εκπαίδευσης και Αγωγής Υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επιμόρφωση κατέστη υποχρεωτική, πριν από την ανάληψη τέτοιων προγραμμάτων.

Η προσέγγιση του “ολοκληρωμένου σχολείου”, αναγνωρίζει ότι, αν πρόκειται τα παιδιά να λαμβάνουν σταθερά και ξεκάθαρα μηνύματα, πρέπει να ευαισθητοποιηθούν και να εκπαιδευθούν οι Διευθυντές Σχολείων, οι Σχολικοί Σύμβουλοι, οι βοηθητικοί υπάλληλοι, οι επιμελητές ανηλίκων και το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας. Σήμερα, οι πόροι που χρειάζονται για την υποστήριξη αυτής της δουλειάς διατίθενται με μεγαλύτερη ευκολία.

Πιο πάνω, διαπιστώσαμε ότι η οικογένεια επηρεάζει σημαντικά τη συμπεριφορά των ατόμων σχετικά με την υγεία τόσο στην προσωπική όσο και στην κοινωνική τους ανάπτυξη. Καθώς αυτό το γεγονός έχει αναγνωρισθεί, γίνονται διάφορες προσπάθειες να εμπλακούν γονείς και κηδεμόνες σε μια σειρά από δραστηριότητες που σχετίζονται με το σχολείο και σε εκπαιδευτικές στρατηγικές για την ανάπτυξη ικανοτήτων, καμιά φορά και ως μέρος των παρεχομένων προγραμμάτων.

Η αποτελεσματικότητα αυτών των προσεγγίσεων δεν μπορεί να εκτιμηθεί, επειδή στις περισσότερες περιπτώσεις, βρίσκονται ακόμα στην αρχή της εφαρμογής τους.

A. Πρόγραμμα για το Δημοτικό Σχολείο: Δεξιότητες για τα Παιδιά του Δημοτικού

Κατά το κείμενο που συνοδεύει αυτό το πρόγραμμα, “η παρούσα προσέγγιση στην πρόληψη της κακοποίησης και στην προστασία των παιδιών βασίζεται στην απόκτηση δεξιοτήτων. Αναφέρεται σε παιδιά 5-11 ετών και παρέχει τα θεμέλια για Προσωπική και Κοινωνική Εκπαίδευση καθώς και για προγράμματα πρόληψης ναρκωτικών στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Είναι κατάλληλο για χρήση με παιδιά διαφόρων πολιτισμών και εθνοτήτων.

Το πρόγραμμα αποτελείται από:

- * Το Εγχειρίδιο: Εισάγει το πρόγραμμα και παρέχει το σκεπτικό για προσωπική και κοινωνική εκπαίδευση, με έμφαση στην παιδική προστασία.
- * Το Σχολικό Εργαστήριο: Αποτελείται από 10 εργαστήρια πάνω στα ζητήματα της παιδικής προστασίας για εκπαιδευτικούς, διευθυντές σχολείων, σχολικούς συμβούλους, προσωπικό των υπηρεσιών υγείας, άλλους σχολικούς υπαλλήλους, και μέλη της κοινότητας.

- * Το Εργαστήριο των Γονιών: Εξι εργαστήρια για γονείς και άλλα συγγενικά πρόσωπα.
- * Κάρτες Μαθημάτων: Τριάντα τρία (33) ολοκληρωμένα μαθήματα για παιδιά, που διερευνούν μια σειρά από προσωπικές ικανότητες και παρουσιάζουν δραστηριότητες και στρατηγικές στην τάξη για την εκμάθηση και ανάπτυξη των ικανοτήτων αυτών.

Το Εγχειρίδιο “παρέχει το σκεπτικό και το υπόβαθρο που χρειάζονται όσοι ασχολούνται με την προσωπική και κοινωνική εκπαίδευση μικρών παιδιών”. Περιέχει κεφάλαια για τα εξής θέματα:

1. Η Πρόληψη της Κακοποίησης και η Προστασία των Παιδιών.
2. Η Προσέγγιση του “Ολοκληρωμένου Σχολείου” στην Προσωπική και Κοινωνική Εκπαίδευση, με έμφαση στην Παιδική Προστασία.
3. Η Προσωπική και Κοινωνική Εκπαίδευση στο Εθνικό Αναλυτικό Πρόγραμμα, όπως αυτό ισχύει στην Αγγλία.
4. Διδασκαλία και Εκμάθηση: Ομαδική Δουλειά στην Τάξη του Δημοτικού Σχολείου.
5. Προώθηση της Αυτοεκτίμησης στο Σχολείο.
6. Η Αξιολόγηση των Προγραμμάτων Προσωπικής και Κοινωνικής Εκπαίδευσης και Αγωγής Υγείας.
7. Η Διοργάνωση Εργαστηρίων για Γονείς.
8. Παραρτήματα.

Το πρόγραμμα Σχολικών Εργαστηρίων αποτελείται από 10 επιμορφωτικές συνεδρίες που απευθύνονται σε εκπαιδευτικούς, βοηθητικό προσωπικό, Διευθυντές Σχολείων, σχολικούς συμβούλους, προσωπικό των υπηρεσιών υγείας και άλλα μέλη της κοινότητας που ασχολούνται με τα σχολεία. Τα θέματα των εργαστηρίων είναι τα εξής:

- Εργαστήρι 1 : Εισαγωγή - Η Κακοποίηση είναι.....
- Εργαστήρι 2 : Προώθηση της Προσέγγισης του “Ολοκληρωμένου Σχολείου” στην Πρόληψη της Κακοποίησης.
- Εργαστήρι 3 : Διερεύνηση Στάσεων και Αξιών.
- Εργαστήρι 4 : Κίνδυνοι, Δικαιώματα και Ευθύνες.
- Εργαστήρι 5 : Ανάπτυξη Προσωπικών Ικανοτήτων.
- Εργαστήρι 6 : Προώθηση της Αυτοεκτίμησης στο Σχολείο.
- Εργαστήρι 7 : Η Διαχείριση της Μάθησης.
- Εργαστήρι 8 : Εκτίμηση και Αξιολόγηση στην Προσωπική και Κοινωνική Εκπαίδευση.
- Εργαστήρι 9 : Ο Εντοπιsmός Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες.
- Εργαστήρι 10 : Εφαρμογή Δεξιοτήτων για τα Παιδιά του Δημοτικού.

Στο πρόγραμμα οι γονείς εμπλέκονται με τρεις τρόπους:

* Μέσω της δουλειάς στο σπίτι και στην οικογένεια, και μέσω των εργασιών που ζητούνται από τα παιδιά.

* Μέσω της συμμετοχής τους σε σχολικές εκθέσεις, εργασίες και επιδείξεις.

* Μέσω των έξι εργαστηρίων για γονείς.

Τα εργαστήρια συντονίζονται από τους εκπαιδευτικούς, και σκοπός τους είναι να ενημερώνουν τις ομάδες των γονιών για τη δουλειά που γίνεται στο σχολείο όσον αφορά στην παιδική προστασία. Επίσης, τα εργαστήρια παρέχουν στους γονείς μια ευκαιρία να διερευνούν τις ανησυχίες τους και τον συνεργατικό τους ρόλο στην πρόληψη.

Τα θέματα των έξι εργαστηρίων είναι τα εξής:

Εργαστήρι 1 : Εισαγωγή - Συνεργάτες στην Πρόληψη.

Εργαστήρι 2 : Εισαγωγή - Η Κακοποίηση είναι.....

Εργαστήρι 3 : Αύξηση της Αυτοεκτίμησης.

Εργαστήρι 4 : Σε Παρακαλώ, Ακουσέ με.

Εργαστήρι 5 : “Εσω” Ετοιμος (1) - εξέταση των “μυστικών” και των ικανοτήτων που χρειάζονται τα παιδιά για να προστατεύονται από την τρομοκράτηση μεγαλύτερων παιδιών.

Εργαστήρι 6 : “Εσω” Ετοιμος (2) - εξέταση των μηνυμάτων που μεταδίδουν οι ενήλικες και η κοινωνία προς τα παιδιά σε σχέση με τη χρήση ουσιών και τα μηνύματα, τα οποία οι γονείς επιθυμούν να μεταδώσουν στα παιδιά.

Στην καρδιά του προγράμματος βρίσκεται μια σειρά από 33 μαθήματα, γνωστά ως “Κάρτες Μαθημάτων”, που χρησιμοποιούνται είτε ως σχεδιασμένο, αναπτυξιακό και προσδευτικό πρόγραμμα προσωπικής και κοινωνικής εκπαίδευσης για παιδιά 5-11 ετών, είτε ως συμπλήρωμα των υλικών και προγραμμάτων που ήδη χρησιμοποιούνται.

Τα μαθήματα χωρίζονται σε επτά τμήματα:

Κύριο τμήμα : Εγώ και το Σχολείο μου

KM1 : Η Ανάπτυξη της Αλληλεγγύης στην τάξη

KM2 : Μαθαίνοντας να Συνεργαζόμαστε και να Δουλεύουμε Μαζί στην τάξη

KM3 : Κάνοντας το Σχολείο μου πιο Ασφαλές και Αλληλέγγυο

Τμήμα 1 : Εγώ, ένας Ξεχωριστός Άνθρωπος

KM1 : Η Μοναδικότητα του Εαυτού μου

KM2 : Πώς καλλιεργούμε την Εμπιστοσύνη στον Εαυτό μας

KM3 : Μεγαλώνω και Αλλάζω

KM4 : Οι Άνθρωποι που Αγαπώ (1) - Η Οικογένειά μου και οι Άλλοι

KM5 : Οι Άνθρωποι που Αγαπώ (2)

Τμήμα 2 : Ένας στους Πολλούς

KM1 : Ίδιος και διαφορετικός

KM2 : Τι θα πεί “Φίλος”

KM3 : Συνεργαζόμαστε με τους Άλλους : Εναρξη, Διάλυση και Διατήρηση Σχέσεων

KM4 : Άνθρωποι που με Βοηθούν

KM5 : Φροντίζοντας για τους Άλλους : Άνθρωποι που χρειάζονται Ειδική Βοήθεια

Τμήμα 3 : Αισθήματα και Συναισθήματα

- KM1 : Αναγνώριση και Εκφραση Συναισθημάτων
- KM2 : Αντιμετώπιση Ισχυρών Συναισθημάτων
- KM3 : Ειρηνική Επίλυση Διαφορών
- KM4 : Και οι Άλλοι Έχουν Αισθήματα
- KM5 : Απώλεια και Θρήνος

Τμήμα 4 : Εκμάθηση Καινούργιων Δεξιοτήτων

- KM1 : Ακούγοντας Καλά
- KM2 : Επικοινωνώντας Καλά
- KM3 : Μαθαίνοντας να Διαπραγματευόμαστε
- KM4 : Επιβάλλοντας τον Εαυτό μας
- KM5 : Δεν Πειράζει αν Κάνουμε Λάθη

Τμήμα 5 : Αντιμετώπιση Προκλήσεων

- KM1 : Εισαγωγή στην Κριτική Σκέψη και Λήψη Αποφάσεων
- KM2 : Διακινδυνεύοντας
- KM3 : Πιέσεις και Επιρροές
- KM4 : Αναλαμβάνοντας Ευθύνες
- KM5 : Υποστηρίζοντας ο Ένας τον Άλλον

Τμήμα 6 : Φροντίζοντας τον Εαυτό μου

- KM1 : Φροντίζοντας το Σώμα μου
- KM2 : Πράγματα που με Ανησυχούν και με Φοβίζουν : Είναι Πραγματικά ή Φανταστικά;
- KM3 : Πότε Μπορεί το Μυστικό να μην είναι Μυστικό;
- KM4 : Ακίνδunami Ανθρωποι, Ακίνδυνα Μέρη, Ακίνδυνα Πράγματα
- KM5 : Παραμένοντας Ασφαλής : Οι Προσωπικοί μου Στόχοι

Οι μονάδες διατάσσονται σε πέντε κατευθύνσεις, που αντιστοιχούν στο φάσμα των αναγκών των νέων. Οι κατευθύνσεις αυτές είναι οι εξής :

- * Η ανάπτυξη της προσωπικότητας
- * Η έννοια του ανήκειν
- * Ανάγκες, Δικαιώματα και Υποχρεώσεις
- * Αντιμετωπίζοντας καταστάσεις
- * Αντιμετωπίζοντας κινδύνους

Κάθε κατεύθυνση περιέχει υλικά για την ανάπτυξη ενός ευρέως φάσματος ικανοτήτων:

Παιδιά ηλικίας 11-14 ετών :

- * Πώς να είμαστε κατανοητοί
- * Επικοινωνία
- * Συνεύρεση
- * Συνεργασία

- * Επιλογές
 - * Αντιμετώπιση αλλαγών
 - Παιδιά ηλικίας 14-16 ετών:*
 - * Κατανόηση του εαυτού και των άλλων
 - * Επικοινωνία
 - * Συνεργασία
 - * Προετοιμασία για τη ζωή
- Ανάμεσα στα θέματα που προέκυψαν από τις κατευθύνσεις και τις δεξιότητες ήταν τα εξής:
- * Συνειδητοποίηση του εαυτού
 - * Σεξουαλική υγεία
 - * Αποχωρισμός και απώλεια
 - * Οικογενειακή ζωή
 - * Δουλειά σπιτιού (για το σχολείο)
 - * Τρομοκράτηση από μεγαλύτερα παιδιά
 - * Φροντίδα για τους άλλους
 - * Διαμάχες
 - * Ναρκωτικά
 - * Προσέλευση στο σχολείο
 - * Ελεύθερος χρόνος
 - * Το Περιβάλλον
 - * Χρήματα
 - * Η εφηβεία
 - * Οι σχέσεις
 - * Εθνικότητες και πολιτισμική πολυφωνία
 - * Πλεονεκτούντα και μειονεκτούντα άτομα
 - * Προλήψεις
 - * HIV/AIDS
 - * Φύλο
 - * Αλκοόλ
 - * Κάπνισμα
 - * Τυχερά παιχνίδια
 - * Εγκυμοσύνη στην εφηβεία
 - * Απασχόληση και ανεργία
 - * Επίδραση της ομάδας των συνομηλίκων

Στο σεμινάριο, είχαμε την ευκαιρία να διώσουμε ένα μάθημα από το Τμήμα 1, Κάρτα Μαθήματος 2, “Η Οικοδόμηση της Εμπιστοσύνης στον Εαυτό μας”. Ο καθένας μας προσδιόρισε τις ειδικές ικανότητες που κατείχε και τις ανήρτησε στο δικό του δέντρο του “Εγώ μπορώ να.....”. Μετά, προσδιορίσαμε πράγματα που θα θέλαμε να μπορούμε να κάνουμε

μελλοντικά, και τα αναρτήσαμε στο δέντρο του “ Εγώ θα.....” . Υστερα από τη συζήτηση αυτού του σταδίου, μιλήσαμε για ενέργειες άλλων που μας κάνουν δυστυχημένους και για τον τρόπο της αντίδρασής μας, και μετά μιλήσαμε και συζητήσαμε παραδείγματα θετικών συμπεριφορών. Στο τέλος, ο καθένας επέλεξε μια θετική συμπεριφορά, προσδιόρισε το άτομο με το οποίο θα εκδήλωνε τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, και υποσχέθηκε να το κάνει. (Εσύ, το έκανες;)

Έχει εκδοθεί μια σειρά από συμπληρωματικές κάρτες μαθημάτων. Το Τμήμα 1 αποτελείται από 10 μαθήματα περί Αγωγής Υγείας, που σκοπό έχουν να συμπληρώνουν και να επεκτείνουν τα αρχικά υλικά. Το Τμήμα 2 αποτελείται από 20 ακόμα κάρτες μαθημάτων πάνω σε επιμέρους θέματα.

Μέρος 1

Αγωγή Υγείας

KM1 : Υγιεινή Διατροφή

KM2 : Άσκηση και Ξεκούραση

KM3 : Ατομική Καθαριότητα

KM4 : Μια Ματιά στον Κόσμο των Φαρμάκων

KM5 : Κάπνισμα και Κατανάλωση Οινοπνεύματος

Μέρος 2

Μεγαλώνοντας και Αλλάζοντας

KM1 : Δημιουργία Σχέσεων

KM2 : Αρσενικό ή Θηλυκό; Ποιά η Διαφορά;

KM3 : Αλλαγές της Εφηβείας

KM4 : Και Άλλες Αλλαγές της Εφηβείας

KM5 : Μια Νέα Ζωή

KM6 : HIV και AIDS: Μύθοι και Παρεξηγήσεις

KM7 : HIV και AIDS (2)

Μέρος 3

Αγωγή του Καλού Πολίτη

KM1 : Τρομοκρατία στη Σχολική Αυλή

KM2 : Κανόνες

KM3 : Μέλος της Κοινότητας

KM4 : Ασφάλεια στην Κοινότητα

KM5 : Η Οικογένεια

Μέρος 4

Περιβαλλοντική Αγωγή

KM1 : Ομορφα Μέρη

KM2 : Το Νερό

KM3 : Ο Καιρός

KM4 : Τα Απόβλητα και η Διάθεσή τους

KM5 : Κτίρια και Σχεδιασμός

Μέρος 5

Επαγγελματική Αγωγή και Επαγγελματικός Προσανατολισμός

KM1 : Μια Ποικιλία Ρόλων

KM2 : Μετάβαση

KM3 : Ο Κόσμος της Εργασίας - Μέρος 1

KM4 : Ο Κόσμος της Εργασίας - Μέρος 2

KM5 : Ο Κόσμος της Εργασίας - Μέρος 3

Μέρος 6

Κατανόηση της Οικονομίας και της Βιομηχανίας

KM1 : Εμπόριο

KM2 : Αλληλεξάρτηση

KM3 : Προϋπολογισμός Δαπανών και Λήψη Αποφάσεων

KM4 : Τεχνολογία και Τρόποι Ζωής

KM5 : Δημόσιες Υπηρεσίες

B. Προγράμματα για τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

1. Το πρόγραμμα *Δεξιότητες για την Εφηβεία* ξεκίνησε στις ΗΠΑ ως πρόγραμμα εκπαίδευσης σχετικά με τα ναρκωτικά για παιδιά ηλικίας 11-14 ετών και έχει υιοθετηθεί από πολλές χώρες. Η προσέγγισή του είναι προσωπική και σχετίζεται με τις κοινωνικές δεξιότητες, ενσωματώνοντας μια ξεκάθαρη σειρά αξιών που αποτελούν ένα κύριο ηθικό πλαίσιο.

Ο Οδηγός του Προγράμματος περιέχει το σκεπτικό του προγράμματος και ογδόντα συνεδρίες οργανωμένες κατά τρόπο κανονιστικό, διαδοχικό και αναπτυξιακό. Οι συνεδρίες ομαδοποιούνται σε μονάδες, ως εξής:

Μονάδα 1 : Μπαίνοντας στην Εφηβεία : Η Πρόκληση που Περιμένει

Μονάδα 2 : Αναπτύσσοντας την Αυτοπεποίθησή μας, Μέσω μιας Καλύτερης Επικοινωνίας

Μονάδα 3 : Μαθαίνοντας για τα Συναισθήματα

Μονάδα 4 : Οι Φίλοι : Βελτιώνοντας τις Σχέσεις μας με τους Συνομήλικους

Μονάδα 5 : Ενισχύοντας τις Οικογενειακές Σχέσεις

Μονάδα 6 : Αναπτύσσοντας Δεξιότητες Κριτικής Σκέψης για τη Λήψη Αποφάσεων

Μονάδα 7 : Θέτοντας τους Στόχους για Υγεία στη Ζωή μας

Ενα βιβλίο ασκήσεων για *Μαθητικές Δραστηριότητες και Εργασίες* περιέχει γενικές πληροφορίες και φύλλα εργασίας για δουλειά στην τάξη.

Το βιβλίο των μαθητών, με τίτλο *Αλλαγές: Βελτιώνοντας τον Εαυτό μας*, περιέχει δύο κείμενα για ανάγνωση που υποστηρίζει το κάθε μέρος.

Οι εργασίες σπιτιού και τα ειδικά υλικά, όπως ένα κείμενο με τίτλο: *Τα Εκπληκτικά Χρόνια: Πώς να Καταλάβουμε τους Εφηβους καθώς Αλλάζουν*, ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των γονέων και οικογενειών στο πρόγραμμα. Το πρόγραμμα περιέχει επίσης υλικά για τέσσερις προτεινόμενες συνεδρίες γονέων σε σχέση με το πρόγραμμα των μαθητών.

2. Το πρόγραμμα *Δεξιότητες για τη Ζωή* έχει χαρακτήρα λιγότερο καθοδηγητικό και προσφέρει μια προσέγγιση “ολοκληρωμένου σχολείου” στην Προσωπική και Κοινωνική Εκπαίδευση και την Αγωγή Υγείας για παιδιά ηλικίας 11-16 ετών. Αποτελείται από τρία κύρια στοιχεία :

Ενα *Εγχειρίδιο Κορμού*, που προσφέρει “αναλυτική καθοδήγηση για το σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών και πρακτικών που προωθούν την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη νέων ατόμων”. Βασίζεται στον εντοπισμό των αναγκών, στην εξέταση των παρεχομένων υπηρεσιών, στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή αλλαγών με τη χρήση ενός αναπτυξιακού μοντέλου που επιχειρεί να εμπλέξει τους νέους, τους εκπαιδευτικούς, το σχολικό σύστημα, την οικογένεια και την κοινότητα.

Η *Εισαγωγή στο Εποπτικό Υλικό* προσφέρει καθοδήγηση στην ανάπτυξη και εφαρμογή ενός δομημένου προγράμματος προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες των μαθητών του συγκεκριμένου σχολείου, καθώς και πρακτικές κατευθυντήριες γραμμές για την παροχή Προσωπικής και Κοινωνικής Εκπαίδευσης και Αγωγής Υγείας στην τάξη.

Το καθεαυτό **Εποπτικό Υλικό** αποτελείται από 50 κατηγορίες δραστηριοτήτων, που μπορούν να προσαρμοστούν στις ανάγκες των παιδιών. Κάθε κατηγορία περιέχει τέσσερις δραστηριότητες και διαρκεί περίπου 40 λεπτά. Έτσι, το πρόγραμμα *Δεξιότητες για τη Ζωή* προσφέρει τη δυνατότητα επιλογής από 200 συνολικά δραστηριότητες.

Ενα ακόμα στοιχείο του σεμιναρίου, σε σχέση με τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ήταν μια συνεδρία πρακτικού σχεδιασμού και πρακτικής διδασκαλίας ενός μαθήματος με τη χρήση συμμετοχικών μεθόδων. Οι τρεις συνεδρίες που επελέγησαν είχαν τους τίτλους:

- *Γυναίκες, Άνδρες και Κοινωνία*
- *Το Πάρτι: Αποφάσεις για το Αλκοόλ*
- *Ναρκοτικά: Πατί δεν Δοκιμάζεις κι Εσύ;*

Η συμμετοχή του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας στην “Ευρωπαϊκή Εβδομάδα Κατά των Ναρκωτικών” το 1994, ήταν ένας διαγωνισμός, κατά τον οποίο ζητήθηκε από τα σχολεία να παράγουν μια βιντεοταινία διάρκειας πέντε λεπτών με θέμα κάποια διάσταση της εκπαίδευσης σχετικά με τα ναρκωτικά. Οι διαγωνιζόμενοι χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με την ηλικία τους (8-11, 11-14, 14-16 ετών), με μία τέταρτη κατηγορία για “ειδικά σχολεία”. Τα παιδιά βοηθήθηκαν στο γράψιμο του σεναρίου, αλλά η τελική παραγωγή ήταν ευθύνη του συγκεκριμένου σχολείου και των μαθητών του. Επειτα, το σενάριο της νικήτριας ταινίας σε κάθε κατηγορία ξεναγυρίστηκε από επαγγελματίες, και εμείς παρακολουθήσαμε δύο από αυτές τις τελικές παραγωγές.

Η Αγωγή Υγείας στην Κοινότητα

Από ιστορικής άποψης, έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες προσεγγίσεις στην αγωγή υγείας και στην πρόληψη των ασθενειών, με τη χρήση της ενημέρωσης, της διευκρίνισης αξιών, της εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες, της εκμάθησης τρόπων αντίστασης, της παροχής τοπικών εγκαταστάσεων αναψυχής και ελεύθερου χρόνου, της βελτίωσης της υποδομής σε στέγαση και απασχόληση, της επιβολής της δημόσιας τάξης, και της ενθάρρυνσης κοινοτικής δράσης.

Στη δική σας τοπική κοινότητα, υπάρχουν ορισμένες από αυτές τις προσεγγίσεις; Αν ναι, ποιές; Ποιός είναι ο δικός σας ρόλος; Προσδοκούν οι άλλοι να παίξετε το ρόλο πρότυπου, φορέα αλλαγής, σύμβουλου ή φορέα παραπομπής, εμπνευστή, ομιλητή ή παρουσιαστή, δημιουργό νέων ομάδων, εκπαιδευτή;

Πολλές ασθένειες έχουν τις αιτίες τους σε προσωπικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι κοινωνικο-πολιτισμικές συνθήκες διαφέρουν από έναν τόπο στον άλλο, και έτσι έχει σημασία η τοπική συνείδηση. Η δέσμευση θα είναι μεγαλύτερη στις περιπτώσεις, στις οποίες οι άνθρωποι διακρίνουν τη σχέση ανάμεσα στη δράση και στον εαυτό τους, και έχουν την αίσθηση ότι εκείνο που γίνεται ή προτείνεται είναι “ δικό τους “. Τα μέλη της ομάδας που γνωρίζουν τις τοπικές συνθήκες μπορούν να συμβάλουν με τις ιδέες τους, την πείρα τους, και την ειδική γνώση που έχουν ως “ κινητήριοι μοχλοί “ της κοινότητάς τους και στην αύξηση των πιθανοτήτων επιτυχίας που έχουν τα διάφορα σχέδια.

1) “*Αντιμετωπίζοντας Μαζί τις Τοξικές Ουσίες*” είναι ο τίτλος ενός κειμένου/πλαισίου, που δημοσιεύθηκε τον Οκτώβριο του 1994 και το οποίο διατυπώνει τους σκοπούς της πολιτικής της Βρετανικής κυβέρνησης για την αντιμετώπιση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης. Οι σκοποί αυτοί είναι οι εξής:

Να ενεργήσει μέσω της δραστηριότητας τήρησης της εννόμου τάξεως και μιας καινούργιας έμφασης στην εκπαίδευση και πρόληψη, ώστε να :

* Αυξήσει την προστασία της κοινότητας από την εγκληματικότητα που σχετίζεται με τις τοξικές ουσίες.

* Μειώσει το βαθμό πρόσβασης των νέων στις τοξικές ουσίες και να περιορίσει τη δεκτικότητά τους απέναντι σ’αυτές, και

* Να μειώσει τους κινδύνους για την υγεία και τις άλλες βλάβες που προκαλεί η χρήση τοξικών ουσιών.

Το κείμενο προτείνει τη σύσταση Ομάδων Δράσης κατά των Ναρκωτικών. Τα μέλη κάθε Ομάδας θα προέρχονται από την Εκπαίδευση, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τις Υπηρεσίες Υγείας, την Αστυνομία, τη Σωφρονιστική Υπηρεσία και τις Υπηρεσίες Επιμέλειας Ανήλικων. Η Ομάδα θα είναι αρμόδια για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στην αντίστοιχη περιοχή της.

Υπάρχουν και σήμερα μερικές πρωτοβουλίες, που βασίζονται στην κοινότητα. Πιο κάτω, περιγράφουμε δύο από αυτές, σαν παραδείγματα.

Το Πρόγραμμα για Νέους κάτω από 16 ετών στο Wirral συμπεριλαμβάνει τη συμμετοχή εκπαιδευτικών από σχολεία της περιοχής, μελών του προσωπικού των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών Υγείας, και αστυνομικών-συνδέσμων με τους νέους.

Το Πρόγραμμα στο White City (Λονδίνο), στο οποίο συμμετέχουν αξιωματικοί της κοινοτικής αστυνομίας, ο φορέας κατά των τοξικών ουσιών, ο φορέας Προαγωγής Υγείας, η Υπηρεσία κατά της Τοξικοεξάρτησης, η Τοπική Αυτοδιοίκηση, η μονάδα ασφάλειας στην κοινότητα, οι κοινοτικές υπηρεσίες εκπαίδευσης, και η τοπική ποδοσφαιρική ομάδα. Στόχοι του προγράμματος είναι:

- να αποτρέψει τους νέους από τη χρήση ναρκωτικών,
- να κατευθύνει τους χρήστες στις υπηρεσίες για δοθήθεια,
- να ευαισθητοποιήσει όλη την κοινότητα ως προς τους κινδύνους των ναρκωτικών,
- να ενισχύσει τους φορείς του νόμου, ώστε οι έμποροι ναρκωτικών να μην μπορούν να δράσουν,
- να μειώσει τα αρνητικά αποτελέσματα που προκαλούνται στους χρήστες και στην κοινότητα γενικότερα μέσω της εγκληματικότητας που σχετίζεται με τις τοξικές ουσίες

Δραστηριότητες:

- Επισκέψεις με παιδιά σε αγώνα ποδοσφαίρου, όπου όλοι οι παίκτες φορούσαν φόρμες με το σύνθημα “Αντιμετωπίζουμε Μαζί τα Ναρκωτικά”.
- Θεατρικές συνεδρίες με θέμα την ευαισθητοποίηση προς τις τοξικές ουσίες για παιδιά που έχουν τελειώσει Δημοτικό και θα μεταβούν στο Γυμνάσιο.
- Δοκιμές διαφόρων αθλημάτων για νέους : ποδόσφαιρο, ξιφομαχία, κανό, μπάσκετ, κρίκετ, αυτο-άμυνα, αερόμπικς και χορός.
- Ενημέρωση με στόχο την ευαισθητοποίηση προς τα ναρκωτικά από κινητό συμβουλευτικό σταθμό.
- Ενημέρωση για την πρόληψη του εγκλήματος από κινητό συμβουλευτικό σταθμό της αστυνομίας.
- Συγκεντρώσεις του τοπικού πληθυσμού με κοινοτικούς αστυνομικούς και λειτουργούς στους τομείς της ευαισθητοποίησης και πρόληψης των ναρκωτικών.

2) Το Πρόγραμμα *Φροντίζοντας τον Εαυτό Σου* ξεκίνησε το 1977, ως εκστρατεία, μέσω των ΜΜΕ με χρηματοδότηση του Συμβουλίου Αγωγής Υγείας. Ακολούθησαν ορισμένοι πειραματικοί κύκλοι για ενήλικες, και το 1982, ύστερα από την κατάρτιση εκπαιδευτών και συντονιστών, το πρόγραμμα εξελίχθηκε σε εθνικό, με ένα περίπλοκο περιφερειακό δίκτυο.

Αυτό το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας για ενήλικες αποτελείται από τρία στοιχεία:

i) Σωματική δράση και άσκηση: ένα ασφαλές πρόγραμμα σχεδιασμένο κατάλληλα για τον καθένα, ανεξάρτητα από τις σωματικές του δυνατότητες. Οι συμμετέχοντες ενθαρρύνο-

νται να διαλέξουν δραστηριότητες που ταιριάζουν στις ανάγκες τους. Η πρόοδος τους σ' αυτό το μη ανταγωνιστικό πρόγραμμα παρακολουθείται με σφυγμομέτρηση και ατομικές καρτέλες.

ii) Χαλάρωση : ένα πρόγραμμα ελέγχου της νευρομυϊκής έντασης που εφαρμόζεται σε καθημερινές συνθήκες.

iii) Θέματα Υγείας : εξετάζονται ζητήματα σχετικά με τους τρόπους ζωής και επιρροής τους στην υγεία.

Τα τρία αυτά στοιχεία προσφέρουν μια ολοκληρωμένη, ολιστική προσέγγιση στην υγεία. Το πρόγραμμα μπορεί να λειτουργήσει σε διάφορα περιβάλλοντα : στην κοινότητα, στον τόπο εργασίας, σε εκπαιδευτικά ιδρύματα και στο σπίτι.

ΒΙΟΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. TACADE *Curriculum Guide: A programme for Ages 11-14, "A cooperative programme of TACADE & Lions Club International", copyright by Quest International and TACADE, Reprinted U.K. 1989.*
2. TACADE *Curriculum Guide: Parents Meetings, "A cooperative Programme of TACADE", Lions Club International Copyright by Quest International and TACADE, Reprinted U.K. 1989.*
3. TACADE *Activities and Assignments, "A cooperative Programme of TACADE", Lions Club International Quest International Copyright, U.K. 1986*
4. TACADE *The Surprising Years. Understanding your changing adolescent. A book for parents, Developed by Quest International and Lions Clubs International and adapted by TACADE, Reprinted by W & G Baird Ltd, Antrim, Northern Ireland, 1989.*
5. TACADE *The Manual: Personal and Social Education in the primary school. Skills for the primary school child, Promoting the protection the protection of children, U.K. 1995.*
6. TACADE *Schools' workshops, skills for the Primary School Child, promoting the protection of children, U.K. 1990.*

3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Λιάππας Α. Ιωάννης
Ψυχίατρος

Επίκουρος Καθηγητής του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΓΕΝΙΚΑ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Στο χώρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ουσιεξάρτησης υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός θεραπευτικών μεθόδων, οι οποίες σε πολλά σημεία τους αλληλοκαλύπτονται. Το να τις δει κανείς ξεχωριστά και απομονωμένα είναι μάλλον λάθος. Όπως δεν υπάρχει ένας τύπος χρήστη, έτσι και ένα είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης δεν είναι αρκετό για να καλύψει τις ποικίλες ανάγκες όλου του φάσματος των υπαρχόντων χρηστών.

Επιπρόσθετα, ο ίδιος ο χρήστης είναι δυνατόν να ωφεληθεί από διάφορους τύπους θεραπευτικών προσεγγίσεων σε διαφορετικές χρονικές στιγμές της πορείας του στο χώρο της ουσιεξάρτησης.

Η θεραπευτική προσέγγιση δεν είναι μία **αποσπασματική** παρέμβαση στη ζωή των ατόμων που κάνουν χρήση εθιστικών ουσιών, αλλά μάλλον αποτελεί μέρος των συνολικών εμπειριών τους. Η προσπάθεια θεραπευτικής παρέμβασης έρχεται συνήθως σε αντίθεση με τα γεγονότα της περασμένης τους ζωής και ταυτόχρονα “διαμορφώνεται” μέσα από αυτά στο μέλλον.

Από μία άποψη, η θεραπευτική προσέγγιση των χρηστών διαφέρει από τις παραδοσιακές θεραπευτικές αντιλήψεις, όπου η θεραπεία παρέχονταν από “ενεργητικούς” θεραπευτές σε “παθητικούς” αρρώστους.

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης των ουσιεξαρτημένων ατόμων φαίνεται να είναι χρήσιμο και αποτελεσματικό να προτείνονται από το θεραπευτή αρχικά βραχυπρόθεσμοι θερα-

πυρκαϊκή σχέση, που να είναι εύκολοι και αποδεκτοί από το χρήστη και να παρέχουν τη δυνατότητα να αναπτυχθεί μία σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο. Ετσι, θα δοθεί η ευκαιρία να τεθούν μελλοντικά πιο ουσιαστικοί μακροχρόνιοι στόχοι, που θα μπορούσαν να βλάψουν τη θεραπευτική σχέση εάν είχαν προταθεί από την αρχή.

Σαν άμεσοι θεραπευτικοί στόχοι θα μπορούσαν να αναφερθούν:

α) η άμεση εισαγωγή σε νοσοκομείο στην περίπτωση οξείας ψυχοσκόμορφης αντίδρασης ή έντονων στερεοτικών συμπτωμάτων ανάλογα με τον τύπο της εθιστικής ψυχοτρόπου ουσίας, στην οποία είναι εθισμένος ο κάθε χρήστης,

β) η άμεση παραπομπή του χρήστη σε θεραπευτική κοινότητα, ξενώνα, ειδικά θεραπευτικά κέντρα αποτοξίνωσης, προγράμματα μεθαδόνης κ.λπ.,

γ) η μείωση ή η σταθεροποίηση της δόσης της λαμβανόμενης ουσίας.

Συνήθως μακροπρόθεσμοι στόχοι είναι:

α) η απόλυτη και σταθερή αποχή από ουσίες,

β) η κοινωνική επανένταξη,

γ) η εργασιακή αποκατάσταση και,

δ) η σταθεροποίηση του χρήστη σε έναν τρόπο ζωής σταθερότερο, λιγότερο παραμπωματικό και πιο προσαρμοστικό.

Σ' ένα ορισμένο ποσοστό χρηστών ή πλήρης και μόνιμη αποχή δεν είναι εφικτή. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρήσιμο και σκόπιμο θα ήταν να ενθαρρύνεται ο χρήστης, ώστε να πετύχει τη μείωση και σταθεροποίηση της δόσης ή να έχει μεγαλύτερες περιόδους αποχής ή τέλος να λαμβάνει οπιοειδή ύπο εποπτεία σε ειδικά κέντρα χορήγησης υποκαταστάτων ουσιών.

Γενικά, για την πλειονότητα των χρηστών η ιεράρχηση των θεραπευτικών στόχων είναι η πλήρης και η σταθερή αποχή, η οποία θα πρέπει πάντα να ακολουθείται από την κοινωνικο-εργασιακή αποκατάσταση του χρήστη. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία αποτελεί πάντα το κεντρικό κλειδί για κάθε θεραπευτική προσπάθεια και θα πρέπει να ξανατονισθεί, ότι δε φαίνεται να υπάρχει ένας και μόνος τρόπος αντιμετώπισης για όλους τους χρήστες.

Διαχρονικές σοβαρές μελέτες επισημαίνουν ότι ένα μικρό ποσοστό χρηστών μπορεί να θεραπευτεί και χωρίς καμία επαγγελματική βοήθεια, καθώς με το πέρασμα του χρόνου ωρμάζει ψυχοβιολογικά. Άλλοι συγγραφείς θεωρούν την άποψη αυτή μάλλον υπεραιολόγηση. Ο G. Edwards υποστηρίζει ότι τις περισσότερες φορές η θεραπευτική παρέμβαση δεν είναι τίποτε παραπάνω "από ένα μικρό σκούντημα του χρήστη προς μία νέα κατεύθυνση ζωής".

Πέρα από τις σχηματοποιήσεις, τις υπεραπλουστεύσεις και τις αντιδικίες ανάμεσα στα διαφορετικής αρχής και προσανατολισμού θεραπευτικά προγράμματα, φαίνεται ότι η προσωπική εξέλιξη του χρήστη παίζει βασικό ρόλο στη διαδικασία της μακροχρόνιας πορείας του στον κόσμο των ναρκωτικών· το κίνητρό του για θεραπεία ποικίλλει.

Μολονότι το κίνητρο του χρήστη για θεραπεία είναι σημαντικό για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αποτελεί ένα μόνο από τους παράγοντες που καθορίζουν τη θεραπευτική έκβαση. Ο χρήστης άλλες φορές αισθάνεται τόσο καταπονημένος και φοβισμένος από τις

να είναι αποφασιστικός, αντικειμενικός, όχι επικριτικός, να έχει γνώση, εμπειρία και εκπαίδευση σχετικά με το θεραπευτικό του αντικείμενο.

γ) Τα χαρακτηριστικά του χρήστη

Επικρατεί η άποψη ότι τελικά είναι δύσκολο να απομονώσει κανείς χαρακτηριστικά των χρηστών που να προσδιορίζουν με σιγουριά το θεραπευτικό αποτέλεσμα και αυτό ίσως να συμβαίνει διότι είναι πλέον κοινώς αποδεκτό ότι οι χρήστες αποτελούν ετερογενή πληθυσμό. Πέρα από αυτό όμως φαίνεται ότι στοιχεία όπως η νεαρή ηλικία του χρήστη, το μικρό διάστημα χρήσης, η απουσία ενέσχυμης χρήσης, το σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον και ο χαμηλός δείκτης παρανόμων δραστηριοτήτων, συσχετίζονται θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Τέλος, ένα σημαντικό ερώτημα που τίθεται διεθνώς είναι, ποιός είναι ο σημαντικότερος θεραπευτικός στόχος που τίθεται. Το ερώτημα εάν η πλήρης και συνεχής αποχή είναι αναγκαία αλλά και εφικτή, έχει αποτελέσει αντικείμενο διαφωνιών για πολλά χρόνια. Για πολλούς θεραπευτές η μόνιμη και ολική αποχή είναι η μόνη παραδεκτή θεραπεία, ενώ άλλοι επιστήμονες υποστηρίζουν την υπόθεση της ελεγχόμενης χρήσης με αντιπροσωπευτικότερο θεραπευτικό μοντέλο τη θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη.

ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

α) Σωματική Απεξάρτηση

Στο χρονικό σημείο που κάποιος χρήστης αποφασίζει να διακόψει τις ουσίες, θα πρέπει πρώτα να ξεπεράσει τα σημαντικά στερητικά συμπτώματα πριν προχωρήσει στις ουσιαστικότερες φάσεις ενός προγράμματος αποκατάστασης. Και ο χρήστης και ο θεραπευτής θα πρέπει να γνωρίζουν ότι μόνο οι κατηγορίες ουσιών όπως είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα οπιοειδή, τα βαρβιτουρικά, τα υπνωτικά και το οινόπνευμα προκαλούν σωματικό στερητικό σύνδρομο. Όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες ουσιών επιφέρουν μόνο ψυχολογικό στερητικό σύνδρομο.

Το να διακόψει κανείς τα ναρκωτικά είναι σχετικά εύκολο πράγμα. Το δύσκολο είναι να διατηρηθεί η αποχή. Πολύ συχνά διάφοροι χρήστες καταφεύγουν σε προγράμματα απεξάρτησης μόνο και μόνο για να μειώσουν τη δόση και το ύψος της εξάρτησης και να πάρουν μία ανάσα από την εξαντλητική ζωή που κάνουν. Πολλοί χρήστες που αρχίζουν μία θεραπευτική προσπάθεια σωματικής απεξάρτησης τη σταματούν στη μέση και οι περισσότεροι ούτε προχωρούν σε συστηματικότερα προγράμματα αποκατάστασης ούτε παραμένουν στην αποχή που πέτυχαν σε κάποια φάση. Το πώς θα γίνει η θεραπεία της σωματικής απεξάρτησης δεν φαίνεται να επηρεάζει την εν συνεχεία πορεία του χρήστη. Η σωματική απεξάρτηση θεωρείται πάντα προθεραπευτική διαδικασία. Αυτή μπορεί να γίνει α) απότομα ή σταδιακά, β) να χρησιμοποιηθούν φαρμακευτικές ουσίες για δόθθεια ή όχι, γ) να γίνει σε εξωτερική ή σε εσωτερική νοσηλεία. Η επιλογή της μεθόδου εξαρτάται περισσότερο από το τί είναι διαθέσιμο για το συγκεκριμένο τόπο και χρήστη και λιγότερο από το τί θεωρείται ιδανικό για την

περίπτωση. Το τί είναι διαθέσιμο, τις πιά πολλές φορές αποτελεί ένα πολύπλοκο συνδυασμό παραμέτρων όπως το νομικό καθεστώς της χώρας, οι επικρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις, οι προσωπικές προτιμήσεις του χρήστη, η ειδική εκπαίδευση και ο προσανατολισμός του θεραπευτή, η μόδα της στιγμής και πολλοί άλλοι μη σαφώς καθοριζόμενοι παράγοντες. Οποιος και αν είναι ο τύπος της θεραπευτικής προσπάθειας, σε κάθε θεραπευτική προσέγγιση σωματικής απεξάρτησης θα πρέπει να ακολουθούνται μερικές γενικές αρχές όπως: 1) η ανακούφιση του χρήστη από τα σωματικά συμπτώματα 2) η υποστήριξη των φυσιολογικών λειτουργιών του σώματος, 3) η εξασφάλιση ενός σταθερού και ασφαλούς περιβάλλοντος για το χρήστη, 4) ο σεβασμός των δικαιωμάτων του και 5) η ενθάρρυνση και η παραπομπή του χρήστη σε οργανωμένα και επίσημα θεραπευτικά προγράμματα αποκατάστασης. Στη φάση αυτή της πρώτης θεραπευτικής προσέγγισης θα πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί και θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας, ότι η ιστορία της αντιμετώπισης των στερητικών συνδρόμων (με λίγες ίσως εξαιρέσεις) είναι γεμάτη από “θεραπευτικές” προσπάθειες οι οποίες στην πάροδο του χρόνου αποδείχτηκαν ότι δημιουργούσαν περισσότερο επικίνδυνες και εθιστικές καταστάσεις από αυτές που προσπαθούσαν να “θεραπεύσουν”.

Κανένα θεραπευτικό μοντέλο σωματικής απεξάρτησης, απομονωμένο από ένα συνολικό θεραπευτικό πρόγραμμα γενικότερης αποκατάστασης, δεν αναμένεται να έχει σημαντικά και μόνιμα αποτελέσματα αναφορικά με την αλλαγή συμπεριφοράς του χρήστη.

Η απεξάρτηση μπορεί να γίνει σε εξωτερική ή και σε εσωτερική νοσηλευτική βάση και υπάρχουν ποικίλα θεραπευτικά μοντέλα σχεδιασμένα με τον ένα ή τον άλλο τρόπο. Κάθε τύπος προσέγγισης παρουσιάζει ιδιαιτερότητες σχετικά με τον τρόπο σχεδιασμού και οργάνωσης, τις ευκολίες που παρέχει, καθώς και τη διάρκεια της διαδικασίας. Η κάθε άποψη έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η απεξάρτηση σε εξωτερική βάση είναι μεν η φτηνότερη αλλά και η πιο προβληματική. Η απεξάρτηση σε εσωτερική βάση είναι η πιο ακριβή μέθοδος και δεν φαίνεται να υπάρχουν σοβαρές επιστημονικές μελέτες που να αποδεικνύουν ότι υπερτερεί σε αποτελεσματικότητα συγκριτικά με τις άλλες, και αυτό συμβαίνει κυρίως, όταν η μονάδα είναι περισσότερο προσανατολισμένη στο “ιατρικό” μοντέλο, παραβλέποντας τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συνοδεύουν και επηρεάζουν το σύνδρομο της ουσιοεξάρτησης. Η μέθοδος σωματικής απεξάρτησης σε επίπεδο εσωτερικής νοσηλείας φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη για πολυχρήστες, για άτομα εξαρτημένα από υπνωτικές και ηρεμιστικές ουσίες, καθώς και για χρήστες με συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές.

Η απεξάρτηση σε χώρους όπως οι θεραπευτικές κοινότητες είναι σχετικά νέος τρόπος προσέγγισης . Στις κοινότητες το προσωπικό είναι συνήθως μη ιατρικό αλλά αρκετά έμπειρο ώστε να αντιμετωπίζει “στεγνά” συνήθη στερητικά συμπτώματα. Οι κοινότητες είναι κατάλληλες για χρήστες οπιοειδών, για μη πολυχρήστες και για περιπτώσεις που γενικά δεν συνυπάρχουν σοβαρά παθολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα. Στις περιπτώσεις που για την απεξάρτηση θα χρησιμοποιηθούν κάποιες φαρμακευτικές ουσίες θα πρέπει να έχουν τις

παρακάτω ιδιότητες: α) Να χρησιμοποιούνται από το στόμα ώστε να “σπάσει” η συνήθεια της ενέσιμης χρήσης, β) να είναι σχετικά ασφαλείς ουσίες, γ) να έχουν σχετικά μεγάλο χρόνο δράσης και δ) να χορηγούνται με τρόπο τέτοιο ώστε να μη δημιουργείται νέος εθισμός.

Τελειώνοντας με το θέμα της σωματικής απεξάρτησης δύο μόνο πράγματα θα μπορούσε κανείς να πει: 1) θα πρέπει να γίνονται προσπάθειες πειραματισμού με νέες σοβαρές προσεγγίσεις έχοντας πάντα υπόψη τις εμπειρίες του παρελθόντος και 2) ότι καμία από τις υπάρχουσες μεθόδους δεν φαίνεται να επιδρά θετικά στην πρόληψη της υποτροπής της χρήσης.

β) Θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη

Στην πραγματικότητα το πρόβλημα της συνταγογράφησης υποκαταστάτων οπιοειδών ουσιών σε ουσιοεξαρτημένα άτομα υπήρχε από τις πρώτες δεκαετίες του αιώνα μας.

Η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση ηρωίνης σε εξαρτημένα άτομα προϋπήρχε ως μόδα στην Αγγλία αρκετές 10ετίες πριν και η ηρωίνη εχορηγείτο με σκεπτικό παρόμοιο με αυτό που αργότερα οδήγησε στην εφαρμογή της θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη. Μόλις το 1968 στη Μ. Βρετανία επικράτησε περισσότερη επιφύλαξη και η συνταγογράφηση κοκαΐνης και ηρωίνης περιορίστηκε σημαντικά και γινόταν μόνο από μικρή μερίδα γιατρών, οι οποίοι ήταν εξουσιοδοτημένοι με ειδική άδεια για το σκοπό αυτό. Ειδικότερα, αναφορικά με την υπόθεση της μεθαδόνης, θα λέγαμε ότι η (όλη) ιστορία αρχίζει το 1965 στην Αμερική, όπου οι Dole και Nyswander συνιστούσαν τη χορήγηση μεθαδόνης από το στόμα, υποστηρίζοντας ότι η ουσία αυτή υποκαθιστά την ηρωίνη και ότι ως θεραπεία δίνει τις μεγαλύτερες υποσχέσεις για τη μακροχρόνια αντιμετώπιση ηρωϊνομανών σε εξωτερική βάση.

Τα κυριώτερα σημεία του σκεπτικού για τη χορήγηση μεθαδόνης υπήρξαν τα παρακάτω: 1) η μεθαδόνη υποκαθιστά την ηρωίνη και καταστέλλει τα στερητικά συμπτώματα, 2) η νόμιμη συνταγογράφηση μεθαδόνης θα διέκοπτε την επαφή του χρήστη με τη μαύρη αγορά και θα περιόριζε τις παράνομες δραστηριότητες του, που σκοπό θα είχαν την απόκτηση χρημάτων για την οικονομική στήριξη της πολυδάπανης χρήσης, 3) η από του στόματος χορήγηση μεθαδόνης θα μείωνε τους κινδύνους της παρεντερικής χορήγησης της ηρωίνης (μολύνσεις, ηπατίτιδα, AIDS κ.λπ.), 4) θα προστάτευε το χρήστη από τους κινδύνους της νοθείας των ουσιών της μαύρης αγοράς και 5) μέσω των παραπάνω, θα βοηθούσε στην καλύτερη κοινωνική, οικογενειακή και εργασιακή προσαρμογή του.

Αρχικά η αποτελεσματικότητα της μεθαδόνης θεωρήθηκε δεδομένη, αλλά με το πέρασμα του χρόνου και με τη συνεχή εφαρμογή της μεθόδου άρχισαν να εμφανίζονται οι πρώτοι πολέμοι της νέας μεθόδου, οι οποίοι προοδευτικά πλήθαιναν.

Τα κυριώτερα σημεία, στα οποία στηρίχθηκε η αρνητική κριτική της θεραπείας υποκατάστασης συνοψίζονται στα παρακάτω: 1) αρκετό από το συνταγογραφημένο υλικό της μεθαδόνης διακινείται παράνομα, 2) πολλοί χρήστες σε προγράμματα μεθαδόνης έκαναν παράλληλα και χρήση ηρωίνης, 3) παρά τη μαζική και εκτεταμένη εφαρμογή των προγραμ-

μάτων μεθαδόνης στην Αμερική, δεν υπάρχουν σημαντικές μελέτες και στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι υπάρχει ελάττωση της ζήτησης της παράνομης ηρωίνης στη χώρα, 4) πολλοί χρήστες ανέφεραν, ότι “μυήθηκαν” στα ναρκωτικά αρχικά μέσω της μεθαδόνης, 5) η συσχετιζόμενη με τη χρήση εγκληματικότητα δεν φαίνεται να μειώθηκε σημαντικά και 6) το ποσοστό των χρηστών που πέτυχε αποχή μέσω των προγραμμάτων μεθαδόνης ήταν πολύ μικρότερο του αναμενόμενου και σημαντικός αριθμός χρηστών μετά τη διακοπή της μεθαδόνης ξαναγύριζε στη χρήση παρανόμων ουσιών.

Η απλή συνταγογράφηση μεθαδόνης, χωρίς αυτό να γίνεται στα πλαίσια ενός γενικότερου οργανωμένου θεραπευτικού προγράμματος, έχει μάλλον αρνητικά αποτελέσματα.

Η απάντηση στο ερώτημα της χορήγησης ή μη μεθαδόνης δεν φαίνεται να είναι και τόσο απλή. Θα πρέπει να ληφθούν υπόψη παράγοντες όπως η ύπαρξη ή μη άλλων εναλλακτικών λύσεων, η μόδα της στιγμής, η νομοθεσία του κράτους και οι τρέχουσες κοινωνικές πιέσεις.

γ) Ανταγωνιστές των οπιοειδών ουσιών

Όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις της ουσιοεξάρτησης χαρακτηρίζονται από το μειονέκτημα του μεγάλου κινδύνου υποτροπής, όταν ο χρήστης βρεθεί μακριά από το προστατευτικό θεραπευτικό περιβάλλον. Μία θεραπευτική αντιμετώπιση η οποία μπορεί να προστατεύσει το απεξαρτημένο άτομο από τις υποτροπές είναι οι ανταγωνιστές των οπιοειδών. Αυτές είναι ουσίες τις οποίες, εάν τις πάρει ένας χρήστης οπιοειδών και ταυτόχρονα χρησιμοποιήσει ηρωίνη ή άλλες οπιοειδείς ουσίες, δεν νοιώθει καμία από τις ευχάριστες κλινικές επιδράσεις των οπιοειδών.

Η χρήση των ανταγωνιστών φαίνεται να είναι πρακτικά ασφαλής και αποτελεσματική με λίγες παρενέργειες. Ως μειονεκτήματα θα μπορούσαν ν'αναφερθούν το μεγάλο οικονομικό κόστος τους και η μικρή τους δημοτικότητα στον κόσμο των χρηστών. Μερικές από τις ουσίες αυτές είναι η ναλοξόνη, η ναλορφίνη η ναλτρεξόνη, η δουπρενορφίνη, κ.α.

δ) Ατομικού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η τάση για θεραπευτικές προσεγγίσεις ατομικού τύπου συμβουλευτικής ψυχοθεραπείας, η οποία γίνεται από επαγγελματίες. Μέσα από επανειλημμένες συναντήσεις με το χρήστη, γίνεται προσπάθεια να του δοθεί η κατάλληλη ενημέρωση, να συζητηθούν τα προβλήματα και οι σχέσεις του και να κατανοηθούν οι συμπεριφορές που τον οδηγούν στη χρήση.

Συνεχής επιδίωξη είναι ο διαχωρισμός ανάμεσα στα τρέχοντα προβλήματα που δημιουργεί η χρήση αυτή καθαυτή και στους υποκειμενικούς βιοκοινωνικούς παράγοντες που συμμετέχουν, συντηρούν και ενισχύουν τη μη-προσαρμοστική συμπεριφορά του χρήστη.

Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη κινήτρων για διακοπή της χρήσης, διαμέσου προσπαθειών που θα καλλιεργήσουν τα θετικά στοιχεία τα οποία υπάρχουν στην προσωπικότητα του χρήστη, θα αξιοποιήσουν τις κοινωνικές

ευκαιρίες του και θα αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις που ενισχύουν τη χρήση της ουσίας.

Πρέπει να επισημανθεί ότι η επικέντρωση αποκλειστικά στο πρόβλημα της χρήσης, η παραγνώριση των μηχανισμών που τη συντηρούν, η εφαρμογή της ίδιας θεραπευτικής μεθόδου αδιακρίτως και η παράδληψη πιθανών συνοδευτικών ψυχιατρικών διαταραχών (κατάθλιψη, άγχος κ.λπ.) είναι από τα συνηθέστερα λάθη των απείρων ψυχοθεραπευτών.

Επίσης, η ατομική ψυχοθεραπεία η οποία επικεντρώνεται μόνο πάνω στην εναισθητική διαδικασία χωρίς παράλληλα να ασχολείται με το πρόβλημα της χρήσης, είναι εξίσου αναποτελεσματική.

Η ατομική προσέγγιση στα αρχικά της στάδια στοχεύει στην κάμψη των αντιστάσεων του χρήστη για θεραπεία, στην παραμονή του στη θεραπευτική προσπάθεια και στον προσανατολισμό του σε μακράς βάσης θεραπευτικά προγράμματα.

Αρχικά γίνεται προσπάθεια να υποστηριχθεί ο χρήστης, ώστε να αντιμετωπίσει τους φόβους του και τα στερητικά συμπτώματα που εμφανίζονται καθώς η δόση της ουσίας μειώνεται. Όλη αυτή η τεχνική απαιτεί συνήθως ενεργητική και δραστήρια παρέμβαση από μέρους του θεραπευτή και για το λόγο αυτό ψυχαναλυτικού τύπου τεχνικές δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματικές.

Σε πολλές περιπτώσεις η εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και ο σχεδιασμός της με βάση τις συγκεκριμένες και μοναδικές ανάγκες κάθε ατόμου είναι ένα από τα βασικά κλειδιά για την επιτυχή έκβαση μιας θεραπευτικής προσπάθειας.

Η ατομική προσέγγιση φαίνεται να είναι από τις πιο κατάλληλες για χρήστες που καταφεύγουν στις ουσίες στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν νευρωτικές καταστάσεις και συναισθηματικού τύπου διαταραχές και προβλήματα

ε) Ομαδικού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Γενικά στις ομαδικού τύπου προσεγγίσεις γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί η διαμορφωτική επίδραση της θετικής δυναμικής που υπάρχει στους πρώην χρήστες, ώστε να αναπτυχθεί η ικανότητα των υπολοίπων μελών της ομάδας για ρεαλιστικού τύπου προσεγγίσεις και επαναποθετήσεις, καθώς και να αυξηθεί η μέριμνά τους για τα καθημερινά τους ζωτικά προβλήματα.

Το σκεπτικό της χρήσης μεθόδων ομαδικής θεραπείας στη θεραπευτική της ουσιοεξάρτησης στηρίζεται στην αρχή, ότι η χρήση είναι το αποτέλεσμα της στενής σχέσης ανάμεσα σε παράγοντες όπως η δράση της ουσίας, η προσωπικότητα του χρήστη και η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Οι ομάδες αυτές μπορεί να οργανωθούν σε πλαίσιο νοσοκομείου (σε εσωτερική ή εξωτερική βάση), θεραπευτικής κοινότητας ή άλλων θεραπευτικών κέντρων.

Η ομάδα μπορεί να αποτελείται από 3-12 ή από 30-40 μέλη. Υπάρχουν διάφορες παραλλαγές στον τύπο των μεθόδων που χρησιμοποιούνται στις ομαδικές θεραπείες. Οι

συμμετέχοντες σ' αυτές τις ομάδες άλλοτε μένουν στο σπίτι τους, και άλλοτε σε κάποιο ξενώνα. Σε πολλές περιπτώσεις η ομάδα είναι μέρος ενός ευρύτερου θεραπευτικού προγράμματος νοσοκομείου ή θεραπευτικής κοινότητας.

Εισαγωγές διαφόρων χρηστών στην ομάδα γενικώς και αδιακρίτως ακόμη και εάν το επιθυμούν, δεν φαίνεται να είναι ο σωστός τρόπος αντιμετώπισης. Αντίθετα επιλεγμένες ομάδες χρηστών συνεργαζόμενες πετυχαίνουν καλά αποτελέσματα.

Ο θεραπευτής πρέπει να συζητάει και να επεξεργάζεται προβλήματα που αφορούν κυρίως στο παρόν παρά στο παρελθόν.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία θα πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο θεραπευτή, να ακολουθεί συγκεκριμένο σκεπτικό, να έχει συγκεκριμένη χρονική διάρκεια, να έχει καθορισμένους στόχους και να είναι καλά δομημένη σχετικά με τον αριθμό και το είδος των μελών της.

ζ) Θεραπευτικές Κοινότητες

Οι θεραπευτικές κοινότητες εμφανίστηκαν στο προσκήνιο της θεραπευτικής της ουσιοεξάρτησης στις αρχές της 10ετίας του 1960.

Η πρώτη κοινότητα ιδρύθηκε το 1958 στην Αμερική από πρώην χρήστες, που επιθυμούσαν να απέχουν από τα οπιοειδή, και διευθυνόταν από τους ίδιους. Αρχικά όλο το προσωπικό αποτελείτο από πρώην χρήστες που χρησιμοποιούσαν τους εαυτούς τους ως πρότυπο μοντέλο για τους θεραπευόμενους.

Υπάρχουν πολλοί τύποι θεραπευτικών κοινοτήτων όπως τα Synanon, τα Daytops, τα Phoenix Houses, τα Alpha Houses, τα Odessa Houses, τα Ley Communities, κ.α.

Οι θεραπευτικές κοινότητες είναι συνήθως σχετικά αυτόνομοι οργανισμοί. Βασική θεραπευτική τεχνική είναι η ομαδικού τύπου ψυχοθεραπεία και η δυναμική που αναπτύσσεται από τις ομάδες των θεραπευομένων και των θεραπευτών. Βασικές αρχές λειτουργίας των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι:

1) Όλος ο σχεδιασμός στηρίζεται στην άποψη ότι οι θεραπευόμενοι έχουν ανάγκη 24ωρης παραμονής στο χώρο της κοινότητας.

2) Οι εργαζόμενοι σ' αυτήν είναι πρώην χρήστες και επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, ανάλογα με τον ειδικό τύπο της κάθε κοινότητας.

3) Όλο το σύστημα είναι αυστηρά ιεραρχημένο.

4) Οι καθημερινές δραστηριότητες είναι πάντα πολύ συγκεκριμένες και καλύπτουν όλο το 24ωρο.

5) Το νέο μέλος απομονώνεται σκόπιμα και αρχικά δεν έχει επαφή με την προηγούμενη ζωή του.

6) Οι παλαιότεροι λειτουργούν ως μοντέλα για τους νεώτερους.

7) Γενική αρχή όλων των κοινοτήτων είναι η απαίτηση από το νέο χρήστη να διακόψει κάθε ουσία κατά την είσοδό του και να μη χρησιμοποιηθούν ψυχοφάρμακα κανενός τύπου.

Η διάρκεια των διαφόρων προγραμμάτων ποικίλλει από 12 έως 20 περίπου μήνες.

Υπάρχουν και θετικές και αρνητικές απόψεις αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των κοινοτήτων. Γενικά όμως θα λέγαμε ότι οι καλά σχεδιασμένες θεραπευτικές κοινότητες παίζουν σπουδαίο ρόλο στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης.

η) Διάφορα άλλα είδη Θεραπευτικών Υπηρεσιών

1) Κέντρα Άμεσης Παρέμβασης και “Ελεύθερες Κλινικές”

Σ’αυτές τις υπηρεσίες ο χρήστης γίνεται εύκολα αποδεκτός χωρίς πολύπλοκες αρχικές διαδικασίες, προσφέρουν άμεση βοήθεια για διάφορα ιατρικά προβλήματα που συνδέονται ή προκύπτουν από τη χρήση ουσιών, στεγάζονται συνήθως στους χώρους των επειγόντων περιστατικών των διαφόρων νοσοκομείων και έχουν επαγγελματικό προσωπικό.

2) Σταθμοί Γενικής Πληροφόρησης και Παραπομπής

Είναι υπηρεσίες που παρέχουν πληροφορίες στους χρήστες, παραπέμπουν στα κατάλληλα θεραπευτικά κέντρα, για κάθε περίπτωση, και έχουν επαγγελματικό προσωπικό. Μπορεί να στεγάζονται σε γραφεία, σπίτια, σχολεία, νοσοκομεία κ.λπ., κατά προτίμηση στο κέντρο της πόλης.

3) Ανοικτές Τηλεφωνικές Γραμμές Άμεσης Υποστήριξης

Αυτές στελεχώνονται από επαγγελματίες ή και εκπαιδευμένους εθελοντές, παρέχουν βοήθεια όλο το 24ωρο και συνεργάζονται στενά με κέντρα με επαγγελματικό προσωπικό. Μπορεί να είναι εγκατεστημένες παντού.

4) Συμβουλευτικοί Σταθμοί

Είναι οργανωμένα κέντρα με επαγγελματικό προσωπικό, παρέχουν συμβουλευτική ψυχοθεραπεία, ασχολούνται με προβλήματα χρήσης, εργασίας, κοινωνικής επανένταξης και οικογένειας. Γενικά, είναι υπηρεσίες αυτόνομες ή μπορεί και να ανήκουν σε μεγαλύτερα κέντρα ή νοσοκομεία.

5) Κέντρα Ημέρας

Είναι υπηρεσίες σχεδιασμένες να δέχονται χρήστες σε εξωτερική βάση και παρέχουν θεραπευτικά ό,τι και οι συμβουλευτικοί σταθμοί.

6) Ξενώνες - Ημιπροστατευμένα Σπίτια - Σπίτια στην Κοινότητα

Βοηθούν συστηματικά νεαρούς χρήστες που για ποικίλους λόγους δεν ζούν με τις οικογένειές τους. Λειτουργούν υπό επιτήρηση από επαγγελματίες, αλλιώς καταλήγουν σε κέντρα διακίνησης ναρκωτικών.

7) Ειδικές Ιατρικές Υπηρεσίες

Αποτελούν εξειδικευμένες μονάδες εσωτερικής ή εξωτερικής νοσηλείας ουσιοεξαρτημέ-

νων ατόμων στις οποίες εξειδικευμένο προσωπικό αντιμετωπίζει σε βραχυπρόθεσμη πάντα βάση ποικίλα ιατρικά προβλήματα σχετιζόμενα με την κατάχρηση ουσιών. Οι μονάδες αυτές στεγάζονται συνήθως σε μεγάλα νοσοκομεία.

θ) Θεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες των χρηστών

Η παρέμβαση στην οικογένεια του χρήστη θεωρείται από τα πλέον βασικά εργαλεία στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης. Σχεδόν όλα τα θεραπευτικά προγράμματα για χρήστες - ιδίως στην Αμερική - συνοδεύονται από κάποιο τύπο θεραπευτικής παρέμβασης στην οικογένεια. Η θεραπευτική αυτή επικεντρώνεται σε τρόπους παρέμβασης στα προβλήματα της οικογένειας του χρήστη με μία μεθοδολογία, που να αφορά άμεσα το μέλος - χρήστη. Οι τύποι σχέσεων στις οικογένειες των χρηστών περιγράφονται ως πολύ μπερδεμένες, εξαρτητικές και περιοριστικές ή ως χαλαρές και ανεύθυνες. Οι μητέρες τείνουν να είναι μπερδεμένες σε συμβιωτικού τύπου σχέσεις με το γιό - χρήστη. Οι σχέσεις μεταξύ συζύγων περιγράφονται ως αλληλοεξαρτητικές, τα αδέρφια μπορεί να προμηθεύουν ουσίες το ένα στο άλλο και οι σχέσεις ανάμεσα στη μητέρα και την κόρη - χρήστη να είναι εχθρικές και ανταγωνιστικές.

Στις οικογένειες αυτές η δυσαρέσκεια δεν εκφράζεται ευθέως μεταξύ των μελών αλλά καλύπτεται και πολλές φορές καταλήγει σε εκρηκτικούς καυγάδες. Βασικοί στόχοι της θεραπείας της οικογένειας είναι: α) να πείσουμε όλη την οικογένεια να συνεργαστεί με σκοπό να διακόψει το μέλος - χρήστης τις ουσίες και β) να ενεργοποιήσουμε όλα τα μέλη της ώστε να υποστηρίξουν σταθερά και ξεκάθαρα την απόφαση του χρήστη να ακολουθήσει ένα από τα θεραπευτικά προγράμματα.

Γενικά παρέχοντας γνώση στην οικογένεια του χρήστη -η οποία και είναι σχετική με το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης- την καθιστούμε πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Τελειώνοντας το πολυσύνθετο αυτό κεφάλαιο θα μπορούσαμε να κάνουμε κάποιες ευρύτερα αποδεκτές γενικές συμπερασματικές προτάσεις.

- 1) Κεντρική και ενιαία κρατική πολιτική αναφορικά με τους θεραπευτικούς στόχους.
- 2) Πολυμορφία θεραπευτικών υπηρεσιών, ομοιόμορφα εγκατεστημένων και ανεπτυγμένων χωροταξικά.
- 3) Οχι υπερανάπτυξη ενός τύπου θεραπευτικής υπηρεσίας εις βάρος άλλων.
- 4) Όλοι οι τύποι υπηρεσιών είναι απαραίτητοι και αποτελούν αναγκαία τμήματα του δικτύου της θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- 5) Στενή συνεργασία μεταξύ των διαφόρων τύπων των θεραπευτικών υπηρεσιών.
- 6) Κεντρική καταγραφή και συλλογή στοιχείων σχετικών με το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης.
- 7) Επαγγελματική εκπαίδευση προσωπικού που θα στελεχώσει τις διάφορες υπηρεσίες.
- 8) Αποφυγή ανταγωνισμών μεταξύ των διαφόρων τύπων των θεραπευτικών υπηρεσιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Ball J., Corty E., Petroski S., et. al., *The characteristics of 633 patients in methadone treatment in three U.S. cities*, "Report from the University of Maryland School of Medicine", Dep. of Epidemiology and Preventive Medicine, 1986.
- Basen M.M., *Family Therapy: a summary of selected literature*, NIDA, Rockville. (Eds), 1983.
- Boudouris J., *Criminality and addiction*, "The International Journal of the Addictions", v.11 (6), p.p. 951-966, 1976.
- Bradley B.P., Phillips G., Green L., et. al., *Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use following detoxification*, "British Journal of Psychiatry", v. 154, p.p. 354-359, 1989.
- Brien C.P., Grenstein R.A. , *Treatment approaches: opiate antagonists*. In: Lowinson J.H., P.Riuz (Eds) "Substance Abuse, Clinical Problem and Perspective", William and Wilkins, p.p. 403-404, Baltimore & London 1981.
- Brill L. , *Rational Authority in Retrospective*, In: J.H. Lowinson, P.Ruiz (Eds), "Substance Abuse: Clinical Problems and Perspectives," William and Wilkins, ch 6., Baltimore & London 1981.
- Canada A.T., *Methadone in a thirty-day detoxification program for narcotic addicts. A critical review*, "The International Journal of the Addictions", v. 7, p.p. 613-617, 1972.
- Caplehorn J.R., Dalton M.S., Cluff M.C., Petrenas A.M., *Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death*, "Addiction", v. 89 (2), p.p. 203-209, 1994.
- Dole V.P., Nyswander M.A. *A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction*, "Journal of American Medical Association", v. 193, p.p. 646-650, 1965.
- Drummond D.C., Taylor J.A., Mullin P.J., *Replacement of a prescribing service by an opiate-free day programme in a Glasgow drug clinic*, "British Journal of Addiction", v. 81, p.p. 559-565, 1986.

- Edwards G., *Drinking in longitudinal prospective: career and natural history*, "British Journal of Addiction", v.79, p.p. 175-183, 1984.
- Λιάππας Γ.Α., *ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: Εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*, Εκδ.Πατάκη, Αθήνα 1990.
- Λιάππας Γ.Α., *Ουσιοεξάρτηση και πρόληψη. "Απόψεις"*, Περιοδική έκδοση του Συλλόγου Εκπαιδευτικών Λειτουργών του Κολλεγίου Αθηνών., Π. 7, σ. 87-95, 1994.
- Λιάππας Ι.Α., Jenner F.A., Vicente B., *Στερητικά φαινόμενα μετά τη διακοπή φαρμακευτικών και άλλων ουσιών: Κλινική εικόνα και θεραπευτική αντιμετώπιση*, "Εγκέφαλος", τ.26, σ. 13-21., 1989.
- Λιάππας Ι.Α., Vincente B. M.D. PhD., *Οπιοειδείς ουσίες: ανοχή και στερητικά σύνδρομα*, "Ψυχιατρική", τ.1-2, σ. 27-32, 1994.
- Κοκκέβη Α., Στεφανής Κ., *Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: Η διαχρονική πορεία της χρήσης. Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό και στο μαθητικό πληθυσμό*, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994.
- Κοκκέβη Α., *Η πρόληψη της τοξικομανίας: Μύθος ή πραγματικότητα*, "Ψυχολογικά θέματα", v. 1, p.p. 275-283, 1988.
- Κοκκέβη Α., *Η χρήση νομίμων και παρανόμων ψυχοτρόπων ουσιών στην εφηβεία*, στο: Γ. Τσιάντης Σ., Μανωλόπουλος, Εκδ. "Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής", Τμ. Π, Καστανιώτης, Αθήνα 1988.
- Κοκκέβη Α., Αλεβίζου Σ., Αρβανίτης Ι., Λιάππας,Στεφανής Κ., *AIDS και τοξικομανία. Η συμπεριφορά και οι στάσεις στη μετάδοση της λοίμωξης*, "Ιατρική", τ. 58, σ. 43-51, 1990.
- Κόκκορης Χ.Π., Μούγιας Α.Θ., *Προτάσεις για την αποτοξίνωση τοξικομανών στο νέο πλαίσιο οργάνωσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας*, "Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νευρολογίας - Ψυχιατρικής", Θεσσαλονίκη, τ. 1, σ. 311-318, 1983.

- Glaser F.B., *The origin of the drug-tretherapeutic community*, "British Journal of Addiction" v. 76, p.p. 13-25, 1981.
- Gossop M., Glant M., *Preventing and Controlling of drug abuse W.H.O.*, Geneva 1990.
- Gossop M., Green L., Phillips G., et. al., *Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment*, "British Journal of Psychiatry", v. 154, p.p. 348-353, 1989.
- Gossop M.A., *A review of the evidence for methadone maintenance as a treatment for narcotic addiction* "Lancet", v. 1, p.p. 812-815, 1978.
- Hermaline J., Steer R.A., Platt J.J. et al., *Risk characteristics associated with chronic unemployment in methadone clients*, "Drug and Alcohol Dependence", v. 26, p.p. 117-125.
- Λύκουρας Ε., Μαρτίνος Α., Μαδιανός Μ., Παπαδημητρίου Γ., *Επείγουσες περιπτώσεις αλκοολισμού κατά την ψυχιατρική εφημερία στο "Εγκέφαλος"*, τ.19, σ.401, 1982.
- Glerici M., Garini R., Capitanio C., et. al., *Involvement of families in group therapy of heroin addicts*, "Drug and Alcohol Dependence", v. 21, p.p. 213-216, 1988.
- Jaffe J.H. , *Drug addiction and drug abuse* In: L.S. Goodman, A. Gilman, J.W. Rall, and Murad F. (Eds). "The Pharmacological Basis of Therapeutic" 7th edition, Macmillan Publishing Co. New York pp: 532-581, 1985.
- Kleber H., *Detoxification from narcotics*, In: J.H. Lownson, R. Ruiz (Eds), "Substance Abuse, Clinical Problems and Perspective", Williams and Wilkins, pp. 317-338, Baltimore & London 1981.
- Kokkevi A., Alevizou S., Arvanitis Y., Liappas J., Stefanis C.N., *AIDS related behaviour and attitudes among IV drug users in Greece*, "The international Journal of the Addictions", v. 27, p.p. 37-50, 1992.
- Kokkevi A., Stefanis C., *Psychiatric comorbidity in substance abuse*, Stefanis C., Hippus H., and Naber D., (Eds), "Research in Addiction .Psychiatry in Progress", v.2, Bern 1994.

- Kokkevi A., Stefanis C.N.,
Kokkevi A., Liappas I., Boukouvala V.,
Alevizou S., Anastasopoulou,
Stefanis C., Lancet,
Parental rearing patterns and drug abuse,
"Acta Psychiatrica Scandinavica", v. 78, p.p.
Criminality in a sample of drug abusers.
in: "Drug and Alcohol Dependence", v.
31, p.p. 111-121, 1993.
Drug addiction: British system failing (Ed-
itorial) v., p.p. 83-84, 1982.
Problems in the group treatment of drug
addicts in the community: Observation
on the formation of a group. "The Inter-
national journal of the Addiction", v. 3(2),
p.p. 361-368, 1975.
- Las Kowitz D., Wilbur M.,
Zucker A.,
Lauge W.R., Fudala P.J., Dalx E.M. et. al.,
Safety and side-effects of buprenorphine
in the clinical management of heroin
addiction, "Drug and Alcohol Depend-
ence", v. 26, p.p. 19-28, 1990.
Withdrawal syndroms, "Journal of the
Royal College of Physicians of London",
v.21(3), p.p. 214-218, 1987.
Literature on methadone maintenance
clinics, "The International Journal of the
Addictions, v. 23 (9). p.p. 927-940, 1988.
Thoughts on the Sheffield non prescribing
programme for narcotic users, "British
Journal of Addiction", v. 82, p.p. 999-
1006, 1987.
- Liappas I.A., Jenner F.A.,
Vicente B.,
Liappas I.A., Jenner F.A.,
Vicente B.,
Group therapy with narcotic addicts, in:
H.I. Kaplan, B.J. Sudock (Eds), "Groups
and Drugs", New York, E.P., Dutton, 1973.
Family ties of heroin Addicts, "Archive
of General Psychiatry", v. 37, p.p. 889-
894, 1980.
Symptoms of depression, suicidal behav-
ior and use of substances in Greece. A
nation-wide general population survey,
"Acta Psychiatrica Scandinavica", v.89,
p.p. 159-166, 1994.
- Liappas J.A., Jenner F.A.,
Vlissides D.N., Vicente B.,
Lowinson J.H., Zwerling I. ,
Madianos M., Gelou-Madianou D.,
Stefanis C.,
Miller W.R.,
The addictive behavior. In: W.R. Miller
(Ed). "The Addictive Behaviours", Per-
gamon Press, Oxford, ch. 1., 1980.

- Newman R.G., *Methadone treatment, Defining and evaluating Success*, "The New England Journal of Medicine", v. 317(7), p.p. 447-450, 1987.
- Κοκκέβη Α., Μαδιανού Δ., Στεφανής Κ., *Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: Η χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό*, Τ. 6', Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1992.
- Σούγκραμαν Μ., Ζαφειρίδης Φ., *Οι Θεραπευτικές Κοινότητες απάντηση στα ναρκωτικά*. Από το: "Daytop στην Ιθάκη", Εναλλακτικές Εκδ. Κομμούνια, 1990.
- Payte J.T., *A brief history of methadone in the treatment of opioid dependence: a personal perspective*, "Journal of Psychoactive Drugs", v. 23 (2), p.p. 103-107, 1991.
- Peck D.G., Beckett W., *Methadone maintenance: a review and critique*, "British Journal of Addiction", v. 71, p.p. 369-376, 1976.
- Raistrick' D., Davidson R., *Alcoholism and Drug Addiction*, Churchill, Livingstone, Edinbur, London, New York 1985.
- Ravndal E., Vagem P., *Psychopathology and sybstance abuse as predictors of program commpletion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", v.83, p.p. 217-222, 1991.
- Rawson R.A., Mann A.J., Tennant F.S. et. al., *Efficacy of psychotherapeutic counselling during 21-day ambulatory heroin detoxification*, "Drug and Alcohol Dependence", v.16, p.p. 257-262, 1985.
- Romond A.M., Forrest C.K., Kleber H.D., *Follow-up of participants in a drug dependence therapeutic community*, "Archives of General Psychiatry", v. 32, p.p. 369-374, 1975.
- Rounsaville B.J., Dofinsky Z.S., Babor T.E. et.al., *Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics*, "Archives of General Psychiatry", v.44, p.p. 503-512, 1987.
- Rousinger M., *Buprenorphine as new treatment for heroin dependence*, "Drug and Alcohol Dependence", v. 16, p.p. 257-262, 1985.

- Sapira J.D., Cherubin C.E.,
Sells S.B., Simpson D.D.,
Steer R. A., Kotzker E., Schut J. ,
Stefanis C., Ballas C., Madianou D.,
Stefanis C., Dornbush R., Fink M.,(Eds)
Stefanis C.N., Kokkevi A.,
Stoker A., Swadi H.,
Thorley A.
Thorley A., (1981),
Waldorf D.,
Wilson B.K., Elms R.R.,
Tomson C.P.,
Winick C.,
- Drug Abuse: A Guide for the Clinician*, American Publishing Company, New York 1975.
The case for drug abuse treatment effectiveness. Based on the DARP Research Programme, "British Journal of Addiction", v. 75, p.p. 117-131, 1980.
Ambulatory detoxification of heroin addicts: a follow up study," Drug and Alcohol Dependence", v. 3, p.p. 175-183, 1978.
Socio-cultural and epidemiological characteristics of hashish use in Greece. In Rubin, (Ed) "Cannabis and Culture, The Hague, Mouton 1975.
Hashish: Studies of long-Term use, Raven Press , New York 1977.
Depression and drug use,"Psychopathology", v. 19 (suppl 2), p.p. 124-131, 1986.
Perceived family relationships in drug abusing adolescents, "Drug and Alcohol Dependence ", v. 25: 293-297, 1990.
Logitudinal studies of Drug dependence, in: G. Edwards, G. Busch (Eds), "Drug Problems in Britain: a review of ten years", Academic Press, CH.6., London 1981
Logitudinal studies of drug dependence, in: Edwards G., Busch G., (Eds), "Drug Problems in Britain: a review of ten years", Academic Press, London, Ch.6., 1981.
Natural recovery from opiate addiction: a review of the incidence literature, "Journal of Drugs Issues", v. 9, pp 281-289, 1983.
Outpatient vs hospital detoxification: an experimental comparison, "The International Journal of the Addictions", v. 10, p.p. 13-21, 1975.
Maturing out of narcotic addiction "Bulletin on Narcotics", v. 14, p.p. 1-7, 1962.

4. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ ΤΟΥ ΑΠΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥ Θεωρητική Προσέγγιση

Μάτσα Κατερίνα

*Ψυχίατρος Μονάδας Απεξάρτησης Αλκοολικών και Τοξικομανών του Ψ.Ν.Α.
Υπεύθυνη του Τμήματος Κοινωνικής Επανάταξης*

Ο εξαρτημένος από ουσίες είναι αποκλεισμένος κοινωνικά. Ο μύθος της ουσίας, ο φόβος, η προκατάληψη, ο κοινωνικός στιγματισμός, η περιθωριοποίηση συνυφαίνονται και τροφοδοτούν την άρνηση του κοινωνικού σώματος να αποδεχτεί στους κόλπους του και να εσωματώσει, όσους κατάφεραν να βγούν απ' αυτό το λαβύρινθο· τον κουβαλούν όμως μέσα τους, σαν ένα στοιχείο που τους συνοδεύει και τους χαρακτηρίζει σαν κοινωνική ομάδα.

Η κοινωνική επανένταξη (ακριβέστερα η ένταξη στην κοινωνία) είναι μια διαδικασία δύσκολη, μακρόχρονη, πολύπλοκη, που ακολουθεί πολύ προσωπικούς ρυθμούς εξέλιξης για κάθε απεξαρτημένο. Δεν υπάρχει ιδανική πορεία επανένταξης. Είναι μια πορεία μακράς διαρκείας, με άλματα και πιασγυρίσματα, επαναλήψεις, επιτυχίες και αποτυχίες, μέχρι να βρει ο καθένας το δικό του δρόμο, τις δικές του λύσεις στα προβλήματα, τη δική του ταυτότητα.

Τι σημαίνει κοινωνική επανένταξη:

Κατ' αρχήν ο όρος επανένταξη χρησιμοποιείται σε αντιπαράθεση με τον όρο μη-ένταξη ή απο-τάξη, ή απο-κοπή από το κοινωνικό σύνολο.

Υποδηλώνει λοιπόν μια διαδικασία επιστροφής εκεί (στην κοινωνική πραγματικότητα) απ' όπου έχει φύγει κάποιος.

Μια διαδικασία κατά την οποία θα μπορεί τώρα πιά να έχει αυτά που δεν είχε ποτέ ή είχε και εγκατέλειψε ή στερήθηκε (τη δουλειά, το σπίτι του, την οικογένειά του και άλλα).

Αλλά και μία διαδικασία μέσα απ'την οποία μαθαίνει να προσεγγίζει και να κατανοεί την κοινωνική πραγματικότητα, να τη ζει με καινούργιο τρόπο.

Μια διαδικασία επανεγγραφής στην κοινωνική πραγματικότητα αλλά και την προσωπική του πραγματικότητα, την Ιστορία και την ιστορία του.

Μια διαδικασία μετάβασης απ'το παλιό σε κάτι καινούργιο, που δεν του δίνεται έτοιμο αλλά πρέπει ο ίδιος να δημιουργήσει στη σύνθεση της νέας κοινωνικής ταυτότητάς του.

Κατοικία και εργασία. Νέα κοινωνική ταυτότητα.

Η έννοια εν-τάσσομαι, εν-τίθημι, εμπεριέχει δύο συνιστώσες:

α. του *τόπου* θέτω κάπου σ'ενα χώρο, πρώτα απ'όλα προσωπικό, ιδιωτικό χώρο, που επενδύεται συναισθηματικά, γιατί εκεί έχει να ζήσει ο άνθρωπος και να γράψει την προσωπική του ιστορία. Μιά κατοικία, όπου θα οργανώσει την καινούργια του ζωή, και

β. του *χρόνου* που χρειάζεται αυτή η πορεία, η συνέχεια στα βήματα που απαιτείται να γίνουν.

Η κοινωνική ένταξη λοιπόν ως διαδικασία συνυφαίνεται με τον προσωπικό χώρο, στα πλαίσια του κοινωνικού χώρου, με τον προσωπικό χρόνο, σαν κομμάτι, του κοινωνικού χρόνου και με τη νέα κοινωνική ταυτότητα, που πρέπει να δημιουργήσει ο απεξαρτημένος.

Μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία ο απεξαρτημένος αρχίζει να ενδιαφέρεται για πράγματα που μέχρι τότε δεν είχαν καμία σημασία γι' αυτόν. Αρχίζει να ενδιαφέρεται για το που θα μείνει, πώς θα φτιάξει το σπίτι του.

Χρειάζεται τον προσωπικό του χώρο, για να οργανώσει τη ζωή του. Αν αυτό λείπει, και με δεδομένη την επικρατούσα ρατσιστική στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντί του, αντιμετωπίζει τον κίνδυνο της υποτροπής.

Γι' αυτό έχει μεγάλη σημασία να δημιουργηθούν θεραπευτικά διαμερίσματα, επιδοτούμενα από το κράτος, όπως αυτά που υπάρχουν στο εξωτερικό, καθώς και ο ξενώνας που θα λειτουργήσει ως ενδιάμεση δομή, μέχρι να εξασφαλισθούν οι όροι μιας ανεξάρτητης και αξιοπρεπούς διαμονής στην κοινότητα.

Για τον απεξαρτημένο ο χρόνος λειτουργεί τώρα πιά διαφορετικά.

Μέσα στην εξάρτηση ο χρόνος δεν μετρούσε, παρα μόνον όταν άρχιζε το στερητικό σύνδρομο κι έπρεπε να τρέξει να βρει τη δόση του. Τώρα, στην καινούργια ζωή του μπορεί να τον προγραμματίζει, να μετρά τις ώρες που δουλεύει, να είναι συνεπής στα ραντεβού του, να ξυπνά το πρωί και να κοιμάται το βράδυ, να αξιοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του.

Η οργάνωση του χρόνου δεν μπορεί να γίνει χωρίς επαγγελματική απασχόληση.

Μέσα από την εργασία του δεν εξασφαλίζει μόνο την ανεξαρτησία του -ενα πράγμα εξαιρετικά σημαντικό δέβαιο αλλά και την κοινωνική του αναγνώριση. Δημιουργεί νέες σχέσεις, αναλαμβάνει ευθύνες, εξασφαλίζει τους όρους οργάνωσης της ζωής του στη βάση ενός προγράμματος, που καθορίζεται από το ωράριο και τον τόπο της εργασίας του.

Το κοινό στοιχείο σ'όλα αυτά, η νέα διάσταση, είναι αυτό της κοινωνικής αλληλεγγύης,

του κοινωνικού δεσμού, του ανήκειν σ'ένα κοινωνικό ιστό. Αλλά ο κοινωνικός δεσμός συντίθεται στη βάση συλλογικών ιδανικών, κοινών ταυτίσεων και εξειδανικεύσεων, διαδικασιών άμυνας απέναντι στον καταστροφικό χαρακτήρα της επιθετικότητας, μηχανισμών αλληλεγγύης απέναντι στον κίνδυνο και τη στέρηση. Δεν μπορεί να γίνει, αν απομονώσεις το άτομο από την κοινωνική ομάδα.

Επανάταξη λοιπόν σημαίνει ανεύρεση ή επαν-εύρεση των “χαμένων αντικειμένων” του προσώπου: του χώρου του, του χρόνου του, της ταυτότητάς του.

Και τα τρία (χώρος, χρόνος, ταυτότητα) συνυφαίνονται με την εν-ασχόληση, την απασχόληση, την ένταξη στην παραγωγική διαδικασία.

Το να έχεις μια εν-ασχόληση, μια απασχόληση (*emploi, work*) σημαίνει κάτι πολύ περισσότερο από το να έχεις μία δουλειά.

Η ενασχόληση συνεπάγεται ισότιμη ένταξη σε μια λειτουργία, μια οργάνωση, ένα δίκτυο κοινωνικών σχέσεων. Συνεπάγεται χρησιμοποίηση του χρόνου του για ν'αναπτύξει τη δραστηριότητά του σ'ένα χώρο και διαμέσου αυτού να κατακτήσει την κοινωνική αναγνώριση και τη σύναψη νέων σχέσεων με ανθρώπους, που δεν προέρχονται ούτε από το χώρο της ουσίας ούτε από το θεραπευτικό χώρο.

Έχει τεράστια σημασία για τον απεξαρτημένο να αναζητήσει και να βρει ο ίδιος μια δουλειά που του ταιριάζει, που τον ικανοποιεί, που του δίνει τη χαρά της δημιουργίας, της αναγνώρισης, της προσωπικής αξίας, της δυνατότητας να συνεργασθεί με ανθρώπους που δεν προέρχονται από το χώρο των ουσιών. Η μάχη ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό συνεπάγεται την εξασφάλιση των όρων της ισότιμης συμμετοχής στην παραγωγική διαδικασία.

Γι αυτό πρέπει να δημιουργηθούν θέσεις τόσο στο Δημόσιο όσο και στον Ιδιωτικό τομέα για τους απεξαρτημένους, που έχουν ολοκληρώσει με επιτυχία ένα αναγνωρισμένο από το κράτος πρόγραμμα.

Σε μια μεγάλη έρευνα του G.E.Vaillant επί 100 τοξικομανών, σε *follow-up* (παρακολούθηση) μετά από 20 χρόνια βρέθηκε ότι ο πλιό σταθερός δείκτης μιας καλής πορείας και πρόγνωσης ήταν η σταθερή εργασία¹.

Η ανεύρεση επαγγελματικής απασχόλησης γίνεται συχνά ακόμα πλιό δύσκολη, επειδή οι νέοι αυτοί δεν έχουν στην πλειοψηφία τους καμμιά επαγγελματική κατάρτιση. Μπαίνοντας στον κόσμο των ουσιών κατά την εφηβεία τους δεν πρόλαβαν να αποκτήσουν μια σταθερή εργασία, ή διέκοψαν τις σπουδές τους. Απαιτείται λοιπόν επιτακτικά η εξασφάλιση κάποιας επαγγελματικής κατάρτισης, μέσα από την παρακολούθηση ειδικών σεμιναρίων και σχολών.

Επίσης, έχει μεγάλη σημασία ο θεσμός των επαγγελματικών εργαστηρίων καθώς και των επιχειρήσεων της κοινωνικής επανάταξης. Αυτές είναι ενδιάμεσες δομές, που στη Γαλλία εμφανίστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '70².

Σήμερα υπάρχουν εκεί γύρω στις 300 τέτοιες επιχειρήσεις που απασχολούν περί τους 2.500 μισθωτούς. Λειτουργούν σε συνεταιριστική βάση, και με υπεύθυνο συνήθως κοινωνικό λειτουργό μπαίνουν στην ελεύθερη αγορά και μπορούν να λειτουργήσουν ανταγωνιστικά.

Πολεμούν με τον πίο αποτελεσματικό τρόπο την κοινωνική προκατάληψη και το στιγματισμό των απεξαρτημένων, ως ατόμων με ειδικές ανάγκες, περιθωριακών, μειονεκτούντων.

Είναι απαράδεκτη η λογική της φιλανθρωπίας, η πρακτική των επιδομάτων Κοινωνικής Πρόνοιας. Το επίδομα, μπορεί να δίνει προσωρινά κάποια ανάσα, όμως δρά, σε τελευταία ανάλυση αρνητικά, αφού περνά στον ίδιο και στους άλλους το μήνυμα του “ατόμου με ειδικές ανάγκες” του ανίκανου να ζήσει ανεξάρτητα και με αξιοπρέπεια. Τροφοδοτεί την ανασφάλεια, τα αισθήματα αυτοϋποτίμησης, το θυμό του.

Όλα αυτά τα αρνητικά συναισθήματα μαζί με τη διάψευση των προσδοκιών του για μια καινούργια ζωή, με αξιοπρέπεια και άνεση, μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες υποτροπής.

Η Συμμετοχή στο Κοινωνικό Γίγνεσθαι

Η δύσκολη πορεία της κοινωνικής επανένταξης συνεπάγεται την ενεργητική συμμετοχή του απεξαρτημένου στα κοινωνικά δράματα.

Η ζωή μέσα στις ουσίες είναι συνυφασμένη με την παθητικότητα, την παραίτηση, τη μοναχικότητα, τον ατομικισμό, την αδιαφορία απέναντι σε όλους και σε όλα, την εγκατάλειψη, τη σιωπή, τη μιζέρια.

Η αλλαγή τρόπου ζωής μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης σημαίνει πρωτοβουλίες, διεκδίκηση, κοινωνική αλληλεγγύη, συλλογικότητα, ενδιαφέρον για τους άλλους και για ζητήματα που δεν αφορούν τη στενή προσωπική ζωή του, διάλογο, καθώς και τη δυνατότητα αντιπαράθεσης με όλους εκείνους τους παράγοντες στο κοινωνικό γίγνεσθαι που έχουν συμβάλει γενεσιουργά στην εγκατάσταση της εξάρτησης.

Η κοινωνική επανένταξη πρέπει να αποβλέπει κατά κύριο λόγο στο να κάνει ικανό τον απεξαρτημένο να πραγματωθεί καλύτερα σαν άτομο, να γεμίσει τη ζωή του με καινούργια πράγματα, ασχολίες, ενδιαφέροντα, προβληματισμούς, σχέσεις, στόχους.

Αυτογνωσία και δημιουργία. Διαρκής αλλαγή.

Η επανένταξη προχωρεί με βήματα προοδευτικά, με ρήξεις, με διακοπή της συνέχειας και αποκατάστασή της. Είναι μια διαδικασία αργή, δύσκολη, και όχι ευθύγραμμη.

Απαιτεί πρώτα απ’όλα την κινητοποίηση του προσώπου, την εξέλιξη, την προσαρμογή του σε μια νέα πραγματικότητα που περιλαμβάνει τον ιδιωτικό χώρο, την κατοικία, την εργασία, την οικογένεια, και τους φίλους.

Απαιτεί τη φροντίδα της υγείας του, της παιδείας του, της ψυχαγωγίας του.

Απαιτεί την ανάπτυξη δεσμών κοινωνικής αλληλεγγύης.

Είναι μια διαδικασία συναισθηματικής ωρίμανσης, κατάκτησης μιας ουσιαστικής σχέσης με τον εαυτό του και τους άλλους, στη βάση της αμεσότητας, της ειλικρίνειας, της υπευθυνότητας. Μέσα απ’το διάλογο μπορεί να κάνει ένα άνοιγμα στον κόσμο, θέτοντας τον εαυτό του ως ενεργητικό παράγοντα, ως υποκείμενο μιας λειτουργίας που αναγνωρίζεται απ’την κοινωνική ομάδα, αλληλεπιδρώντας και σφουρηλατώντας δεσμούς μαζί της.

Όμως σε κάθε δήμα αυτής της πορείας μπορεί να βρεθεί και πάλι αντιμέτωπος με το εσωτερικό κενό του, τα χάσματα της ύπαρξής του, την αφόρητη εσωτερική οδύνη του.

Σε τέτοιες στιγμές κινδυνεύει να υψώσει και πάλι τα τείχη που τον χωρίζουν από τους άλλους και να καταφύγει και πάλι στην ουσία, αναζητώντας απελπισμένα την ψυχική αναλγησία, τη “νάρκη”.

Σε τέτοιες στιγμές ο πειρασμός είναι μεγάλος και μόνον η ψυχοθεραπεία -ομαδική και ατομική- που έχει αρχίσει με την ένταξή του στο πρόγραμμα και συνεχίζεται, θα τον βοηθήσει να αντέξει αυτή την οδύνη, να αντισταθεί στον πειρασμό της ουσίας.

Το κενό όμως μπορεί να καλυφθεί μόνο μέσα από μια διαδικασία *προσωπικής δημιουργίας*.

Πρόκειται για μια διαδικασία όπου το άτομο δημιουργεί, αλλά και επεξεργάζεται και επενδύει συναισθηματικά την πορεία του και τα συγκεκριμένα δήματα που αυτή περιλαμβάνει.

Μέσα σ'αυτή την πορεία, μέσα απ'τη συνεχή προσπάθεια αυτογνωσίας και αυτονομίας μπορεί να αρχίσει να καλύπτει τα κενά του, βρίσκοντας νέες πηγές ικανοποίησης, νέα αντικείμενα συναισθηματικής επένδυσης, νέους στόχους, νέους ορίζοντες στη ζωή του, νέες σχέσεις, καινούργια νοήματα σε έννοιες που είχε ξεχάσει, έννοιες μικρές, της καθημερινής ζωής αλλά και μεγάλες, όπως ευθύνη, συνέπεια, αλήθεια, δημιουργία.

Μόνον έτσι, η επανένταξη μπορεί να διωθεί ως διαρκής ανάπτυξη και πραγμάτωση νέων δυνατοτήτων και σχέσεων του ατόμου με το κοινωνικό σύνολο και όχι σαν εγκλεισμός, περιορισμός του ατόμου μέσα σ'ένα σύστημα ή μια κοινωνική οργάνωση που το ίδιο απορρίπτει.

Η επανένταξη συνυφαίνεται με την προσπάθεια επιστροφής στην πραγματικότητα που κάποτε είχε απορρίψει, αλλά με νέους όρους, έχοντας αλλάξει τον τρόπο που τη βλέπει και τη ξεί ικανός τώρα πια να δει κατάματα αυτή την πραγματικότητα, αφού έχει πιά αποκωδικοποιήσει τις αιτίες της εξάρτησής του, χωρίς αυταπάτες, φόβους, φυγές, ικανός να παλαίψει για ν'αλλάξει αυτά που μπορεί σ'αυτήν, ικανός να αντιπαρατεθεί, να κάνει διάλογο με τους άλλους, να ζητήσει βοήθεια αλλά και να βοηθήσει αυτούς που τον έχουν ανάγκη.

Μετά τη θεραπεία απεξάρτησης αρχίζει η διαδικασία αλλαγής λειτουργιών και επανακατάκτησης ικανοτήτων. Δεν αποκαθίστανται μόνο αυτά που χάθηκαν κατά τη διάρκεια της εξάρτησης αλλά ανακαλύπτονται νέες δυνατότητες και εγκαθίστανται νέου τύπου λειτουργίες και νέες δεξιότητες, ανασυνθέτοντας μέσα από τα στοιχεία του παλιού έναν καινούργιο εαυτό, ικανό να διαμορφώνει ένα νέο τρόπο ζωής, ανοικτό στο διάλογο και την αλλαγή. Γι'αυτό η θεραπεία απεξάρτησης θεωρείται *πηγή αλλαγής*.

Η διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης πρέπει να νοηθεί σαν μια διπλή κίνηση, αμφίδρομη, μια πορεία **προς τα έξω**, προς την κοινωνία, και ταυτόχρονα **προς τα μέσα**, προς την εσωτερική του πραγματικότητα, τις βαθύτερες ψυχικές ανάγκες του, την ύπαρξη του στην καθολικότητά της.

Αποδεχόμενος ο ίδιος τον εαυτό του δημιουργεί τις προϋποθέσεις για να γίνει αποδεκτός και από τους άλλους .

Αλλαγή σχέσεων με την οικογένεια

Οι σχέσεις του εξαρτημένου με την οικογένειά του είναι διαταραγμένες. Η οικογένεια ως κλειστό σύστημα δυσλειτουργεί³. Η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη είναι μπλοκαρισμένη, οι ρόλοι άκαμπτοι. Η κοινωνικοποίηση των παιδιών και η ανεξαρτητοποίησή τους απ'την οικογένεια προκαλεί άγχος σε όλους και εμποδίζεται με κάθε τρόπο. Η συγκρότηση της προσωπικότητας, η υπευθυνοποίησή του, η συναισθηματική του ωριμότητα υστερούν.

Μέσα από τη θεραπεία (ατομική-ομαδική ψυχοθεραπεία, παρέμβαση της θεραπευτικής ομάδας στην οικογένεια, αυτή αλλάζει. Εκφράζεται συναισθηματικά, τα μέλη της αρχίζουν να επικοινωνούν πιο ελεύθερα, η ζωή της αρχίζει να οργανώνεται σε άλλες βάσεις μέσα από κοινούς σχεδιασμούς, διάλογο και στόχους.

Η προοπτική της ανεξάρτητης οργάνωσης της ζωής του απεξαρτημένου μέλους της αρχίζει να αντιμετωπίζεται θετικά, όσο δυναμώνει το αίσθημα εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας που αρχίζει πια συστηματικά να καλλιεργείται στο εσωτερικό της.

Μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία ο απεξαρτημένος καθίσταται ικανός να ζήσει στηριγμένος στις δικές του δυνάμεις χωρίς συναισθηματικές, οικονομικές και άλλες εξαρτήσεις από την οικογένειά του.

Σε μια έρευνα της Μονάδας Απεξάρτησης του ΨΝΑ βρέθηκε ότι ο συνδυασμός ανεργίας, οικονομικής εξάρτησης από τους γονείς και παραμονής στην πατρική κατοικία μετά την απεξάρτηση οδηγεί συχνότατα στην υποτροπή⁴.

Η πρόληψη της υποτροπής

Κατά τη διάρκεια της κοινωνικής επανένταξης ο απεξαρτημένος βρίσκεται αντιμέτωπος με τον κίνδυνο της υποτροπής, της επιστροφής στη χρήση της ουσίας και στη συμπεριφορά που χαρακτηρίζει την εξάρτηση, στον παλιό δηλαδή τρόπο ζωής.

Οι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην υποτροπή σχετίζονται τόσο με το άτομο όσο και με το περιβάλλον του.

Κρίσιμη είναι η αρχική περίοδος της επανένταξης και ο πρώτος καιρός μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Το άτομο είναι **επιρρεπές στην υποτροπή**, όταν η αρχική του απόφαση να παραμείνει καθαρός από ουσίες στη ζωή του έχει εξασθενήσει, όταν δεν έχει φίλους και κάνει παρέα με εξαρτημένους, όταν συχνάζει σε χώρους όπου η ουσία είναι διαθέσιμη, όταν καταφεύγει εύκολα σε άλλες ουσίες (όπως αλκοόλ) για ν'αντιμετωπίσει μια δυσκολία, όταν αντιμετωπίζει αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, μέσα ή έξω από την οικογένεια.

Έχει εξακριβωθεί ότι το 30% των υποτροπών συμβαίνει όταν το άτομο βιώνει μια κατάσταση μεγάλου stress (π.χ. Θάνατος) ή πολλά μικρά (κατάθλιψη, άγχος, κλπ)^{5,6,7,8}.

Κινδύνους υποτροπής δημιουργούν επίσης στρεσογόνες, διαπροσωπικές σχέσεις⁹, κοινωνικές πιέσεις κάθε είδους, παρατεταμένες και σοβαρές οικονομικές δυσκολίες, απουσία κοινωνι-

κών στηριγμάτων, έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους, παρατεταμένη ανεργία, βίαιη διακοπή της θεραπείας (δίκες-καταδίκες-φυλακή).

Μια υποτροπή “δεν πέφτει απ’τον ουρανό”. Πρώτα προετοιμάζονται οι όροι της μέσα του και μετά γίνεται η κίνηση προς την ουσία. Πρέπει να τονίσουμε όμως εδώ, ότι η υποτροπή δεν οφείλεται στη φύση της εξάρτησης, όπως κάποιοι υποστηρίζουν, αλλά στους συγκεκριμένους για τον καθένα, κάθε φορά, παράγοντες που ανατρέπουν τα νέα δεδομένα της ύπαρξής του, ακυρώνουν τις νέες κατακτήσεις της ζωής του, τον παλιδρομούν στις παλιές, εξαρτητικές λειτουργίες του, φουντώνουν τους φόβους και τις ανασφάλιές του, τις παλιές ενοχές και αμφιβολίες του, τις τάσεις παραίτησης και παθητικής αποδοχής της ήττας, της εγκατάλειψης σχεδίων και στόχων, της απομόνωσης και της επιστροφής στην παλιά γνώριμη μιζέρια της καθημερινότητας.

Στους προστατευτικούς (από κινδύνους υποτροπής) παράγοντες συγκαταλέγονται: η σταθερή προσήλωση στην αρχική απόφαση της ρήξης με τις ουσίες και της αλλαγής¹⁰, η ποιότητα αυτής της απόφασης, η ικανότητα αλλαγής⁵ (changeability), η επαγρύπνηση¹⁰ (vigilance), η ικανότητα του ατόμου να βρίσκει νέες πηγές ικανοποίησης τόσο στην εργασία του όσο και στην ψυχαγωγία του, η ικανότητα να δημιουργεί νέες ικανοποιητικές σταθερές σχέσεις να έχει καλές σχέσεις με την οικογένειά του, να έχει φίλους που δεν κάνουν χρήση ουσιών¹¹, και να αποφεύγει τα πρόσωπα, τους χώρους και τις καταστάσεις που σχετίζονται με ουσίες, να αποκατασταθεί επαγγελματικά (να μην είναι άνεργος και να μην αντιμετωπίζει σοβαρές οικονομικές δυσκολίες), να αποκτήσει δεξιότητες, να μάθει στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων κινδύνου, να έχει εύκολη πρόσβαση σε υποστηρικτικά δίκτυα (οικογένεια, άλλες κοινωνικές ομάδες, θεραπευτικές υπηρεσίες), να συμμετέχει σε ομάδες αυτοβοήθειας, να ασκείται διαρκώς στην πρόληψη της υποτροπής, να γεμίσει δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο του.

Όλα αυτά απαιτούν χρόνο, γιατί ο καθένας προχωρεί με το δικό του προσωπικό ρυθμό. Καταλυτικό ρόλο σ’αυτήν την πορεία παίζει το να αισθάνεται καλά με τον εαυτό του (well being), να είναι ευχαριστημένος με το γεγονός ότι τα καταφέρνει στη ζωή του χωρίς να καταφεύγει στις ουσίες, ότι δεν τις έχει ανάγκη.

Η πορεία λοιπόν της κοινωνικής επανένταξης συναρτάται στενά με τη στάση όχι μόνο του απεξαρτημένου αλλά και του περιβάλλοντός του, του στενού (οικογένεια) όσο και του ευρύτερου (κοινωνία). Γιατί είναι αυτό το περιβάλλον, το οποίο θα του ανοίξει ή θα του κλείσει το δρόμο στην καινούργια ζωή του χωρίς ουσίες, που θα του επιτρέψει ή όχι την επανεγγραφή του στο κοινωνικό σώμα, που θα του αναγνωρίσει ή όχι την ταυτότητα του ισότιμου πολίτη με όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του. Είναι η κοινωνία που δεν θα τον καταδικάσει στην ανεργία, τη φτώχεια, τη μιζέρια, που δεν θα τον στείλει στη φυλακή για αδικήματα που διέπραξε, όταν βρισκόταν στον κόσμο των ουσιών, που θα του δώσει τη δυνατότητα να ζήσει μια ζωή με νόημα, με περιεχόμενο, με αξίες, με στόχους.

Και το ερώτημα που αναδύεται αμείλικτο μέσα στην υπάρχουσα πραγματικότητα είναι:

Η σημερινή κοινωνία είναι διατεθειμένη και έτοιμη να δεχθεί στους κόλπους της τον απεξαρτημένο, χωρίς να βάζει σε λειτουργία μηχανισμούς κοινωνικού ελέγχου και κοινωνικού αποκλεισμού που συντηρούν και αναπαράγουν την εξάρτησή του;

Είναι διατεθειμένη να εξασφαλίσει τους όρους μιας πλήρους κοινωνικής ενσωμάτωσης αυτής της μεγάλης κατηγορίας των αποκλεισμένων;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Vaillant G.E., *What can long-term follow-up teach us about relapse and Prevention of relapse in Addiction*, "British Journal of Addiction", v. 83, p.p.1147-1157,1988.
2. Daniel Chaumes, *Insertion sociale: necessité et evolution*, "Interventions", No 38, Mars 1993.
3. Μάτσα Κ., *Ο τοξικομανής στο ρόλο του εξιλαστήριου Θύματος της οικογένειας και της κοινωνίας*, "Τετράδια Ψυχιατρικής", No 45, 1994.
4. Παπαδή Μ., Σφηράκη Μ., Κοινωνική Επανάταξη. Μια δύσκολη φάση του προγράμματος απεξάρτησης,"Τετράδια Ψυχιατρικής", No 43.
5. Gossop M., *Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment*, "British Journal of Psychiatry", v. 154, p.p. 348-353, 1989.
6. Najma Najama, Parveen Kladila, *Corporative study of rehabilitated and relapsed addicts*, "Journal of Personality and Clinical Studies", v. 8 (1), p.p. 17-21,1992.
7. Powell, Dowe Sharon, Gray Srang Seffrey, Richards David, Gossop M., Marks J. *Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical Prognosis*,"Addictive Bahaviors" v.18, p.p.473-490, 1993.
8. Bronwell Kelly, Marlatt Alan ed. Lichtenstein G., Terence Wilson, *Understanding and Preventing Relapse*, "American Psychologist", July 1986.
9. Allsop Steven, *Relapse Prevention and management*," Western Australian Alcohol and Drug Authority Perth", West Australia.
10. Laukefeld Carl, Tiny Frank, *Relapse and recovery in drug abuse: Research and practice*," The International Journal of the Addictions", v. 24 (3), p.p. 189-201, 1989.
11. Turker Julie, Vuchinich, Akiko Julie, *Environmental Influences on relapse in Substance Use Disorders*, " International Journal of Addictions", v. 25 (7A & 8A), p.p. 1017-1050, 1990 91.

5. Η ΔΡΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗ - ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ

Νικολιδάκη Κυριακή
Διοικητική Υπεύθυνη
του Προγράμματος Κοινωνικής Επανάταξης
“Θησέας” του Δήμου Καλλιθέας

Η Καλλιθέα λόγω θέσης αλλά και λόγω ανάπτυξης, καθώς επίσης επειδή έχει δεχθεί κύματα προσφύγων (με όλα τα γνωστά προβλήματα) παρουσιάζει έντονα το φαινόμενο της διακίνησης ναρκωτικών ουσιών. Στα μέσα της δεκαετίας του '80, το πρόβλημα των ναρκωτικών ήταν το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα που απασχολούσε τους κατοίκους.

Την περίοδο εκείνη ο Τύπος και τα δημοσιεύματά του με υπερβολές τρομοκράτησαν πολλές περιοχές της Αθήνας. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι δεν υπήρχε και δεν εξακολουθεί να υπάρχει πρόβλημα. Ετσι κι αλλιώς η διακίνηση, η χρήση και η εξάρτηση είναι μέσα στα προβλήματα όλων των μεγάλων αστικών περιοχών και όχι μόνο πιά.

Ο Δήμος Καλλιθέας από το 1988 και μετά, άρχισε να δέχεται περιστατικά απεξαρτημένων νέων της περιοχής, που ζητούσαν δουλειά ή γενικότερη βοήθεια. Για πρώτη φορά λειτούργησε πρόγραμμα επανένταξης (POVERTY 3) σε συνεργασία με την Θεραπευτική Κοινότητα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (18 Ανω). Η δημιουργία του προγράμματος ήταν μια καινοτόμος πρωτοβουλία όσον αφορά τη δράση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η ίδρυση και η λειτουργία του προγράμματος “ΘΗΣΕΑΣ” ανήκει σε πρωτοβουλία του Δήμου Καλλιθέας. Βασικός στόχος του προγράμματος “ΘΗΣΕΑΣ” είναι η οικονομική και η κοινωνική επανένταξη απεξαρτημένων ατόμων (αλκοολικών και τοξικομανών). Η γενική στρατηγική την οποία ακολούθησε το πρόγραμμα ήταν η δικτύωση των παροχών τους. Οι

δράσεις του προγράμματος μετά τον αρχικό σχεδιασμό του, τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του προγράμματος. Οι τροποποιήσεις και οι συμπληρώσεις στηρίχτηκαν στις ανάγκες και στα αιτήματα των ατόμων που παρακολουθούσαν το πρόγραμμα.

Οι ανάγκες αυτές ήταν κυρίως :

- Επαγγελματικός Προσανατολισμός και Επαγγελματική Κατάρτιση.
- Διαχείριση ελεύθερου χρόνου.
- Αλλαγή τρόπου ζωής.
- Ψυχολογική υποστήριξη.
- Αντιμέτωπιση νομικών προβλημάτων.
- Αντιμέτωπιση προβλημάτων υγείας.
- Στέγη.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω ο βασικότερος στόχος της δικτύωσης με τοπικούς και άλλους φορείς και η αξιοποίηση των παροχών τους μας οδήγησε να πετύχουμε :

- α) Χαμηλό κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών για το πρόγραμμα “ΘΗΣΕΑΣ”.
- β) Ευαισθητοποίηση των υπεύθυνων και των μελών των φορέων απέναντι στα απεξαρτημένα άτομα και άρση της προκατάληψης απέναντί τους.
- γ) Δίνεται η ευκαιρία στα απεξαρτημένα άτομα να έρθουν σε επαφή με τον γενικό πληθυσμό.

Με τα δεδομένα αυτά αναπτύχθηκαν οι ακόλουθες δραστηριότητες, που στόχο έχουν την υποστήριξη του απεξαρτημένου και την παροχή ερεθισμάτων για μεταβολή του τρόπου ζωής του:

- * Σεμινάρια επαγγελματικού προσανατολισμού.
- * Εξασφάλιση θέσεων σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης.
- * Αναζήτηση θέσεων εργασίας.
- * Εξασφάλιση συνεργασίας με υπηρεσίες υγείας.
- * Εξασφάλιση συνεργασίας με νομικούς φορείς.
- * Αθλητικές δραστηριότητες (Ιστιοπλοία, σκι κ.λπ.).
- * Πολιτιστικές δραστηριότητες (παρακολούθηση θεατρικών παραστάσεων, συναυλιών, επισκέψεις σε μουσεία κ.λπ., βραδιές video, ραδιοφωνική εκπομπή).
- * Κοινωνικές δραστηριότητες (εκδρομές, εορταστικές εκδηλώσεις, κ.λπ.).
- * Δημιουργία και λειτουργία εντευκτηρίου.
- * Ομάδα Αυτοβοήθειας και Κοινωνικών Δραστηριοτήτων.
- * Ομάδα Πρόληψης Υποτροπής.
- * Ομάδα Δραματοθεραπείας (Drama Therapy).

Οι περισσότεροι χρήστες ουσιών εγκαταλείπουν το σχολείο σε σχετικά πολύ νεαρή ηλικία (14-15 ετών). Ετσι βρισκόμαστε μπροστά στο πρόβλημα ενηλίκων που λόγω της εμπλοκής τους με τις ουσίες δεν έχουν ειδικευθεί σε κάποιο επάγγελμα. Ακόμα και στις περιπτώσεις που έχουν προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία σε κάποιο τομέα λίγοι θέλουν

να συνεχίσουν την άσκηση του συγκεκριμένου επαγγέλματος μετά τη θεραπεία τους. Γίνεται φανερό λοιπόν η ανάγκη για επαγγελματικό προσανατολισμό και κατάρτιση.

Από τα στοιχεία του προγράμματος προκύπτει - χωρίς να είναι υπερβολή - ότι η φτώχεια του απεξαρτημένου είναι κυρίως πολιτιστική. Το απεξαρτημένο άτομο ακολουθώντας για πολλά χρόνια έναν παθητικό τρόπο ζωής, έχει στερηθεί στοιχειώδη πολιτιστικά ερεθίσματα, αγνοεί ή απορρίπτει, χωρίς ποτέ να έχει δοκιμάσει, δημιουργικές μορφές αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου του. Η έξοδος από αυτή την παθητικότητα και η ανάπτυξη των ενδιαφερόντων είναι απαραίτητες προϋποθέσεις, όχι μόνο για τη σταθεροποίηση της απόφασής του για έναν υγιή τρόπο ζωής, αλλά και για την ένταξή του στην κοινότητα ως ενεργό μέλος.

Με δεδομένες τις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου πληθυσμού και τα υψηλά ποσοστά υποτροπής, είναι απαραίτητη η ένταξη των απεξαρτημένων σε ομάδες που εξασφαλίζουν υποστήριξη για την αντιμετώπιση των δυσκολιών στη φάση της επανένταξης, αλλά και πίεση για μεταβολή του τρόπου ζωής. Ιδιαίτερη βαρύτητα αποκτά η δημιουργία νέων υγιών κοινωνικών σχέσεων, που προϋποθέτει μια διαδικασία μάθησης νέων τρόπων συμπεριφοράς και διορθωτικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας του απεξαρτημένου.

Νομικά προβλήματα αντιμετωπίζει ένα μεγάλο ποσοστό των απεξαρτημένων ανδρών, κυρίως. Αυτά αναφέρονται σε αδικήματα που σχετίζονται με τις ουσίες (κλοπές, εμπορία και κατοχή ουσιών κ.λπ.). Αδικήματα που διαπράχθηκαν πριν από την ένταξή τους σε θεραπευτικά προγράμματα. Πολλοί από αυτούς που έχουν δικαστικές εκκρεμότητες δεν είναι σε θέση να καλύψουν μόνοι τους το οικονομικό κόστος υπεράσπισής τους από δικηγόρο.

Τα προβλήματα υγείας των απεξαρτημένων είναι ποικίλα, συνέπεια του τρόπου ζωής που επιβάλλει η χρήση ουσιών. Συνοψίζονται όμως στα ακόλουθα :

- Οδοντιατρικά προβλήματα που παρουσιάζει η πλειοψηφία των απεξαρτημένων.
- Ηπατίτιδα (B ή Γ).
- AIDS.

Μια επιπλέον δυσκολία προέρχεται από το γεγονός ότι οι περισσότεροι είναι ανασφάλιστοι και αρνούνται να καλύψουν μόνοι τους τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Πολλοί απεξαρτημένοι αντιμετωπίζουν πρόβλημα στέγασης, είτε διότι οι οικογένειές τους αδυνατούν να τους δεχτούν, είτε διότι οι ίδιοι δεν επιθυμούν να επιστρέψουν στην οικογένεια, λόγω διαταραγμένων σχέσεων.

Στα 5 χρόνια λειτουργίας του "ΘΗΣΕΑ", με στόχο την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των ατόμων που εξυπηρετήθηκαν από το πρόγραμμα, αναπτύξαμε δικτύωση συνεργασίας με τους ακόλουθους φορείς :

- Κεντρικό Συμβούλιο Καταπολέμησης των Ναρκωτικών

Εκπρόσωπος του προγράμματος συμμετείχε στις συνεδριάσεις της επιτροπής του διυπουργικού οργάνου, το οποίο μέχρι τον Ιούλιο του 1993 ήταν το συμβουλευτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας για τη χάραξη της Εθνικής Πολιτικής για τα ναρκωτικά.

- Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού

Η συνεργασία μας με τον ΟΑΕΔ (ο οποίος συμμετέχει με εκπρόσωπό του στη Διοίκηση του προγράμματος), μας εξασφάλισε ουσιαστική βοήθεια στους τομείς της επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης. Αναφέρουμε εδώ τα σεμινάρια επαγγελματικού προσανατολισμού, τις θέσεις μαθητείας στις σχολές επαγγελματικής κατάρτισης του Οργανισμού, και την επιδότηση νέων θέσεων εργασίας.

- Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Αθήνας

Από τον Σεπτέμβριο του 1992 το ΒΕΑ με εκπρόσωπό του συμμετέχει στη Διοίκηση του προγράμματος και προσφέρει σημαντική βοήθεια στην επαγγελματική κατάρτιση και απασχόληση των ατόμων που ζήτησαν τη βοήθεια του προγράμματος. Το περιοδικό του ΒΕΑ "ΒΙΟΤΕΧΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ" σε κάθε μηνιαίο τεύχος του, δημοσιεύει ολοσέλιδη ανακοίνωση, με την οποία απευθύνεται σε 50.000 βιοτέχνες και τους καλεί να εκδηλώσουν το ενδιαφέρον τους για να καταρτίσουν επαγγελματικά ή να απασχολήσουν στην επιχείρησή τους απεξαρτημένα άτομα. Να σημειώσουμε εδώ ότι πριν φθάσουμε στο σημείο της ολοσέλιδης ανακοίνωσης προηγήθηκαν συναντήσεις του προσωπικού του "ΘΗΣΕΑ" με βιοτέχνες για ενημέρωσή τους ύστερα από πρόσκληση που τους απηύθυνε η Διοίκηση του ΒΕΑ. Επίσης στο ίδιο περιοδικό αρθρογράφησαν μέλη του προσωπικού του "ΘΗΣΕΑ" με στόχο την ενημέρωση - ευαισθητοποίηση των εργοδοτών.

- Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.)

Η συνεργασία μας με τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, ξεκίνησε από την άνοιξη του 1991 και αφορά στην πλήρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (συμπεριλαμβανομένης της νοσηλείας και της οδοντιατρικής φροντίδας) των ανασφάλιστων μελών της Ομάδας Εστίασης.

- Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Το πρόγραμμα "ΘΗΣΕΑΣ" ανέπτυξε επικοινωνία και συνεργασία με πολλούς Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης απ' όλη την Ελλάδα και αντάλλαξε μαζί τους τεχνογνωσία και εμπειρίες.

- Δήμος Καλλιθέας

Ο Δήμος Καλλιθέας είναι ο βασικότερος συνεργάτης του προγράμματος. Εκπροσωπείται στη Διοίκηση και παρέχει κάθε είδους υποστήριξη στο πρόγραμμα (προσωπικό, εγκαταστάσεις, χρηματοδότηση). Η συνεργασία μας αυτή με το Δήμο τον οδήγησε σε μια σειρά αποφάσεων και εκδηλώσεων σε σχέση με την εξάρτηση - απεξάρτηση - επανένταξη :

α) Εγινε ειδική συνεδρία του Δημοτικού Συμβουλίου Καλλιθέας με θέμα την αντιμετώπιση των ναρκωτικών και το πρόγραμμα "ΘΗΣΕΑΣ".

β) Με πρωτοβουλία της διοίκησης του Δήμου Καλλιθέας ιδρύθηκε σωματείο, το οποίο θα καλύπτει με τη νομική του υπόσταση τα προγράμματα αντιμετώπισης των ναρκωτικών.

γ) Οργάνωσε διήμερο συνέδριο, τον Οκτώβριο του 1991, με θέμα : “Επανεξέταση Απεξαρτημένων Τοξικομανών : κοινωνικές, οικονομικές και νομικές διατάξεις του προβλήματος”. Στο συνέδριο το πρόγραμμα “ΘΗΣΕΑΣ” συμμετείχε ως συνδιοργανωτής.

δ) Με πρωτοβουλία του Δημάρχου Καλλιθέας διοργανώθηκε στο Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Αθήνας (Β.Ε.Α.), η πρώτη συνάντηση του προγράμματος με τους διοτέχνες - μέλη του Β.Ε.Α., αρχίζοντας έτσι την ουσιαστική και καρποφόρα συνεργασία μας.

ε) Με πρωτοβουλία του Δημάρχου Καλλιθέας, συγκροτήθηκε ένα άτυπο συντονιστικό όργανο από εκπροσώπους εργοδοτικών, συνδικαλιστικών και κοινωνικών φορέων με αντικείμενο τα ζητήματα επανεξέταξης απεξαρτημένων ατόμων. Υπογράφηκε κατ’ αρχήν κείμενο, με αρχικά αιτήματα και θέσεις. Η προσπάθεια βρίσκεται στην εξέλιξη της. Ο “ΘΗΣΕΑΣ” θα συμμετάσχει στην επιτροπή με εκπρόσωπό του. Η κίνηση δημιουργίας της πιο πάνω επιτροπής κρίνεται ουσιαστικά θετική διότι λαμβάνουν μέρος μεγάλοι φορείς και μάλιστα με πανελλαδική εμβέλεια.

στ) Ο Δήμος Καλλιθέας αποφάσισε να συμμετάσχει στο σεμινάριο με θέμα “Μεθοδολογία δράσης φορέων Τοπικής Αυτοδιοίκησης και τοπικών πρωτοβουλιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης και την προστασία από AIDS”. Το σεμινάριο πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της κοινοτικής πρωτοβουλίας HORIZON και υλοποιήθηκε από την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ. Ε. Δ. Κ. Ε., Ν. Α.), την Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.), σε συνεργασία με αντίστοιχα Ιταλικά προγράμματα.

- Δημοτική Επιχείρηση Δήμου Καλλιθέας

Η αξιοποίηση της συνεργασίας μας με τη Δημοτική Επιχείρηση του Δήμου Καλλιθέας αφορά:

α) στην εξασφάλιση ελεύθερης εισόδου στα μέλη του προγράμματος σε θεατρικές παραστάσεις και συναυλίες (δραστηριότητες της Ομάδας Αυτοδοθήειας και Κοινωνικών Δραστηριοτήτων) και

β) σε θέσεις κατάρτισης σε εκπαιδευτικά σεμινάρια (για παράδειγμα Ηλεκτρονική Τυπογραφία - D. T. P).

- Πνευματικό Κέντρο του Δήμου Καλλιθέας

Εξασφαλίστηκε η δυνατότητα συμμετοχής μελών του προγράμματος στις ομάδες ενδιαφερότων του πολιτιστικού κέντρου (Ομάδα θεάτρου, φωτογραφίας, χορού, δημοσιογραφίας κ.λπ.).

- Πρότυπος Εθνικός Βρεφονηπιακός Σταθμός

Προσέφερε μια θέση εκπαίδευσης στο σεμινάριο κατάρτισης Κοινωνικών Λειτουργών/Νηπιαγωγών, σ’ ένα μέλος του προγράμματος.

– Υπουργείο Δικαιοσύνης

Ενημερώσαμε την Κοινωνική Υπηρεσία του Ψυχιατρικού Τμήματος των Φυλακών Κορυδαλλού για τη λειτουργία του προγράμματος “ΘΗΣΕΑΣ” και μας έγινε πρόταση εκ μέρους της διεύθυνσής της για σταθερή συνεργασία στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης αποφυλακισμένων χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών. Η πρόταση αυτή εξετάζεται ως μελλοντική προοπτική εξασφάλισης νέων μελών.

– Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής - Μονάδα Απεξάρτησης (18Α)

Από την έναρξη του προγράμματος “ΘΗΣΕΑΣ” υπάρχει σταθερή συνεργασία με την Μονάδα Απεξάρτησης του Ψ. Ν. Α. και όλα τα μέλη του προγράμματος έχουν ολοκληρώσει αυτό το Θεραπευτικό Πρόγραμμα.

– ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων)

Επισκεφθήκαμε την Εναλλακτική Κοινότητα “Παρέμβαση” όπου έγινε αμοιβαία ενημέρωση μεταξύ των δύο προγραμμάτων. Παράλληλα συνεργαστήκαμε με το ΚΕ.Θ.Ε.Α για την αξιοποίηση των θέσεων επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης που μας προσφέρονται από εργοδότες μέλη του Β.Ε.Α..

– “ΙΑΣΩΝ”, Μονάδα Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων

Πραγματοποιήθηκαν συναντήσεις αλληλοενημέρωσης για το περιεχόμενο των προγραμμάτων.

– Πρόγραμμα “ΦΙΛΗΜΩΝ”

Πρόκειται για νέο θεραπευτικό πρόγραμμα, που υποστηρίζεται από την Ευαγγελική Εκκλησία. Η πρωτοβουλία για ανάπτυξη συνεργασίας ανήκει στον “ΦΙΛΗΜΩΝΑ”.

– Σύνδεσμος Κοινωνικής Επανάταξης (Σ.Κ.Ε.)

Ο Σύνδεσμος Κοινωνικής Επανάταξης ιδρύθηκε το 1992, από απεξαρτημένους που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Το πρόγραμμα “ΘΗΣΕΑΣ”, στήριξε από την αρχή τις προσπάθειες για τη δημιουργία του Σύνδεσμου, ενώ από το καλοκαίρι του 1993 εκπρόσωπος του Σ.Κ.Ε. συμμετείχε στη Διοίκηση του προγράμματος.

– Δικηγορικός Σύλλογος Αθηνών (Δ.Σ.Α.)

Η συνεργασία μας με τον Δ.Σ.Α., δίνει τη δυνατότητα νομικής κάλυψης σε άτομα μέλη του προγράμματος που αντιμετωπίζουν δίκες για παλαιότερα αδικήματα.

– Ναυτικός Όμιλος Τσιτζίφων Καλλιθέας (Ν.Ο.Τ.Κ.)

Ο Ν.Ο.Τ.Κ υπήρξε ένας από τους πρώτους τοπικούς φορείς με τους οποίους συμφωνή-

σαμε για συνεργασία. Πρόσφερε στο πρόγραμμα τον πρώτο κύκλο εκπαίδευσης στην ιστιοπλοία ανοικτής θαλάσσης. Ο Ν.Ο.Τ.Κ, είχε τις προθέσεις, όχι όμως και τα μέσα για την επανάληψη της εκπαίδευσης.

– Ναυτικός Όμιλος Παλαιού Φαλήρου (Ν.Ο.Π.Φ)

Μετά την εμπειρία της συνεργασίας μας με τον Ν.Ο.Τ.Κ και έχοντας πλέον δει στην πράξη τη θεραπευτική αξία της ιστιοπλοίας για το συγκεκριμένο πληθυσμό, προχωρήσαμε σε συμφωνία με τον Ν.Ο.Π.Φ από την άνοιξη του 1992, η οποία συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέλη του προγράμματος μετά το τέλος της εκπαίδευσής τους, έγιναν αγωνιστικά μέλη του Ομίλου και ασχολήθηκαν με την ιστιοπλοία ως μέσο αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου τους.

– Ανεμολέσχη Αθηνών (ΑΝ.Λ.Α)

Η ΑΝ.Λ.Α προσέφερε στα μέλη του προγράμματος μια ξενάγηση στις εγκαταστάσεις του αεροδρομίου της Δεκέλειας και πτήσεις εξοικείωσης με την ανεμοπορία. (Δραστηριότητα της Ομάδας Αυτοβοήθειας & Κοινωνικών Δραστηριοτήτων).

– Λέσχη Lions Σαρωνικός

Προσφέρουν κατά καιρούς σημαντικά χρηματικά ποσά για τον εξοπλισμό του προγράμματος.

– Ιδιωτικές Επιχειρήσεις

Στα πέντε χρόνια λειτουργίας του προγράμματος, έγιναν πολλές ενημερώσεις σε ιδιωτικές επιχειρήσεις και τους ζητήθηκε να γίνουν χορηγοί του προγράμματος. Πολλές από τις επιχειρήσεις ανταποκρίθηκαν, με αποτέλεσμα όλος σχεδόν ο εξοπλισμός του κτιρίου (ηλεκτρονικές, ηλεκτρικές συσκευές, οικιακός εξοπλισμός, έπιπλα και σκεύη) να προέρχεται από δωρεές και χορηγίες.

– Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Στη διάρκεια των πέντε χρόνων λειτουργίας του, το πρόγραμμα “ΘΗΣΕΑΣ”, προβλήθηκε κατ’ επανάληψη μέσα από τα διάφορα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ραδιόφωνο, τηλεόραση, εφημερίδες, περιοδικά). Τον πρώτο χρόνο λειτουργίας είμαστε ιδιαίτερα επιφυλακτικοί ως προς την προβολή του προγράμματος από τα Μ.Μ.Ε., επειδή το πρόγραμμα δεν είχε παγίώσει τη λειτουργία του, αφού τότε έκανε τα πρώτα του βήματα. Η προβολή από τα Μ.Μ.Ε σ’ εκείνη την περίοδο, θα μας έφερνε αντιμέτωπους με πολλά και ποικίλα αιτήματα στα οποία δεν θα μπορούσαμε ν’ ανταποκριθούμε, λόγω του ότι το κύριο βάρος της προσπάθειάς μας δινόταν στη λειτουργική οργάνωση του προγράμματος.

– Έντυπα

* **Ενημερωτικό φυλλάδιο :** Με στόχο την παρουσίαση προγράμματος στους απεξαρτημένους και στην κοινότητα, εκδόσαμε ενημερωτικό φυλλάδιο, στο οποίο περιγράφονται συνοπτικά όλες οι δραστηριότητες του προγράμματος.

* **Αφίσα :** Μέλη του Προγράμματος που εκπαιδεύτηκαν στην Ηλεκτρονική Τυπογραφία (D. T. P), ανέλαβαν το σχεδιασμό και την εκτύπωση της αφίσσας του προγράμματος. Το μήνυμα της αφίσσας “Χαμένος είναι αυτός που δεν ξανασηκώνεται” αποφασίστηκε από τα ίδια τα μέλη του προγράμματος και είναι ενδεικτικό του τρόπου που αντιλαμβάνονται το πρόγραμμα. Η δημιουργία της αφίσσας ήταν το πρώτο δείγμα δουλειάς των απεξαρτημένων που παρακολούθησαν το πρόγραμμα.

– Εκπαίδευση

Τα μέλη του προσωπικού παρουσίασαν το πρόγραμμα “ΘΗΣΕΑΣ” σε συλλόγους γονέων και κηδεμόνων των μαθητών της Καλλιθέας και σε πολλά εκπαιδευτικά σεμινάρια που είχαν αντικείμενο τα ναρκωτικά.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

1. Κεντρικός στόχος του προγράμματος ήταν η πολυδιάστατη προσέγγιση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού για τα απεξαρτημένα άτομα και η παρέμβαση σε όλους τους επιμέρους τομείς. Ο αρχικός προγραμματισμός προέβλεπε παρεμβάσεις σε δύο επίπεδα

α) Στο επίπεδο του απεξαρτημένου ατόμου. (Επαγγελματικός προσανατολισμός, κατάρτιση, αποκατάσταση, στέγη, υγεία, οικογένεια, κοινωνικές σχέσεις, νομική βοήθεια, πρόληψη υποτροπής).

β) Στο επίπεδο της κοινότητας. (Άρση της προκατάληψης, ενεργή συμμετοχή στην προσπάθεια αποκατάστασης).

Μετά από πέντε χρόνια λειτουργίας, είναι φανερό ότι το πρόγραμμα κάλυψε το μεγαλύτερο μέρος των στόχων του. Τρεις είναι οι τομείς στους οποίους δεν αναπτύχθηκαν δράσεις αν και προβλέπονταν στον αρχικό σχεδιασμό. Αυτοί είναι :

α) Στέγη (λειτουργία ξενώνα).

β) Δημιουργία συνεταιριστικών επιχειρήσεων από μέλη του προγράμματος.

γ) Θεραπευτική προσέγγιση της οικογένειας των απεξαρτημένων.

Ο Ξενώνας και οι συνεταιριστικές επιχειρήσεις δεν αναπτύχθηκαν λόγω της οικονομικής στενότητας που αντιμετώπισε το πρόγραμμα σ’ όλη τη διάρκεια της λειτουργίας του.

Η παρέμβαση στην οικογένεια δεν ξεκίνησε, λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος από πλευράς μελών του προγράμματος. Εξάλλου σε έναν μεγάλο βαθμό άρχισε να καλύπτεται από το θεραπευτικό πρόγραμμα του Ψ.Ν.Α (18Α).

Το ότι δεν καταφέραμε να αναπτύξουμε τους τρεις τομείς, σε καμιά περίπτωση δεν μειώνει την αξία του προγράμματος.

2. Χρήση των παροχών του προγράμματος έκαναν συνολικά (στα τέσσερα χρόνια λειτουργίας) πενήντα τρία (53) άτομα, σαράντα τέσσερις (44) άνδρες και εννέα (9) γυναίκες ηλικίας 22-44 ετών. Τομείς παρέμβασης - όπως έχουμε ήδη αναφέρει - ήταν ο επαγγελματικός προσανατολισμός, η επαγγελματική κατάρτιση και απασχόληση, η πρόληψη υποτροπής, η παροχή νομικής και ιατρικής βοήθειας, η βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων, η άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

Ο επαγγελματικός προσανατολισμός, η επαγγελματική κατάρτιση και η απασχόληση, βοηθούν το κοινωνικά αποκλεισμένο άτομο να εγκαταλείψει την παραοικονομία, να ενταχθεί στην αγορά εργασίας, να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του, να γίνει παραγωγικό μέλος της κοινότητας και να αντλήσει ικανοποίηση που θα τον εμποδίσει να επιστρέψει στον παλιό τρόπο ζωής.

ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Η προοπτική να συνεχίσει το πρόγραμμα "ΘΗΣΕΑΣ" τη λειτουργία του και μετά τον Ιούνιο του 1994, είχε επισημανθεί / εξετασθεί και προετοιμάζεται από το 1992. Σ' αυτή τη διαδικασία συμμετείχαν :

- * Τα ανεξαρτημένα άτομα, μέσω του συλλόγου τους (Σύνδεσμος Κοινωνικής Επανάσταξης).
- * Το προσωπικό του προγράμματος.
- * Οι φορείς της Διοίκησης.

Η προοπτική αυτή συνδυάζεται με την ανάπτυξη των λειτουργιών του "ΘΗΣΕΑ", όχι μόνο στην κοινωνική - οικονομική επανένταξη, αλλά και στους τομείς της πρόληψης και της θεραπείας. Στην κατεύθυνση αυτή έχουν γίνει τα ακόλουθα :

- * Με πρωτοβουλία του Δήμου Καλλιθέας έχει ιδρυθεί Σωματείο το οποίο εξασφαλίζει, εκτός των άλλων, νομική υπόσταση στο πρόγραμμα.
- * Ο Δήμος Καλλιθέας έχει εξασφαλίσει λειτουργικές και επαρκείς εγκαταστάσεις (Αραπάκη 33, Καλλιθέα) για τη στέγαση του προγράμματος.
- * Το προσωπικό του προγράμματος επεξεργάστηκε προτάσεις για τη συνέχιση και την ανάπτυξη του προγράμματος.
- * Ίνονται προσπάθειες για τη σταθερή χρηματοδότηση του προγράμματος, από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς.
- * Έχει εκφραστεί η επιθυμία του Συνδέσμου Κοινωνικής Επανάσταξης και του Συνδέσμου Αποκατάστασης Τοξικομανών να υποστηρίξουν προγράμματα που θα συμβάλουν στην επανένταξη των ανεξαρτημένων ατόμων.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Τομέας Πρόληψης

Στόχοι αυτού του προγράμματος, που εντάσσεται στον κύκλο προγραμμάτων Αγωγής Υγείας είναι :

- Να αποκτήσουν οι μαθητές τις απαραίτητες γνώσεις για τις εξαρτησιογόνες ουσίες (νόμιμες ή παράνομες).
- Να αντιληφθούν ποιές είναι οι στάσεις τους και οι στάσεις των άλλων απέναντι στη χρήση ουσιών.
- Να συνειδητοποιήσουν ποιές συνθήκες ή αιτίες μπορούν να οδηγήσουν στη χρήση ουσιών.
- Να αναπτύξουν δεξιότητες που θα τους επιτρέπουν να αντιστέκονται στην πίεση και επιρροή των άλλων.

Το πρόγραμμα εφαρμόζεται από τον Οκτώβριο του 1994 σε συνεργασία με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής και εφαρμόζεται σε Γυμνάσια της περιοχής μας.

Τομέας Ευαισθητοποίησης

Ο τομέας ευαισθητοποίησης απευθύνεται σε ενεργούς χρήστες (ναρκωτικών ή αλκοόλ), στα μέλη των οικογενειών τους, στους γονείς και στους φίλους τους που ζητούν έγκυρη πληροφόρηση ή υποστήριξη στο πρόβλημά τους. Στο πλαίσιο αυτό λειτουργούν :

- Ομάδες ευαισθητοποίησης/υποστήριξης εξαρτημένων.
- Συμβουλευτική ή υποστηρικτική γονέων.
- Παραπομπή σε θεραπευτικά προγράμματα.

Με την παροχή νομικής κάλυψης επιδιώξαμε και πετύχαμε την απομάκρυνση του κινδύνου εγκλεισμού σε σωφρονιστικά καταστήματα (φυλακές) και την εξασφάλιση της συνέχειας της προσπάθειας για την κοινωνική επανένταξη. Στο θέμα της υγείας (σωματικής και ψυχικής), εξασφαλίσαμε τις δυνατότητες αποκατάστασης της υγείας για όσα από αυτά τα μέλη του προγράμματος δεν είχαν άλλες δυνατότητες περίθαλψης.

Το τελευταίο πεδίο παρέμβασης, ο ελεύθερος χρόνος, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, με δεδομένο ότι η φτώχεια των απεξαρτημένων είναι σε μεγάλο βαθμό πολιτιστική. Δεν ήταν λίγες οι περιπτώσεις που μέλη του προγράμματος συμμετείχαν σε πολιτιστικές δραστηριότητες για πρώτη φορά στη ζωή τους μέσα από τις δράσεις του προγράμματος. Σ' αυτές τις δράσεις τους δίνονταν ακόμη η ευκαιρία να έρθουν σε επαφή με τον ευρύτερο πληθυσμό και να φτιάξουν σχέσεις ξεφεύγοντας από το "γκέτο" των απεξαρτημένων (άρση του κοινωνικού αποκλεισμού).

Εμφαση δόθηκε και στην πρόληψη της υποτροπής (αποτελέσαμε το μοναδικό πρόγραμμα στην Ελλάδα που ασχολήθηκε μ' αυτό). Τα αποτελέσματα κρίνονται μάλλον ενθαρρυντι-

κά αφού τα ποσοστά υποτροπής των ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα είναι εξαιρετικά χαμηλά. Απ' όσους μάλιστα ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, μόνο ένας έχει υποτροπιάσει μέχρι σήμερα.

Δίνεται η δυνατότητα για προσωπική ανάπτυξη μέσα από νέες επιλογές και καινούργια ενδιαφέροντα. Το σκεπτικό που ακολουθήθηκε ήταν να δοθούν τα ερεθίσματα και η υποστήριξη στο άτομο για να επιλέξει και όχι να αποφασίσουμε εμείς γι' αυτό.

Κοινή Γνώμη

Ο επηρεασμός της κοινής γνώμης και η άρση της προκατάληψης απέναντι στους απεξαρτημένους επιτεύχθηκαν κυρίως μέσω της δικτύωσης του προγράμματος με άλλους φορείς.

Η στρατηγική παρέμβασης στηρίχτηκε στην ανάμιξη των απεξαρτημένων μελών της Ομάδας Εστίασης με τον γενικό πληθυσμό. Γι' αυτό το σκοπό προτιμήσαμε να αξιοποιήσουμε τις υπηρεσίες δημοσίων και ιδιωτικών φορέων και να εντάξουμε τα απεξαρτημένα άτομα σε προγράμματα που απευθύνονταν στο γενικό πληθυσμό.

Η συνύπαρξη απεξαρτημένων και ατόμων από τον γενικό πληθυσμό σε κοινό χώρο και κοινές δραστηριότητες (εκπαιδευτικά σεμινάρια, κοινές αθλητικές δραστηριότητες κ.λπ.), βοήθησε στην άρση της προκατάληψης και από τις δύο πλευρές και στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων.

Η προκατάληψη προς τους απεξαρτημένους εμφανίζεται συνήθως με δύο μορφές: της απόρριψης ή της υπερπροστασίας. Και οι δύο αυτές μορφές προκατάληψης αποτελούν εμπόδια για την ανάπτυξη υγιών σχέσεων. Αυτές οι σχέσεις που είναι αναγκαίες για τον απεξαρτημένο είναι οι σχέσεις ισοτιμίας. Αυτό τονίστηκε σ' όλες τις συνεργασίες που είχαμε με φορείς και κάθε φορά που μας δινόταν η ευκαιρία.

Τα αποτελέσματα μας δικαιώσαν και διαπιστώσαμε την αλλαγή στάσης σε δεκάδες άτομα με τα οποία συνεργαστήκαμε. Αναφέρουμε χαρακτηριστικά την περίπτωση του Ναυτικού Ομίλου Παλαιού Φαλήρου που είχε τις καλές προθέσεις συνεργασίας μαζί μας, αλλά και τους αιτιολογημένους φόβους για τις συνέπειες μιας πιθανής υποτροπής (επιστροφή στην παρανομία και την εγκληματικότητα) των μελών του προγράμματος. Σήμερα η στάση αυτή έχει αλλάξει εντελώς και στη θέση της αρχικής αμηχανίας και επιφύλαξης αναπτύχθηκε η εμπιστοσύνη και η αμοιβαία αποδοχή.

Τοπική Ανάπτυξη

Το πρόγραμμα "ΘΗΣΕΑΣ", συμμετείχε στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της περιοχής μόνον έμμεσα. Η φύση του αντικειμένου του δεν άπτεται της τοπικής ανάπτυξης με σαφή και άμεσο τρόπο. Ως συμβολή του προγράμματος σ' αυτόν τον τομέα θα πρέπει να θεωρηθούν τα δευτερογενή αποτελέσματα που προκύπτουν από την ένταξη των απεξαρτημένων στην αγορά εργασίας, τη μεταβολή του τρόπου ζωής τους (έξοδος από την παρανο-

μία) και την άρση της προκατάληψης της τοπικής κοινότητας, που δημιουργούν προϋποθέσεις για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι πρωτοποριακές αρχές και οι δραστηριότητες του προγράμματος, μέσα από το δίκτυο συνεργασίας και τη διαρκή ενημέρωση, επέδρασαν ουσιαστικά στη μεταβολή της στάσης απέναντι στο ανεξαρτημένο άτομο από έναν μεγάλο αριθμό φορέων.

Ας σημειωθεί εδώ, ότι πολλοί φορείς είχαν από την αρχή θετική στάση. Μέσω της συνεργασίας και της ευαισθητοποίησης έγιναν ακόμη θετικότεροι και ανέλαβαν συγκεκριμένο έργο.

Σ' όλες τις περιπτώσεις είχαμε σαν αρχή την προσωπική επαφή με τους υπεύθυνους των φορέων, από την πρώτη κιόλας επικοινωνία, και αξιοποιήσαμε τα πλεονεκτήματα της άμεσης προσέγγισης.

Όπως έχει ήδη τονιστεί, το πρόγραμμα "ΘΗΣΕΑΣ", στηρίχθηκε κατ' εξοχήν στη δικτύωση με τοπικούς ή υπεριοπικούς φορείς. Οι συνεργασίες που αναπτύχθηκαν μας επέτρεψαν την πολυδιάστατη προσέγγιση του προβλήματος του κοινωνικού/οικονομικού αποκλεισμού, εξασφάλισαν δε τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη νέων δραστηριοτήτων. Για παράδειγμα αναφέρουμε την εκπαίδευση στην ιστιοπλοία ανοικτής θαλάσσης που εκτός από την θεραπευτική της αξία, αποτέλεσε πόλο έλξης για νέα μέλη του προγράμματος, και την ομάδα Πρόληψης Υποτροπής που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα, και μολονότι αρχικά αντιμετωπίστηκε με επιφύλαξη, κατέληξε να αποτελεί σήμερα, ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα για την ένταξη νέων μελών, στο πρόγραμμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Για την οργάνωση του προγράμματος.

α) Νομική υπόσταση.

Η νομική υπόσταση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή λειτουργία και κύρια για την ανάπτυξη ενός προγράμματος. Η έλλειψη νομικής υπόστασης αποτέλεσε πηγή σοβαρών προβλημάτων για το πρόγραμμα "ΘΗΣΕΑΣ" :

– Το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, προφασισζόμενο την έλλειψη νομικής υπόστασης :

- α. αρνήθηκε να μας αναγνωρίσει,
- β. απέκλεισε το ενδεχόμενο χρηματοδότησης,
- γ. δεν μας καταχώρησε στον επίσημο κατάλογο των μη κρατικών φορέων που ασχολούνται με τα ναρκωτικά.

Υπήρξαν ανυπέρβλητες δυσκολίες στην προσπάθεια επαγγελματικής κατάρτισης με άλλους φορείς (δημόσιους ή ιδιωτικούς). Αδυναμία ανάπτυξης προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης σε συνεργασία με τον Οργανισμό Εργατικού Δυναμικού. (Για τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών, η σχετική νομοθεσία προέβλεπε την ύπαρξη νομικής υπόστασης).

β) Οικονομικός προϋπολογισμός

Η σύνταξη του αρχικού οικονομικού προϋπολογισμού απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και εξέταση της προοπτικής ανάπτυξης του προγράμματος σε νέους τομείς. Στην περίπτωση του προγράμματος “ΘΗΣΕΑΣ” ο εξαιρετικά χαμηλός αρχικός προϋπολογισμός εμπόδισε την επέκταση σε νέους τομείς δραστηριότητας.

γ) Έρευνα αναγκών

Στη φύση του σχεδιασμού κάθε προγράμματος είναι απαραίτητη η διενέργεια έρευνας για την τεκμηριωμένη διαπίστωση των αναγκών των χρηστών του προγράμματος. Εξίσου σημαντική είναι η ανάπτυξη μιας ελαστικής δομής που μπορεί να μεταβάλλεται και να εξελίσσεται παράλληλα με τις ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού.

δ) Δικτύωση

Εξαιτίας του πολύ χαμηλού αρχικού οικονομικού προϋπολογισμού, η δημιουργία δικτύων με τοπικούς και άλλους φορείς ήταν για το πρόγραμμα “ΘΗΣΕΑΣ” ζήτημα επιβίωσης.

Η ανάπτυξη συνεργασίας και η χρήση των παροχών άλλων φορέων, εξασφάλισε χαμηλό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών για το πρόγραμμα, ορατότητα προς τα έξω, ευκαιρίες ανάμιξης των μελών του προγράμματος με τον γενικό πληθυσμό και προϋποθέσεις άρσης του κοινωνικού αποκλεισμού. Όπως προκύπτει από την εμπειρία μας, αποτελεσματική για την ανάπτυξη/εξασφάλιση συνεργασίας είναι η αξιοποίηση της προσωπικής παρουσίας από την πρώτη κιόλας επικοινωνία με τους φορείς.

ε) Υποστήριξη από την κοινότητα

Κανένα πρόγραμμα - ειδικά όσα ασχολούνται με τον κοινωνικό αποκλεισμό - δεν μπορεί να επιδώσει χωρίς την υποστήριξη της τοπικής κοινότητας.

Ένας αποτελεσματικός τρόπος εξασφάλισης αυτής της υποστήριξης είναι η ανταπόκριση στα αιτήματα που έρχονται από την κοινότητα, η ορατότητα και η προβολή των θετικών συνεπειών της λειτουργίας του προγράμματος στην περιοχή.

2. Για τον κοινωνικό αποκλεισμό

Το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού των απεξαρτημένων ατόμων είναι αναμφίβολα πολυσύνθετο και πολυδιάστατο. Τα σημαντικότερα σημεία, όπως προκύπτει από τη δική μας εμπειρία είναι τα ακόλουθα :

– Υπάρχει προκατάληψη, τόσο από το γενικό πληθυσμό προς τους απεξαρτημένους, όσο και αντίστροφα.

– Η φτώχεια του απεξαρτημένου ατόμου πολύ περισσότερο από οικονομική, είναι πολιτιστική.

– Υπάρχει αντιφατική νομοθεσία. Ενώ ένας νόμος προβλέπει ευνοϊκές ρυθμίσεις για τους απεξαρτημένους, ένας άλλος απαγορεύει την πρόσληψή του στο Δημόσιο τομέα, λόγω βεβαρυμένου ποινικού μητρώου.

– Υπάρχουν σοβαρές δυσκολίες στην επανένταξη των απεξαρτημένων, όπως οι δικαστικές εκκρεμότητες, η έλλειψη επαγγελματικής κατάρτισης, η έλλειψη κοινωνικών ή άλλων δεξιοτήτων.

– Υπάρχει αδιαφορία και υποκρισία από κοινωνικούς φορείς που, ενώ διέπονται από τις αρχές του ανθρωπισμού, παραμένουν ερμητικά κλειστοί σε οποιαδήποτε προσπάθεια προσέγγισης.

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού, η πράξη μας έδειξε ότι πολύ αποτελεσματική είναι η αξιοποίηση των εξής μεθόδων:

- Δικτύωση. Προσφέρει τη δυνατότητα ευαισθητοποίησης των φορέων και την ενεργό συμμετοχή τους στη διαδικασία επανένταξης των απεξαρτημένων.

– Ανάμειξη των απεξαρτημένων με το γενικό πληθυσμό, που συμβάλλει με τον πιο πειστικό τρόπο στην άρση της προκατάληψης και από τις δύο πλευρές (κατάρριψη μύθων).

– Εξασφάλιση στον απεξαρτημένο δυνατότητες επιλογής και στήριξης των δικών του αποφάσεων.

– Κινητοποίηση και υποστήριξη των μελών του προγράμματος για ενεργητική συμμετοχή στην προσπάθεια ένταξής τους στην κοινότητα.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ - ΕΦΑΡΜΟΓΗ -
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ



ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ

1. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Κασιμάτη Κούλα
Καθηγήτρια Κοινωνιολογίας

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρουσία της πολιτείας σε τομείς, όπως είναι η εκπαίδευση, η υγεία, η κατοικία αλλά και σε άλλους που καλύπτουν ανθρώπινες ανάγκες λιγότερο επιτακτικές, όπως είναι ο πολιτισμός, αυξάνει συνεχώς στον αιώνα μας και ιδιαίτερα στη μεταπολεμική περίοδο. Το ρόλο της οικογένειας, της εκκλησίας και των άλλων φορέων φιλανθρωπίας σε μεγάλο βαθμό αναλαμβάνει το κράτος, το οποίο, τυπικά τουλάχιστον, υπόσχεται την κοινωνική δικαιοσύνη με την παρεμβατική του τακτική στην αναδιανομή του εισοδήματος και τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής που υιοθετεί κατά περίπτωση. Η αποτελεσματικότητα όμως των προγραμμάτων αυτών εξαρτάται από το σωστό σχεδιασμό τους, δηλαδή από την κατάλληλη διαδικασία ενεργειών και δράσης.

Στην εισήγηση αυτή με θέμα “Σχεδιασμός και αξιολόγηση προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής”, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται: α) στο σχεδιασμό και β) στην αξιολόγηση στον ειδικό χώρο των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής, αφού οι διαδικασίες και τεχνικές του σχεδιασμού ποικίλλουν σημαντικά, ανάλογα με το πεδίο εφαρμογής τους. Πρέπει να διευκρινιστεί, ότι παρόλο που η αξιολόγηση αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του σχεδιασμού και εμπίπτει στη διαδικασία του, ωστόσο αντιμετωπίζεται με ιδιαίτερο τρόπο και γίνεται ξεχωριστή μνεία και ανάλυση, γιατί οι στόχοι που θέτει και οι τεχνικές που εφαρμόζει διαφοροποιούνται από τα αντίστοιχα του σχεδιασμού. Πρέπει ακόμα να επισημανθεί ότι στην εισήγηση αυτή θα αναφερθούν γενικές αρχές σχεδιασμού και αξιολόγησης και όχι ανάπτυξή τους, η οποία είναι ευρύτατη και πολύπλοκη.

2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

2.1. Βασικές αρχές

Όσοι ασχολήθηκαν με την προβληματική του σχεδιασμού προσπάθησαν να προσδιορίσουν την έννοια και το περιεχόμενό του, δηλαδή να δώσουν το εννοιολογικό του πλαίσιο. Έτσι, ενώ γίνεται αποδεκτό ότι ο σχεδιασμός διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τα πεδία εφαρμογής του, όπως π.χ. ένας πολεοδομικός σχεδιασμός είναι διαφορετικός από έναν οικονομικό ή διοικητικό, όλοι συμφωνούν ότι σε όλα τα είδη σχεδιασμού υπάρχουν κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία στο τέλος οριοθετούν το εννοιολογικό τους πλαίσιο. Αυτά τα χαρακτηριστικά ή στοιχεία ή ιδιότητες μπορούν να αντικατοπτριστούν στον ακόλουθο δεκάλογο¹:

i) Σχεδιασμός σημαίνει διαδικασία, δηλ. ο σχεδιασμός συντελείται σε διαδοχικά στάδια, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους,

ii) Το σχεδιασμό τον αναλαμβάνουν άτομα που δραστηριοποιούνται, σε μεγαλύτερους ή μικρότερους οργανισμούς.

iii) ο σχεδιασμός υπονοεί λήψη αποφάσεων που συνεπάγεται επιλογές σε σχέση με το πώς, το πότε και το πού οι υπεύθυνοι μπορούν να τις πραγματοποιήσουν,

iv) ο σχεδιασμός απαιτεί τον προσδιορισμό αντικειμενικών στόχων, διατυπωμένων με μεγάλη σαφήνεια,

v) ο σχεδιασμός προβλέπει το μέλλον: δηλαδή τα προγράμματα αφορούν “συμπεριφορές” που αναμένεται να εκδηλωθούν μελλοντικά,

vi) ο σχεδιασμός έχει παραπεμπτικό χαρακτήρα, εφόσον προσπαθεί να διοχετεύσει τη δράση προς την πραγματοποίηση των συγκεκριμένων στόχων,

vii) σχεδιασμός σημαίνει “λογική”, γιατί οι επιμέρους επιλογές που προτείνονται πρέπει να είναι πραγματοποιήσιμες με βάση τις κρατούσες καταστάσεις και συνθήκες,

viii) ο σχεδιασμός πρέπει να στοχεύει στην αποτελεσματικότητα, δηλαδή από τις πολλές επιλογές που προτείνονται, να προτιμώνται εκείνες που θα αποδώσουν περισσότερο με τα οικονομικότερα μέσα,

ix) ο σχεδιασμός αποτελεί “κανονιστική” δραστηριότητα, εφόσον τα στελέχη του σχεδιασμού στηρίζονται σε αξίες που καθορίζουν τις καλές ή κακές επιλογές,

x) ο σχεδιασμός είναι μία δραστηριότητα που αναλαμβάνεται από άτομα που έχουν ειδικά εκπαιδευτεί, δηλαδή σήμερα αναγνωρίζουμε την επαγγελματοποίησή του.

Από μία άλλη οπτική, ο σχεδιασμός στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σημαίνει “ευρύτερο και εννιαίο σύστημα γνώσεων, αξιών, διαδικασιών και δραστηριοτήτων που προωθούν την ευημερία της κοινωνίας και καθορίζουν τις κύριες κοινωνικές σχέσεις μεταξύ ατόμων, ομάδων και ολόκληρης της κοινωνίας”², εφόσον σχεδιάζει, αναλύει και εφαρμόζει

(1) J. IDGLEY και D. PIACHAVO (1984), “The field and methods of Social Planning” Heinemann Educational Books pp. 12-13

(2) Δ. Ιατρίδης (1990) Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής”

παρεμβάσεις προκειμένου να πρωτανεύσει η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Η χρησιμότητα του κοινωνικού σχεδιασμού αναγνωρίζεται γενικά στις σύγχρονες κοινωνίες με το πολύπλοκο πλέγμα σχέσεων που τις διακρίνει και τις ταχύτερες κοινωνικές ανακατατάξεις που τις χαρακτηρίζει, εξαιτίας της ραγδαίας τεχνολογικής ανάπτυξης. Ωστόσο, δεν έχουν λείψει οι συζητήσεις και οι αμφισβητήσεις για το ρόλο των τεχνικών που χρησιμοποιούνται στον κοινωνικό σχεδιασμό, για την επαγγελματοποίησή του, για τις αντανάκλασεις του στο επίπεδο των αξιών και των ιδεολογιών σ' ολόκληρη την κοινωνία. Μια σημαντική αμφισβήτηση αφορά τη φύση όχι μόνο του κοινωνικού σχεδιασμού, αλλά γενικά του οποιουδήποτε σχεδιασμού, γιατί μπορεί πρόσκαιρα να αμβλύνει τις κοινωνικές αντιθέσεις αλλά μακροπρόθεσμα λειτουργεί παραπλανητικά για ουσιαστική κοινωνική δικαιοσύνη. Οι διχογνωμίες εκτείνονται και στο τί πραγματικά είναι ο σχεδιασμός. Άλλοι τον ταυτίζουν με τη θεωρία λήψης αποφάσεων και άλλοι τον θεωρούν μια διαδικασία που απαιτεί ακρίβεια, υψηλό βαθμό εξειδίκευσης και λεπτομερή γνώση των τεχνικών που χρησιμοποιούνται³.

Ακόμη, στη δεκαετία του '80 και πολύ περισσότερο μετά το 1990 ο κοινωνικός σχεδιασμός βάλλεται από τις συντηρητικές κυβερνήσεις με το επιχείρημα, ότι το κράτος πρόνοιας που εφαρμόζει την κοινωνική πολιτική διακινδυνεύει την εξάρτηση των ατόμων από τις παροχές και τις κοινωνικές υπηρεσίες, περιορίζει την παραγωγικότητά τους και αποθαρρύνει την ιδιωτική πρωτοβουλία, με αποτέλεσμα η κοινωνική δικαιοσύνη να είναι τελικά προβληματική. Στο πλαίσιο της θεωρητικής θεμελίωσης ο κοινωνικός σχεδιασμός αρθρώνεται σε δύο άξονες:

α) Στις αξίες. Αν δεχτούμε, ότι η κοινωνική δικαιοσύνη αποτελεί θεμελιακή αρχή των σύγχρονων κοινωνιών τότε ο παρεμβατικός ρόλος της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται περισσότερο αποτελεσματικός με τον κοινωνικό σχεδιασμό είναι προφανής. Ωστόσο, κάθε κοινωνία με διαφορετικό σύστημα αξιών προσεγγίζει την κοινή δικαιοσύνη μέσα από τους κοινωνικούς θεσμούς, τις συμπεριφορές και τις σχέσεις και τις προτεραιότητες που υιοθετεί. Η έννοια της ισότητας και των ίσων ευκαιριών για την απόκτηση των αγαθών του πολιτισμού μας προσλαμβάνει ξεχωριστό περιεχόμενο ανάλογα με την κοινωνία που αναφερόμαστε και σε σχέση με την κοινωνική οργάνωση που κυριαρχεί, τις παραδόσεις, εμπειρίες και κοινωνικές δομές⁴.

β) Στις ιδεολογίες που εκφράζονται σε κοινωνίες καπιταλιστικού και σοσιαλιστικού τύπου. Στις καπιταλιστικές κοινωνίες, στις οποίες ο οικονομικός φιλελευθερισμός ή καλύτερα η ελεύθερη αγορά στοχεύει στον "οικονομικό ατομισμό" και σε μια κατανομή των εισοδημάτων ανάλογα με την ατομική προσπάθεια, ο κοινωνικός σχεδιασμός, στο μέτρο που γίνεται, δεν αποτελεί θεμελιακό παράγοντα για κοινωνική δικαιοσύνη και ανάπτυξη, αφού

(3) Middley και Piachand (1984) σελ. 4

(4) Δ. Ιατρίδης (1990) οπ. αν. σελ. 47-48

άλλωστε και η κρατική παρέμβαση είναι μειωμένη. Αντίθετα, εκεί όπου επικρατεί η σοσιαλιστική ιδεολογία - όπου έχει ακόμη απομείνει - ο κοινωνικός σχεδιασμός που αναλαμβάνεται από το κράτος, αποτελεί τον κύριο παράγοντα εθνικής ανάπτυξης και "εξισωτικής κοινωνικής δικαιοσύνης"⁵. Η σημασία επομένως που έχει ο κοινωνικός σχεδιασμός σε μια συγκεκριμένη κοινωνία, εξαρτάται από τον τύπο της κοινωνίας και το κοινωνικοπολιτικό σύστημα που επικρατεί σ' αυτήν, αν δηλαδή το άτομο είναι υπεύθυνο για τη θέση του μέσα στην κοινωνία (φονκτιοναλιστική αντίληψη) ή αν αντίθετα το άτομο είναι παράγωγο του συστήματος (μαρξιστική θεωρία) και το κράτος μέσα από τον κεντρικό σχεδιασμό εξασφαλίζει - ή επαγγέλλεται - την κοινωνική δικαιοσύνη μέσω της δημόσιας ιδιοκτησίας, του παρεμβατικού ρόλου του κράτους και του συλλογικού συμφέροντος.

Η παρουσία του κράτους - της πολιτείας - σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η υγεία, κατοικία, αλλά και σε άλλους τομείς που καλύπτουν τις ανθρώπινες ανάγκες αυξάνει συνεχώς στον αιώνα μας, ιδιαίτερα στη μεταπολεμική περίοδο. Σε παλαιότερες εποχές τα άτομα κάλυπταν τις ανάγκες τους μέσα από την αγορά, κι όπου αυτό δεν ήταν δυνατόν, υπήρχαν άλλοι θεσμοί, όπως η οικογένεια και η εκκλησία και ακόμη η φιλανθρωπία, οι οποίοι ήταν αρωγοί στις δυσκολίες τους. Σήμερα, έχει αναπτυχθεί ένα σημαντικό δίκτυο δημοσίων υπηρεσιών, όπου χαράσσεται και υλοποιείται η κοινωνική πολιτική των κυβερνήσεων. Και σε αυτές τις υπηρεσίες έχει πάρει τη θέση του ο κοινωνικός σχεδιασμός. Σε χώρες μάλιστα που διακρίθηκαν για το "κράτος πρόνοιας", όπως η Μεγάλη Βρετανία, ο κοινωνικός σχεδιασμός κάλυψε ένα ευρύ φάσμα τομέων - νοσοκομεία, σχολεία, άλλες κοινωνικές υπηρεσίες - αλλά και χαρακτηριστικών πληθυσμιακών ομάδων, όπως: εργατικό δυναμικό, μειονότητες και άτομα με ειδικές ανάγκες, με στόχο να βελτιωθούν στο μέλλον. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν "τμήματα σχεδιασμού" στα πλαίσια αυτών των φορέων - υπηρεσιών σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Μεγάλη Βρετανία είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα κοινωνικού σχεδιασμού με πολλές εκφάνσεις όπως: χωροταξική κατανομή των νοσηλευτικών μονάδων σε εθνικό επίπεδο, κατανομή του νοσηλευτικού δυναμικού και διάθεση των αναγκαίων πόρων προς λειτουργία κ.α. Η σημερινή τάση να περιοριστεί το κράτος πρόνοιας επηρεάζει σημαντικά τον κοινωνικό σχεδιασμό που αναλαμβάνεται από τους κρατικούς φορείς. Αναμφίβολα, και στον ιδιωτικό τομέα η ανάγκη σχεδιασμού είναι προφανής με τη διαφορά όμως ότι διαφοροποιείται το σύστημα αξιών στο οποίο βασίζεται. Κυριαρχεί περισσότερο η ιδέα της αποτελεσματικότητας παρά της κοινωνικής δικαιοσύνης.

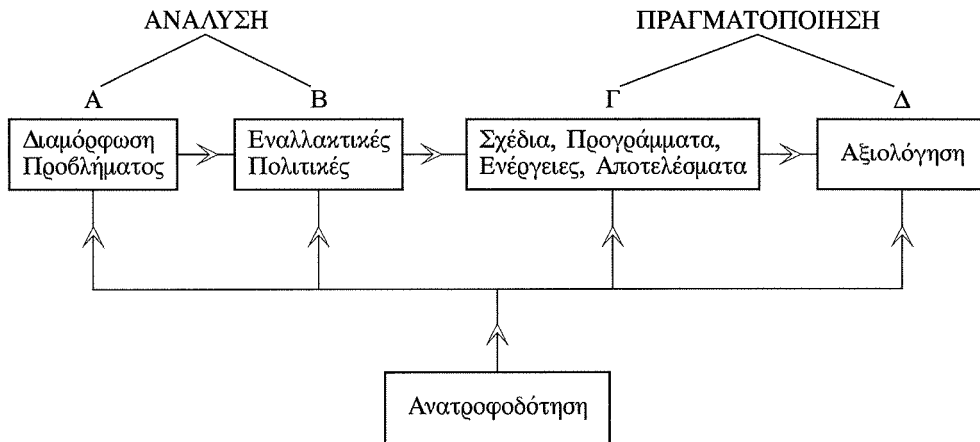
2.2. Διαδικασία του Κοινωνικού Σχεδιασμού

Όπως ήδη αναφέρθηκε, Κοινωνικός Σχεδιασμός σημαίνει διαδικασία που έχει στάδια ή φάσεις. Τα βήματα αυτά εμφανίζονται στο διάγραμμα που ακολουθεί με πολύ παραστατικό

(5) Δ. Ιατρίδης (1990) οπ. αν. σελ. 48

τρόπο, κι αυτά θα προσπαθήσουμε να προσδιορίσουμε.

Διάγραμμα 1 Διαδικασία Κοινωνικού Σχεδιασμού



Πηγή: Τροποποιημένο από Dunn, Public Policy Analysis, σελ. 44

I. ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Το στάδιο ανάλυσης - σε αντιδιαστολή με το στάδιο πραγματοποίησης, αφορά σε δύο επιμέρους περιοχές: α) στη Διαμόρφωση του προβλήματος και β) στις εναλλακτικές πολιτικές, που είναι δυνατόν να προταθούν και να εφαρμοστούν.

Το στάδιο Ανάλυσης ανάγεται στη Γνωστική Διαδικασία, γιατί σ' αυτό το στάδιο χρειάζεται η πληροφόρηση για την ορθότητα του προβλήματος, αλλά και οι σκοποί, στόχοι, υποθέσεις, αξίες που το συνοδεύουν. Η πρόταση εξάλλου εναλλακτικών πολιτικών, ασφαλώς πρέπει να βασιστεί σε παρεμφερή δεδομένα, τα οποία διαμορφώνουν τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα σε κάθε περίπτωση και τα οποία θα οδηγήσουν στην τελική επιλογή πολιτικής.

A. Διαμόρφωση του προβλήματος

Αυτή είναι πιθανώς η δυσκολότερη φάση, γιατί σ' αυτήν ενσωματώνονται τόσο στοιχεία όσο και αξίες, τα οποία αντλούνται συχνά με δύσκολο τρόπο. Για τη διαμόρφωση και ανακάλυψη του προβλήματος, απαιτούνται:

ι) πλήρης, κατά το δυνατόν, πληροφόρηση για τις συνθήκες που επικρατούν στο χώρο που εμφανίζεται το πρόβλημα. Οι συνθήκες μπορεί να είναι οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και πολιτιστικές. Η γνώση αυτών των συνθηκών δημιουργεί και προσδιορίζει ουσια-

στοικά το πλαίσιο μέσα στο οποίο εντάσσεται το πρόβλημα. Η πληροφόρηση αυτή αφορά στοιχεία στατιστικά, ποσοτικά και ποιοτικά που αντλούνται από καθ' ύλην φορείς πληροφόρησης, όπως Δημόσιοι φορείς, ΕΣΥΕ, Επιμελητήρια, Τοπική Αυτοδιοίκηση, Σύλλογοι, Σωματεία, καθώς και από μελέτες και έρευνες που αναφέρονται στο θέμα και στην περιοχή και από προφορικές μαρτυρίες, σχέδια ανάπτυξης και προγραμματισμού που έκαναν κρατικές υπηρεσίες για τη συγκεκριμένη κατά περίπτωση θεματική.

Αυτό το στάδιο ίσως είναι το σημαντικότερο αυτής της φάσης, γιατί η γνώση της υφιστάμενης κατάστασης θα επιτρέψει την τοποθέτηση των προβλημάτων στις σωστές του διαστάσεις και θα διευκολύνει την πρόταση εναλλακτικών πολιτικών. Η σωστή και πλήρης, κατά το δυνατόν, πληροφόρηση θα οδηγήσει στη μετατροπή των στοιχείων σε κριτήρια και υποθέσεις για τη λύση ή έστω αντιμετώπιση του προβλήματος.

ii) Στόχοι που να εκφράζουν τις προσδοκίες της κοινωνίας γενικότερα και της ομάδας ειδικότερα - αν είναι ομάδα - για ένα σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής. Οι στόχοι μπορεί να είναι γενικοί και ειδικοί, βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι, κεντρικής και περιφερειακής εμβέλειας.

iii) Υποθέσεις, τόσο για τα αίτια που προκαλούν το πρόβλημα όσο και για τα αναμενόμενα αποτελέσματα από την άσκηση συγκεκριμένης κοινωνικής πολιτικής.

iv) Αξίες. Αν δεχτούμε, ότι στη χάραξη της κοινωνικής πολιτικής υπάγονται όλα τα ζωτικά θέματα της σύγχρονης κοινωνίας όπως είναι η ελευθερία του ατόμου, η ηθική υπόσταση των κοινωνικών συστημάτων, η χρήση της κοινωνικής δύναμης, η σημασία τέλος που δίνει στο άτομο και την προσωπική του ζωή, τότε πίσω από κάθε ενέργεια κοινωνικού σχεδιασμού για την επίλυση κάποιου κοινωνικού προβλήματος, πρέπει να υπάρχει η βασική αξία της κοινωνικής δικαιοσύνης με τις άλλες επιμέρους, τις οποίες εδώ μνημονεύσαμε.

Ενα παράδειγμα

Αν η κεντρική εξουσία επιθυμεί να παρέμβει στην επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση μίας ομάδας πολιτικών προσφύγων που ήρθαν στη χώρα μας την τελευταία πενταετία, ο υπεύθυνος για την αντιμετώπιση του προβλήματος θα προβεί στις ακόλουθες ενέργειες:

α) Θα ανιχνεύσει τα χαρακτηριστικά αυτού του πληθυσμού από στοιχεία που έχουν συλλέξει κρατικοί φορείς (Υπουργεία και άλλες Υπηρεσίες) ή από μελέτες που έχουν γίνει γι' αυτούς, και θα προωθήσει μελέτες-έρευνες απαραίτητες για να υπάρξει πλήρης πληροφόρηση. Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να γνωρίζει είναι: τα προσωπικά (φύλο-ηλικία, οικογενειακή κατάσταση), τα κοινωνικά (επίπεδο εκπαίδευσης, κατάσταση απασχόλησης), τα οικονομικά (εισόδημα-εφόσον έχουν-περιουσιακά στη χώρα από την οποία ήρθαν, τωρινές συνθήκες στέγασης, συνθήκες διαβίωσης, κ.λπ.), αλλά και στάσεις, διαθέσεις, προσδοκίες, κ.α.

β) Θα φέρει στην επιφάνεια στοιχεία απασχόλησης του γηγενή πληθυσμού, ώστε να φανεί, πού υπάρχουν κενά προς πλήρωση και πόσο κατάλληλοι για την πλήρωση αυτή των κενών είναι οι πρόσφυγες.

γ) Θα εντοπίσει περιοχές στις οποίες η εγκατάσταση προσφύγων είναι επιθυμητή, τόσο

από τους ίδιους όσο και από την κεντρική εξουσία.

Στόχος της ενέργειας-παρέμβασης είναι η επαγγελματική αποκατάσταση των προσφύγων, ώστε να ενσωματωθούν οικονομικά και κοινωνικά στην κοινωνία μας. Αυτή η ενσωμάτωση θα αποτρέψει τις ρατσιστικές τυχόν αντιδράσεις των γηγενών και θα αποκαταστήσει την εμπιστοσύνη των ίδιων των προσφύγων προς την κοινωνία μας.

Υποθέσεις μπορούν να διατυπωθούν προς διάφορες κατευθύνσεις. Όπως π.χ., αν οι πρόσφυγες επιλέγουν τη χώρα μας ως τόπο εγκατάστασής τους με τη θέλησή τους, θα έχουν ευκολότερη προσαρμογή στην κοινωνία μας σε σχέση με όσους βρέθηκαν στη χώρα μας αναγκαστικά. Άλλη υπόθεση που μπορεί να γίνει αφορά τα αποτελέσματα της παρεμβατικής πολιτικής του κράτους στον τομέα της εκπαίδευσης των παιδιών τους και κυρίως της γλωσσικής τους κατάρτισης και την επίδραση που έχουν στην ενσωμάτωσή τους, η οποία προφανώς θα είναι ταχύτερη, αν μάθουν να μιλάνε τη γλώσσα μας.

Αξίες. Η κοινωνική δικαιοσύνη επιβάλλει να μην υπάρχουν πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες να μειονεκτούν σε βασικά σημεία του σύγχρονου πολιτισμού. Να μην εκτρέφονται ρατσιστικές αντιλήψεις στο γηγενή πληθυσμό, οι οποίες λειτουργούν αποσυνθετικά στον κοινωνικό ιστό.

B. Εναλλακτικές Πολιτικές

Οι πολιτικές που μπορούν να προταθούν για την επαγγελματική αποκατάσταση των προσφύγων - στο παράδειγμά μας - είναι πολλές. Ο υπεύθυνος του σχεδιασμού θα επιλέξει εκείνη που θα είναι πρακτικά εφαρμόσιμη με τα δεδομένα της περιόδου που αναφερόμαστε. Έτσι, θα πρέπει να λάβει υπόψη του την επαγγελματική κατανομή των ήδη απασχολούμενων κατά περιφέρειες, το ποσοστό ανεργίας, τις προοπτικές ανάπτυξης που διαγράφονται, τα κενά εργασίας που υπάρχουν ή πρόκειται να δημιουργηθούν στο άμεσο μέλλον και φυσικά τις επαγγελματικές εξειδικεύσεις των προσφύγων. Εναλλακτική πολιτική σημαίνει καταγραφή των δυνατοτήτων που διαγράφονται όπως: συγκέντρωση των προσφύγων σε ορισμένες περιοχές της χώρας και χρηματοδότηση έργων για την απορρόφησή τους, ευνοϊκά δάνεια σε συνδυασμό με επαγγελματική επιμόρφωση σε επαγγέλματα που έχουν ζήτηση. Η εκπαιδευτική υποδομή των προσφύγων είναι απαραίτητη, για να γνωρίσουν οι ίδιοι τις δυνατότητες που έχει η αγορά εργασίας, όπως επίσης και η θέσπιση επιδομάτων για την αντιμετώπιση των πρώτων αναγκών που ανακύπτουν με την ενσωμάτωσή στη χώρα μας, κ.α..

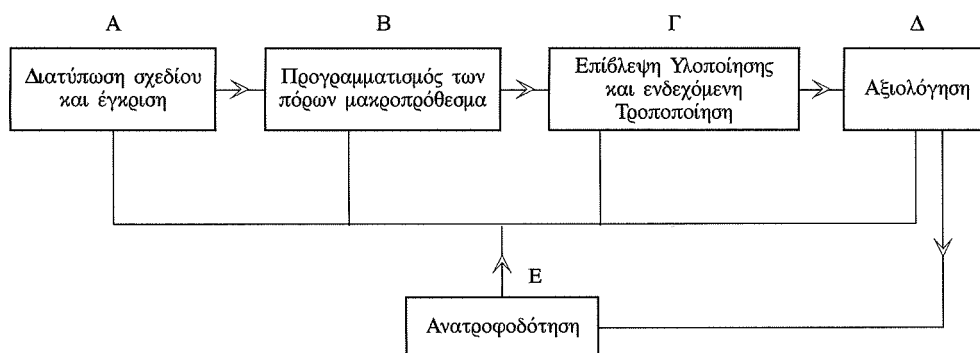
Φαίνεται από το παράδειγμα αυτό, το πλαίσιο στο οποίο κινούνται οι εναλλακτικές πολιτικές και γίνεται εύκολα κατανοητό, γιατί το στάδιο αυτό της φάσης της ανάλυσης ανάγεται σε ό,τι αποκαλέσαμε γνωστική διαδικασία. Ποιά λύση τελικά θα επιλεγεί, είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, οι κυριότεροι από τους οποίους αφορούν: τα υλικά μέσα που υπάρχουν για την υλοποίησή της, τα χρονικά όρια που απαιτούνται για την πραγμάτωσή της, γενικότερες προοπτικές που διαγράφονται τόσο ως προς την καλύτερη ή μεγαλύτερη κάλυψη του πληθυσμού αυτού όσο και ως προς την αρχή της δικαιότερης κοινωνίας, και τέλος ως προς το συμφέρον ολόκληρου του κοινωνικού συνόλου.

II. ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Όταν επιλεγεί η πολιτική για το συγκεκριμένο πρόβλημα τίθεται σε εφαρμογή η Γ' φάση των "Σχεδίων, Προγραμμάτων, Ενεργειών και Αποτελεσμάτων". Πρέπει πιά να διατυπωθούν συγκεκριμένα σχέδια και προγράμματα, να ιεραρχηθούν στο χρόνο οι ενέργειες, να δοθούν απαντήσεις στα ερωτήματα που ήδη ετέθησαν στο Ι' στάδιο της ανάλυσης, οι οποίες υπέχουν τη θέση αποτελεσμάτων. Αυτό το στάδιο είναι κρίσιμο και γι' αυτό ο υπεύθυνος του σχεδιασμού πρέπει να δώσει με κάθε λεπτομέρεια, όσα αυτό περιλαμβάνει. Είναι το στάδιο, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2, στο οποίο φαίνονται τα λεπτομερέστερα στάδια της διαδικασίας της πραγματοποίησης.

Διάγραμμα 2

Λεπτομερέστερα Στάδια Διαδικασίας Πραγματοποίησης



Διάγραμμα II. Λεπτομερέστερα στάδια Διαδικασίας Πραγματοποίησης. Από Δ. Ιατρίδη

α) Προηγείται η Διατύπωση του Σχεδίου και η έγκρισή του από το φορέα που ασκεί την κοινωνική πολιτική και είναι ο εντολέας του σχεδιασμού. Η διατύπωση του σχεδίου πρέπει να περιέχει αναλυτικά τις ενέργειες που θα λάβουν χώρα κατά τη λογική σειρά πραγματοποίησής τους και την κατανομή τους στο χρόνο. Ειδικότερα:

i) καταρτίζονται οδηγίες ή σχέδια που μεταφράζουν την εθνική πολιτική σε διοικητικές προδιαγραφές για δημόσια έγκριση,

ii) οι οδηγίες πρέπει να προβλέπουν τη συμμετοχή εκείνων που υπεισέρχονται στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και να εξασφαλίζουν τη συνεργασία τους. Διότι η εκ των προτέρων συνεργασία με εκείνους που θα εγκρίνουν το σχέδιο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση ολόκληρου του σχεδιασμού και όχι μόνο αυτής της φάσης. Είναι

αυτονόητο, ότι οι οδηγίες διαφοροποιούνται ανάλογα με το πρόγραμμα δράσης και το πεδίο εφαρμογής.

β) Επεται ο προγραμματισμός των πόρων μακροπρόθεσμα. Η κατανομή των κονδυλίων κατά στάδιο εκτέλεσης του σχεδίου και κατά χρονική περίοδο/στιγμή θα αποτρέψει αναντιστοιχίες ανάμεσα στις δημιουργούμενες απαιτήσεις και στις δυνατότητες κάλυψής τους. Αν δεν επιτευχθεί πλήρης αντιστοιχία ανάμεσα στις απαιτήσεις και στην κάλυψή τους, θα προκύψουν καθυστερήσεις οι οποίες με τη σειρά τους θα ανατρέψουν τον αρχικό σχεδιασμό και προγραμματισμό. Αυτό υπαγορεύει μία ιδιαίτερη προσοχή και ρεαλισμό, αφήνοντας περιθώρια σε κάθε φάση απρόδλεπτων διαταρακτικών παραγόντων που μπορούν να ανατρέψουν τις αρχικές προβλέψεις. Διότι πρέπει να τονιστεί, ότι τα επιμέρους στάδια ή φάσεις βρίσκονται σε μια αρμονική σχέση μεταξύ τους. Καθυστερήσεις στο ένα στάδιο συνεπάγονται πολλαπλασιαστικές καθυστερήσεις και στα επόμενα.

γ) Ακολουθεί η φάση της “επίβλεψης/υλοποίησης και ενδεχόμενης τροποποίησης του αρχικού σχεδιασμού”. Σ’ αυτήν:

i) γίνεται συστηματική παρακολούθηση της εκτέλεσης του έργου και της επίτευξης των στόχων,

ii) διαπιστώνεται η πρόοδος εκτέλεσης σύμφωνα με το σχέδιο,

iii) αν χρειαστεί γίνονται διαρθρωτικές ενέργειες.

Δηλαδή, σ’ αυτή τη φάση, γίνεται σύγκριση της προόδου των έργων του σχεδίου με προδιαγραφές και δίνονται λύσεις στα προβλήματα που παρουσιάζονται στο στάδιο της εφαρμογής: γι’ αυτό απαιτείται η κατάρτιση διαγραμμάτων (χρονοδιαγραμμάτων, διαγραμμάτων κατανομής πόρων, διαγραμμάτων ακολουθιών των εργασιών) ώστε να γίνεται με παραστατικό και άμεσο τρόπο η σύγκριση προγραμματιζομένων και πραγματοποιούμενων.

Με τη φάση αυτή τελειώνει η πραγματοποίηση του έργου, του σχεδίου, στο πρακτικό του σκέλος. Αυτό που απομένει είναι η αξιολόγησή του.

III. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Το στάδιο της πραγματοποίησης ολοκληρώνεται με τη φάση της αξιολόγησης. Οποιοσδήποτε σχεδιασμός δεν μπορεί να θεωρηθεί επιτυχής αν δεν αξιολογηθεί κατά την εφαρμογή του, αν δεν διερευνηθούν οι συνθήκες κάτω από τις οποίες λειτούργησε και αν δεν μελετηθούν οι τρόποι με τους οποίους ασκήθηκε η κοινωνική πολιτική. Η αξιολόγηση στοχεύει:

i) να περιγράψει την πραγματικότητα,

ii) να την ερμηνεύσει, βάση των δεδομένων, που ουσιαστικά έχει δύο σκέλη.

– τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του προγράμματος σε κάθε φάση,

– την αντιμετώπισή του από την κοινωνική ομάδα που αναφέρεται,

iii) να εντοπίσει τα ασθενή σημεία,

iv) να προτείνει τρόπους βελτίωσης.

Με άλλα λόγια, η αξιολόγηση θα δείξει τί έγινε αλλά και τί δεν έγινε, τί έγινε καλά και τί λανθασμένα, κι αυτό θα οδηγήσει σε προτάσεις και λύσεις που να μπορούν άμεσα να εφαρμοστούν και να βελτιώσουν την όλη προσπάθεια, να κάνουν το μελλοντικό σχεδιασμό και την ανάλογη κοινωνική πολιτική ρεαλιστική και κοινωνικά ωφέλιμη.

Οι τάσεις που κυριαρχούν σήμερα ως προς την αξιολόγηση στρέφονται προς δύο κατευθύνσεις⁶:

- i) η αξιολόγηση θεωρείται ως συνηθισμένη διαδικασία που συμπληρώνει τη συλλογιστική των προγραμμάτων κοινωνικής δράσης, ως η φάση ολοκλήρωσης του κοινωνικού σχεδιασμού,
- ii) η αξιολόγηση στρέφεται προς περισσότερο συστηματικές, αυστηρές και αντικειμενικές αποδείξεις για την επιτυχία του προγράμματος.

Επομένως, η αξιολόγηση φαίνεται ότι είναι χρήσιμη τόσο για να κατανοήσει ο αξιολογητής την υφιστάμενη κατάσταση σ' ένα κοινωνικό πρόβλημα, όσο και να χρησιμοποιηθούν τα ευρήματά της για τη λήψη αποφάσεων στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής.

Στα κοινωνικά προγράμματα ιδιαίτερα, υπάρχει η δυνατότητα να γίνεται χρήση των πληροφοριών για την κατανόηση των κοινωνικών διαδικασιών, που εμπλέκονται σ' αυτά με τέσσερις επιμέρους συνιστώσες⁷:

- i) τί προσπαθεί να κάνει ο φορέας του προγράμματος ή το ίδιο το πρόγραμμα,
- ii) σε ποιό βαθμό το πετυχαίνει,
- iii) ποιά τυχόν εμπόδια περιορίζουν την επιτυχία του,
- iv) ποιά ευρύτερα διδάγματα προκύπτουν από τη λειτουργία του.

Δεν μπορεί κανείς να παραγνωρίσει το γεγονός που αναφέρει ο Bennett και άλλοι⁸ ότι δηλαδή αναπτύσσεται ένας ανταγωνισμός μεταξύ των στόχων της έρευνας και των στόχων των υπηρεσιών, γιατί η έρευνα απαιτεί τις διαδικασίες μιας επιστημονικής εργασίας, ενώ οι Υπηρεσίες επιζητούν πρακτικές υλοποιήσης των πολιτικών που συνδέονται με τη δική τους δραστηριότητα.

Μέθοδοι αξιολόγησης

Οι μέθοδοι και οι μορφές αξιολόγησης είναι ποικίλες και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το αντικείμενο που έχουμε να αξιολογήσουμε.

Στην πράξη ακολουθούνται σύνθετες μορφές αξιολόγησης όπως π.χ.⁹:

- i) Αξιολόγηση του αποτελέσματος (product evaluation): είναι η πιο συνηθισμένη μορφή και αφορά τον προσδιορισμό των ειδικών σημείων του προγράμματος και την ερμηνεία του αποτελέσματος.

(6) WRIGHT C. "Evaluation Research", "Encyclopedia Britannica", p.p. 197-202.

(7) Graham Room, Αξιολόγηση και αυτο-αξιολόγηση: Θεωρητικές και πρακτικές πλευρές στο: "Εκλογή", τ. 79, σελ. 161, 1988.

(8) BENNETT C και LUMSDAIN A, Evaluation and Experiment. Some Critical Issues in Assessing Social Programs, Academic Press Inc p. 16, 1975.

(9) Βλ. GRONLUND N, Measurement an evaluation in teaching" Mac Millan, New York, σελ. 7-24, 1971.

ii) Τυπική αξιολόγηση (formative evaluation): Σε αυτήν περιλαμβάνεται η επισήμανση των ασθενών σημείων και οι προτάσεις για αντιμετώπιση των αδυναμιών και για λύση των προβλημάτων.

iii) Αξιολόγηση του περιεχομένου (context evaluation): Σε αυτήν μελετώνται οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εφαρμόστηκε το πρόγραμμα αλλά και οι ανάγκες, απαιτήσεις και προϋποθέσεις του προγράμματος καθεαυτού.

Αυτό σημαίνει ότι ένα πρόγραμμα πρέπει να εξετάζεται όχι μόνο του αλλά σε συσχέτισμό και με άλλα προγράμματα που άμεσα ή έμμεσα σχετίζονται με το συγκεκριμένο. Όχι μόνο στατικά, σήμερα, αλλά και δυναμικά αύριο, και όχι μόνο με γνώμονα τις άμεσες ωφέλειες αλλά και τις έμμεσες επιδράσεις που μπορεί να έχει στο άτομο και στην κοινωνία.

Οι μέθοδοι αξιολόγησης βασίζονται στην έρευνα που μπορεί να είναι εμπειρική ή θεωρητική, στατιστική ή ποιοτική. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο συνδυασμός μεθόδων και τεχνικών οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα ή ακόμη ότι η αυστηρότητα των μέτρων που χρησιμοποιούνται και η προσήλωση στις θεωρητικές απαιτήσεις των γνωστικών και εμπειρικών περιοχών που συνδέονται με το περιεχόμενο της αξιολόγησης οδηγούν σε ρεαλιστικές προτάσεις και αποφάσεις.

Στην περίπτωση της αξιολόγησης με εμπειρική στατιστική έρευνα πρέπει να υιοθετούνται εκείνες οι τεχνικές που προσιδιάζουν σε κάθε περίπτωση και γενικά πρέπει να τηρούνται οι γενικές αρχές που εξασφαλίζουν αξιοπιστία, αντιπροσωπευτικότητα των ερευνημένων χαρακτηριστικών του πληθυσμού και γενίκευση των συμπερασμάτων. Οι αξιολογήσεις με ποιοτικές μεθόδους πρέπει να υπόκεινται στις ανάλογες αυστηρές συντεταγμένες και συνοψίζονται κάτω από τη χρονική οπτική: παρόν και μέλλον. Δηλαδή, αν η αξιολόγηση προσδίδει στη διαπίστωση μίας κατάστασης “σήμερα”, τότε η όλη διερεύνηση περιορίζεται στην αποτύπωση και αιτιολόγηση αυτής της κατάστασης. Η αξιολόγηση έχει τότε στατικό χαρακτήρα. Αν όμως επιδιώκεται η δυναμική χάραξη πολιτικών, τότε όλη η προβληματική θα στραφεί σε μελλοντικές παραμέτρους, ενώ η αξιολόγηση του παρόντος γίνεται με διαφορετικό τρόπο.

Οπωδήποτε, μπορεί να λεχθεί γενικά ότι το ποιά μέθοδος είναι η καταλληλότερη εξαρτάται από το είδος των ερωτημάτων που έχει θέσει ο αξιολογητής και των οποίων επιζητεί τις απαντήσεις τους. Γι' αυτό, αναφέραμε ότι οι μέθοδοι που αποδεικνύονται συνήθως χρήσιμες για τις αξιολογήσεις περιλαμβάνουν: α) πειράματα, β) ποσοτικές έρευνες διαφόρων ειδών, γ) ποιοτικές έρευνες, όπως ιστορικές περιγραφές και άτυπες ποιοτικές παρατηρήσεις, μελέτη περιπτώσεων κ.λπ. Είναι φανερό ότι διαφέρουν όχι μόνο ως προς τις τεχνικές αλλά και ως προς τους σκοπούς που επιδιώκουν και φυσικά ως προς τα αποτελέσματα.

Τα “θήματα” της αξιολόγησης και οι βασικές μεθοδολογικές αρχές, στις οποίες πρέπει να στηρίζονται, μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα πέντε:

1. Στον εννοιολογικό προσδιορισμό των στόχων του προγράμματος και των τρόπων

μέτρησης. Με άλλα λόγια, αφορά στην ταυτότητα του προγράμματος και στη μετατροπή των εννοιών σε μετρήσιμους δείκτες.

2. Στη σχηματοποίηση του ερευνητικού σχεδιασμού και των κριτηρίων που θα χρησιμοποιηθούν για να αποδειχτεί η αποτελεσματικότητα του προγράμματος, περιλαμβανομένου και του δείγματος ελέγχου, στις περιπτώσεις που αυτό επιβάλλεται.

3. Στην ανάπτυξη και εφαρμογή των ερευνητικών διαδικασιών στα οποία περιλαμβάνονται οι τεχνικές των εκτιμήσεων και του περιορισμού των σφαλμάτων.

4. Στον εντοπισμό των προβλημάτων που προκύπτουν στην πράξη προκειμένου να οδηγηθεί κανείς στην κατάλληλη αξιολόγηση.

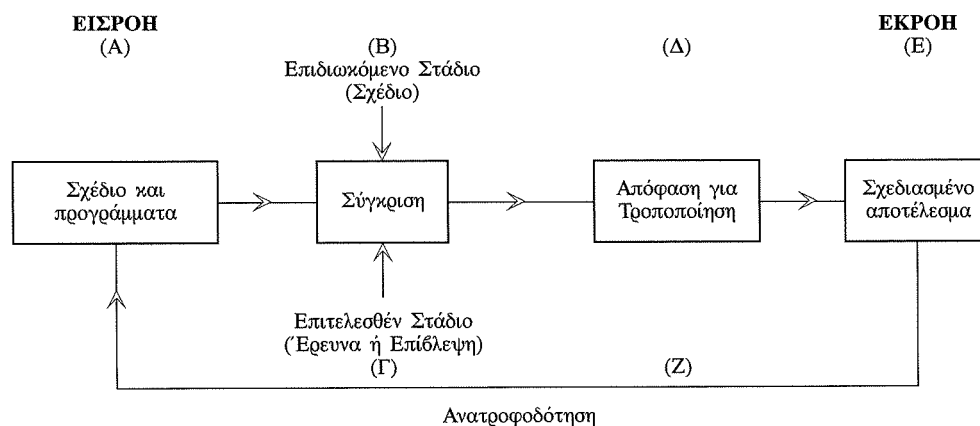
5. Στην επισήμανση των διαδικασιών για την κατανόηση και εξήγηση των αποτελεσμάτων με φόντο την αποτελεσματικότητα ή αναποτελεσματικότητα της αξιολόγησης.

Αναμφίβολα, αυτός ο διαχωρισμός της διαδικασίας της αξιολόγησης είναι τεχνικός και γι' αυτό παρατηρούνται επικαλύψεις. Ωστόσο όμως, αυτά τα πέντε σημεία διαμορφώνουν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την εξέταση και κατανόηση των βασικών συνισταμένων της έρευνας και αξιολόγησης.

Στα πλαίσια του Κοινωνικού Σχεδιασμού η αξιολόγηση μπορεί να αφορά τη σχέση μεταξύ σχεδίου (σχεδιασμού) και αποτελέσματος, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 3.

Διάγραμμα 3

Παρακολούθηση της Εφαρμογής του Σχεδίου



Διάγραμμα III. Παρακολούθηση της Εφαρμογής Σχεδίου. Από Δ. Ιατρίδη σπ. π.

Σ' αυτό το διάγραμμα το πεδίο της σύγκρισης ανάμεσα στο επιδιωκόμενο και το πραγματοποιηθέν δίνει και το μέτρο της επιτυχίας του σχεδιασμού. Αποκλίσεις, εφόσον εμφανισθούν, θα οδηγήσουν σε τροποποίηση του σχεδίου με σχεδιασμένο αποτέλεσμα. Αυτό το σχεδιασμένο αποτέλεσμα θα ανατροφοδοτήσει το σχέδιο και πρόγραμμα. Φαίνεται, έτσι, η σχέση μεταξύ αρχικού σχεδίου και αποτελέσματος και η παρέμβαση ή μη του υπεύθυνου του σχεδιασμού στην εξέλιξη της κατάστασης.

Θα μπορούσαμε χωρίς υπερβολή να υποστηρίξουμε ότι τα κρισιμότερα προβλήματα της αξιολόγησης δεν εντοπίζονται, όπως λέγει ο Volkes Ronge¹⁰, “σ’ αυτή καθ’ αυτή την αξιολόγηση, αλλά στις συνθήκες κάτω από τις οποίες πραγματοποιείται. Ασαφείς στόχοι δημιουργούν την εντύπωση ότι αποτελούν απλώς προβλήματα ανάλυσης, τα οποία μπορούν να λυθούν με πολυπλοκότερη μεθοδολογία και αποσαφήνιση. Στην πραγματικότητα όμως η ασάφεια των στόχων προκύπτει από το οργανωτικό πλαίσιο που καθορίζει τα οποιαδήποτε προγράμματα ή σχέδια ενός οργανισμού”.

Φαίνεται, επομένως, ότι η διαδικασία του κοινωνικού σχεδιασμού είναι πολύπλοκη τόσο σε γνωστικό επίπεδο όσο και σε εμπειρικό επίπεδο εφαρμογής. Ο υπεύθυνος του κοινωνικού σχεδιασμού, ως ειδικός, οφείλει να συνδυάζει τη θεωρητική κατάρτιση με την κοινωνική ευαισθησία, για να μπορεί να θέτει το κοινωνικό πρόβλημα, του οποίου ζητεί τη λύση στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, και να γνωρίζει ότι οι προτεινόμενες λύσεις επηρεάζουν όχι μόνο το συγκεκριμένο πρόβλημα αλλά και ευρύτερα.

Στη χώρα μας ο κοινωνικός σχεδιασμός αποκτά μία ιδιαίτερη θέση ακριδώς γιατί μέχρι τώρα δεν ήταν η παρουσία του ενταγμένη στην πρακτική της κοινωνικής πολιτικής. Ας ελπίσουμε, ότι οι μέρες που έρχονται θα είναι πιο γόνιμες όσον αφορά στις πρακτικές εφαρμογές του.

(10) Holker Ronge, “Η έρευνα δράση και η αυτοαξιολόγηση ως δείκτες των προβλημάτων αξιολόγησης στο χώρο των προνοιακών δραστηριοτήτων” στο: “Εκλογή”, τ. 79, σ. 175, 1988.

2. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

Dr Norman Worrall PhD

Πανεπιστήμιο Λονδίνου, Ινστιτούτο Εκπαίδευσης

Εισαγωγή

Σ' αυτό το κεφάλαιο γίνεται μία προσπάθεια προσέγγισης των εννοιολογικών θεμάτων, που σχετίζονται με τη δημιουργία ενός προγράμματος παρέμβασης σε σχέση με την ουσιοεξάρτηση. Επειδή το κεφάλαιο αυτό έχει γραφτεί από ψυχολόγο, το περιεχόμενό του είναι αρκετά διαφορετικό από ό,τι αν είχε γραφτεί από έναν κοινωνιολόγο ή έναν επιδημιολόγο· παρ' όλα αυτά, οι θεμελιώδεις αρχές παραμένουν οι ίδιες.

Τα περισσότερα κείμενα ασχολούνται πολύ λίγο, δειγματοληπτικά μόνο, με το θεωρητικό μέρος της έρευνας για την παρέμβαση, και γρήγορα περνούν στη μεθοδολογία της εφαρμογής. Η μεθοδολογία είναι σημαντική - πολύ σημαντική - αλλά ακόμα και η καλή μεθοδολογία μπορεί να αποτελέσει μία κενή ερευνητική προσπάθεια, αν το σύνολο δεν ελέγχεται από μία δημιουργική σκέψη. Μέρος της δυσκολίας οφείλεται στο γεγονός, ότι όσον αφορά στη θεωρητική τεκμηρίωση - σε αντίθεση με τη μεθοδολογία - δεν υπάρχουν σαφείς λογάριθμοι, τους οποίους αν τους ακολουθούσε κανείς, η επιτυχία θα ήταν εξασφαλισμένη. Ασφαλώς, δεν ωφελεί καθόλου να παρουσιαστεί μία λίστα προγραμμάτων παρέμβασης που είναι ανάγκη να εφαρμοστούν.

Σ' αυτό το κεφάλαιο δεν θα γίνει καμμία προσπάθεια βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Αντί αυτής θα δοθεί έμφαση σε αυτό που θα μπορούσε κανείς να ονομάσει "Το Ανοιγμα". Θα "ανοίξουμε" το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης, θα θέσουμε ζητήματα, θα "ανοίξουμε"

τις διάφορες προοπτικές, και ακόμα θα υποδείξουμε κάποιες χρήσιμες εναλλακτικές προσεγγίσεις. Εν ολίγοις, θα κάνουμε ό,τι μπορούμε για να ερεθίσουμε τη φαντασία του ίδιου του αναγνώστη.

Η Σύλληψη του Προβλήματος

Όταν μιλάμε για την τοξικοεξάρτηση, τα προβλήματα που προκύπτουν είναι κυρίως ψυχολογικά, τα οποία καταλήγουν στον εξής προβληματισμό:

“Πώς μπορούμε να επιφέρουμε αλλαγές στην εξαρτημένη συμπεριφορά και πώς μπορούμε να διατηρήσουμε αυτές τις αλλαγές;”

Ας ρίξουμε μια ματιά στο πεδίο του προβλήματος. Ο Easthope (1993) συνέταξε μια ενδιαφέρουσα εργασία, στην οποία μελέτησε σημαντικά ερευνητικά άρθρα, για να ανακαλύψει τις κύριες θέσεις που διατυπώνονται αναφορικά με τα αίτια του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης. Συγκέντρωσε περίπου δώδεκα διαφορετικές επιστημονικές κατευθύνσεις, από τις οποίες οι ακόλουθες δέκα αντιπροσωπεύουν τις κυριότερες από αυτές.

Ερώτηση: Γιατί ορισμένοι άνθρωποι γίνονται χρήστες ουσιών;

Μοντέλο 1. Φυσιολογίας: Κυρίως, λόγω της βιολογικής σύνθεσης. Εντοπίζεται στη βιοχημεία μας και τότε μόνο επηρεάζεται από πνευματικούς και τελικά κοινωνικούς παράγοντες.

Μοντέλο 2. Παρεμποδισμένη Ανάπτυξη: Επειδή η συναισθηματική και πιθανόν γνωστική μας ανάπτυξη παρεμποδίστηκε από συγκεκριμένες αιτίες, έτσι ώστε να μην οδηγηθεί στην ωρίμανση.

Μοντέλο 3. Αυτο-εικόνα: Επειδή εξαιτίας των εμπειριών στη ζωή μας έχουμε διαμορφώσει μία κακή εικόνα του εαυτού μας. Αισθανόμαστε, ότι απλά οι άνθρωποι δεν μας συμπαθούν.

Μοντέλο 4. Ανεπάρκεια Φροντίδας του Εαυτού μας: Επειδή, έχουμε την ανάγκη να απελευθερωθούμε από τη δυσαρέσκεια· όμως η ικανότητα φροντίδας του εαυτού μας δεν είναι ανεπτυγμένη, ή ο εαυτός μας μπορεί να βρίσκεται σε μια κατάσταση “ερείμωσης”, λόγω λανθασμένων σχέσεων ή εσφαλμένων οικογενειακών προτύπων.

Μοντέλο 5. Ευφορία: Επειδή η έντονη αναζήτηση της ευφορίας μας αναγκάζει να πειραματιστούμε· η ανταμοιβή της ευχαρίστησης είναι ενισχυτική, οδηγώντας σ’ ένα κύκλο εξάρτησης.

Μοντέλο 6. Περιέργεια: Επειδή η περιέργεια μας οδηγεί στο να δοκιμάσουμε νέες εμπειρίες και η ουσιοεξάρτηση παρέχει μια εμπειρία πέρα από τα συνηθισμένα.

Μοντέλο 7. Εξαρτημένη Αντανακλαστική Αντίδραση (Εθισμός) Επειδή η επανειλημμένη χρήση μίας ουσίας προκαλεί ευχαρίστηση (πιθανόν με διάφορους τρόπους), αποτελεί απλά μία εξαρτημένη αντανακλαστική διαδικασία.

Μοντέλο 8. Προσωπικότητα - Οικογένεια: Εξαιτίας κάποιας ανεπάρκειας της προσωπικότητας, γίνομαστε ευάλωτοι σε οικογενειακές επιρροές, όπως και σε πιέσεις από συνομηλίκους και ομοτίμους.

Μοντέλο 9. Ελξη και Απόθηση: Εξαιτίας των ενδο-οικογενειακών συνθηκών το άτομο ωθείται να δοκιμάσει όλες τις διαθέσιμες αντισταθμιστικές εμπειρίες, ενώ παράλληλα έλκεται από τις εξωτερικές κοινωνικές πιέσεις καθώς και τη διαθεσιμότητα της ουσίας.

Μοντέλο 10. Ψυχιατρική: Λόγω μίας σημαντικής διαταραχής του χαρακτήρα (π.χ. κοινωνιοπάθεια), η οποία συνδυάζεται με τη μυθοποίηση της χρήσης, τη διαθεσιμότητά της, και τις πραγματικές εμπειρίες του ατόμου.

Αυτό που είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον σχετικά με αυτές τις παραπάνω ερμηνείες είναι η ποικιλία τους. Οι ειδικοί δεν αναφέρονται σε ένα μοναδικό ερμηνευτικό μοντέλο του φαινομένου. Παρ' όλα αυτά, αποκαλύπτεται μία σημαντική επικάλυψη. Μερικοί συγγραφείς δίνουν έμφαση στο κίνητρο της ευχαρίστησης, ενώ άλλοι δίνουν έμφαση σε μία μορφή ανεπάρκειας της προσωπικότητας. Άλλοι ελεγκτούν αυτή τη θεώρηση για να εστιάσουν το ενδιαφέρον τους στην οικογένεια, ενώ σε μία τέταρτη κατηγορία μοντέλου εισάγονται θέματα που σχετίζονται με τις ευρύτερες κοινωνικές ομάδες. Θα μπορούσαμε να συνδέσουμε τις κύριες θέσεις και των δέκα μοντέλων, ώστε να διαμορφώσουμε ένα σημείο έναρξης της θεωρητικής μας αναζήτησης, όπως αυτό που ακολουθεί: *Ένα παραμελημένο παιδί έχει διαμορφώσει φτωχή αυτο-εικόνα στα πλαίσια της οικογένειας και αναζητάει αντισταθμιστικές εμπειρίες ικανοποίησης. Σε περίπτωση που στις φιλικές παρές γίνεται χρήση ουσιών, μπορεί να το οδηγήσει στον πειραματισμό και στο σταδιακό εθισμό και εξάρτηση.*

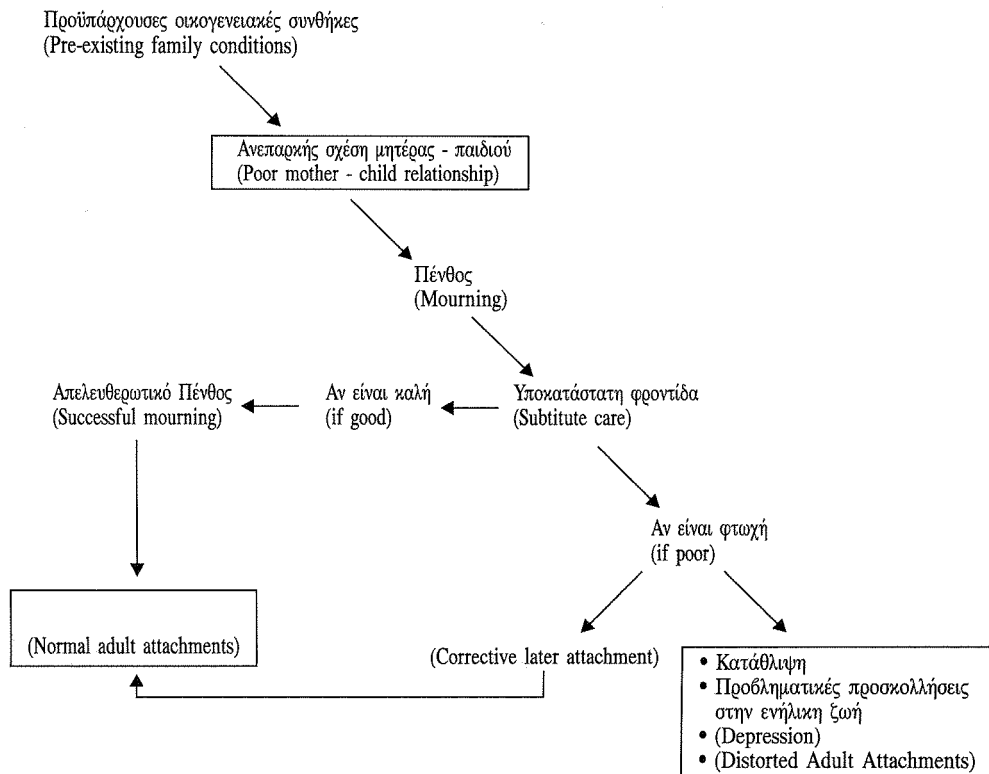
Οι Προσωπικές Παράμετροι στα μοντέλα της εξάρτησης

Σε περίπτωση που έλκεστε από τις έννοιες όπως, αυτο-εικόνα (self-image), προσωπικότητα (personality), φροντίδα του εαυτού (self-care) και άλλες σχετικές, μπορεί να τις εντάξετε στο δικό σας πρόγραμμα παρέμβασης. Και τότε θα θελήσετε να ρισκάρτε κάποιες δυνατότητες με το να θέσετε το ερώτημα, πώς τα άτομα φθάνουν στο σημείο να υποφέρουν από αυτές τις προσωπικές ανεπάρκειες.

Μία κλασική θεωρητική ανάλυση που συμβάλλει στην τεκμηρίωση της προηγούμενης θέσης, είναι αυτή του Bowlby (1980). Ο οποίος υποστηρίζει, ότι καθοριστική παράμετρος της προσωπικής ανάπτυξης κατά την πρώιμη ηλικιακή φάση είναι η ανεπάρκεια του παιδιού να δημιουργήσει "μία αρκετά καλή" σχέση με τη μητέρα. Η ανεπάρκεια αυτή μπορεί να οφείλεται σε μια ψυχρή και απορριπτική συμπεριφορά της μητέρας απέναντι στο μικρό παιδί της, ή στην ακριβώς αντίθετή της, δηλαδή σε μία "ασφυκτική" συμπεριφορά, η οποία δεν αφήνει στο παιδί της περιθώρια προσωπικής εξέλιξης. Ακόμα, υπάρχει η πιθανότητα να μη δημιουργηθεί καμμία απολύτως σχέση με τη μητέρα, εξαιτίας κάποιας μακράς απουσίας του παιδιού ή της μητέρας, αρρώστειας και τέλος χωρισμού / διαζυγίου. Στις παραπάνω περιπτώσεις το παιδί "πενθεί" (mourns) την **απώλεια** (loss).

Μπορεί όμως να υπάρξουν στη ζωή του παιδιού πολύ “θετικές αντισταθμιστικές μητρικές εμπειρίες” σε περίπτωση που κάποιος συγγενής του παιδιού προσφέρει αυτή τη χαμένη μητρική φροντίδα ή σε μεγαλύτερη ακόμα ηλικία ο θετός γονιός του είναι καλός και στοργικός απέναντί του. Εάν συντρέξουν κάποιες από τις παραπάνω θετικές συνθήκες, μπορεί η προσωπικότητά του να είναι υγιής. Στην αντίθετη περίπτωση όμως, οι σχέσεις που θα συνάψει το παιδί στην πορεία της ζωής του θα είναι διαταραγμένες. Για παράδειγμα, η έλλειψη εμπιστοσύνης μπορεί να τον οδηγήσει σε ακραίας μορφής ανεξαρτησία, ενώ ή μειωμένη αυτο-εκτίμηση σε άγχος και κατάθλιψη. Οι αλληλοσυσχετίσεις παρουσιάζονται περιληπτικά στην εικόνα που ακολουθεί:

ΕΙΚΟΝΑ 1



Ποιες είναι οι προγνωστικές παράμετροι

Μπορείτε να υιοθετήσετε οποιαδήποτε στοιχεία θέλετε από το μοντέλο του Bowlby. Παρά ταύτα, αυτό το μοντέλο αναφέρεται στην “επιρρέπεια”. Δηλαδή, αν το παιδί διώσει τέτοιες εμπειρίες, τότε στη ζωή του θα δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για την εμφάνιση μελλοντικών δυσκολιών/διαταραχών στην προσωπικότητά του, τις οποίες συναντάμε συχνά ανάμεσα στους τοξικοεξαρτημένους. Το μοντέλο αυτό δεν αναφέρεται στους προδιαθετικούς ή προγνωστικούς παράγοντες που θα οδηγήσουν στην τοξικοεξάρτηση.

Τα μοντέλα στη λίστα του Easthope τεκμηριώνουν σε μεγάλο βαθμό την “επιρρέπεια”(vulnerability) (π.χ. ανεπαρκείς οικογενειακές σχέσεις) και τις συναφείς προϋποθέσεις (π.χ. διαθεσιμότητα ουσιών, νόρμες ομάδας ομοτίμων), αλλά δεν προσδιορίζουν με ακρίβεια τις συγκεκριμένες προδιαθετικές παραμέτρους. Εξάλλου, υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που παρ’ όλη την ανεπαρκή γονεϊκή φροντίδα δεν οδηγήθηκαν στη χρήση. Ετσι, το αίτιο που οδηγεί τον έφηβο να στραφεί προς τις υποκατάστατες ανταμοιβές και ιδιαίτερα στις παράνομες ουσίες θα πρέπει να είναι πιο συγκεκριμένο. Με ποιά διαδικασία γίνεται αυτό; Ποιά είναι αυτή η πορεία ;

Η πορεία για να γίνει κάποιος χρήστης ουσιών

Η έρευνα της Κοκκέθ (1987) μπορεί να μας βοηθήσει σ’ αυτό το σημείο. Σε αυτή την έρευνα εξετάστηκε ένα δείγμα 11.000 Ελλήνων μαθητών, όπου διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα σε σχέση με το ιστορικό των χρηστών ουσιών:

- A) χαμηλή αυτοπεποίθηση
- B) κατάθλιψη
- Γ) προβλήματα στο σχολείο
- Δ) παραπτωματικότητα - εγκληματικότητα
- E) σύλληψη από την αστυνομία
- Στ) απόπειρα αυτοκτονίας

Με τον κίνδυνο της υπεραπλούστευσης, η λίστα της Κοκκέθ μπορεί να θεωρηθεί ως μία αλληλουχία προσεγγίζοντας τη διαδικασία των πραγματικών συμβάντων σε πολλές περιπτώσεις. Ετσι, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη αλληλοσυσχετίζονται: A ↔ B· στη συνέχεια μπορεί να ακολουθήσει η αλληλοσυσχέτιση: Γ → Δ → E → Στ. Οι πρώτοι δύο παράγοντες (A και B) φαίνεται ότι θα μπορούσαν να ενταχθούν πρωταρχικά στην κατηγορία “επιρρέπεια”, ενώ οι επόμενοι δύο στην κατηγορία πρόγνωσης, και οι δύο τελευταίοι αποτελούν περισσότερο τις επιπτώσεις παρά τα αίτια της χρήσης. Η λίστα στο σύνολό της θα μπορούσε να αντιπαρατεθεί με κάποια ιστορία προσωπικής ανάπτυξης, όπως είναι το μοντέλο Bowlby που μόλις περιγράφηκε,μαζί με μία υποθετική αλληλουχία γεγονότων που αφορούν τη χρήση ουσιών:

Αρνητικά	A + B	→	Γ + Δ	→	E + ΣΤ
Γεγονότα της ζωής	Χαμηλή αυτο-εκτίμηση	→	προβλήματα στο σχολείο	→	συλλήψεις αυτοκτονία
	κατάθλιψη		παραπτοματικότητα		
Αλλ/χία	ουσιών		κάπνισμα αλκοόλ	“μαλακά” ναρκωτικά	“σκληρά” ναρκωτικά

Το κεντρικό σημείο που τίθεται εδώ είναι, ότι περιγραφές που αναφέρονται στο χρήστη ή στο μη χρήστη ουσιών μπορεί να συγκαλύψουν αναπτυξιακά εξελικτικά στάδια, τα οποία θα ήταν χρήσιμα να αποκαλυφθούν. Η κατανόηση των σταδίων που περνάει κάποιο άτομο, όταν κάνει χρήση, οδηγεί στη διαπίστωση ότι διαφορετικοί παράγοντες σε διαφορετικές χρονικές στιγμές κάθε φορά επιδρούν στο άτομο στα πλαίσια ενός πολυπαραγοντικού αιτιολογικού σχήματος.

Ετσι, η επιρροή από ομάδες ομοτίμων και η διαθεσιμότητα των ναρκωτικών θεωρούνται συνήθως ισχυρά αίτια. Η ισχύς όμως της επίδρασής τους εξαρτάται από τις χρονικές περιόδους, κατά τις οποίες το οικογενειακό περιβάλλον είναι προβληματικό ή άλλες αντισταθμιστικές λύσεις δεν είναι επαρκείς για το άτομο. Η αναγνώριση αυτής της αλληλεξάρτησης ανάμεσα στους διάφορους αιτιολογικούς παράγοντες μέσα στο χρόνο μας φέρνει πιο κοντά στην πραγματική εικόνα του προβλήματος. Ετσι, κατά την ερμηνεία του προβλήματος χρήσης κοκαΐνης σε άτομα μεσαίας εισοδηματικής τάξης λαμβάνονται υπόψη διαφορετικές μεταβλητές απ' ότι κατά την ερμηνεία μιας σκληρής χρήσης στις “δημόσιες τουαλέτες”.

Η Αυτοεκτίμηση και η Κατάθλιψη ως Παράγοντες - Κλειδιά στη Χρήση Ουσιών

Η χαμηλή αυτο-εκτίμηση και η κατάθλιψη (ή παρόμοιοι όροι) αναφέρονται συχνά στο μοντέλο Bowlby, στην ομάδα μοντέλων Easthope, και επανεμφανίζονται στη λίστα παραγόντων της Κοκκέδη. Μερικά συγκεκριμένα στοιχεία από την εργασία των Stephanis και Kokkeni δείχνουν πως η αυξανόμενη χρήση “σκληρών” ναρκωτικών σχετίζεται με την αυξημένη κατάθλιψη σε αγόρια και κορίτσια εφηβικής ηλικίας.

ΕΙΚΟΝΑ 2

Μέσες τιμές κατάθλιψης προς τύπο χρήσης

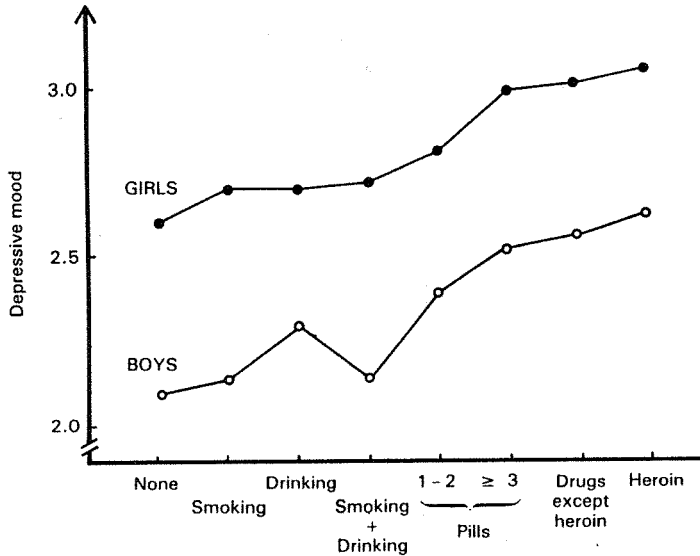


Fig. 1. Mean depressive scores by usage variable categories.

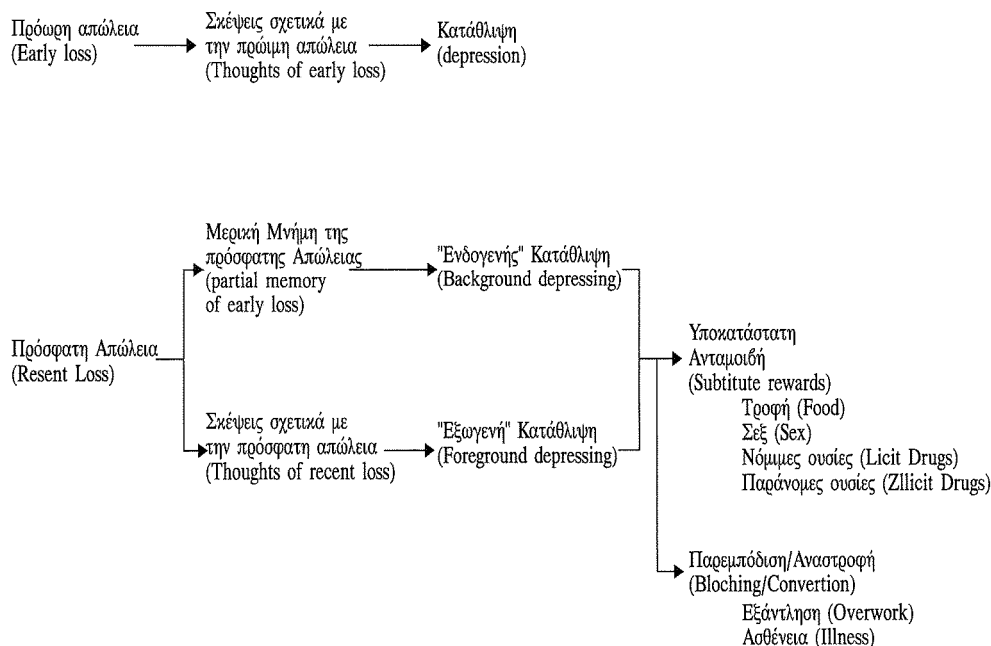
Σε αυτό το σημείο δεν είναι δύσκολο να καταλάβει κανείς, ότι υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης οδηγούν στη χρήση “σκληρότερων” ναρκωτικών. Είναι πιθανό επίσης, τόσο τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης όσο και τα “σκληρότερα” ναρκωτικά να είναι αποτέλεσμα μιας άλλης αιτίας, όπως οι εξαιρετικά αρνητικές και καταστροφικές για την προσωπικότητα του ατόμου οικογενειακές συνθήκες.

Παρ’ όλα αυτά, όσον αφορά στο χρήστη ουσιών ή στην κατηγορία χρηστών υψηλού κινδύνου, για την οποία ελπίζουμε ότι η παρέμβασή μας θα είναι αποτελεσματική, παρατηρείται συχνά ιστορικό κατάθλιψης και άγχους, κάποιου βαθμού. Ετσι, όσο περισσότερα γνωρίζουμε γύρω από αυτές τις συνθήκες, τόσο πιο αποτελεσματική θα μπορούσε να είναι η προσέγγισή μας. Μια προσαρμογή της εκτίμησης του Beck (1976) θα μπορούσε να μας βοηθήσει πάρα πολύ εδώ.

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται πρώτα μία απώλεια κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, η οποία οδηγεί σε κατάθλιψη. Στη συνέχεια όμως, παρατηρείται ότι η κατάθλιψη ανακινώνεται για να επιβαρύνει τις αρχικές σκέψεις της απώλειας. Κατά τη συνέχεια της πορείας της ζωής του ατόμου, καθώς διώνονται και άλλες εμπειρίες απώλειας, η κάθε μία από αυτές μοιάζει σε κάποιο βαθμό με παλαιότερες εμπειρίες. Στο βαθμό που οι παρούσες εμπειρίες μοιάζουν με τις παλαιότερες, ενεργοποιούν και επαναφέρουν μνήμες - σε κάποιο ποσοστό - από προηγούμενες απώλειες, ενεργοποιώντας την ενδογενή κατάθλιψη (background depression), της οποίας ρίζες της ύπαρξης δεν αποτελούν αντικείμενο της γνώσης

του ατόμου. Επιπλέον, οι νέες απώλειες δημιουργούν αντίστοιχους τρόπους σκέψης και ενεργοποιούν την “εξογενή” κατάθλιψη (foreground depression), η οποία σε κάθε περίπτωση ανακυκλώνεται, για να ενισχύσει τις σκέψεις αυτής της ιδιαίτερης απώλειας. Είναι αυτή η συσσωρευμένη (cumulative) κατάθλιψη για την απώλεια η οποία καθοδηγεί την ανάγκη για αντισταθμιστικές ικανοποιήσεις.

ΕΙΚΟΝΑ 3



Αλλά πώς αποφασίζεται ποιο τελικό μονοπάτι ακολουθείται σε σχέση με τις Υποκατάστατες Ανταμοιβές (Substitute Rewards) ; Όταν η κατάθλιψη βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, το άτομο μπορεί να έχει ανάγκη και να αναζητά μόνο απλά υποκατάστατα, όπως είναι η κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοτήτων τροφής και η αυξημένη επιθυμία για αναζήτηση της σεξουαλικής ικανοποίησης. Καθώς αυξάνεται η κατάθλιψη, είναι πολύ πιθανόν το άτομο να έχει ανάγκη να κάνει χρήση κατ’ αρχήν “ μαλακών” ναρκωτικών και στη συνέχεια “σκληρών”· ιδιαίτερα αν μεταπτώσεις, όπως είναι το να “αρρωστήσει” κανείς δεν φέρνουν την ικανοποίηση, ή το άτομο δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την υπερβολική εργασία ως διέξοδο από τα αρνητικά συναισθήματα. Αξίωμα, αυτή η ίδια η τάση αναζήτησης υποκατάστατων παρά επιθυμητών ανταμοιβών είναι πιθανόν να ενεργοποιήσει τα καταθλιπτικά συναισθήματα.

Η Πορεία του Τοξικοεξαρτημένου

Μέχρι αυτού του σημείου ο αναγνώστης μπορεί να συμφωνεί στο ότι έχει ξεκινήσει μια διαδικασία για το “άνοιγμα” του πεδίου του προβλήματος. Παρ’ όλα αυτά, δεν έχουμε ακόμα εξετάσει το είδος των αλληλοσυσχετίσεων μέσα από τα επακόλουθα στάδια της αυξανόμενης χρήσης ουσιών και της υποβάθμισης του επιπέδου διαβίωσης του ατόμου. Αυτό είναι το μοντέλο, στο οποίο θα αναφερθούμε, ανατρέχοντας παράλληλα και στα μοντέλα των O’doherly και Davies (1988). Ας σημειωθεί, ότι το καινούργιο αυτό μοντέλο μας εισάγει στον κύκλο της καθημερινής ζωής του χρήστη ουσιών στο “εδώ” και στο “τώρα”. Δεν αναφέρεται στις αιτίες ή στους προ-υπάρχοντες παράγοντες “προδιάθεσης” (vulnerability). Σ’ αυτούς αναφέρονται οι Bowlby, Beck, και Kokkeni, τα στοιχεία των οποίων εξετάστηκαν πρωύτερα.

Βήμα 1. Ο νέος χρήστης θιώνει το “φτιάξιμο” (“high”) με μία μικρή δόση ναρκωτικών. Το χρηματικό κόστος είναι επίσης μικρό. Η αντίδραση των υπολοίπων στην ομάδα χρηστών είναι ενθαρρυντική, υποστηρικτική. Ολη η κατάσταση δημιουργεί μια θετική αίσθηση. *Η διακοπή της χρήσης είναι πολύ απίθανη.*

Βήμα 2. Καθώς συνεχίζεται η χρήση ουσιών, αυξάνεται η ανοχή και συνεπώς και η προσλαμβάνουσα δόση της ουσίας. Η εύρεση χρημάτων αρχίζει να γίνεται πρόβλημα, και τα μέλη της οικογένειας ή οι συνάδελφοι στη δουλειά μπορεί ν’ αρχίσουν να αντιλαμβάνονται την κατάσταση. Παρ’ όλα αυτά, ο χρήστης δεν δείχνει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για αυτές τις εξωτερικές δυσκολίες. *Η διακοπή της χρήσης είναι μάλλον απίθανη.*

Βήμα 3. Καθώς αυξάνεται η “ανοχή” (tolerance/resistance) του χρήστη στις ουσίες, αυξάνει και η απαιτούμενη δόση για να επανακτήσει την επιθυμητή αντίδραση. Σ’ αυτό το στάδιο, η κοινωνικοπαθολογική συμπεριφορά μπορεί να αρχίσει να γίνεται εμφανής. Παρ’ όλα αυτά, το τί γίνεται στον κόσμο δεν έχει καμμία σημασία για το ίδιο το άτομο. *Η διακοπή της χρήσης είναι πιθανή αλλά ακόμα όχι πολύ πιθανή.*

Βήμα 4. Γίνεται όλο και πίο δύσκολο και τελικά αδύνατο να πετύχει ο χρήστης ένα “φτιάξιμο”, με τη συγκεκριμένη συχνότητα/διάρκεια χρήσης της ουσίας και με τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους. Η αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης είναι τώρα η μεγαλύτερη “ανταμοιβή” (μια και τα “φτιαξίματα” δεν είναι δυνατόν να επιτευχθούν). Για να βρει κανείς χρήματα, οδηγείται σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (π.χ. πώληση αγαπημένων αντικειμένων) μη-κοινωνικές ή αντικοινωνικές στάσεις (π.χ. κλοπές μέσα στην οικογένεια, απόρριψη από το σύντροφο, ταραγμένος ύπνος, πρώτη επαφή με τις αστυνομικές αρχές). Η σχέση κόστους - ωφέλειας μειώνεται ως εξής: τα οφέλη είναι μηδενικά και το κόστος πολύ υψηλό με αρκετές αρνητικές συνέπειες, έτσι ώστε να δημιουργείται πια σοβαρός λόγος για να διακοπεί η χρήση. *Ετσι, η διακοπή είναι πιθανή έως πολύ πιθανή.*

Βήμα 5. Κάποιος επιδιώκει από τα συμπτώματα στέρησης και την ίδια στιγμή βλέπει τη ζωή του, όπως αυτή είναι στην πραγματικότητα. *Η διακοπή της χρήσης είναι ακόμα πιθανή έως πολύ πιθανή.*

Βήμα 6: (α) Οι συνθήκες ζωής βελτιώνονται κι έτσι το κίνητρο γιά να παραμείνει κανείς μακριά από τις ουσίες εξασθενεί, (β) επίσης, η ανοχή στις ουσίες μειώνεται, κι έτσι είναι ευκολότερο να πετύχει κανείς τα “φτιαξίματα”, αν επίσης εξακολουθεί να διατηρεί σχέσεις με την “παρέα” / την ομάδα χρηστών ουσιών. *Η διακοπή της χρήσης είναι λιγότερο πιθανή.*

Βήμα 7. Η ανοχή είναι ακόμα χαμηλή, και ο χρήστης βιώνει σε τακτικά χρονικά διαστήματα τα “φτιαξίματά “του. Ο σχετικά βελτιωμένος τρόπος ζωής ενθαρρύνει το άτομο στην περιστασιακή χρήση ουσιών. *Η διακοπή της χρήσης είναι απίθανη.*

Γυρίστε στο Βήμα 1 και επαναλάβετε τον κύκλο....

Σε αυτήν την πορεία, παρατηρείται ότι το επίπεδο ανοχής και η αντίληψη των γεγονότων βρίσκονται σε αλληλεπίδραση. Για παράδειγμα, ο τρόπος με τον οποίο ο χρήστης αντιλαμβάνεται την “αποδοχή από την ομάδα ομοτίμων”, εξαρτάται από το αν οι ουσίες “τον φτιάχνουν” και από το αν ο τρόπος ζωής του χρήστη έχει επηρεαστεί σημαντικά ή όχι. Αξίζει να σημειωθεί επίσης, ότι το μοντέλο αναφέρεται μόνο σε πιθανά στάδια να διαφύγει ο χρήστης από το φαύλο κύκλο της ουσιοεξάρτησης. Φυσικά, δεν υπάρχει καμμία βεβαιότητα ότι αυτό θα συμβεί σίγουρα.

Ένα αποκαρδιωτικό συμπέρασμα από αυτό το μοντέλο είναι ότι τα θετικότερα θεραπευτικά αποτελέσματα δεν αναμένονται όταν δουλεύει κανείς με “νέους” χρήστες, αλλά όταν δουλεύει με χρήστες στα στάδια απόγνωσής τους μέσα στην προαναφερθείσα πορεία (Βήματα 4 και 5). Αυτό συμβαίνει, γιατί αυτή η ομάδα απολαμβάνει τη μεγαλύτερη ευχαρίστηση (τα “φτιαξίματα” από τις ουσίες καθώς και τη μεγαλύτερη αποδοχή από τους φίλους) με το χαμηλότερο κόστος (το κόστος από τη χρήση ουσιών είναι ακόμα χαμηλό, τα μέλη της οικογένειας και οι συνάδελφοι στη δουλειά δεν έχουν καταλάβει ακόμα τίποτα).

Παρ’ όλα αυτά, θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί απέναντι στο προαναφερθέν συμπέρασμα, ότι δηλαδή οι νέοι χρήστες είναι δυσκολότερο ν’ αλλάξουν. Θυμηθείτε, ότι θα πρέπει να προσπαθούμε να αντιμετωπίσουμε τα γεγονότα ή τις καταστάσεις ως διαδικασίες. Το να γίνει κανείς “νέος χρήστης” προϋποθέτει μία συγκεκριμένη διαδικασία. Για παράδειγμα, όταν ένας έφηβος κάνει το πρώτο του τσιγάρο ή όταν πίνει το πρώτο του ούισκι, η άμεση “αρνητική ικανοποίηση” (βήχας/εμπειρία καψίματος), είναι πολύ έντονη. Σε μία τέτοια περίπτωση μπορεί να περάσει αρκετό χρονικό διάστημα μέχρι να ακολουθήσει η δεύτερη, η τρίτη, ακόμα και η τέταρτη δοκιμή. Κατά συνέπεια, το να γίνει κανείς “νέος χρήστης” στην πραγματικότητα ακολουθεί μία διαδρομή. Μία διαδρομή που είναι διαφορετική όσο διαφορετικοί είναι και οι χρήστες, αλλά παραμένει μία διαδρομή. Οι πιέσεις από την ομάδα των ομοτίμων είναι πιθανότατα κρίσιμες κατά τη διάρκεια αυτής της μεταβατικής περιόδου, στην οποία προσδιορίζεται η συχνότητα των προσπαθειών. Έτσι, ο αρχικά μυημένος στη χρήση - ο χρήστης της πρώτης φοράς, ίσως ακόμα και ο περιστασιακός χρήστης - μπορεί να αλλάξει. Το πραγματικό πρόβλημα μπορεί να υφίσταται όσον αφορά στον περιστασιακό

στο άτομο δηλαδή, που έχει ήδη αρχίσει να διώνει τις εμπειρίες μεγάλης ικανοποίησης με πολύ χαμηλό κόστος (οικονομικό και κοινωνικό).

Αυτή είναι πραγματικά μία πολύ γενική παρατήρηση. Οποτε μπορείτε, βρείτε το χρόνο να σκεφτείτε, τί πραγματικά σημαίνουν αυτά τα ευρήματα. Αυτό θα σας οδηγήσει οπωσδήποτε τουλάχιστον σε μία χρήσιμη διαλεύκανση του πεδίου του προβλήματος. Για παράδειγμα, μια χρήσιμη άσκηση σκέψης μπορεί να ξεκινήσει από το ότι πρέπει να είμαστε προσεκτικοί σχετικά με το βαθμό στον οποίο “επεκτείνουμε” το κάθε μοντέλο, για να εξηγήσουμε την κάθε περίπτωση της τοξικοεξάρτησης. Αν και δεν υπάρχει καμία αμφιβολία για τη λειτουργία κάποιων “γενικών παραγόντων”. Οπως έχουμε ήδη αναφέρει, αυτοί οι παράγοντες μπορεί να μην παίζουν πάντα κάποιο ρόλο για όλες τις κατηγορίες χρηστών ουσιών. Αυτό υπονοήθηκε στην προηγούμενη αντίθεση ανάμεσα στους χρήστες “μεσαίας εισοδηματικής τάξης” και τους έφηβους χρήστες.

Ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί η “ανταμοιβή” από τη λήψη αγχολυτικών με ιατρική συνταγή ανταμοιβή που μπορεί να είναι ο έλεγχος του άγχους, της αβεβαιότητας, ενώ η ευχαρίστηση της χαλάρωσης να προκύπτει δευτερογενώς. Οι ίδιοι οι O ‘Doherty και Davies υποδεικνύουν κάτι παρόμοιο στην προσπάθεια συσχετισμού της χρήσης ουσιών με υψηλά επίπεδα stress:

Ενώ οι χρήστες ουσιών δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα, η πλειοψηφία τους αρχίζει και συνεχίζει τη χρήση (συχνά μ’ έναν τρόπο που οδηγεί σε σοβαρά προβλήματα), επειδή αυτή μεταξύ άλλων προκαλεί ευχαρίστηση και ενισχύει την αυτοπεποίθηση. Αρκετοί άνθρωποι κάνουν χρήση ουσιών για να μειώσουν το άγχος στη ζωή τους. Παρ’ όλα αυτά, η αιτιολόγηση δεν είναι επαρκής για τη γενίκευση αυτής της διατύπωσης και την ερμηνεία του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης στο γενικό πληθυσμό.

Οι γνωστικοί μηχανισμοί άμυνας του χρήστη ουσιών

Παρά τη δυσκολία που διαφαίνεται από το κυκλικό μοντέλο, η ανάγκη είναι επείγουσα: πρέπει να προσπαθήσουμε να παρέμβουμε στους “ συστηματικούς νέους χρήστες”. Μπορούμε επομένως να επινοήσουμε “μια νέα γραμμή επίθεσης”. Στο κυκλικό αυτό μοντέλο όμως δεν αναφέρεται ότι: ο χρήστης παρουσιάζεται σαν “μια φιγούρα στο τοπίο” παρά σαν ένα σκεπτόμενο όν, το οποίο διέπεται από αισθήματα και συναισθήματα. “ *Αν μπορούσαμε να καταλάβουμε, πώς σκέπτεται και αισθάνεται ένας χρήστης, θα μπορούσαμε ίσως να επινοήσουμε περισσότερους ή αποδοτικότερους τρόπους παρέμβασης ;*”

Ας χρησιμοποιήσουμε τη δημιουργική φαντασία μας, για να “κρυφακούσουμε”, τί προσπαθεί να πεί σ’ ένα χρήστη ουσιών ένας γονιός που ανησυχεί, ένας σύμβουλος ή κοινωνικός λειτουργός που ενδιαφέρεται, ή ένας φίλος. Θυμηθείτε ότι αυτό που ακούει ο χρήστης δεν είναι καινούργιο· σημαίνει ότι δεν γνώριζε από πριν αυτά τα γεγονότα και ότι δεν μπορούσε να επεξεργαστεί κατάλληλα τις πληροφορίες. Στην πραγματικότητα, μπορείτε να διαπιστώσετε από τη σταθερή έκφραση του προσώπου του ακροατή (του χρήστη), ότι

κατανοεί τις πληροφορίες, σε κάποιο βαθμό. Παρ' όλα αυτά, φαίνεται σαν να ν' αποθηκεύονται απλά στη μνήμη, για να δοθεί χρόνος για την ενεργοποίηση των κατάλληλων αμυντικών μηχανισμών. Ποιοί θα μπορούσαν να ήταν αυτοί οι αμυντικοί μηχανισμοί ; Ακολουθούν πέντε παραδείγματα:

1. Οι χρήστες υπερεκτιμούν την άμεση ευχαρίστηση και υποβαθμίζουν τους μακροπρόθεσμους κινδύνους.

Όπως είδαμε, όταν κάποιος καθιερώνεται ως νέος χρήστης, το "κόστος" (τόσο οικονομικό όσο και προσωπικό) είναι μειωμένο, ενώ το όφελος (τόσο η ευχαρίστηση από τη χρήση όσο και η αποδοχή από τους ομότιμους) είναι μεγιστοποιημένο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η διακοπή της χρήσης να είναι αδύνατη. Αλλά ακόμα και ο χρήστης που βρίσκεται σ' ένα δυσμενές σημείο του κύκλου ανοχής, υπερεκτιμά το άμεσα επερχόμενο "φτιάξιμο" και υποβαθμίζει τη μακροπρόθεσμη εικόνα προσωπικής του εξαθλίωσης και καταστροφής. Ίσως μπορείτε να κάνετε προτάσεις για επανεξισορρόπηση των γνωστικών θεωρήσεων του χρήστη, έτσι ώστε οι μακροχρόνιες επιδράσεις να μπορούν να αξιολογηθούν πιο ρεαλιστικά. Μια τέτοια συνιστώσα σ' ένα πρόγραμμα παρέμβασης θα πρέπει να έχει θετικά αποτελέσματα.

2. Συμφωνώ, αλλά αυτό δεν θα συμβεί σε μένα

Οι χρήστες ουσιών μπορεί να πιστεύουν ότι είναι μέλη μιας ομάδας υψηλού κινδύνου και την ίδια στιγμή να πιστεύουν, ότι τίποτα κακό δεν θα συμβεί σε αυτούς. Αυτή τη γνωστική αντίφαση τη συναντάμε σε αρκετές κλινικές περιπτώσεις (Taylor και Cooke, 1984). Το εκάστοτε άτομο που αποδέχεται και υποστηρίζει αυτή την αντίφαση έχει κατασκευάσει ολόκληρο θεωρητικό πλαίσιο που να την υποστηρίζει και να τη δικαιολογεί. Για παράδειγμα, μπορεί να πιστεύω, ότι η κοκαΐνη βλάπτει σε κάποιο βαθμό την υγεία μου αλλά η ουσία που παίρνω σήμερα δεν θα με βλάψει και ακόμα λιγότερο η "τζούρα" που παίρνω τώρα. Αν ήξερα, ότι η λήψη 10 mgms την ημέρα θα με κατέστρεφε αυτόματα, τότε μπορεί να σταματούσα. Αξίζει να παρατηρηθεί επίσης, πως η τεχνική που στοχεύει στη διάλυση του προαναφερθέντος θεωρητικού κατασκευάσματος πιθανόν να συνδεόταν πολύ καλά με την προσέγγιση των "εξισορροποητικών αντιλήψεων", η οποία παρουσιάστηκε πιο πάνω.

3. Οι χρήστες υιοθετούν φαντασιώσεις παραπλάνησης του εαυτού τους (self-illusory illusions) σχετικά με την απεξάρτησή τους.

Για κάποιον που κάνει χρήση ουσιών, η επόμενη εβδομάδα φαίνεται πολύ πιο ελκυστική από την τρέχουσα ως χρονική στιγμή για να σταματήσει τη χρήση του. Το επιχείρημα που συνήθως προβάλλεται είναι:

"Έχω αποφασίσει να σταματήσω να κάνω χρήση από την επόμενη εβδομάδα. Το έχω πεί ήδη στους φίλους μου και έχω δεσμευτεί, έτσι δεν υπάρχει περίπτωση να υπαναχωρήσω. Γι' αυτό δεν υπάρχει λόγος ν' ανησυχώ τώρα. Έτσι, ας χαλαρώσω και ας απολαύσω τη ζωή, όσο ακόμα μπορώ".

Το πρόβλημα είναι, ότι αυτή η υπόσχεση είναι τόσο ρεαλιστική όσο οι “Εξαγγελίες για το Νέο Έτος”: μια αποτελεσματική τεχνική, η οποία έχει ως στόχο την ισχυροποίηση της προσωπικής δέσμευσης μέσω της σύναψης ενός τύπου συμβολαίου.

4. Η αποφυγή ή άρνηση των αποδεικτικών στοιχείων

Μια συνήθης άμυνα ενάντια στις δύσκολες σκέψεις και συναισθήματα είναι η **αποφυγή**. Αποφεύγουμε τις πληροφορίες και τους ανθρώπους που μας κάνουν να σκεφτόμαστε αντίθετα με τις επιθυμίες μας ή μας κάνουν να αισθανόμαστε αγωνία ή ενοχή. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι εν ενεργεία χρήστες δεν εμπλέκονται σε ενέργειες υπέρ της υγείας, και αποφεύγουν τους ανθρώπους που επιμένουν να τους θυμίζουν τις αδυναμίες τους. Όταν όμως ο χρήστης έρθει αντιμέτωπος με την αναπόφευκτη πραγματικότητα, μπορεί να υποχωρήσει στην **άρνηση**. Το να αρνείται κανείς ότι έχει “πρόβλημα” με τις ουσίες, αποτελεί μια συνηθισμένη τακτική.

5. Εφευρίσκοντας δικαιολογίες για να αποφευχθεί η αλλαγή

Η αποφυγή ή η άρνηση μπορεί να μην είναι πάντα αποτελεσματικότεροι τρόποι. Ένας άλλος τρόπος να ξεφύγει κανείς από το δίλημμα είναι η **εκλογίκευση**. Η χρήση ουσιών μπορεί να συνεχιστεί ανακαλύπτοντας δικαιολογίες, όπως η ακόλουθη:

“ Βρίσκομαι υπό συνεχή πίεση, και οι ουσίες με χαλαρώνουν έτσι, ώστε να αποδίδω καλύτερα στη δουλειά, απ’ ότι αν δεν τις έπαιρνα”.

Ας σημειωθεί, ότι αυτός ο τρόπος να πείθει κανείς τον εαυτό του, αποτελεί εκλογίκευση της συμπεριφοράς του, έτσι ώστε ο χρήστης να μην μπορεί να δώσει απαντήσεις, σε ερωτήματα όπως: *“Γιατί δεν αντιμετωπίζω την πίεση πιο άμεσα ; Γιατί δεν βρίσκω εναλλακτικούς τρόπους χαλάρωσης;”*

Ετοιμότητα για Αλλαγή

Ένα τέτοιο διαθέσιμο “οπλοστάσιο” μπορεί να είναι εντυπωσιακό· κι αυτή είναι μόνο μία επιλογή από τα διαθέσιμα “αμυντικά όπλα”. Από την άλλη πλευρά, όταν ένα άτομο είναι “έτοιμο”, μπορεί να βρει πολύ εύκολα τις γνωστικές άμυνες, οι οποίες θα του ταιριάζουν, ώστε να εμπλακεί σε άμεσες ικανοποιήσεις, χωρίς να λαμβάνει υπόψη του τους μακροπρόθεσμους κινδύνους. Αλλά σε κάποιο σημείο της επικίνδυνης πορείας του, το άτομο θα αποκτήσει την εμπειρία και κατά συνέπεια την ετοιμότητα να αντιμετωπίσει την κατάρριψη αυτών των αμυντικών μηχανισμών.

Αυτό συμβαίνει όταν οι δόσεις που μπορεί ν’ αντέξει κάποιος παρέχουν μόνο ανακούφιση από το σύνδρομο στέρησης και οι κοινωνικές επιπτώσεις αρχίζουν να παίρνουν σοβαρές διαστάσεις. Οι αντιστάσεις μπορεί να συνεχίζουν να υφίστανται, αλλά στη συνέχεια μία κρίσιμη εμπειρία, όπως για παράδειγμα η επίσκεψη ενός φίλου που υποφέρει από τις επιπτώσεις της ενέσχυρης χρήσης από μολυσμένη δελόνα, προκαλεί την κατάρρευση ολόκληρου του συστήματος προσωπικής αντίστασης.

Η Ιστορία Μέχρι Εδώ

Ας δούμε περιληπτικά που βρισκόμαστε στις εξερευνήσεις μας. Ξεκινήσαμε ερευνώντας το σύνολο των μοντέλων του Easthope για την ερμηνεία του φαινομένου της τοξικοεξάρτησης. Απ' ό,τι φάνηκε, κοινός τόπος του συνόλου των μοντέλων αποτελεί ο προβλεπτικός ρόλος του παράγοντα της προσωπικής ανεπάρκειας και των επιδράσεων από την οικογένεια ή από την ομάδα των ομοτίμων.

Στη συνέχεια, εξετάσαμε την αιτιολογία των ανεπαρειών αυτών, (π.χ. οφείλεται στη χαμηλή αυτο-εκτίμηση, στην έλλειψη επαρκούς φροντίδας του εαυτού κ.λπ.). “*Με ποιές διαδικασίες δημιουργούνται αυτές οι ανεπάρκειες;*”

Η κύρια θεωρία της ανάπτυξης του Bowlby, η οποία διερευνά τις σχέσεις μητέρας - παιδιού, παρείχε ένα καλό σημείο έναρξης του προβληματισμού μας. Παρ' όλα αυτά, η θεωρητική αυτή προσέγγισή μας σχετίζεται περισσότερο με τη γενική προδιάθεση του ατόμου παρά με συγκεκριμένους αιτιολογικούς παράγοντες που δημιουργούν τις βάσεις προσωπικών ανεπαρειών/δυσλειτουργιών όπως αυτή της εκδήλωσης εξαρτημένης από τοξικές ουσίες συμπεριφοράς.

Τα στοιχεία από την έρευνα της Κοκκέθη, ήταν χρήσιμα σ' αυτό το σημείο, διότι υποδεικνύουν συγκεκριμένους συσχετισμούς ανάμεσα, για παράδειγμα, στα σχολικά προβλήματα, την κατάθλιψη και τη χρήση ουσιών. Επίσης, βοηθητική ήταν η πιο συγκεκριμένη εκτίμηση του Beck σχετικά με το πώς δημιουργείται και συντηρείται η κατάθλιψη. Το επόμενο βήμα ήταν να στραφούμε σ' ένα μοντέλο που περιέγραφε την πραγματική κυκλική διαδικασία στη δημιουργία ενός χρήστη ουσιών. Αυτό μας έκανε απαισιόδοξους σχετικά με την επιτυχία της παρέμβασης στους νέους χρήστες. Γι' αυτό το λόγο, ακολουθήσαμε ένα διαφορετικό δρόμο. Αυτόν της αντιμετώπισης των αμυντικών μηχανισμών που χρησιμοποιούν οι ίδιοι οι χρήστες.

Η σημασία του Κοινωνικού Πλαισίου

Αυτή η δυνατότητα αντιπαράθεσης στις γνωστικές άμυνες του χρήστη μπορεί να θεωρηθεί τεχνική με κάποιες πιθανότητες επιτυχίας. Ακόμα, η παρουσίαση αυτή μας υποδεικνύει τόσο τα δυνατά όσο και τα αδύνατα σημεία της προσέγγισης των γνωστικών διαδικασιών. Παρ' όλο που προσφέρει υψηλό βαθμό πρόσβασης στην υποκειμενική λογική του ατόμου, συγχρόνως όμως προσεγγίζει το άτομο από μία απόμακρη οπτική γωνία. Ενώ το κυκλικό μοντέλο φαινόταν ότι προσέφερε “μία φιγούρα σ' ένα τοπίο”, η γνωστική προσέγγιση μεταβάλλει το άτομο σε μια μοναχική ύπαρξη. Η προσέγγιση αυτή δεν αναφέρεται στις “γνωστικές διαδικασίες” της οικογένειάς του ή της ομάδας των ομοτίμων του, ούτε αναφέρεται στα προβλήματα του ατόμου που έχουν σχέση με την προσαρμογή του στο κοινωνικό σύνολο. Μήπως αυτό γίνεται εμφανές όταν αναφερόμαστε στα θέματα της κοινωνικής ανεπάρκειας, της αυτοκατηγορίας, της αυτο-υποτίμησης και των κακών οικογενειακών σχέσεων ;

Παρ' όλα αυτά, πρέπει να διατηρήσουμε την πολύτιμη πρόσβαση που έγινε δυνατή από τη γνωστική θεώρηση και στη συνέχεια να εισάγουμε την ιδέα ενός ατόμου, που ενεργεί μέσα σ' ένα κοινωνικό πλαίσιο, για να αποκτήσουμε μία πιο ολοκληρωμένη και πιο ρεαλιστική εικόνα.

Ο τοξικοεξαρτημένος μέσα στο Κοινωνικό Πλαίσιο

Με αυτόν τον αναθεωρημένο προσανατολισμό σκέψης, ως σκεφτούμε μερικές διαφορετικές πιθανές στρατηγικές παρέμβασης, όσον αφορά στο πρόγραμμα, για τον τοξικοεξαρτημένο.

Η Παροχή άμεσων Υποκατάστατων Ανταμοιβών

Αν η χρήση ναρκωτικών έχει σχέση με την αίσθηση απολαύσεων και ικανοποιήσεων που δεν είναι δυνατόν να αποκτηθούν αλλιώς, ένα ενδιαφέρον πρόγραμμα θα μπορούσε να εισάγει την παροχή εναλλακτικών ανταμοιβών που να είναι πιο ελκυστικές από αυτές που παρέχει η χρήση ουσιών ή τουλάχιστον “σκληρών” ναρκωτικών.

Ένα παράδειγμα μιας παρόμοιας παρέμβασης είναι αυτό που σχετίζεται με το κάπνισμα, το οποίο έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνητικών προσπαθειών με τη χρήση εναλλακτικών τρόπων ικανοποίησης. Οι τσιγλες νικοτίνης και τα δερματικά επιθέματα νικοτίνης παρουσιάζουν επιτυχία σε διάφορες βαθμίδες. Μεγαλύτερη επιτυχία αποδείχθηκε ότι έχουν τα σπρέυ νικοτίνης που προσεγγίζουν το γευστικό ερεθισμό που δημιουργείται από το κάπνισμα. Ακόμα πιο ελπιδοφόρα είναι η εισπνοή ατμών από λάδι μαύρης πιπεριάς, που ερεθίζει όχι μόνο τη στοματική κοιλότητα αλλά ολόκληρο το αναπνευστικό σύστημα και παρέχει τον αναπνευστικό ερεθισμό που είναι ένα σημαντικό στοιχείο της ευχαρίστησης. Έτσι, η υποκατάσταση της δλαβερής άμεσης ευχαρίστησης είναι δυνατή. Ακόμα, μία πολύ δλαβερή εξάρτηση μπορεί να υποκατασταθεί από μία λιγότερο δλαβερή, όπως για παράδειγμα η εξάρτηση από την κοκαΐνη μπορεί να υποκατασταθεί από το κάπνισμα.

Η Αναδιαμόρφωση των πιέσεων και των εμποδίων στο καθημερινό περιβάλλον

Τα πρώτα σημάδια σωματικής ή ψυχικής ασθένειας εμφανίζονται σε διάφορες καταστάσεις στην οικογένεια, στο σχολείο ή στην εργασία. Επιπλέον, η επιστήμη της συμβουλευτικής μας υποδεικνύει, ότι οι προσπάθειες για τη βελτίωση ενός ατόμου έξω από το κοινωνικό πλαίσιο είναι συχνά καταδικασμένες σε αποτυχία, λαμβάνοντας υπόψη ότι αυτό το άτομο πρόκειται να επιστρέψει στην ψυχρή πραγματικότητα (π.χ. χωρισμένος ή άνεργος). Έτσι, τί θα μπορούμε να κάνουμε κάτω από αυτές τις συνθήκες; Μήπως θα ήταν μια καλή ιδέα να ξεκινήσουμε με ένα οικογενειακό συμβουλευτικό πρόγραμμα ;

Η βελτίωση του Επιπέδου Διαβίωσης και η ανάπτυξη των Κοινωνικών Δεξιοτήτων

Αν ένα άτομο αισθάνεται ικανό να ελέγχει τη ζωή του τόσο επαγγελματικά όσο και κοινωνικά, οι υποκατάστατες ανταμοιβές γίνονται λιγότερο ελκυστικές ή σχετικές με τις ανάγκες του. Οι “προβληματικοί χρήστες” μπορεί να βοηθηθούν σημαντικά από την εκμάθηση ειδικών δεξιοτήτων, η οποία θα μπορούσε να ενταχθεί σε ένα ευρύτερο πρόγραμμα

παρέμβασης. Ένα παράδειγμα είναι η εκμάθηση δεξιοτήτων απόρριψης/άρνησης που θα είναι χρήσιμες για το άτομο σ' ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο, χωρίς παράλληλα να φθείρεται η προσωπικότητα του. Παράδειγμα παρόμοιων κοινωνικών δεξιοτήτων αποτελούν οι δεξιότητες της διαχείρισης της ζωής π.χ. της διαχείρισης των προτεραιοτήτων και περιορισμών του.

Η αύξηση της Αυτοεκτίμησης

Είδαμε ότι τα προβλήματα εκτίμησης φαίνεται να “ευθύνονται” για πολλές μη υγιείς συμπεριφορές, όπως αυτή της εξαρτημένης. Όταν τίθεται το ερώτημα, σε ποιά θέματα ικανοποιείται το άτομο υιοθετώντας παρόμοιες συμπεριφορές, συχνά η απάντηση δίνεται με όρους όπως, η χαμηλή αυτο-εκτίμηση που οδηγεί το άτομο σ' αυτή ή την άλλη συμπεριφορά τόσο για να ξεπεράσει αρνητικά συναισθήματα όσο και για να παράξει στον εαυτό του υποκατάστατες ικανοποιήσεις. Ο χειρισμός των προβλημάτων σ' αυτό το θεμελιώδες επίπεδο απαιτεί το άνοιγμα των δομών της μνήμης που καθοδηγούν παρόμοια συναισθήματα. Τα μοντέλα Bowlby και Beck μας ενημερώνουν σε σχέση με το συγκεκριμένο θέμα. Έτσι, η αύξηση της αυτοεκτίμησης αποτελεί ένα σημαντικό στόχο ενός προγράμματος παρέμβασης για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης.

Η Αξιοποίηση των επιδράσεων από την Οικογένεια και τους Ομότιμους

Σύμφωνα με αρκετά από τα μοντέλα της τοξικοεξάρτησης στα οποία αναφερθήκαμε, η επίδραση της οικογένειας είναι κρίσιμη. Ασφαλώς, η οικογένεια παρέχει το πλαίσιο μέσα στο οποίο κατανοούμε τους εαυτούς μας σαν άτομα, μέσα στο οποίο υποτίθεται ότι καλλιεργούμε τον αυτο-σεβασμό και την αυτο-εκτίμηση και γενικά αναπτυσσόμαστε ψυχολογικά. Είναι ακόμα το πλαίσιο, στο οποίο μαθαίνουμε να έχουμε αγωνία ή να καταθλιβόμαστε για διάφορα γεγονότα μικρά και μεγάλα, και στο οποίο μπορεί να μάθουμε πόση εμπιστοσύνη μπορούμε να έχουμε στα μέλη της οικογένειας καθώς και πόση υποστήριξη μπορεί αυτά να μας προσφέρουν. Οι ειδικοί θεραπευτές που δουλεύουν σε θεραπευτικά κέντρα αναγνωρίζουν και προσπαθούν να αναδιαμορφώσουν αυτή τη δύναμη της οικογένειας τόσο για τον περιορισμό αρνητικών τύπων συμπεριφοράς όσο και για την ενίσχυση θετικών τύπων συμπεριφοράς.

Έτσι, σκεφτείτε ποιές επιδράσεις οικογενειακού τύπου μπορεί να εισαχθούν στο συγκεκριμένο σας πρόγραμμα.

Θα μπορούσατε να θυμηθείτε επίσης, ότι η σημασία της σχέσης του παιδιού με τη μητέρα έχει αναγνωρισθεί ως σημαντική από πλήθος ερευνητών· είναι μία σχέση στην οποία οφείλονται πολλά προβλήματα συμπεριφοράς, όπως αυτό της τοξικοεξάρτησης. Έτσι, θα μπορούσαμε να προσεγγίσουμε το θέμα “μητρικές δεξιότητες” ή και να δούμε το όλο θέμα μακροπρόθεσμα και να προσφέρουμε στο σχολείο από τώρα γνώσεις για την “τέχνη της οικογένειας”.

Η Αξιοποίηση επιδράσεων από την Κοινότητα

Σκεφτείτε ποιές επιδράσεις του επιπέδου κοινότητας-κοινωνίας μπορούν να εισαχθούν στο πρόβλημα που ερευνάτε.

Ας υποθέσουμε ότι οργανώνουμε μια Εβδομάδα Πληροφόρησης της Τοπικής Κοινότητας για τα Ναρκωτικά, στην οποία εμπλέκονται τα μέσα μαζικής επικοινωνίας. Η ενημέρωση γίνεται με αφίσες και με διάλογο με τους νέους. (Αυτό από μόνο του δεν είναι μια πρωτότυπη ιδέα, αλλά η δική σας εφαρμογή μπορεί να είναι πολύ πρωτότυπη). Συνήθως υποστηρίζεται ότι όλη η κατάσταση θα έχει κάποιο αποτέλεσμα, αν έχει σχεδιαστεί με έξυπνο τρόπο. Αλλά το ερώτημα που τίθεται εδώ είναι: “θα έχει πράγματι κάποιο αποτέλεσμα;”. Το κύριο σημείο εδώ είναι πόσο συχνά οι σχεδιαστές του προγράμματος υποθέτουν τις θετικές επιδράσεις χωρίς να κάνουν καμμία αξιολόγηση.

Εδώ μας δίνεται η ευκαιρία της επιμόρφωσης. Ας μείνουμε για λίγο στο παράδειγμα της εκστρατείας δημοσιότητας της Εβδομάδας Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. Υπάρχουν στην πραγματικότητα λίγα στοιχεία, τα οποία να υποστηρίζουν ότι προγράμματα που βασίζονται στις πληροφορίες/γνώσεις, π.χ. στα σχολεία, έχουν σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά σε σχέση με τις ουσίες. Στην πραγματικότητα, και ίσως για λόγους που δεν θα πρέπει να εκπλήσσουν, οι χρήστες ουσιών συχνά εμφανίζονται να έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τα ναρκωτικά από τους μη-χρήστες (Montagne και Scott, 1993). Ακόμα, οι περισσότεροι έφηβοι, όπως είναι φυσικό, είναι περιέργοι, και αν παρακολουθήσουν, για παράδειγμα, μια διάλεξη όσον αφορά στη χρήση ουσιών και μάθουν ότι υπάρχει μια υπηρεσία βοήθειας στην κοινότητα, μπορεί να συμπεράνουν ότι, το να πειραματιστούν με τα ναρκωτικά είναι αρκετά ασφαλές, ώστε να μην έχει να χάσει τίποτα σπουδαίο κανείς, αν τα δοκιμάσει. Έτσι, το γενικό συμπέρασμα είναι πως δεν μπορείτε να λάβετε ως δεδομένο ότι το πρόγραμμά σας πρόκειται να έχει τα αποτελέσματα που εσείς έχετε προβλέψει, αν δεν ενσωματώσετε σε αυτό ένα εσωτερικό έλεγχο αξιολόγησης.

Μερικά προγράμματα έχουν περάσει αυτό το τεστ αξιολόγησης. Για παράδειγμα, οι Montagne και Scott (1993) απέδειξαν, πως τα σχολικά προγράμματα σε σχέση με την τοξικοεξάρτηση, τα οποία απευθύνονται σε παιδιά ηλικίας 14-15 ετών, διδάσκουν ένα συνδυασμό κοινωνικών δεξιοτήτων και προσόντων για τη ζωή, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν την πλειοψηφία των παιδιών να “βγούν έξω από την επικίνδυνη ζώνη”. Ιδιαίτερα, δεξιότητες άρνησης σε σχέση με φίλους/συνομηλίκους/συνάδελφους μπορεί ν’ αποκτηθούν γρήγορα με προγράμματα χαμηλού κόστους.

Ομάδες αυτο-βοήθειας και Κέντρα Ημέρας

Προσφέρουν επίσης μεγάλες δυνατότητες στο επίπεδο της κοινότητας. Στην Ελλάδα, ένα μοντέλο για εργασία με μεγάλες ομάδες προσφέρεται από το ΚΕΘΕΑ, τον οργανισμό για νέους με προβλήματα τοξικοεξάρτησης που βασίζεται στο “στεγνό” θεραπευτικό σχήμα της κλειστής ή ανοιχτής κοινότητας. Αυτό που λείπει από τέτοιες ομάδες από την πλευρά

της επαγγελματικής εμπειρίας αναπληρώνεται πλήρως από τη δέσμευση και την αφοσίωση. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρχουν στην ομάδα πρώην χρήστες, γιατί αποτελεί μία εμπειρία που ένας επαγγελματίας δεν μπορεί εύκολα ν' αποκτήσει. Ακόμα, οι θεραπευτές είναι σε μεγάλο ποσοστό εθελοντές και συνεπώς από την πλευρά των πόρων και της χρηματοδότησης η αντιστοιχία κόστους/ωφέλειας βελτιώνεται σημαντικά.

Η αξιοποίηση των εθνικών εκστρατειών ενημέρωσης

Μπορεί να περάσουν μερικά χρόνια, πριν βρεθείτε σε θέση να σχεδιάσετε και να εφαρμόσετε μια εθνική εκστρατεία, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν μπορείτε να αξιοποιήσετε παράλληλα τέτοιες εκστρατείες ενημέρωσης. Οι εκστρατείες αυτές είναι εξαιρετικά ακριβές αλλά αποτελεσματικές, αν γίνονται σε συνδυασμό με αντίστοιχες τοπικού επιπέδου.

Το τοπικό μήνυμα πρέπει να είναι προσανατολισμένο σ' ένα και μοναδικό θέμα. Ενώ μπορεί να φαίνεται οικονομικό να χρησιμοποιεί κανείς την ίδια διαφημιστική εκστρατεία για να αναφερθεί παράλληλα στα "μαλακά" και στα "σκληρά" ναρκωτικά, στην πραγματικότητα αποτελεί λανθασμένη τακτική. Επειδή οι δύο κατηγορίες των χρηστών "μαλακών" και "σκληρών" ναρκωτικών, είναι πολύ πιθανό να έχουν διαφορές σε θεμελιώδη ζητήματα, το να προσπαθήσει κανείς να στοχεύσει και στους δύο παράλληλα, θα μπορούσε πολύ άνετα να σημαίνει, ότι δεν θα επιτύχει κανέναν από τους δύο.

Μερικοί πιστεύουν, ότι η συνεχής έκθεση των αποδεκτών σ' ένα σταθερό μήνυμα οδηγεί στην συνειδητοποίησή του καθώς και στην αλλαγή της διάθεσης και της συμπεριφοράς. Μία αντίθετη άποψη είναι, ότι η μη μεταβολή του μηνύματος επιτρέπει στον αποδέκτη του να δίνει λίγη προσοχή στο μήνυμα καθ' εαυτό, έτσι ώστε να γίνεται αποδεκτό, χωρίς καμμία προγενέστερη γνωστική διεργασία και να μην επηρεάζει σχεδόν καθόλου τη συνήθη συμπεριφορά. Ένα παράδειγμα είναι το μήνυμα ότι **το Κάπνισμα Βλάπτει την Υγεία**. Οι περισσότεροι άνθρωποι ασφαλώς το πιστεύουν αυτό σήμερα, συμπεριλαμβανομένων των καπνιστών στην Ελλάδα, αλλά δεν έχει καμμία αξιοσημείωτη επίδραση στις στατιστικές για το κάπνισμα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις γνωστικές άμυνες που προβάλλει το άτομο και στις οποίες προηγήθηκε κάποια σχετική ανάλυση.

Ο ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΝΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Μέχρι τώρα στο κεφάλαιο έχουμε αντιμετωπίσει τα εννοιολογικά προβλήματα της έρευνας για τα ναρκωτικά στο βαθμό που να μας επιτρέπεται να εξετάσουμε την καταλληλότερη μεθοδολογία. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι έχει γίνει μία πλήρης βιβλιογραφική ανασκόπηση, γιατί ο κύριος σκοπός είναι να δοθεί έμφαση σ' ένα θέμα που ήδη αναφέρθηκε πιο πάνω - την ανάγκη για ενσωμάτωση κάποιας αξιολόγησης σε οποιοδήποτε πρόγραμμα παρέμβασης.

Ας υποθέσουμε ότι, η φύση του προβλήματος και ο σκοπός της παρέμβασης έχουν κατανοηθεί, και ότι έχει προσδιορισθεί ο πληθυσμός στόχος. Ας υποθέσουμε επίσης, ότι έχετε διαμορφώσει ένα πακέτο παρέμβασης με βάση κάποια σημεία από τις πιο πάνω

αναλύσεις, όπως αυτά έχουν εμπλουτισθεί από τις δικές σας σκέψεις και εμπειρίες.

Οποιοδήποτε πρόγραμμα παρέμβασης μπορεί στη συνέχεια να θεωρηθεί ότι εκτελείται σε δύο φάσεις:

i) Μια φάση επιδράσεων, στην οποία επιχειρείται η παρέμβαση σε όλη της την ένταση – π.χ. μια ευρεία εκστρατεία ενημέρωσης στους δρόμους με αρκετή υποστήριξη από τα τοπικά μέσα. Οι παρεμβάσεις χρειάζεται να είναι δυναμικές: είναι σπατάλη, αν ένα πρόγραμμα παρουσιάζει αδυναμίες στο σχεδιασμό του ή αν ένα σωστά σχεδιασμένο πρόγραμμα αποτύχει εξαιτίας αδυναμιών στην εφαρμογή του.

Η φάση επιδράσεων ολοκληρώνεται εφαρμόζοντας μέτρα, τα οποία αποτελούν τους δείκτες της αποτελεσματικότητας. Η παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας πρέπει να είναι παράλληλη με την εφαρμογή της παρέμβασης, διότι τα οφέλη παύουν να υφίστανται, παύει να υφίσταται οποιαδήποτε αξία του προγράμματος. Αυτοί που εμπλέκονται στην έρευνα, π.χ. οι οργανισμοί χρηματοδότησης, το ερευνητικό προσωπικό, οι ενδιαφερόμενοι επαγγελματίες στην επιστημονική περιοχή, θα πρέπει να συμφωνήσουν σε σχέση με το περιεχόμενο της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης. Υπό αυτή την οπτική γωνία, μία στατιστικά σημαντική βελτίωση μπορεί να μην είναι αρκετά μεγάλη (σε πραγματικό μέγεθος) για να δικαιολογεί το σχεδιασμό του προγράμματος.

ii) Μια φάση συντήρησης, στην οποία το πρόγραμμα δεν σταματά απλά αλλά συνεχίζεται με μειωμένη ένταση κατά την ανατροφοδότηση που προκύπτει από την παρακολούθηση στο πεδίο εφαρμογής. Η συνέχιση του προγράμματος εξακολουθεί να υφίσταται είτε με όλα του τα στοιχεία σε μειωμένο επίπεδο ή με μερικά στοιχεία σε ανώτατο επίπεδο. Αυτή η δεύτερη φάση είναι πολύ σημαντική, επειδή γενικά πρέπει να στοχεύουμε όχι απλά στην αλλαγή αλλά στη διατήρησή της. Συνεπώς, πρέπει να κάνουμε έναν οικονομικό προϋπολογισμό για παρατεταμένη εφαρμογή της παρέμβασης. Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας, ότι αν και υπάρχουν εξαιρέσεις, η συμπεριφορά γενικά αλλάζει αργά στις περιπτώσεις παρεμβάσεων με αντικείμενο την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης.

Ξεκινώντας ένα πρόγραμμα παρέμβασης

Πόροι

Καθώς αρχίζουμε να “εξερευνούμε” το πρόβλημα, το πρώτο ερώτημα που τίθεται σχετίζεται με τους πόρους: “στην περίπτωση που έχουμε την οικονομική άνεση και το κατάλληλο προσωπικό, μπορούμε να ξεκινήσουμε τη διερεύνηση των πραγματικών προβλημάτων;”. Φυσικά, από τη στιγμή που αρχίζουμε να το διερευνούμε, μπορεί να βρεθούμε αντιμέτωποι με μία συγκλίνουσα εικόνα, η οποία να αποκαλύπτει κάποια προβλήματα προς έρευνα.

Η Αξιοποίηση των Επαγγελματιών Συναδέλφων μας

Οι επαγγελματίες συνάδελφοί μας αποτελούν ένα σημαντικό πόρο. Με την έναρξη ενός

προγράμματος θα χρειαστείτε κοινωνικούς λειτουργούς, ιατρούς και στατιστικούς - και όσο πιο γρήγορα τόσο καλύτερα. Αυτοί οι επαγγελματίες θα ενδιαφερθούν πολύ περισσότερο για τα νέα δεδομένα, αν τους έχει επιτραπεί να δώσουν τη γνώμη τους στο στάδιο της σύλληψης, και είναι ικανοί σε βαθμό που προκαλεί έκπληξη, να κάνουν διαπεραστικές ερωτήσεις ή να προτείνουν απλές λύσεις σ' αυτό το πρώτο στάδιο.

Τι Χρειάζεται να Γνωρίζουμε;

Ενώ γίνονται αυτές οι συζητήσεις, ερευνούμε θεωρίες τεκμηρίωσης, λαμβάνουμε αντίγραφα σχετικών τεχνικών εκθέσεων, συνεργαζόμαστε με συναδέλφους και μελετάμε στατιστικές εθνικών επιδημιολογικών ερευνών. Επίσης, αξιολογούμε το δικό μας τοπικό πρόβλημα όσον αφορά τη συχνότητα και την οξύτητα σε σχέση με το σύννηθες φάσμα προσωπικών μεταβλητών, την ηλικία, το φύλο, κ.λπ. Από την άλλη πλευρά, πρέπει να αποφασίσουμε σε σχέση με το είδος και την ποσότητα των πληροφοριών που είναι ανάγκη να συγκεντρώσουμε. Στις εκτεταμένες έρευνες χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια με πολλές ερωτήσεις σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού και για τη διεξαγωγή των οποίων απαιτούνται οι ανάλογοι ανθρωπίνι πόροι όσον αφορά στους συνεργαζόμενους επιστήμονες, στους βοηθούς έρευνας, στα άτομα που παίρνουν συνεντεύξεις, στους γραμματείς κ.ο.κ.

Ακόμα, σ' ένα πρόγραμμα παρέμβασης η κύρια ανησυχία μας θα πρέπει να είναι η ίδια η παρέμβαση παρά η διάθεση πόρων για τη διαμόρφωση μίας λεπτομερούς επιδημιολογικής έρευνας και στη συνέχεια της προληπτικής παρέμβασης. Απαραίτητη επίσης είναι η συνέντευξη με τους ίδιους τους χρήστες, τις οικογένειές τους, το προσωπικό των νοσοκομείων, και οποιοδήποτε άλλον, ο οποίος θα μπορεί να γνωμοδοτήσει σε σχέση με την αιτιολογία του προβλήματος.

Η παρακολούθηση που έχει στόχο τη βελτίωση του προγράμματος πρέπει να ξεκινά μαζί με το πρόγραμμα. Αυτή η πρώτη παρακολούθηση θα πρέπει να αποτελεί μόνο την αρχή μιας συνεχιζόμενης επαναληπτικής διαδικασίας στην οποία οι πληροφορίες για την κατάσταση του προγράμματος ανατροφοδοτούνται με στόχο τη συνεχή βελτίωσή του

Μερικά χρήσιμα ερωτήματα που τίθενται εδώ είναι: "Χρειάζεται κάποια περαιτέρω βελτίωση, ή αναδόμηση ή απόρριψη;", "Μήπως το πρόγραμμα πρέπει να εφαρμοστεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα;", "Αν ναι, γιατί;", "Μήπως υπάρχει μια ένδειξη ότι μπορεί να χρειάζεται να τροποποιήσουμε τους κύριους αντικειμενικούς στόχους, και αν είναι έτσι, ποιά ενδιαφερόμενα μέρη χρειάζονται συμβουλές/πληροφορίες;", "Επαρκεί η θεραπεία που παρέχεται από το πρόγραμμα στον κύριο πληθυσμό-στόχο;", "Ποιοί οικονομικοί και άλλοι πόροι έχουν καταναλωθεί μέχρι στιγμής;", "Αν το πρόγραμμα δεν πηγαίνει καλά, είναι πρόβλημα του ίδιου του προγράμματος ή της εφαρμογής του;"

Για να ελέγξουμε την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, δεν θα πρέπει απλά να ρωτάμε το εμπλεκόμενο προσωπικό, το οποίο έχει επενδύσει σε αυτό ποικιλοτρόπως, αλλά και τον αποδέκτη του. Ετσι, θα ήταν χρήσιμο να μιλήσουμε στους χρήστες του προγράμμα-

τος και να πάρουμε στοιχεία από την εμπειρία τους. Τέτοια στοιχεία είναι απαραίτητα ως δείκτες αξιολόγησης, τα οποία θα πρέπει να συγκεντρώνονται παράλληλα με το πρόγραμμα.

Με την ολοκλήρωση του προγράμματος

Σ' αυτό το κεφάλαιο έχουμε εντοπίσει αρκετά ενδιαφέροντα στοιχεία.. Ξεκινήσαμε ανοίγοντας τα “εννοιολογικά” θέματα ενός προγράμματος παρέμβασης και τελειώσαμε με το “μεθοδολογικό” πρόβλημα της ενσωμάτωσης μίας αξιολόγησης. Σε κάθε πραγματικό πρόγραμμα, που έχει ξεκινήσει και εφαρμόζεται, οι δύο αυτοί προβληματισμοί αλληλεπιδρούν συνεχώς, παρ' όλο που είναι τόσο διαφορετικοί μεταξύ τους.

Όπως σε κάθε έρευνα, έτσι όσον αφορά και στην παρέμβαση δεν υπάρχουν μοναδικές “σωστές” απαντήσεις. Τέλος, καταβάλετε την προσπάθειά σας σε ένα κοινωνικό πρόβλημα που ενδιαφέρει τόσο εσάς όσο και την κοινότητα/κοινωνία, για το οποίο πιστεύετε ότι γνωρίζετε αρκετά σε σχέση με τις αιτίες του, και όπου οι πόροι επιτρέπουν το ξεκίνημα της προσπάθειάς σας.

Σε σχέση με άλλες πληροφορίες που μπορείτε να πάρετε, οι Rossi και Freeman (1993) παρέχουν μία περιεκτική αν και μακρά εργασία πάνω στην αξιολόγηση. Πάντως, η κυριότερη εργασία πάνω στην αξιολόγηση του πεδίου είχε γίνει από τον Donald Campbell. Η αρχική εργασία “Campbell και Stanley”, που δημοσιεύθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1950, “ληστεύθηκε” από μεταγενέστερους επιστήμονες. Μελετήστε τους Cook και Campbell (1979) για μια σύγχρονη εκτίμηση, ιδιαίτερα τα πρώτα δύο ή τρία κεφάλαια. Οι Sechrest και Figueredo (1993) και οι Cook και Shadish (1994) παρέχουν πιο πρόσφατες αν και πιο δύσκολες θεραπείες.

Εντούτοις, καμμία από αυτές τις πηγές δεν αναφέρει πολλά σχετικά με τις “ιδέες” μίας παρέμβασης. Αφού εξαντλήσετε την εμπειρία των συναδέλφων επιστημόνων, είστε, όπως σε όλες τις δημιουργικές επιχειρήσεις, μόνος σας στην προσπάθειά σας.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- 1) Beck A., *Γνωστική Θεραπεία και οι Συναισθηματικές Διαταραχές*, NY: International Universities Press, 1976.
- 2) Bowlby J., *Απώλεια, Λύπη και Κατάθλιψη*, Νέα Υόρκη: Basic Books, 1980.
- 3) Cook T. και Campbell D., *Ημι-Πειραματισμός: Θέματα Σχεδιασμού και Ανάλυσης για Καταστάσεις Πεδίου*, Σικάγο: Rand McNally, 1979.
- 4) Cook, T. και Shadish, W., *Κοινωνικά πειράματα: μερικές εξελίξεις μέσα στα τελευταία δεκαπέντε χρόνια*, “Annual Review of Psychology”, v. 45, p.p. 545-580, 1994.
- 5) Easthope G.A., *Απόψεις για τις αιτίες της χρήσης ναρκωτικών*, “In-

- ternational Journal of Addictions”, v. 28, p.p. 559-569, 1993.
- 6) Kokkevi A., *Διατάξεις της χρήσης ναρκωτικών στην Ελλάδα*, “Proceedings of the Community Epidemiology Work Group”, US Department of Health and Human Services, 1987.
- 7) Montagne M. και Scott D., *Πρόληψη προβλημάτων από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών: Μοντέλα, παράγοντες και διαδικασίες*, “International Journal of the Addictions”, v. 28, p.p. 1177-1208, 1993.
- 8) O’ Doherty F. και Davies J., *Γεγονότα στη ζωή και εθισμός. Μια κριτική θεώρηση*. Στο βιβλίο των S. Fisher και J. Reason “Handbook of Life Stress, Cognition and Health”, Chichester: Wiley, 1988.
- 9) Rossi P. και Freeman, H., *Αξιολόγηση: Μια Συστηματική Προσέγγιση*, Newbury Park, Sage, 1993.
- 10) Sechrest L. και Figueredo A., *Αξιολόγηση προγράμματος*, “Annual Review of Psychology”, v. 44, p.p. 645-674, 1993.
- 11) Stephanis C. και Kokkevi A., *Κατάθλιψη και χρήση ναρκωτικών*, “Psychopathology”, v. 19, συμπλήρωμα 2, p.p. 124-131. 1986.
- 12) Taylor T. και Cooke F., *Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και κρίσεις σχετικά με τον κίνδυνο*, “Journal of Personality and Social Psychology”, v. 47, p.p. 693-708, 1984

3. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

*Αστρινάκης Αλέξανδρος
Ιατρός Υγιεινολόγος Κοινωνικής Ιατρικής Δ/νση Δημόσιας Υγιεινής
Καθηγητής ΤΕΙ ΥΥΠΚ Αθήνας*

Τα τελευταία χρόνια πολλοί τοπικοί φορείς δραστηριοποιούνται στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας, της περίθαλψης και της πρόληψης. Σύλλογοι, Τοπική Αυτοδιοίκηση, μη κυβερνητικές οργανώσεις κ.α. εργάζονται σε ετερόκλητους τομείς υγείας και πρόνοιας που απασχολούν την κοινότητα: φτώχεια (φιλανθρωπικές οργανώσεις), ναρκωτικά, AIDS (επιτροπές δήμων, σύλλογοι εθελοντών κ.α.), περίθαλψη της τρίτης ηλικίας (ΚΑΠ), επίσκεψη κατάκοιτων ασθενών στο σπίτι (εθελόντριες νοσοκόμες) κ.λπ.

Σημαντικά ερωτήματα τίθενται από τους εργαζόμενους στους παραπάνω φορείς: “τί είναι πιο καλό για τον κόσμο”; (ποιά προβλήματα υγείας έχουν προτεραιότητα για την κοινότητα), “τί μπορούμε να κάνουμε εμείς”, “θα ενδιαφέρουν αυτά τον κόσμο” (οι προτεραιότητες υγείας ενδιαφέρουν την κοινή γνώμη, πράγμα που παίζει σημαντικό ρόλο στη συμμετοχή και δραστηριοποίηση πολιτών και φορέων, όπως επίσης και στην εξεύρεση πόρων). Είναι γεγονός ότι τα παραπάνω ερωτήματα είναι αδύνατο να απαντηθούν αμέσως παρά τις προσπάθειες επιτροπών “από εκπροσώπους όλων των φορέων” και το αδιέξοδο βρίσκει συχνά δύο ακραίες λύσεις:

α) εκπόνηση μακροχρόνιων μελετών χωρίς κατάληξη, που προκαλούν σπατάλη ανθρωπινων και υλικών πόρων ή, συχνότερα,

β) σε μία δραστηριοποίηση χωρίς επιστημονική τεκμηρίωση του χώρου, σε προβλήματα που επιλέγονται με οδηγό το προσωπικό ένστικτο των εργαζομένων των φορέων, αξιοποιώντας ιδρύματα ή επιστήμονες που κατοικούν στην περιοχή. Μερικές φορές ορισμένες επιλο-

γές επιβάλλονται και από συμφέροντα εκλογικού και οικονομικού περιεχομένου.

Σκοπός του παρόντος άρθρου δεν είναι να προτείνει μια “συνταγή” για τη λύση όλων των παραπάνω προβλημάτων. Οι εργαζόμενοι σε τοπικούς φορείς υγείας και πρόνοιας καλούνται μετά από μελέτη της παρούσης και άλλης σχετικής αρθρογραφίας να δημιουργήσουν τη δική τους “συνταγή”, η οποία προσαρμοσμένη στο χώρο που εργάζονται, επιστημονικά τεκμηριωμένη και με κατάλληλες διαδικασίες αξιολόγησης θα είναι η καλύτερη. Το αν θα εφαρμοσθεί και θα αποδώσει, συχνά δεν εξαρτάται μόνο από την επάρκεια και την εργατικότητα αυτών που καταρτίζουν ένα πρόγραμμα - που θεωρούνται δεδομένοι - αλλά και από μία σειρά λόγων που συχνά εμποδίζουν την ολοκλήρωση ενός προγράμματος: έλλειψη πόρων, κακές εργασιακές σχέσεις (μή ανανέωση συμβάσεων), έλλειψη συγκεκριμένων ειδικοτήτων (π.χ. στατιστικολόγοι της υγείας), αυθαίρετες αποφάσεις τοπικών ηγετών.

Θα προσπαθήσουμε παρά ταύτα να σκιαγραφήσουμε μερικά βασικά στάδια από τα οποία πρέπει να περάσουν όσοι ασχολούνται με προγράμματα υγείας στην κοινότητα.

I) Γνωριμία με το χώρο.

Πριν από την κατάρτιση ενός προγράμματος υγείας είναι χρήσιμο να γίνει πρώτα μια ουσιαστική γνωριμία με το χώρο. Η γνωριμία αυτή πρέπει να προκύψει από μια ανάλυση των δεδομένων που συνθέτουν μια περιοχή και που σχηματικά μπορούμε να τη χωρίσουμε σε δύο κατηγορίες:

α) Στατική ανάλυση δεδομένων του χώρου: - Γεωγραφία - χαρτογράφηση της περιοχής, συγκοινωνίες, κοινωνικές υπηρεσίες, βιομηχανικές εγκαταστάσεις, αστικά κέντρα. - Ανάλυση πληθυσμού κατά ηλικία, φύλο, ημεδαποαλοδαποί, μειονότητες, ιδιαίτερα μορφωτικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας όπως π.χ. προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού κ.α..

β) Δυναμική ανάλυση του χώρου:

- Απασχόληση κατά φύλο και ηλικία, εισόδημα κατά κεφαλή, κίνηση πληθυσμού, μετανάστευση, παλινόστηση, νέες υπηρεσίες, ειδικές περιπτώσεις (π.χ. παρουσία στρατοπέδου), τουρισμός (οικονομία, παραοικονομία, εισαγωγή νέων προτύπων).

- Γνώση της παραγωγικής διαδικασίας και των περιβαλλοντικών προβλημάτων που μπορεί να προκύπτουν απ’ αυτή (π.χ. παρουσία μεγάλων βιομηχανικών εγκαταστάσεων).

- Ανάλυση της νοσολογίας του πληθυσμού. Επαγγελματικά νοσήματα.

- Ανάλυση της αντιστοιχίας ζήτηση - προσφορά υπηρεσιών υγείας.

II) Κατάρτιση προγραμμάτων.

Όταν τα παραπάνω ολοκληρωθούν, θα συμβάλλουν στη γνωριμία της **συνολικής πραγματικότητας** μίας περιοχής που μπορεί να οδηγήσει στη σύσταση ενός ΧΑΡΤΗ ΚΙΝΔΥΝΩΝ της συγκεκριμένης περιοχής. Ο χάρτης κινδύνων:

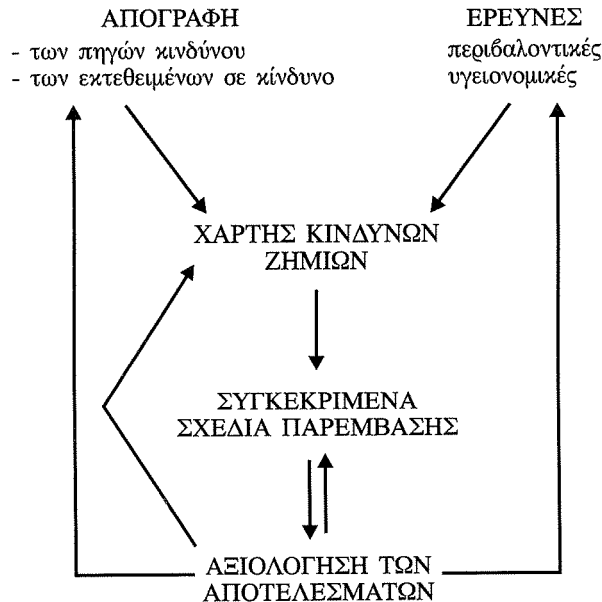
- Εντοπίζει κατά προσέγγιση τις κυριότερες πηγές νοσηρότητας της περιοχής.

- Αναγνωρίζει τη φύση των πιο διαδεδομένων και σοβαρών κινδύνων.

Βάσει των παραπάνω καταρτίζονται **συγκεκριμένα σχέδια παρέμβασης**.

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων είναι απαραίτητη για τον έλεγχο της ορθότητας των προσεγγίσεων και των λύσεων που δόθηκαν. Επίσης, για την εξασφάλιση θετικής ανάδρασης (feed back) ανάμεσα στο αποτέλεσμα και την κατάρτιση νέων προγραμμάτων.

ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



Θα ήταν υπερβολικό να πεί κανείς, πώς οποιοδήποτε πρόγραμμα δεν εντάσσεται στο προηγούμενο σχήμα, είναι καταδικασμένο να αποτύχει. Τα παραπάνω αποτελούν όμως μια στέρεη βάση αναφοράς για προγράμματα που γίνονται με τις μικρές ίσως δυνάμεις μιας περιοχής.

III) Συντονισμός και διαχείριση ενός προγράμματος υγείας.

Η αποφυγή σπατάλης ανθρωπίνων και υλικών πόρων και η μεγιστοποίηση της ωφελιμότητας ενός προγράμματος σε σχέση με το κόστος είναι το μόνιμο μέλημα όσων ασχολούνται με την κατάρτιση του. Ένα πρόγραμμα στην εφαρμογή του έχει ανάγκη από χρηματοδότηση και ειδικότητες που είναι δύσκολο να σχεδιαστούν με λεπτομέρεια. Για το λόγο αυτό προτείνουμε ένα σχέδιο προγράμματος υγείας το οποίο θα βοηθήσει στη διερεύνηση πιθανών προβλημάτων που θα προκύψουν στην πορεία εφαρμογής του:

ΣΧΕΔΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

1. Αναγκαιότητα του προγράμματος.
2. Επιλογή του χώρου εφαρμογής του.
3. Εντοπισμός και ενημέρωση των πολιτών που θα δεχθούν τις παρεχόμενες από το πρόγραμμα υπηρεσίες.
4. Εφαρμογή του προγράμματος.
5. Αξιολόγηση.
6. Μελέτη κόστους - ωφέλειας του προγράμματος.

1. Αναγκαιότητα του προγράμματος.

Εξαρτάται από τις επιπτώσεις του προβλήματος στην υγεία του πληθυσμού. Οι επιπτώσεις αυτές πρέπει να είναι επιδημιολογικά τεκμηριωμένες.

2. Επιλογή του χώρου εφαρμογής του προγράμματος (γεωγραφικού - πληθυσμιακού).

Βασικό κριτήριο επιλογής είναι ο σκοπός του προγράμματος να αποτελεί προτεραιότητα για την περιοχή που απευθύνεται. Άλλα σημαντικά κριτήρια είναι η δυνατότητα εξεύρεσης ανθρωπίνων και υλικών πόρων. Η αναζήτηση των ανθρωπίνων πόρων θα γίνει στο χώρο των επιστημόνων που εργάζονται σε δομές υγείας στην περιοχή. Οργανωμένη ροή πληροφοριών, στενή και μακροχρόνια συνεργασία με τις δομές στις οποίες εργάζονται, όπως επίσης και ισότιμη κατανομή ευθυνών, θα βοηθήσουν στην επιτυχημένη πορεία του προγράμματος. Στην κατεύθυνση αυτή μπορούν να δράσουν επίσης ευαισθητοποιημένοι και διαθέσιμοι πολίτες. Οι καλές δημόσιες σχέσεις της αρχικής ομάδας θα βοηθήσουν στην κινητοποίηση τέτοιων πολιτών.

Για προγράμματα που αναφέρονται σε προβλήματα όλης της επικράτειας, βασικό κριτήριο επιλογής είναι η περιοχή και ο πληθυσμός της να μπορεί να λειτουργήσει αντιπροσωπευτικά. Ένα πρόγραμμα π.χ. για την υπέρταση στην περιοχή της Λιβαδειάς, που είναι χαρακτηριστική επαρχιακή πόλη, θα μπορέσει να προσαρμοστεί ευκολότερα και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας.

3. Εντοπισμός και ενημέρωση των πολιτών που θα δεχθούν τις παρεχόμενες από το πρόγραμμα υπηρεσίες.

Εδώ είναι απαραίτητη η εξασφάλιση συμμετοχής των φορέων της κοινότητας και η αποδοχή και συνεργασία των τοπικών ηγετών. Γι' αυτό, μπορεί να χρειαστεί ένα προκαταρκτικό στάδιο αγωγής υγείας.

Προβλήματα μπορεί να προκύψουν από λανθασμένη αντίληψη της αγωγής υγείας ή λόγω τοπικών συμφερόντων (π.χ. "εμείς δεν έχουμε AIDS στο νησί μας"). Σεβασμός των τοπικών ηθών και εθίμων, όπως είναι η γνώση των μορφωτικών χαρακτηριστικών της κοινότητας που θα συντελέσουν στην αποφυγή των παραπάνω προβλημάτων.

4. Εφαρμογή του προγράμματος

Σκόπιο είναι να υπάρξει καλή οργάνωση στην προσέγγιση, καταγραφή και διαχείριση του δείγματος των πολιτών, στο οποίο θα εφαρμοσθεί το πρόγραμμα (π.χ. μελετημένα ερωτηματολόγια, ταξινόμηση των δεδομένων κατά φύλο, ηλικία κ.λπ., επιμελημένη αρχειοθέτηση).

Στη συνέχεια, πρέπει να μεριμνηθεί ώστε το δείγμα αυτό να αποκομίσει συγκεκριμένα οφέλη (π.χ. θεραπεία για όσους βρεθούν υπερτασικοί, αν πρόκειται για ένα αντιυπερτασικό πρόγραμμα).

Ενας καλός οικονομικός και χρονικός σχεδιασμός (συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα) του προγράμματος θα βοηθήσουν στην ωφελιμότερη αξιοποίηση των οικονομικών πόρων.

5. Αξιολόγηση.

Τόσο κατά τη διάρκεια όσο και στο τέλος του προγράμματος είναι απαραίτητη η εφαρμογή αξιολογικών κριτηρίων, ώστε να ελέγχεται η ορθή πορεία και η εξέλιξη του.

Στο τέλος του προγράμματος γίνεται συνολική εκτίμηση της προόδου στην υγεία του πληθυσμού στον οποίο εφαρμόστηκε. Η εκτίμηση αυτή βασίζεται στη χρήση *δεικτών υγείας* του πληθυσμού, (π.χ. νοσηρότητα, θνησιμότητα

$$= \frac{\text{(θάνατοι σ' ένα χρόνο x 1000), θνητότητα}}{\text{ενδιάμεσος πληθυσμός τον ίδιο χρόνο}}$$

$$= \frac{\text{(αριθμός θανάτων από ένα νόσημα x 100), γονιμότητα κ.λπ.}}{\text{αριθμό περιπτώσεων νοσήματος}}$$

πριν και μετά την εφαρμογή.

Καλό είναι επίσης να γίνει μια εκτίμηση των πιθανών θετικών αποτελεσμάτων που μπορεί να έχει το πρόγραμμα και σε συναφή προβλήματα υγείας: π.χ. μείωση των καρδιοπαθειών σ' ένα πρόγραμμα για την υπέρταση, μείωση της σύφιλης σ' ένα πρόγραμμα κατά της διασποράς του AIDS.

6. Μελέτη κόστους - ωφέλειας.

Είναι απαραίτητη η συνεργασία με άλλους ειδικούς επιστήμονες (π.χ. στατιστικούς, μαθηματικούς) και η χρήση μαθηματικών μοντέλων, ώστε να εντοπισθεί ο λόγος: *ωφέλεια στον τομέα εφαρμογής* του προγράμματος.

συνολικό χρηματικό κόστος

Η διαδικασία αυτή έχει εγγενείς αδυναμίες λόγω της δυσκολίας να εκφραστούν προβλήματα υγείας με μαθηματικά μοντέλα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα προβλήματα μεθοδολογίας των προγραμμάτων υγείας δεν είναι δυνατόν να εξαληφθούν στο παρόν άρθρο εφόσον η μεθοδολογία και η διαχείριση τέτοιων προγραμμάτων δεν αποτελούν συγκεκριμένη, αυτόνομη θεωρητική-επιστημονική οντότητα. Εδώ προσπαθήσαμε μόνο να ιχνογραφήσουμε το πλήθος των προβλημάτων και παραμέτρων μπροστά στα οποία βρίσκονται οι λειτουργοί της υγείας, όταν σχεδιάζουν προγράμματα.

Συχνά η πραγματικότητα προδίδει τις προσδοκίες μας. Η προτεραιότητα στα προγράμματα υγείας γίνεται δύσκολα αποδεκτή από τα κέντρα αποφάσεων και κατανομής πόρων. Παρ' όλα αυτά, η τακτική των μικρών δημάτων, η συσσώρευση εμπειρίας απ' αυτά, η μακροπρόθεσμη προσπάθεια ενημέρωσης φορέων, πολιτών, ιδρυμάτων μπορούν να φωτίσουν το δύσκολο δρόμο που λέγεται "προγράμματα υγείας στην κοινότητα".

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Vaughan G.P., Morrow R.H., *Manual of the Epidemiology for District Health Management*, "WHO", Geneva 1989.
- World Health Organization, *Health System Research and Intersectoral Collaboration in Veterinary Public Health: Report of a Who Consultation*, WHO/CDS/VPH, 90/88, 1991.
- World Health Organization Regional Office for Europe, *Measurement of levels of Health*, Who Regional Publication, European Series No 7, Ed. by Walter W. Holland, Johannes Ipsen & Jan Kstrzczyui, Copenhagen 1989.
- World Health Organization Regional Office for Europe, *The Evaluation of Public Health Programmes*, Vourgas 29 September, Copenhagen 1972.
- World Health Organization Regional Office for Europe, *The Application of Epidemiology to the Planning & Evaluation of Health Services*, 19-23 November, Copenhagen 1973.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ
ΕΠΙ - ΑΝΤΙ - ΚΑΤΑ ΛΟΓΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ

Κρασανάκης Στέλιος

Ψυχίατρος

*Συνεργάτης του Προγράμματος αντιμετώπισης της Εξάρτησης “ΘΗΣΕΑΣ” και του
Συνδέσμου Αποκατάστασης Τοξικομανών*

Καταλογοιθήσονται σοι άπαντα

Το κείμενο που ακολουθεί αντιστάθηκε για πολύ καιρό στη διατύπωση, στη διαμόρφωση και στην τελική του έκθεση.

Πρωταρχικά, η ίδια η φύση του αντικειμένου που εκαλείτο να προσπελάσει, να προσδιορίσει και να διευκρινίσει, η ίδια η αναζήτηση του πυρήνα του απομακρυνόταν, όπως απομακρύνεται, θολώνει και κατακεραματίζεται το προφίλ της εποχής μας. Ίσως, η ελλειμματική, απελπισμένη, μα διωμένη αναζήτηση να αποτελεί την ανύπαρκτη αλήθεια για την εξάρτηση.

Επίσης, όλες οι διαπιστώσεις, επισημάνσεις και προτάσεις που έχω να εκθέσω αποτελούν πρακτικές, παρατηρήσεις, σκέψεις, ανησυχίες και αναρωτιόμυνα, εάν είχα το δικαίωμα να τις εκφράσω και να επιχειρήσω να προσλάβουν έναν καθολικότερο χαρακτήρα. Διευκρινίζω λοιπόν, ότι δεν επιχειρώ να επιβάλω τίποτα και σε κανέναν. Το αντικείμενο ξέλλου αποτρέπει τέτοιες ενέργειες. Μοναδική μου επιθυμία είναι, να μοιραστώ αυτές τις αυστηρά προσωπικές παρατηρήσεις, αυτές τις σελίδες ημερολογίου χωρίς σκοπιμότητες, δεσμεύσεις ή δήθεν προοδευτικές και ελευθεριάζουσες “φανφάρες”.

Τα τελευταία οκτώ χρόνια έχω ασχοληθεί με το χώρο της απεξάρτησης σε όλες τις φάσεις, σε όλα τα επίπεδα και στους περισσότερους χώρους που ασχολούνται με αυτό το αντικείμενο.

Η εμπειρία μου και η γνώση που έχω αποκομίσει από την πρακτική πλευρά της εργασίας μου, μου προξενούν συχνά θυμό, οργή και απορία με όσα ακούω, βλέπω και πολύ περισσότερο

υποψιάζομαι γύρω μου, σχετικά με τις εξαρτήσεις. Και δεν νομίζω, ότι υπάρχει πλέον άγνοια, αλλά παραπληροφόρηση και πολύ *ομίχλη*: ένα μεγάλο μέρος δε της ευθύνης φέρουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Δεν θα ασχοληθώ εδώ εκτενέστερα με το θέμα: πιστεύω όμως, και το έχω και παλαιότερα τεκμηριώσει, ότι η ίδια η φύση των ΜΜΕ. είναι απαγορευτική για σοβαρή ενασχόληση με το πρόβλημα της εξάρτησης, αφού το ίδιο το μέσο λειτουργεί με ναρκωτικό τρόπο και επιφέρει εξαρτήσεις.

Κάποιοι χώροι όπως τα ΜΜΕ ή η Εκκλησία, δεν μπορούν από την ίδια τους τη φύση να ασχοληθούν με το θέμα. Θα μπορούσαν ίσως να ασχοληθούν με διαφορετικό τρόπο ή εάν το ενδιαφέρον τους είναι τόσο σημαντικό, να προκαλέσει αλλαγές και τροποποιήσεις στην ίδια τη δομή τους και τη λειτουργία τους.

Παρενθετικά πρέπει εδώ να πώ, ότι αφού η χρήση ναρκωτικών ουσιών αποτελεί την *αιχμή του δόρατος*, το αποτέλεσμα και όχι την αιτία μίας προϊούσης και γενικευμένης κρίσης της εποχής μας, η εμπλοκή όλων των φορέων της δημόσιας ζωής, από τους πολιτικούς και τα ΜΜΕ έως την Εκκλησία και την Παιδεία, και γενικότερα της εξουσίας σε όλες τις τις μορφές - και μπορεί να πάρει πολλές - είναι αναπόφευκτη.

Ας ασχοληθεί όμως ο καθένας με το κομμάτι που του αναλογεί και ας μην εμπλέκεται ο ένας στην περιοχή του άλλου με αλληλοαναρουόμενες απόψεις.

Γινόμαστε καθημερινά μάρτυρες της διαχείρισης του χώρου από ανθρώπους, οι οποίοι δεν έχουν καμία πρακτική επαφή με το πρόβλημα της εξάρτησης και μόνον θεωρητικά γνωρίζουν τί συμβαίνει στη χώρα μας ή στο εξωτερικό: οι μεθοδευσεις τους όμως επηρεάζουν την κοινή γνώμη, την πολιτική και τη γενικότερη στάση γύρω από το θέμα.

Δεν αναλαμβάνει κανένας την ευθύνη και δεν αναρωτιέται κανείς για τη δύναμη του δημόσιου λόγου - ή μήπως τη γνωρίζουν και την αξιοποιούν; - και την επίδραση που μπορεί να έχει, για το τί θα προκύψει από το σπόρο που ρίχνουν στο μέλλον ή για το πόσο θα επηρεαστεί ένα εξαρτημένο άτομο και προς πια κατεύθυνση θα οδηγηθεί. Γιατί ο τελικός αποδέκτης όλης της ιστορίας είναι ο εξαρτημένος ή ο δυνητικά εξαρτημένος.

Ακόμη και τα ίδια τα θεραπευτικά προγράμματα χρησιμοποιούν συχνά σε θεραπευτικό ρόλο ανθρώπους, που ο ρόλος τους θα έπρεπε να είναι διαφορετικός.

Φοβάμαι, ότι επειδή η θεραπευτική διαδικασία στο χώρο της απεξάρτησης είναι γοητευτική, μπορεί να γίνει και επικίνδυνη. Φοβάμαι επίσης, ότι θα φθάσει μία εποχή όπου το “αγαπάτε αλλήλους” θα αντικατασταθεί από το “θεραπεύετε αλλήλους”. Τούτο δεν σημαίνει, ότι δεν αναγνωρίζω την αναγκαιότητα για αλλαγή του πλαισίου σε χώρους, όπου εφαρμόζεται είτε η πρωτογενής είτε η δευτερογενής, είτε η τριτογενής πρόληψη. Τα πρόσωπα - από τους θεραπευτές μέχρι τους υπεύθυνους καθαριότητας - υιοθετούν μία άλλη συμπεριφορά, αλλά και οι χώροι ενός νοσοκομείου αποκτούν άλλο ύφος. Το προσωπικό ενός δήμου αλλάζει νοοτροπία ή ακόμη και το εκπαιδευτικό σύστημα ενός σχολείου, στο οποίο εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα πρόληψης, υποβάλλεται σε τροποποιήσεις ή ακόμη και μεταρρυθμίσεις.

Όπου εφαρμόζονται προγράμματα απεξάρτησης, τα προβλήματα του κοινωνικού συστήματος αναφέρονται και επιζητούν πεισματικά τη λύση τους.

Η συνύπαρξη των προγραμμάτων αυτών με τις δομές, τις νοοτροπίες και τις μεθόδους της εξουσίας, είναι μη συμβατή και προκαλεί συγκρούσεις. Συγκρούσεις τις οποίες όχι μόνον οφείλουμε να μην παρακάμπουμε, να μην αποφεύγουμε και να μην καλύπτουμε, αλλά αντίθετα να τις αξιοποιούμε και να τις προωθούμε, διότι η διαδικασία της απεξάρτησης δεν έχει σχέση με σωτηριολογικές τεχνικές αλλά συγκρουσιακές.

Είναι σαφές, ότι η εφαρμογή προγραμμάτων απεξάρτησης είναι πολλαπλά αξιοποιήσιμη και η αξία τους και χρησιμότητά τους αυτονόητη, ως μοχλός αλλαγής.

Νομίζω λοιπόν, ότι η αμφισβήτησή τους είναι τουλάχιστον ύποπτη και μηνύματα του τύπου *“ο εξαρτημένος δεν αποθεραπεύεται ποτέ”*, είναι αβάσιμα. Δεν θα παγιδευτώ σε ποσοστά, θέλω απλά να μεταφέρω την πίκρα και το θυμό εκατοντάδων, χιλιάδων ίσως απεξαρτημένων, που ακούν καθημερινά να ακυρώνεται ο σημαντικός αγώνας τους να ξεφύγουν από την εξάρτηση.

Ακόμη και ένας να ξεφύγει από την τοξικοεξάρτηση, αξίζει κάθε προσπάθεια. Όπως δήλωσε πρόσφατα σε μιά συνέντευξή του ο Κριστόφ Κισλόφασκι, μία κοπέλα που συνάντησε στη Γαλλία του είπε, ότι η ταινία του *“Η διπλή ζωή της Βερόνικα”* τη δόηθησε να κατανοήσει, τί είναι η ψυχή και ότι άξιζε να γυριστεί αυτή η ταινία και μόνο γι’ αυτήν.

Θα ήθελα εδώ να σταθώ σε κάποια σημαντικά, νομίζω, σημεία όσον αφορά και στις τρεις φάσεις της πρόληψης, με ιδιαίτερη έμφαση στην τριτογενή. Στην πρωτογενή πρόληψη νομίζω πως στόχος μας πρέπει να είναι η διάλυση των μύθων που συσχετίζονται με τα ναρκωτικά όπως: η αιτία της τοξικομανίας είναι τα ναρκωτικά, η τοξικομανία είναι αρρώστια, κάθε χρήστης είναι και τοξικομανής, πρόληψη σημαίνει φόβος και πανικός, οι ομάδες διαχωρίζονται σε υψηλού και χαμηλού κινδύνου, κ.λπ.

Επιδιώξή μας είναι η ενθάρρυνση της δημιουργικότητας, της συνεργασίας και της υπευθυνότητας. Θα τολμούσα να πώ, ότι πρωτογενής πρόληψη σημαίνει να επιτρέπουμε στους νέους να αντικρύσουν τον κόσμο, όπως αυτός είναι πραγματικά, και όχι διαθλασμένο και εξωραϊσμένο από τη δική μας οπτική γωνία και το κυριότερο να καταλάβουν, ότι το κακό, και όχι το καλό, με όλες του τις μορφές θα ευρίσκεται διαρκώς δίπλα μας και η μάχη μαζί του θα είναι επίπονη και διαρκής.

Στη δευτερογενή πρόληψη η θεραπεία πρέπει να γίνεται στα πλαίσια ενός θεραπευτικού προγράμματος. Θα πρέπει δε, να υπάρχουν προγράμματα διαφορετικού τύπου, ώστε ο εξαρτημένος να επιλέγει εκείνο που του ταιριάζει.

Παράλληλα, είναι απαραίτητο να εμπλέκεται στη θεραπευτική διαδικασία ολόκληρη η οικογένεια, ώστε να είναι έτοιμη όχι μόνον να δεχτεί τις αλλαγές του απεξαρτημένου, αλλά και να συμβάλει στην αλλαγή των σχέσεων και της δυναμικής του οικογενειακού συστήματος.

Για την τριτογενή πρόληψη, ευρύτερα γνωστή ως επανένταξη του απεξαρτημένου, έχω να επισημάνω δέκα σημεία:

1) Ο όρος *επανάταξη* είναι νομίζω λανθασμένος γιατί ο εξαρτημένος δεν ήταν ποτέ ουσιαστικά και λειτουργικά ενταγμένος στον κοινωνικό ιστό· ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια που η έναρξη της χρήσης γίνεται από την εφηβική ηλικία. *Ενταξη* λοιπόν και όχι *επανάταξη*.

2) Δεν νομίζω, ότι μπορεί να υπάρξει αυτόνομο πρόγραμμα *ένταξης*.

Η τρίτη φάση πρέπει να αποτελεί τμήμα του θεραπευτικού προγράμματος. Ίσως θα μπορούσε να υπάρξει μια τέταρτη φάση του προγράμματος στην κοινότητα για διασύνδεση με τους φορείς. Το σημαντικό σ' αυτήν την περίπτωση είναι ο απεξαρτημένος να εμπιστευτεί και να αισθανθεί έλξη, πράγμα ιδιαίτερα δύσκολο και μακροχρόνιο.

3) Το σημαντικό στη φάση της *ένταξης* είναι, να αρθεί ο φόβος του απεξαρτημένου για το νέο και το καινούργιο στη ζωή του. Εάν η θεραπεία του έχει στόχο να τον απελευθερώσει από την εξάρτηση, η *ένταξη* του έχει στόχο να τον ελευθερώσει προς το καινούργιο που το φοβάται αλλά του είναι απαραίτητο, για να μην παλινδρομήσει.

4) Άλλη δυσκολία που συναντούν οι απεξαρτημένοι είναι η διαφορετικότητα του ψυχοπνευματικού περιβάλλοντος σ' ένα πρόγραμμα, και εκείνου που συναντούν όταν επιστρέψουν στην οικογένειά, στη γειτονιά, στην εργασία τους. Από την ικανότητά τους να γεφυρώσουν αυτό το χάσμα και να διεκδικήσουν ένα καλλίτερο πολιτισμικό επίπεδο, εξαρτάται και η έκβαση της θεραπείας τους.

5) Προβλήματα επίσης αντιμετωπίζουν και σε σχέση με την ηλικία τους, επειδή έχουν χαθεί τα πιά δημιουργικά τους χρόνια. Επιθυμούν να αναπληρώσουν και συχνά εμφανίζουν συμπεριφορές που αναλογούν σε μικρότερες κλίμακες και το περιβάλλον τους δυσανασχετεί.

6) Υπάρχει συχνά συγκεκριμένη νοοτροπία του απεξαρτημένου· αισθάνεται ότι είναι ανώτερος από τους υπόλοιπους λόγω της εμπειρίας του στον κόσμο των ναρκωτικών αλλά και της αποθεραπευτικής του διαδικασίας, αλλά συγχρόνως και ότι μειονεκτεί λόγω των χαμένων ευκαιριών ή ακόμη και λόγω του κύκλου των ενδιαφερόντων του. Αποτέλεσμα αυτής της διεκδυσίας είναι η αδυναμία του να επικοινωνήσει, η απομόνωση και η γκετοποίησή του τελικά.

7) Απουσιάζει ο εθελοντισμός στους απεξαρτημένους, δεν υπάρχει ενδιαφέρον να ευαισθητοποιήσουν την κοινή γνώμη. Θέλουν να ξεχάσουν αυτό το κομμάτι της ζωής τους και να προχωρήσουν μπροστά. Νομίζω, ότι όλοι κατανοούμε την ανάγκη τους αυτή και σίγουρα δεν πρέπει να επωμίζονται για πάντα την ταμπέλα του απεξαρτημένου. Πρέπει όμως, να αναπτύσσουν την υπευθυνότητά τους και να αισθανθούν τη χαρά της προσφοράς.

8) Εκείνο που εμποδίζει τα άτομα, που ολοκληρώνουν μαζί ένα πρόγραμμα και που ανήκουν σε μία ομάδα, να συνεχίσουν τη σχέση τους και στο μέλλον είναι ότι έχουν κοινό παρελθόν· δεν έχουν όμως κοινούς μελλοντικούς στόχους, και αυτό οφείλουν να το γνωρίζουν και να μην απογοητεύονται. Υπάρχει μεγάλη δυσκολία στους απεξαρτημένους να δώσουν συνέχεια, διάρκεια και προοπτική στα σχέδια και στις ενέργειές τους.

9) Ένα ακανθώδες θέμα για να ενταχθεί ένα άτομο στην κοινωνία είναι η εργασία. Από την εμπειρία μου διαπιστώνω ότι, η ανεύρεση εργασίας πρέπει να γίνεται από τον ίδιο τον

απεξαρτημένο στην προσπάθειά του να ενεργοποιηθεί και ένα πρόγραμμα οφείλει να προσφέρει τα εφόδια και τις επιδεξιότητες για μία εργασία, όχι όμως την ίδια την εργασία. Και πρέπει να υπενθυμίσω, ότι το ίδιο αρνητικό αποτέλεσμα όσον αφορά στην παλινδρόμηση έχει τόσο η έλλειψη εργασίας όσο και η υπερβολική, πολύωρη και εξαντλητική εργασία, διότι η κούραση οδηγεί σε υποτροπή.

10) Αφησα για το τέλος εκείνο που έχω παρατηρήσει στις ομάδες Δραματοθεραπείας, με τις οποίες εργάζομαι. Οτι στη φάση της κοινωνικοποίησης γίνεται ουσιαστικά μία “πρόδα ζωής”, ένα ελεύθερο “στρυφογύρισμα” σε ρόλους ζωής, μέχρι να βρει εκείνο το ρόλο που τον εκφράζει, μέχρι να βρει την ταυτότητά του. Γιατί το ζητούμενο της θεραπείας του είναι η ανεύρεση της ταυτότητάς του δηλαδή το σύνολο των κοινωνικών ρόλων που επιλέγει.

Θα ήθελα ολοκληρώνοντας να αναφέρω ότι, σημαντικό στη διαδικασία της απεξάρτησης είναι η δυνατότητα **αντιστροφής** μίας κατάστασης, η οποία είναι εφικτή, παρά τις δυσκολίες που εμφανίζει.

Αισθάνεσαι, ότι εργάζεσαι σε μονάδα εντατικής θεραπείας και ότι στην εντατική δεν βρίσκεται μόνο ο εξαρτημένος αλλά ολόκληρη η κοινωνία με εκείνον μέσα. Χρειάζεται μία συνολική επανατοποθέτηση των αναγκών μας, των σχέσεών μας: επαναπροσδιορισμός της έννοιας άνθρωπος σήμερα. Και γι’ αυτό απαιτείται χρόνος, πίστη και μαχητικότητα. Υπάρχει μεγάλη δυσκολία για συμπαράγωγή νοήματος ζωής και καθένας απολαμβάνει ανάλογα με τη συμμετοχή του και την έκθεσή του. Αυτή ακριβώς η δυσκολία γεννά την ελπίδα. Είναι το αντίβαρο για την απελπισία και το αίσθημα απαισιοδοξίας που προξενεί ένα μέλλον δυσοίωνο, διότι ελπίδα είναι ο τρόπος να συλλάβει κάποιος το μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1) Olievenstein Claude, | <i>Η ζωή του Τοξικομανή</i> , Εκδ. Παλλάδα, Αθηνά 1982. |
| 2) Tavistock, | <i>The international handbook of addictive behaviour</i> , Tavistock & Routledge, London & New York 1991 |
| 3) Κανκρίνι, | <i>Τοξικομανίες</i> , Βιβλιοθήκη Βασικών Γνώσεων, |
| 4) MOTHNER IRA
& Weirz Alan, | <i>How to Get off Drugs</i> , Penguin HEALTH. |
| 5) Δημητριάδης Δ, | <i>Κατάλογοι 1-4, εκδόσεις Άγρα, Αθήνα 1980.</i> |

ISBN 960-7509-02-1