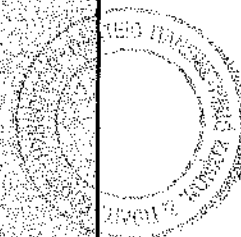


**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ»
ΤΟΜΕΑΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ**



Διπλωματική εργασία με θέμα:
Στάσεις και χαρακτηριστικά των εξαρτημένων χρηστών ηρώνης που
συμμετέχουν στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης με μεθαδόνη

Τριμελής Επιτροπή:
Επικ. Καθηγ. Χ. Ζαραφονίτου, Δρ. Ι. Τσιγκανού, Καθηγ. Ι. Φαρσεδάκης

Υπεύθυνη εργασίας: Μαρία Μαρούλη
ΑΜ: 399Μ008

ΑΘΗΝΑ 2001

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία, περιλαμβάνει την περιγραφή των μοντέλων που εφαρμόζονται για την θεραπεία της ουσιοεξάρτησης, ενώ γίνεται αναφορά και στην διαδικασία της σωματικής απεξάρτησης που προηγείται της θεραπείας.

Στην συνέχεια, ακολουθεί, παράθεση στατιστικών στοιχείων για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα και περιγραφή των θεραπευτικών προγραμμάτων που λειτουργούν στην χώρα μας και στην υπόλοιπη Ευρώπη, με εκτενή αναφορά στον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών και το Πρόγραμμα Υποκατάστασης.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, περιγράφονται και αναλύονται τα χαρακτηριστικά και οι στάσεις των εξαρτημένων χρηστών ηρωίνης που συμμετέχουν στο πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη, με σκοπό την αξιολόγηση του προγράμματος από τους ίδιους τους θεραπευόμενους.

Λέξεις κλειδιά:

Χρήση ηρωίνης, μείωση βλάβης, υποκατάσταση, μεθαδόνη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Πρώτο κεφάλαιο

-Εισαγωγή	4-5
-Θεωρητικό μοντέλο-Ερευνητικές Υποθέσεις	6

Δεύτερο κεφάλαιο

-Θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης

Εισαγωγή	7-9
Σωματική απεξάρτηση	10-11
Θεραπευτικά μοντέλα	12-14
Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις	15-19
Ομάδες αυτοβοήθειας	20-22
Θεραπευτικές κοινότητες	23-24
Φαρμακοθεραπείες	25-37
Θεραπείες με βότανα	38
Άλλου είδους θεραπευτικές προσεγγίσεις	38

Τρίτο κεφάλαιο

-Η θεραπεία στην Ελλάδα και το εξωτερικό

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα	39-43
Θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα	44-47
ΟΚΑΝΑ-Πρόγραμμα Υποκατάστασης	48-63
ΚΕΘΕΑ	64-66
Θεραπευτικές κοινότητες	67-68
Πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης (ΨΝΑ)18 Άνω	69-71
Συγκρίσεις Ελλάδας-Ευρώπης	72-78

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Τέταρτο κεφάλαιο

Μεθοδολογία.Δυσχέρειες-Προβλήματα	79-84
Περιγραφή του δείγματος	85-94
Ανάλυση στάσεων του δείγματος	95-143
Παρουσίαση των αποτελεσμάτων	144-149

Πέμπτο κεφάλαιο

Συμπεράσματα	150-153
-Βιβλιογραφία	154-160

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Πρώτο Κεφάλαιο

Εισαγωγή-Θεωρητικό μοντέλο

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία, έχει ως σκοπό να μελετήσει τις στάσεις των ατόμων που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης με μεθαδόνη.

Αυτός ο τρόπος θεραπείας των εξαρτημένων χρηστών είναι εντελώς διαφορετικός από αυτούς που γνωρίζαμε μέχρι πρόσφατα στην Ελλάδα. (π.χ. θεραπευτικές κοινότητες)

Έτσι, θεωρήθηκε χρήσιμη μετά από πέντε, σχεδόν, χρόνια λειτουργίας του Προγράμματος Υποκατάστασης, η αξιολόγησή του από τους ίδιους τους θεραπευόμενους.

Συμπερασματικά θα λέγαμε, ότι σκοπός της εργασίας είναι να αναδειχθεί εάν αυτή η μέθοδος θεραπείας της τοξικοεξάρτησης, είναι κατάλληλη και αν όντως λειτουργεί θετικά για τους εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης.

Επειδή ακριβώς η παρούσα εργασία θα επικεντρωθεί στην μελέτη των στάσεων των θεραπευομένων, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποιοτικής, εις βάθος συνέντευξης.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη: το θεωρητικό (δύο κεφάλαια) και το ερευνητικό μέρος (ένα κεφάλαιο).

Στο πρώτο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται οι υποθέσεις εργασίας που θα τεθούν υπό έλεγχο.

Στα δύο επόμενα κεφάλαια παρουσιάζονται οι διάφορες μέθοδοι αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης. Ανάμεσα σε αυτές είναι και οι φαρμακοθεραπείες όπου αναλύεται και η μέθοδος της υποκατάστασης με μεθαδόνη.

Επίσης γίνεται εκτενής αναφορά και στην πολιτική της μείωσης της βλάβης, εφόσον η παραπάνω μέθοδος αποτελεί ένα από τα μέσα άσκησης αυτής της πολιτικής.

Αναφέρονται επίσης, στατιστικά στοιχεία για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα και τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν, με ιδιαίτερη αναφορά στον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), όπου εφαρμόζεται η μέθοδος υποκατάστασης της εξάρτησης με την χορήγηση μεθαδόνης.

Στο τέλος των κεφαλαίων, αναφέρεται η κατάσταση των ναρκωτικών, αλλά και οι τρόποι αντιμετώπισής της στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και συγκρίνονται με αντίστοιχα στοιχεία για την Ελλάδα.

Στο τελευταίο μέρος της εργασίας, περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις και αναλύονται οι στάσεις τους απέναντι στο πρόγραμμα.

Θεωρητικό μοντέλο-Ερευνητικές υποθέσεις

Ο προβληματισμός γύρω από τον οποίο θα κινηθεί η συγκεκριμένη έρευνα,είναι η αξιολόγηση του προγράμματος υποκατάστασης,από τους ίδιους τους συμμετέχοντες σε αυτό.

Επιλέχθηκε,να μελετηθούν οι απόψεις των ίδιων των θεραπευόμενων,εφόσον οι όποιες συνέπειες προκύψουν από την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα,αφορούν τους ίδιους και το περιβάλλον τους.

Οι παρακάτω θεωρητικές υποθέσεις,προέκυψαν από την εικόνα που πρόβαλλαν τα ΜΜΕ,το πρώτο διάστημα ίδρυσης του προγράμματος,και μετέπειτα προβληματισμούς που ανέκυψαν,για την αποτελεσματικότητα και την συμβολή του στον τομέα της θεραπείας των χρηστών ηρωίνης.

Οι επιμέρους θεωρητικές υποθέσεις που θα τεθούν υπό έλεγχο είναι:

- Η μεθαδόνη αποτελεί το κίνητρο για εισαγωγή στο πρόγραμμα.
- Βελτίωση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος του χρήστη,σε σχέση με το διάστημα της χρήσης.
- Μεγαλύτερες δυνατότητες επαγγελματικής αποκατάστασης,σε σχέση με το διάστημα της χρήσης.
- Βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης.
- Βελτίωση της υγείας.

Δεύτερο Κεφάλαιο

Θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης

Εισαγωγή

Πριν από κάθε προσπάθεια θεραπευτικής αντιμετώπισης της τοξικοεξάρτησης, πρέπει να δοθεί έμφαση όχι μόνο στο αποτέλεσμα (εξάρτηση), αλλά και στην αιτία εμφάνισης της εξάρτησης (πρόληψη).

Το πρώτο βήμα, είτε για την πρόληψη είτε για την θεραπεία της εξάρτησης, είναι να κατανοηθούν οι γενεσιουργοί παράγοντες της, προκειμένου αυτή να αντιμετωπιστεί με τους κατάλληλους τρόπους.

Στην εξάρτηση, οδηγεί ένας συνδυασμός παραγόντων. Μεταξύ αυτών είναι η οικογένεια, το σχολείο, η εκάστοτε νομοθεσία, οι αξίες κάθε κοινωνίας κ.λ.π. Η εξάρτηση, είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, με συνέπειες όχι μόνο για την κοινωνία, αλλά και για το ίδιο το άτομο και το περιβάλλον του.

Μην ξεχνάμε ότι πρόκειται για ένα κοινωνικό φαινόμενο και τα κοινωνικά φαινόμενα είναι πολύπλευρα και ως τέτοια πρέπει να προλαμβάνονται και να αντιμετωπίζονται.

Ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό χρηστών ουσιών δεν έχει οδηγηθεί στην εξάρτηση. Υπάρχουν τρία μοντέλα για την εξάρτηση που εξηγούν γιατί δεν οδηγούνται όλοι οι χρήστες σ' αυτό το σημείο. (Wilbanks 1989, 1992, Schaler, 1991, που αναφέρεται στον Schilit, 1991, σσ.349-350).

- ♦ Το πρώτο μοντέλο είναι το ιατρικό, σύμφωνα με το οποίο η κατάχρηση ουσιών και ο εθισμός είναι μια ασθένεια και ο χρήστης θεωρείται ότι δεν είναι υπεύθυνος για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

♦ Ένα δεύτερο μοντέλο, είναι αυτό της ελεύθερης θέλησης ή μάθησης. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο ο χρήστης είναι υπεύθυνος για τις πράξεις του μέσα από αξίες που έχει μάθει και τον οδήγησαν σ' αυτόν τον τρόπο ζωής, και κατά τον ίδιο τρόπο μπορεί να τον αλλάξει.

♦ Το τρίτο μοντέλο, είναι το ηθικό ή ηθικοπλαστικό μοντέλο, το οποίο θεωρεί τη χρήση ως ελεύθερα επιλεγμένη συμπεριφορά και τις ανάλογες πράξεις ως μη ηθικές.

Ο τρόπος με τον οποίο κάθε μοντέλο βλέπει τον χρήστη και τη χρήση καθορίζει και τον ανάλογο τρόπο αντιμετώπισης.

Έτσι το πρώτο μοντέλο αναφέρεται στη θεραπεία, το δεύτερο στην εκπαίδευση και το τρίτο στην τιμωρία.

Το βασικότερο σε κάθε προσπάθεια θεραπευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης, είναι να τεθούν από τον θεραπευτή αρχικά στόχοι βραχυπρόθεσμοι, ώστε να γίνουν αποδεκτοί από τον χρήστη και να δημιουργηθεί μια σχέση ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο και αφού επιτευχθεί αυτό, να τεθούν οι μελλοντικοί στόχοι που ίσως αρχικά να φοβίζονται τον χρήστη και να τον αποθαρρύνουν.

Στην συνέχεια, τίθενται μακροπρόθεσμοι στόχοι που είναι: η πλήρης και σταθερή αποχή από τη χρήση ουσιών καθώς και η επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση του χρήστη. (Λιάππας, 1999, σσ. 223-224)

Σύμφωνα με τις σημερινές θεραπευτικές αντιλήψεις, η θεραπευτική παρέμβαση αποτελεί μέρος των εμπειριών των χρηστών και έρχεται σε αντίθεση με την προηγούμενη ζωή τους.

Η θεραπεία, όμως, θα προσανατολιστεί σε σχέση με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον της χρήσης και την επιθυμία του χρήστη για αλλαγή.

Έτσι, ο χρήστης δεν αντιμετωπίζεται πλέον ως ασθενής.

Διαμορφωτικός παράγοντας στην αλλαγή του χρήστη είναι, το κίνητρο για θεραπεία, το οποίο ποικίλλει σε κάθε φάση της ζωής του και αρχίζει από την άρνηση του προβλήματος μέχρι την απόφαση για απεξάρτηση.

Ο Raistrick αναφέρει 4 στάδια αλλαγής του χρήστη: (Λιάππας, 1999, σ.225).

Το στάδιο άρνησης του προβλήματος, το στάδιο αποδοχής του προβλήματος, το στάδιο αποχής από την ουσία και το στάδιο διατήρησης της αποχής.

Φυσικά κατά τη διαδικασία αυτή πολλές φορές ο χρήστης μπορεί να υποτροπιάσει.

Η επιτυχής ωστόσο έκβαση της θεραπείας εξαρτάται από παράγοντες όπως:

το είδος της θεραπείας, ο χώρος διεξαγωγής της, η συχνότητα της θεραπείας καθώς και τα χαρακτηριστικά του χρήστη και του θεραπευτή.

Κάθε πρόγραμμα θεραπείας μπορεί να λειτουργήσει σωστά για συγκεκριμένους πληθυσμούς χρηστών.

Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο να υπάρχει ποικιλία στα θεραπευτικά προγράμματα έτσι ώστε ο χρήστης να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει, ανάλογα με τις ανάγκες του, αυτό που του ταιριάζει. (Λιάππας, 1999, σ.224)

Σωματική απεξάρτηση

Ο χρήστης πριν προχωρήσει σε οποιοδήποτε πρόγραμμα αποκατάστασης,θα πρέπει να ξεπεράσει τα συμπτώματα στέρησης της ουσίας,στην περίπτωση που η χρήση έχει προκαλέσει σωματική εξάρτηση.

Σωματική απεξάρτηση,είναι η διαδικασία μέσω της οποίας διακόπτεται η χρήση της ουσίας που οδήγησε στην εξάρτηση.

Ωστόσο,έχει παρατηρηθεί ότι κάποιοι ακολουθούν ένα πρόγραμμα απεξάρτησης μόνο για να μειώσουν την ουσία που τους έχει εξαντλήσει, και έτσι κάποιοι από αυτούς είτε σταματούν είτε δεν συνεχίζουν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η σωματική απεξάρτηση,γίνεται με απότομη ή σταδιακή διακοπή της ουσίας εξάρτησης ή με τη χορήγηση ουσιών σχετικών (αγωνιστές), ή μη σχετικών (ανταγωνιστές), με την ουσία εξάρτησης. (Κουκουτσάκη,1996,σ.103)

Η απεξάρτηση γίνεται σε νοσοκομεία ή θεραπευτικές κοινότητες.

Οι αρχές των προγραμμάτων σωματικής απεξάρτησης είναι:η ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης,η ενθάρρυνση του χρήστη για συνέχιση της θεραπείας στα διάφορα προγράμματα,ο σεβασμός των δικαιωμάτων του,η εξασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος και η διατήρηση των σωματικών λειτουργιών.

Η σωματική απεξάρτηση είναι επιτυχής, όταν ο χρήστης μετά από τη διαδικασία δεν κάνει χρήση άλλων παράνομων ουσιών. (Goode, 1999, σ. 169).

Στο παρελθόν χρησιμοποιήθηκαν διάφορες μέθοδοι, όπως η χορήγηση μορφίνης, ανοσολογικού τύπου θεραπείες κ.λ.π., που θεωρήθηκαν όμως εθιστικές και επικίνδυνες.

Η απεξάρτηση από τις οπιούχες ουσίες, γίνεται με χορήγηση μεθαδόνης, βενζοδιαζεπινών και άλλων φαρμακευτικών μεθόδων.

Επίσης, χρησιμοποιείται και η μέθοδος αυτορρύθμισης της δόσης της ουσίας, με σκοπό οι χρήστες να γίνουν πιο ενεργητικοί και υπεύθυνοι.

Τέλος, εφαρμόζεται και η μέθοδος του βελονισμού για την σωματική απεξάρτηση.

Όπως αναφέραμε πολλοί είναι αυτοί που επανέρχονται στην χρήση της ουσίας.

Είναι σχετικά εύκολο να ξεπεράσει κάποιος χρήστης τα συμπτώματα στέρησης, αλλά το ερώτημα στο οποίο δεν είναι εύκολο να δοθεί απάντηση είναι αν το άτομο μπορεί να συνεχίσει να απέχει και να προσαρμοστεί σε μια ζωή χωρίς ουσίες και με ποιο τρόπο. (Λιάππας, 1999, σσ. 231-236)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Ιστορική ανασκόπηση

Την αρχή, για μια ουσιαστικότερη αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, έκανε η Αμερική το 1914. (Λιάππας, 1999, σ.217)

Στη συνέχεια το κύριο θέμα ενασχόλησης, ήταν η χρήση ηρωίνης γιατί η χρήση οπιοειδών γενικά συνδέθηκε με την εγκληματικότητα.

Το 1919-1923, ιδρύονται κλινικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στέρησης των οπιοειδών.

Η συμμετοχή των χρηστών ήταν εθελοντική, αλλά και υποχρεωτική και μετά την σωματική απεξάρτηση εφαρμοζόταν ιδρυματικού τύπου θεραπευτική μεταχείριση.

Το 1950-60, κάνουν την εμφάνισή τους οι πρώτες θεραπευτικές κοινότητες από πρώην χρήστες, που βασίζονταν στο μοντέλο Synanon και έδιναν έμφαση στην απόλυτη αποχή από ουσίες.

Το 1964, εμφανίζεται στην Αμερική, η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και η χορήγηση ανταγωνιστών των οπιοειδών ουσιών.

Τότε αρχίζουν να αναπτύσσονται και άλλου είδους θεραπευτικές μέθοδοι όπως ξενώνες, ειδικά κέντρα ημέρας για νέους κ.λ.π.

Στην Ευρώπη η θεραπεία υποκατάστασης πρωτοεμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1960 για την αντιμετώπιση της αυξανόμενης χρήσης οπιούχων(EMCDDA,2000,σσ.12-14)

Αυτός ο τρόπος θεραπείας των εξαρτημένων από ουσίες ατόμων, θεωρήθηκε ιδιαίτερα αναγκαίος κατά τη δεκαετία του 1980,λόγω της εξάπλωσης του AIDS .

Σήμερα,όλα τα κράτη-μέλη της ΕΕ χρησιμοποιούν την θεραπεία υποκατάστασης,αν και η λειτουργία τους διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Ο αριθμός των ατόμων που ακολουθούν αυτή τη θεραπεία συνεχώς αυξάνεται. Εώς το 2000 οι θεραπευόμενοι υπολογίζονται στους 300.000.

Το πρώτο θεραπευτικό πρόγραμμα υποκατάστασης,ήταν με μεθαδόνη,(1968) η οποία εξακολουθεί να χρησιμοποιείται περισσότερο από κάθε άλλη ουσία. Ωστόσο,κάποιες χώρες προτείνουν την υποκατάσταση της εξάρτησης με τη χρήση άλλων ουσιών,εναλλακτικών της μεθαδόνης(LAAM,μορφίνη,ηρωίνη).

Την αρχή γι' αυτό,έκανε η Ελβετία με τη συνταγογράφηση ηρωίνης σε χρήστες ναρκωτικών (1994-1997).(Nadelmann,1995,στο Switzerland's heroin experiment)

Σήμερα,η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται στη Γερμανία και την Ολλανδία.

Η θεραπεία υποκατάστασης έχει ως στόχο τους εξαρτημένους χρήστες οπιούχων.

Ωστόσο,υπάρχουν παρόμοιες θεραπείες και για άλλες μορφές εξάρτησης.

Αρκετά χρόνια πριν,εφαρμοζόταν η συνταγογράφηση ηρωίνης στην Αγγλία, ως μέθοδος υποκατάστασης της εξάρτησης.Μετά όμως τη νομιμοποίηση αυτής της μεθόδου και της επερχόμενης αύξησης των χρηστών,ιδρύθηκαν κλινικές σαν και αυτές της μεθαδόνης.

⇒ Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

1. Ατομική Ψυχοθεραπεία

Αυτό το είδος προσέγγισης, χρησιμοποιείται εδώ και αρκετά χρόνια, ως τρόπος θεραπείας των εξαρτημένων, από ουσίες, ατόμων.

Σκοπός αυτής της προσέγγισης, είναι η εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση του χρήστη, με βάση τις ατομικές ανάγκες και την προσωπικότητά του.

Αυτό το είδος θεραπείας, βοηθά το άτομο να προσδιορίσει τα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση και να κατανοήσει τις συμπεριφορές που τον οδήγησαν σε αυτή.

Στην όλη διαδικασία σημαντικός και καθοριστικός είναι ο ρόλος του θεραπευτή. (Schilit, Lisansky, 1991, σ. 176)

Ο θεραπευτής, πρέπει να προσπαθεί και να επιδιώκει την ανάπτυξη κινήτρων για διακοπή της χρήσης, μέσω της ανάδειξης των θετικών στοιχείων της προσωπικότητας του χρήστη.

Ο παράγοντας, που θα φέρει ακόμα θετικότερα αποτελέσματα, στην παραπάνω διαδικασία, είναι η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στο άτομο και τον θεραπευτή.

Η ατομική ψυχοθεραπεία, περιλαμβάνει τις γνωστικού και συμπεριφορικού τύπου προσεγγίσεις (Schilit, Lisansky, 1991, σσ. 179-185)

Οι πρώτες αποτελούν προσπάθειες που αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τον χρήστη, να αναγνωρίσει και να αλλάξει μη προσαρμοστικούς τρόπους σκέψης.

Οι συμπεριφορικού τύπου ατομικές προσεγγίσεις,επιχειρούν να οδηγήσουν,στη μείωση της χρήσης ουσιών,μέσω της δημιουργίας,των συνθηκών εκείνων,που θα κάνουν τον χρήστη,να φτάσει στο σημείο,να απεχθάνεται την ουσία.

2. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η μέθοδος της ομαδικής ψυχοθεραπείας,άρχισε να πρωτοδιαδίδεται από τις ΗΠΑ στις αρχές του αιώνα.

Σήμερα,η μέθοδος αυτή,είναι ευρέως γνωστή και διαδεδομένη.

Ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο "ομαδική θεραπεία" (Group therapy),είναι ο Moreno και θεωρείται ο πατέρας αυτής της μεθόδου (Παπαγεωργίου, 1990,σ.272)

Ιδιαίτερα ο ρόλος του θεραπευτή,όπως και στην ατομική ψυχοθεραπεία,είναι πολύ σημαντικός.

Επίσης,σημαντικό είναι,να τονιστεί η μηδαμινή παρουσία γυναικών, γεγονός που δυσχεραίνει, την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με το άλλο φύλο.

Ένα τελευταίο χαρακτηριστικό,αυτής της μεθόδου είναι,το ότι η θεραπεία,είναι υποχρεωτική,γεγονός που μπορεί να κάνει κάποια άτομα,να διακόψουν τη θεραπεία τους και πρέπει και αυτό να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τον θεραπευτή.

Εκτός βέβαια από τον θεραπευτή,σημαντικό ζήτημα στην όλη διαδικασία,είναι η στάση του χρήστη,απέναντι στη θεραπεία,αλλά και το είδος της ψυχικής διαταραχής,που πρέπει να αντιμετωπιστεί.

Η κύρια διαφορά, με την ατομική ψυχοθεραπεία, είναι ότι το άτομο μπορεί να εκφραστεί ελεύθερα και να "διορθώσει" τη συμπεριφορά του παίρνοντας παράδειγμα, όχι μόνο από το θεραπευτή, αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, όπως και να νιώσει κάποιες φορές χρήσιμος, λέγοντας απλά τη γνώμη του.

Επίσης, σημαντικό είναι, να τονιστεί ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία διακρίνεται από άλλες ομαδικές θεραπείες, όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί και οι Ανώνυμοι Нарκομανείς, με τις οποίες θα ασχοληθούμε αμέσως μετά (Ομάδες αυτοβοήθειας-Self-help groups).

Έτσι, σε αντίθεση με τις ομάδες αυτοβοήθειας, η ομαδική ψυχοθεραπεία πραγματοποιείται, από κάποιον θεραπευτή, με βάση κάποιο συγκεκριμένο μοντέλο για τη χρήση, πάνω στο οποίο βασίζονται οι αποφάσεις για την ομάδα, την κατάλληλη παρέμβαση και τους θεραπευτικούς στόχους.

Αντίθετα, οι ομάδες αυτοβοήθειας, προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, μέσω των προσπαθειών των μελών της, όπως θα δούμε παρακάτω.

Η ομαδική θεραπεία, περιλαμβάνει την αρχική φάση, την ενδιάμεση φάση και στην τελευταία φάση, με τις κατάλληλες ψυχολογικές διαδικασίες, το άτομο γυρίζει στην καθημερινότητα απαλλαγμένο από την ουσία (Παπαγεωργίου, 1990, σσ.295-297)

Υπάρχουν και άλλες θεραπευτικές ομάδες, εξίσου σημαντικές των οποίων οι στόχοι ποικίλλουν. Αυτές οι ομάδες είναι: οι ομάδες εκπαίδευσης (education groups), οι ομάδες αυτοβοήθειας (self-help groups), οι ομάδες που αποτελούνται από μέλη της ίδιας οικογένειας (family therapy) και οι ομάδες επανακοινωνικοποίησης (resocialization groups).

⇒ Ομάδες αυτοβοήθειας (Self-help groups)

Οι ομάδες αυτοβοήθειας, ορίζονται ως «μικρές εθελοντικές ομαδικές δομές που αποτελούνται, από ισότιμα άτομα που συγκεντρώνονται για αμοιβαία βοήθεια, στην προσπάθειά τους να ξεπεράσουν σοβαρά προβλήματα και να αλλάξουν κοινωνικά και προσωπικά (Katz, Bender, 1976, που αναφέρεται στους Schilit, Lisansky, 1991, σ. 151)

Οι ομάδες αυτές, έχουν τις ρίζες τους στην Ορθόδοξη Ομάδα των Ευαγγελιστών (Oxford Groups), που άκμασε στις αρχές του αιώνα, στην Αγγλία και σκοπός τους ήταν, να δώσουν στα άτομα τις Χριστιανικές Αρχές (πνευματική ανανέωση, συντροφικότητα).

Έτσι, στη συνέχεια, δημιουργείται η ομάδα των Α.Α., όπου επίσης δίνεται έμφαση στις παραπάνω αρχές, με τη διαφορά, ότι η ομάδα αυτή ήταν λιγότερο δογματική.

Στις ομάδες αυτές, ο αλκοολισμός και γενικότερα ο εθισμός δεν αντιμετωπίζεται τόσο ως σωματική ασθένεια, αλλά ως πνευματική ή ψυχολογική ασθένεια.

Μετά την επιτυχία των Α.Α. και του μοντέλου των 12 βημάτων ανάρρωσης, δημιουργείται η ομάδα των Α.Ν. (Mc Crady, 1999, σ.329)

Βέβαια, όλα αυτά τα είδη ομάδων, που ακολούθησαν τους Α.Α. έχουν σημαντικές διαφορές, αλλά και κάποια κοινά χαρακτηριστικά.

Τα κοινά χαρακτηριστικά αυτών των ομάδων είναι: (Schilit, Lisansky, 1991, σ. 160)

- η εθελοντική συμμετοχή,
- τα μέλη τους μοιράζονται κάποια κοινή ανάγκη-πρόβλημα,

-ο σκοπός των ομάδων αυτών,είναι η αρχή για την επιθυμητή αλλαγή του ατόμου,
-τα προβλήματα,δεν αντιμετωπίζονται από την πλευρά των καθιερωμένων
διεξόδων,αλλά μέσω των προσπαθειών και του ενδιαφέροντος των ατόμων χωρίς τη
βοήθεια επαγγελματιών.

Πρόκειται,για μια διαδικασία αλληλεπίδρασης πρόσωπο με πρόσωπο,τα μέλη έχουν
των ευθύνη για τον έλεγχο της ομάδας.

Ο ρόλος των ομάδων αυτών,αφορά το επίπεδο της πρόληψης,της βασικής
θεραπείας (κυρίως μέσω της ομάδας),την υποστήριξη για συνέχιση της θεραπείας
και μεταθεραπευτικές υπηρεσίες.

Αν εμπλακεί κάποιος ειδικός στην λειτουργία της ομάδας,αυτό γίνεται μόνο εάν το
επιθυμούν τα μέλη της ομάδας και παραπλεύρως(Schilit,Lisansky,1991,σ.161)

Υπάρχουν 4 τύποι ομάδων αυτοβοήθειας,σύμφωνα με την παραπάνω πηγή.

Ο πρώτος τύπος,περιλαμβάνει ομάδες όπως,οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί(AA),οι
Ανώνυμοι Нарκομανείς(AN) και αφορά την αναδιοργάνωση των επαφών ή τον
έλεγχο της συμπεριφοράς.

Ομάδες του δεύτερου τύπου,έχουν ως σκοπό,τη βελτίωση αγχωτικών καταστάσεων
μέσω της εκμάθησης τρόπων για την αντιμετώπισή τους.

Τέτοιες ομάδες είναι οι Γονείς χωρίς σύντροφο(Parents without Partners) και η
Ανάρρωση(Recovery).

Ο τρίτος τύπος,αφορά τη συγκέντρωση ατόμων,που έχουν στιγματιστεί ως
παρεκκλίνοντα,με σκοπό τη διατήρηση της αυτοεκτίμησής τους.

Μια τέτοια ομάδα,είναι η ομάδα αυτοβοήθειας των ομοφυλοφίλων.

Τέλος,ο τέταρτος τύπος,αφορά την προσωπική ανάπτυξη και εμφύχωση των
ατόμων.Παράδειγμα ενός τέτοιου τύπου,είναι οι ομάδες-T(θεραπευτικές ομάδες).

⇒ Θεραπευτικές κοινότητες

Η πρώτη μορφή θεραπευτικής κοινότητας, ήταν τύπου Synanon και ιδρύθηκε το 1958, στην Αμερική από τον C.Dederich και από πρώην χρήστες.
(Mc Crady, 1999, σ.307)

Στη συνέχεια, αναπτύχθηκαν και άλλοι τύποι θεραπευτικών κοινοτήτων, όπως τα Daytop (Αμερική), τα Alpha Houses (Αγγλία), τα Ley Community κ.λ.π. τα οποία, χρησιμοποιούν ως μέρος του προσωπικού και εξειδικευμένους επαγγελματίες.
Οι θεραπευτικές κοινότητες, όπως και οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί, έχουν τις ρίζες τους στα Oxford Groups, όπως προαναφέρθηκε.

Συνήθως, αυτές οι κοινότητες, είναι εγκατεστημένες έξω από τα νοσοκομεία, η λειτουργία τους είναι σχετικά αυτόνομη και διαρκούν από 12 έως 20 μήνες. (Goode, 1999, σ.357)

Σύμφωνα με την ιδεολογία των κοινοτήτων, η χρήση, δεν οδηγεί μόνο σε σωματικά προβλήματα, αλλά και σε διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των ατόμων, που κάνουν χρήση.

Τα προγράμματα αυτά, τονίζουν τη συνεισφορά του ίδιου του ατόμου στα προβλήματα του, αλλά και στη μετέπειτα λύση τους.

Οι κοινότητες θεωρούν την θεραπεία, ως αλλαγή του τρόπου ζωής, βασισμένου σε αξίες που η ίδια η κοινότητα προωθεί.

Η αλλαγή αυτή, επιτυγχάνεται μέσα στην κοινότητα, σε ένα πολυδιάστατο επίπεδο, αφού θεωρείται, ότι η χρήση επιδρά σε όλες τις λειτουργίες του ατόμου, (δημιουργία και διατήρηση κινήτρων για αλλαγή, ομάδες θεραπείας, εργασία).

Σκοπός, από την άλλη, των κοινοτήτων είναι η αλλαγή, των αρνητικών προτύπων συμπεριφοράς και σκέψης των χρηστών.

Σημαντικός, στη θεραπευτική διαδικασία, όπως άλλωστε και σε κάθε είδος θεραπείας, είναι ο ρόλος του θεραπευτή και του προσωπικού, που εργάζεται στις κοινότητες.

Οι θεραπευτικές κοινότητες, είναι είτε κλειστού είτε ανοιχτού τύπου.

Στις κλειστές θεραπευτικές κοινότητες, γίνονται δεκτοί μόνο όσοι το επιθυμούν.

Ωστόσο, κάποιος μπορεί να αποκλειστεί και αυτό εξαρτάται, από το αν ο χρήστης είναι έτοιμος να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις της κοινότητας και της ομάδας, χωρίς να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια και την υγεία της. (Goode, 1999, σ.359)

⇒ Φαρμακοθεραπείες

Οι φαρμακοθεραπείες, περιλαμβάνουν μεθόδους, που συνδυάζουν τη διακοπή της ουσίας που προκάλεσε την εξάρτηση, με την χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων τα οποία, είτε δεν σχετίζονται φαρμακολογικά με την ουσία εξάρτησης (ανταγωνιστικές) είτε σχετίζονται με αυτή (μη ανταγωνιστικές). (Κουκουτσάκη, 1996, σσ. 103-104)

α) Ανταγωνιστές των οπιοειδών ουσιών

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, εάν ένα άτομο, λάβει μια τέτοια ουσία σε επαρκείς δόσεις, ανατρέπεται η δράση του οπιοειδούς και μειώνεται το αίσθημα ευφορίας που αυτό προκαλεί. (Λιάππας, 1999, σσ. 251-253). Έτσι, ελατώνεται η επιθυμία, για χρήση της ουσίας.

Οι ανταγωνιστές των οπιοειδών, χρησιμοποιούνται κυρίως στις ΗΠΑ και λιγότερο στην Ευρώπη.

Αυτές οι ουσίες, έχουν χρησιμοποιηθεί, ευρύτατα για την πρόληψη της υποτροπής.

Τα προγράμματα αυτά, διαρκούν έως και 18 μήνες.

Οι δόσεις, αρχίζουν και αυξάνουν μετά τις πρώτες 15 ημέρες. Η ναλτρεξόνη, είναι η ουσία, που κυρίως χρησιμοποιείται σήμερα.

Οι παρενέργειες που προκαλούν, οι ανταγωνιστές των ναρκωτικών ουσιών και η σύντομη διάρκεια δράσης τους, κάνοντας απαραίτητη την επαναλαμβανόμενη χορήγησή τους, είναι τα κύρια μειονεκτήματα αυτών των συστατικών.

β) Μη ανταγωνιστές των οπιοειδών ουσιών : Μεθαδόνη

Πριν προχωρήσουμε, στην παράθεση στοιχείων, για τη θεραπεία μεθαδόνης, θα ήταν χρήσιμο και κατάλληλο να γνωρίζουμε, κάποια στοιχεία για την πολιτική της μείωσης της βλάβης.

Η πολιτική της μείωσης της βλάβης, είναι μια σχετικά καινούργια, κοινωνική πολιτική, που άρχισε να εφαρμόζεται, εξαιτίας της εξάπλωσης του AIDS, τη δεκαετία του 1980.

Γι' αυτό το λόγο, αφορά κυρίως, την ενέσιμη χρήση ναρκωτικών, μέσω της οποίας, είναι πιθανότερο να μεταδοθεί ο ιός.

Ο κύριος σκοπός, αυτής της πολιτικής, είναι η μείωση των αρνητικών συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών και όχι αποκλειστικά και μόνο, η μείωση της εξάπλωσης του φαινομένου.

Τα τελευταία χρόνια, η εμφάνιση του ιού του AIDS, ανάμεσα στους χρήστες που χρησιμοποιούν ένεση, είναι ιδιαίτερα αυξημένη (Arif, Westermeyer 1990, σσ.9-11).

Έτσι, για παράδειγμα, σε κάποιες πόλεις όπως Μιλάνο, Νέα Υόρκη και άλλες, ένα ποσοστό της τάξης του 50% με 60%, από τους χρήστες έχουν μολυνθεί από τον ιό.

Στις ΗΠΑ, περισσότεροι από 30%, που είναι φορείς κάνουν και ενέσιμη χρήση (Inciardi, Harrison, 2000, σ.2).

Όπως, άλλωστε γνωρίζουμε, μια από τις ομάδες υψηλού κινδύνου, για μόλυνση από AIDS, είναι και οι χρήστες (κυρίως όσοι χρησιμοποιούν ένεση).

Και δεν είναι μόνο οι ίδιοι, αλλά και οι ερωτικοί τους σύντροφοι.

Η εμφάνιση και εξάπλωση, του AIDS, τη δεκαετία του 1980-όπου παρατηρείται και αύξηση των θανάτων από ναρκωτικά (είτε φορέων είτε όχι)- ήταν καταλυτική, για την εμφάνιση της πολιτικής μείωσης της βλάβης(ΕΚΤΕΠΝ, 1999, σ.37 και ΕΚΠΝΤ 2000, σ.22)

Η προσέγγιση αυτή, έχει ως σκοπό να μετρήσει και να μειώσει τις συνέπειες της χρήσης, όχι μόνο σε κοινωνικό επίπεδο, αλλά και σε άλλα επίπεδα (Newcombe, 1992, που αναφέρεται στον Inciardi, 2000, σ.3)

Αυτή η πολιτική, προέρχεται από την Αγγλία, την Ολλανδία και την Ν. Αμερική. (Riley 1993, 1994, που αναφέρεται στον Inciardi, 2000, σ.3-5).

Η ιδέα αυτής της πολιτικής, υπάρχει εδώ και δεκαετίες στην Αγγλία ως δευτερογενής πρόληψη, για τις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Το επίκεντρο αυτής της πολιτικής, ήταν η πόλη Mersey της Αγγλίας, λόγω του ότι και εκεί όπως και σε άλλες πόλεις, ιδιαίτερα στις αρχές του '80, η χρήση ναρκωτικών ήταν αυξημένη. (Inciardi, 2000, σ.4)

Έτσι, επικράτησε το μοντέλο Mersey, για τη μείωση της βλάβης.

Στο Mersey, οι υπηρεσίες για τη μείωση της βλάβης, ήταν ποικίλες και αφορούσαν την ανταλλαγή συριγγών, την συνταγογράφηση ουσιών (και ηρωίνης) κ.λ.π.

Η στρατηγική αυτή, σύμφωνα με στοιχεία, που αφορούν την μόλυνση από AIDS, χρηστών του Mersey, είναι αρκετά αποτελεσματική.

Έτσι, το 1994, μόλις 29 χρήστες είχαν μολυνθεί από τον ιό και σύμφωνα με τις επίσημες στατιστικές, δεν είχαν μειωθεί μόνο τα ποσοστά, σε σχέση με τη χρήση, μολύνσεων από AIDS, αλλά και τα ποσοστά της εγκληματικότητας των χρηστών (HIT, 1996, που αναφέρεται στον Inciardi, 2000, σ.5).

Το ίδιο παράδειγμα, ακολούθησε και η Ολλανδία, στις αρχές του '80.

Μια από τις πρώτες μορφές, της πολιτικής της μείωσης της βλάβης, εμφανίστηκε στον Καναδά και στις ΗΠΑ, με τα προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη, στα τέλη του 1950-1960.

Ο σκοπός όμως, αυτών των προγραμμάτων, ήταν η μείωση των βλαβών, που συνεπάγεται η χρήση για την κοινωνία και μόνο.

Όπως αναφέρθηκε, τα προγράμματα αυτής της πολιτικής, περιλαμβάνουν τη διάθεση συριγγών, τη χορήγηση μεθαδόνης και άλλων ουσιών με στόχο, άλλοτε την απεξάρτηση άλλοτε τη συντήρηση, ενημερωτικά προγράμματα για τους κινδύνους της χρήσης, κ.λ.π.

Επίσης, στο πλαίσιο αυτών των προγραμμάτων, οι χρήστες έχουν τη δυνατότητα να συγκεντρώνονται, σε σημεία όπου μπορούν να κάνουν χρήση, με καθαρές σύριγγες, να πάρουν προφυλακτικά και να ενημερώνονται (injection rooms, health rooms).

Σε άλλες χώρες, όπως στην Ολλανδία, Γερμανία και Ν. Αυστραλία, ως μέσο άσκησης αυτής της πολιτικής, χρησιμοποιείται η αποποινικοποίηση μικρών ποσοτήτων κάνναβης (Harrison, 2000, σ.113).

Ωστόσο, τα εμπόδια που συναντά, η πολιτική αυτή είναι πολλά.

Μερικά από αυτά, είναι η έλλειψη ενημέρωσης του κοινού για τη χρήση, η έλλειψη κοινωνικών υπηρεσιών για χρήστες ναρκωτικών, η επικέντρωση σε προσπάθειες μείωσης της διαθεσιμότητας ουσιών, ως μόνη προσπάθεια αντιμετώπισης του φαινομένου, ηθικά διλήμματα κ.λ.π.

Για τους υποστηρικτές αυτής της θεραπείας, η μεθαδόνη συνιστά ένα αξιόλογο μέσο γιατί: α) περιορίζει την ενδοφλέβια χρήση, μέσω της οποίας μπορεί να μεταδοθούν πολλές ασθένειες (χορήγηση της ουσίας από το στόμα), β) μειώνει τα συμπτώματα στέρησης, που μπορεί να οδηγήσουν σε ερωτικές πράξεις χωρίς προφύλαξη και γ) βελτιώνει την ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση του χρήστη.

Μεθαδόνη

Η μεθαδόνη, εμφανίζεται αρχικά στη Γερμανία, κατά τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο όπου και παρασκευάστηκε, μετά τη σύνθεση ενός άλλου αναλγητικού, της πεθιδίνης (ή μεπεριδίνης), στα τέλη του 1930. (Arif, Westermeyer, 1990, σσ. 19-21)

Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε ως αναλγητικό, εφόσον λόγω του πολέμου, η Γερμανία είχε αποκοπεί από τα κέντρα προμήθειας του οπίου.

Μετά το τέλος του πολέμου, η μεθαδόνη δόθηκε στους Αμερικανούς επιστήμονες, ονομαζόμενη ως dolophine-AN-148, anadon και amidone μέχρι το 1947, όπου η Αμερικανική Ιατρική Εταιρία, την ονόμασε μεθαδόνη. (Γρίβας, 1995, σσ. 255-261)

Στη συνέχεια, η μεθαδόνη μπαίνει στο περιθώριο.

Σύμφωνα με την παραπάνω πηγή, στις αρχές της δεκαετίας του 1960, η μεθαδόνη επανεμφανίζεται από τον Αμερικανό καθηγητή Vincent Dole και την Marie Nyswander.

Εκείνη την περίοδο, ξεκίνησαν τα προγράμματα, χορήγησης μεθαδόνης για τους εξαρτημένους από οπιούχα και σε αντίθεση με την τότε αντιμετώπιση αυτών των ατόμων, ο Dole απέδειξε, ότι οι χρήστες οπιούχων δεν ήταν περιθωριακά ή με λανθασμένη προσωπικότητα άτομα.

Η μεθαδόνη, ως υποκατάστατη της ηρωίνης, ουσία, ξεκινάει το 1962, όταν 2 ηρωινομανείς πήραν μέρος στο πρόγραμμα του Dole.

Η χρήση αυτής της μεθόδου, διαφέρει από χώρα σε χώρα, εξαιτίας των εκάστοτε διαφορετικών κοινωνικών συνθηκών, αλλά και άλλων παραγόντων, όπως ο αριθμός και τα χαρακτηριστικά των χρηστών, το είδος των παρανόμων ουσιών που χρησιμοποιούνται, ο τρόπος αντιμετώπισης και ο βαθμός εξάπλωσης του AIDS.

Στόχοι των προγραμμάτων μεθαδόνης

-Ο πρωταρχικός στόχος των προγραμμάτων μεθαδόνης, είναι η μείωση των συμπτωμάτων στέρησης, που προκαλεί η ουσία εξάρτησης, μέσω της βελτίωσης της υγείας και των κοινωνικών λειτουργιών του ατόμου.

Έτσι, ο χρήστης δεν πιέζεται για χρήση παράνομων ουσιών, που είναι και ένας από τους σκοπούς αυτών των προγραμμάτων.

- Άλλος στόχος, αυτών των προγραμμάτων, είναι η ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης, ανάμεσα στον χρήστη και το θεραπευτή, καθώς και ανάμεσα στον χρήστη και το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Αυτή η σχέση, περιλαμβάνει το συνδυασμό κοινωνικών, νομικών και άλλων υπηρεσιών με την ψυχολογική υποστήριξη.

- Ένας άλλος στόχος, είναι η βελτίωση της υγείας των χρηστών.

Όπως γνωρίζουμε, η χρήση ουσιών προκαλεί πολλά προβλήματα υγείας, όπως ηπατίτιδα, φλεβίτη, προβλήματα στα δόντια και καθιστά τον χρήστη πιο ευάλωτο σε μολύνσεις (πνευμονία, μαλάρια, AIDS). (Λιάππας, 1999, σσ241-246)

Πράγματι, έχει παρατηρηθεί, βελτίωση της υγείας κατά τη διάρκεια του προγράμματος. (Christakis, 1973, Finnegan 1979, Longwell 1979, που αναφέρεται στον Arif, 1990, σ.24)

-Οι μακροχρόνιοι στόχοι των προγραμμάτων μεθαδόνης, ποικίλουν.

Άλλα προγράμματα, προτιμούν τη βραχυπρόθεσμη συντήρηση (εως 2 χρόνια) και άλλα, τη μακροχρόνια συντήρηση.

Τα διάφορα προγράμματα της μεθαδόνης, έχουν πολλές διαφορές, όπως και όλα τα θεραπευτικά προγράμματα για την εξάρτηση, σύμφωνα με προηγούμενη πηγή.

Αυτές οι διαφορές, αφορούν τις απαιτήσεις κάθε προγράμματος, τα κριτήρια που αφορούν τη διάγνωση της εξάρτησης, την συχνότητα ελέγχου ούρων, τον τρόπο συμπεριφοράς τους και τις πιέσεις ή όχι για αποτοξίνωση.

Διαφορές, υπάρχουν και ως προς το προσωπικό, των διαφόρων μονάδων θεραπείας. Σε άλλες, το προσωπικό αποτελείται κυρίως από επαγγελματίες, ενώ σε άλλες, κυρίως από πρώην χρήστες.

Σε ένα άλλο σημείο, που διαχωρίζονται τα προγράμματα αυτά, είναι το αν επιτρέπεται ή όχι στον χρήστη, να πάρει την δόση του στο σπίτι, εκτός μονάδας.

- Άλλοι στόχοι αυτών των προγραμμάτων, είναι η σταδιακή μείωση της ουσίας, μέχρι την τελική διακοπή της.

Εμπειρικά, διαπιστώνεται, ότι αρκετοί από τους χρήστες, που έπαιρναν μεθαδόνη, έκαναν παράλληλη χρήση και άλλων ουσιών.

Άλλες έρευνες, καταλήγουν σε θετικότερα αποτελέσματα, όταν η χορήγηση μεθαδόνης, συνδυαζόταν με προγράμματα αποκατάστασης.

Τα αποτελέσματα των ερευνών, είναι αντιφατικά, ίσως εξαιτίας μεθοδολογικών προβλημάτων.

- Άλλος στόχος,είναι η πρόληψη.

Θεωρήθηκε,δηλαδή, ότι η χορήγηση μεθαδόνης,θα περιορίζει τη μαύρη αγορά της ηρωίνης,αλλά και τη ζήτησή της.

-Επίσης,έχει θεωρηθεί από πολλούς, ότι η χορήγηση μεθαδόνης θα οδηγήσει στην κοινωνική προσαρμογή και επανένταξη των χρηστών.

- Ένα άλλο θετικό,θα μπορούσε να είναι η μείωση των παρανόμων δραστηριοτήτων. Πράγματι οι οπαδοί της μεθαδόνης,αναφέρουν μείωση αυτών των δραστηριοτήτων ενώ άλλοι όχι.

Φαρμακολογία

Η μεθαδόνη έχει παρόμοια αποτελέσματα,με αυτά των οπιούχων.

Προκαλεί αναλγησία,υπνηλία και αναπνευστική ύφεση.

Η διαφορά της μεθαδόνης από τα οπιούχα,είναι ότι αναπτύσσει πιο αργά ανοχή.

Αυτό σημαίνει,οτι αν η μεθαδόνη χορηγηθεί από το στόμα σε κατάλληλη δόση,τα στερητικά συμπτώματα,εμφανίζονται 24-36 ώρες μετά τη λήψη,ενώ στα οπιούχα,εμφανίζονται μετά από 2-3 ώρες.

Ακόμα,η χρήση μεθαδόνης προκαλεί υπογλυκαιμία,υποθερμία,εντερικές διαταραχές,σπασμούς,απώλεια μνήμης,μείωση ενεργητικότητας και δεν αναστέλλει την εγκυμοσύνη,αλλά η χρόνια χορήγησή της, μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση στο βρέφος. (ΟΚΑΝΑ, 1995,σσ.48-51)

Ως πλεονεκτήματα της χρήσης μεθαδόνης, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα εξής: ότι πρόκειται για νόμιμη ουσία, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν προκαλεί αίσθημα ευφορίας, ο χρήστης δεν αισθάνεται περιθωριοποιημένος και στιγματισμένος όπως έχει συνηθίσει και προστατεύεται από τυχόν μολύνσεις. Ωστόσο, η μεθαδόνη προκαλεί σωματική και ψυχική εξάρτηση, με την εκδήλωση του στερητικού συνδρόμου και έτσι είναι και αυτή, ψυχοδραστική ουσία.

Τα προγράμματα θεραπείας με μεθαδόνη, απευθύνονται αποκλειστικά σε εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης ή πολυχρήστες, γιατί η μεθαδόνη είναι μη ανταγωνιστική της ηρωίνης ουσία.

Δηλαδή, η μεθαδόνη ουσιαστικά "μπλοκάρει" τα αποτελέσματα της ηρωίνης.

Όπως αναφέρθηκε, η μεθαδόνη χορηγείται από το στόμα σε μορφή σιροπιού, μια φορά την ημέρα.

Οι δόσεις διαφέρουν από πρόγραμμα σε πρόγραμμα.

Σε άλλα, είναι 70 - 100 mg και σε άλλα 20 - 50mg. Ύστερα από 6 - 12 μήνες, η δοσολογία μειώνεται.

Η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη, φαίνεται να είναι ιατρικά ασφαλής (Kleber, Stobetz, Mezritz, 1980, που αναφέρεται στον Arif, 1990, σ.22)

Τα αρνητικά αποτελέσματα της χρήσης μεθαδόνης, αρχίζουν να μειώνονται με τη μείωση της δοσολογίας.

Μια άλλη εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση,είναι η χορήγηση

L-ακετυλομεθαδόλης(LAAM). (Mc Crady, 1999,σσ.354-355)

Η ουσία αυτή,είναι παράγωγο της μεθαδόνης και με μεγαλύτερη διάρκεια δράσης.

Σε σύγκριση με τη μεθαδόνη,προκαλεί λιγότερη ευφορία και μεγαλύτερη ανοχή.

Η αρχική περίοδος προσαρμογής είναι δύσκολη,ειδικά για χρήστες μεθαδόνης.

Το LAAM χορηγείται,σε δόσεις 20-30 mg τρεις φορές την εβδομάδα και αυξάνεται στα 80 mg,εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Υπάρχουν επίσης και θεραπευτικές προσεγγίσεις,για τους χρήστες κοκαΐνης,στους οποίους επίσης παρατηρείται αύξηση.

Φαρμακοθεραπείες,εφαρμόζονται και για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από υπνωτικά και ηρεμιστικά.

Εκτός από τη μεθαδόνη,χρησιμοποιείται και η ηρωίνη για την υποκατάσταση της εξάρτησης (Ελβετία).

⇒ Θεραπείες με βότανα και διατροφή

Τα τελευταία 10 χρόνια, έχει αρχίσει να εφαρμόζεται αυτή η εναλλακτική μέθοδος θεραπείας των εξαρτημένων χρηστών.

Αυτές οι μέθοδοι, περιλαμβάνουν βότανα, γυμναστική κ.λ.π. (Nebelkoph, 1981, που αναφέρεται στον Schilit, 1991, σ. 185).

Σημαντικό σ' αυτά τα προγράμματα, είναι η σωστή διατροφή, η χαλάρωση, η μείωση του άγχους και η σωματική άσκηση.

Αυτό είναι απαραίτητο, γιατί, όπως είναι γνωστό, η χρήση ουσιών όπως η ηρωίνη, ο καπνός, ο καφές, το αλκοόλ προκαλούν διαταραχές της φυσικής κατάστασης του ατόμου.

⇒ Άλλου είδους θεραπευτικές προσεγγίσεις

Οι προσεγγίσεις αυτές, αφορούν εκείνη την ομάδα των ατόμων, που κάνουν χρήση μη οπιοειδών ουσιών, είτε στο ιατρικό πλαίσιο, είτε προμηθευόμενοι την ουσία από το δρόμο. (Λιάππας, 1999, σσ. 266-267)

Οι σχετικές υπηρεσίες είναι: Τα Κέντρα Άμεσης Παρέμβασης και Ελεύθερες Κλινικές, οι Σταθμοί Γενικής Πληροφόρησης και Παραπομπής, οι Ανοικτές Τηλεφωνικές Γραμμές Άμεσης Υποστήριξης, οι Συμβουλευτικοί Σταθμοί, κ.λ.π που βοηθούν τους χρήστες, είτε να αντιμετωπίσουν την σωματική εξάρτηση, είτε τους προσφέρουν ψυχολογική στήριξη.

Τρίτο Κεφάλαιο

Η θεραπεία στην Ελλάδα και το εξωτερικό

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στην Ελλάδα

Η εξάπλωση του φαινομένου της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα, παρατηρείται κατά τα τέλη της δεκαετίας του '80.

Η πρώτη προσπάθεια καταγραφής του φαινομένου έγινε το 1984, με τη διεξαγωγή δύο πανελλήνιων ερευνών στο γενικό και μαθητικό πληθυσμό, από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. (ΟΚΑΝΑ, 1999. σσ.59-63)

Τα στοιχεία αυτών των ερευνών, δεν δίνουν μια πλήρη εικόνα του φαινομένου, δεδομένου ότι αρκετοί χρήστες έχουν διακόψει το σχολείο και πολλοί από αυτούς βρίσκονται στον δρόμο για να πάρουν την ουσία τους.

Λόγω της μεταβλητότητας του φαινομένου, οι παραπάνω έρευνες επαναλήφθηκαν το 1993 και το 1998. (ΕΚΤΕΠΝ, 1999, σσ.15-46)

Η έρευνα του 1998, κατέληξε στα εξής συμπεράσματα (εξέλιξη της χρήσης από το 1984-1998):

- Διάδοση της χρήσης ναρκωτικών, σε επίπεδα παρόμοια με αυτά των Ευρωπαϊκών Χωρών (16,7%).

- Το μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών είναι άνδρες (18%), με παράλληλη αύξηση του ποσοστού των γυναικών που κάνουν χρήση.

- Η κάνναβη, είναι η πιο διαδεδομένη ουσία στους μαθητές και το γενικό πληθυσμό.

- Η χρήση νέων ουσιών (όπως έκσταση, LSD, χάπια), αυξάνεται και στους μαθητές (3%) και στους νέους (1%).

Αύξηση παρατηρείται και στη χρήση νόμιμων ουσιών όπως οι κόλλες, η βενζίνη κ.λ.π.

- Διαδεδομένη είναι στους νέους και η πολλαπλή χρήση ουσιών.

-Μεγαλύτερη διάδοση της χρήσης, παρατηρείται σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, με τάση επέκτασης του φαινομένου και στις ημιαστικές περιοχές.

Σύμφωνα με την έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ για το 1999, τα θεραπευτικά κέντρα, μας δίνουν σημαντικές πληροφορίες για τη χρήση ουσιών και τα χαρακτηριστικά των ατόμων που ζητούν θεραπευτική βοήθεια.

Μερικά από τα στοιχεία αυτά είναι για το έτος 1999:

-Οι περισσότεροι που ζητούν θεραπευτική βοήθεια είναι άνδρες (84%).

-Μέσος όρος ηλικίας, είναι 28 έτη για τους άνδρες και 26 έτη για τις γυναίκες.

-Οι περισσότεροι, είναι άνεργοι (53%) και απόφοιτοι Γυμνασίου (34%).

-Οι περισσότεροι, διαμένουν σε αστικά κέντρα (79%).

-Η κύρια ουσία χρήσης, είναι η ηρωίνη (89%), σε ενέσιμη μορφή (78%),

Η Ελλάδα είναι η δεύτερη κατά σειρά χώρα σε ποσοστό ενδοφλέβιων χρηστών.

Δευτερεύουσα ουσία χρήσης, είναι η κάνναβη (60%).

-Οι περισσότεροι, κάνουν χρήση περισσότερων από μιας ουσίας (55%).

-Η ουσία έναρξης της χρήσης είναι η κάνναβη (75%).

-Η ηλικία έναρξης, είναι τα 16 έτη με κάνναβη, και στα 19 έτη ξεκινά η χρήση ηρωίνης

Ένα χρόνο μετά ξεκινά η ενέσιμη χρήση της.

Παρατηρείται μείωση του διαστήματος που μεσολαβεί από τη χρήση κάνναβης έως την χρήση ηρωίνης (1-2 χρόνια).

-Τα κρούσματα AIDS στους ενδοφλέβιους χρήστες, δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη αύξηση, όπως σε άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες (Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία).

-Η αύξηση των θανάτων από ναρκωτικά, παρατηρείται στα έτη 1985-1999.

Ιδιαίτερα το 1994, έφτασε το 90%

Η Ελλάδα, έχει μεγαλύτερο αριθμό αύξησης θανάτων από τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες.

Οι θάνατοι από ναρκωτικά, οφείλονται σε παράγοντες όπως η αύξηση των χρηστών, η παράλληλη χρήση ουσιών, η έλλειψη πληροφόρησης, η μειωμένη αντοχή των μακροχρόνιων χρηστών.

Ωστόσο, τα επόμενα χρόνια άρχισε να μειώνεται ο αριθμός τους, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στη λειτουργία των προγραμμάτων υποκατάστασης.

Εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι και οι υπότροποι χρήστες.

Μετά από ένα μεγάλο διάστημα αποχής, επιστρέφουν στη χρήση με καθαρότερη ηρωίνη και σε μεγαλύτερες δόσεις.

Θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης,δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της πρόληψης και της μείωσης των βλαβών που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών (μείωση της ζήτησης). (ΕΚΠΝΤ,2000,σσ.29-36)

Έτσι,στη Γερμανία,την Ιταλία και το Λουξεμβούργο δίνεται προτεραιότητα στην πρόληψη και τη θεραπεία και οι υπηρεσίες για τα ναρκωτικά ενσωματώνονται στον τομέα της υγείας.

Παρόμοια,είναι η αντιμετώπιση του φαινομένου στην Ισπανία,τη Γαλλία, τις Κάτω Χώρες κ.λ.π.,όπου πλέον δεν δίνεται τόσο βάρος σε κατασταλτικές πολιτικές εναντίον της τοξικομανίας.

Στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του 1990,δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στον τομέα της θεραπείας και συγκεκριμένα στον τομέα μείωσης της ζήτησης και μείωσης της βλάβης που συνεπάγεται η χρήση.

Οι κυριότεροι σταθμοί προς αυτήν την κατεύθυνση ήταν:(ΕΚΤΕΠΝ,1999,σ.49)

-Η ίδρυση,το 1983,της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας "Ιθάκη".

Τα θετικά της αποτελέσματα,οδήγησαν στην ψήφιση του Νόμου 1729 το 1987.

Έτσι,με το νόμο αυτό,ιδρύθηκε το Κεντρικό Συμβούλιο για την καταπολέμηση της διάδοσης των Ναρκωτικών (ΚΕΣΥΚΑΝΑ) και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ).

-Η ίδρυση το 1993 του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) και του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ).

-Η λειτουργία το 1996,των πρώτων Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης του OKANA σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

-Η ίδρυση,το 1998,της Διακομματικής Κοινοβουλευτικής Επιτροπής για τα ναρκωτικά.

Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών (2000-2004),έχει θέσει τους παρακάτω στόχους:

- Την μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών,κυρίως στους νέους κάτω των 18 ετών,
- Την μείωση των βλαβών της χρήσης (π.χ. AIDS),και τον αριθμό των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά,
- Την αύξηση του αριθμού,των θεραπευμένων τοξικομανών,
- Την μείωση της διαθεσιμότητας,παράνομων ναρκωτικών,
- Την μείωση εγκλημάτων,που συνδέονται με τα ναρκωτικά

Η μείωση των βλαβών της χρήσης ναρκωτικών.στην Ελλάδα επιχειρήται,κυρίως μέσω διαφόρων υπηρεσιών,του OKANA.(Street-work,μεθαδόνη κ.λ.π)

Η εμφάνιση του AIDS κατά την δεκαετία του '80,οδήγησε στη δημιουργία προγραμμάτων ανταλλαγής συριγγών στις χώρες της Ευρώπης.
(Inciardi,Harrison,2000,σσ.47-110)

Πράγματι,η κοινή χρήση συριγγών έχει μειωθεί στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες.

Επίσης,λόγω της αύξησης των κρουσμάτων ηπατίτιδας C εκτός από την παραπάνω μέθοδο,παρακινούνται οι χρήστες να μην κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.

Την περασμένη δεκαετία, δημιουργούνται η εκτός δομών εργασία και οι υπηρεσίες "χαμηλού κατωφλίου" για την παροχή βοήθειας σε χρήστες που δεν κάνουν ή εγκατέλειψαν τη θεραπεία.

Το μέτρο αυτό λειτουργεί ως συμπλήρωμα της θεραπείας.

Σκοπός αυτού του μέτρου, είναι η βελτίωση της υγείας των χρηστών και η ενθάρρυνσή τους για θεραπεία.

Το έργο αυτό, έχουν αναλάβει κινητές μονάδες που προσφέρουν πληροφορίες, καθαρές βελόνες και σύριγγες, πρώτες βοήθειες, παρεμβάσεις σε σημεία συγκέντρωσης των χρηστών κ.λ.π.

Σε κάποιες χώρες, αυτές οι μονάδες χορηγούν και μεθαδόνη (Γαλλία, Ιρλανδία, Κάτω Χώρες).

Οι υπηρεσίες "χαμηλού κατωφλίου", επεκτείνονται σε όλα τα κράτη της ΕΕ, πρόσφατα εισήχθησαν στη Φιλανδία και την Ελλάδα.

Προσφέρουν ψυχοκοινωνική και ιατρική υποστήριξη, στέγη, καθαρές σύριγγες και ορισμένες φορές και μεθαδόνη.

Οι υπηρεσίες αυτές, προσφέρονται και από πρώην χρήστες.

Ακόμα, λειτουργούν και οι αίθουσες χρηστών όπου μπορούν να χρησιμοποιηθούν ναρκωτικά υπό ελεγχόμενες και υγιεινές συνθήκες, ώστε να αποφευχθεί η μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων και ο κίνδυνος υπερβολικής δόσης (Γερμανία, Μαδρίτη).

Γενικά, όλα τα κράτη μέλη συμφωνούν ότι οι χρήστες ναρκωτικών δεν θα πρέπει να φυλακίζονται για τον εθισμό τους.

Έτσι, εφαρμόζεται σε όλη την Ευρώπη μια ποικιλία εναλλακτικών, της καταστολής, λύσεων (κοινωνική εργασία, θεραπεία, κ.α.).

Τέλος, η Ελλάδα, η Ισπανία, η Αυστρία, η Πορτογαλία και η Φιλανδία εντατικοποίησαν τις προσπάθειές τους, για να βοηθήσουν τους χρήστες ναρκωτικών να επανενταχθούν στην κοινωνία και να σταθεροποιήσουν τον τρόπο ζωής τους.

Η Γερμανία, η Ελλάδα, η Ισπανία και η Ιρλανδία, προσφέρουν βασική εκπαίδευση και κύκλους επαγγελματικής κατάρτισης.

ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών)

Ο ΟΚΑΝΑ ιδρύθηκε με τον Νόμο 2161/93 και λειτουργεί από τις αρχές του 1995.

Σύμφωνα με τον Νόμο αυτό "Χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης απαγορεύεται (.....). Επιτρέπεται από ειδικές δημόσιες μονάδες απεξάρτησης η χορήγηση ανταγωνιστικών ουσιών που αδρανοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων"(ΦΕΚ 119Α/1993). Σε άρθρο του ίδιου νόμου προβλέπεται και η τήρηση του ιατρικού και υπηρεσιακού απορρήτου και η προστασία των ατομικών πληροφοριών. (Ζαραφονίτου, 1995, «Χορήγηση μεθαδόνης στους χρήστες ηρωίνης και προστασία των προσωπικών τους πληροφοριών», Ε.Ε.Ε., Τ. 11-16, σ.212)

Ο Οργανισμός, είναι αυτοδιοικούμενο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Οι βασικοί στόχοι του Οργανισμού, είναι: η εφαρμογή Εθνικής Πολιτικής, σχετικά με την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη της εξάρτησης. (ΟΚΑΝΑ, 1999, σ.77)

Άλλοι στόχοι, είναι η μελέτη του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης σε εθνικό επίπεδο, η πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση του κοινού η συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς κ.λ.π.

Οι δραστηριότητες του OKANA,αφορούν και τα τρία επίπεδα πρόληψης,σύμφωνα με την παραπάνω πηγή.

Αναλυτικά:

♦ Πρωτοβάθμια Πρόληψη-Κέντρα Πρόληψης

Η πρόληψη της χρήσης,περιλαμβάνει μέτρα,που αποβλέπουν στην αποτροπή της χρήσης,στην ενδυνάμωση των στοιχείων της προσωπικότητας του ατόμου και στη βελτίωση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Στόχοι της πρόληψης,είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων,η ατομική και κοινωνική υπευθυνότητα,η ικανότητα κρίσης κ.λ.π.

Οι ομάδες-στόχοι,περιλαμβάνουν νέους,ομάδες με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες,μετανάστες,εργαζόμενους στην νύχτα,ιερόδουλες,στρατευμένους και φυλακισμένους.

♦ Δευτεροβάθμια Πρόληψη - Θεραπευτικά Προγράμματα

Στον τομέα αυτό ο OKANA δημιούργησε υπηρεσίες,όπως την Υπηρεσία Συμβουλευτικής για ομάδες νέων υψηλού κινδύνου,τα Προγράμματα Υποκατάστασης,το Κέντρο Βοήθειας και την προσέγγιση των χρηστών στο δρόμο(Street-work).

♦ Τριτοβάθμια Πρόληψη - Προγράμματα Αποκατάστασης

Το επίπεδο αυτό αφορά την κατάρτιση και εξειδίκευση των μελών των Προγραμμάτων Υποκατάστασης με στόχο,την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Το ερευνητικό έργο του OKANA,είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικό. Μερικά από αυτά είναι το HORIZON,το Ευρωπαϊκό Δίκτυο για το AIDS και τις ηπατίτιδες στις φυλακές και πολλά άλλα.

Προγράμματα Υποκατάστασης

Το Πιλοτικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης (ΠΠΥ) με μεθαδόνη ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 1996. (Πειραματικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης, 1995, σσ.3-6)

Το πρόγραμμα ξεκίνησε με τη λειτουργία δύο μονάδων, μια στην Αθήνα (200 άτομα) και μια στη Θεσσαλονίκη (100 άτομα).

Η μονάδα του ΠΠΥ στην Αθήνα υλοποιείται από τον ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και στην Θεσσαλονίκη με το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης.

Έμφαση δόθηκε, εκτός από την κατάρτιση του προσωπικού που θα στελεχώνει τις μονάδες και στον εξοπλισμό των μονάδων με μηχανήματα αυτόματης χορήγησης μεθαδόνης και λογισμικού για τον έλεγχο των χορηγούμενων δόσεων (DOSIS).

Μετά από μελέτη της υποδομής των μονάδων μεθαδόνης στην Ολλανδία αποφασίζεται να εφαρμοστεί το Ολλανδικό Μοντέλο χορήγησης μεθαδόνης. Λόγω των αυξημένων θεραπευτικών αναγκών, ιδρύθηκαν και άλλες δύο μονάδες σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

Αυτά τα προγράμματα καλύπτουν 650 θέσεις

Στην Αθήνα λειτουργεί επίσης και η μονάδα "μακράς διάρκειας" για τη συντήρηση των ατόμων που έχουν απεξαρτηθεί.

Οι αρχές των προγραμμάτων αυτών είναι, η απεξάρτηση από όλες τις ουσίες (και της μεθαδόνης), η ελαχιστοποίηση των κινδύνων που συνεπάγεται η χρήση και η παροχή ψυχοκοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών (Έκθεση Επιτροπής Αξιολόγησης, 1997, σ.3)

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων υποκατάστασης, αφορά κυρίως τον περιορισμό βλάβης που συνεπάγεται η χρήση ουσιών και την απεξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες.

Οι προϋποθέσεις συμμετοχής στο ΠΠΥ σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση ΓΕΟ/25 είναι:

- α) Ο χρήστης να είναι άνω των 22 ετών και να κάνει μακροχρόνια χρήση ηρωίνης,
- β) Η χρήση να είναι ενδοφλέβια και καθημερινή,
- γ) Να έχει προκληθεί ψυχική και σωματική εξάρτηση από τη χρήση,
- δ) Έγγραφη αποδοχή από τον χρήστη των όρων συμμετοχής,
- ε) Αποχή από άλλες ναρκωτικές ουσίες,
- στ) Άτομα με βαριά ψυχοπαθολογία, πρέπει να αποκλείονται,
- ζ) Αποτυχία προηγούμενης προσπάθειας παεξάρτησης,
- η) Κατ' εξαίρεση θα συμμετέχουν άτομα άνω των 35 ετών που κάνουν μακροχρόνια χρήση οπιοειδών ή άτομα με σοβαρές ψυχικές ή σωματικές παθήσεις.

Λόγω της μεγάλης προσέλευσης σε αυτά τα προγράμματα έχει ζητηθεί αύξηση των θέσεων.

Τα προγράμματα αυτά στοχεύουν:

- α) στην μείωση της ζήτησης ηρωίνης μέσω της μακρόχρονης παραμονής στη μονάδα,
- β) την μείωση της διάδοσης του AIDS,
- γ) την μείωση της εγκληματικότητας και

δ) την μείωση της θνησιμότητας των εξαρτημένων ατόμων.

Άλλοι πιο συγκεκριμένοι στόχοι των ΠΠΥ είναι: η αποχή από τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, η εξεύρεση εργασίας και η αντιμετώπιση ψυχικών και σωματικών προβλημάτων. Οι μονάδες αυτές, λειτουργούν σε εξωτερική βάση και βρίσκονται στο κέντρο της πόλης για ευκολότερη πρόσβαση. Η ουσία υποκατάστασης, χορηγείται εντός των χώρων της μονάδας σε καθημερινή βάση μια φορά την ημέρα.

Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση του ΠΠΥ του ΟΚΑΝΑ, βασίστηκε στις εκτιμήσεις Τριμελούς Επιτροπής Αξιολόγησης (Έκθεση Επιτροπής Αξιολόγησης, 1997, σσ.5-19)

Οι εκτιμήσεις αυτές, στηρίχθηκαν στις εντυπώσεις της επιτροπής από τις επισκέψεις της στις διάφορες μονάδες, τις συζητήσεις με το προσωπικό, με θεραπευόμενους και εργαζόμενους στην περιοχή που λειτουργούν τα ΠΠΥ.

Επίσης, οι εκτιμήσεις της επιτροπής βασίστηκαν και στην ανάγνωση στατιστικών στοιχείων του ΟΚΑΝΑ.

Οι διαδικασίες ξεκίνησαν το 1996.

Η έρευνα αυτή έγινε και στις δύο μονάδες του ΟΚΑΝΑ σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, για το χρονικό διάστημα Νοέμβριος '95-Ιανουάριος '96.

Σε μια πρώτη φάση, οι εκτιμήσεις για το χώρο, το προσωπικό, τους θεραπευόμενους και τις δραστηριότητες των ΠΠΥ είναι οι παρακάτω:

* Κτιριακές εγκαταστάσεις-περιβάλλον χώρος.

Τα κτίρια που στεγάζονται τα ΠΠΥ, αναπαλαιώθηκαν και προσπάθησαν να ανταποκριθούν σε λειτουργικές ανάγκες και τις προδιαγραφές ασφαλείας.

Η επιλογή της τοποθεσίας (κέντρο), θεωρήθηκε ικανοποιητική, εφόσον είναι εύκολη η πρόσβαση και σε άτομα που εργάζονται.

Ωστόσο, οι κάτοικοι γύρω από τα ΠΠΥ σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη εκφράζουν παράπονα για τα άτομα των ΠΠΥ που συγκεντρώνονται στις γύρω περιοχές.

* Προσωπικό.

Όσον αφορά το προσωπικό δεν έχουμε εκτιμήσεις της Επιτροπής για τις διαδικασίες επιλογής του.

Αλλά, αυτό που φάνηκε ήταν η εξειδίκευση του προσωπικού στα συγκεκριμένα θέματα, η συνεργασία, ευαισθησία, αυστηρότητα στην τήρηση των όρων του προγράμματος.

Η επιτροπή, έμεινε πολύ ικανοποιημένη από τις ενέργειες και τη συμπεριφορά του προσωπικού.

Τέλος, η Μονάδα της Θεσσαλονίκης βρίσκεται σε συνεργασία με 6 κρατικές και διαγνωστικές μονάδες.

Η Μονάδα της Αθήνας συνεργάζεται με το Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία" για έλεγχο των παιδιών των συμμετεχόντων στο ΠΠΥ, για ηπατοπάθεια C.

* Θεραπευόμενοι και εξαρτημένοι χρήστες ηρωίνης (ΕΧΗ) σε αναμονή.

Οι θεραπευόμενοι και στα δύο ΠΠΥ είναι άνδρες (περίπου 80%) και περίπου το 50% ηλικίας 35-64 ετών.

Το ποσοστό προσέλευσης είναι 81%.

Ένας μεγάλος σχετικά αριθμός ατόμων έχει κάνει χρήση από 8-16 χρόνια, 60% είναι άτεκνοι και ένα 16% έχουν ένα παιδί.

Επίσης, 7 στους 10 συγκατοικούν με χρήστες και 6 στους 10 είναι άνεργοι.

Γύρω στο 1/3 των θεραπευόμενων, είναι αυτοί που τους εκκρεμούν δίκες, ενώ γύρω στους 10 έχουν εκτίσει ποινές.

Σχετικά με την υγεία των θεραπευομένων, στην Αθήνα ένα ποσοστό 74% είναι αρνητικά στη δερματοαντίδραση MANTOUX και στη Θεσσαλονίκη ένα 39%.

Μεγάλα ποσοστά ηπατίτιδας C βρέθηκαν στη Θεσσαλονίκη και στην Αθήνα υπήρχαν ενδείξεις προηγούμενης λοίμωξης ηπατίτιδας Β, ενώ και στις δύο μονάδες η πλειοψηφία ήταν αρνητικοί για AIDS.

Σε σχέση με τους ΕΧΗ σε αναμονή, δημιουργούνται πολλά προβλήματα όπως οι πιέσεις για να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα, πιέσεις για διαχωρισμό ανάμεσα σε αυτούς που έχουν ανάγκη συντήρησης και σ' αυτούς που στοχεύουν στην απεξάρτηση και η ανάγκη στήριξης αυτών που έχουν απεξαρτηθεί από τη μεθαδόνη. Λόγω του ότι ο αριθμός των ατόμων που εξυπηρετούν τα προγράμματα είναι πολύ μικρότερος από τον αριθμό αυτών που κάνουν αίτηση για συμμετοχή, οι τελευταίοι ασκούν πιέσεις με αρνητικές συνέπειες για τη λειτουργία των μονάδων.

Πρέπει ωστόσο να λάβουμε υπόψη,οτι πολλά από τα άτομα που έχουν κάνει αίτηση, τελικά δεν παρουσιάστηκαν.

Ένα άλλο σημαντικό,είναι οτι ένας αριθμός ατόμων μείωσε σταδιακά την ποσότητα της χορηγούμενης μεθαδόνης και τελικά αποχώρησε.

Από αυτό το σημείο,είναι φανερό οτι υπάρχει η ανάγκη της πρόληψης της υποτροπής, πράγμα που δεν προβλέπεται στον αρχικό σχεδιασμό των ΠΠΥ (άτομο που απεξαρτήθηκε πήρε ηρωίνη πάλι,που ήταν θανατηφόρα).

Τέλος,παρενέργειες από τη χρήση μεθαδόνης δεν σημειώθηκαν εκτός από δύο περιπτώσεις έντονου λήθαργου,στη μονάδα της Αθήνας.

Οι καταγραφόμενοι θάνατοι,δεν συναρτώνται με τη χορήγηση μεθαδόνης.

* Δραστηριότητες των ΠΠΥ.

Οι δραστηριότητες αυτές που αφορούν την ενημέρωση του χρήστη,τη θεραπεία κ.λ.π. θεωρήθηκαν από την Επιτροπή ως καλά οργανωμένες και επιτελούμενες από ένα καλά εκπαιδευμένο προσωπικό.

Στις προηγούμενες παραγράφους,αναφέρθηκε το έργο των ΠΠΥ.

Στη συνέχεια,θα αναφερθούμε στο κατά πόσο επιτεύχθηκαν ή έστω προσεγγίστηκαν οι στόχοι των ΠΠΥ.

Όσον αφορά ένα πρώτο στόχο των προγραμμάτων την αποχή από τη χρήση οπιοειδών,προκύπτουν τα εξής:

Η χρήση ηρωίνης στο ΠΠΥ της Αθήνας τον Δεκέμβριο του '95 ήταν 99,3% και μέχρι το 1996 μειώθηκε στο 12,3%.

Στις ζητηθείσες ουροληψίες, λόγω υπονοιών βρέθηκαν θετικοί 21% για την Αθήνα και 85,6% για την Θεσσαλονίκη.

Σχετικά με την αποχή από άλλες ναρκωτικές ουσίες, τα αποτελέσματα διέφεραν από ουσία και από πρόγραμμα σε πρόγραμμα.

Το Δεκέμβριο του '95 θετικό στην κοκαΐνη βρέθηκε ένα ποσοστό 6,6% στην Αθήνα, ενώ στη Θεσσαλονίκη 0,8%.

Η χρήση αμφεταμίνων παρουσιάζει αύξηση σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

Έτσι, από 1,7% το Δεκέμβριο του '95 φτάνουμε 3,2% τον Οκτώβριο του '96 στην Αθήνα έναντι 1,1% στην Θεσσαλονίκη.

Αύξηση παρατηρήθηκε στην Αθήνα σχετικά με την χρήση τρικυκλικών, ενώ στη Θεσσαλονίκη δεν υπήρχε καθόλου αυτή η περίπτωση.

Τέλος, ασήμαντο είναι το ποσοστό της παράλληλης χρήσης βαρβιτουρικών.

Η χρήση κάνναβης σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη παρουσίασε άνοδο, (22,9% στην Αθήνα και 27,8% στη Θεσσαλονίκη τον Οκτώβριο του '96).

Επίσης, πτώση παρατηρήθηκε και στη χρήση ηρωίνης (Αθήνα από 99% το '95 σε 3% το '96 και Θεσσαλονίκη από 54% σε 8%).

Επίσης, σημαντικό είναι ότι στην μονάδα της Αθήνας κατά την αρχική λήψη ούρων το 12,3% είχε βρεθεί ότι είχε πάρει μεθαδόνη.

Αυτό δείχνει ότι τα άτομα αυτά είχαν προσπαθήσει να απεξαρτηθούν μόνα τους.

Αυξημένη και στις δύο πόλεις, είναι η παράλληλη χρήση βενζοδιαζεπινών και αντικαταθλιπτικών.

Δεν αποδίδεται στο γεγονός αυτό ιδιαίτερη σημασία, δεδομένου ότι η χρήση αυτών των ουσιών είναι αρκετά διαδεδομένη και κυρίως του ότι σε πολύ μεγάλο βαθμό τα εξαρτημένα άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα άγχους και κατάθλιψης.

Ως προς τον τρίτο στόχο που είναι η αποχή από την κατάχρηση αλκοόλ η Επιτροπή Αξιολόγησης δεν βρήκε σχετικά στοιχεία για να αξιολογήσει το βαθμό που επιτεύχθηκε.

Στην έκθεση της Μονάδας Θεσσαλονίκης, όμως, αναφέρεται ότι τη θεραπευτική ομάδα απασχολεί τόσο η κατάχρηση αλκοόλης όσο και το έντονο κάπνισμα μεταξύ των ασθενών.

Ένας ακόμη στόχος των ΠΠΥ είναι η μείωση της εγκληματικότητας.

Παρουσιάστηκε βελτίωση στις παράνομες δραστηριότητες, μείωση πορνείας, βελτίωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Σχετικά με τον πέμπτο στόχο των ΠΠΥ, εξεύρεση εργασίας / παραγωγικής απασχόλησης, τα στοιχεία ήταν θετικά.

Έτσι, παρατηρήθηκε αύξηση των ημερών εργασίας και των εισοδημάτων επομένως μειώθηκαν τα παράνομα έσοδα, η στήριξη από τον σύντροφο κ.λ.π.

Μια βελτίωση της τάξης του 55,44% στην Αθήνα και 119,35% στην Θεσσαλονίκη.

Σχετικά με την σωματική και ψυχική υγεία, παρατηρήθηκε βελτίωση και στα δύο ΠΠΥ (αύξηση βάρους, επούλωση αποστημάτων, καθαριότητα).

Από άποψη ψυχικής υγείας, μειώθηκε η εικόνα της τοξίνωσης, της έντασης, της επιθετικότητας και αναπτύχθηκε η ενεργή συμμετοχή και η βλεμματική επαφή.

Ο τελευταίος στόχος των ΠΠΥ που συνιστάται στο να παραμείνουν στο πρόγραμμα υψηλά ποσοστά ασθενών, έχει σε μεγάλο βαθμό επιτευχθεί, αν αφαιρεθούν οι 13 που αποτοξινώθηκαν στο ΠΠΥ Αθήνας έως 31/8/96 παρέμειναν περίπου 70% των ασθενών, ενώ 22,5% αποχώρησαν λόγω παράλληλης χρήσης και οι υπόλοιποι (7,5%), για άλλες αιτίες (παρανομίες, φυλάκιση, μη προσέλευση, διακοπή, θάνατος).

Στο ΠΠΥ Θεσσαλονίκης λίγο λιγότεροι (66%) παρέμειναν στο πρόγραμμα, αν αφαιρεθούν οι 9 που αποτοξινώθηκαν.

Επιτυχής φάνηκε και η προσπάθεια μείωσης της χορηγούμενης μεθαδόνης (Αθήνα: από 98 mg σε 71 mg, Θεσσαλονίκη: από 88 mg σε 60 mg), χωρίς να ασκείται πίεση στους ασθενείς για μείωση της δόσης.

Επιπρόσθετα, περίπου 30 ασθενείς (20 στο ΠΠΥ Αθήνας και 10 στο ΠΠΥ Θεσσαλονίκης) τελείωσαν το πρόγραμμα χορήγησης.

Αν και ο αριθμός, των 30 ατόμων, που συγκέντρωσαν τα κριτήρια αποτοξίνωσης (διακοπή της χορηγούμενης μεθαδόνης και αρνητικά ούρα για οπιοειδή), δεν μπορεί να θεωρηθεί, ως ο τελικός αριθμός αποτοξινωμένων ατόμων, που δεν θα υποτροπιάσουν στους προσεχείς μήνες ή χρόνους, πάντως αφήνει κάποια περιθώρια αισιοδοξίας για τα προγράμματα.

Στα παραπάνω, θα πρέπει να προστεθούν και τα εξής:

-Δεν παρατηρήθηκαν ή δεν αναφέρθηκαν ιδιαίτερες παρενέργειες από τη χρήση της μεθαδόνης, εκτός από δύο περιπτώσεις έντονου λήθαργου που διαπιστώθηκαν στο ΠΠΥ Αθήνας και οι οποίες αντιμετωπίστηκαν.

Από την άλλη πλευρά, ενώ οι καταγραφόμενοι στις αποχωρήσεις 2 θάνατοι-ένας στο ΠΠΥ Αθήνας και ένας στο ΠΠΥ Θεσσαλονίκης, οι οποίοι στο μεταξύ ανήλθαν στους 4, δεν συναρτώνται με τη χορήγηση μεθαδόνης δεδομένου ότι κατά το κρίσιμο χρονικό διάστημα τα άτομα αυτά δεν συμμετείχαν πλέον στο πρόγραμμα.

Εξάλλου, πρέπει να τονιστεί και εδώ ότι ο πρώτος από τους ασθενείς υπέφερε από διάσπαρτο καρκίνο που αποτέλεσε και την αιτία θανάτου του. Οι άλλοι δύο θάνατοι που καταγράφηκαν από το ΠΠΥ Αθήνας, αφορούσαν άτομα που κατά τον κρίσιμο χρόνο ήταν εκτός ΠΠΥ.

-Δεν υπήρξαν τεκμηριωμένα παράπονα και παρεμβάσεις σχετικά με την τήρηση της σειράς προτεραιότητας.

-Οι όροι ασφαλείας των ΠΠΥ είναι ικανοποιητικοί, ώστε υπήρξαν μόνο κάποιες μεμονωμένες απόπειρες εξαγωγής της ατομικής δόσης εκτός των μονάδων που αντιμετωπίστηκαν έγκαιρα.

Δεν υπήρξε διαρροή της χορηγούμενης μεθαδόνης ούτε προέκυψαν αξιοσημείωτα προβλήματα σε σχέση με τη σωματική ακεραιότητα των ασθενών, του προσωπικού ή των εγκαταστάσεων.

-Υπήρξαν ορισμένες αντιδράσεις από τους κατοίκους ή καταστηματάρχες της περιοχής όπου στεγάζονται τα ΠΠΥ.

Επίσης, παρατηρήθηκε συνωστισμός κατά τις ώρες χορήγησης.

ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων)

Το ΚΕΘΕΑ είναι μη κρατικός οργανισμός.

Οι υπηρεσίες του αφορούν τον τομέα της πρωτογενούς-δευτερογενούς πρόληψης, την θεραπεία και επανένταξη τοξικοεξαρτημένων ατόμων, καθώς και την εκπαίδευση και κατάρτιση στελεχών σε θέματα ουσιοεξάρτησης (Zafirides, 1993, «Policies connected with prevention and therapy programmes in Greece carried out by KETHEA», European conference on rehabilitation and drug policy, σσ.75-81)

Η λειτουργία του ξεκινάει το 1983.

Σύμφωνα με τη θεραπευτική φιλοσοφία του ΚΕΘΕΑ, οι αιτίες που οδηγούν στην εξάρτηση είναι τόσο ψυχολογικές όσο και κοινωνικές και προέρχονται από τον σύγχρονο τρόπο ζωής που αγνοεί τις συναισθηματικές ανάγκες κάθε ατόμου.

Έτσι, το ΚΕΘΕΑ αντιμετωπίζει το άτομο ως ολότητα, ως μια μοναδική προσωπικότητα και ως μέρος του κοινωνικού συνόλου.

Το άτομο από τη στιγμή που θα εμπλακεί στην κατάχρηση ουσιών, θα διανύσει διάφορα στάδια (αδιαφορία, προβληματισμός, απόφαση), μέχρι την απεξάρτηση. (Πουλόπουλος, 1999, «Η αναγκαιότητα πολλαπλών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος της τοξικοεξάρτησης», Ποινική Δικαιοσύνη, Vol. 10, σσ. 1042-1043)

Το κάθε στάδιο, διακρίνεται από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και απαιτεί διαφορετικού τύπου παρεμβάσεις.

Το ΚΕΘΕΑ, έχει αναπτύξει ένα πλαίσιο υπηρεσιών για τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους με βάση τις διαφορετικές ανάγκες που παρουσιάζουν οι διαφορετικές φάσεις της πορείας από την κατάχρηση στην εξάρτηση.

Οι στόχοι του ΚΕΘΕΑ όσον αφορά την πρόληψη είναι: η σωστή πληροφόρηση και η ευαισθητοποίηση του κοινού σε σχετικά θέματα, να κινητοποιηθούν οι πολίτες δημιουργώντας τοπικές ομάδες για την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων και η δημιουργία των συνθηκών εκείνων που θα αποτρέψουν τη χρήση.

Οι θεραπευτικοί στόχοι από την άλλη είναι: η πλήρης αποχή από τη χρήση οποιασδήποτε ουσίας και οποιασδήποτε εγκληματικής δραστηριότητας και η αλλαγή του τρόπου ζωής.

Οι βασικές αρχές του ΚΕΘΕΑ είναι: η αυτουποστήριξη μεταξύ των μελών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα, η εθελοντική συμμετοχή σε αυτό, η συνεργασία του προσωπικού, η συνεργασία με διεθνείς φορείς κ.λ.π.

Το ΚΕΘΕΑ περιλαμβάνει Συμβουλευτικό Κέντρο, τις Θεραπευτικές Κοινότητες, Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης, Κέντρα Οικογενειακής Υποστήριξης και Προγράμματα Υποστήριξης Κρατουμένων. (Φακιολάς, 1996, «Ο κοινωνικός αποκλεισμός των απεξαρτημένων ατόμων», Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, Τ.Α, ΕΚΚΕ, σ.347)

Ακόμα, από το 1998 λειτουργούν, το Βραδινό Πρόγραμμα Απεξάρτησης για εργαζόμενους χρήστες, το Κέντρο Δευτερογενούς Πρόληψης για περιστασιακούς έφηβους χρήστες και ο Σταθμός Υποστήριξης Εφήβων Παραβατών στην Εισαγγελία Ανηλίκων Αθηνών.

Το ΚΕΘΕΑ έχει προγραμματίσει για το 2000 την ίδρυση ενός Κέντρου Υποστήριξης Φυλακισμένων και Αποφυλακισθέντων Χρηστών στη Θεσσαλονίκη.

Θεραπευτικές κοινότητες

Η πρώτη θεραπευτική κοινότητα, είναι η Ιθάκη και ξεκίνησε να λειτουργεί στην Ελλάδα το 1983.

Το ΚΕΘΕΑ αποτελείται από 4 κλειστές θεραπευτικές κοινότητες (Ιθάκη, Νόστος, Έξοδος, Παρέμβαση) και 2 ανοιχτές, μια για έφηβους χρήστες (Στροφή) και μια για ενήλικους χρήστες (Διάβαση).

Η θεραπευτική κοινότητα Διάβαση είναι και η πιο πρόσφατη σε λειτουργία.

(Fosteri, 1993, «An advanced non-residential therareutic community for adults in Athens», European conference on rehabilitation and drug policy, σσ. 82-85)

Σκοπός αυτής της κοινότητας, είναι η ενδυνάμωση των σχέσεων χρηστών-κοινωνίας.

Σε αυτή την κοινότητα δίνεται η ευκαιρία στα μέλη της, να ενδυναμώσουν τις αποφάσεις τους για να αλλάξουν τη ζωή τους, να συζητήσουν τα προβλήματά τους και να βρουν άλλους τρόπους αντιμετώπισής τους.

Ιδιαίτερη έμφαση, δίνεται στο ρόλο της οικογένειας και τη σύνδεση του χρήστη με αυτήν.

Αυτό γιατί σύμφωνα με τη φιλοσοφία της κοινότητας, η οικογένεια είναι ένα μέρος του προβλήματος.

Η Διάβαση, περιλαμβάνει Κέντρο Πληροφόρησης και προετοιμασίας για την κοινότητα, την ανοιχτή κοινότητα όπου γίνεται η θεραπεία (12-15 μήνες), Κέντρο Κοινωνικών Δραστηριοτήτων και πρόγραμμα για τις οικογένειες ή συγγενείς χρηστών.

Τέλος, η κοινότητα Στροφή, λειτουργεί από το 1988.

(Pouloupoulos, Thalassinou, 1993, «Prevention programme for

adolescents...», European conference on rehabilitation and drug policy, σσ. 85-86)

Στόχοι της είναι η δημιουργία κινήτρων στους εφήβους για θεραπεία και η πρόληψη.

Οι δραστηριότητες αυτής της κοινότητας, πραγματοποιούνται από εξειδικευμένο προσωπικό και πρώην τοξικομανείς.

Πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης (ΨΝΑ) 18 ΑΝΩ

Σύμφωνα με τη φιλοσοφία της παραπάνω μονάδας, η τοξικομανία ως κοινωνικό φαινόμενο, μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο επεμβαίνοντας στους γενεσιουργούς παράγοντές της. (Ενημερωτικό φυλλάδιο του προγράμματος της Μονάδας απεξάρτησης 18ΑΝΩ)

Γι' αυτό το λόγο και η θεραπεία πρέπει να είναι πολυεστιακή.

Ο τοξικομανής μπορεί να θεραπευτεί μόνο αν το αποφασίσει ο ίδιος και αν ενταχθεί σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης που ο ίδιος έχει επιλέξει.

Η θεραπεία απεξάρτησης πρέπει να γίνεται σε ειδική Μονάδα, με το δικό της

Πρόγραμμα και τις δικές της υπηρεσίες.

Παράλληλα, είναι απαραίτητη η εξασφάλιση της δυνατότητας λειτουργίας πολλών τύπων προγραμμάτων για κάθε τύπο τοξικομανή.

Κάθε τοξικομανής πρέπει να εξετάζεται στην ιδιαιτερότητά του.

Το πρόγραμμα της Μονάδας Απεξάρτησης του ΨΝΑ είναι εθελοντικό, απευθύνεται σε όλους τους χρήστες ανεξαρτήτως ηλικίας, που έχουν θετικό κίνητρο και διατυπώνουν το αίτημα ένταξής τους σε αυτό υπογράφοντας σχετικό συμβόλαιο.

Το πρόγραμμα, στελεχώνεται από εκπαιδευμένους θεραπευτές και διαρκεί ενάμιση χρόνο περίπου.

Αποτελείται από τον Συμβουλευτικό Σταθμό, το Τμήμα Εφήβων,

Επίσης, λειτουργεί και το τμήμα ψυχικής απεξάρτησης τοξικομανών ή περίπου 18 άνω. (Φακιολάς, 1996, «Ο κοινωνικός αποκλεισμός των απεξαρτημένων ατόμων»,

Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, Τ.Α.ΕΚΚΕ, σσ.343-344)

Το τμήμα αυτό,βρίσκεται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και η διάρκεια παραμονής σε αυτό είναι 7 μήνες.

Κατά το διάστημα αυτό,οι θεραπευόμενοι δεν έχουν καμία επαφή με το οικείο περιβάλλον τους παρά μόνο με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία της ψυχικής απεξάρτησης,το άτομο αποχωρεί.

Σε μια τελευταία φάση,το εξαρτημένο άτομο προετοιμάζεται για την ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο (τμήμα κοινωνικής επανένταξης)

Άλλα τμήματα που λειτουργούν στα πλαίσια αυτού του προγράμματος είναι:

το τμήμα Ανοιχτής Γραμμής,το τμήμα Συμβουλευτικής και Θεραπείας

Οικογένειας,το Πρόγραμμα Διπλής Διάγνωσης κ.λ.π.

Σύγκριση Ελλάδας και Ευρώπης

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε,οτι η Ελλάδα δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες διαφορές σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης,όσον αφορά την κατάσταση της τοξικομανίας και τον τρόπο αντιμετώπισής της. Οι συγκρίσεις,μεταξύ των διαφόρων χωρών, θα πρέπει ωστόσο να γίνονται με επιφύλαξη,λόγω των διαφορετικών κοινωνικών συνθηκών και των διαφορετικών στάσεων απέναντι στην τοξικόμανία.

Η εικόνα της κατάστασης των ναρκωτικών στις διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες είναι:(ΕΚΠΝΤ,2000,σσ.13-27)

Η ουσία, που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι η κάνναβη.

Τα ποσοστά είναι 10% στη Φιλανδία, 20%-30% στη Δανία, την Ισπανία και την Αγγλία και 15% περίπου στην Ελλάδα.

Η χρήση ηρωίνης,είναι δύσκολο να εκτιμηθεί λόγω της κρυφής φύσης της.

Οι γνωστοί χρήστες,ανήκουν σε ένα πληθυσμό με σοβαρά ψυχικά, κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα υγείας.

Ενδείξεις χρήσης ηρωίνης,υπάρχουν και στις νεότερες ομάδες.

Αρκετά αυξημένος,παρουσιάζεται και ο ρυθμός αύξησης,της χρήσης πολλαπλών ουσιών (ειδικά κοκαΐνης, αλκοόλ) από μια μειονότητα νέων ατόμων.

Η χρήση παράνομων ουσιών,συγκεντρώνεται στους νέους, ηλικίας από 16 ή 18 μέχρι 34 ή 39 ετών.

Πολύ υψηλότερα ποσοστά χρήσης, προκύπτουν για τις αστικές περιοχές, με τάση και προς τις αγροτικές περιοχές.

Οι διακυμάνσεις, αυτών των ποσοστών, στις διάφορες χώρες της ΕΕ, οφείλονται κατά πολύ και στην αναλογία αστικού-αγροτικού πληθυσμού κάθε χώρας.

Γενικά, οι πιο διαδεδομένες παράνομες ουσίες, χρησιμοποιούνται συνήθως περιστασιακά.

Όσον αφορά, την ενδοφλέβια χρήση οπιούχων, σύμφωνα με εθνικές εκτιμήσεις (1996-1998), τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίζονται στην Ισπανία, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο και την Αγγλία (5-7 ενδοφλέβιοι χρήστες ανά 1000 κατοίκους), Το ανάλογο ποσοστό στην Ελλάδα, είναι 78%.

Το ποσοστό των ατόμων, υπό θεραπεία που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης, μειώθηκε σε ορισμένες χώρες, κατά τη διάρκεια του 1990 και δεν φαίνεται να αυξάνεται.

Το ποσοστό των χρηστών, ενδοφλέβιων ουσιών, υπό θεραπεία ποικίλλει.

Στις Κάτω Χώρες είναι 14%, στην Ελλάδα 84%, στην Γαλλία και την Ιταλία 70%.

Η ηλικία των ατόμων, που εισάγονται για θεραπεία, κυμαίνεται από 20-30 ετών και οι περισσότεροι είναι άνδρες.

Η Ιρλανδία, έχει τη χαμηλότερη ηλικία (24 ετών) και η Δανία, την υψηλότερη (32 ετών).

Ο αριθμός των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά, έχει σταθεροποιηθεί σε όλη την ΕΕ μετά την αύξηση που παρατηρήθηκε το 1980.

Η συχνότητα εμφάνισης κρουσμάτων AIDS στους ενδοφλέβιους χρήστες, γενικά φαίνεται να μειώνονται λόγω ίσως της εισαγωγής νέων θεραπειών, σε αντίθεση με τα υψηλά ποσοστά ηπατίτιδας C.

Οι συλλήψεις για τα σχετικά αδικήματα, παρουσίασαν μεγαλύτερη αύξηση στην Ελλάδα από ότι σε άλλες χώρες, όπως η Δανία και το Λουξεμβούργο.

Όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης του φαινομένου, στην Ελλάδα και γενικότερα στην ΕΕ, δίνεται μεγάλη έμφαση στην πρόληψη, τη θεραπεία και γενικά στη μείωση των βλαβών που συνεπάγεται η χρήση ναρκωτικών.

Ειδικότερα, χρησιμοποιείται η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη στις περισσότερες χώρες της ΕΕ.

Διαφορές παρουσιάζονται, ως προς τις σχετικές με τα προγράμματα υποκατάστασης, υπηρεσίες. (ΠΠΥ, 1995, σσ.39-43)

Έτσι, στη Δανία αυτές οι υπηρεσίες χρηματοδοτούνται μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών.

Το ίδιο συμβαίνει και στη Γερμανία που χρηματοδοτεί τα προγράμματα μεθαδόνης μέσω του Υπουργείου Υγείας.

Η Αγγλία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Γαλλία χρηματοδοτούν αυτές τις υπηρεσίες μέσω του συστήματος υγείας.

Οι περισσότερες χώρες χρησιμοποιούν την υποκατάσταση για αποτοξίνωση ή για συντήρηση.

Έτσι, για παράδειγμα στην Ιταλία η μεθαδόνη χρησιμοποιείται για συντήρηση και αποτοξίνωση ή για γρήγορη αποτοξίνωση.

Στην Αγγλία χρησιμοποιείται για ταχεία αποτοξίνωση και μακρόχρονη χορήγηση.

Στην Ελλάδα ο κύριος στόχος των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι η απεξάρτηση.

Τα περισσότερα κράτη της ΕΕ, δίνουν περισσότερο βάρος στη συντήρηση παρά στην απεξάρτηση μέσω της μακροχρόνιας χορήγησης μιας υποκατάστατης ουσίας.

Σήμερα, έχει γίνει συνειδητή από τις περισσότερες χώρες η ανάγκη της θεραπείας συντήρησης ως μέρος της πολιτικής της μείωσης της βλάβης με σκοπό τη μείωση της εξάπλωσης του AIDS και των συνδεόμενων με τα ναρκωτικά εγκλημάτων.

Στις περισσότερες χώρες, ο τελικός σκοπός αυτών των προγραμμάτων είναι η αποχή από τη χρήση ουσιών.

Η δυνατότητα πρόσβασης, εξαρτάται από την διαθεσιμότητα των θέσεων των διαφόρων μονάδων, των προϋποθέσεων συμμετοχής σε ένα τέτοιο πρόγραμμα.

Οι διάφορες χώρες της ΕΕ, παρουσιάζουν διαφορές και ως προς τους παραπάνω παράγοντες.

Έτσι, στη Σουηδία, το 1997 υπήρχαν μόνο 600 θέσεις και στην Ελλάδα 650.

Επίσης, σε κάποιες χώρες τα κριτήρια συμμετοχής σε πρόγραμμα μεθαδόνης είναι αρκετά αυστηρά (π.χ. Σουηδία, Ελλάδα), ενώ σε άλλες η μόνη προϋπόθεση που απαιτείται είναι ο εθισμός σε οπιούχα (Δανία, Ισπανία, Ιταλία).

Διαφορές υπάρχουν και ως προς το ποιός μπορεί να συνταγογραφήσει μεθαδόνη.

Στη Δανία, π.χ. συνταγογραφούν κυρίως οι οικογενειακοί γιατροί, σε αντίθεση με την Ιρλανδία όπου σπάνια αυτό συμβαίνει.

Στην Αγγλία, κυρίως οι ψυχίατροι.

Η χορήγηση υποκατάστατων, συνήθως είναι μόνο ένα μέρος των υπηρεσιών προς τους χρήστες και η χορήγηση μεθαδόνης σε λίγες περιπτώσεις είναι η μοναδική δραστηριότητα ενός κέντρου.

Στη Γερμανία και στη Γαλλία, η χορήγηση μεθαδόνης διακρίνεται από τις υπόλοιπες υπηρεσίες για χρήστες.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι οικογενειακοί γιατροί συμμετέχουν στη συνταγογράφηση μεθαδόνης σε αρκετές χώρες, ενώ στη Δανία γίνεται προσπάθεια αλλαγής του σχετικού νόμου.

Ο τύπος της χορηγούμενης μεθαδόνης στις περισσότερες χώρες είναι σε υγρή μορφή από το στόμα.

Σε πολλές χώρες, προβλέπεται η χορήγηση μεθαδόνης με τρόπο που να είναι αδύνατο να ενεθεί, όπως στην Ελλάδα, που χορηγείται μέσω μηχανημάτων αυτόματης χορήγησης μεθαδόνης.

Η Ολλανδία, η Ισπανία και η Μ. Βρετανία χορηγούν μεθαδόνη και υπό μορφή δισκίων.

Η Μ. Βρετανία,ωστόσο,επιτρέπει και την ενέσιμη μεθαδόνη και ο κάθε γιατρός που έχει άδεια μπορεί να χορηγήσει μεθαδόνη σε όποια μορφή κρίνει ο ίδιος αναγκαίο.

Σχετικά με τον τρόπο χορήγησης της μεθαδόνης,υπάρχουν διαφοροποιήσεις.

Σε κάποια κράτη,η μεθαδόνη χορηγείται στο αντίστοιχο κέντρο και στην περίπτωση που ο χρήστης είναι γνωστός στο κέντρο και συνεργάζεται καλά με αυτό έχει το δικαίωμα να πάρει τη μεθαδόνη στο σπίτι του για το Σαββατοκύριακο(Ελλάδα).

Στην Μ. Βρετανία,οι χρήστες προμηθεύονται τη μεθαδόνη μέσω φαρμακείων.

Στην Ολλανδία,Πορτογαλία,Βέλγιο,Δανία ποικίλουν οι τρόποι χορήγησης.

Διαφοροποιήσεις υπάρχουν ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ και ως προς τη διάρκεια της θεραπείας.

Έτσι,χώρες όπως Ιταλία,Γερμανία,Γαλλία, και Ισπανία προτιμούν τις βραχείες θεραπείες.

Η Ολλανδία,η Μ. Βρετανίακαι η Ελλάδα,παρέχουν και βραχείες και μακροχρόνιες θεραπείες.

Στις περισσότερες χώρες,ο χρήστης πρέπει να παρουσιάζεται κάθε μέρα στο κέντρο για να παίρνει τη μεθαδόνη.

Εξαίρεση αποτελεί η Μ. Βρετανία,όπου ο αριθμός των χρηστών που παρουσιάζεται καθημερινά στο κέντρο είναι πολύ μικρός.

Όσον αφορά το προσωπικό που συνθέτει αυτά τα προγράμματα ποικίλει στα διάφορα κράτη.

Στη Μ. Βρετανία είναι συνήθως ψυχίατροι.

Στην Ισπανία,Ολλανδία,Γαλλία,Δανία και Βέλγιο γενικοί γιατροί,ενώ στη

Πορτογαλία,Βέλγιο και Ιρλανδία έχουν ψυχιάτρους και γενικούς γιατρούς.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Τέταρτο Κεφάλαιο

Μεθοδολογία

Μεθοδολογία

Το πλαίσιο

Η παρακάτω έρευνα, έλαβε μέρος στην Α Μονάδα Βραχείας Διάρκειας Απεξάρτησης του Προγράμματος Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ στην Αθήνα.

Ο χώρος όπου θα διεξαγόταν η έρευνα, υποδείχθηκε από υπεύθυνους του ΟΚΑΝΑ, κατόπιν υποβολής εγγράφων που κρίθηκαν απαραίτητα από τον Οργανισμό. Η σχετική διαδικασία, από την διατύπωση του αιτήματος ως την τελική αποδοχή του, διήρκεσε περίπου 3 μήνες.

Περιγραφή της λειτουργίας του Προγράμματος Υποκατάστασης

Το πρόγραμμα υποκατάστασης, περιλαμβάνει συνολικά τρεις φάσεις, αφού προηγηθεί κάποιο διάστημα αναμονής από την αρχική αίτηση και την υπογραφή συμβολαίου συμμετοχής στο πρόγραμμα από τον υποψήφιο θεραπευόμενο.

Αυτό το συμβόλαιο, αναφέρεται στις προϋποθέσεις συμμετοχής, στους όρους λειτουργίας και τις υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα.

Οι τρεις φάσεις που αναφέρθηκαν είναι οι παρακάτω:

-Η φάση προεισαγωγής, όπου γίνεται η σωματική απεξάρτηση και διαρκεί μία εβδομάδα.

-Η φάση προετοιμασίας και αξιολόγησης, διάρκειας 3-6 μηνών και περιλαμβάνει συνεντεύξεις με τους θεραπευόμενους, αιμοληψίες, ελέγχους ούρων κ.λ.π.

Στην φάση αυτή κρίνεται εάν ο θεραπευόμενος θα ενταχθεί στην Μονάδα Υποκατάστασης-Απεξάρτησης (12-18 μήνες) ή στην Μονάδα Υποκατάστασης-Συντήρησης, όπου δεν διακόπτεται η χορήγηση μεθαδόνης.

Στην Μονάδα Συντήρησης, μεταφέρονται όσοι δεν μπορούν να μηδενίσουν την μεθαδόνη στο διάστημα των 12 μηνών που προβλέπεται στην Μονάδα Απεξάρτησης ή κριθεί αναγκαίο από τους υπεύθυνους της Μονάδας.

Στην συνέχεια τα άτομα αυτά είτε αποτοξινώνονται σε μια από τις δύο προαναφερθείσες μονάδες ή παραμένουν εφ' όρου ζωής στην Μονάδα Συντήρησης.

Προκειμένου να γίνει κάποιος δεκτός στο πρόγραμμα υποκατάστασης, είναι απαραίτητο να πληρούνται οι προϋποθέσεις που αναφέρονται στο δεύτερο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας.

Η χορήγηση μεθαδόνης είναι καθημερινή και από το στόμα.

Η χορήγηση γίνεται εντός του πλαισίου της μονάδας. Κατ' εξαίρεση, δίνεται η δόση σε άτομα που μένουν στην επαρχία και κυρίως τα Σαββατοκύριακα.

Η δόση αφού καταγραφεί από γιατρό του προγράμματος, χορηγείται στον θεραπευόμενο μέσω αυτοματοποιημένου μηχανήματος ελέγχου (Dispenser) υπό την εποπτεία νοσηλεύτη.

Η δόση που χορηγείται, σταδιακά μειώνεται μέχρι να μηδενιστεί. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, ο θεραπευόμενος εντάσσεται στη Μονάδα Συντήρησης, όπως προαναφέρθηκε.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά το έτος 2000, ο μέσος όρος χορηγούμενης ποσότητας μεθαδόνης ανήλθε στα 50,82 mg ενώ το 1996 ανερχόταν στα 71 mg.

Περιγραφή του χώρου

Η Μονάδα βρίσκεται στην περιοχή των Εξαρχείων. Πρόκειται για ένα νεοκλασσικό κτίριο δύο ορόφων.

Στον πρώτο όροφο, βρίσκεται η γραμματεία της μονάδας και γραφεία.

Επίσης, στον χώρο αυτό βρίσκεται και το μηχάνημα χορήγησης μεθαδόνης που αναφέρθηκε προηγουμένως.

Στον δεύτερο όροφο, βρίσκεται η αίθουσα όπου πραγματοποιείται η ομαδική θεραπεία και τα γραφεία όπου γίνονται τα ατομικά ραντεβού.

Υπάρχει και ένας μικρός χώρος αναμονής, όπου συγκεντρώνονται οι θεραπευόμενοι.

Γενικά ο χώρος της μονάδας, ήταν αρκετά καλός.

Περιγραφή του συνόλου

Η Μονάδα Βραχείας Διάρκειας είναι συνόλου 200 ενδοφλέβιων χρηστών οπιοειδών.

Κατά το έτος 2000, οι εισαγωγές στην μονάδα ανήλθαν τα 142 άτομα, από τα οποία το 82,5% είναι άντρες και το 17,5% είναι γυναίκες.

Το εύρος ηλικίας είναι τα 23-65 χρόνια με μέσο όρο ηλικίας τα 35 χρόνια, ενώ ο μέσος όρος του χρόνου χρήσης είναι τα 15 χρόνια.

Περιγραφή της μεθόδου

Η μέθοδος που επιλέχτηκε είναι αυτή της ποιοτικής συνέντευξης, μέσω αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου από τον συνεντευκτή.

Ο λόγος που επιλέχτηκε αυτή η μέθοδος, είναι γιατί μέσω της ποιοτικής συνέντευξης, δίνεται η δυνατότητα στον ερωτώμενο να εκφράσει και να αναπτύξει τις απόψεις του, αλλά και ο συνεντευκτής μπορεί να κατευθύνει την έρευνα προς το ζητούμενο (Κυριαζή, 1998, σ.262).

Αυτός ακριβώς είναι και ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας: να μελετηθούν οι απόψεις των θεραπευόμενων για το πρόγραμμα υποκατάστασης.

Από την άλλη μεριά, με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον συνεντευκτή, διευκολύνθηκε η έρευνα, λόγω του περιορισμένου χρόνου μέσα στον οποίο έπρεπε να ολοκληρωθεί.

Επίσης, θεωρήθηκε ότι με αυτόν τον τρόπο οι ερωτώμενοι δεν θα επηρεάζονταν από εξωγενείς παράγοντες, οίπως μπορεί να συνέβαινε αν το συμπλήρωναν οι ίδιοι.

Το δείγμα της έρευνας αρχικά αποτελούνταν από 30 άτομα που συμμετέχουν στο πρόγραμμα, για το έτος 2000, αλλά στην συνέχεια μειώθηκε στα 25 άτομα, γιατί οι 5 δεν δέχτηκαν να συμμετάσχουν στις συνεντεύξεις.

Το δείγμα των 25 ατόμων επιλέχθηκε από υπεύθυνους της μονάδας.

Τέλος, οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν τα χρονικά διαστήματα:

11-07-01 με 12-07-01, 18-07-01 με 19-07-01 και 23-07-01 με 24-07-01.

Η διάρκειά τους ήταν 15-30 λεπτά και πραγματοποιήθηκαν σε κάποιο από τα γραφεία της μονάδας, που εκείνο το διάστημα ήταν διαθέσιμο.

Το ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο, αποτελείται συνολικά από 42 ερωτήσεις (κλειστού -ανοιχτού τύπου), ταξινομημένες σε δέκα ενότητες.

Προς διευκόλυνση της έρευνας και προκειμένου να τονιστεί η ουσία της που είναι οι στάσεις και τα χαρακτηριστικά των θεραπευόμενων στο πρόγραμμα υποκατάστασης, οι ενότητες αυτές ταξινομήθηκαν σε υποκατηγορίες.

Οι ενότητες αυτές είναι:

- Ατομικά χαρακτηριστικά (9 ερωτήσεις)
- Χρήση-επιπτώσεις της χρήσης (10 ερωτήσεις)
- Το πρόγραμμα υποκατάστασης (12 ερωτήσεις)
- Συνολική αξιολόγηση της λειτουργίας του προγράμματος από τους θεραπευόμενους (9 ερωτήσεις)
- Προτάσεις για βελτίωση του προγράμματος από τους θεραπευόμενους-προτάσεις σε άλλους χρήστες (2 ερωτήσεις)

Το ερωτηματολόγιο συνοδεύεται από το έντυπο «Συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση», στο οποίο αναφέρονται το όνομα του ερευνητή, ο σκοπός της έρευνας και εξασφαλίζεται η διατήρηση της ανωνυμίας των ατόμων που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις.

Δυσχέρειες-προβλήματα

Κατά την διεξαγωγή των συνεντεύξεων δεν υπήρξαν προβλήματα που να δυσχέραναν την πορεία της έρευνας.

Η αντιμετώπιση από την πλευρά των θεραπειών, ήταν αρκετά καλή και με διάθεση να εξυπηρετήσουν σε οτιδήποτε αφορούσε την έρευνα, παρά το φόρτο εργασίας τους.

Πολύ σημαντική ήταν η παρατήρηση μιας από τις υπευθύνους του προγράμματος, σύμφωνα με την οποία θα ήταν αντιδεολογικό να δημιουργηθούν φιλικές σχέσεις μεταξύ συνεντευκτή-θεραπευόμενου, προκειμένου να αποφευχθεί τυχόν συναισθηματική φόρτιση και από τις δύο πλευρές.

Από την άλλη μεριά, οι ερωτώμενοι ήταν κατανοητοί και σαφείς στις απαντήσεις τους.

Πολλές φορές ωστόσο, υπήρχε η διάθεση από την πλευρά των ερωτώμενων να πλατιάσουν και να επεκταθούν και σε άλλα θέματα πέραν των ερωτήσεων.

Φάνηκε πραγματικά η ανάγκη των ατόμων αυτών να μιλήσουν σε κάποιον «ουδέτερο», για αυτά που τους απασχολούν.

Όπου γινόταν αυτό, αντλούνταν οι απαραίτητες, για την έρευνα, πληροφορίες και προχωρούσαμε στην επόμενη ερώτηση.

Το μοναδικό, αλλά πολύ σημαντικό πρόβλημα, ήταν αυτό του περιορισμένου χρόνου μέσα στον οποίο έπρεπε να ολοκληρωθεί η έρευνα.

Ωστόσο επιχειρήθηκε να δοθεί μια όσο το δυνατόν πλήρης εικόνα που έχουν οι θεραπευόμενοι για το πρόγραμμα υποκατάστασης, χωρίς να παραλειφθούν κρίσιμα, για την έρευνα στοιχεία.

A. Ενότητα- Ατομικά χαρακτηριστικά

Σε αυτή την ενότητα περιλαμβάνονται, τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των 25 ατόμων που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις.

Στην ίδια ενότητα, περιλαμβάνονται και παράγοντες που αφορούν το μορφωτικό και επαγγελματικό επίπεδο των γονέων των ατόμων αυτών.

Αναλυτικότερα:

Φύλο

Το φύλο των ατόμων που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις, είναι κυρίως άντρες.

Συγκεκριμένα, οι 18 από τους 25 ερωτώμενους του δειγματός μας ήταν άντρες, ενώ οι υπόλοιπες 7 ήταν γυναίκες.

Αυτή η τάση είναι φανερή στα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα, όπου είναι μεγαλύτερη η προσέλευση των ανδρών.

Στην Ελλάδα, το ποσοστό των ανδρών χρηστών που ζήτησαν θεραπευτική βοήθεια στα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα ήταν το 1999 περίπου 84% στο σύνολο των χρηστών, ενώ την ίδια χρονιά το αντίστοιχο ποσοστό των γυναικών ήταν 16%. (ΕΚΤΕΠΝ, 2000, σ.21-22).

Μία από τις προϋποθέσεις εισαγωγής στο πρόγραμμα υποκατάστασης, είναι η μακροχρόνια χρήση ηρωίνης.

Σύμφωνα με την παραπάνω πηγή, για το έτος 1999, οι άντρες σε μεγαλύτερο ποσοστό (89%) χρησιμοποιούν την ηρωίνη ως κύρια ουσία χρήσης, από ότι οι γυναίκες (84%).

Αυτός είναι και άλλος ένας λόγος, υπερεκπροσώπησης των ανδρών στο πρόγραμμα υποκατάστασης, συγκεκριμένα. Το παραπάνω, φαίνεται και από τα ποσοστά ανδρών και γυναικών στο σύνολο των 200 ατόμων που συμμετέχουν στη Μονάδα για το έτος 2001 (82,5% και 17% αντίστοιχα).

Ηλικία

Οι περισσότεροι και συγκεκριμένα, οι 11 στους 25 ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 34-39 ετών, με μέσο όρο ηλικίας περίπου τα 36 χρόνια.

Ακολουθεί η ομάδα των 28-33 ετών, ενώ στην ηλικία των 40-50 ετών ήταν 4 άτομα και ένας από αυτούς είναι στην ηλικία των 25 ετών.

Όπως μπορούμε να συμπεράνουμε, τα άτομα του δείγματός μας δεν είναι τόσο νεαρής ηλικίας.

Σε αυτό συντείνει μία από τις βασικές προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα, σύμφωνα με την οποία ο χρήστης πρέπει να κάνει μακροχρόνια χρήση ηρωίνης και να είναι άνω των 22 ετών.

Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ότι στο πρόγραμμα εισάγονται και άτομα άνω των 35 ετών με μακροχρόνια χρήση οπιοειδών έστω και αν δεν υπάρχει προηγούμενη προσπάθεια απεξάρτησης.

Το αποτέλεσμα αυτό δικαιολογείται και προς το μέσο της έρευνας όπου αναφέρονται η ηλικία έναρξης της χρήσης (16 ετών), το διάστημα της χρήσης (17 χρόνια) και ο χρόνος αναμονής για εισαγωγή στο πρόγραμμα (3,5 χρόνια).

Οικογενειακή κατάσταση

Η πλειοψηφία (οι 19 στους 25) είναι άγαμοι, ο ένας εκ των οποίων με παιδί.

Το 1/5 των συμμετεχόντων είναι διαζευγμένοι. Οι 4 από αυτούς με παιδί.

Υπήρχε μία μόνο περίπτωση ατόμου, έγγαμου με παιδί.

Το αποτέλεσμα αυτό, ήταν αναμενόμενο, δεδομένου ότι η μακροχρόνια χρήση (βασική προϋπόθεση συμμετοχής στο πρόγραμμα) κάνει ιδιαίτερα δύσκολη τη συμβίωση, την ανάληψη ευθυνών και το μεγάλωμα ενός παιδιού.

Κατά το διάστημα της χρήσης, το ενδιαφέρον του ατόμου επικεντρώνεται στην ουσία και στον τρόπο εξασφάλισής της, χωρίς να ενδιαφέρει τίποτε άλλο.

Αυτό το συμπέρασμα, βγαίνει κατά την πορεία της έρευνας.

Άλλωστε, όπως θα δούμε παρακάτω, στις περισσότερες περιπτώσεις όπου υπάρχει παιδί, αυτό μεγαλώνει με τον μη χρήστη γονέα.

Τόπος κατοικίας.

Οι περισσότεροι από τους θεραπευόμενους (23), κατοικούν στην Αθήνα, ενώ οι άλλοι δύο, δηλώνουν ως τόπο κατοικίας τους, επαρχιακές πόλεις.

Το να διαμένει κάποιος στην Αθήνα, διευκολύνει πολύ περισσότερο την μετακίνηση και την πρόσβαση στη θεραπευτική μονάδα. Για αυτούς τους λόγους, η επιλογή της συγκεκριμένης τοποθεσίας της Μονάδας, είχε κριθεί ικανοποιητική και στην αξιολόγηση του προγράμματος υποκατάστασης, το 1996, στην οποία αναφερθήκαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Έτσι, κάποιοι από αυτούς ενώ διέμεναν στην επαρχία παλιότερα (περίπου 7 άτομα) τώρα έχουν εγκατασταθεί στην Αθήνα.

Μορφωτικό επίπεδο

Οι 13 από τους 25 ερωτώμενους,είναι απόφοιτοι Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής.

Το 1/5 των ερωτώμενων έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο,4 άτομα είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΕΙ και οι 3 άτομα έχουν τελειώσει το Δημοτικό.

Όπως βλέπουμε,το μορφωτικό επίπεδο των ανθρώπων του δείγματός μας είναι αρκετά καλό.

Ένας από τους λόγους που παρατηρείται αυτό,ίσως να είναι το ξεκίνημα της χρήσης ηρωίνης μετά την ολοκλήρωση των σχολικών σπουδών.

Αν,όπως θα δούμε παρακάτω,ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της χρήσης,είναι τα 16 χρόνια και η ουσία έναρξης είναι το χασίς,δικαιολογείται το παραπάνω αποτέλεσμα.Και αυτό γιατί η χρήση χασίς,δεν έχει τις ίδιες σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στο άτομα,όπως η χρήση ηρωίνης.

Με την παραπάνω λογική,δεν είναι δύσκολο κάποιος να τελειώσει το σχολείο στην ηλικία των 18 χρονών περίπου,ενώ παράλληλα κάνει χρήση χασίς.

Το ίδιο ισχύει και για τους 4 απόφοιτους ανωτάτων σχολών,οι οποίοι ξεκίνησαν τη χρήση ηρωίνης μετά την ολοκλήρωση των σπουδών τους.

Εργασία

Τα 17 άτομα από τα 25 που ρωτήθηκαν, δεν εργάζονται αυτή τη στιγμή, ενώ παλιότερα έκαναν διάφορα επαγγέλματα (οδηγοί, έμποροι, υπάλληλοι κ.λ.π.) Οι υπόλοιποι 8 ασκούν διάφορα επαγγέλματα, όπως σερβιτόρος, γραφίστας και περιστασιακές εργασίες.

Το μεγαλύτερο διάστημα που κάποιο από τα παραπάνω άτομα δεν εργαζόταν ήταν 11 χρόνια και το μικρότερο 10 μήνες.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο χρήστης εξακολουθεί να έχει αυτήν την «ταμπέλα» ακόμα και στην φάση της θεραπείας. Η απόδοχή από τους υπολοίπους δεν έχει επιτευχθεί ούτε και σε αυτό το σημείο, αν όχι και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Τις περισσότερες φορές, είναι δύσκολο να δεχτούμε, ακόμα και έναν «πρώην χρήστη».

Αυτό, όπως είναι φυσικό, έχει δυσάρεστες επιπτώσεις στους διάφορους τομείς της ζωής των ατόμων αυτών, ανάμεσα στους οποίους είναι και η εργασία.

Πολλά άλλωστε είναι τα άτομα που επιθυμούν να ολοκληρώσουν πρώτα το πρόγραμμα και ύστερα να προσπαθήσουν να αποκατασταθούν επαγγελματικά, όπως θα δούμε στις τελευταίες ενότητες της έρευνας.

Επίσης, τα άτομα αυτά δεν αισθάνονται ακόμα έτοιμα να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις μιας εργασίας και να έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και στις ικανότητές τους.

Αυτό ισχύει περισσότερο για εκείνους που είναι λίγο καιρό στο πρόγραμμα και η χρήση είναι ακόμα πολύ κοντά.

Γι' αυτούς τους λόγους ακριβώς, παρατηρούνται και μεγάλα διαστήματα ανεργίας.

Σε αυτά τα διαστήματα, περιλαμβάνεται βέβαια και το διάστημα της χρήσης και της εξάρτησης, όπου η σωματική και ψυχική εξάρτηση από την ουσία κάνουν δύσκολη έως αδύνατη την ανταπόκριση στις απαιτήσεις κάθε εργασίας και την επίδειξη συνέπειας προς αυτήν, ενώ αυτοί που εργάζονται το κάνουν κυρίως περιστασιακά, χωρίς να παρουσιάζουν δηλαδή εργασιακή σταθερότητα.

Μορφωτικό επίπεδο γονέων

Μορφωτικό επίπεδο πατέρα

Οι περισσότεροι, και συγκεκριμένα οι 11 από τους 25 άντρες, έχουν τελειώσει το Δημοτικό. Το 1/5 έχει τελειώσει το Γυμνάσιο, ενώ 3 άτομα έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση και ένας είναι απόφοιτος Πανεπιστημίου.

Οι υπόλοιποι, δηλαδή το 1/5 των ανδρών-γονέων, δεν έχει πάει καθόλου σχολείο.

Επομένως, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα είναι αρκετά χαμηλό.

Μορφωτικό επίπεδο μητέρας

Το Δημοτικό έχει τελειώσει το 1/5 των γυναικών-γονέων, 6 έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο, 4 είναι απόφοιτοι Λυκείου, ενώ 2 έχουν Ανώτατη Εκπαίδευση.

Ο αριθμός των γυναικών που δεν έχει πάει σχολείο είναι 8.

Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, είναι επίσης αρκετά χαμηλό και συγκρινόμενο με αυτό του πατέρα, κατώτερο (ειδικά στην κατηγορία των ατόμων που δεν έχουν πάει σχολείο).

Κατοικία γονέων

Οι γονείς των περισσότερων θεραπευομένων ζουν με αυτούς (12 στους 25), 7 ζουν μόνοι στην Αθήνα, 2 σε χωριό, ενώ 4 είναι οι περιπτώσεις γονέων που έχουν χωρίσει ή απεβίωσαν.

Έτσι, διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι από τους θεραπευόμενους μένουν με τους γονείς τους.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ρωτήθηκαν δεν εργάζεται, τουλάχιστον κατά το διάστημα συμμετοχής τους στο πρόγραμμα.

Επομένως, είναι απαραίτητη η οικονομική υποστήριξη των ατόμων αυτών, η οποία μπορεί να προέλθει από τους γονείς (ή τον γονέα).

Έτσι, ένας πολύ σημαντικός λόγος που οι περισσότεροι από τους θεραπευόμενους ζουν με τους γονείς τους μπορεί να είναι ο παραπάνω.

Πολύ σημαντική επίσης, είναι και η ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης των χρηστών στην θεραπευτική διαδικασία. Όπως θα δούμε παρακάτω, οι κοινωνικές σχέσεις των χρηστών περιορίζονταν, στη φάση της χρήσης, με άτομα που βρίσκονταν επίσης στη χρήση.

Σε αυτή τη φάση της απεξάρτησης ή έστω της συντήρησης είναι σχεδόν αδύνατη η στήριξη από άτομα που είναι ακόμα στη χρήση.

Έτσι, αυτό μπορεί να διευκολυνθεί όχι μόνο μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης που προσφέρει το πρόγραμμα, αλλά και αυτής που μπορεί να προσφέρει η οικογένεια του χρήστη σε αυτόν.

Βέβαια, αυτά δεν ισχύουν σε όλες τις περιπτώσεις, γιατί μπορεί να απουσιάζει και η οικονομική και η ψυχολογική υποστήριξη από τους γονείς των χρηστών, όπως θα φανεί σε ενότητες που ακολουθούν.

Οι 4 από τους 25 ερωτώμενους μένουν μόνοι, με φίλους, ενώ ένας ζει με το παιδί του.

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι τα άτομα αυτά εργάζονται και είναι οικονομικά ανεξάρτητα, ενώ δύο είναι οι περιπτώσεις ατόμων των οποίων οι γονείς έχουν πεθάνει.

Επάγγελμα γονέων

Η πλειοψηφία των αντρών είναι συνταξιούχοι και των γυναικών ασχολείται με τα οικιακά.

Οι 10 στους 25 άνδρες ασχολούνται με διάφορα επαγγέλματα, ενώ ο αντίστοιχος αριθμός στις γυναίκες είναι 5.

Συμπερασματικά, τα κυριότερα χαρακτηριστικά του δείγματος μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτωμένων είναι άντρες.
- Το εύρος ηλικίας είναι τα 34-39 χρόνια με μέσο όρο τα 36 χρόνια.
- Οι περισσότεροι είναι άγαμοι.
- Η πλειοψηφία των ερωτώμενων κατοικεί στην Αθήνα.
- Το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων του δείγματος είναι αρκετά καλό.
- Ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων, δεν εργάζεται αυτή τη στιγμή ενώ το εύρος ανεργίας είναι 10 μήνες έως 11 χρόνια.
- Οι περισσότεροι ζουν με τους γονείς τους.
- Τέλος, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων των χρηστών είναι αρκετά χαμηλό, ενώ η πλειοψηφία των ανδρών είναι συνταξιούχοι και των γυναικών ασχολείται με τα οικιακά.

B Ενότητα- Χρήση- Επιπτώσεις της χρήσης.

Οι δύο παρακάτω ενότητες αναφέρονται σε παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον της χρήσης(ηλικία,ουσία κ.λ.π) και τις επιπτώσεις της στο οικογενειακό,κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον του χρήστη.

Ηλικία χρήσης

Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της χρήσης είναι τα 16 χρόνια.

Ο αριθμός αυτός,αντανακλά την τάση μείωσης της ηλικίας έναρξης της χρήσης που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα. (ΕΚΤΕΠΝ,2000,σ.26)

Η ηλικία έναρξης της χρήσης ωστόσο,στην προκειμένη περίπτωση,δεν είναι τόσο χαμηλή, όπως αναμενόταν και όπως προβάλλεται αρκετές φορές από τα ΜΜΕ.

Βέβαια αξίζει να επισημανθεί ότι σχεδόν όλα τα άτομα του δείγματος, έδειξαν να θεωρούν ως «χρήση», την χρήση ηρωίνης και όχι χασίς ή οποιασδήποτε άλλης ουσίας, «ελαφρότερης» από την ηρωίνη.Έτσι, πολλές φορές ζητήθηκαν διευκρινήσεις γύρω από αυτό το θέμα, εφόσον αρχικά τα άτομα απαντούσαν σε ποια ηλικία άρχισαν να κάνουν χρήση ηρωίνης και όχι πότε έκαναν για πρώτη φορά χρήση οποιασδήποτε άλλης ουσίας.Οπότε,η ηλικία έναρξης μπορεί να είναι τελικά χαμηλότερη σε ορισμένες περιπτώσεις, αν και δόθηκαν οι απαραίτητες διευκρινήσεις στους ερωτώμενους.

Ουσία με την οποία ξεκίνησε η χρήση

Η ουσία με την οποία ξεκίνησε η χρήση είναι στην πλειοψηφία, το χασίς (17 από τους 25).

Ακολουθεί η κατηγορία των ατόμων, τα οποία ξεκίνησαν με τη χρήση άλλων ουσιών μεταξύ των οποίων είναι τα χάπια, το αλκοόλ, η μορφίνη κ.α.

Ένα μόνο άτομο απάντησε ότι ξεκίνησε με ηρωίνη.

Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι παράλληλα με τη χρήση χασίς γινόταν χρήση και άλλων ουσιών σε ορισμένες περιπτώσεις.

Η πολυχρήση ουσιών παρατηρήθηκε και στην περίπτωση που η χρήση ξεκίνησε με άλλες ουσίες.

Στην περίπτωση αυτή προκύπτουν οι εξής υποθέσεις:

α) Οτι επιβεβαιώνεται η άποψη πως η χρήση χασίς μπορεί να οδηγήσει στην αναζήτηση «σκληρών ναρκωτικών» (κυρίως ηρωίνης).

Δεν πρέπει όμως να αγνοήσουμε το γεγονός, ότι πολλά από τα άτομα που παίρνουν χασίς, δεν έχουν κάνει χρήση ηρωίνης και αρκούνται σε αυτό.

Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στις διαφορές οικογενειακού- κοινωνικού περιβάλλοντος και προσωπικότητας του ατόμου, σε κάθε περίπτωση.

β) Οτι υπάρχει αύξηση των πολυχρηστών ουσιών (55%) (ΕΚΤΕΠΝ, 2000, σ.23).

Πώς ξεκίνησε η χρήση

Οι 20 από τους 25 δήλωσαν, ότι ξεκίνησαν να κάνουν χρήση μέσα από τις παρέες τους.

Το υπόλοιπο 1/5 των θεραπευομένων, ξεκίνησε τη χρήση εξαιτίας άλλων παραγόντων (οικονομικό αδιέξοδο, συναισθηματικά-οικογενειακά προβλήματα κ.λ.π.).

Το αποτέλεσμα αυτό, δημιουργεί έντονους προβληματισμούς σχετικά με την ισχυρότητα των κοινωνικών θεσμών, κυρίως της οικογένειας και του σχολείου. Αναφερόμαστε σε αυτούς τους παράγοντες, γιατί είναι εκείνοι που παίζουν τον πιο σημαντικό ρόλο, ιδιαίτερα στις πρώτες φάσεις κοινωνικοποίησης κάθε ατόμου. Στα 16 του χρόνια (ηλικία έναρξης της χρήσης), το άτομο δεν έχει ολοκληρώσει ακόμα την προσωπικότητά του. Βρίσκεται ακόμα στη φάση της εφηβείας και όλα τα βλέπει σαν παιχνίδι. Νιώθει την ανάγκη να δημιουργήσει και να έχει πρότυπα τα οποία και μιμείται.

Το ίδιο συμβαίνει και με τη χρήση ουσιών. Βλέπει άλλους να χρησιμοποιούν χασίς και θέλει να το δοκιμάσει και εκείνος, έτσι, «για πλάκα». Πείθεται πως μία φορά δεν θα τον βλάψει, ούτε θα τον οδηγήσει στην εξάρτηση.

Σε αυτό το σημείο, αν όχι πιο πριν, θα μπορούσε να παρέμβει η οικογένεια και το σχολείο μέσα από την σωστή πληροφόρηση και όχι τον πανικό.

Σίγουρα καταλυτικός είναι και ο ρόλος των ΜΜΕ στην όλη διαδικασία, που πλέον έχει γίνει κομμάτι της ζωής μας.

Πολλές φορές όμως, η προβολή του ναρκομανή που πεθαίνει στην Ομόνοια από υπερβολική δόση, μπορεί να φέρει τα αντίθετα, από τα αναμενόμενα, αποτελέσματα.

Ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες, όπου το αίσθημα του να ρισκάρεις και να δοκιμάσεις είναι πολύ έντονο, η παραπάνω εικόνα μπορεί να προτρέψει στην δοκιμή μιας ουσίας, με την πεποίθηση ότι δεν θα συμβεί κάτι ανάλογο.

Ίσως τελικά, το ότι κάποιος είναι χρήστες και άλλοι όχι, να οφείλεται όχι μόνο στην προσωπικότητα του ατόμου, αλλά και στην ισχυρότητα των οικογενειακών σχέσεων και γενικά στο κοινωνικό περιβάλλον κάθε ατόμου.

Η έλλειψη αυτών των παραγόντων, μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη άμυνα του ατόμου κάθε φορά που αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα και να βρει διέξοδο στις ουσίες.

Διάστημα χρήσης

Ο μέσος όρος του χρόνου χρήσης είναι περίπου τα 17 χρόνια, με εύρος χρόνου χρήσης τα 16-33 χρόνια.

Η μακροχρόνια χρήση, είναι μία από τις βασικές προϋποθέσεις εισαγωγής στο πρόγραμμα υποκατάστασης. Μέσα σε αυτό το διάστημα, ο χρήστης ενδιαφέρεται αποκλειστικά και μόνο για την ουσία και αναζητά τρόπους προκειμένου να αποκτήσει τη δόση που χρειάζεται.

Το γεγονός αυτό έχει επιπτώσεις σε όλα τα επίπεδα της ζωής του ατόμου (υγεία, οικογένεια, κοινωνικές σχέσεις) τις οποίες θα αναλύσουμε αμέσως μετά.

Άλλωστε, μία άλλη προϋπόθεση ένταξης στο πρόγραμμα, είναι η χρήση να έχει προκαλέσει σωματική και ψυχική εξάρτηση.

Παράνομες δραστηριότητες.

Κατά το διάστημα της χρήσης, οι περισσότεροι είχαν εμπλακεί σε παράνομες δραστηριότητες.

Οι περισσότερες αν όχι όλες σχετίζονται με την αγορά, χρήση, εμπορία ναρκωτικών και κλοπές προκειμένου να εξασφαλιστούν χρήματα για την δόση που χρειάζονταν. Το γεγονός αυτό δείχνει, την έντονη σωματική, τουλάχιστον, εξάρτηση, που μπορεί να προκαλέσει η χρήση και να οδηγήσει σε οποιαδήποτε ενέργεια προκειμένου να εξασφαλιστεί η απαραίτητη δόση.

Οι 10 από τους 25 δήλωσαν ότι δεν είχαν προβλήματα με τον νόμο όσο έκαναν χρήση.

Ο αριθμός αυτός είναι αρκετά μεγάλος για το σύνολο των 25 ατόμων του δείγματος και πιθανόν να οφείλεται στους εξής παράγοντες:

- Οι χρήστες να εξασφάλιζαν τα χρήματά τους για την ουσία μέσω της εργασίας τους, στη διάρκεια του διαστήματος που εργάζονταν, ενώ στις περιόδους ανεργίας, να έβρισκαν χρήματα από την οικογένειά τους, η οποία πολλές φορές δεν γνώριζε για τη χρήση ή δανείζονταν από φίλους.
- Να ασκούσαν παράνομα αλλά επικερδή «επαγγέλματα» (π.χ. επαιτεία, πορνεία), το οποίο μπορεί να μην αναφέρθηκε στις συνεντεύξεις, για ευνόητους λόγους.
- Να συμμετείχαν σε παράνομες δραστηριότητες, για την απόκτηση χρημάτων, χωρίς όμως να γίνουν αντιληπτοί από την Αστυνομία και να συλληφθούν, το οποίο επίσης πιθανόν να μην αναφέρθηκε από τους ερωτώμενους.

Προβλήματα υγείας.

Η πλειοψηφία (17 άτομα) αντιμετώπιζε πριν την εισαγωγή στο πρόγραμμα προβλήματα υγείας και κυρίως ηπατίτιδας.

Οι υπόλοιποι 8 απάντησαν αρνητικά σε αυτό το ερώτημα.

Η ύπαρξη ή όχι προβλημάτων υγείας, δεν φαίνεται να είναι σε συνάρτηση με τα χρόνια χρήσης, όπως αναμενόταν.

Όπως παρατηρήθηκε μέσα από τις συνεντεύξεις, κάποια άτομα που κάνουν λίγα χρόνια χρήση αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, ενώ άλλοι που είναι περισσότερα χρόνια στην χρήση δεν έχουν τέτοιου είδους προβλήματα.

Γ Ενότητα- Οικογενειακές- Κοινωνικές- Εργασιακές σχέσεις

Στην ενότητα αυτή περιγράφονται οι οικογενειακές κοινωνικές και εργασιακές σχέσεις στο διάστημα της χρήσης.

Οικογενειακές σχέσεις

Οι περισσότεροι(10 άτομα), απάντησαν, πως οι σχέσεις με την οικογένειά τους, στο διάστημα που έκαναν χρήση, ήταν μέτριες.

Οι στάσεις των γονέων απέναντι στον χρήστη- παιδί τους φαίνεται να ήταν εναλασσόμενες, κατά το διάστημα της χρήσης.

Η Μ. αναφέρει: «Στην αρχή ήταν ενθαρρυντικοί(για θεραπεία).....μετά άρχισαν οι κόντρες».

Ο Γ. λέει: «Στην αρχή δεν το πίστευαν, δεν τους ενοχλούσε... μετά αδιαφορούσαν».

Ήταν αρκετές οι περιπτώσεις όπου (όπως ισχυρίζονται οι ερωτώμενοι) οι γονείς δεν είχαν συνειδητοποιήσει την κατάσταση ή ο ίδιος ο χρήστης δεν άφηνε να φανεί το πρόβλημα και το μέγεθός του.

Ο Π. χαρακτηριστικά αναφέρει: «Δεν είχαν καταλάβει, ήμουν μυστικοπαθής... τους έδινα ελπίδες. Δεν ήταν ενημερωμένοι».

Πολλοί από τους γονείς των χρηστών ενθάρρυναν ή πίεζαν για διακοπή της χρήσης.

Τα 8 άτομα από τα 25, δήλωσαν πως οι σχέσεις με την οικογένεια τους δεν ήταν ιδιαίτερα καλές.

Μερικά αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις θα δώσουν μία εικόνα του παραπάνω συμπεράσματος:

«Δεν έκαναν τίποτα..., δεν το γνώριζαν ή έκαναν πως δεν το γνώριζαν».

«Ποτέ δεν έδωσαν αγάπη. Δεν ταίριαζαν οι γονείς μου.»

«Με έβλεπαν σαν θύμα. Μου έλεγαν: πώς ήσουν και πώς είσαι»

Οι υπόλοιποι 7, απάντησαν πως είχαν καλές σχέσεις με την οικογένειά τους.

Στην περίπτωση αυτή όλοι ανέφεραν πως οι γονείς τους, τους ενθάρρυναν και τους υποστήριζαν, εκτός από έναν ο οποίος όπως χαρακτηριστικά είπε: «φρόντιζε να το κρύβει».

Όσον αφορά τις οικογενειακές σχέσεις των 25 ατόμων κατά το διάστημα της χρήσης, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

-Η ενημέρωση της οικογένειας γύρω από τα θέματα που αφορούν τη χρήση ναρκωτικών είναι ελλιπής.

-Οι γονείς ή τα άλλα μέλη μιας οικογένειας, ακόμα και αν καταλάβουν πως κάποιο μέλος της οικογένειας κάνει χρήση, δυσκολεύονται να το συνειδητοποιήσουν και να το παραδεχτούν. Πολλές φορές δεν θέλουν καν να το σκεφτούν. Δεν μπορούν, και δε θέλουν να πιστέψουν ότι το παιδί τους, για παράδειγμα, είναι χρήστης και ότι μπορεί να καταλήξει ακόμα και στον θάνατο.

-Ακόμα και όταν η οικογένεια του χρήστη συνειδητοποιήσει την κατάσταση, δυσκολεύεται να βρει τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισής της. Έτσι, άλλες φορές οι χρήστες πιέζονται για θεραπεία από τους γονείς, ενώ κάποιες άλλες φορές αυτοί ρίχνουν όλο το βάρος της ευθύνης στο παιδί τους χωρίς να ενθαρρύνουν για απεξάρτηση.

Συχνά μέσα στην οικογένεια, ο ένας γονιός επιρρίπτει ευθύνη στον άλλον, χωρίς τελικά να δίνεται λύση.

-Πολλές φορές ο χρήστης προσπαθεί να κρύψει από τους άλλους το ότι κάνει χρήση, προκειμένου να μην έχει προβλήματα με την οικογένειά του και πιθανές πιέσεις για θεραπεία.

-Τις περισσότερες φορές οι χρήστες δεν παραδέχονται ότι είναι εξαρτημένοι και πως έχουν ανάγκη θεραπείας. Πιστεύουν ότι έχουν τον απόλυτο έλεγχο της ουσίας και πως όποτε το επιθυμούν μπορούν να σταματήσουν τη χρήση της.

-Κάποιες φορές ο χρήστης, μπορεί να πείσει την οικογένειά του ότι προσπαθεί να «κόψει» από μόνος του, ενώ στην πραγματικότητα συνεχίζει να κάνει χρήση.

-Οι σχέσεις με την οικογένεια εξαρτώνται από το κατά πόσο το άτομο είναι διατεθειμένο να σταματήσει τη χρήση.

Αν κάποιος το θέλει πραγματικά, θα δεχτεί και θα θεωρήσει θετικό στοιχείο την ενθάρρυνση της οικογένειας. Αν όχι, θα συμβεί το αντίθετο.

Κοινωνικές σχέσεις.

Γενικά, οι κοινωνικές σχέσεις και των 25 ατόμων δεν ήταν ιδιαίτερα καλές στο διάστημα της χρήσης.

Είχαν απομακρυνθεί από τους μη χρήστες και έκαναν παρέα αποκλειστικά με χρήστες.

Οι κοινωνικές σχέσεις κατά την χρήση, χαρακτηρίζονται από απομάκρυνση, έλλειψη εμπιστοσύνης και επιφύλαξη από τη μεριά των μη χρηστών, αλλά και από τους ίδιους τους χρήστες προς τους μη χρήστες. Δύο άτομα αναφέρθηκαν σε καλές κοινωνικές σχέσεις όπου φρόντιζαν οι ίδιοι γι' αυτό.

Οι παραπάνω παρατηρήσεις μπορούν να ερμηνευτούν με τον εξής τρόπο:

Η ομάδα των χρηστών αποτελεί μία υποκοουλτούρα με τους δικούς της κανόνες-αξίες και την δική της συμπεριφορά (Χαίδου, 1996, σ.161).

Οι χρήστες μοιράζονται κάτι κοινό: την ουσία. Ο χρήστης ουσιών στιγματισμένος ως τέτοιος από το κοινωνικό του περιβάλλον, αισθάνεται ότι μπορεί να έχει σχέσεις μόνο με άλλα, επίσης στιγματισμένα άτομα, με άλλους χρήστες που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση. Το άτομο, εισχωρώντας σε μία ομάδα που αντιμετωπίζει τα ίδια προβλήματα και αναζητά τα ίδια πράγματα, νιώθει ότι ανήκει κάπου και όχι στο περιθώριο (Becker, 2000, σ. 89).

Αυτό ακριβώς συμβαίνει με την ομάδα των χρηστών, με αποτέλεσμα να λείπει κάθε είδους επαφή με άτομα που δεν κάνουν χρήση. Θεωρώντας, πως δεν υπάρχει κοινό θέμα συζήτησης, αλλά και από φόβο να μην μαθευτεί αυτή η κατάσταση και από άλλους.

Όπως άλλωστε τονίστηκε παραπάνω, τον χρήστη ενδιαφέρει μόνο η ουσία και τίποτε άλλο. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει το ενδιαφέρον και από τους ίδιους να αναπτύξουν και να διατηρήσουν τις κοινωνικές τους σχέσεις όσο κάνουν χρήση. Από την πλευρά τους οι μη χρήστες, μπορεί να απομακρυνθούν φοβούμενοι να μην «μπλέξουν» και οι ίδιοι και θεωρώντας πως ο χρήστης- φίλος τους το μόνο που θέλει είναι δανεικά για να πάρει τη δόση του.

Εργασία

Οι 14 από τους 25 ερωτώμενους, απάντησαν πως δεν συνάντησαν προβλήματα στην εργασία τους όσο έκαναν χρήση.

Ο λόγος που δεν υπήρχαν τέτοιου είδους προβλήματα ήταν ότι τα άτομα του εργασιακού τους περιβάλλοντος δεν γνώριζαν για τη χρήση.

Σε αυτή την περίπτωση, αναφέρθηκε πολλές φορές ότι οι ίδιοι φρόντιζαν να κρύβουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονταν προκειμένου να μη χάσουν τη δουλειά τους.

Δύο μόνο ήταν οι περιπτώσεις, που ήταν γνωστή η κατάσταση και ο χρήστης συμβουλευόταν και ενθαρρυνόταν για θεραπεία από τους άλλους.

Οι υπόλοιποι 11 είχαν προβλήματα στην εργασία τους.

Τα κυριότερα από αυτά ήταν η ασυνέπεια, η απόρριψη από τους άλλους, η έλλειψη προσαρμοστικότητας, υπευθυνότητας, «ο ίδιος τους ο εαυτός».

Το σημαντικότερο και στις 11 αυτές περιπτώσεις, είναι η προτεραιότητα που έδιναν εκείνο το διάστημα οι χρήστες στην ουσία και το οποίο τονίστηκε και από τους 11 ερωτώμενους.

Τα συμπεράσματα των δύο παραπάνω ενοτήτων μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Η ηλικία έναρξης της χρήσης είναι τα 16 χρόνια.
- Ουσία έναρξης της χρήσης είναι το χασίς και ακολουθούν χάπια, αλκοόλ κ.λ.π.
- Οι περισσότεροι ξεκίνησαν τη χρήση μέσα από παρέες.
- Μέσος όρος χρήσης είναι τα 17 χρόνια.
- Η πλειοψηφία αντιμετώπισε προβλήματα με τον νόμο.
- Ως κυριότερο πρόβλημα υγείας, αναφέρθηκε η ηπατίτιδα.
- Οι οικογενειακές σχέσεις κατά το διάστημα χρήσης ήταν μέτριες.
- Οι κοινωνικές σχέσεις ήταν σχεδόν ανύπαρκτες.
- Οι μισοί περίπου, δεν συνάντησαν προβλήματα στην εργασία τους.

Δ Ενότητα- Το πρόγραμμα υποκατάστασης.

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει περιγραφικά στοιχεία για το πρόγραμμα υποκατάστασης.

Προηγούμενες προσπάθειες απεξάρτησης

Και τα 25 άτομα είχαν κάνει στο παρελθόν προσπάθειες για απεξάρτηση, όπως αναφέρουν.

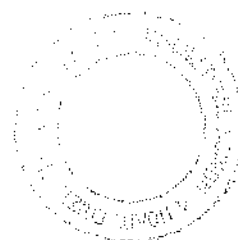
Άλλωστε αυτή είναι μία από τις βασικές προϋποθέσεις συμμετοχής στο πρόγραμμα, εκτός από τις περιπτώσεις ατόμων άνω των 35 ετών.

Οι προσπάθειες αυτές έγιναν μέσω θεραπευτικών κοινοτήτων, ιδιωτικών κλινικών, της ομάδας των Ανώνυμων Ναρκομανών, αλλά και μόνοι τους. Το διάστημα παύσης της χρήσης, σε όλες τις περιπτώσεις κυμαίνεται από μία εβδομάδα έως 18 μήνες.

-Υπήρχαν περιπτώσεις ατόμων που θεώρησαν ότι η αποτυχία στην προσπάθειά τους να απεξαρτηθούν οφειλόταν στους ίδιους και στην έλλειψη θέλησης για πραγματική προσπάθεια.

Ο Π.αναφέρει: «Ήταν επιλογή μου να ξαναπέσω»

Η Κ. «Δεν ξέρω αν ήθελα τότε....δεν ήμουν αποφασισμένη»



-Κάποια άτομα ανέφεραν ως λόγο αποτυχίας την έλλειψη ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης. Για παράδειγμα, η Ρ. αναφέρει: «Μόνη μου δεν μπορούσα να κάνω τη θεραπεύτρια στον εαυτό μου», ενώ ο Γ.πιστεύει ότι χρειαζόταν περισσότερη ενθάρρυνση και πίεση από τους γονείς του.

-Άλλοι αναφέρθηκαν στην ανωριμότητα που τους χαρακτήριζε σε εκείνη τη φάση της ζωής τους.

Ο Γ.λέει:«Βαριόμουν χωρίς τις ουσίες....πίστευα ότι δεν θα μπορούσα να επανενταχτώ»

-Από αρκετούς,έγινε λόγος,για τη δυσκολία προσαρμογής στους όρους των θεραπευτικών κοινοτήτων, τους οποίους θεώρησαν αρκετά αυστηρούς. Επίσης, υπήρξαν δυσκολίες και στην σωματική απεξάρτηση, εφόσον τα προγράμματα αυτά είναι «στεγνά» (αποχή από κάθε ουσία). Και σε αυτήν την περίπτωση όμως,οι ερωτώμενοι απάντησαν πως η αδυναμία τους να ανταπεξέλθουν στους όρους των προγραμμάτων απεξάρτησης οφειλόταν στους ίδιους.

Ο Ε.χαρακτηριστικά αναφέρει:«Είσαι άρρωστος πολύ..δεν μπορείς στεγνά..δεν άντεχα»

-Γύρω στα 3 άτομα,πιστεύουν ότι η αποτυχία οφειλόταν στο ότι ακόμα βρίσκονταν στο περιβάλλον της χρήσης και «Ξαναγυρνούσαν στις ίδιες παρέες».

Επομένως, τρεις κυρίως λόγοι δείχνουν να είναι υπεύθυνοι για την αποτυχία απεξάρτησης στο παρελθόν: η έλλειψη θέλησης των χρηστών, η έλλειψη υποστήριξης,και η αυστηρότητα των όρων λειτουργίας των κοινοτήτων.

Όσον αφορά το πρώτο, μέσα από τις συνεντεύξεις φάνηκε ότι πράγματι ο πιο καθοριστικός παράγοντας για την ένταξη και την ολοκλήρωση ενός θεραπευτικού προγράμματος είναι να το θέλει ο ίδιος ο χρήστης (κάτι που αναφέρθηκε από όλους σχεδόν τους ερωτώμενους).

Οι πιθανότητες να συμβεί αυτό είναι μεγαλύτερες αν το άτομο απομακρυνθεί από την ομάδα των χρηστών (για να μην επηρεάζεται, να μην αποθαρρύνεται για θεραπεία) και αν έχει την οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη που χρειάζεται.

Τα παραπάνω, θα πρέπει να ισχύουν γιατί όταν ο χρήστης φτάσει στο σημείο να ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα ή έστω να πάρει την απόφαση, είναι ιδιαίτερα ευάλωτος και σε κάθε αφορμή, μπορεί να εγκαταλείψει την προσπάθεια.

Μην ξεχνάμε άλλωστε, ότι η χρήση είναι ακόμα πολύ κοντά και το άτομο εύκολα μπορεί να υποτροπιάσει.

Σχετικά με τις θεραπευτικές κοινότητες, αναφέρθηκε ως κύριο μειονέκτημά τους η αυστηρότητα και η αποχή από όλες τις ουσίες. Γεγονός που, όπως αναφέρουν οι ερωτώμενοι, έκανε πολύ δύσκολη τη σωματική απεξάρτηση και το να ξεπεραστεί το στερητικό σύνδρομο.

Ίσως, τα παραπάνω, να προκύπτουν και από τις συγκρίσεις που έκαναν οι ίδιοι οι ερωτώμενοι με το πρόγραμμα μεθαδόνης, το οποίο όπως θα δούμε παρακάτω θεωρούν καλύτερο και λιγότερο αυστηρό.

Τρόπος πληροφόρησης για το πρόγραμμα.

Οι περισσότεροι(16 άτομα),πληροφορήθηκαν για το πρόγραμμα από φίλους και άτομα που είχαν κάνει αίτηση ή ήταν ήδη μέσα στο πρόγραμμα.

Το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο, εφόσον όπως αναφέρθηκε παραπάνω οι χρήστες συναναστρέφονται με άτομα που κάνουν και αυτά χρήση.

Τελικά,η παρακίνηση για θεραπεία μπορεί να είναι περισσότερο επιτυχής, ιδιαίτερα από άτομα που έχουν περάσει από τη χρήση και γνωρίζουν τις δυσκολίες (όπως συμβαίνει στην ομάδα των Ανωνύμων Нарκομανών, όπου συμμετέχουν πρώην χρήστες).

Οι υπόλοιποι 9,πληροφορήθηκαν για το πρόγραμμα,από τα ΜΜΕ.

Σε αυτό το σημείο φαίνεται, η ανεπαρκής ενημέρωση του κοινού σχετικά με την θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης (τουλάχιστον για το πρόγραμμα μεθαδόνης) από τα ΜΜΕ.

Διάστημα αναμονής.

Ο μέσος όρος αναμονής για την εισαγωγή στο πρόγραμμα,είναι 3,5 χρόνια περίπου.

Υπήρξαν και δύο περιπτώσεις,που έγιναν δεκτές αρκετά γρήγορα, η μία λόγω προβλήματος υγείας και η άλλη λόγω συγγενή που ήταν ήδη στο πρόγραμμα. (κατ'εξαίρεση περιπτώσεις,που εισάγονται,σύμφωνα με τον Οργανισμό)
Άλλες δύο,ήταν και οι περιπτώσεις ατόμων που είχαν ξανακάνει αίτηση και τελικά ο ένας υποτροπίασε και ο άλλος δεν πήγε.

Συμπεραίνουμε,ότι ο χρόνος αναμονής για να γίνει κάποιος δεκτός στο πρόγραμμα είναι αρκετά μεγάλος.

Η μεγάλη λίστα αναμονής,αποτελεί ένα από τα σοβαρά μειονεκτήματα του προγράμματος υποκατάστασης.

Στο διάστημα που μεσολαβεί ο χρήστης συνήθως,συνεχίζει να κάνει χρήση, να έχει τις ίδιες παρές και να απειλείται ενδεχομένως,και με θάνατο.

Η ψυχική και σωματική εξάρτηση θα επαυξάνεται μέρα με τη μέρα και ίσως να δημιουργηθούν ή να επιδεινωθούν τυχόν προβλήματα υγείας.

Από τα παραπάνω,είναι προφανής η ανάγκη δημιουργίας περισσότερων θέσεων για την κάλυψη μεγαλύτερου αριθμού ατόμων στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

Το σύνολο των ατόμων που έκαναν αίτηση για το πρόγραμμα έφτασε το έτος 2000 τα 534 άτομα, ενώ κλήθηκαν 421 άτομα.

Ένα αρκετά σημαντικό βήμα,προς αυτήν την κατεύθυνση,είναι η πρόσφατη δημιουργία νέας Μονάδας και στον Πειραιά.

Διάστημα συμμετοχής στο πρόγραμμα.

Ο μέσος όρος χρόνου συμμετοχής στο πρόγραμμα, ήταν μέχρι τη στιγμή των συνεντεύξεων ο 1,5 χρόνος.

Πριν τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, υπήρχε η εντύπωση ότι οι θεραπευόμενοι δεν θα ήταν σε τόσο καλή φυσική και ψυχολογική κατάσταση. Τελικά, αποδείχτηκε το αντίθετο.

Δεν υπήρχε κανένα σημάδι, που να δηλώνει ότι τα άτομα αυτά ήταν πρώην χρήστες και τώρα βρίσκονται στη θεραπευτική διαδικασία.

Οι απαντήσεις τους ήταν σαφείς και κατανοητές, αν και ανειλικρινείς ορισμένες φορές.

Ίσως αυτό να συμβαίνει, επειδή ακριβώς ήταν αρκετό καιρό στο πρόγραμμα (οι περισσότεροι) και πλησιάζουν στην ολοκλήρωση του προγράμματος, ενώ η ουσία (η αρχική και η μεθαδόνη) όλο και απομακρύνεται.

Αυτό θα φανεί και σε επόμενη ενότητα, σχετική με τις στάσεις των ερωτώμενων απέναντι στο πρόγραμμα.

Σκέψεις για διακοπή του προγράμματος.

Και οι 25 ερωτώμενοι απάντησαν αρνητικά στην παραπάνω ερώτηση.

Ίσως, κάποιες απαντήσεις να μην ήταν ειλικρινείς στο συγκεκριμένο ερώτημα.

Όπως θα δούμε παρακάτω, οι περισσότεροι αισθάνονται φόβο απέναντι στην ουσία εξάρτησης.

Φόβο για τυχόν υποτροπή. Άρα, σίγουρα κάποιοι σκέφτηκαν τυχόν διακοπή του προγράμματος και ίσως συγκρατήθηκαν λόγω ενδεχόμενης προόδου τους, αλλά και της λίστας αναμονής.

Τα συμπεράσματα της τέταρτης ενότητας συνοψίζονται στα εξής:

-Οι προηγούμενες προσπάθειες απεξάρτησης έγιναν σε Κοινότητες και στους Ανώνυμους Ναρκομανείς.

Οι περισσότεροι έχουν προσπαθήσει και μόνοι τους να απεξαρτηθούν.

Το μικρότερο διάστημα αποχής ήταν μία εβδομάδα και το περισσότερο 18 μήνες.

Ως κύριος λόγος αποτυχίας, αναφέρεται η έλλειψη θέλησης των ιδίων και στήριξης από τους άλλους.

-Οι περισσότεροι ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα από άτομα που ήταν στο πρόγραμμα και από φίλους.

-Ο μέσος όρος αναμονής ήταν τα 3,5 χρόνια.

-Ο μέσος όρος συμμετοχής στο πρόγραμμα είναι 1,5 χρόνος.

-Κανείς από τους ερωτώμενους, δεν έχει σκεφθεί να διακόψει το πρόγραμμα.

Ε Ενότητα - Προσωπικές προσδοκίες- Στόχοι

Σε αυτήν την ενότητα, περιγράφονται οι προσδοκίες των ερωτώμενων όταν ξεκίνησαν το πρόγραμμα και οι στόχοι που οι ίδιοι έχουν θέσει.

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων ταξινομήθηκαν στις παρακάτω κατηγορίες:

-Αλλαγή του μέχρι τώρα τρόπου ζωής που σημαίνει σωματική υγεία, εμπιστοσύνη από τους άλλους, επαγγελματική σταθερότητα και κυρίως μια ζωή μακριά από κάθε ουσία. Ο Κ. αναφέρει: «Ήθελα μια καθαρή ζωή»

-Η απεξάρτηση.

Μερικές χαρακτηριστικές απαντήσεις είναι:

«Να σταματήσω ..να βρω τον εαυτό μου»

«Να περάσω απέναντι..να πάρω διαζύγιο από την ουσία»

-Ψυχολογική υποστήριξη.

Ο Γ. λέει: «Χρειαζόμουν χρόνο να δουλέψω με τον εαυτό μου»

Ο Σ. «Ήθελα να βρω τι οδηγεί στην χρήση...έπρεπε να βρω τη λύση»

Ο Π. «Να κατανοήσω γιατί όταν είμαι στα άκρα φτάνω στην χρήση»

Ο Ν. «Ήθελα να βρω τον εαυτό μου...καλύτερα με έναν ειδικό»

-Να ξεπεραστεί περισσότερο ανώδυνα το σύνδρομο στέρησης.

-Η ουσία (δηλ. η μεθαδόνη) «Στόχος μου ήταν το υποκατάστατο».

Αρκετά ήταν τα άτομα που ανέφεραν ότι ξεκινώντας το πρόγραμμα, αυτό που περίμεναν και έλπιζαν ήταν η μεθαδόνη να τους βοηθήσει στο να ξεπεράσουν το στερητικό σύνδρομο, το οποίο οι περισσότεροι χρήστες θεωρούν πολύ σημαντικό και δύσκολο να αντιμετωπιστεί.

Ένα άτομο απάντησε, ότι αυτό που περίμενε ήταν πως θα τα παρατούσε (δηλ. το πρόγραμμα).

Επίσης, ένα άτομο ανέφερε ότι δεν υπήρχε άλλη λύση και γι' αυτόν τον λόγο απευθύνθηκε στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε, ότι οι ερωτώμενοι θεωρούν το πρόγραμμα υποκατάστασης ως το μέσο που θα τους παρέχει την ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται και θα τους βοηθήσει να αλλάξουν τη ζωή τους και τελικά να απεξαρτηθούν.

Η μεθαδόνη, πολλές φορές, αποτελεί το κίνητρο για εισαγωγή στο πρόγραμμα.

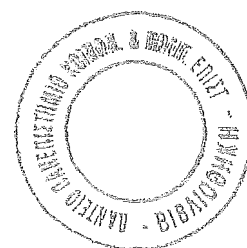
Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, αρκετοί δυσκολεύτηκαν να παρακολουθήσουν «στεγνό» πρόγραμμα. Κυρίως, γιατί συνάντησαν δυσκολίες κατά την σωματική απεξάρτηση.

Οι χρήστες θεωρούν πολύ βασικό σε μία θεραπευτική διαδικασία, να ξεπεράσουν το σύνδρομο στέρησης. Με τη χορήγηση μεθαδόνης, θεωρούν ότι διευκολύνεται η παραπάνω διαδικασία.

Εκτός αυτών, δίνεται στους θεραπευομένους η δυνατότητα να συνεχίζουν παράλληλα τις καθημερινές τους δραστηριότητες (ενώ στα «στεγνά» προγράμματα δεν συμβαίνει πάντα κάτι τέτοιο), στηριζόμενοι ψυχολογικά από το πρόγραμμα.

Βασικός στόχος των ερωτωμένων, είναι η απεξάρτηση και ολοκλήρωση του προγράμματος.

Χαρακτηριστική είναι η απάντηση του Ν.: «Θέλω να ξεφύγω... δεν πάει άλλο αυτή η κατάσταση, δεν θέλω να γυρίσω πίσω».



Οι στόχοι των θεραπευομένων, ταυτίζονται με τις προσδοκίες που είχαν από το πρόγραμμα. Επικεντρώνονται κυρίως γύρω από το πρόγραμμα και την ολοκλήρωσή του και ακολουθούν όλα τα υπόλοιπα (επαγγελματική αποκατάσταση, βελτίωση οικογενειακών- κοινωνικών σχέσεων κ.λ.π.).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι οι προσδοκίες και οι στόχοι των 25 ατόμων του δείγματος είναι η απεξάρτηση, η ολοκλήρωση του προγράμματος, μια «καθαρή» ζωή.

ΣΤ Ενότητα- Αξιολόγηση της λειτουργίας του προγράμματος

Η ενότητα αυτή, αναφέρεται σε λειτουργικούς παράγοντες του προγράμματος και στην αξιολόγησή τους από τους ερωτώμενους.

Σχέσεις με το προσωπικό της Μονάδας

Οι περισσότεροι και συγκεκριμένα οι 14 από τους 25 δήλωσαν πως είχαν καλές σχέσεις με το προσωπικό της Μονάδας. Αρκετοί ήταν και εκείνοι που αναφέρθηκαν σε πολύ καλές σχέσεις (10 άτομα).

Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί, με τις αντίστοιχες εκτιμήσεις του προσωπικού, από την Τριμελή Επιτροπή Αξιολόγησης του προγράμματος, η οποία έκρινε ικανοποιητική την συμπεριφορά του προσωπικού.

Ένα μόνο άτομο, απάντησε ότι είχε μέτριες σχέσεις με το προσωπικό, γιατί όπως ο ίδιος αναφέρει: « Με καρφώνουν για υποτροπή».

Στα πλαίσια της επιστημονικής δεοντολογίας, δεν είναι επιτρεπτή η ανάπτυξη φιλικών σχέσεων του προσωπικού της Μονάδας και των θεραπευομένων και θα πρέπει να παραμένει ως σχέση θεραπευτή- θεραπευόμενου. Ο λόγος που θα πρέπει να τηρείται ο κανόνας αυτός είναι ο εξής:

Μέσα από την θεραπευτική διαδικασία, επιδιώκεται ο προσανατολισμός των ατόμων αυτών προς άλλες κατευθύνσεις (πέρα από οποιαδήποτε ουσία).

Οι θεραπευόμενοι βρίσκονται σε μια ιδιαίτερα ευάλωτη φάση, όπου το «αγκίστρωμα» σε κάτι ή κάποιον άλλον θα είχε αντίθετα αποτελέσματα.

Τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη να «πιαστούν» από κάτι προκειμένου να καταφέρουν να απεξαρτηθούν, εφόσον μέχρι να ενταχθούν στο πρόγραμμα ήταν προσκολλημένα στην ουσία.

Το άτομο, πρέπει να μάθει να μην εξαρτάται από τίποτα και από κανένα. Να μάθει να αντιμετωπίζει οποιαδήποτε κατάσταση με διαφορετικά μέσα, από αυτά που μέχρι τώρα χρησιμοποιούσε (χρήση).

Επίσης, προκειμένου ο θεραπευτής να δώσει την αναγκαία ψυχολογική υποστήριξη, δεν θα πρέπει να είναι και ο ίδιος φορτισμένος ψυχολογικά, αλλά να είναι όσο το δυνατόν αντικειμενικός και να μην παρασύρεται από τα συναισθήματά του.

Το άτομο που αναφέρθηκε σε μέτριες σχέσεις με το προσωπικό, όπως είναι φανερό έχει τον φόβο απομάκρυνσής του από το πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα, επιτρέπει μέχρι και δύο υποτροπές, διαφορετικά ο θεραπευόμενος απομακρύνεται από αυτό και αν θέλει να το παρακολουθήσει ξανά θα πρέπει να περάσει πάλι από την ίδια διαδικασία (λίστα αναμονής κ.λ.π.).

Χώρος

Ο χώρος της Μονάδας, θεωρήθηκε καλός από 16 άτομα και πολύ καλός από 6.

Ωστόσο, πολλοί επισήμαναν πως ο χώρος αυτός θα έπρεπε να ήταν μεγαλύτερος και να καλύπτει βασικές τους ανάγκες.

Έτσι, πολλοί τόνισαν την ανάγκη ύπαρξης χωριστής τουαλέτας, τη δημιουργία χώρου συγκέντρωσης (για να μην κάθονται στο δρόμο), αίθουσας ψυχαγωγίας, αλλά και διακόσμησης του χώρου.

Κατά το διάστημα διεξαγωγής των συνεντεύξεων και παραμονής στο χώρο της Μονάδας, διαπιστώθηκαν οι παραπάνω ελλείψεις.

Αυτό που δεν διαπιστώθηκε, είναι η έλλειψη χώρου συγκέντρωσης των ατόμων, όσο περίμεναν την χορήγησή ή κάποιο ραντεβού με τον θεραπευτή τους. Ο χώρος αυτός υπάρχει και μάλλον οι θεραπευόμενοι έβγαιναν έξω από την Μονάδα με δική τους επιλογή (για να καπνίσουν ή να μιλήσουν, ενδεχομένως).

Τοποθεσία

Τα 18 άτομα απάντησαν, πώς δε συνάντησαν προβλήματα με την περιοχή στην οποία βρίσκεται η Μονάδα.

Σημαντικό όμως είναι να δούμε, τι απάντησαν οι υπόλοιποι 7 στο παραπάνω ερώτημα.

«Δοκιμάζονται οι αντοχές».

«Αποφεύγω να περνάω από την Πλατεία (Εξαρχείων)».

«Φοβάμαι να έρθω σε επαφή με χρήστες».

«Είναι κεντρικό σημείο της χρήσης,... υποχρεώνεσαι να συναντάς χρήστες».

«Βλέπω χρήστες... προσπαθώ να πηγαίνω αλλού να μην βλέπω».

«Δεν μου άρεσε να βλέπω τους άλλους στην πλατεία».

«Θα ήταν καλύτερα να είναι κάπου ουδέτερα».

«Μεγάλος κίνδυνος... επηρεάστηκα... το πολέμησα».

Τα παραπάνω δείχνουν ότι η περιοχή στην οποία βρίσκεται η Μονάδα

Υποκατάστασης, μπορεί να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας στην πορεία της θεραπείας.

Όπως τονίστηκε πολλές φορές, τα άτομα αυτά είναι ευάλωτα και οποιαδήποτε στιγμή μπορούν να παρασυρθούν και να υποτροπιάσουν. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει, όταν συναντούν χρήστες και περνούν από στέκια χρηστών.

Από την άλλη πλευρά, η συγκεκριμένη τοποθεσία μπορεί να λειτουργήσει θετικά και αποτρεπτικά προς την χρήση, παρακινώντας και άλλους χρήστες που βρίσκονται στην περιοχή (από τα συνηθέστερα στέκια χρηστών) να απευθυνθούν στο πρόγραμμα.

Επίσης, μπορεί να γίνει συνειδητή από τους θεραπευόμενους η κατάσταση στην οποία βρίσκονταν και οι ίδιοι κάποια στιγμή και να την συγκρίνουν με αυτή στην οποία βρίσκονται τώρα (που όπως θα δούμε παρακάτω είναι αρκετά βελτιωμένη).

Η εικόνα αυτή δόθηκε μέσα από τις εξής απαντήσεις:

«Η περιοχή διευκολύνει... παρακινούνται οι χρήστες για αίτηση στο πρόγραμμα»

«Στην αρχή επηρεάζομαι. Δεν με τραβάνε αυτά που γίνονται τώρα».

«Θα δω κάποιον φίλο που είναι χάλια... εγώ είμαι καλά».

Όροι λειτουργίας του προγράμματος.

Η πλειοψηφία (οι 19 στους 25), απάντησε πως δεν συνάντησε δυσκολίες με τους όρους του προγράμματος, ενώ τα υπόλοιπα 6 άτομα, δήλωσαν ότι συνάντησαν τέτοιου είδους προβλήματα.

Τα άτομα αυτά, χαρακτήρισαν το πρόγραμμα καταπιεστικό και με τιμωρητικό χαρακτήρα. Επίσης, αναφέρθηκε πρόβλημα εργασίας το οποίο σχετίζεται με το ωράριο χορήγησης και παρακολούθησης των θεραπευτικών ομάδων.

Ένα άτομο, αναφέρθηκε στον τρόπο λήψης των ούρων. Ο λόγος, είναι ότι κατά τη διαδικασία αυτή οι θεραπευόμενοι παρακολουθούνται από μία οθόνη και συγκεκριμένα απάντησε: «Κομπλάρω... είναι ειρωνικοί στη δειγματοληψία».

Το παραπάνω αναφέρεται στο συμβόλαιο συμμετοχής στο πρόγραμμα το οποίο υπογράφεται από τον θεραπευόμενο.

Συγκεκριμένα, αναφέρεται ξεκάθαρα ότι ο τοξικολογικός έλεγχος ούρων γίνεται υπό την εποπτεία του προσωπικού.

Οι όροι του προγράμματος, θεωρήθηκαν (από τα 6 άτομα) αυστηροί λόγω της απαγόρευσης χρήσης χασίς και γενικά αποχής από όλες τις ουσίες. Στο συμβόλαιο περιλαμβάνεται και αυτός ο όρος, επίσης.

Από την στιγμή που οι υποψήφιοι θεραπευόμενοι υπογράφουν το συμβόλαιο συμμετοχής, σημαίνει ότι αποδέχονται και τους όρους του.

Όπως συμπεραίνουμε αυτό δεν συμβαίνει πάντα και οι συμμετέχοντες διαμαρτύρονται για όρους που έδειξαν να συμφωνούν, υπογράφοντας το συμβόλαιο.

Τελικά όμως το να γίνουν αυτά στην πράξη είναι αρκετά πιο δύσκολο από μία απλή υπογραφή. Άλλωστε, οι περισσότεροι επιθυμούν να εισαχθούν και να απεξαρτηθούν όσο πιο γρήγορα γίνεται και χωρίς πολύ σκέψη (για τις δυσκολίες που θα συναντήσουν).

Ενημέρωση

Από τα άτομα που ρωτήθηκαν, 18 απάντησαν πως είναι ικανοποιημένοι στα θέματα ψυχολογικής υποστήριξης.

Κάποιοι θεωρούν ότι δεν χρειάζονται τέτοιου είδους υποστήριξη, λέγοντας: «Βλέπω πιο καθαρά από τους θεραπευτές... εγώ τα έχω ζήσει... αυτοί όχι».

«Δεν ξέρουν (οι θεραπευτές) τι είναι ναρκομανής».

Ο αριθμός των ατόμων που πιστεύει ότι καλύπτεται στον τομέα της ιατρικής μέριμνας, είναι 21 και για τις λοιπές υπηρεσίες 22.

Οι περισσότεροι, τόνισαν την ανάγκη περισσότερων ωρών την εβδομάδα στις θεραπευτικές ομάδες και τα ατομικά ραντεβού.

Στο σημείο αυτό, συμπεραίνουμε ότι τα άτομα αυτά πραγματικά χρειάζονται όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ψυχολογική υποστήριξη, κάτι το οποίο παρατηρήθηκε σε όλη τη διάρκεια των συνεντεύξεων.

Η σωματική απεξάρτηση μπορεί να αντιμετωπιστεί με την μεθαδόνη.

Η ψυχική απεξάρτηση και η αλλαγή ενός τρόπου ζωής επικεντρωμένου σε μία ουσία είναι δύσκολη υπόθεση και απαιτεί πολύ χρόνο, χωρίς όμως να είναι και ακατόρθωτη.

Πολλές φορές, οι χρήστες θεωρούν ότι δεν μπορεί να τους στηρίξει κάποιος που δεν έχει περάσει από την χρήση. Ωστόσο, οι μη χρήστες μπορούν να υποδείξουν έναν άλλο τρόπο ζωής, απαλλαγμένο από τις ουσίες, από τον οποίο και οι χρήστες έχουν περάσει στο παρελθόν.

Συνοψίζοντας:

- Οι σχέσεις θεραπευόμενων- προσωπικού είναι καλές.
- Ο χώρος της Μονάδας θεωρείται από τους περισσότερους καλός,τονίζοντας παράλληλα την ανάγκη,μεγαλύτερης κάλυψης βασικών τους αναγκών.
- Η πλειοψηφία,δεν συνάντησε προβλήματα σχετικά με την τοποθεσία της Μονάδας.
- Οι περισσότεροι δεν είχαν δυσκολίες με τους όρους λειτουργίας του προγράμματος.
- Ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτώμενων δεν εργάζεται. Εκείνοι που εργάζονται δεν είχαν σχετικά προβλήματα.
- Η ενημέρωση που παρέχεται από το πρόγραμμα,θεωρήθηκε καλή από την πλειοψηφία.

Ζ Ενότητα

Η ενότητα αυτή, αναφέρεται στις στάσεις των ερωτώμενων απέναντι στην ουσία εξάρτησης και την μεθαδόνη. Επίσης, περιλαμβάνονται και τα σχέδια που έχουν οι θεραπευόμενοι για το μέλλον.

Στάσεις απέναντι στην εξάρτηση από την αρχική ουσία

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτώμενων, εξέφρασε πως αισθάνεται φόβο απέναντι στην ουσία εξάρτησης.

Ο φόβος αυτός, αφορά τον κίνδυνο υποτροπής και το τι θα επακολουθήσει μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος και την διακοπή της μεθαδόνης.

Κάποια άτομα βλέπουν μακριά την χρήση, άλλα πιο κοντά.

Αυτό εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό, από το χρονικό διάστημα συμμετοχής στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

Έτσι, ο Κ. που είναι στο πρόγραμμα περίπου 13 μήνες στην ανάλογη ερώτηση απάντησε: «Με αυτά που έχω περάσει, δεν φοβάμαι».

Ο Χ. που είναι λίγο παραπάνω στο πρόγραμμα, λέει: «Βλέπω στους χρήστες τον εαυτό μου όπως ήταν παλιά... Το φόβο πρέπει να τον έχεις υπόψη... αλλά να ζεις κανονικά».

Ο Γ. κλείνει τους 8 μήνες στο πρόγραμμα και αναφέρεται στην χρήση ως «φοβερή αρρώστια». «Νιώθω ανασφάλεια».

Αυτό που φάνηκε μέσα από τις συνεντεύξεις,είναι ότι όσο μικρότερο είναι το διάστημα παραμονής στο πρόγραμμα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο φόβος και η ανασφάλεια απέναντι στην εξάρτηση.

Αυτό είναι φυσικό,εφόσον η κατάσταση της χρήσης και της εξάρτησης είναι ακόμα πολύ νωπή.

Περνώντας ο καιρός,αυτά τα συναισθήματα εξακολουθούν να υπάρχουν αλλά σε πιο ήπια μορφή.

Αρκετοί ήταν εκείνοι,που εξέφρασαν στεναχώρια,λύπη αλλά και ντροπή για την τότε φάση της ζωής τους. Μερικές χαρακτηριστικές απαντήσεις ήταν οι παρακάτω:

«Ένας μαύρος χάρος (ηρωίνη)».

«Ντρέπομαι για τον εαυτό μου... στεναχωριέμαι».

«Μίζερα... χάλια».

«Υποταγή, ξεφτίλα».

Ορισμένα άτομα ανέφεραν πως η χρήση ήταν μια δικαιολογία, μία αδυναμία υπευθυνότητας,που χρησιμοποιούνταν ως μέσο καταστολής των διαφόρων προβλημάτων.

Ο Σ. λέει: «Βολεύτηκα... δεν μπορούσα να αναλάβω ευθύνες... κοιτούσα τον εαυτό μου. Όλα όμως ήταν δικαιολογίες».

Πολλοί ωστόσο,είναι και αυτοί που έχουν «στηριχθεί» στην μεθαδόνη και νιώθουν πως θα είναι πολύ δύσκολα τα πράγματα χωρίς αυτή.

Αυτό είναι πολύ πιθανό και επικίνδυνο να συμβεί,αφού τα άτομα αυτά έχουν συνηθίσει να στηρίζονται σε κάποια ουσία.Βέβαια, υπάρχουν άτομα που βρίσκονται στη φάση της συντήρησης και λειτουργούν πολύ καλά σε όλους τους τομείς.Το ερώτημα που τίθεται είναι το εξής:Θα εξακολουθεί να συμβαίνει αυτό όταν διακοπεί η ουσία;

Πολλές φορές τα άτομα δήλωσαν αυτοπεποίθηση και παράλληλα φόβο.

Τα συναισθήματα και οι στάσεις των ερωτώμενων απέναντι στην ουσία εξάρτησης είναι ποικίλλα και αντιφατικά μεταξύ τους.

Στο σημείο όπου γινόταν η σχετική ερώτηση, αυτά που εκφράζονταν ήταν τόσα πολλά που ήταν αδύνατο να καταγραφούν όλα.

Ωστόσο,τονίστηκε η κεντρική ιδέα των απαντήσεων.

Συμπερασματικά,θα λέγαμε ότι αυτά τα άτομα θα αισθάνονται πάντα φόβο για τυχόν υποτροπή,ενώ παράλληλα θα συνεχίζουν τη ζωή τους.

Στάσεις απέναντι στη μεθαδόνη

Όλα τα άτομα του δείγματός μας απάντησαν, πως τους αρκεί η χορηγούμενη δόση μεθαδόνης και πως δεν χρειάζονται κάποια άλλη ουσία ταυτόχρονα που θα τους καλύψει. Ο Σ. λέει: «Ήθελα μικρότερη ποσότητα στην αρχή... να μην γεμίζω με ουσίες». Ένας από αυτούς μόνο δήλωσε πως «περνάει από το μυαλό όλων η ηρωίνη».

Πράγματι, το ύφος των ερωτώμενων απαντώντας στην παραπάνω ερώτηση έδειχνε πως κάποιες φορές αισθάνθηκαν την ανάγκη χρήσης και άλλης ουσίας ταυτόχρονα με την μεθαδόνη, αλλά χωρίς να το παραδεχτούν.

Από την πλευρά των ερωτώμενων, πολύ πιθανό και αναμενόμενο ήταν να υπάρχουν επιφυλάξεις, θεωρώντας ότι αυτά που συζητήθηκαν στις συνεντεύξεις θα μεταφέρονταν σε υπεύθυνους του προγράμματος (το οποίο βέβαια δεν συνέβη).

Ένας από τους όρους του προγράμματος, είναι η απαγόρευση της χρήσης και άλλων ουσιών και στις δύο υποτροπές ο θεραπευόμενος αποχωρεί από το πρόγραμμα.

Αυτό είναι κάτι που όλοι θέλουν να αποφύγουν. Επομένως, δεν επιθυμούν να θέσουν τις βάσεις για κάτι τέτοιο και ούτε καν να αναφέρουν πως τους πέρασε η σκέψη να πάρουν και άλλες ουσίες.

Κάτι τέτοιο, μπορεί να προέτρεπε τους υπευθύνους της Μονάδας για περαιτέρω ελέγχους των ατόμων αυτών.

Σχεδόν όλοι θεωρούν τη μεθαδόνη, «βοήθημα» για να ξεπεράσουν το στερητικό σύνδρομο (στο οποίο δίνουν μεγάλη σημασία) και πως θα τους βοηθήσει από την άποψη της ψυχολογικής υποστήριξης.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί η στάση του Γ. για την μεθαδόνη: «Ξέρω ότι δεν θα με καλύψει τίποτα... πρέπει να τα κόψω όλα».

Συμπερασματικά,θα λέγαμε ότι (όπως παρατηρήθηκε και στην αμέσως προηγούμενη παράγραφο) τα άτομα αυτά έχουν βασιστεί στην μεθαδόνη και υπάρχει ο κίνδυνος εξάρτησης και από αυτήν την ουσία.

Πιθανή εξάρτηση,είναι δύσκολο να γίνει συνειδητή,εφόσον οι περισσότεροι παρουσιάζουν βελτίωση σε όλα τα επίπεδα.

Τα συμπεράσματα αυτής της ενότητας είναι:

- Η πλειοψηφία αισθάνεται φόβο απέναντι στην ουσία εξάρτησης.
- Όλοι είναι ικανοποιημένοι από τη χορηγούμενη δόση μεθαδόνης, τους αρκεί και την θεωρούν βοήθημα.
- Για τους περισσότερους προέχει η ολοκλήρωση του προγράμματος και στην συνέχεια η οργάνωση της ζωής τους.

Σχέδια για το μέλλον

Αυτό που προέχει και για τα 25 άτομα,είναι η ολοκλήρωση του προγράμματος.

Στα σχέδια για το μέλλον,συμπεριλαμβάνεται η οικογένεια, η εύρεση εργασίας, ένα σπίτι, γενικότερα μια «κανονική» ζωή μακριά από ουσίες.

Πολλοί είναι εκείνοι που αναφέρθηκαν στην επανένταξή τους στην κοινωνία και στην ανάγκη τους γι' αυτό.

Οι περισσότεροι προσπαθούν να πραγματοποιήσουν τα παραπάνω, ο καθένας θέτοντας τις προτεραιότητές του, και είναι αισιόδοξοι.

Κάποιοι έχουν συνειδητοποιήσει, πως χρειάζεται χρόνος και προσπάθεια προκειμένου να επανενταχθούν.

Άλλοι δεν είναι τόσο αισιόδοξοι, πράγμα το οποίο σε ορισμένες περιπτώσεις, οφείλεται και σε υποτροπές κατά τη διάρκεια του προγράμματος.

Πάντως, το σημαντικό για όλους είναι να «καθαρίσουν» και στη συνέχεια να οργανώσουν τη ζωή τους, γνωρίζοντας ότι απαιτείται προσπάθεια και αυτοπεποίθηση γι' αυτό.

Η Π. λέει: «Να παραμείνω καθαρή... να κάνω ένα γενικό συμμαζεμα».

Ο Γ.: «Να τελειώσω και μετά τα υπόλοιπα... να γνωρίσω τον εαυτό μου».

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι τα άτομα αυτά επιθυμούν να έχουν ότι και κάθε άνθρωπος. Το ότι κάποια στιγμή έκαναν χρήση ναρκωτικών, δεν σημαίνει ότι διαφέρουν από εμάς τους υπόλοιπους. Αυτό μπορεί να τύχει στον καθένα. Σίγουρα, άτομα όπως οι πρώην χρήστες πρέπει να προσπαθήσουν ακόμα περισσότερο για να πετύχουν αυτό που θέλουν, εφόσον στιγματισμένοι ως χρήστες θα αντιμετωπίζονται με καχυποψία και επιφύλαξη (σε περίπτωση όπου οι υπόλοιποι γνωρίζουν για το παρελθόν της χρήσης και της απεξάρτησης). Αλλά και το ίδιο το άτομο, θα δυσκολευτεί αν επανενταχθεί σε ένα περιβάλλον από το οποίο ήταν αποκομμένο για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Το θετικό είναι, ότι τα άτομα που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης τουλάχιστον, δεν κάνουν έκδηλο το ότι βρίσκονται σε φάση απεξάρτησης και έτσι οι άλλοι δεν μπορούν να το καταλάβουν (τουλάχιστον εξωτερικά) και είναι καλύτερα να μην το γνωρίζουν (όπως είδαμε αυτό αποβαίνει θετικό) και περισσότερο από όλους οι χρήστες θέλουν να αποδείξουν ότι τελικά τα κατάφεραν να «καθαρίσουν».

Η Ενότητα- Οικογενειακές- κοινωνικές- εργασιακές σχέσεις- Υγεία

Η ενότητα αυτή, αναφέρεται στην εξέλιξη των οικογενειακών, κοινωνικών και εργασιακών σχέσεων στην πορεία του προγράμματος καθώς και στην βελτίωση ή όχι της υγείας των θεραπευομένων.

Οικογενειακές σχέσεις

Οι περισσότεροι (17 άτομα), πιστεύουν πως έχουν βελτιωθεί οι σχέσεις με την οικογένειά τους.

Θεωρούν πως η βελτίωση αυτή οφείλεται στους ίδιους και το πρόγραμμα υποκατάστασης.

Ο Γ. αναφέρει: «Ξέρουν (οι γονείς) ότι το παιδί τους είναι καλά και αυτό οφείλεται στο πρόγραμμα... σε μένα που είμαι ακόμα εδώ».

Ο Κ. πιστεύει ότι το πρόγραμμα τον βοήθησε «να σταματήσει τη χρήση και τις παράξενες παρέες».

Παρόμοια είναι και η άποψη του Ι. «Ένας τρίτος (θεραπευτής) μιλάει πιο λογικά».

Πολλοί είναι εκείνοι που αντιμετωπίζονται από τους γονείς τους, με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη απ'ότι παλιότερα.

Αυτό οφείλεται σύμφωνα με τους θεραπευόμενους, στο ότι απέχουν πλέον από τη χρήση και συμπεριφέρονται διαφορετικά. «Το πρόγραμμα ήταν το κίνητρο».

Πολλοί δηλώνουν ότι οι γονείς τους είναι ευχαριστημένοι, ικανοποιημένοι, ενώ παράλληλα φοβούνται για τυχόν υποτροπή.

Τα άτομα που θεωρούν ότι οι οικογενειακές τους σχέσεις δεν έχουν βελτιωθεί αριθμούνται σε 6.

Και αυτό, πιστεύουν πως οφείλεται στη δυσπιστία της οικογένειας προς τους ίδιους και το πρόγραμμα.

Ορισμένοι γονείς, επίσης, δυσανασχετούν λόγω της έλλειψης εργασίας των παιδιών τους (όπως αναφέρθηκε, οι περισσότεροι δεν εργάζονται).

«Βιάζονται (οι γονείς) να τελειώσω και να βρω δουλειά,... δυσανασχετούν που με συντηρούν».

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι η βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων, σύμφωνα με τους ερωτώμενους, οφείλεται στο πρόγραμμα υποκατάστασης και στη βελτίωση που αυτό έχει επιφέρει στους ίδιους, ενώ παράλληλα υπάρχει και ο φόβος της υποτροπής.

Από την άλλη, παρατηρείται μη βελτίωση των σχέσεων, εξαιτίας του ότι οι γονείς εξακολουθούν να είναι δύσπιστοι προς αυτούς και το πρόγραμμα.

Το σύνολο των ερωτώμενων, έχει προσπαθήσει στο παρελθόν να απεξαρτηθεί με διάφορους τρόπους και τελικά να αποτύχει, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα. Επομένως, είναι φυσικό η οικογένεια και γενικά το περιβάλλον του χρήστη να είναι δύσπιστο και σε αυτή την προσπάθεια. Ωστόσο, και σε αυτή τη φάση, είναι απαραίτητη η στήριξη και από το οικογενειακό περιβάλλον.

Κοινωνικές σχέσεις.

Οι περισσότεροι, αναφέρθηκαν σε καλές και βελτιωμένες κοινωνικές σχέσεις.

«Αλλαγή στο πως αισθάνονται οι άλλοι για μένα» λέει ο Π.

Σε αρκετές περιπτώσεις, οι θεραπευόμενοι θεωρούν πως οι άλλοι τους βλέπουν με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη τώρα που είναι στο πρόγραμμα.

Ωστόσο, αρκετοί είναι αυτοί που δεν είναι ακόμα έτοιμοι να κάνουν φίλους, δυσκολεύονται να εμπιστευτούν τους άλλους και φοβούνται την απόρριψη.

Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός, ότι έχουν δημιουργηθεί φιλικές σχέσεις μέσα από το πρόγραμμα.

Το ίδιο συνέβαινε και κατά το διάστημα της χρήσης, όπου οι κοινωνικές σχέσεις περιορίζονταν κυρίως μεταξύ χρηστών.

Έτσι, το παραπάνω ήταν αναμενόμενο, δεδομένου ότι τα άτομα αυτά μοιράζονται και προσπαθούν να βρουν λύση σε ένα κοινό τους πρόβλημα και αυτό τα φέρνει πιο κοντά.

Ο Γ. λέει: « Έχω φίλους από το πρόγραμμα... δεν μπορώ με άλλους».

Πολύ σημαντικό είναι να τονιστεί ότι και από τις δύο πλευρές (κοινωνία-θεραπευόμενος) υπάρχει καχυποψία και έλλειψη εμπιστοσύνης.

Πρόκειται για αμοιβαίες στάσεις και γι' αυτό το λόγο οι σχέσεις περιορίζονται με άτομα που επίσης συμμετέχουν στο πρόγραμμα.

Γι' αυτόν τον λόγο ακριβώς, ο μεγάλος αριθμός βελτιωμένων κοινωνικών σχέσεων φανερώνει τη συμβολή του Προγράμματος Υποκατάστασης. Όπως παρατηρήθηκε, παραπάνω οι κοινωνικές σχέσεις και των 25 ατόμων κατά το διάστημα της χρήσης δεν ήταν ιδιαίτερα καλές.

Εργασία

Οι 16 από τους 25 ερωτώμενους, δεν εργάζονται σε όλη τη διάρκεια που είναι στο πρόγραμμα. Το στοιχείο αυτό, δεν συμφωνεί με τα συμπεράσματα της αξιολόγησης του προγράμματος που πραγματοποιήθηκε το 1996, όπου και παρατηρήθηκε αύξηση της παραγωγικής απασχόλησης.

Οι υπόλοιποι 9 εργάζονται.

Οι 8 από αυτούς δεν συνάντησαν προβλήματα στην εργασία τους. Ένα άτομο από αυτά τόνισε πως αποφεύγει να δουλεύει βράδυ, γιατί νιώθει ευάλωτος στην ηρωίνη.

Οι λόγοι ήταν σύμφωνα με τους ερωτώμενους, είτε γιατί δεν γνώριζαν οι συνάδελφοί τους για το πρόγραμμα, είτε γιατί είχαν βελτιωθεί στην εργασία τους και ενέπνεαν εμπιστοσύνη και υπευθυνότητα.

Επίσης, ένα άτομο απάντησε πως είχε κάποιο πρόβλημα στην εργασία του, λόγω του ωραρίου των θεραπευτικών ομάδων.

Όπως έχει αναφερθεί, ο χρήστης εξακολουθεί να στιγματίζεται ακόμα και αν συμμετέχει σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, ακόμα και όταν απεξαρτηθεί.

Δεν γίνεται εύκολα αποδεκτός και δεν εμπνέει εμπιστοσύνη στους άλλους, εκτός και αν δείξει σημάδια βελτίωσης.

Σε μια εργασία αυτό που ενδιαφέρει τον εργοδότη είναι να γίνονται όλα σωστά. Από την στιγμή που θα συμβεί αυτό, πολλές φορές παύουν να ενδιαφέρουν τα υπόλοιπα και να υπάρχουν προβλήματα και για τον ίδιο τον εργαζόμενο.

Υγεία

Δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας πριν το πρόγραμμα,9 άτομα.

Από τα υπόλοιπα 16,οι μισοί ανέφεραν βελτίωση και οι άλλοι μισοί επίσης,μη βελτίωση της υγείας τους.

Η βελτίωση της υγείας,έστω και των μισών ατόμων,είναι θετικό στοιχείο για το πρόγραμμα.

Τα συμπεράσματα αυτής της ενότητας είναι:

- Βελτίωση των οικογενειακών και εργασιακών σχέσεων.
- Εν μέρει βελτίωση,των κοινωνικών σχέσεων και της υγείας των θεραπευόμενων.

Θ Ενότητα- Συνολική αξιολόγηση του προγράμματος.

Σχεδόν όλοι, απάντησαν πως είναι ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα.

Ένα μόνο άτομο, απάντησε αρνητικά σε αυτήν την ερώτηση, γιατί θεωρεί ορισμένα άτομα από το προσωπικό «ρατσιστές και αγενείς απέναντί του», παρόλο που παραπάνω αναφέρθηκε σε καλές σχέσεις με το προσωπικό της Μονάδας.

Στην ερώτηση γιατί θεωρούν ότι είναι ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα, μερικές από τις απαντήσεις είναι:

«Ανακαλύπτω πράγματα για τον εαυτό μου που δεν τα γνώριζα».

«Αισθάνομαι καλά... έχω ξεφύγει από την αιχμαλωσία της ηρωίνης».

«Η Μονάδα παρέχει τη μεθαδόνη... η θέλησή μου και το πρόγραμμα βοηθούν».

«Μόνος δεν θα μπορούσα ούτε σωματικά να απεξηρτηθώ».

«Βλέπω ότι προχωράω... δεν γυρίζω πίσω».

«Δεν μπορούσα να πάω σε στεγνό».

Συνοψίζοντας, οι λόγοι για τους οποίους η πλειοψηφία των ερωτώμενων δηλώνει ικανοποιημένη από το πρόγραμμα είναι οι εξής:

-Η συμβολή της μεθαδόνης στην σωματική απεξάρτηση και στο να ξεπεραστεί το στερητικό σύνδρομο.

-Η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει το πρόγραμμα υποκατάστασης.

-Η στήριξη και η καλή συμπεριφορά από την πλευρά του προσωπικού προς τους θεραπευόμενους (σε προηγούμενη ενότητα αναφέρθηκαν καλές σχέσεις προσωπικού- θεραπευόμενων).

-Η αλλαγή της φυσικής και ψυχολογικής κατάστασης, το οποίο συμφωνεί με την αντιστοίχη βελτίωση που παρατηρήθηκε, στα πλαίσια της αξιολόγησης του προγράμματος, το 1996.

-Η δυνατότητα παράλληλης ενασχόλησης και με άλλες δραστηριότητες πέρα της χρήσης.

-Η σιγουριά και η ασφάλεια που παρέχει το πρόγραμμα.

-Η δυνατότητα να γνωρίσει και να καταλάβει ο θεραπευόμενος τον εαυτό του.

-Η ανταπόκριση του προγράμματος στις αρχικές προσδοκίες των ερωτώμενων.

-Η πλήρης αποχή από την ουσία εξάρτησης.

Όλοι απάντησαν πως εκπληρώθηκαν οι προσδοκίες (που αναφέρθηκαν παραπάνω) που είχαν όταν ξεκίνησαν την θεραπεία.

Οι μισοί περίπου, απάντησαν, πως αυτό επιτυγχάνεται αργά και σταδιακά και οι υπόλοιποι ότι αυτό έχει επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό, πάντα σε συνάρτηση με την θέληση του ατόμου να πετύχει τον σκοπό του και να ολοκληρώσει το πρόγραμμα.

Το περίεργο, και μάλλον αναληθές, θα ήταν η αλλαγή που επιθυμούν οι θεραπευόμενοι να είχε επιτευχθεί αμέσως. Η διαδικασία της ψυχικής απεξάρτησης θα πρέπει να είναι σταδιακή και σταθερή.

Δεν είναι δυνατόν, άλλωστε, κάποιος που ήταν χρήστης μέχρι πρόσφατα, από την μία στιγμή στην άλλη να αλλάξει τη ζωή του, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μακροχρόνια χρήση με τις επιπτώσεις που αυτή έχει, σε όλα τα επίπεδα της ζωής ενός ατόμου, όπως πολλές φορές έχει τονιστεί στην παρούσα έρευνα.

Χαρακτηριστική είναι η απάντηση του Τ.: «Ήμουν στο θάνατο... ήρθα στη ζωή».

Τέλος, το πρόγραμμα αξιολογήθηκε ως καλό από 12 άτομα, μέτριο από 6 και πολύ καλό από 7.

Ο Μ. υποστηρίζει: «Μακάρι να υπήρχαν και άλλα τέτοια προγράμματα».

Σε όλες τις περιπτώσεις τονίστηκε, ότι το πρόγραμμα είναι καλό για όποιον θέλει πραγματικά να αλλάξει.

Όποια και αν είναι η αξιολόγηση του προγράμματος από τους ερωτώμενους, όλοι θεωρούν ότι είναι απαραίτητες κάποιες αλλαγές, στις οποίες αναφερόμαστε αμέσως μετά.

Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να συγκριθεί η αξιολόγηση του προγράμματος από τους ίδιους τους θεραπευόμενους με αυτήν της Τριμελούς Επιτροπής Αξιολόγησης που διεξήχθη το 1996 (στην οποία αναφερθήκαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο).

Τα στοιχεία που τίθενται προς σύγκριση, είναι τα παρακάτω:

-Χώρος-Τοποθεσία

Στην αξιολόγηση του 1996, είχε διαπιστωθεί ότι ο χώρος της Μονάδας ήταν διαμορφωμένος, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται σε λειτουργικές ανάγκες.

Από την άλλη πλευρά, στην συγκεκριμένη αξιολόγηση του προγράμματος από τους ίδιους τους θεραπευόμενους, ο χώρος της μονάδας αξιολογήθηκε ως καλός τονίζοντας όμως, την ανάγκη μεγαλύτερης κάλυψης των βασικών τους αναγκών και διεύρυνσης του χώρου.

Κατά το διάστημα διεξαγωγής των συνεντεύξεων, παρατηρήθηκε συνωστισμός εκτός της μονάδας κατά την ώρα χορήγησης. Ωστόσο, επειδή την στιγμή εκείνη, διεξάγονταν οι συνεντεύξεις δεν έγιναν αντιληπτά τυχόν παράπονα από κατοίκους και εργαζόμενους στην περιοχή, όπως είχε αναφερθεί στην αξιολόγηση του 1996.

Η επιλογή της συγκεκριμένης τοποθεσίας (κέντρο), θεωρείται ότι διευκολύνει την πρόσβαση στην μονάδα και δεν δημιούργησε ιδιαίτερα προβλήματα στους θεραπευόμενους. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η αξιολόγηση του 1996.

Τα όποια προβλήματα αναφέρθηκαν, αφορούν το ότι η μονάδα βρίσκεται κοντά σε ένα από τα πιο κεντρικά σημεία της χρήσης (Εξάρχεια).

-Προσωπικό

Η εικόνα του προσωπικού, κρίθηκε ικανοποιητική στην αξιολόγηση του 1996.

Με τον ίδιο τρόπο αξιολόγησαν και οι θεραπευόμενοι τις σχέσεις τους με το προσωπικό της μονάδας.

-Υγεία

Στην αξιολόγηση του 1996, είχε παρατηρηθεί βελτίωση της υγείας των θεραπευομένων, ενώ στην τωρινή, παρατηρήθηκε βελτίωση της τάξης του 50% στο σύνολο του δείγματος.

-Ενημέρωση

Η ενημέρωση των θεραπευομένων είχε αξιολογηθεί το 1996 ως ικανοποιητική, κάτι που αναφέρθηκε και στην προκειμένη αξιολόγηση από τους ίδιους.

-Εργασία

Τα αποτελέσματα των δύο αξιολογήσεων ως προς αυτόν τον παράγοντα διαφέρουν.

Έτσι, ενώ παρατηρείται βελτίωση στο θέμα της εργασίας, το 1996, στην

συγκεκριμένη, 16 άτομα απάντησαν πως δεν εργάζονται.

Περιοριζόμαστε στην σύγκριση αυτών των στοιχείων, εφόσον αυτά είναι τα μόνα

αντίστοιχα με τα στοιχεία της αξιολόγησης του 1996.

Τα συμπεράσματα της ενότητας είναι:

-Η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι ικανοποιημένη από το πρόγραμμα για τους προαναφερθέντες λόγους.

-Οι προσδοκίες που είχαν και τα 25 άτομα ξεκινώντας, έχουν εκπληρωθεί, άλλες σε μεγάλο βαθμό. άλλες σταδιακά.

-Το πρόγραμμα αξιολογήθηκε από τους περισσότερους ως καλό.

I Ενότητα

Στην ενότητα αυτή, περιλαμβάνονται οι προτάσεις των ερωτώμενων για τυχόν αλλαγές του Προγράμματος καθώς και το αν θα το πρότειναν σε άλλους χρήστες και γιατί.

Οι προτάσεις των ερωτωμένων για βελτίωση του Προγράμματος είναι οι εξής:

- Αλλαγές στο ωράριο χορήγησης και στο ωράριο θεραπευτικών ομάδων γιατί σε ορισμένους δημιουργεί προβλήματα στην εργασία τους.

- Μείωση της λίστας αναμονής.

- Αλλαγή τοποθεσίας και διαμόρφωσης των εσωτερικών χώρων της Μονάδας (αίθουσες ψυχαγωγίας- συγκεντρώσεων, περισσότερο ευχάριστη διακόσμηση).

- Διοργάνωση εκδηλώσεων, προκειμένου οι θεραπευόμενοι να έρθουν πιο κοντά με τους θεραπευτές.

- Καλύτερη κατάρτιση των θεραπειών και εις βάθος ανταπόκριση από αυτούς.

- Περισσότερο εξατομικευμένη αντιμετώπιση των θεραπευομένων (δηλαδή, περισσότερα ατομικά ραντεβού από ό,τι ομαδικά).

- Ομοιογένεια στις θεραπευτικές ομάδες.

- Συνεργασία μεταξύ των κρατικών φορέων.

- Δημιουργία και άλλων μονάδων υποκατάστασης.

- Ενημέρωση στον δρόμο.

- Περισσότερο ελαστικό το πλαίσιο του προγράμματος στις υποτροπές (κυρίως με χάπια).

- Καλύτερος έλεγχος των ατόμων που πρόκειται να εισαχθούν στο Πρόγραμμα.

(γιατί πολλοί ξεκινούν το πρόγραμμα μόνο για να παίρνουν μεθαδόνη).

Όσον αφορά το ερώτημα για το αν θα πρότειναν το πρόγραμμα και σε άλλους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, όλοι απάντησαν θετικά.

Δύο άτομα συγκεκριμένα απάντησαν πως θα πρότειναν τη λύση αυτή σε μακροχρόνιους χρήστες ουσιών και όχι σε ανήλικους χρήστες.

Οι λόγοι για τους οποίους οι ερωτώμενοι θα πρότειναν το Πρόγραμμα

Υποκατάστασης και σε άλλους χρήστες είναι:

- Είναι κατάλληλο για άτομα που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να παρακολουθήσουν κάποιο άλλο πρόγραμμα (και συνήθως δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα).
- Η μεθαδόνη βοηθάει στο να ξεπεραστεί το σύνδρομο στέρησης.
- Το πρόγραμμα βοηθάει στην απεξάρτηση.
- Το πρόγραμμα παρέχει την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη και βοηθάει στο να βρει κάποιος τους λόγους που τον οδήγησαν στη χρήση.
- Οι αλλαγές στην ζωή του ατόμου (οικογενειακές- κοινωνικές).
- Βελτίωση της εμφάνισης και της υγείας.
- Ψυχολογική και πνευματική διαύγεια.

Οι απόψεις ποικίλλουν, αλλά ο κοινός παρονομαστής των απόψεων των ερωτωμένων είναι να δεχτεί ο χρήστης αυτά που έχουν συμβεί και να θέλει όντως να απεξαρτηθεί και να προχωρήσει.

Πολλοί είναι εκείνοι που πιστεύουν πως στην σταθεροποίηση των παραπάνω αποφάσεων συμβάλλει και αποτελεί κίνητρο η μεθαδόνη.

Συνολική παρουσίαση των αποτελεσμάτων

Σε αυτό το τμήμα της εργασίας,ερμηνεύονται τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με τις αρχικές ερευνητικές υποθέσεις.

-Όσον αφορά την πρώτη θεωρητική υπόθεση,αυτή επιβεβαιώνεται εν μέρει από τα αποτελέσματα της έρευνας.

Όπως έχει αναφερθεί,οι οικογενειακές σχέσεις των περισσότερων θεραπευόμενων στο διάστημα της χρήσης ήταν μέτριες.Αυτό οφειλόταν στους ίδιους που φρόντιζαν να κρύβουν το πρόβλημα, αλλά και στους γονείς που δεν γνώριζαν και δεν έβρισκαν τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισης.

Στην πορεία του προγράμματος, οι σχέσεις αυτές βελτιώθηκαν και αυτό αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των ερωτώμενων.

Μάλιστα, οι θεραπευόμενοι πιστεύουν ότι στην αλλαγή αυτή συνετέλεσαν όχι μόνο οι ίδιοι με την θέληση και την προσπάθειά τους, αλλά και το πρόγραμμα υποκατάστασης.

Αναφέρθηκε ότι η αρχική υπόθεση επαληθεύεται εν μέρει, για το λόγο ότι κάποια άτομα ανέφεραν μη βελτίωση των σχέσεων με την οικογένειά τους, που οφείλεται στην δυσπιστία των γονέων απέναντί τους και το πρόγραμμα.

Ίσως όμως τελικά, να υπάρξει βελτίωση στις οικογενειακές σχέσεις και αυτών των ατόμων, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Δηλαδή όταν πειστούν οι γονείς ότι ο θεραπευόμενος αυτή τη φορά τα κατάφερε και το πρόγραμμα βοήθησε σε αυτό.

Σχετικά με τις κοινωνικές σχέσεις των θεραπευόμενων προκύπτουν παρόμοια συμπεράσματα.

Στο διάστημα της χρήσης, οι κοινωνικές σχέσεις δεν ήταν ιδιαίτερα καλές.

Περιορίζονταν στις παρέες των χρηστών, ενώ οι σχέσεις με μη χρήστες χαρακτηρίζονταν από απομάκρυνση και έλλειψη εμπιστοσύνης και από τις δύο πλευρές.

Μετά την ένταξη και την συνέχιση του προγράμματος, οι σχέσεις αυτές άλλαξαν και βελτιώθηκαν, όπως δηλώνουν οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους.

Και αναφέρουν ότι οι άλλοι τους βλέπουν με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη τώρα που είναι στο πρόγραμμα.

Ωστόσο, οι θεραπευόμενοι συναναστρέφονται περισσότερο, αν όχι μόνο, με άλλους επίσης θεραπευόμενους.

Και σε αυτή την περίπτωση λοιπόν, οι κοινωνικές σχέσεις περιορίζονται σε μία συγκεκριμένη ομάδα, όπως συνέβαινε στο παρελθόν της χρήσης, με την διαφορά ότι αυτή η σχέση έχει διαφορετικές επιπτώσεις στο άτομο και επιδιώκεται η θεραπεία από όλους που βρίσκονται στο πρόγραμμα.

Αρκετοί από τους θεραπευόμενους, ανέφεραν ότι εξακολουθεί να υπάρχει από την πλευρά τους ο φόβος απόρριψης από τους άλλους.

Για τους δύο παραπάνω λόγους, συμπεραίνουμε ότι η αρχική υπόθεση για βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων σε σχέση με τις αντίστοιχες που επικρατούσαν στο διάστημα της χρήσης, δεν επιβεβαιώνεται απόλυτα, αφού υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι κοινωνικές σχέσεις δεν έχουν βελτιωθεί εντελώς και εξακολουθούν να είναι περιορισμένες.

Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι δεν θα βελτιωθούν στην πορεία, οπότε θα επιβεβαιωθεί απόλυτα και η παραπάνω ερευνητική υπόθεση.

Ωστόσο, τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν στο σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης, αλλά να δώσουν μερική εικόνα της κατάστασης.

-Μία από τις αρχικές υποθέσεις της έρευνας ήταν ότι μέσω του προγράμματος τα άτομα θα είχαν περισσότερες δυνατότητες να εργαστούν.

Στο διάστημα της χρήσης, σχεδόν οι μισοί από τους ερωτώμενους απάντησαν πως συνάντησαν προβλήματα στην εργασία τους, λόγω ασυνέπειας από τους ίδιους και απόρριψης από τους υπόλοιπους.

Αυτοί που δεν συνάντησαν τέτοιου είδους προβλήματα, ήταν γιατί φρόντιζαν οι ίδιοι να μην μαθευτεί ότι είναι χρήστες.

Μετά την ένταξη στο πρόγραμμα όσοι εργάζονται (9 άτομα) δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες στην εργασία τους είτε γιατί δεν είναι γνωστή η θεραπεία, είτε γιατί έχουν βελτιωθεί στη δουλειά τους και είναι περισσότερο αξιόπιστοι.

Σημαντικό είναι να τονιστεί, ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων δεν εργάζεται στη διάρκεια του Προγράμματος.

Πραγματικά όπως διαπιστώθηκε μέσα από την έρευνα, πρωταρχικός στόχος των ερωτώμενων είναι η ολοκλήρωση του προγράμματος και στη συνέχεια η επαγγελματική αποκατάστασή τους.

Από αρκετούς επίσης, υπάρχει ο φόβος της απόρριψης αλλά και της αδυναμίας ανταπόκρισης στις απαιτήσεις μιας εργασίας. Τα άτομα αυτά δεν έχουν αποκτήσει ακόμα την αυτοπεποίθησή τους και δεν είναι σίγουρα για τις δυνατότητες και τις αντοχές τους.

Συμπεραίνουμε, ότι η αρχική υπόθεση επιβεβαιώνεται σε μικρό βαθμό εφόσον η πλειοψηφία των θεραπευόμενων δεν εργάζεται και θεωρεί πως ακόμα δεν έχει τις βάσεις για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες μιας εργασίας.

Από την άλλη, τα άτομα που εργάζονται εμπνέουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και αξιοπιστία από ότι συνέβαινε πριν το πρόγραμμα.

-Όπως γνωρίζουμε, το πρόγραμμα υποκατάστασης είναι διαφορετικό, από τα υπόλοιπα στεγνά προγράμματα θεραπείας της εξάρτησης.

Είναι το μοναδικό πρόγραμμα, που έχει ως στόχο την απεξάρτηση, μέσω της χορήγησης υποκατάστασης, της ηρωίνης, ουσίας.

Το παραπάνω, μπορεί να αποτελέσει ένα ισχυρό κίνητρο στην απόφαση του χρήστη για απεξάρτηση.

Για κάποιον που κάνει χρήση, είναι ιδιαίτερα δύσκολο και επώδυνο να ξεπεράσει τα συμπτώματα στέρησης.

Αυτός είναι και ένας από τους λόγους, που ορισμένοι χρήστες, δεν καταφέρνουν να απεξαρτηθούν είτε μόνοι τους, είτε μέσω στεγνού προγράμματος.

Γι' αυτούς τους λόγους, μία από τις ερευνητικές υποθέσεις είναι ότι η χορήγηση της μεθαδόνης που προσφέρει το πρόγραμμα υποκατάστασης, ωθεί κάποιους να επιθυμούν να εισαχθούν στο πρόγραμμα.

Στην ερώτηση που αφορούσε τις προηγούμενες προσπάθειες απεξάρτησης αρκετοί ήταν εκείνοι που απάντησαν ότι δυσκολεύτηκαν να ξεπεράσουν το στερητικό σύνδρομο λόγω της αποχής από κάθε ουσία που είναι βασικό χαρακτηριστικό των στεγνών προγραμμάτων.

Επίσης, αρκετοί ανέφεραν ότι αυτό που προσδοκούσαν και περίμεναν ήταν να τους βοηθήσει μέσω της μεθαδόνης, στη σωματική απεξάρτηση.

Τα παραπάνω, φαίνονται και από τις στάσεις των ατόμων απέναντι στη μεθαδόνη, την οποία βλέπουν ως βοήθημα για να ξεπεράσουν την σωματική εξάρτηση. Επομένως, η τρίτη θεωρητική υπόθεση, επιβεβαιώνεται σε μεγάλο βαθμό από τα λεγόμενα των θεραπευόμενων.

Τα παραπάνω δεν σημαίνουν ότι τα άτομα αυτά δεν επιθυμούν πραγματικά να απεξηρτηθούν, απλά η ουσία βοηθάει, έστω το πρώτο διάστημα παραμονής στο πρόγραμμα και σίγουρα η θέληση του ατόμου για θεραπεία συμβάλλει περισσότερο στην απόφαση αυτή (κάτι το οποίο τονίστηκε από όλους).

-Ο κύριος στόχος του προγράμματος, εκτός από την απεξάρτηση από όλες τις ναρκωτικές ουσίες, είναι και η μείωση των κινδύνων που συνεπάγεται η χρήση για το άτομο και την κοινωνία.

Το πρόγραμμα εκτός από την χορήγηση μεθαδόνης, παρέχει και διάφορες υπηρεσίες μεταξύ των οποίων είναι και η φροντίδα της σωματικής υγείας με στόχο τη βελτίωσή της.

Έτσι, προέκυψε η τέταρτη ερευνητική υπόθεση.

Πριν την εισαγωγή στο πρόγραμμα, η πλειοψηφία των θεραπευόμενων αντιμετώπιζε το πρόβλημα της ηπατίτιδας, κυρίως.

Μετά την ένταξη στο πρόγραμμα, οι μισοί από αυτούς ανέφεραν βελτίωση της υγείας τους, ενώ οι περισσότεροι απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από τις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα.

Άρα, πρόκειται για εν μέρει για βελτίωση της υγείας και επομένως εν μέρει επιβεβαίωση της παραπάνω υπόθεσης.

-Η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης είναι ένας από τους στόχους του προγράμματος.

Οι περισσότεροι ανέφεραν, ότι είναι ικανοποιημένοι στα θέματα ψυχολογικής υποστήριξης, τονίζοντας παράλληλα της ανάγκη για περισσότερες ώρες θεραπείας.

Αρκετοί τόνισαν, ότι το πρόγραμμα παρέχει την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη και πως βοηθάει τον θεραπευόμενο να αποκτήσει αυτογνωσία και να βρει τους λόγους που τον οδήγησαν στη χρήση.

Τον βοηθάει να οργανώνει τη ζωή του μακριά από τις ουσίες και να είναι ελεύθερος από κάθε είδους εξάρτηση.

Από την άλλη, η βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων του ατόμου είναι κάτι επιπλέον στην ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει το πρόγραμμα.

Επομένως, επιβεβαιώνεται και αυτή η ερευνητική υπόθεση.

Όλες οι ερευνητικές υποθέσεις, επιβεβαιώνονται και από τις απαντήσεις των ερωτώμενων σχετικά με τους λόγους για τους οποίους θα πρότειναν το πρόγραμμα και σε άλλους χρήστες. Οι λόγοι είναι, όπως αναφέρθηκε στο ερευνητικό μέρος της εργασίας: το να ξεπεραστεί ευκολότερα η σωματική εξάρτηση με τη μεθαδόνη, η βελτίωση της υγείας και της εμφάνισης, η ψυχολογική βελτίωση, η βελτίωση της ζωής του χρήστη σε όλους τους τομείς.

Πέμπτο Κεφάλαιο

Συμπεράσματα

Συμπεράσματα

Στην παρούσα εργασία,επιχειρήθηκε να δοθεί μια όσο το δυνατόν επαρκής εικόνα της κατάστασης των ναρκωτικών στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Από την άλλη πλευρά,ιδιαίτερη έμφαση,δόθηκε στα θεραπευτικά μοντέλα αντιμετώπισης του φαινομένου,με εκτενή αναφορά στην θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη που εφαρμόζεται στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης.

Τμήμα της εργασίας,αναφέρεται στα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην Ελλάδα,με αναλυτική περιγραφή του έργου και της λειτουργίας του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών,όπου εφαρμόζεται η μέθοδος θεραπείας των εξαρτημένων χρηστών ηρωίνης με την χορήγηση μεθαδόνης.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας περιγράφονται τα ατομικά χαρακτηριστικά των θεραπευομένων που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις και αναλύονται οι στάσεις τους απέναντι στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

Τα βασικά συμπεράσματα που προκύπτουν από το ερευνητικό τμήμα της εργασίας,είναι συνοπτικά τα παρακάτω:

- Η βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων των θεραπευόμενων στο διάστημα συμμετοχής τους στο πρόγραμμα υποκατάστασης.
- Οι μεγαλύτερες δυνατότητες επαγγελματικής αποκατάστασης.
- Η σταδιακή βελτίωση της υγείας.
- Η βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης.

Τα παραπάνω συμπεράσματα προέκυψαν από την σύγκριση αντίστοιχων στοιχείων κατά το διάστημα της χρήσης.

-Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας είναι οι απόψεις των ερωτώμενων σχετικά με αυτές τις βελτιώσεις. Σύμφωνα με αυτούς, η βελτίωση της ζωής τους οφείλεται όχι μόνο στους ίδιους, αλλά και στο πρόγραμμα.

Αυτός ακριβώς, ήταν και ο πρωταρχικός στόχος της παρούσας εργασίας.

Να αναδειχθεί δηλαδή, εάν το πρόγραμμα υποκατάστασης αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς την βελτίωση της ζωής των χρηστών, και οι καταλληλότεροι για να απαντήσουν σε αυτό είναι οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι

-Ένα άλλο επίσης σημαντικό συμπέρασμα της έρευνας, είναι η θεώρηση της μεθαδόνης από τους περισσότερους, ως στήριγματος στο να ξεπεράσουν το στερητικό σύνδρομο.

Από την μία πλευρά είναι πολύ σημαντικό να ξεπεραστεί όσο το δυνατόν ανώδυνα η σωματική εξάρτηση, από την άλλη όμως δημιουργούνται υποψίες για μελλοντική εξάρτησή από την μεθαδόνη και αυτό είναι ένα σημείο στο οποίο οι υπεύθυνοι του προγράμματος πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή. Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι δεν παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις των στάσεων και των απόψεων των ερωτώμενων ανάλογα με τα ατομικά τους χαρακτηριστικά. Γι' αυτό το λόγο δεν έγινε αναφορά σε τέτοιου είδους διαφοροποιήσεις που τυχόν να υπήρχαν.

Ένα από τα συμπεράσματα που προκύπτει από το θεωρητικό μέρος της εργασίας, είναι η ύπαρξη πολλών μεθόδων για την θεραπεία της ουσιοεξάρτησης. Επειδή η τοξικοεξάρτηση είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο με πολλές διαστάσεις, η πρόληψη και η αντιμετώπισή του πρέπει να είναι και εκείνες πολυδιάστατες και ο χρήστης να έχει την δυνατότητα να επιλέξει την μέθοδο εκείνη που θα ανταποκρίνεται καλύτερα στις απαιτήσεις και τις ανάγκες του.

Ένα δεύτερο επίσης σημαντικό συμπέρασμα που προκύπτει, είναι ότι ένα πρόσφορο μέσο για την εφαρμογή της πολιτικής της μείωσης των βλαβών που συνεπάγεται η χρήση για το άτομο και την κοινωνία, είναι η μέθοδος της υποκατάστασης.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω μέσω του προγράμματος αυτού έχουν βελτιωθεί οι τομείς της ζωής που στο παρελθόν ήταν σχεδόν «διαλυμένοι» λόγω της χρήσης και της εξάρτησης.

Βέβαια, τα παραπάνω συμπεράσματα δεν μπορούν να γενικευτούν στο συνολικό πληθυσμό των στόμων που παρακολουθούν το πρόγραμμα υποκατάστασης, αλλά να δώσουν μια μικρή εικόνα του τι συμβαίνει με αυτή την θεραπευτική μέθοδο στην Ελλάδα συγκεκριμένα.

Στην Ελλάδα, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, έχει πραγματοποιηθεί μία μόνο έρευνα το 1996 από Τριμελή Επιτροπή Αξιολόγησης, που κατέληξε σε αρκετά σημαντικά συμπεράσματα.

Ωστόσο, είναι απαραίτητη η διεξαγωγή περαιτέρω ερευνών για να διαπιστωθεί ή όχι η αποτελεσματικότητα του προγράμματος υποκατάστασης, από την οπτική γωνία των ίδιων των θεραπευόμενων.

Ιδιαίτερα χρήσιμο θα ήταν, να πραγματοποιηθούν σύγκρισεις με ταξύ ατόμων που έχουν ολοκληρώσει το πρόγραμμα και έχουν απεξαρτηθεί, με άτομα που βρίσκονται στην φάση της συντήρησης, για να διαπιστωθεί εάν οι όποιες αλλαγές σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο οφείλονται αποκλειστικά ή όχι στην ουσία (την μεθαδόνη).

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι για να λειτουργήσει και να έχει θετικές συνέπειες ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τον εξαρτημένο χρήστη, θα πρέπει συνεχώς να αξιολογείται και να βελτιώνεται σε όποια σημεία αυτό παρουσιάζει ελλείψεις που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της θεραπείας.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ♦ Becker, H.S., Οι περιθωριοποιημένοι, Μετ. Κουτζόγλου, Α., Μπουρλιάσκος, Β.Γ., Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2000.
- ♦ Γεωργακάς, Π., Ετήσιος Απολογισμός Μονάδας Σωματικής Αποτοξίνωσης και Θεραπευτικής Κοινότητας, ΨΝΘ, 1996.
- ♦ Γρίβας, Κ., Οπιούχα Μορφίνη-Ηρωίνη-Μεθαδόνη, Νέα Σύνορα-Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα, 1995.
- ♦ Έκθεση Επιτροπής Αξιολόγησης για την έως τώρα πορεία του Π.Π.Υ Μεθαδόνης, Αθήνα, 1996.
- ♦ Ε.Κ.Π.Ν.Τ., Ετήσια Έκθεση σχετικά με την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Αθήνα, 2000.
- ♦ ΕΚΤΕΠΝ, Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα 1999, Αθήνα, 2000.
- ♦ Ενημερωτικό φυλλάδιο του προγράμματος της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω.
- ♦ Ζαραφωνίτου, Χ., Εμπειρική Εγκληματολογία, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1995.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ♦ Ζαραφωνίτου,Χ.,«Χορήγηση μεθαδόνης στους χρήστες ηρωίνης και προστασία των ατομικών τους πληροφοριών»,Ε.Ε.Ε.Τ. 11-16/1993-95,σσ209-219,Σημειώσεις του μαθήματος«Ψυχικά ασθενείς και εξαρτημένοι»του Μεταπτυχιακού Προγράμματος«Κοινωνικός Αποκλεισμός και Μειονότητες»,Αθήνα,2000-1.

- ♦ Κανκρίνι,Λ.,Τοξικομανίες,Μετ.Καραχάλιου,Ν.,Βιβλιοθήκη Γνώσεων,Αθήνα,1997

- ♦ Κουκουτσάκη,Α.,Μορφές Παρεκκλίνουσας Συμπεριφοράς,Σημειώσεις του τμήματος Κοινωνιολογίας,Αθήνα,1996-7.

- ♦ Κυριαζή,Ν.,Η Κοινωνιολογική Έρευνα:Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών,Ελληνικές Επιστημονικές Εκδόσεις,Αθήνα,1998.

- ♦ Κυριαζή,Ν.,Λυδάκη,Α.,Ερευνητική Μεθοδολογία2:Ειδικά Θέματα Ποιοτικής Έρευνας,Σημειώσεις του Μεταπτυχιακού Προγράμματος«Κοινωνικός Αποκλεισμός και Μειονότητες»,Αθήνα,1999.

- ♦ Λιάππας,Γ.Α.,Ναρκωτικά.Εθιστικές ουσίες.Κλινικά προβλήματα αντιμετώπιση,Πατάκης,Αθήνα,1999.

- ♦ Μαγγανάς,Α.(1999),«Μια ψύχραιμη αντιμετώπιση του ζητήματος των ναρκωτικών»,Ποινική Δικαιοσύνη,Vol.3,σσ261-265.

- ♦ Mason, J., Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας, Μετ. Δημητριάδου, Ε., Sage Publications, 1996.

- ♦ ΟΚΑΝΑ, Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, Αθήνα, 1999.

- ♦ ΟΚΑΝΑ, Πειραματικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης (ΠΠΥ), Αθήνα, 1995.

- ♦ Παπαγεωργίου, Ε., Εξαρτήσεις στην ζωή μας, Β΄ Έκδοση, Αθήνα, 1990.

- ♦ Παπαναστασίου, Ν., Σπυρόγλου, Σ., Γιατράς, Κ., Ναρκωτικά και τοξικομανία, Αθήνα, 1980.

- ♦ Πουλόπουλος, Χ., (1999), «Η αναγκαιότητα πολλαπλών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος της τοξικομανίας. Το έργο του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α)» Ποινική Δικαιοσύνη, Vol. 10, σσ 1042-1046.

- ♦ Τζάφφη, Τ., Πήτερσον, Ρ., Ναρκωτικά-τσιγάρο-αλκοόλ. Προβλήματα και απαντήσεις, Ο κύκλος της ζωής, Αθήνα, 1986.

- ♦ Φαρσεδάκης, Ι., Σύλικου, Γ. Ι., Ναρκωτικά, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1996.

- ♦ Φίλιας,Β.,Εισαγωγή στην μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών,Gutenberg,Αθήνα,1995.
- ♦ Φίλιας,Β.,Όψεις της διατήρησης και της μεταβολής του κοινωνικού συστήματος,Νέα Σύνορα,Αθήνα,1994.
- ♦ Φακιολάς,Ν.,Στυλιαράς,Γ.,Μουλά,Κ.,(1996),«Ο κοινωνικός αποκλεισμός των απεξαρτημένων ατόμων».Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα,Τ.Α΄,Ε.Κ.Κ.Ε,σσ.331-365,Σημειώσεις του μαθήματος «Ψυχικά ασθενείς και εξαρτημένοι»του Μεταπτυχιακού Προγράμματος«Κοινωνικός Αποκλεισμός και Μειονότητες,Αθήνα,2000-1.
- ♦ Χάιδου,Α.,Θετικιστική Εγκληματολογία,Νομική Βιβλιοθήκη,Αθήνα,1996.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ♦ Annual report on the drug situation submitted to the E.M.C.D.D.A, Greek reitox focal point, Athens, 2000.
- ♦ Arif, A., Westermeyer, J., Methadone maintenance in the management of opioid dependence, Praeger, New York, 1990.
- ♦ Eklund, C., Hiltunen, A.J., Melin, L., Borg, S. (1997), «Abstinence fear in methadone maintenance withdrawal: a possible obstacle for getting off methadone», *Addiction Abstracts*, Volume 4, Number 4, Garfax, p. 372.
- ♦ EMCDDA, Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union, Athens, 1997.
- ♦ EMCDDA, Insights, Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union, Belgium, 2000.
- ♦ Foster, M. (1993), «An advanced non-residential therapeutic community for adults in Athens», *Europe against drug abuse, European Conference on rehabilitation and drug policy*, Sweden, p. 81-85.
- ♦ Goode, E., *Drugs in American Society*, 5th ed., Boston, 1999.

- ◆ Inciardi, J., Harrison, L.D., Harm reduction, Sage publications, 2000.

- ◆ Kidorf, M., Brooner, R.K., King, V.L. (1997) «Motivating methadone patients to include drug-free significant others in treatment: a behavioral intervention», *Addiction Abstracts*, Volume 4, Number 4, Garfax, p. 364.

- ◆ Mc Crady, B.S., Epstein, E.E., Addictions, Oxford University Press, New York, 1999.

- ◆ Nadelmann, Ethan.A., «Switzerland's Heroin Experiment», *National Review*, 1995.

- ◆ Pouloupoulos, B., Thalassinou, F., (1993) «Prevention programme for adolescents, carried out by the non-residential community STROFI and addressed to young people in their schools», *Europe against drug abuse*, European Conference on rehabilitation and drug policy, Sweden, p. 85-86.

- ◆ Report on the drug situation, Vienna, 1999.

- ◆ Sandover, R., Houghton, S., O'Donoghue, T. (1997) «Harm minimisation strategies utilised by incarcerated Aboriginal substance users», *Addiction Abstracts* Volume 4, Number 4, Garfax, p. 346

- ◆ Schilit, B., Lisansky, E.S., *Drugs and behavior*, Sage Publications, 1991.

- ♦ Strang, J., Finch, E., Hankinson, L., Farrell, M., Taylor, C., Gossop, M. (1997)
«Methadone treatment for opiate addiction: benefits in the first month», *Addiction Abstracts*, Vol. 4, Number 4, Garfax, p. 345.

- ♦ Widman, M., Platt, J. J., Lidz, V., Mathis, A. D., Metzger, D. S. (1997), «Patterns of service use and treatment involvement of methadone maintenance patients», *Addiction Abstracts*, Volume 4, Number 4, Garfax, p. 366.

- ♦ Zafirides, P. (1993), «Policies connected with prevention and therapy programmes in Greece carried out by K.E.T.H.E.A», *Europe against drug abuse*, European Conference on rehabilitation and drug policy, Sweden, p. 75-81.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έντυπο« Συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση»

Ο συμμετέχων συμφωνεί να απαντήσει στο ανώνυμο ερωτηματολόγιο που του χορηγείται από την Κα Μαρούλη Μαρία,Μεταπτυχιακή Σπουδάστρια του Παντείου Πανεπιστημίου,στο πλαίσιο της εργασίας της με θέμα«Στάσεις και χαρακτηριστικά των εξαρτημένων χρηστών ηρωίνης που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης με μεθαδόνη»

Ημερομηνία.....

Υπογραφή

Το περιεχόμενο της δραστηριότητας αυτής αφορά 5 ενότητες.

Αυτές είναι:

Τα ατομικά χαρακτηριστικά των χρηστών,την χρήση,τις επιπτώσεις της χρήσης,πληροφορίες για το πρόγραμμα υποκατάστασης,την συνολική αξιολόγησή του από τους ίδιους τους χρήστες και τέλος προτάσεις των χρηστών για τυχόν βελτίωση του προγράμματος.

Στόχος της έρευνας είναι να φανούν οι στάσεις των χρηστών απέναντι στο πρόγραμμα και ο τρόπος που οι ίδιοι το αξιολογούν,δεδομένου ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί επαρκείς έρευνες στον συγκεκριμένο χώρο.

Ένας χώρος που είναι σχετικά πρόσφατος στην Ελλάδα και ειδικότερα στην Αθήνα,όπου θα λάβει χώρα η έρευνά μας.

Όσον αφορά τον τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων,αυτός θα είναι ανώνυμο και συνολικά.

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ»**

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ
ΗΡΩΙΝΗΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΜΕ ΜΕΘΑΔΟΝΗ**

Σκοπός της παραπάνω έρευνας είναι να μελετηθούν οι στάσεις και τα χαρακτηριστικά των εξαρτημένων χρηστών ηρωίνης που συμμετέχουν στο πρόγραμμα υποκατάστασης με μεθαδόνη και συγκεκριμένα των ατόμων που συμμετέχουν στην Α Μονάδα Βραχείας Διάρκειας (ΜΒΔ) Απεξάρτησης του ΟΚΑΝΑ στην Αθήνα για το έτος 2000.

Οι απαντήσεις σας, οι οποίες θα είναι ανώνυμες, θα συμβάλουν στην ολοκλήρωση της παραπάνω διπλωματικής εργασίας.
Για το λόγο αυτό σας ευχαριστώ εκ των προτέρων.

ΑΘΗΝΑ, 2001

Α ΕΝΟΤΗΤΑ: Ατομικά χαρακτηριστικά

1. Φύλο: Άνδρας..... Γυναίκα.....

2. Ηλικία:

α) [22-27].....

β) [28-33].....

γ) [34-39].....

δ) [40-45].....

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος.... Έγγαμος.. Διαζευγμένος.. Με παιδιά.. Χωρίς παιδιά..

4. Τόπος κατοικίας: (Τώρα)

α) Χωριό...

β) Μεγάλη επαρχιακή πόλη...

γ) Πρωτεύουσα νομού...

δ) Αθήνα...

ε) Θεσσαλονίκη...

Πριν(αν έμενε αλλού)...

α) Χωριό...

β) Μεγάλη επαρχιακή πόλη...

γ) Πρωτεύουσα νομού...

δ) Αθήνα...

ε) Θεσσαλονίκη...

5. Μορφωτικό επίπεδο:

Απόφοιτος Δημοτικού.....

Απόφοιτος Γυμνασίου.....

Απόφοιτος Λυκείου/Τεχνικής Σχολής.....

Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ.....

Μεταπτυχιακές Σπουδές.....

6. Εργάζεστε

ΝΑΙ...

ΟΧΙ...

Αν ναι τι εργασία κάνετε.....

Αν όχι τι εργασία κάνατε.....

Πόσο καιρό είστε άνεργος.....

7. Μορφωτικό επίπεδο γονέων:

Απόφοιτος Δημοτικού.....

Απόφοιτος Γυμνασίου.....

Απόφοιτος Λυκείου/Τεχνικής Σχολής.....

Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ.....

Μεταπτυχιακές Σπουδές.....

8. Επάγγελμα πατέρα

Επάγγελμα μητέρας

9. Τόπος κατοικίας γονέων.....

Μένεις μόνος, με τους γονείς σου, με φίλο σου κ.λ.π.....

B ΕΝΟΤΗΤΑ: Χρήση-Επιπτώσεις της χρήσης

10. Σε ποιά ηλικία ξεκίνησε η χρήση

α) [10-15]...

β) [16-20]...

γ) [21-25]...

δ) [26-30]...

11. Με ποιά ουσία ξεκινήσατε

α) Ηρωίνη.....

β) Χασίς.....

γ) Άλλο.....

12. Πως ξεκίνησε η χρήση

Οικογένεια..... Φίλοι..... Άλλοι παράγοντες.....

13. Πόσο καιρό κάνετε χρήση ναρκωτικών

.....

14. Στο διάστημα αυτό έχετε εμπλακεί σε παράνομες δραστηριότητες

ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

Αν ναι σε τι είδους.....

15. Υπήρξαν κάποια προβλήματα υγείας το διάστημα της χρήσης

.....

16. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις με την οικογένειά σας

Πολύ καλές.... Καλές... Μέτριες... Όχι ιδιαίτερα καλές...

17. Συναντήσατε προβλήματα στις κοινωνικές σας σχέσεις

.....

18.Υπήρξαν δυσκολίες στην εργασία σας(Αν εργαζόταν)

ΝΑΙ...

ΟΧΙ...

Γιατί.....

19.Προηγούμενες προσπάθειες απεξάρτησης(Πότε,πως,αποτελέσματα)

Γ ΕΝΟΤΗΤΑ: Το πρόγραμμα υποκατάστασης

α) Περιγραφικά στοιχεία:

20. Με ποιό τρόπο πληροφορηθήκατε για το πρόγραμμα

.....

21. Ήταν αρκετό το διάστημα αναμονής προκειμένου να γίνετε δεκτός/ή στο πρόγραμμα

.....

22. Πόσο καιρό συμμετέχετε στο πρόγραμμα

.....

23. Σκεφτήκατε κάποια στιγμή να διακόψετε το πρόγραμμα

ΝΑΙ...

ΟΧΙ....

Αν ναι για ποιό λόγο

β) Προσωπικές προσδοκίες-στόχοι:

24. Ποιές ήταν οι προσδοκίες σας όταν ξεκινήσατε

.....

25. Ποιοι ήταν οι προσωπικοί σας στόχοι

.....

γ) Αξιολόγηση λειτουργίας του προγράμματος:

26. Πως ήταν οι σχέσεις σας με το προσωπικό της Μονάδας

Πολύ καλές...

Καλές...

Μέτριες..

Όχι ιδιαίτερα καλές..

27. Ποιές ήταν οι εντυπώσεις σας από τους χώρους της Μονάδας

Πολύ καλές... Καλές... Μέτριες... Όχι ιδιαίτερα καλές...

28. Συναντήσατε δυσκολίες σε σχέση με την τοποθεσία της Μονάδας

.....

29. Υπήρξαν δυσκολίες με τους όρους λειτουργίας του προγράμματος

ΝΑΙ...

ΟΧΙ...

Αν ναι ποιές ήταν αυτές.....

30. Συναντήσατε δυσκολίες στην εργασία σας κατά τη διάρκεια του προγράμματος

.....

31. Είστε ικανοποιημένος για την ενημέρωσή σας σε θέματα που σας αφορούν

α) Ψυχολογική υποστήριξη.....

β) Ιατρική μέριμνα....

γ) Λοιπές υπηρεσίες.....

Δ ΕΝΟΤΗΤΑ: Συνολική αξιολόγηση του προγράμματος

32. Ποια είναι η στάση σου απέναντι στην εξάρτηση από την αρχική ουσία

.....

Ποια απέναντι στη μεθαδόνη(σου αρκεί η δόση μεθαδόνης,σου χρειάζεται και η ηρωίνη)

33. Ποια είναι τα σχέδιά σου για το μέλλον.Κάνεις κάτι για να τα πετύχεις;

Είναι ορατός ο στόχος σου.....

Αν ναι σε πόσο καιρό πιστεύεις ότι θα τον πετύχεις;

.....

34. Έχουν βελτιωθεί ή όχι οι σχέσεις με την οικογένειά σας

Που πιστεύετε ότι οφείλεται αυτό.....

35. Πως είναι τώρα οι κοινωνικές σας σχέσεις

.....

36. Υπάρχουν τώρα προβλήματα στην εργασία σας

ΝΑΙ...

ΟΧΙ...

Γιατί.....

37. Έχουν ξεπεραστεί τα προβλήματα υγείας

5

ΝΑΙ...

ΟΧΙ...

38. Είστε ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα

ΝΑΙ...

ΟΧΙ....

Γιατί.....

39. Θεωρείτε ότι εκπληρώθηκαν οι αρχικές σας προσδοκίες ΝΑΙ... ΟΧΙ...

Αν ναι σε ποιο βαθμό.....

40. Πως θα αξιολογούσατε γενικά το πρόγραμμα

Πολύ καλό...

Μέτριο...

Καλό...

Καθόλου καλό...

Ε ΕΝΟΤΗΤΑ:Προτάσεις για βελτίωση του προγράμματος

41.Θα προτείνατε κάτι για τυχόν βελτίωση του προγράμματος

.....

42.Θα προτείνατε αυτή τη λύση σε κάποιον που αντιμετωπίζει το ίδιο πρόβλημα

ΝΑΙ...

ΟΧΙ...

Γιατί.....

