

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ - ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ, ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ
ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Γ. ΡΟΥΣΣΟΣ



ΑΘΗΝΑ
1992

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

✓ -ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ. 4-7
✓ -ΜΕΡΟΣ Α : ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
I : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	" 8-12
✓ II : ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	" 13-21
✓ 1. "ΣΤΕΓΝΑ" ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	" 21-24
✓ 2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ-ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ.....	
α. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	" 25-28
β. ΤΡΟΠΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ (Π.Σ.Μ.)....	" 29-35
γ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ Π.Σ.Μ.....	" 35-44
δ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΤΩΝ Π.Σ.Μ.....	" 44-51
✓ III. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ.....	" 52-57
✓ IV. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	" 58-65
ΜΕΡΟΣ Β: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ.....	" 66
I. ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	" 66-70
II. ΟΛΛΑΝΔΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ-Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΟΛΛΑΝΔΙΑΣ.....	" 71-78
III. ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ (ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΕ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΕΙΣ ΑΠΟ ΚΡΑΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ).....	" 79-83
IV. ΜΟΝΤΕΛΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ.....	" 84-97
✓ V. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ	
✓ 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	" 98-102
✓ 2. Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	" 102-109
✓ 3. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ.....	" 109-111

4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ.....	"112-117
✓ 5. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)	
✓ α. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	"117-118
β. ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΚΕ.Θ.Ε.Α.....	"118-128
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ (Θ.Κ.).....	"129
α. ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ Θ.Κ. ΣΤΙΣ Η.Π.Α.....	" 129-130
β. ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ Θ.Κ. ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ..	" 130-132
✓ γ. ΕΡΕΥΝΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ Θ.Κ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (ΚΕ.Θ.Ε.Α.).....	" 133-137
✓ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ.....	" 138-141
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	" 142-147

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών δεν είναι τίποτα το καινούργιο. Εδώ και χιλιάδες χρόνια οι άνθρωποι καταπίνουν, εισπνέουν και παίρνουν με ενέσεις άφθονα ψυχοδιεγερτικά(ψευδαισθησιογόνα, παραισθησιογόνα, οπιούχα και διεγερτικά) θέλοντας να μεθύσουν, να φτιάξουν το κέφι τους, να ενεργοποιηθούν ψυχικά, να εκτονωθούν, πνευματικά, ν'απολαύσουν περισσότερο το σεξ, να ξεφύγουν από την πραγματικότητα. Για τη χρήση του οινόπνεύματος και τα επακόλουθα προβλήματα έχουμε στοιχεία που πάνε πίσω στην Αίγυπτο του 5000 π.Χ. Σύμφωνα με ιστορικές πηγές στην παλαιολιθική εποχή άνδρες και γυναίκες μασούσαν καρπούς βελετίου. Οι Νοτιοαμερικανοί βρήκαν πολλές χρήσεις για το φύλλο της κόκας, οι Ινδοευρωπαίοι χρησιμοποιούσαν αγαρικό οξύ πριν από 3500 χρόνια και η χρήση του καπνού συναντάται τουλάχιστον από το 200μ.Χ. Σπόροι μαριχουάνας ανακαλύφθηκαν σε σκυθικούς τάφους που χρονολογούνται από το 1000π.Χ. Επίσης, το όπιο έχαιρε πολύ μεγάλης εκτίμησης στους αρχαίους Έλληνες και τους Ρωμαίους, αφού χάραζαν το λουλούδι του σε νομίσματα ήδη από το 2000π.Χ. Βέβαια, τα τελευταία χρόνια μας έχουν εφοδιάσει με ναρκωτικά υψηλής τεχνολογίας όπως το acid, το ecstasy και πολλά ακόμη που μπορούν να παρασκευασθούν από ανειδίκευτους χημικούς και βοτανολόγους¹.

Ωστόσο σε όλους τους πολιτισμούς υπήρξαν πάντοτε άνθρωποι που έκαναν κατάχρηση ουσιών είτε επρόκειτο για κάποιο ναρκωτικό που τελικά "εξαγνίσθηκε" λόγω της χρησιμοποίησής του από την ιατρική επιστήμη είτε για κάποιο άλλο που παρέμεινε μη αποδεκτό κι έτσι χρησιμοποιήθηκε παράνομα. Σε πολλές αρχαϊκές θρησκείες, για παράδειγμα προβλεπόταν η χρήση "αγιασμένου οινόπνεύματος" ως μέρος της θρησκευτικής τελετουργίας. Σε προχριστιανικά αρχεία βρίσκουμε σαφείς προσδιορισμούς της δόσης αυτού του "αγιασμένου οινόπνεύματος" καθώς και περιορισμούς στη διαθεσιμότητα του, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι μερικοί από τους πιστούς της αρχαιότητας παραέπιναν.

Σήμερα βέβαια η κατάχρηση ουσιών δεν περιορίζεται στους λίγους περιθωριακούς μιας μικρής κοινότητας που κλέβουν κρασί πίσω από το ιερό. Το 1987 στις Η.Π.Α. η ηλικία έναρξης της παράνομης χρήσης ναρκωτικών είχε κατέβει, στους εντεκάχρονους και η κατάχρηση ναρκωτικών τόσο στους ενήλικες όσο και στους έφηβους είχε πάρει κρίσιμες διαστάσεις.²

Αν και τα μέσα του 20ου αιώνα σήμαναν μια περίοδο αξιοθαύμαστων ιατρικών και επιστημονικών ανακαλύψεων και προόδου διεθνώς, η πρόοδος αυτή δεν επεκτάθηκε στην ανακάλυψη επιτυχημένων μεθόδων θεραπείας γι'αυτούς που έπασχαν από κατάχρηση ουσιών. Μέχρι τη δεκαετία του '50 και στις αρχές του '60 η εξάρτηση από τα ναρκωτικά ήταν το άσχημο επακόλουθο των κοινωνικών προβλημάτων με μια ιστορία 40-50 ετών αποτυχημένης θεραπευτικής προσπάθειας.

¹. Ματζιβής Κυριάκος (1997) : *Ναρκωτικά: Το βλέμμα της Μέδουσας* σ. 6-7

². Γιαννακοπούλου Σμάρω (1991): *Μεγάλωσε ή φύγε*. σ. 10-11

Οι χρήστες ηρωίνης θεωρούνται "διεφθαρμένοι" και "ανεπίδεκτοι βελτίωσης". Η παραδοσιακή ψυχοθεραπεία και ψυχιατρική είχαν αβέβαια αποτελέσματα. Οι φυλακές δε βοηθούσαν στην αποκατάσταση, οι ακαδημαϊκά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες γύριζαν την πλάτη τους στους χρήστες λόγω της έλλειψης χρημάτων για την ενίσχυση της θεραπευτικής προσπάθειας καθώς και της προκατάληψης ότι η αποτυχία ήταν η μόνη πιθανή έκβαση για τους ναρκομανείς.

Παρόλα τα διάφορα θεραπευτικά μοντέλα και τη συνεχή ανανέωση και εμπλουτισμό τους με νέα στοιχεία, τα ποσοστά επιτυχίας παρέμεναν σε όρια μεταξύ 10-30% για τους τοξικομανείς και μέχρι 50% για τους αλκοολικούς. Είναι δε γεγονός ότι καθένα θεραπευτικό μοντέλο δεν μπόρεσε ν'αντιμετωπίσει το πρόβλημα της τοξικομανίας σε γενικότερα πλαίσια. Έτσι, ο αριθμός των τοξικομανών αυξάνονταν με ραγδαία ταχύτητα σε όλο το δυτικό ημισφαίριο, σε ορισμένες χώρες μάλιστα (για παράδειγμα στην Ολλανδία) αποφασίστηκε η χορήγηση τους χασίς ελεύθερα σε ορισμένα κέντρα νεότητας, σε μια προσπάθεια ελέγχου τουλάχιστον των νεαρών εξαρτημένων. Σε άλλες χώρες όπου η εγκληματικότητα έχει φτάσει σε ιδιαίτερα επικίνδυνα επίπεδα (Η.Π.Α., Νέα Υόρκη κ.λ.π.), έχει καθιερωθεί η χορήγηση Μεθαδόνης σχεδόν σαν μοναδική δυνατότητα μιας κάποιας μείωσης των εγκληματικών πράξεων.³

Το πλήθος αυτό των θεραπευτικών διαδικασιών έχει οδηγήσει φυσικά σ'ένα κομφούζιο γνώμων για το πια είναι η αποτελεσματικότερη. Άλλοι προπαγανδίζουν το "αγκάλιασμα" του τοξικομανή από την πρώτη ημέρα και την χωρίς όρους εισαγωγή του στη θεραπεία, άλλοι απαιτούν προϋποθέσεις, άλλοι καταδικάζουν τον εξαναγκασμό σε θεραπεία, ενώ άλλοι αναφέρονται στα καλά αποτελέσματα θεραπευτικών προγραμμάτων σε φυλακισμένους.

Μέσα απ'αυτή τη σκοτεινή εικόνα ξεπρόβαλαν οι θεραπευτικές κοινότητες και μαζί τους η ελπίδα. Έτσι για πρώτη φορά στην ιστορία η εξάρτηση από την ηρωίνη αποδείχτηκε ότι όχι μόνο μπορεί ν'αντιμετωπισθεί αλλά και να θεραπευθεί. Από τότε εκατοντάδες θεραπευτικές κοινότητες σ'όλο τον κόσμο κατάφεραν ν'αντιμετωπίσουν την εξάρτηση και από άλλα ναρκωτικά όπως την κοκαΐνη, το αλκοόλ και τα ψυχοτρόπα. Κατ'αυτό τον τρόπο, σήμερα, οι θεραπευτικές κοινότητες στην Αμερική και σ'όλο την κόσμο έχουν στο ενεργητικό τους είκοσι, χρόνια επιτυχούς αντιμετώπισης της εξάρτησης από ναρκωτικά.

Εύλογα προβάλλει το ερώτημα: Τι συνέβη και πως έγινε και ενέδωσε στις θεραπευτικές κοινότητες η νόσο της κατάχρησης ναρκωτικών, που για ένα τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα θεωρείτο αθεράπευτη; Η επιτυχία οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι η θεραπευτική κοινότητα βλέπει την κατάχρηση ναρκωτικών από ένα ξεχωριστό πρίσμα. Έτσι για τις θεραπευτικές κοινότητες όπως το Daytop το ουσιαστικό πρόβλημα δεν είναι τα ναρκωτικά αλλά ο ίδιος ο χρήστης. Η εξάρτηση δεν αποτελεί διαταραχή, αλλά απλώς σύμπτωμα διαταραγμένης ανάπτυξης της προσωπικότητας.

³. Παπαγεωργίου Ευάγγελος (1985): *Εξαρτήσεις στη ζωή μας*. σ. 207

Δηλαδή οφείλεται στην έλλειψη κοινωνικών, εκπαιδευτικών και οικονομικών δυνατοτήτων είναι σύμπτωμα της χαρακτηριολογικής, συναισθηματικής, βιοχημικής, ψυχολογικής και ηθικής αγωνίας, σύμπτωμα της αρρώστιας της ψυχής.⁴

Σύμφωνα με την παραπάνω άποψη το να παραμένει ένας χρήστης αποτοξινωμένος είναι μόνο μια μικρή αρχή για την επιτυχημένη θεραπεία. Ο αποτοξινωμένος που είναι ακόμα ψυχικά άρρωστος δεν έχει θεραπευθεί, είναι απλώς ένα ψυχικά άρρωστο άτομο που σ' αυτή τη φάση δεν παίρνει ναρκωτικά. Έτσι, ο βασικός στόχος της θεραπευτικής αγωγής της κοινότητας είναι η σφαιρική αλλαγή του ατόμου με την εναρμόνιση της συμπεριφοράς, των συναισθημάτων, των αξιών καθώς και των θέσεων που συνδέονται με μια απαλλαγμένη από ναρκωτικά ζωή.

Ωστόσο, αποστολή των θεραπευτικών κοινοτήτων δεν είναι να διαθέτουν ειδικούς των οποίων η δουλειά είναι να "διορθώσουν" τον χρήστη. Αντίθετα, ένα σημαντικό σημείο της φιλοσοφίας της θεραπευτικής κοινότητας είναι να θεωρεί ότι ο ίδιος ο τοξικομανής είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία του. Η προσέγγιση αυτή της "αυτοβοήθειας" σημαίνει πως ο χρήστης δεν μπορεί να είναι ένας απλός παθητικός δέκτης και να έχει άλλους ανθρώπου να μοχθούν γι' αυτόν. Με άλλα λόγια σημαίνει ότι από τη στιγμή που θα περάσει την πόρτα μιας θεραπευτικής κοινότητας πρέπει να συνεισφέρει ενεργά στην κοινότητα, να εξαρτάται απόλυτα από τον εαυτό του και να κρατά το μέλλον του στα δικά του χέρια. Έτσι, στις θεραπευτικές κοινότητες, που εμφανίζονται με ιδιαίτερο ιδεολογικό-φιλοσοφικό υπόβαθρο, η εισαγωγή γίνεται συνήθως με μόνο όρο τη συναίνεση του ατόμου στη θεραπευτική διαδικασία. Μετά την αποτοξίνωση πραγματοποιείται μια προσπάθεια παρακίνησης του ατόμου για ν' αποφασίσει τη συμμετοχή του στην μακροχρόνια θεραπεία απεξάρτησης από την τοξική ουσία.

Η εμπειρία όμως που προσφέρουν οι θεραπευτικές κοινότητες είναι κάτι παραπάνω από αυτήν της καλής συντήρησης του νοικοκυριού. Τόσο η διάσταση όσο και το πρόγραμμα της καθημερινής ζωής αντανακλούν την κατανόηση για τις συνθήκες της κατάχρησης ναρκωτικών. Κατ' αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσε να πει κανείς ότι, προσφέρουν ένα "υπερ-τακτικό" περιβάλλον σ' αυτούς που έχουν συνηθίσει να ζουν στο χάος.

Ποιος είναι λοιπόν ο στόχος αυτής της προσέγγισης στην αποκατάσταση των ατόμων που στηρίζεται στην καθημερινή εργασία;

"Ο στόχος δεν είναι μόνο η οργάνωση της ζωής έτσι ώστε να διαμορφωθεί η συμπεριφορά του ατόμου, αλλά να επιτευχθεί μια ηθική δέσμευση ότι αυτές οι αλλαγές της συμπεριφοράς θα διαρκέσουν".⁵

Ωστόσο, μπορεί η ελπίδα για τους τοξικομανείς να επιβιώσει ανάμεσα στις απογοητευτικές στατιστικές, την ατέλειωτη προμήθεια φαρμάκων και την απόγνωση των εθνών;

⁴ Σούγκαρμαν Μ. Ζαφειρίδης Φ. (1990): Οι Θεραπευτικές Κοινότητες: Απάντηση στα ναρκωτικά σ. 17

⁵ Γιαννακοπούλου Σμάρω (1991) ό.π. σ. 14

Η απάντηση είναι ναι. Οι θεραπευτικές κοινότητες προσφέρουν την πρώτη αληθινή διαβεβαίωση στους ενήλικες και στα παιδιά που έχουν χάσει τον εαυτό τους καθώς και τη σχέση τους με την ανθρώπινη οικογένεια. Άλλωστε, "η ένωση αυτή με το -εγώ- και με την κοινωνία είναι ουσιαστική όχι μόνο γι' αυτούς που βασανίζονται από τον εθισμό στα ναρκωτικά. Ευθύς εξ αρχής οι θεραπευτικές κοινότητες προσελκυσαν πολλά μη εθισμένα άτομα που αναζητούσαν αυτή την ίδια σχέση, τον ίδιο δεσμό, την ίδια αναπληρωματική οικογενειακή εμπειρία, την ίδια επιδίωξη στόχων που χρησίμευσαν στη θεραπεία των χρηστών".⁶

⁶. Στο ίδιο σ. 15

Ι: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η χρήση και κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών δεν αποτελεί ένα ζήτημα που απασχολεί μόνον τις σύγχρονες κοινωνίες. Αντίθετα, οι ψυχοτρόπες ουσίες, που χαρακτηριστικό τους είναι ν'αλλάζουν τη διάθεση ήταν γνωστές στον άνθρωπο από τα πρώτα κιόλας στάδια της εμφάνισής του στη γη. Ο άνθρωπος ανακάλυψε στα ναρκωτικά (συν φυτά) θεραπευτικές και κυρίως αναλγητικές ιδιότητες, οδηγούμενος από το ένστικτο της αυτοσυντήρησης, και τα χρησιμοποίησε για την ανακούφιση από τον πόνο. Παράλληλα, οι μεθυστικές ή "ένφορικές" ουσίες έγιναν αναπόσπαστο μέρος σε λατρευτικές - θρησκευτικές ή μυστικιστικές δραστηριότητες και μελέτες που πραγματοποιούσαν διάφοροι αρχαίοι λαοί, οι οποίοι, πέραν της ένδειξης λατρείας προς το τιμώμενο θεϊκό πρόσωπο αναζητούσαν την ηδονή και την έκσταση. Ιστορικές πηγές αναφέρουν ότι ο άνθρωπος του Κρο Μανιόν που έζησε από είκοσι έως τριάντα χιλιάδες χρόνια πριν, γνώριζε στοιχειωδώς τη χρήση του οπίου. Γενικά, το όπιο ήταν ευρέως διαδεδομένο στην άνθιση καθώς και πτώση των πολιτισμών της Βαβυλώνας, της Αιγύπτου, της Ελλάδας και της Ρώμης.

Απο την άλλη πλευρά του Ατλαντικού, η χρήση των φύλλων της κόκας είναι ευρεία διαδεδομένη στους εκεί ιθαγενείς. Στην κοινωνία των Ίνκας πραγματοποιείται πλατιά μαζική χρήση κόκας (μάσημα φύλλων), ενώ χρήση κόκας εμφανίζονται να κάνουν και οι ιθαγενείς της HUACA PRIETO του Περού το 2500π.Χ.

Ιστορικές μαρτυρίες από την αρχαιότητα μαρτυρούν ότι άλλα δύο είδη ναρκωτικών φυτών ήταν γνωστά: η ινδική κάνναβη (που ένα παράγωγο της ακόμα πιο ισχυρό από το όπιο, είναι γνωστό με το όνομα καράς ή χαρίς) και ο μανδραγόρας, πανάρχαιο φυτό της νότιας Ευρώπης. Τις πρώτες πληροφορίες για τη χρήση των ναρκωτικών ως παρισθησιογόνων, μας δίνει ο Ηρόδοτος. Στην Οδύσσεια ο Όμηρος αναφέρει ένα μυστηριώδες ποτό, "νηπενθές τ'άχολον κακών επίληθον απάντων" (διώχνει δηλαδή τη θλίψη και το θυμό και σε έκανε να λησμονείς όλα τα δυσάρεστα), το οποίο αναμείγνυαν με τον οίνο και το έπιναν. Από την περιγραφή των ιδιοτήτων του φαρμάκου συνάγεται ότι επρόκειτο περί οπιούχου παρασκευάσματος Αιγυπτιακής προελεύσεως, που είχε ιδιότητα "μακαρίας απαθείας". Οι μεθυστικές ουσίες, εξάλλου, φαίνεται ότι αποτελούσαν το "βασικό" μέσο της μαντευτικής έκστασης της Πυθίας, στο Μαντείο των Δελφών. Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι, η χρήση φαρμάκων ως ναρκωτικά στην Αρχαία Ελλάδα και στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία, ήταν σποραδική και περιστασιακή καθώς επίσης και αποδεκτή υπό όρους και κοινωνικά ελεγχόμενη. Η υπνοφόρος μήκωνος διαδόθηκε από τη Μέση Ανατολή στην Περσία, στις Ινδίες, στην Κίνα και παντού.

Την περίοδο του Μεσαίωνα, απλώνεται σόλη τη λεκάνη της Μεσογείου η χρήση του χασίς, ξεκινώντας απ'την Ανατολή. Η λέξη "χασίς" σημαίνει στα αραβικά

"βότανο" και έκανε ιστορικά γνωστή μια μουσουλμανική αίρεση, με την ονομασία Χασσασίν ή Ασασσίνιοι. Στο τέλος του 15ου αιώνα, οι Ευρωπαίοι γνωρίζουν ένα άλλο είδος ναρκωτικού, την κόκα ή κοκαΐνη. Ο Αμέρικο Βεσπούκι, πρωτοαντικρίζοντας το 1499 μ.Χ. τις ακτές της Βενεζουέλας, συναντά τους ιθαγενείς να χρησιμοποιούν τα φύλλα ενός φυτού με την ονομασία "χάιο", που αργότερα έγινε γνωστό ως κόκα. Έτσι, την εποχή του Μεσαίωνα και την Αναγέννησης αργότερα, παρατηρούμε ευρεία διάδοση στην Ευρώπη του χασίσ, του οπίου καθώς και την κόκα.

Γύρω στα τέλη του 18ου αιώνα, αρχίζει η πλατιά και συστηματική χρήση οπίου στην Κίνα. Η Μεγάλη Βρετανία, μεγάλη εμπορική και συνάμα στρατιωτική δύναμη της εποχής, εμπορεύεται το ναρκωτικό σε πολλά μέρη της Ασίας και κυρίως στην Κίνα, ώσπου οι Κινέζοι απαγορεύουν την εισαγωγή του ναρκωτικού (1820) και ως συνέπεια έχουμε τον "Πόλεμο του Οπίου" μεταξύ της Κίνας και της Αγγλίας από το 1838 έως το 1842).

"Το 1832 παράγεται για πρώτη φορά το εκχύλισμα κωδεΐνης. Χρησιμοποιείται σα φάρμακο για το βήχα, τους πόνους και την εξάρτηση από όπιο. Το 1856 κάνει την εμφάνισή της η εναΐσιμη μορφίνη. Λανσάρεται σαν ισχυρό αναλγητικό και δημιουργεί μέσα σε λίγα χρόνια χιλιάδες μορφινομανείς. Λίγο αργότερα κάνει την εμφάνισή της η κοκαΐνη, που χρησιμοποιείται σα φάρμακο για μορφινομανείς και εξαρτημένους από κωδεΐνη.

Στα τέλη του 19ου αιώνα υπάρχει στην Αμερική τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα από τους χιλιάδες εξαρτημένους από κωδεΐνη, μορφίνη και κοκαΐνη. Το πρόβλημα αναλαμβάνουν να λύσουν οι ανερχόμενοι φαρμακευτικοί βιομηχανικοί κολοσσοί, σύμφωνα πάντα με τη δική τους αντίληψη για θεραπεία. Έτσι, στα 1898 η φίρμα BAYER παρουσιάζει με υπερηφάνεια το τελευταίο σκεύασμα που λέγεται ηρωίνη. Κυκλοφορεί ελεύθερα και εμφανίζεται από τη BAYER σαν το φάρμακο των φαρμάκων. Ανάμεσα στα άλλα, θεραπεύει κάθε είδους εξάρτηση από οποιαδήποτε ουσία, όπως τουλάχιστον μας πληροφορούν οι μεγάλες αφίσες που κυκλοφορεί η BAYER".⁷

"Καμία απολύτως αμφισβήτηση δεν υπήρξε στην πρόταση της BAYER. Άλλωστε, τα οικολογικά κινήματα αμφισβήτησης της αλόγιστης εκβιομηχάνισης και υπερκατανάλωσης εμφανίστηκαν πολύ αργότερα".⁸

Τα αποτελέσματα δεν αργούν να φανούν: Στα 1914 καταμετρούνται στις Η.Π.Α. 200000 ηρωινομανείς. Με την ηρωίνη το πρόβλημα της τοξικομανίας παίρνει φοβερές διαστάσεις και η Αμερικάνικη Κυβέρνηση με την "Πράξη του Χάρισον" στα 1915, απογορεύει την κυκλοφορία της.

Με την θέσπιση του νόμου του Harrison για τις οπιοειδής ουσίες, η Αμερική πρώτη έκανε ουσιαστικά την αρχή για μια ουσιαστική προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης.

⁷ Ζαφειρίδης Φοίβος (1986): Τοξικομανία ή σωστότερα εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες. Εισήγηση για το Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Αγωγής Υγείας

⁸ Ζαφειρίδης Φοίβος (1989): Βασικές θέσεις στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτητικών ουσιών. Πανελλήνια Ενημερωτική Συνάντηση για τα Ναρκωτικά.

Έτσι, στα επόμενα χρόνια το πρόβλημα της ηρωίνης αποτέλεσε το βασικό θέμα ενασχόλησης των διαφόρων υπηρεσιών των Η.Π.Α. και ο κυριότερος λόγος ήταν ότι η χρήση οπιοειδών συνδεόταν στενά με την εγκληματικότητα⁹

Τελικά, το μέτρο αυτό όχι μόνο δε λύνει το πρόβλημα, αλλά αντίθετα ανεβάζοντας την τιμή της στα ύψη, προικοδοτεί με εκατοντάδες εκατομμύρια δολάρια τα παράνομα μαφιοζικά κυκλώματα που αναλαμβάνουν τη διακίνησή της.

Για πολλές δεκαετίες η ανθρωπότητα παρέμεινε ανυποψίαστη για τους μεγάλους κινδύνους που έκρυβαν άλλα φάρμακα, όπως οι αμφεταμίνες, τα βαρβιτουρικά και διάφορες ουσίες που δε θεωρούνταν καν φάρμακα, όπως το οινόπνευμα. "Στα χρόνια 1919-1923 ιδρύθηκαν αρκετές κλινικές για την αντιμετώπιση προβλημάτων σχετικά με τη στέρηση οπιοειδών. Το 1939 άρχισαν να λειτουργούν δύο μεγάλα κρατικά νοσοκομεία στο Κεντάκι και στο Τέξας, τα οποία ήταν περισσότερο εξειδικευμένα στο πρόβλημα της εξάρτησης από οπιοειδή. Οι εισαγωγές γίνονταν σε εθελοντική αλλά και υποχρεωτική βάση και η αντιμετώπιση του χρήστη -μετά τη σωματική απεξάρτηση- βασιζόταν σε μακροχρόνια ιδρυματικού τύπου θεραπευτικό μοντέλο".¹⁰

Παρόλα αυτά οι οπαδοί της άποψης⁹ Ψυχολογικά και κοινωνικά αδιέξοδα σαν το πρόβλημα της εξάρτησης μπορούν αν λύνονται μέσα σε βιοχημικό εργαστήριο δεν αποθαρρύνθηκαν. Έτσι, το 1943 μια άλλη μεγάλη γερμανική φίρμα, η HOECHST (δυτική Γερμανία) παράγει και προωθεί στην αγορά το συνθετικό παράγωγο της μορφίνης που ονομάζεται μεθαδόνη. Τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια κυκλοφορεί ελεύθερα και διαφημίζεται σαν ισχυρό αναλγητικό. Η συνολική της φαρμακευτική δράση είναι όμοια με της ηρωίνης. Σημαντική διαφορά αποτελεί το γεγονός ότι η μεθαδόνη δρα και από το στόμα. Από πολλούς λανσάρεται σαν το νέο υπερφάρμακο που μέλει να θεραπεύσει την εξάρτηση από ηρωίνη¹¹

Μέσα στη δεκαετία 1950-60 συνεχίστηκε από πολλά θεραπευτικά κέντρα παρόμοιου τύπου θεραπευτική αντιμετώπιση ανάλογη με αυτή των δύο μεγάλων κρατικών νοσοκομείων (Κεντάκι-Τέξας) και στις αρχές του 1960 άρχισαν να ιδρύονται από πρώην χρήστες και οι οποίες βασίζονται λειτουργικά στο μοντέλο SYNANON της Καλιφόρνιας. Και σ' αυτές η θεραπευτική έμφαση δόθηκε στη μακροχρόνια παραμονή των χρηστών και στην απόλυτη αποχή από τις ουσίες.

Το 1964 έχουμε την εμφάνιση δύο ριζοσπαστικών αλλαγών στα πλαίσια της θεραπευτικής φιλοσοφίας της εξάρτησης από τα οπιοειδή. Από τη μία πλευρά έχουμε τη θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και από την άλλη πλευρά τη χρήση των ανταγωνιστικών των οπιοειδών. Επίσης, κατά την ίδια χρονική περίοδο, αρχίζουν ν' αναπτύσσονται και άλλοι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης των "ναρκωτικών" όπως ξενώνες, ειδικά κέντρα ημέρας για νέους καθώς και διάφορες φιλοσοφικο-θεραπευτικές οργανώσεις.

⁹ Λιαππας Ιωαννης(1992): *Ναρκωτικά. Εθιστικές ουσίες. Κλινικά προβλήματα. Αντιμετώπιση*, σ.217

¹⁰ Στο ίδιο ό.π.

¹¹ Ζαφειρίδης Φοίβος(1986), ό.π.

Η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση ηρωίνης σε εξαρτημένα άτομα προϋπήρχε ως μόδα στην Αγγλία αρκετές δεκαετίες πριν, όταν εκτιμούσαν ότι ο αριθμός των χρηστών ήταν σχετικά μικρός. Τότε η ηρωίνη χορηγούνταν με σκεπτικό παρόμοιο μ' αυτό που αργότερα οδήγησε στην εφαρμογή της θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη. Έτσι, "ενώ το 1961 το πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών ήταν μικρό και δεν υπήρχαν λόγοι για τροποποίηση του νόμου που παρείχε το δικαίωμα στους γιατρούς να συνταγογραφούν -μάλλον ανεξέλεγκτα- οπιοειδής ουσίες, μετά από αυτήν την έμμεση νομιμοποίηση της συνταγογράφησης ηρωίνης ο αριθμός των εξαρτημένων ατόμων πολύ γρήγορα υπερδιπλασιάστηκε και εμφανίστηκε η ανάγκη ίδρυσης κλινικών παρόμοιων με της μεθαδόνης"¹²

Το 1965 το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης εκτιμήθηκε ότι έπαιρνε επικίνδυνες διαστάσεις. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη νομοθέτηση περιορισμών στην συνταγογράφηση των διαφόρων ουσιών. Το 1968 η συνταγογράφηση οπιοειδών και κοκαίνης περιορίστηκε σημαντικά σε όλη τη Μ. Βρετανία και γινόταν μόνον από μικρή μερίδα, οι οποίοι ήταν εξουσιοδοτημένοι με ειδική άδεια για το σκοπό αυτό. Πρόκειται για εκείνη τη χρονική περίοδο κατά την οποία το υπουργείο Εσωτερικών της Μ. Βρετανίας άρχισε να διατηρεί "καταλόγους εγγεγραμμένων χρηστών" και εμπιστευτικά ενημέρωνε τον αρμόδιο γιατρό ότι ο συγκεκριμένος χρήστης είχε το νόμιμο δικαίωμα να του συνταγογραφούνται οπιοειδή. Όμως, ταυτόχρονα, μεταβιβάζονταν στο γιατρό η ευθύνη εκείνος πια ν' αποφασίζει για την "κατάλληλη θεραπεία". Αξίζει να σημειωθεί ότι, δεν έλειπαν και οι περιπτώσεις όπου ο γιατρός αρνιόταν τη συνταγογράφηση οπιοειδών, θεωρώντας ότι η χρόνια χορήγησή τους δεν ήταν η κατάλληλη θεραπεία για το χρήστη. Παράλληλα, προκειμένου να αποφευχθεί η διοχέτευση της νόμιμης ηρωίνης στο παράνομο κύκλωμα, ιδρύονται στο Λονδίνο ειδικές κρατικές κλινικές για χρήστες οπιοειδών, οι οποίες συνταγογραφούσαν ηρωίνη σε ημερήσιες δόσεις.

Τον ίδιο χρόνο εκδηλώθηκε μεγάλο ενδιαφέρον από τους Βρετανούς επιστήμονες για την εργασία των DOLE και NYSWANDER. Αυτοί πρότειναν τη χρησιμοποίηση μεθαδόνης σαν αποτελεσματική "θεραπεία αποκατάστασης" για τους χρήστες ηρωίνης.¹³

Η ουσία αυτή έχει την ίδια ακριβώς φαρμακευτική δράση με την ηρωίνη. Διαφέρει όμως από αυτήν στη διάρκεια δράσης και στο γεγονός ότι η λήψη γίνεται από το στόμα. Σύμφωνα με τους εμπνευστές των προγραμμάτων υποκατάστασης με μεθαδόνη, το νάρκωτικό μεθαδόνη θα χορηγούνταν ελεύθερα από ειδικά κέντρα σε καθημερινή βάση, ενώ με σταδιακή ελάττωση της χορηγούμενης δόσης επρόκειτο τάχα να θεραπευτούν οριστικά οι εξαρτημένοι από ηρωίνη. Αποτέλεσμα, το 1977 ήταν ελάχιστοι οι χρήστες που έπαιρναν συνταγές ηρωίνης και οι περισσότεροι είχαν μετακινηθεί στο χώρο της χρήσης μεθαδόνης.

¹² Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ. 218

¹³ Στο ίδιο, σ. 218-219

Όμοια και η Αμερικάνικη Κυβέρνηση υιοθέτησε και εφάρμοσε τα λεγόμενα "προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη". Όμως, ενώ οι εμπνευστές της και οι επιστήμονες που υπήρξαν ενεργά αναμειγνύμενοι σ' αυτά (όπως ο TOM BEWLEY) υποστήριζαν το 1973 ότι η συνταγογράφηση οπιοειδών είχε ως συνέπεια να ελαττωθεί ο αριθμός των νέων χρηστών και να μειωθεί ο αριθμός των θανάτων από τη χρήση και ότι πολλοί παλαιοί χρήστες βρίσκονταν σε "μόνιμη αποχή" από ουσίες και ήταν σε θέση να "ζουν μια κανονική ζωή", υπήρξαν, αντίθετα από την άλλη πλευρά, και οι επικριτές τους (όπως ο R. GARDNER), σύμφωνα με τους οποίους οι θάνατοι από συνταγογραφημένη μεθαδόνη αυξήθηκαν μεταξύ του 1965-1969 εκ των οποίων οι περισσότεροι οφείλονταν σε φαινόμενα υπερδοσολογίας και πως δεν επρόκειτο για αυτοκτονίες.

Για μερικά χρόνια οι Εγγλέζοι ψυχίατροι πίστευαν -παρά τις σποραδικές αντιρρήσεις- ότι η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη αποτελεί τη λύση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης. Τελικά όμως, η υπόθεση της θεραπείας της εξάρτησης από ηρωίνη με μεθαδόνη δεν επιβεβαιώθηκε στην πράξη. Κι αυτό γιατί κανείς από όσους ήταν γραμμένοι στα προγράμματα της μεθαδόνης δε δεχόταν τη βαθμιαία ελάττωση της δόσης του. Παράλληλα, το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς κατέφευγαν πάλι στα μαύρη αγορά τις βραδινές ώρες και αγόραζαν ηρωίνη. Εξάλλου, στην Αμερικανική αγορά εισχώρησαν τα τελευταία χρόνια καινούργιες ναρκωτικές ουσίες σε ευρεία χρήση όπως κοκαΐνη και κρэк, κι έτσι η υπόθεση της θεραπείας του προβλήματος των ναρκωτικών με μεθαδόνη έληξε οριστικά.

Με την πάροδο του χρόνου, οι αρνητικές κριτικές για την αποτελεσματικότητα της συνταγογράφησης μεθαδόνης πλήθυναν και αρκετές κλινικές, καθώς και γιατροί σταμάτησαν τη συνταγογράφηση υποκατάστατων ουσιών με αποτέλεσμα μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα η προσπάθεια αυτή να αποδειχθεί ουτοπική.

Προοδευτικά παρατηρείται μια αύξηση των θεραπευτικών προγραμμάτων τα οποία δε χρησιμοποιούσαν φαρμακευτικά υποκατάστατα, όπως οι Θεραπευτικές Κοινότητες και οι κλινικές αντιμετώπισης των εθισμένων ατόμων σε εξωτερική βάση. Η 10ετία του '80 χαρακτηρίζεται στην Αγγλία από μια μεγάλη στροφή στη θεραπευτική αντιμετώπιση των χρηστών οπιοειδών. Παρατηρούμαι δηλαδή ότι, η γενική επικρατούσα άποψη της μακροχρόνιας συνταγογράφησης οπιοειδών σε θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης, παραδίδει τη θέση της στο σταμάτημα της συνταγογράφησης και πως ο κύριος θεραπευτικός στόχος γίνεται η ολοκληρωτική αποχή από ουσίες.

II. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μέχρι μερικές 10ετίες, πριν η κατάχρηση διαφόρων ψυχοτρόπων ουσιών υπήρξε χαρακτηριστικό κάποιων μειονοτήτων ή ομάδων υποκουλτούρας, αλλά κατά τη διάρκεια της τελευταίας 30ετίας η αυτοεξάρτηση είχε καταλάβει τεράστιες διαστάσεις και ειδικότερα ανάμεσα στις ομάδες των νέων. Έτσι, το πρόβλημα της χρήσης ουσιών έπαψε να αποτελεί τοπικό πρόβλημα και πραγματοποιήθηκαν συντονισμένες προσπάθειες για να αντιμετωπισθεί το φαινόμενο σε παγκόσμια κλίμακα.

ΧΡΗΣΗ

Τις τελευταίες 10ετίες το ενδιαφέρον των κρατών επικεντρώθηκε στην κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών, όπως τα οπιοειδή, τα ηρεμιστικά, τα διεγερτικά και τα ψευδαισθησιογόνα. Δημιουργήθηκαν από τότε πολλές και ποικίλες κυβερνητικές επαγγελματικές και ερασιτεχνικές οργανώσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Έχουν αναπτυχθεί και συνεχώς δοκιμάζονται πλήθος θεραπευτικών τεχνικών και μεθόδων στο πεδίο αυτό. Όλες ξεκινούν από μια θετική αφετηρία και έπειτα στοχεύουν προς μία προοπτική η οποία μάλλον, μπορεί να χαρακτηριστεί ως κοινή, αν κρίνουμε τουλάχιστον από τα κλινικά αποτελέσματα. Βέβαια, υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους όσον αφορά το βασικό στόχο τον οποίο θέτει η κάθε μια από αυτές.

Μελετώντας κανείς ιστορικά το ζήτημα παρατηρεί πως έχει αντιμετωπισθεί κυρίως από την ιατρική του πλευρά. Κατ'αυτόν τον τρόπο δικαιώνεται η ύπαρξη της τάσης του τοξικομανή αρρώστου. Αυτό είναι ακόμα ένα σύμπτωμα μέσα σε τόσο άλλα, της ολοκληρωτικής έλλειψης υπεύθυνης πληροφόρησης του πολίτη από πλευράς πολιτείας με αποτέλεσμα να προβάλλεται μια αντίληψη η οποία στερείται οποιαδήποτε βάσης. Αντίθετα, μπορούμε να πούμε πως, ένας <<τοξικομανής>> νέος είναι αθεράπευτος στο βαθμό που εμείς οι ίδιοι το βλέπουν με και τον αντιμετωπίζουμε σαν αθεράπευτο". Γιατί "ακόμα κι όταν οι δυσκολίες στη θεραπεία για την αποκατάσταση του είναι πολύ μεγάλες στους χρόνιους μόνιμους χρήστες, ωστόσο η πράξη απέδειξε πως είναι μεγάλος ο αριθμός από τους λεγόμενους <<αθεράπευτους>> που αποθεραπεύτηκαν και αποκαταστάθηκαν σαν κοινωνικές μονάδες. Πληροφοριακά αναφέρουμε πως διεθνείς στατιστικές δείχνουν πως οι πίο πολλοί <<τοξικομανείς>> που αποθεραπεύτηκαν, διακόπτουν την <<τοξικομανία>> από μόνοι τους με τη μέθοδο της αυτοθεραπείας σε 70-80%"¹⁴

Όμως, αυτή η λανθασμένη και αδιέξοδη αντιμετώπιση, αποτέλεσε την αρχή μιας σειράς πολιτικών παρεμβάσεων από τους ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι με την πάροδο του χρόνου, ανακάλυπταν όλο και περισσότερο τα πλάγια οικονομικά κίνητρα που είχε η παραγωγή φαρμάκων και το εύφορο πεδίο των τοξικομανών.

¹⁴ Πανούσης Ιωάννης (1988): "Θεραπευτικές Κοινότητες: Για μια οριστική απεξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες" στο βιβλίο *Το ζητούμενο στην Εγκληματολογία*, σ. 253

Παρόλα αυτά επικρατεί μεγάλη άγνοια και κυκλοφορία μύθων γύρω από το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης. Από επιστημονικής πλευράς συναντάμε ποικίλες θεωρητικές διαφωνίες ως προς την αιτιολογία και την αντιμετώπιση της κατάχρησης ουσιών.

Πάντως, η διεθνοποίηση του θέματος των ναρκωτικών τείνει να γεφυρώσει αυτές τις θεωρητικές διαφορές και είναι παρήγορο ότι εμφανίζονται όλο και περισσότερα δείγματα συνεργασίας μεταξύ των κρατών τα τελευταία χρόνια.

Αναμφισβήτητα, η θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από εθιστικές ουσίες αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πτυχές του κοινωνικού φαινομένου της τοξικομανίας. Η θεραπεία των τοξικομανών είναι ένα από τα δυσκολότερα θεραπευτικά προβλήματα της εποχής μας, και αυτό γιατί η εξάρτηση από ουσίες είναι ίσως η πιο έντονη μορφή δέσμευσης, αφού εξαπλώνεται τόσο σε σωματικό επίπεδο όσο και σε ψυχικό.

Ο ψυχίατρος Ζαφειρίδης Φοίβος υποστηρίζει ότι "η θεραπεία αποτελεί διαδικασία μάθησης νέων δεξιοτήτων και διαπροσωπικών ικανοτήτων. Είναι υπόθεση αλλαγής, προσωπικής ανάπτυξης. Με κανέναν τρόπο σε μπορεί να επιβληθεί".¹⁵ Γι' αυτό η θεραπεία αποτελεί την ιδεολογική και φιλοσοφική πρόταση, προς το εξαρτημένο άτομο για μια νέα διαφορετική στάση απέναντι στη ζωή και τα προβλήματά της και όχι τη στεγνή εφαρμογή κάποιων τεχνικών.

Η κλασσική ψυχιατρική έδειξε σαφή αδυναμία να προσφέρει την παραμικρή βοήθεια σ' αυτούς τους ανθρώπους, με τις πρώτες προσπάθειες κλειστής θεραπείας σε ψυχιατρικά ιδρύματα με κλασσικές μεθόδους. Έτσι, προσπάθειες μονόπλευρης εφαρμογής θεραπειών ψυχαναλυτικού ή φαρμακευτικού προσανατολισμού έδειξαν γρήγορα την αναποτελεσματικότητά τους. Επίσης, γρήγορα διαπιστώθηκε ότι το πρόβλημα στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης δε βρίσκεται στη σωματική αποτοξίνωση, που γίνεται με τη βοήθεια ή όχι φαρμάκων και διαρκεί 15-25 ημέρες, αλλά στην ψυχική εξάρτηση.

Πράγματι, η σύγχρονη αντίληψη και θέση για τη θεραπεία υποστηρίζει ότι, η φαρμακευτική απεξάρτηση είναι πολύ λιγότερο θεραπεία σωματική απ' όσο είναι ψυχική ενίσχυση και ενδυνάμωση (δηλαδή ψυχική θεραπεία). Οι σωματικοί παράγοντες είναι ασύγκριτα λίγοι σε σχέση με τους παράγοντες που έχουν επιδράσει και επιδρούν στον ψυχισμό του εξαρτημένου προσώπου και που δεν είναι καθόλου εύκολο να διαφοροποιηθούν. Δε θα πρέπει να αγνοούμε ότι στην ουσία "ο τοξικομανής είναι ένα άτομο με διαταραγμένη συναισθηματική λειτουργία με αξεπέραστα προβλήματα στην ανθρώπινη επικοινωνία και σχέση και με ανεκπλήρωτες συναισθηματικές ανάγκες, που τις περισσότερες φορές ανάγονται στα παιδικά του χρόνια. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες, τα αδιέξοδα και οι εσωτερικές συγκρούσεις προκαλούν στον τοξικομανή φοβερό πόνο και άγχος. Η έλλειψη αυτοεκτίμησης, αυτοπεποίθησης και εμπιστοσύνης προς τον ίδιο του τον εαυτό και φυσικά προς τους άλλους είναι τα χαρακτηριστικά του".¹⁶

¹⁵ Ζαφειρίδης Φοίβος (1990): Πολιτική σε θέματα πρόληψης-θεραπείας. Ημερήσιο Συμπόσιο για τα Ναρκωτικά, σ. 253

¹⁶ Ζαφειρίδης Φοίβος (1986), ό.π.

Αλλωστε, στο ίδιο συμπέρασμα έχουν καταλήξει και έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε κέντρα αποτοξίνωσης, τόσο του εξωτερικού, όσο και του εσωτερικού. Στα πλαίσια της διακρατικής έρευνας της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας με θέμα την επίπτωση του ιού HIV στους τοξικομανείς, μελετήθηκαν στην Ελλάδα 300 χρήστες ουσιών, στη χρονική περίοδο Φεβρουάριος-Δεκέμβριος 1991. Στους χρήστες έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις για ανίχνευση αντισωμάτων HIV καθώς και προσωπική συνέντευξη, η οποία εκτός των άλλων, αποσκοπούσε στη διερεύνηση της συναισθηματικής κατάστασης και της ψυχιατρικής νοσηρότητας των χρηστών και των μελών των οικογενειών τους. Το δείγμα των χρηστών αποτελούνταν στην πλειοψηφία από άνδρες (79%), ηλικίας 21-30 ετών (65% του δείγματος). Το 62,7% των χρηστών ήταν απόφοιτοι λυκείου, ενώ μόνο το 0,7% ήταν αναλφάβητοι. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι: το 77% των χρηστών εμφάνιζε καταθλιπτικό μορφο συναίσθημα (score μεγαλύτερο στην κλίμακα CESD, με ανώτατο score 60). Όσον αφορά το ψυχιατρικό ιστορικό, το 42,3% των χρηστών ανέφερε πως είχε κάποιο σοβαρό ψυχολογικό ή ψυχιατρικό πρόβλημα, κάποτε στη ζωή του, ενώ το 54% είχε εμφανίσει αυτοκαταστροφικό ιδεασμό. Τέλος, το 34% των χρηστών είχαν στο ενεργητικό τους τουλάχιστον μια απόπειρα αυτοκτονίας. Αναλυτικότερα, το 16,7% είχε μια απόπειρα, το 8,3% δύο, το 4% τρεις και το 2,3% τέσσερις απόπειρες αυτοκτονίας. Η αυτοεκτίμηση επίσης των χρηστών ήταν σε μεγάλο ποσοστό χαμηλή: το 84,7% των χρηστών δεν ήταν ευχαριστημένοι από τον εαυτό και τη ζωή τους. "Από την άλλη πλευρά, θετικό οικογενειακό ιστορικό ανιχνεύθηκε στο 26,3% των χρηστών. Συγκεκριμένα" σε ποσοστά 6,3%, 10% και 4% ο πατέρας, η μητέρα και κάποιο από τα αδέλφια των χρηστών αντίστοιχα, είχαν εμφανίσει κάποτε στη ζωή τους σοβαρό ψυχιατρικό ή ψυχολογικό πρόβλημα. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ενός εκ των δύο γονέων¹⁷.

Επίσης, εκτιμάται ότι, "ο θυμός και η ευερεθιστικότητα παράλληλα με το άγχος ή την κατάθλιψη, δημιουργούν το κατάλληλο ψυχολογικό υπόστρωμα για τη συναλλαγή με τις ουσίες και ειδικότερα με την ηρωίνη και την αλκοόλη. Τέλος, υποστηρίζεται ότι, "η ουσιοεξάρτηση αποτελεί ταυτόχρονα μια έκφραση -απάντηση σε υποκείμενες ψυχικές παθήσεις" και αυτό δίνει μια πιθανή εξήγηση στην κληρονομική συσχέτιση που αποδεδειγμένα, στον αλκοολισμό τουλάχιστον, έχει παρατηρηθεί.¹⁸

Από τα παραπάνω αποτελέσματα διαφαίνεται ότι οι χρήστες, σε υψηλό ποσοστό, εμφανίζουν καταθλιπτικό μορφο καταστάσεις, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, υποφέρουν από αυτοκτονικό ιδεασμό και έχουν στο ενεργητικό τους απόπειρες αυτοκτονίας, επιβεβαιώνοντας παράλληλα το ρόλο της κατάθλιψης ή άλλης ψυχικής διαταραχής στην αιτιοπαθογένεια της ουσιοεξάρτησης.

¹⁷ Μαλλιώρα Μ., Μητσικώστας Δ., Κοκκέβη Α., Οικονόμου Μ., Στεφανής Κ. (1994). "Συντελεστές ψυχιατρικής νοσηρότητας σε χρήστες τοξικών ουσιών ενδοφλεβίως" π. Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής (τόμος α') σ. 236

¹⁸ Στο ίδιο, ό.π.

Ωστόσο κυρίαρχο ρόλο στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης κατέχει η αυτενέργεια του εξαρτημένου ατόμου και η ισχυρή θέληση και αυτοπεποίθηση. Επίσης, η προσπάθεια απεξάρτησης πρέπει να είναι πάντοτε εθελοντική. Άλλωστε, αυτό έχει αποδείξει και η εμπειρία του παρελθόντος. Συγκεκριμένα, "στην Αμερική όπου δοκιμάστηκαν αρχές της δεκαετίας του '50 προγράμματα αναγκαστικής αποτοξίνωσης το ποσοστό επιτυχίας υπήρξε 0%".¹⁹ Βασικά στοιχεία στη θεραπεία είναι επίσης :

α) Η κινητοποίηση (motivation)

β) Η ενεργός συμμετοχή του ίδιου του τοξικομανή στη θεραπεία

γ) Η διαμόρφωση στη διάρκεια της θεραπείας, ενός νέου τρόπου ζωής, με νέες αξίες και ενδιαφέροντα, νέα εφόδια, για ένα νέο ξεκίνημα, μετά το τέλος του προγράμματος

Ο τυπικά εθισμένος είναι αμφίθυμος της χρήσης ουσιών. Γι' αυτόν, από την μια πλευρά υπάρχουν τα ευχάριστα αποτελέσματα της ευφορίας (για παράδειγμα, από την ηρωίνη, ανακούφιση από την πίεση και το άγχος) και τις ικανοποιητικές πλευρές ενός τρόπου ζωής που με τις απαιτήσεις του γεμίζει τις περισσότερες ξύπνιες ώρες, είτε με τα αποτελέσματα των ουσιών, είτε με τις αναγκαίες δραστηριότητες εξασφάλισης της ουσίας, παρεμποδίζοντας την ανία ή τις ερωτήσεις που σχετίζονται με το νόημα της ζωής. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν οι τιμωρίες του τρόπου ζωής: εξάρτηση, περιοδική αγωνία για τη στέρηση, πιθανόν επειδή η ουσία δεν είναι διαθέσιμη, απώλεια σεβασμού και στοργής από την οικογένεια και τους φίλους εξ' αιτίας των συνεχών ψεμάτων και κλοπών, καθώς και τις πάντοτε-επικείμενες πιθανότητες φυλακής ή βίαιου θανάτου. "Η κινητοποίηση, κατά κάποιο τρόπο, είναι το σύνολο αυτών των αντίθετα φορτισμένων διανυσμάτων και από τη φύση τους ποικίλουν μέρα με την ημέρα ή ακόμη ώρα με την ώρα, καθώς αλλάζουν οι διάφορες δυνάμεις".²⁰ Έτσι, από τη στιγμή που ο ίδιος ο πόνος της χρήσης ουσιών (για παράδειγμα, η εξάρτηση) συχνά αποτελεί μελλοντικό πρόβλημα, ο πιο άμεσος πόνος είναι συνήθως κοινωνικός και προέρχεται είτε από την οικογένεια του ουσιοεξαρτημένου, είτε από το φόβο της πιθανής φυλάκισης. Άλλωστε, αυτοί είναι οι βασικότεροι λόγοι για τους οποίους τα θεραπευτικά προγράμματα από τη στιγμή που ο εθισμένος κάνει αίτηση για θεραπεία ανεξαρτήτως που λόγου, πρέπει να προσπαθούν να διατηρούν την κινητοποίηση ενθαρρύνοντας τα διάφορα μέλη της οικογένειας του να συνεχίζουν την "πίεση", είτε με το αναφέρουν κανονικά στις νόμιμες αρχές τη συμμετοχή του εθισμένου, αν είναι υπό αναστολή και βοηθώντας τον να κερδίσει όσο το δυνατόν περισσότερες θετικές ανταμοιβές σε διαπροσωπικό, επαγγελματικό και οικονομικό επίπεδο. Μέσα απ' αυτήν τη διαδικασία "η οποιαδήποτε υποτροπή του στις ουσίες θα συνεπάγεται ουσιώδεις απωλεις".²¹

Βέβαια, εκτός από την κινητοποίηση (motivation) και την ενεργό συμμετοχή του ίδιου του τοξικομανή στη θεραπεία του, οι αλλαγές του τρόπου ζωής του θεωρείται πολύ σημαντικός παράγοντας.

¹⁹ Ζαφειρίδης Φοίβος (1989), ό.π., σ. 8

²⁰ Herbert D., Kleber M.O. (x.x.): Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά, σ. 5

²¹ Στο ίδιο, ό.π.

Διάφορα οικεία ερεθίσματα στην καριέρα χρήσης ουσιών του χρήστη διατηρούν την ικανότητα στο να οδηγούν στη λαχτάρα για ουσίες όταν τα αντιμετωπίζει το άτομο ενώ προσπαθεί να παραμείνει εγκρατής. Φίλοι που κάνουν χρήση, χώροι όπου συνήθιζε να κάνει χρήση, ορισμένες καταστάσεις που προκαλούν άγχος, όλα αυτά μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή. Πάντως, πολλοί ερευνητές δείχνουν να συμφωνούν ότι όταν κάποιος μετακομίζει σε άλλη γειτονιά όπου δε γίνεται χρήση ουσιών, φαίνεται ότι η μετακόμιση συνδέεται με περισσότερα ευνοϊκά αποτελέσματα γι' αυτόν. Συνήθως τα Σαββατοκύριακα και τα βράδια είναι τα πιο δύσκολα, μιας και πολλοί εθισμένοι ποτέ δεν αναπτύσσουν επαρκείς δεξιότητες για το πως να περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους με ικανοποιητικό τρόπο.

Για τους παραπάνω λόγους, τα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα θα πρέπει να παρέχουν την κατάλληλη βοήθεια στα εξαρτημένα άτομα ώστε να αναθεωρούν εκείνα τα στοιχεία της ζωής τους που συνδέονται με τη χρήση ουσιών κατά τρόπο προσεκτικό και προγραμματισμένο και για τον τρόπο με τον οποίο θ' αλλάξουν αυτές τις πλευρές που μπορούν ν' αλλάξουν (για παράδειγμα, φίλους, γειτονιά, βραδινές δραστηριότητες) καθώς και για το πως να αντεπεξέλθουν μ' αυτές που δε μπορούν τελικά ν' αλλάξουν (για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας ασκήσεις χαλάρωσης που θα τους βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του άγχους). Επίσης, επειδή ο τρόπος ζωής του εθισμένου είναι συχνά χαοτικός, με ακανόνιστα διαστήματα φαγητού και ύπνου με λίγο σεβασμό για καθυστερήσεις (εκτός κι αν πρόκειται για τον προμηθευτή του), είναι σημαντικό τα προγράμματα να προσφέρουν μια σταθερή δομή που θα βοηθήσει το άτομο που προσπαθεί ν' απεξαρτηθεί να προσαρμοσθεί σε πιο κανονικές ώρες αλλά και να αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι οι γύρω του (για παράδειγμα, εργοδότες, σύζυγοι κτλ.) συνήθως δε θα είναι σε θέση να ανεχθούν την έλλειψη σεβασμού για τους τρόπους ζωής του. Για παράδειγμα, σαν μέρος αυτής της δομής, το άτομο που αργοπορούν δε θα παίρνουν τη μεθαδόνη τους και όταν χάνουν θεραπευτικές συνεδρίες θα πρέπει να χάνουν τα προνόμια του προγράμματος.

"Ένα πλήρες πρόγραμμα θεραπευτικής μεταχείρισης εξαρτημένων ατόμων, είτε αυτοί είναι τοξικομανείς, είτε αλκοολικοί, θα πρέπει να περιλαμβάνει πέντε φάσεις-σημεία:

1. Την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου". Ωστόσο, η ιστορία της αντιμετώπισης των στερητικών συνδρόμων- με λίγες ίσως εξαιρέσεις- είναι γεμάτη από παραδείγματα <<θεραπευτικών>> προσπαθειών οι οποίες αποδείχθηκε ότι δημιουργούσαν περισσότερο εθιστικές και επικίνδυνες καταστάσεις από αυτές που προσπαθούσαν αν <<θεραπεύσουν>>. Στο παρελθόν χρησιμοποιήθηκαν διάφορες μέθοδοι, όπως η χορήγηση μορφίνης, μελαντόνας, υδατικών διαλυμάτων πεπτιδίων ή λιποειδών ουσιών ή εφαρμόστηκαν θεραπείες του τύπου της σπασμοθεραπείας, της ινσουλινοθεραπείας, της ηλεκτροσπασμοθεραπείας ή τέλος αναστολιγικού τύπου θεραπείες και υπερθερμικού τύπου τεχνικές²²

²² Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ. 231

2. Τη σωματική απεξάρτηση και τον ψυχολογικό απεθισμό, για τον οποίο απαιτείται μακροχρόνια προσπάθεια
3. Την αναδόμηση ενός πολύπλευρα ψυχιατρικός πάσχοντος ατόμου με τεράστια κενά στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του, για να μπορέσει κάποτε να προκύψει ένας ώριμος και σύμφωνα με την ηλικία του άνθρωπος, ικανός να αντιμετωπίζει τη ζωή κατάματα. Πολύ περισσότερο όταν, στο μέγιστο ποσοστό, πρόκειται για άτομα με τη νοοτροπία της φιλοσοφίας <<μεγάλης άρνησης>>, της φυγής από την <<ανεπιθύμητη καταναλωτική κοινωνία>>, της <<αμφισβήτησης>> των πάντων και κάθε παραδεδεγμένης τάξεως.
4. Την προσαρμογή και επανένταξη σε μια κοινωνία, την οποία προκαταβολικά έχουν απορρίψει.²³

"Η λεγόμενη κοινωνικοποίηση-επανένταξη, είναι η πιο σοβαρή δυσκολία μετά την ψυχική απεξάρτηση, γιατί σ' αυτήν τη φάση, είναι που οι πρώην χρήστες θα έρθουν τελεσίδικα ξανά στο νόσογόνο κοινωνικό περιβάλλον που καλούνται να αντέξουν."²⁴

5. Την αποδοχή εκ μέρους της κοινωνίας αυτής, των τέτοιων ανθρώπων, μέχρι του σημείου να γίνουν οι φίλοι των παιδιών μας, να τους μπάσουμε στα σπίτια μας ή στις δουλειές μας, να γίνουν ο άνδρας της κόρης μας ή η γυναίκα του γονιού μας, που θα είναι ικανοί να κάνουν γερά παιδιά και σωστούς πολίτες της κοινωνίας, αυτής της κοινωνίας στην οποία ζούμε.²⁵

Οι παραπάνω διαδοχικές φάσεις συνθέτουν τη λεγόμενη θεραπευτική "αλυσίδα". Η θεραπευτική αλυσίδα, όμως, δεν απαντάται σε όλα τα μοντέλα που έχουν ισχύσει κατά καιρούς. Το κέντρο βάρους πέφτει, ανάλογα, στη μια ή την άλλη φάση ή γίνεται ισοβαρής καταμερισμός τους. Ωστόσο, μπορούμε να πούμε ότι, μεγαλύτερη έμφαση έχει δοθεί στη φάση της σωματικής απεξάρτησης, στα πλαίσια της οποίας έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι. Ως προς αυτό χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι διάφορες μέθοδοι σωματικής απεξάρτησης από τα οπιούχα (γνωστό κι ως <<ο κύκλος των οπιούχων>>): "η μορφίνη χρησιμοποιήθηκε για την απεξάρτηση από το όπιο, η ηρωίνη για την απεξάρτηση από τη μορφίνη και τα τελευταία χρόνια, η μεθαδόνη για την απεξάρτηση από την ηρωίνη". Έτσι, "κάθε φάση αυτού του κύκλου, δημιούργησε μια νέα νόμιμη μορφή τοξικομανίας, η οποία γίνονταν παράνομη όταν ξέφευγε από τα πλαίσια της ιατρικής πρακτικής".²⁶

Κατ' αυτό τον τρόπο, θα λέγαμε ότι, επισφραγίζεται ο ιατρικός χαρακτήρας του προβλήματος της τοξικομανίας, αφού οι περισσότερες προσπάθειες επικεντρώνονται στην αναζήτηση του <<ιδανικού>> φαρμάκου για την άρση της σωματικής εξάρτησης και κατ' επέκταση την επίτευξη μιας όσο το δυνατόν αποτελεσματικής προσπάθειας για απεξάρτηση.

Όπιο

↓

Μορφίνη

↓

Ηρωίνη

↓

Μεθαδόνη

²³ Αβραμίδης Αθανάσιος (χ.χ.): *Η αλήθεια για τα ναρκωτικά*, σ. 189

²⁴ Οικονομόπουλος Γιώργος (1988): *Νάρκωση-Απεξάρτηση*, σ. 116

²⁵ Αβραμίδης Αθανάσιος (χ.χ.), ό.π., σ. 182-183

²⁶ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1987-88): *Μορφές παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς: Χρήση ναρκωτικών - Ομοφιλοφιλία*. Παραδόσεις στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, σ. 83

Τις θεραπευτικές προσπάθειες που εστιάζονται, βασικά, σε χρήστες "σκληρών" ναρκωτικών (όπως οπιούχων βενζοδιαζεπινών, υπνωτικών φαρμάκων και βαρβιτουρικών) ουσιών δηλαδή οι οποίες προκαλούν ισχυρή σωματική και ψυχική εξάρτηση και λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη ότι "δεν υπάρχει χαρακτηριστικός τύπος τοξικομανούς ούτε και συγκεκριμένα ναρκωτικά εθισμού και συνεπώς δεν υπάρχει μια ενιαία λύση αλλά μάλλον πολλές που ενδέχονται να αλλάξουν μορφή με το πέρασμα του χρόνου και ανάλογα με τη διαφορετική κουλτούρα του ατόμου και της κοινωνίας"²⁷, μπορούμε να τις κατατάξουμε σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

α) Μέθοδοι βασισμένες στη διακοπή της χρήσης της ουσίας που προκάλεσε την τοξικομανία, χωρίς παράλληλη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων (drug free programs), όπως αυτό που εφαρμόζεται στο κέντρο αποτοξίνωσης του Ντάσλ Πεντέλης. Πρόκειται για "στεγνά" θεραπευτικά προγράμματα, που χρησιμοποιούν ψυχοθεραπευτικές και κοινωνιοθεραπευτικές τεχνικές, χωρίς τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών (κατά κύριο λόγο).

Οι μέθοδοι αυτοί επιχειρούν την ψυχολογική ανασύνθεση του εξαρτημένου ατόμου. Μπορεί να συνίσταται στην απότομη ή την σταδιακή διακοπή της ουσίας. Η σταδιακή διακοπή (διακοπή σε προοδευτικά μειωμένες δόσεις), έχει διάφορες παραλλαγές. Η συνηθέστερη είναι ο λεγόμενος κανόνας του 10% (κάθημερινά χορηγείται 1/10 λιγότερο της συνηθισμένης δόσης). Η χορήγηση του φαρμάκου αποσκοπεί στην αντιμετώπιση του συνδρόμου στέρησης.

β) Μέθοδοι που συνδυάζουν τη διακοπή της ουσίας που προκάλεσε την τοξικομανία με τη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων τα οποία είτε δεν έχουν άμεσο φαρμακολογικό συσχετισμό με την ουσία που προκάλεσε την τοξικομανία και χορηγούνται για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου είτε συσχετίζονται φαρμακολογικά με την εξαρτητική ουσία.

Το σύνδρομο στέρησης εκδηλώνεται, συνήθως, με μια σύμπτωματολογία η οποία είναι αντίθετη από τα συνήθη αποτελέσματα της ουσίας κατά τη διάρκεια της χρήσης της. Για παράδειγμα (οι αμφεταμίνες) που καταστέλλουν την όρεξη και μειώνουν το αίσθημα της κόπωσης, προκαλούν κατά τη διάρκεια της στέρησης τους υπερφαγία καθώς και μείωση της κινητικότητας.²⁸ Έτσι, για να αντιμετωπιστεί το στερητικό σύνδρομο απαιτείται η χορήγηση άλλοτε κατευναστικών και άλλοτε διεγερτικών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.) φαρμάκων, ανάλογα πάντα με το πως εκδηλώνεται το σύνδρομο στέρησης του τοξικομανούς.²⁹

²⁷ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (1986), Έκθεση της Εξεταστικής Επιτροπής του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου για το πρόβλημα των ναρκωτικών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, παρ. 24, σ. 18

²⁸ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ. 231

²⁹ Μετά τη διακοπή των κατασταλτικών ουσιών του Κ.Ν.Σ. (βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, ουσίες της χλωράλης, βρομιούχες ουσίες, παραλδεύδη, μεπιτοβομάτη, γλουταιθιμίδη, αντισταμινικές ουσίες και μεθακαλόνη), εμφανίζονται άγχος, υπερκινητικότητα και επιληπτικού τύπου σπασμοί, ενώ συμπτώματα όπως ψυχοκινητική ανησυχία, αϋπνία και αύξηση των τενόντων αντανάκλασεων είναι χαρακτηριστικά του συνδρόμου στέρησης των οπιοειδών ουσιών. Βλ. Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ. 21 και σ. 59-80

Ο φαρμακολογικός συσχετισμός του χορηγούμενου φαρμάκου με την ουσία που προκαλέσει τη τοξικομανία, συνίσταται στο εξής: "αν πρόκειται για ανταγωνιστική ουσία, η χορήγηση της προκαλεί ένα είδος νευροφυσιολογικής αδιαφορίας απέναντι σε ενδεχόμενη νέα χρήση της εξαρτητικής ουσίας"³⁰.

Εμποδίζει, δηλαδή, την εκδήλωση των αποτελεσμάτων της, έτσι ώστε να μην έχει πια επίδραση απέναντι στο χρήστη. Έτσι, για παράδειγμα, "όπως και η μεθαδόνη, μπλοκάρει την επιθυμία λήψης για ηρωίνη (μέσα όμως από διαφορετικούς μηχανισμούς) αντίθετα με τη μεθαδόνη, δεν κάνουν εθισμό κι έτσι εξαλείφουν το πρόβλημα της αναπόφευκτης στέρησης"³¹.

Οι μηχανισμοί ενός προγράμματος συντήρησης με ανταγωνιστές είναι σχετικά απλοί. Ο εξαρτημένος θα πρέπει πρώτα απ' όλα να απέχει απ' όλα τα ναρκωτικά για μια χρονική περίοδο 5-10 ημερών τουλάχιστον. Αν δε γίνει κάτι τέτοιο μπορεί να επέλθει άμεσα σοβαρή στέρηση και αυτό εξαρτάται από τα σχετικά ποσοστά των ναρκωτικών που έπαιρνε ο χρήστης και το ποσοστό του ανταγωνιστή που δίνεται. Έτσι, από τη στιγμή που το άτομο διακόπτει πλήρως τις ναρκωτικές ουσίες, αρχίζουν οι μικρές δόσεις που ανταγωνιστή.

"Οι δόσεις αρχίζουν προοδευτικά τις πρώτες δέκα -δεκαπέντε ημέρες και κατόπιν αυξάνεται η ποσότητα. Δύο μορφές ανταγωνιστών (antagonist) αναγνωρίζονται: I ο μερικός ανταγωνιστής (partial antagonist) ο οποίος έχει δραστηριότητα παρόμοια με αυτή της μορφίνης (για παράδειγμα nalorphine και II ο καθαρός ανταγωνιστής (pure antagonist), που στερείται σημαντικής άμεσης έντανης δραστηριότητας (για παράδειγμα naltrexone)"³².

Ωστόσο σήμερα ο μόνος ανταγωνιστής που χρησιμοποιείται στην πράξη είναι η ναλτρεξόνη³³. Ωστόσο, "επειδή "το σκεύασμα αυτό πρακτικά δεν έχει εθιστικές ιδιότητες ή παρενέργειες, αλλά δυστυχώς δεν απορροφάται καλά από το πεπτικό σύστημα και η δράση του δε διαρκεί περισσότερο από 2-3 ώρες"³⁴, τα τελευταία χρόνια αρχισαν να χρησιμοποιούνται σκευάσματα ανταγωνιστών των οπιοειδών με πολύ μεγάλο χρόνο δράσης. Σταδιακά, όταν το άτομο φθάσει στο επιθυμητό επίπεδο δόση σταθεροποιείται σ' αυτό το σημείο. Τα θεραπευτικά προγράμματα με ανταγωνιστές ναρκωτικών διαρκούν έως και 18 συνεχείς μήνες.

Η χρήση ανταγωνιστών φαίνεται ότι πρακτικά είναι ασφαλής και αποτελεσματική, με λίγες παρενέργειες και μικρό κίνδυνο εθισμού. Άλλωστε σε επαρκή δόση οι ανταγωνιστές μπορεί να εμποδίσουν τα ψυχολογικά και σωματικά αποτελέσματα των οπιοειδών ναρκωτικών, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης αντοχής και σωματικής εξάρτησης και μπορούν να αντιστρέφουν ή να εμποδίσουν τοξικές συνέπειες, της υπερβολικής δόσης οπιοειδών ναρκωτικών.³⁵

³⁰ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1987-88), ό.π., σ. 84

³¹ Herbert D., Kleber M.O. (x.x.), ό.π., σ. 22

³² Φαρσεδάκης Ιάκ., Συλίκος Γ. (1995): Ναρκωτικά. Νομική και Εγκληματολογική διάσταση στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. σ. 528

³³ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π. σ. 253

³⁴ Στο ίδιο, σ. 252

³⁵ Φαρσεδάκης Ιάκ., Συλίκος Γ. (1995), ό.π., σ. 528

Όμως, αν δε συνδυαστεί η χρήση των ανταγωνιστών με κάτι που θα αγγίζει το άτομο, τότε απλά θα μετατοπιστεί το πρότυπο του εθισμού. Ως μειονεκτήματα της χρήσης ανταγωνιστών θα μπορούσαν να αναφερθούν "το σχετικό μεγάλο οικονομικό κόστος τους, η γρήγορη αλλοίωση της ουσίας, το μεγάλο ποσοστό των ατόμων που εγκαταλείπουν πρόωγα τη θεραπεία (το ποσοστό κυμαίνεται από 45-74%) καθώς και η μικρή δημοτικότητα των ουσιών αυτών στον κόσμο των χρηστών"³⁶

Οι μη ανταγωνιστικές ουσίες, δεν είναι φαρμακολογικά αντίθετες αυτών που προκάλεσαν την τοξικομανία. Τα αποτελέσματά τους (αναλγητικά, κατευναστικά, ευφορικά) είναι παρόμοια, αλλά πολύ πιο ισχυρά, έτσι ώστε να υπερκαλύπτουν την επίδραση της ουσίας που προκάλεσε την τοξικομανία. Συνεπώς, "η χορήγηση μη ανταγωνιστικών ουσιών σε τακτικές δόσεις, εξουδετερώνει τη σποραδική χρήση της αρχικής εξαρτητικής ουσίας, οπότε" αν ο τοξικομανής, για διάφορους λόγους, θελήσει να ξαναχρησιμοποιήσει την αρχική ουσία, θα πρέπει να αναζητήσει μεγαλύτερες δόσεις και αυτό θεωρείται ότι συνιστά αντικίνητρο"³⁷ λόγω του μεγάλου κόστους και των κινδύνων που συνεπάγεται. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μη ανταγωνιστικής ουσίας των οπιούχων είναι η μεθαδόνη. Ως η πιο γνωστή και περισσότερο διαδεδομένη μη ανταγωνιστική ουσία, χρησιμοποιείται τόσο τα πλαίσια προγραμμάτων αποτοξίνωσης, όσο και διατήρησης.

Ε. Γ. Μουρ

1. "Στεγνά" προγράμματα

Τα "στεγνά" προγράμματα στηρίζονται στην αρχή της αποχής από οποιαδήποτε φαρμακευτική ουσία που έχει τοξικότητα (εξαιρείται ο καπνός, ενώ συμπεριλαμβάνεται το αλκοόλ). Πρόκειται για προγράμματα που ποικίλλουν πάρα πολύ όσον αφορά τη διάρκεια, τους στόχους και τα περιεχόμενά τους. Έτσι, από τη μία πλευρά συναντάμε προγράμματα πάρα πολύ καλά οργανωμένα, όπως οι Θεραπευτικές Κοινότητες χωρίς μόνιμη διαμονή και από την άλλη πλευρά, προγράμματα πιο απλά, που προβλέπουν συναντήσεις για συζήτηση, ψυχαγωγικές δραστηριότητες ή βοήθεια στη λύση προσωπικών προβλημάτων.

Τα θεραπευτικά προγράμματα "drug free" (D.F.) θεωρούν ότι ο τοξικομανής ενσωματώνει τα κοινωνικά και πολιτικά αδιέξοδα του περιβάλλοντός του, τα οποία ενισχύονται από την έντονη συναισθηματική του διαταραχή. Υπό το πρίσμα αυτής της θεώρησης, η εξάρτηση από τις ουσίες δε θεωρείται τόσο σημαντική στο σωματικό επίπεδο, όσο κυρίως στο ψυχολογικό, όπου πεφτει και το περισσότερο βάρος. Άλλωστε, η διακοπή της χρήσης της ουσίας δεν αποτελεί παρά ένα μόνο στάδιο στο σύνολο της μακρόχρονης θεραπευτικής πορείας του εξαρτημένου, στη διάρκεια της οποίας το άτομο πρέπει να επανασυνδεθεί με τη συγκεκριμένη εκείνη στιγμή κατά την οποία αναζήτησε - βρήκε την ουσία ταραχθηκε και κατ' επέκταση διακόπηκε η εξέλιξη της προσωπικής του ιστορίας.

³⁶ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ. 253

³⁷ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1987-88), ό.π., σ. 85

Σημασία πρέπει να δοθεί στην επεξεργασία όλων αυτών των ενδοψυχικών συγκρούσεων που η ουσία ήρθε να νεκρώσει στο γέμισμα του "κενού" που ήρθε να γεμίσει η ουσία, στο ξεπέρασμα των προβλημάτων που του δημιούργησε, στη δημιουργία σχέσεων με τον άλλο και με τον εαυτό του, ώστε τελικά ν' αποκτήσει μια καινούργια ταυτότητα. Η ψυχοθεραπεία³⁸ ως θεραπευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση του εξαρτημένου ατόμου μπορεί να είναι χρήσιμη και αποτελεσματική στη θεραπευτική του προσπάθεια, εάν κατ' αρχήν τηρηθούν δύο πολύ βασικές προϋποθέσεις. ^α Οτι ο τοξικομανής θα θελήσει πραγματικά να εμπλακεί στη θεραπευτική σχέση με το θεραπευτή του και ^β ότι ο τοξικομανής θα θελήσει να μιλήσει για την εξάρτησή του. Βέβαια, και οι δύο αυτές προϋποθέσεις για να υλοποιηθούν απαιτούν την ανάληψη ευθύνης του τοξικομανή για τη θεραπεία του, αλλά και την ενεργητική του συμμετοχή.

Στο πλαίσιο των προγραμμάτων D.F., ένα σύστημα που είχε μεγάλη απήχηση στην Αμερική, Ιταλία και σε άλλες χώρες ήταν η οικογενειακή θεραπεία.³⁹ Η παρέμβασή στην οικογένεια του χρήστη θεωρείται από τα πλέον βασικά εργαλεία στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης. Η θεραπευτική/αυτή επικεντρώνεται σε τρόπους παρέμβασης στα προβλήματα της οικογένειας του χρήστη με μια μεθοδολογία, που να αφορά άμεσα το μέλος - χρήστη. Συνήθως οι τύποι σχέσεων στις οικογένειες των χρηστών περιγράφονται ως "πολύ μπερδεμένες", "εξαρτητικές" και "περιοριστικές" ή ως "χαλαρές" και "ανεύθυνες". Οι μητέρες τείνουν να είναι μπερδεμένες σε συμβιωτικού τύπου σχέσεις με το γιο - χρήστη. Οι σχέσεις μεταξύ των συζύγων περιγράφονται ως αλληλοεξαρτητικές, ενώ τα αδέρφια μπορεί να προμηθεύουν ουσίες το ένα στο άλλο και οι σχέσεις ανάμεσα στη μητέρα και την όρη - χρήστη να είναι εχθρικές μέχρι και ανταγωνιστικές.

Προφανώς, στις οικογένειες των χρηστών, η δυσaréσκεια δεν εκφράζεται ευθέως μεταξύ των μελών, αλλά καλύπτεται και πολλές φορές καταλήγει σε εκρηκτικούς καυγάδες. Βασικοί στόχοι της θεραπείας της οικογένειας είναι ^α να πειστεί όλη η οικογένεια να συνεργαστεί με σκοπό να διακόψει το μέλος - χρήστη τις ουσίες και ^β να ενεργοποιηθούν όλα τα μέλη της ώστε να υποστηρίξουν σταθερά και ξεκάθαρα την απόφαση του χρήστη να ακολουθήσει το εν λόγω θεραπευτικό πρόγραμμα.⁴⁰

Τα στεγνά προγράμματα είναι σχεδόν πάντα ιεραρχημένα (τουλάχιστον σε κάποιες φάσεις τους) και στηρίζονται στον "παροδειγματισμό τη διάθεση για αυτογνωσία και βελτίωση και στην εκβάθυνση στις ανθρώπινες σχέσεις,"⁴¹ που αναπτύσσονται στα όρια της κοινότητας θεραπείας κατ' αρχήν.

³⁸ Μαρινοπούλου Μ.(1993): Η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του εξαρτημένου ατόμου από τοξικές ουσίες. 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, σ.143

³⁹ Arnao Giancarlo (1995): Το δίλημμα ηρώνη, σ.85-86

⁴⁰ Λιάππας Ιωάννης (1995): "Θεραπευτικές προσεγγίσεις στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης". π.Το τρίγωνο της συνάντησης. Ουσία-Περιβάλλον-Προσωπικότητα. Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, σ.129

⁴¹ Ζαφειρίδης Φοίβος (1987): Θεραπευτικές Κοινότητες. Το ιεραρχημένο μοντέλο. Εισήγηση στο 1ο Συμπόσιο για Θεραπευτικές Κοινότητες.

"Λειτουργούν με ομάδες αντιπαράθεσης, προσωπική ανάπτυξη με στόχο την αυτογνωσία και το μέγιστο των μελών," προσπαθώντας την "ανάπλαση" του χαρακτήρα του ίδιου του χρήστη μέσα από την απόρριψη του μοντέλου "πρεζάκι".⁴² Βασικό στοιχείο είναι η τακτική επεξεργασία των τριβών που δημιουργούνται στο χώρο εργασίας μέσα από "sensitivity" (ευαισθησία) και "encounter" (συνάντηση). Σ' όλες τις βαθμίδες της ψυχολογικής εργασίας που πραγματοποιείται, συμμετέχουν όλα τα μέρη, είτε είναι προσωπικό, είτε "πελάτες". Κατ' αυτόν τον τρόπο, ο τοξικομανής περνάει από έναν κόσμο γενικευμένης ανευθυνότητας και ανευθυνοποίησης, σε έναν κόσμο αυξημένης ευθύνης. Άλλωστε, ο βασικός στόχος είναι να οικοδομηθεί μία νέα προσωπικότητα για το μέλος, η οποία να έρχεται σε πλήρη αντίθεση με την παλαιότερη, δηλαδή μια προσωπικότητα ευθύνης, εργασίας, απόρριψης της λογικής της άμεσης απόλαυσης και του καταναλωτισμού, συντροφικότητας και αλληλεγγύης. Αυτός επιτυγχάνεται όταν οι ίδιοι πρώην τοξικομανείς ανεβαίνουν "ιεραρχικά", μεταβάλλονται τελικά σε διοικητικό προσωπικό και υπευθύνους της κοινότητας. Πάντως, στην ουσία των πραγμάτων, "δεν έχουμε να κάνουμε με μία τυπική ιεραρχία που αντιστοιχεί στη συνήθη κοινωνική ιεραρχία, αλλά με ένα σχήμα μάλλον αξιολογικό".⁴³ Σ' αυτό, τόσο η εναλλαγή, όσο και η διαρκής αλλαγή των ρόλων, θεμελιώνει τις βάσεις για ένα κοινωνικό πρότυπο διαφορετικό από το κυρίαρχο, όπου η ιεραρχία είναι πολύ περισσότερο αδιαφανής και εδραιωμένη.

Πρωτό
ΠΑΡΕΚΤΕ
24

Ωστόσο, η ανησυχία των επικριτών της θεραπευτικής αγωγής για άτομα που διαμορφώνονται με τη χρήση του ιεραρχημένου μοντέλου σε υπερπροσαρμοστικά είναι και στοιχείο τριβής των ίδιων των μελών των κοινοτήτων και των λειτουργών του. Πάντως, ο "παράδεισος" που στήνεται στο εσωτερικό της κοινότητας δεν αποκλείει την "κόλαση" που οδήγησε το χρήστη στην τοξικομανία του και εν τέλει αυτός είναι ένας από τους στόχους της λογικής των κοινοτήτων, η ανάπτυξη διάθεσης αντίστασης και η αποφυγή επώδυνων συγκρούσεων με "αυτοπεποίθηση, υπευθυνότητα και ειλικρίνεια".⁴⁴

Όλα τα παραπάνω σημεία είναι που κάνουν τους λειτουργούς και τα μέλη των κοινοτήτων να πιστεύουν ότι "οι θεραπευτικές κοινότητες [χωρίς να είναι η οριστική απάντηση στο πρόβλημα της τοξικομανίας] είναι πρωτίστως μια κοινωνική πρόταση και παρεμπιπτόντως μια πρόταση θεραπευτική για τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών".⁴⁵

⁴² Μαρκοπούλου Μ. (χ.χ.): Πρόταση ζωής. Ομιλία κατά τη διάρκεια διήμερου για τη σύσταση Οργανισμού Κατά Των Ναρκωτικών της Δυτικής Αττικής.

⁴³ Σούγκαρμαν Μ., Ζαφειρίδης Φ. (1990), ό.π., σ.9

⁴⁴ Στο ίδιο, σ.148-150

⁴⁵ Ζαφειρίδης Φοίβος (1987), ό.π., σημ.41 σελ. 22.

2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ-ΜΕΘΑΔΟΝΗ

α. Ιστορική Αναδρομή

Αν και η διένεξη που έχει δημιουργηθεί γύρω από την ιδέα της συντήρησης με ναρκωτικά μπορεί να οδηγήσει στη λανθασμένη υπόθεση ότι είναι ένας καινούργιος τρόπος στο χώρο της θεραπείας, στην πραγματικότητα χρονολογείται από τον προηγούμενο αιώνα. Την εποχή εκείνη, τα άτομα, είτε έκαναν μια δική τους "φυσική συντήρηση", είτε η συντήρηση γινόταν από τους γιατρούς των Η. Η "φυσική συντήρηση" αναφέρεται στην κατάσταση εκείνη κατά την οποία τα άτομα πήγαιναν στα καταστήματα τροφίμων ή σε αποθήκες και αγόραζαν μια ποικιλία φανερών φαρμάκων που περιείχαν μέχρι 50% όπιο ή τα παράγωγά του, εκατοντάδες χιλιάδες ατόμων, κυρίως γυναίκες, υπολογίζονταν ότι εθίζονται σε τέτοιες ουσίες. Παράλληλα, πολλοί γιατροί συντηρούσαν εθισμένα άτομα σε μορφίνη χωρίς να λείπουν και οι περιπτώσεις της μετάθεσης ασθενών από το αλκοόλ στη μορφίνη. Τόσο οικονομικά όσο και κοινωνικά κριτήρια βοήθησαν σ' αυτήν. Έτσι, από την μια πλευρά, η μορφίνη ήταν φθηνότερη (σχεδόν 3 σέντς την ημέρα ενώ για το αλκοόλ χρειάζονταν 10-15 σέντς την ημέρα), ενώ από την άλλη πλευρά ήταν λιγότερο στο κοινωνικό οικοδόμημα καθώς οι εθισμένοι στη μορφίνη ήταν λιγότερο πιθανό να κάνουν χρήση σωματικής βίας ή να είναι καταστροφικοί όπως οι αλκοολικοί.

Η Harrison Act του 1914 σταμάτησε αποτελεσματικά και τα δύο είδη συντήρησης, αλλά επειδή μεγάλα πληθυσμιακά κομμάτια παρέμειναν εθισμένοι (αρχές της δεκαετίας του '20), στις μεγαλύτερες πόλεις άνοιξαν κλινικές όπου χορηγούνταν μορφίνη. Όμως, οι συνοδευόμενες επικρίσεις από την πλευρά των λειτουργών των κλινικών, που παραπονούνταν ότι η αστυνομία τους ενοχλούσε και της αστυνομίας που παραπονούνταν ότι αυτές μοίραζαν ναρκωτικά στα τυφλά, έκλεισαν τις κλινικές μέσα σε 2-3 χρόνια. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι κλινικές αυτές αποτέλεσαν την τελευταία νόμιμη προσέγγιση συντήρησης στην Αμερική μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '60.

Κατά τη διάρκεια του χάσματος στη δεκαετία του '40, ενώ η Αμερική είχε, βασικά, μια νομική και ποινική προσέγγιση στον εθισμό στις ουσίες, η Αγγλία διατηρούσε μια ιατρική και κοινωνική προσέγγιση και χρησιμοποιούσε τη συντήρηση με ηρωίνη για τους σχετικά λίγους εθισμένους της. Έτσι, μ' αυτή την προσέγγιση, τα άτομα που ήταν εθισμένα στα ναρκωτικά είχαν στην ουσία τη δυνατότητα να πηγαίνουν σ' έναν οποιονδήποτε γιατρό και να προμηθευτούν ηρωίνη για το σπίτι τους. Τελικά, αυτή η κατάσταση είχε ένα διπλό αντιφατικό αποτέλεσμα: "ενώ δε συνέβαλλε στη θεραπεία των ιδιαίτερων περιπτώσεων εθισμού, βοήθησε στην παρεμπόδιση της ανάπτυξης της <<μαύρης αγοράς>> της ηρωίνης, οπότε ο αριθμός των εθισμένων παρέμεινε μικρός"⁴⁶

⁴⁶. Hebert D., Kleber M.O. (χ.χ.), ό.π., σ. 16

Στη δεκαετία του '60 λόγω της απότομης αύξησης του αριθμού των εθισμένων καθώς και της κατάχρησης των χορηγήσεων από ένα μικρό αριθμό γιατρών, η προσέγγιση άλλαξε. Η συντήρηση με ηρωίνη έπαψε να γίνεται από γιατρούς και περιορίστηκε σε ορισμένες κλινικές ή σε επιλεγμένους γιατρούς.

Πολλοί ερευνητές φαίνεται πως συμφωνούν με την άποψη ότι η ηρωίνη ως ουσία δεν είναι καλή για τη συντήρηση των τοξικομανών. Επιπλέον, δεν είναι πολύ αποτελεσματική όταν λαμβάνεται από το στόμα και απαιτεί συνεχείς ενέσεις με συνοδευόμενους κινδύνους, όπως η μόλυνση. Τέλος, η δράση της θεωρείται σχετικά σύντομη, αφού χρειάζονται από 2 μέχρι 4 δόσεις το 24ώρο.⁴⁷ Ωστόσο, η αλήθεια είναι ότι "οι ηρωινομανείς καταναλώνουν ποσότητες της ουσίας που για άτομα μη εθισμένα θα ήταν θανατηφόρες". Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί μια ομάδα Αμερικάνων στρατιωτικών στο Βιετνάμ που ήταν ενδοφλέβιοι χρήστες καθαρής σχεδόν ηρωίνης. Αυτοί ανέφεραν ότι "ημερήσια χρήση μεγαλύτερη των 2,5gr και δύο από αυτούς έκαναν κατάχρηση περισσότερο, από 5gr την ημέρα, ενώ υπολογίζεται ότι στην Αμερική πολλές φορές η φραστική ουσία ηρωίνης της μαύρης αγοράς δε ξεπερνά τα 30-40mg για ημερήσια χρήση".⁴⁸

Ο λόγος που γίνεται αυτό είναι ότι η ανοχή χάνεται πολύ γρήγορα, 1-2 εβδομάδες μετά από τη μείωση ή τη διακοπή της δόσης, με συνέπεια χρήστες εθισμένοι σε μεγάλες δόσεις οπιοειδών, που για ποικίλους λόγους μετά από μια μικρή περίοδο αποχής ξανάρχιζαν τη χρήση χρησιμοποιώντας κατ'ευθείαν δόσεις ανάλογες με τις προηγούμενες, να οδηγούνται συνήθως σε τοξικές καταστάσεις με όχι σπάνια θανατηφόρο κατάληξη.

Επίσης, στις περιπτώσεις που παράγεται ένας υψηλός βαθμός ευφορίας από τη μεγάλη ποσότητα χρήσης ηρωίνης, είναι δυσκολότερο να κινητοποιηθούν άτομα, αλλά πολύ περισσότερο να συμμετάσχουν στην επαγγελματική τους αποκατάσταση.

"Το 1964 οι Drs Marie Nyswander και Vincent Dale ίδρυσαν το πρώτο πειραματικό Πρόγραμμα Συντήρησης Μεθαδόνης (Π.Σ.Μ.), σε μια προσπάθεια ανακοπής του ραγδαίου ρυθμού αύξησης των ηρωινομανών και ελάττωσης της εγκληματικότητας που απορρέει από τον εθισμό στην ηρωίνη".⁴⁹

"Η μεθαδόνη, ένα συνθετικό ναρκωτικό, είχε παρασκευασθεί κατά τη διάρκεια του 2ου Παγκοσμίου Πολέμου από τους Γερμανούς σαν υποκατάστατο των παραγώγων του οπίου ναρκωτικών και χρησιμοποιούταν σ' αυτή τη χώρα από τα τέλη της δεκαετίας του '40 και σαν γενικό αναλγητικό και για τη θεραπεία της στέρησης από ηρωίνη".⁵⁰

Πρόγραμμα
Συντήρησης
Μεθαδόνης
1964-1965
307

⁴⁷ Στο ίδιο, σ. 17

⁴⁸ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ. 102

⁴⁹ Κόκκορη Χ.Π., Μούγια Αθ. (1983): Προτάσεις για την αποτοξίνωση τοξικομανών στο νέο πλαίσιο οργάνωσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νευρολόγων-Ψυχιάτρων σ.2

⁵⁰ Hebert D., Kleber M.O. (x.x), ό.π., σ. 17

Αρχικά, η ιδέα ότι η πολιτεία θα χορηγούσε μια ναρκωτική ουσία, όχι πλέον για τις κλασσικές θεραπευτικές ή παρηγορητικές ενδείξεις, αλλά για την καταστολή του πάθους του ηρωινομανούς και μάλιστα σε μακροχρόνια βάση, συνάντησε την έντονη αντίδραση συντηρητικών στοιχείων της αμερικανικής κοινωνίας. Εν τούτοις, τα πρώτα αποτελέσματα ήταν εξαιρετικά ενθαρρυντικά, "επί 912 ηρωινομανών που συμμετείχαν στο Π.Σ.Μ. κατά τα πρώτα 4 ½ έτη της λειτουργίας του παρατηρήθηκε μια ελάττωση της εγκληματικότητας κατά 94%." Εκτός αυτού, "σε 723 άνδρες ηρωινομανείς το ποσοστό των παραγωγικά εργαζομένων ή φοιτούντων σε σχολές ανέβηκαν από το 15% στο 65% περίπου, ενώ επιπλέον 20-25% είχε κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά χωρίς προβλήματα με το νόμο. Η τάση για αναζήτηση ηρωίνης ελαττώθηκε σε τέτοιο βαθμό, που μόνο το 15% συνέχιζε να τη χρησιμοποιεί διακεκομμένα. Τέλος, η δυνατότητα να διατηρηθεί ο ηρωινομανής με μια σταθερή δόση μεθαδόνης σε κατάσταση διαρκούς παραγωγικής λειτουργικότητας — — — ήταν εντυπωσιακή. Αντίθετα, πριν από τη συμμετοχή του στο Π.Σ.Μ. ο μέσος ηρωινομανής κατά το μεγαλύτερο μέρος του 24ώρου βρισκόταν είτε στην κατάσταση της ευφορικής αδράνειας που επέρχεται μετά από τη χρήση σχετικά μεγάλης δόσης ηρωίνης, είτε στην κατάσταση των στερητικών φαινομένων".⁵¹ Γιατί και οι δύο αυτές καταστάσεις στις οποίες περιέρχονταν το άτομο (ευφορία-στέρση), μείωναν σοβαρά την ικανότητά του για απόδοση παραγωγικού έργου και συνεπώς της δυνατότητα διατήρησης μιας σταθερής εργασίας.

Ως συνέπεια αυτών των αρχικών θετικών αποτελεσμάτων, η μέθοδος συντήρησης με μεθαδόνη, παρά το γεγονός ότι βρισκόταν σε πειραματικό στάδιο, διαδόθηκε ταχύτατα στις Η.Π.Α. Ως προς αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι, "μόνον για το 1971 διατέθηκαν πάνω από 50 εκατομμύρια δολάρια για την επέκταση των Π.Σ.Μ."⁵² ενώ "μέχρι το 1972 είχαν εγγραφεί στα προγράμματα αυτά περίπου 50000 ηρωινομανείς στην Αμερική και 1543 στην Αγγλία".⁵³ Τα αρχικά προγράμματα ήταν καλά οργανωμένα και βασιζόταν σε αυστηρά καθορισμένες προδιαγραφές που υπαγορεύονταν από τη μεθοδολογία του πειράματος και αποσκοπούσαν στην αντιμετώπιση των πιθανών επικριτών τους. Με το χρόνο όμως, η μορφή, οι στόχοι και η λειτουργία των Π.Σ.Μ. άλλαξε. Η ανάγκη μείωσης του κόστους κατάργησε την αρχική φάση ενδοοικογενειακής περίθαλψης (εκτός από τις περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης) και τα Π.Σ.Μ. βαθμιαία άρχισαν να λειτουργούν σαν εξωτερικά ιατρεία, χωρίς αυτό να μειώσει σημαντικά την αποτελεσματικότητά τους. Όμως και υπό την μορφή αυτή ήταν δαπανηρά (1200 έως 2500 δολάρια το χρόνο για τον κάθε ηρωινομανή το 1972).⁵⁴

Έτσι, αν λάβει κανείς υπόψη του τον τεράστιο αριθμό των ηρωινομανών στις Η.Π.Α. τότε αντιλαμβάνεται ότι το κοινωνικό κόστος ήταν σημαντικό.

⁵¹ Κόκκορη Χ.Π., Μούγια Αθ. (1983), ό.π., σ. 2

⁵² Στο ίδιο σ. 3

⁵³ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ. 240

⁵⁴ Κόκκορη Χ.Π., Μούγια Αθ. (1983), ό.π., σ. 3

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

για

λογίας

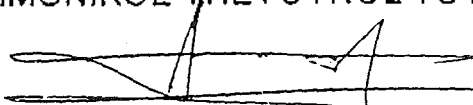
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Ο κύριος ΡΟΥΣΣΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ επεράτωσε επιτυχώς το
διετούς διάρκειας Μεταπτυχιακό Σεμινάριο Εγκληματολογικών
Σπουδών, κατά τα ακαδ. έτη 1996-97 και 1997-98

Η επίδοσή του, μετά από την υποστήριξη ενώπιον τριμελούς
επιτροπής των εργασιών του, ήταν:

«ΑΡΙΣΤΗ».

Ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΟΥ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ



ΚΑΘ. ΙΑΚ. ΦΑΡΣΕΔΑΚΗΣ

ΓΥΝ. ΤΜΗΜΑ Ν. ΣΥΓΓΡΗΣ

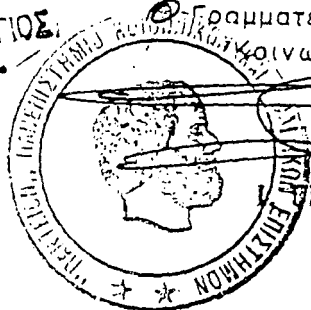
ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ 1996-97
ΤΟΥΣ ΜΗΝΕΣ ΙΟΥΝΙΟΥ ΚΑΙ ΙΟΥΛΙΟΥ 1998

ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ 1996-97

ΑΚΑΔ. ΕΤΟΣ 1996-97
ΑΡΧΙΦΥΛΑΚΑΣ Γ.Σ.

Βεβαιώνεται το γνήσιο
της υπογραφής.
Αθήνα 5.11.07 199.8

Γραμματέας του Τμήματος
Ανθρωπολογίας



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ



Το 1973 πολλά Π.Σ.Μ. εφαρμόζαν λιγότερο αυστηρά κριτήρια επιλογής. Για παράδειγμα, πολλές από τις υπηρεσίες που παρείχαν τα αρχικά προγράμματα καταργήθηκαν, πάντοτε με γνώμονα τη συμπίεση του κόστους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ορισμένα Π.Σ.Μ. να μετατραπούν σε χώρους δωρεάν διαμονής μεθαδόνης. Βλαπτική επίδραση είχαν και οι πολυποίκιλοι κανονισμοί που επιβλήθηκαν από ένα μεγάλο αριθμό φορέων, που ασκούσε αυστηρό έλεγχο στα Π.Σ.Μ., υποχρεώνοντας τους γιατρούς να καταναλίσκουν ένα μεγάλο ποσοστό του διαθέσιμου χρόνου τους στη συμπλήρωση μεγάλου αριθμού εντύπων, ξεχωριστών αναφορών για κάθε φορέα κλπ. Αποτέλεσμα αυτού του γραφειοκρατικού μηχανισμού ήταν η μείωση της επαφής του γιατρού με τον ηρωινομανή και κατ'επέκταση η καταστροφή της σχέσης τους.

Η κατάσταση αυτή είχε δυσμενή επίδραση στα Π.Σ.Μ. ώστε μερικά απ'αυτά άρχισαν να αποδίδουν λιγότερο ικανοποιητικά. Η εγκληματικότητα των ηρωινομανών στα Π.Σ.Μ. δεν ελαττώνονταν (με εξαίρεση τα αδικήματα που σχετιζόνταν με την κατοχή των ναρκωτικών) και εκδηλώθηκε μια τάση ροπής τους προς τον αλκοολισμό. Κατ'αυτόν τον τρόπο, πολλές κλινικές έφθασαν στο σημείο να αδυνατούν να κρατήσουν τους ηρωινομανείς στο πρόγραμμα ούτε για όσο διάστημα απαιτούσε η σταθεροποίηση της δόσης, ώστε ν'αρχίσουν οι προσπάθειες της κοινωνικής τους αποκατάστασης. Γενικότερα, "υπήρξε μια πτώση της ποιότητας των υπηρεσιών των Π.Σ.Μ. κατά τα τέλη της δεκαετίας 1965-1975, εάν ληφθούν ως γνώμονες η επιτυχία στη διακοπή της χρήσεως ηρωίνης καθώς και η βελτίωση της ζωής των ηρωινομανών".⁵⁵

Κι ενώ συνέβαιναν όλα αυτά, το 1975 το υπουργείο Εσωτερικών της Μ.Βρετανίας ανακοίνωσε ότι "οι χρήστες που λάμβαναν οπιούχα μέσω επίσημων συνταγών, στο πλαίσιο θεραπείας υποκατάστασης ήταν συνολικά 929," ενώ άλλοι ερευνητές αναφέρουν για την ίδια περίοδο ότι "ποσοστά 46,3% και 64% των χρηστών οπιοειδών που παρακολουθούσαν προγράμματα σε κλινικές του Λονδίνου και του Μπρίστολ αντίστοιχα, δεν ήταν γνωστοί στο υπουργείο Εσωτερικών".⁵⁶

Μόνο και μόνο απ'αυτό φαίνεται ότι τα επίσημα δεδομένα ήθελαν να "θολώσουν τα νερά" γύρω από την όλη προβληματική σχετικά με την αποτελεσματικότητα των Π.Σ.Μ., αφού στην ουσία υποεκτιμούσαν τα ποσοστά των χρηστών οπιοειδών και παράλληλα παρείχαν ασήμαντες πληροφορίες για το μέγεθος του προβλήματος σχετικά με άλλες μορφές εθισμού.

Ωστόσο, για μερικά χρόνια οι Εγγλέζοι ψυχίατροι πίστευαν -παρά τις σποραδικές αντιρρήσεις- ότι η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη και ηρωίνη αποτελεί τη λύση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης. Με την πάροδο του χρόνου, άρχιζαν να πληθαίνουν οι αρνητικές κριτικές για την αποτελεσματικότητα της συνταγογράφησης μεθαδόνης και αρκετές κλινικές και γιατροί σταμάτησαν τη συνταγογράφηση υποκατάστατων ουσιών.

⁵⁵ Στο ίδιο, ό.π.

⁵⁶ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ.219

9 Προγράμματα φαρμάκων για την αντιμετώπιση της εθιστικής συμπεριφοράς

β. Τρόπος λειτουργίας Προγραμμάτων Συντήρησης Μεθαδόνης (Π.Σ.Μ.)

Η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη δε θεωρεί την πλήρη και μόνιμη αποχή ως πρωταρχικό θεραπευτικό στόχο. Αντίθετα, από την πρώτη στιγμή προσφέρεται η δυνατότητα στο χρήστη να χρησιμοποιεί μια ουσία χρονίως, εάν θεωρεί ότι αυτό το βοηθά να μένει μακριά από μη προσαρμοστικές συνήθειες και συμπεριφορές της προηγούμενης ζωής του.

“Συνήθως το πρόγραμμα θεραπείας με μεθαδόνη χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

1η φάση : Η πρώτη φάση, διάρκειας δύο μηνών ,περιλαμβάνει τη χορήγηση στον εξαρτημένο δόσης 20-40 mg μεθαδόνης το 24ώρο από το στόμα.

2η φάση : Η δεύτερη φάση ,διάρκειας εννέα μηνών ,σταθεροποιεί τη δόση που χορηγείται στο συγκεκριμένο άτομο.

3η φάση : Η τρίτη φάση ,τέλος, περιλαμβάνει τη βαθμιαία μείωση της δόσης στον εξαρτημένο. Κατά κανόνα ,επισκέπτεται την κλινική δύο φορές την εβδομάδα, υποστηρίζεται δε παράλληλα και ψυχοθεραπευτικά”⁵⁷

Κατά την διάρκεια της πρώτης φάσης πραγματοποιείται μια συντονισμένη προσπάθεια για αλλαγή του χρήστη από την ηρωίνη στη μεθαδόνη και η δόση της μεθαδόνης αυξάνεται βαθμιαία από 5-10mg την ημέρα. Έτσι αφού ο χρήστης εξεταστεί προηγουμένως προσεκτικά και αποκλειστούν μείζονες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, χορηγούνται δόσεις 20-40 mg μεθαδόνης την ημέρα, ανάλογα με την περίπτωση.

Η μεθαδόνη δίδεται σε σιρόπι για χρήση από το στόμα ,δεδομένου ότι είναι περισσότερο αποτελεσματική κατ'αυτόν τον τρόπο σε σύγκριση με την ενέσιμη. Η χορήγηση της από το στόμα παράγει ελάχιστη ευφορία, ενώ όταν είναι εναίσιμη ο βαθμός της ευφορίας αυξάνεται κατά πολύ. Στη δεύτερη φάση ,πραγματοποιείται προσπάθεια ώστε να σταθεροποιηθεί η δόση που χορηγείται στο συγκεκριμένο άτομο. Αξίζει να σημειωθεί ότι, ο χρήστης κατά τη διάρκεια του μεγαλύτερου μέρους του προγράμματος παραμένει σ'αυτή τη δόση. Τέλος, μετά τη διέλευση εννέα μηνών (περίπου) συνεχούς χρήσης ,αρχίζει η μείωση της δοσολογίας και τα περισσότερα κέντρα συνιστούν μείωση κατά 3% την εβδομάδα.⁵⁸

Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται σημαντική “ελάττωση της εντάσεως των στερητικών φαινομένων και επιπλέον ,μέσω του φαινομένου της θετικής ενίσχυσης (positive reinforcement), αύξηση της προθυμίας του ηρωινομανούς να επιζητήσει ξανά την αποτοξίνωση”⁵⁹

⁵⁷ .Χαΐδου Ανθοζωή(1995):“Ναρκωτικά:Τρέχουσα νομοθεσία και διεθνείς τάσεις”.π. Το τρίγωνο της συνάντησης Ουσία-Περιβάλλον-Προσωπικότητα. Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. σ. 77

⁵⁸ .Λιάππας Ιωάννης(1992),ό.π. σ. 246

⁵⁹ .Κόκκορη Χ.Π.,Μούγια Αθ.(1983),ό.π. σ.2

Ωστόσο, στην όλη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να προστεθούν βοηθητικές υπηρεσίες όπως η θεραπεία, η επαγγελματική και εκπαιδευτική συμβουλευτική.

Προσπαθώντας να γίνουμε περισσότερο αποκαλυπτικοί αλλά και παράλληλα κατανοητοί για τον τρόπο λειτουργίας των Π.Σ.Μ., παραθέτουμε τον πίνακα 1, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετατρέψει τη δόση της ναρκωτικής ουσίας που χρησιμοποιεί ο χρήστης σε χιλιοστόγραμμα μεθαδόνης. Βέβαια η "η κλίμακα μετατροπής ναρκωτικών σε μεθαδόνη" ισχύει στην περίπτωση που οι υπεύθυνοι των Π.Σ.Μ. είναι σίγουροι τόσο για την ισχύ, όσο και για την ποσότητα της δόσης ναρκωτικών που παίρνει ο χρήστης.

"Κλίμακα Μετατροπής Ναρκωτικών Σε Μεθαδόνη"⁶⁰

1MG μεθαδόνης είναι ίσης ισχύος με :
- 1-2MG Ηρωίνης
- 3-4 MG Μορφίνης
-0,5 MG Dilaudanum (Dilaudid)
-30 MG Κωδεΐνης
-20 MG Μεπεριδίνης
-7-8 MG Καφουρούχου βάμμα οπίου(Pargoric)
-3 ML Λαβδάκου
-0,5 MG Lenorphanol (Leno-Dromopan)
-4 MG Αλκαλοειδών οπιούχων (Pantopon)
-8 MG Anileridine (Leritine)

Βέβαια, στην περίπτωση που ο τοξικομανής παρακολουθεί το Π.Σ.Μ. και συνεχίζει την παράνομη χρήση της ναρκωτικής ουσίας που του δημιούργησε την εξάρτηση, είναι λιγότερο πιθανό αυτό το άτομο να είναι σε τέτοια θέση ώστε να μπορεί να δώσει μια ακριβή εικόνα του ποσοστού που χρησιμοποιεί, μιας και υπό τις καλύτερες προϋποθέσεις καθώς και την έλλειψη οποιασδήποτε επιθυμίας μιας απάτης, το ποσοστό των ναρκωτικών είναι ένα παράνομο "σακούλι" που ποικίλει από ντήλερ σε ντήλερ του "λευκού θανάτου" και από εβδομάδα σε εβδομάδα, για να μην πούμε από ημέρα σε ημέρα.

Υπό αυτές τις συνθήκες, οι υπεύθυνοι των Π.Μ. καλούνται στην πραγματικότητα να μαντέψουν το μέγεθος της αρχικής δόσης. Ωστόσο, η συνήθης ποσότητα (20-42mg) μεθαδόνη με στοματική χρήση αποτελεί μια επαρκή δόση για αρχή. Άλλωστε, η ποσότητα αυτή της μεθαδόνης είναι αρκετά μεγάλη έτσι ώστε να μην είναι πολύ επικίνδυνη, εκτός κι αν το άτομο έχει λίγη ή καθόλου ανοχή (tolerance).

Απαραίτητα προϋπόθεση για να κριθεί το αποτέλεσμα της δόσης αποτελεί η ιατρική παρακολούθηση του ατόμου που ακολουθεί το Π.Σ.Μ. Έτσι, αν τα συμπτώματα στέρησης είναι αρχικά παρόντα, η δόση των 20-40mg μεθαδόνης θα έπρεπε να τα καταστείλει μέσα σε 30-60 λεπτά της ώρας. Αν όχι, τότε μπορούν να δοθούν επιπρόσθετα 5-10mg μεθαδόνης. Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν συμπτώματα στέρησης, το άτομο θα πρέπει να παρακολουθείται για νύστα ή καταστολή της αναπνοής.

⁶⁰ .Hebert D. , Kleber M.O.(x.x),ό.π. σ.10

Κατ'αυτὸν τὸν τρόπο διαμορφώνεται τὸ μέγεθος τῆς δόσης : "ἡ ἀρχικὴ δόση ποτὲ δὲν πρέπει νὰ υπερβαίνει τὰ 30mg καὶ ἡ συνολικὴ 24ώρη δόση δὲ θὰ πρέπει νὰ υπερβαίνει τὰ 40mg. Ὄταν δίνονται 10-20mg ὡς πρώτη δόση , ἓνα παρόμοιο ποσοστὸ μπορεῖ νὰ δοθεῖ ἔπειτα ἀπὸ 12 ὥρες, ἀν ἀβέβαια θεωρεῖται ἀπαραίτητο".⁶¹

Συνήθως, αὐτὸ δὲν εἶναι πρακτικὸ σὲ ἀποτοξίνωση τοῦ εἶδους τῶν ἐξωτερικῶν χρηστῶν , ἀλλὰ δὲν εἶναι ἀσυνήθιστο σὲ περιβάλλον ἐσωτερικῶν χρηστῶν ἢ ποὺ παρέχει διαμονή.

Ὡστόσο , παρατηρεῖται μιὰ διαφωνία γύρω ἀπὸ τὸ πῶς θὰ πρέπει νὰ ἀρχίσει ἡ θεραπευτικὴ ἀγωγή τῆς στέρησης , ὅταν δὲν ὑπάρχει στὴν οὐσία ἐκδήλωση τῶν ἐνδείξεων καὶ συμπτωμάτων τῆς. Συνήθως εἶναι δύσκολο νὰ γνωρίζει κανεὶς με σιγουριά ἀν ἓνα ἄτομο εἶναι ἐπὶ τοῦ παρόντος σωματικὰ ἐθισμένο. Πάντως, "για νὰ ἐμποδιστεῖ ἡ χορήγηση οὐσιῶν σὺς μὴ ἐθισμένους , πολλὰ Π.Σ.Μ. ἐπιμένουν στὴν παρουσία τῶν συμπτωμάτων , εἴτε αὐτὰ ἐκδηλώνονται με φυσιολογικὸ τρόπο, εἴτε προκαλοῦνται".⁶²

Ἡ ἀναγκαία συνολικὴ δόση γιὰ νὰ σταθεροποιηθεῖ τὸ ἐξαρτημένο ἄτομο τις πρώτες 24 ὥρες θὰ πρέπει νὰ ἐπαναληφθεῖ τὴ δεύτερη ἡμέρα, εἴτε με μιὰ δόση γιὰ τοὺς ἐξωτερικοὺς , εἴτε με δύο γιὰ τοὺς ἐσωτερικοὺς τοξικομανεῖς, χωρὶς ν'ἀποκλείονται νὰ γίνουν καὶ αὐξομειώσεις ἀν ἡ δόση εἴτε καταπραΰνει υπερβολικὰ τὸ ἄτομο, εἴτε ἀποτυγχάνει νὰ καταστεῖλει ἐπαρκῶς τὸ σύνδρομο ἀποχής. Ὄταν σταθεροποιηθεῖ τὸ ἄτομο ἡ δόση μπορεῖ σιγά-σιγά νὰ ἀποσυρθεῖ. Ἕνας κοινὸς τρόπος εἶναι ἡ μείωση τῆς δόσης κατὰ 5mg τὴν ἡμέρα μέχρι νὰ κατέβει στὰ 10-15mg καὶ νὰ μειώνεται σιγά-σιγά. Οἱ τυπικοὶ καθημερινοὶ τρόποι μπορεῖ νὰ μοιάζουν κάπως ἐτσι⁶³:

Ἡμέρα	1η	2η	3η	4η	5η	6η	7η	8η
Δόση	30	30	25	20	15	10	5	0
(σε mg)								
μεθαδόνης								

ἢ

Ἡμέρα	1η	2η	3η	4η	5η	6η	7η	8η	9η	10η	11η
Δόση (σε mg)	30	30	25	20	15	12	10	8	5	3	0
μεθαδόνης											

⁶¹ Στο ἴδιο , ὁ.π.

⁶² Στο ἴδιο , ὁ.π. σ.11

⁶³ Στο ἴδιο , ὁ.π.

Γενικά, η στέρηση στους εσωτερικούς τοξικομανείς και σε περιβάλλον διαμονής τελειώνει σε 5-10 ημέρες, ενώ η στέρηση σε εξωτερικούς τοξικομανείς μπορεί να παραταθεί περισσότερο για να ελαχιστοποιηθούν τα οποιαδήποτε συμπτώματα. Ωστόσο, δε μπορεί να δοθεί μεθαδόνη για περισσότερο από 21 ημέρες και παρ'όλα αυτά να θεωρείται μέρος του προγράμματος αποτοξίνωσης. Σύμφωνα με τους κανονισμούς της Διοίκησης Τροφών και Ουσιών (FOOD and) η χρήση της μεθαδόνης για περισσότερο από 21 ημέρες θεωρείται συντήρηση και μια μονάδα θεραπείας ουσιών χρειάζεται την ανάλογη κυβερνητική έγκριση γι'αυτό το πρόγραμμα. Πάντως, ακόμη και με τη βαθμιαία στέρηση μπορεί να μην κατασταλούν τελείως όλα τα συμπτώματα. Μετά το τέλος της στέρησης, ορισμένα συμπτώματα μπορεί να επιμένουν αν και μάλλον σε ήπια μορφή.

Κατά τη διάρκεια των παραπάνω χρονικών περιόδων δεν υπάρχει συναίνεση για τη χρήση άλλων ουσιών. Όμως, η αϋπνία είναι ένα από τα πιο εξουθενωτικά συμπτώματα στέρησης, όχι μόνο γιατί είναι δύσκολο να γίνει ανεκτή και από μόνη της, αλλά γιατί εξασθενίζει την ικανότητα του εθισμένου ν'αντιμετωπίσει τα άλλα προβλήματα στέρησης. Γι'αυτούς τους λόγους, η χρήση ηρεμιστικών (νάρκωση) την ώρα του βραδυνού ύπνου μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση του άγχους του ατόμου καθώς και να ελαχιστοποιήσει τη λαχτάρα του για ουσίες, όπως η μορφίνη.

Από την άλλη πλευρά, τα μη -ναρκωτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά στην ανακούφιση των ιδιαίτερων συμπτωμάτων της αποχής από τα ναρκωτικά. Βέβαια, μπορεί να προσθέτουν στη και κατάθλιψη, αλλά φέρνουν ξεκούραστο ύπνο. Βέβαια, στις περιπτώσεις που η αϋπνία όσο και τα άλλα συμπτώματα στέρησης εμφανίζονται ασυνήθιστα σοβαρά, ιδιαίτερα στους τοξικομανείς μεγαλύτερης ηλικίας, αυξάνεται η δόση της μεθαδόνης, ενώ το χρονοδιάγραμμα στέρησης είναι πιο αργό.

Μέχρι σήμερα, έχουν δοκιμασθεί διάφορες ουσίες σε συνδυασμό με τη μεθαδόνη, για να βοηθήσουν στο σύνδρομο στέρησης. Η ουσία χλωροπρομαζίνη (chloropromazine) ενώ αρχικά θεωρήθηκε αποτελεσματική, τελικά αποδείχθηκε πως έκανε τους εξαρτημένους να παραπονιούνται ότι νιώθουν "να είναι χαμένοι στο διάστημα", πως δεν ανακούφιζε τη σοβαρή τους κατάθλιψη, τις κρίσεις, τη ναυτία και το φόβο τους.⁶⁴

Αντίθετα αποτελέσματα αποδείχθηκε ότι είχε η ουσία Doxerlin. Αυτή αποδείχθηκε υπερβολικά αποτελεσματική και οι εξαρτημένοι ένοιωθαν λιγότερο ανήσυχοι και περισσότερο υπάκουοι στην ομαδική θεραπεία. Επίσης, οι επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι τα βαρβιτουρικά χρησιμοποιήθηκαν πολύ ευρύτατα για την καταπολέμηση της αϋπνίας. Σύμφωνα με έγκυρα στοιχεία, "στη Μ.Βρετανία το 20% όλων των συνταγών που χρησιμοποιήθηκαν το 1967 αφορούσαν βαρβιτουρικά φάρμακα και είχαν χορηγηθεί για την καταπολέμηση της αϋπνίας".⁶⁵

⁶⁴. Στο ίδιο, σ. 12

⁶⁵. Μαρσέλος Μ. (1986): *Ναρκωτικά, Φαρμακολογία και τοξικολογία των Εξαρτησιογόνων ψυχοτρόπων Ουσιών*, σ. 24

Άλλες ουσίες που έχουν κατά καιρούς υποστηριχθεί πως βοηθούν είναι: η ένυδροχλωρόλη⁶⁶, διφαινοδραμίνη και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (όπως η Amitryptiline)⁶⁷. Όλα αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί στη στέρηση και παρόλο που είναι δύσκολες οι αντικειμενικές συγκρίσεις σε σχέση με την πραγματική αποτελεσματικότητα της κάθε μια ξεχωριστά, "οι χρήστες φαίνεται ότι προτιμούν περισσότερο την φλουραζεπάμη (Flurazepam) και ζητούν συνέχιση αυτής της ουσίας περισσότερο από τις άλλες"⁶⁸. Βέβαια, εξαιτίας της αθροιστικής της φύσης, δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται περισσότερο από 3 εβδομάδες.

Τέλος, στα πλαίσια των θεραπευτικών προσεγγίσεων με χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών μια παρόμοια με τη μεθαδόνη θεραπευτική προσέγγιση είναι η χορήγηση του συστατικού L A A M (Λεβο-αλφα-ασετυλμεδαντόλ)⁶⁹. Η ουσία αυτή αποτελεί παράγωγο της μεθαδόνης και έχει εισαχθεί ως νέο θεραπευτικό ναρκωτικό για τον έλεγχο του εθισμού στην ηρωίνη. Ένα από τα πλεονεκτήματα του L A A M σε σχέση με τη μεθαδόνη εντοπίζεται στα αποτελέσματα του που διαρκούν περισσότερο. Υπολογίζεται ότι η δράση τους μπορεί να φθάσει μέχρι και τις 72 ώρες μετά τη λήψη της⁷⁰. Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει αρχικά δόσεις των 20-30mg τρεις φορές την εβδομάδα, αλλά η ποσότητα αυτή είναι δυνατόν να αυξηθεί μέχρι τα 80mg, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.⁷¹

Ένας άλλος τρόπος εξέτασης των διαφόρων προγραμμάτων μεθαδόνης είναι να τα συγκρίνει κανείς έχοντας σα βάση τέσσερα χαρακτηριστικά :

- α) "ανεκτικά " ενάντια στα "αδιάλλακτα"
- β) "υποστηρικτικά "ενάντια στα "μη -υποστηρικτικά "
- γ) "υψηλές δόσεις"ενάντια στις" χαμηλές δόσεις".
- δ) "δυνάμενη να τερματιστεί "ενάντια στην "ατελείωτη"⁷²

"Ανεκτικά είναι εκείνα τα Π.Σ.Μ. που κρατούν τα άτομα παρόλο που συνεχίζουν να κάνουν χρήση παράνομων ουσιών ,που συχνά χάνουν τη φαρμακευτική τους αγωγή ή συνεχίζουν να κλέβουν". Η λογική αυτών των Π.Σ.Μ. στηρίζεται στην ιδέα ότι ανεξάρτητα με το πόσο άσχημα τα καταφέρνει το άτομο, είναι καλύτερα να το κρατήσεις, παρά να το διώξεις από το πρόγραμμα, με την ελπίδα ότι αν κρατηθεί ίσως να αλλάξει στάση.

⁶⁶ Λιάππας Ιωάννης(1992),ό.π. σ.77

⁶⁷ Hebert D. , Kelber M.O.(x.x),ό.π. σ.12

^{67α} Στο ίδιο σ.102

⁶⁸ Στο ίδιο ,ό.π.

⁶⁹ Φαρσεδάκης Ιάκ., Συλίκος Γ.(1995),ό.π. σ.528

⁷⁰ Herbert D , Kilber M.O.(x.x),ό.π. σ.17

^{70α} Λιάππας Ιωάννης (1992),ό.π. σ.241-242

⁷¹ Λιάππας Ιωάννης(1992),ό.π. σ. 246

⁷² Hebert D. , Kleber M.O.(x.x),ό.π. σ.19

Αντίθετα, στα αδιάλυτα προγράμματα αν το άτομο συνεχίζει να κάνει χρήση παράνομων ουσιών, χάνει τη φαρμακευτική του αγωγή αν συμμετέχει σε παράνομες δραστηριότητες ή αν παραβιάζει άλλους κανονισμούς του προγράμματος εκδιώκεται από το πρόγραμμα". Πολλά Π.Σ.Μ. βρίσκονται κάπου ανάμεσα, παρ'όλο που κοιτάζοντας κανείς τα προγράμματα αυτά μπορεί εύκολα να αναγνωρίσει προς πια κατεύθυνση είναι πιο κοντά.

Το επίπεδο υποστήριξης αποτελεί τι δεύτερο χαρακτηριστικό των Π.Σ.Μ.

Από τη μια πλευρά, υπάρχουν τα προγράμματα που χρησιμοποιούν μόνο μεθαδόνη και ελάχιστη συμπληρωματική βοήθεια, ενώ από την άλλη πλευρά αυτά που προσφέρουν ένα πλήρες φάσμα ψυχοκοινωνικών υποστηρικμάτων (ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική, ιατρικές υπηρεσίες, επαγγελματική και εκπαιδευτική αποκατάσταση κλπ.). Πάντως η ουσία είναι ότι "ο βαθμός της υποστήριξης όταν δε βασίζεται σε φιλοσοφικές αρχές, συνήθως σχετίζεται με το μέγεθος του προγράμματος και το ποσό των χρημάτων που διατίθενται για τον κάθε χρήστη". Και σ' αυτήν την περίπτωση, τα περισσότερα Π.Σ.Μ. πέφτουν κάπου στη μέση.

Όσον αφορά το ζήτημα της χαμηλής-υψηλής δόσης, η υψηλή δόση καθορίζεται στα 40mg και χαμηλή δόση συνήθως στα 20mg. "Ως χαμηλή δόση ορίζεται το ποσοστό εκείνο που είναι επαρκές για να σταματήσει η επιθυμία για τις ουσίες". Επομένως θα πρέπει να είναι αρκετή για συντήρηση, ενώ παράλληλα να μειώνει τις διάφορες παρενέργειες όπως την υπνηλία, το άγχος και τις άλλες άγνωστες ακόμη παρενέργειες. Ωστόσο, επειδή στις χαμηλές δόσεις ο "αποκλεισμός" (Blockade) της μεθαδόνης (μια λειτουργία φαρμακολογικής ανοχής) είναι ευκολότερο να υπερिσχύσει της ηρωίνης, ο χρήστης δεν προστατεύεται κατά την επιστροφή του στη χρήση της ηρωίνης. Εκτός αυτού, οι χρήστες αναπτύσσουν ανοχή σε τέτοιου είδους παρενέργειες, όπως η υπνηλία, ενώ τέλος, δεν έχει παρουσιασθεί ακόμα απόδειξη ότι η χαμηλή δόση είναι ασφαλέστερη από την υψηλή δόση. Αντιθέτως, οι περισσότεροι ερευνητές δείχνουν να συμφωνούν με την άποψη ότι "τα άτομα που παρακολουθούν προγράμματα με χαμηλή δόση, η συχνότητα εμφάνισης της παράνομης χρήσης ουσιών είναι υψηλότερη και το ποσοστό παραμονής στο πρόγραμμα μικρότερο." Άλλωστε, αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος για τον οποίο μερικά Π.Σ.Μ. στερεότυπα αυξάνουν τη δοσολογία για άτομα που δεν τα πηγαίνουν καλά κατά τη θεραπεία τους.

Ίσως, το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό είναι αυτό που έχει να κάνει με το διαχωρισμό των Π.Σ.Μ. μεταξύ αυτών προσπαθούν να αποσύρουν τους χρήστες τους μετά την πάροδο ενός χρονικού διαστήματος και αυτών που θέλουν τους χρήστες τους να παραμένουν εκεί για πάντα.

Το ερώτημα που γεννιέται στο σημείο αυτό είναι: Μπορούν οι χρήστες να "ξεκολλήσουν" από την μεθαδόνη και να παραμείνουν εγκρατές ή πρέπει να παραμείνουν εκεί για πάντα;

Οι υποστηρικτές την συντήρησης με μεθαδόνη κατέληξαν να πιστεύουν ότι από τη στιγμή που ένα άτομο έχει εθιστεί σε μια ναρκωτική ουσία κάτι έχει αλλάξει σε φυσιολογικό επίπεδο και ότι έχει δημιουργηθεί μια μεταβολική ανάγκη που θα μπορούσε να διαρκέσει για μακρά χρονικά διαστήματα, αν όχι για πάντα. Έτσι, για

την μεγάλη πλειοψηφία των χρηστών στη μεθαδόνη, δεν είναι λογικό να αποτοξινωθούν.

Πάντως, τα περισσότερα προγράμματα προσπαθούν να αποσύρουν τους πελάτες τους μετά από ένα χρόνο περίπου και οι ομοσπονδιακοί κανονισμοί έχουν διασαφηνίσει ότι θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες απόσυρσης του ατόμου από τη συντήρηση σε χρονικό διάστημα λιγότερο από δύο χρόνια ή διαφορετικά θα πρέπει να αναγραφεί σε μια κλίμακα με την επεξήγηση του γιατί αυτό δεν έγινε εφικτό.

Η απόσυρση φαίνεται ότι είναι περισσότερο πετυχημένη όταν γίνεται σε μια βάση 3-6 μηνών. Η πιο δύσκολη περίοδος είναι όταν η δόση είναι λιγότερη από 25mg την ημέρα, μιας και σ' αυτό το επίπεδο η μεθαδόνη μπορεί να μην κρατήσει ολόκληρο το 24ώρο και μπορεί να εμφανισθούν ορισμένα συμπτώματα στέρησης πριν από την επόμενη δόση. Στην περίπτωση αυτή, η χρήση κλονιδίνης μπορεί να βελτιώσει το ποσοστό επιτυχίας ορισμένων ατόμων".

γ. Αποτελεσματικότητα των Π.Σ.Μ.

Η ευρεία εφαρμογή της μεθαδόνης στην αντιμετώπιση της ηρωινομανίας στο εξωτερικό, επιβάλλει τη συστηματική μελέτη των κυριότερων λόγων που οδήγησαν στη χορήγησή της ως θεραπεία αποκατάστασης.

Οι κυριότεροι λόγοι ήταν οι εξής παρακάτω:

- ① Διακοπή της χρήσης παράνομων ουσιών.
- ② Λόγοι πρόληψης.
- ③ Κοινωνική προσαρμογή και επανένταξη του χρήστη
- ④ Μείωση των παράνομων δραστηριοτήτων των χρηστών.
- ⑤ Ανάπτυξη σχέσης μεταξύ χρηστών και υπηρεσιών υγείας.
- ⑥ Επίδραση στη γενική κατάσταση της υγείας και στη θνησιμότητα των χρηστών.

Η έρευνα των Sell-Simpson (1979)⁷³ έγινε με 1923 άτομα, δείγμα κατά στρώματα/τυχαίο μιας ομάδας 27461 ατόμων, που τοποθετήθηκαν σε διαφορετικά θεραπευτικά προγράμματα ανάμεσα στο 1969 και στο 1972 και ήταν υπό παρακολούθηση επί τρία χρόνια.

Τα άτομα χωρίστηκαν σε πέντε ομάδες:

- 1) Άτομα που παρακολούθησαν το θεραπευτικό πρόγραμμα Συντήρησης Μεθαδόνης (Σ.Μ.)
- 2) άτομα που παρακολούθησαν το θεραπευτικό πρόγραμμα των Θεραπευτικών Κοινοτήτων (Θ.Κ.)
- 3) άτομα που παρακολούθησαν τα θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικού ιατρείου "drug free" (D.F.)
- 4) άτομα που παρακολούθησαν το σύντομο πρόγραμμα αποτοξίνωσης (Α.Τ.): με παραμονή σε κλινικές μέχρι 21 ημέρες ή το θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικού ιατρείου έως 90 ημέρες
- 5) άτομα που δεν παρακολούθησαν κανένα θεραπευτικό πρόγραμμα, αλλά που εγκατέλειψαν την υπηρεσία μετά την πρώτη επαφή "χωρίς θεραπεία" (Χ.Θ.)

⁷³ Arnau Giancarlo (1995), ό.π. σ.92-101

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων έγινε μέσα από ένα σύνθετο σύστημα που στηρίχθηκε στην ποσοστιαία μέτρηση έξι παραμέτρων

α. Παραγωγική δραστηριότητα (χρόνος απασχόλησης σε εργασιακές δραστηριότητες σε σύγκριση με το διαθέσιμο 0 έως τα 2/3, πάνω από τα 2/3)

β. Χρήση οπίου (καμία, μέχρι 4 ημέρες την εβδομάδα, πάνω από 4 ημέρες)

γ. Χρήση παρανόμων ουσιών, εκτός από μαριχουάνα (καμία, μέχρι 4 ημέρες, πάνω από 4 ημέρες)

δ. Χρήση αλκοολούχων (λιγότερο από 8 ουγγιές [περίπου 230γρ.] υπεραλκοολούχων την ημέρα, πάνω από 8 ουγγιές)

ε. παράνομες δραστηριότητες (καμιά σύλληψη, όχι πάνω από μια σύλληψη και 30 μέρες φυλακής, πάνω από μια σύλληψη και πάνω από 30 μέρες φυλακή.)

στ. Προσέγγιση άλλων θεραπευτικών προγραμμάτων (ναι, όχι)

Τα αποτελέσματα από αυτές τις παραμέτρους τοποθετήθηκαν σε τέσσερα επίπεδα: I (ευνοϊκά), II (αρκετά ευνοϊκά), III (αρκετά δυσμενές), IV (δυσμενές).

Ως όρο σύγκρισης για τα στοιχεία που προέκυψαν μ' αυτό τον τρόπο οι ερευνητές πρότειναν δύο συστήματα:

α. Σύγκριση με το γενικό μέσο όρο (το ποσοστό των ατόμων απ' όλη την ομάδα-δείγμα που έφτασε το συγκεκριμένο επίπεδο).

β. Σύγκριση με ένα "δείκτη πρόβλεψης", δηλαδή, το ποσοστό των πιθανοτήτων επιτυχίας του θεραπευτικού προγράμματος με βάση την προσωπικότητα και την κοινωνική κατάσταση των μεμονωμένων ατόμων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας εμφανίζονται στον παρακάτω πίνακα.^{73α}

Επίπεδο		Σ.Μ. (%)	Θ.Κ. (%)	D.F. (%)	A.T. (%)	Χ.Θ. (%)	M.O. (%)
I (ευνοϊκό)	πραγματικό	29,5	36,9	34,4	19,6	21,1	31,1
	προβλέψιμο	26,6	34,4	33,7	34,7	32,9	
II (αρκετά ευνοϊκό)	πραγματικό	23,6	15,9	19,9	15,6	16,1	20,3
	προβλέψιμο	17	19,8	29,8	21,6	23,8	
III (αρκετά δυσμενές)	πραγματικό	30,8	31,1	31,1	39,3	38,4	32,2
	προβλέψιμο	37,6	29,4	27,8	31,4	22,4	
IV (δυσμενές)	πραγματικό	14,1	16,1	14,6	25,5	24,5	16,4
	προβλέψιμο	19	16,5	8,7	12,4	21	

Από τον παραπάνω πίνακα γίνεται εμφανές ότι τα καλύτερα αποτελέσματα διαπιστώνονται στις ομάδες Σ.Μ., Θ.Κ. και D.F. . Ωστόσο, αθροίζοντας τα επίπεδα I και II, η ομάδα Σ.Μ. είναι καλύτερη (πραγματικό 55,1%) και ακολουθείται από τις ομάδες D.F. (πραγματικό 54,3%) και Θ.Κ. (πραγματικό 52,8%). Τέλος, τα αποτελέσματα της ομάδας A.T. είναι συνολικά κατώτερα από εκείνο της ομάδας Χ.Θ. Η τελευταία ομάδα καταγράφει μετά από τρία χρόνια ένα ποσοστό ευνοϊκών αποτελεσμάτων της τάξεως του 21%.

^{73α} Στο ίδιο, σ.102

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε λεπτομερέστερα σ' αυτούς τους λόγους, προσπαθώντας να γίνουμε ακόμα πιο αποκαλυπτικοί γύρω από το ζήτημα της αποτελεσματικότητας της θεραπείας υποκατάστασης με μεθαδόνη.

1. Διακοπή της χρήσης παράνομων ουσιών.

Μια από τις αρχικές υποθέσεις ήταν ότι η χορήγηση μεθαδόνης θα δημιουργούσε μια στενή σχέση μεταξύ χρηστών -γιατρών και πως αργότερα οι δεύτεροι θα διέκοπταν τη συνταγογράφηση της ουσίας.

Ωστόσο, η μεθαδόνη κατέληξε να χρησιμοποιείται ως εύκολος τρόπος στήριξης των τοξικομανών,⁷⁴ αφού "οι περισσότεροι τοξικομανείς που μετείχαν σε προγράμματα μεθαδόνης, χρησιμοποιούσαν ταυτόχρονα και άλλες ουσίες όπως ηρωίνη και βαρβιτουρικά, με αποτέλεσμα να παρατηρηθεί υψηλό ποσοστό θνησιμότητας".⁷⁴

Πάντως, οι απόψεις των διάφορων ερευνητών και συγγραφέων δίστανται αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των Π.Σ.Μ. στη διακοπή της χρήσης παράνομων ουσιών από τους χρήστες, χωρίς να λείπει και η άποψη ότι τα συμπεράσματα είναι τις περισσότερες φορές πλάσματικά και συγκεχυμένα λόγω μεθοδολογικών αλλά και δημογραφικών ατελειών που παρουσιάζουν οι μέχρι τώρα μελέτες. Θετικότερα φαίνεται ότι είναι τα αποτελέσματα στις περιπτώσεις όπου η χορήγηση μεθαδόνης συνδυάζεται με γενικότερα θεραπευτικά προγράμματα αποκατάστασης.

Σύμφωνα με το DARP (Drug Abuse Reporting Program)⁷⁵, μελετώντας 44000 χρήστες από 52 θεραπευτικά προγράμματα στις Η.Π.Α. και στο Πορτορικό, αναφέρει ότι για την περίοδο 1969-72 τα προγράμματα μεθαδόνης και οι θεραπευτικές κοινότητες απέφεραν τα σημαντικότερα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Η έρευνα του Burt και των συνεργατών του,⁷⁶ η οποία πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα του NIDA (Burt, Brown & DePont) και είχε ως δείγμα 291 άτομα που ακολούθησαν τα θεραπευτικά προγράμματα των υπηρεσιών Narcotic Treatment Administration (N.T.A.), συνηγορεί υπέρ των προγραμμάτων συντήρησης μεθαδόνης ως προς την αποτελεσματικότητά τους στη μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών.

Τα άτομα της έρευνας επιλέχθηκαν τυχαία ανάμεσα απ' όσα ήρθαν σε επαφή με την N.T.A. της Ουάσιγκτον στην περίοδο 1970-1973 και χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες:

1. Συντήρηση Μεθαδόνης με δοσολογίες από 50-80mg την ημέρα
2. Σύντομο Πρόγραμμα αποτοξίνωσης με ή χωρίς προοδευτική μείωση μεθαδόνης, για μια περίοδο από 2-25 ημέρες

Άτομα που εγκατέλειψαν την υπηρεσία μέσα στις 5 πρώτες ημέρες (χωρίς θεραπεία)

⁷⁴ Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (1986), ό.π. παρ. 208-209, σελ. 89

⁷⁵ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π. σ. 242

⁷⁶ Arnao Giancarlo (1995), ό.π. σ. 97-98

Μια εκ των παραμέτρων εκτίμησης για το αποτέλεσμα του θεραπευτικού προγράμματος ήταν η "χρήση παρανόμων ναρκωτικών". Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι στην ομάδα "Συντήρησης Μεθαδόνης" σημειώθηκε μείωση από το 72% (πριν από το θεραπευτικό πρόγραμμα) στο 4% (τη στιγμή της τελευταίας επαλήθευσης)

Ωστόσο υπήρξαν και άλλοι που επικρίνανε την αποτελεσματικότητα των Π.Σ.Μ. Άγγλοι ερευνητές, παρακολουθώντας 83 χρήστες συνταγογραφημένης μεθαδόνης για 11 χρόνια, αναφέρουν ότι από αυτούς 17 είχαν πεθάνει, 29 έκαναν χρήση οπιοειδών και 37 δεν ήταν γνωστό τι είχαν απογίνει.

Στην Αμερική, επίσης, αρκετοί συγγραφείς επισημαίνουν την αδυναμία των διαφόρων προγραμμάτων μεθαδόνης να πετύχουν διακοπή της χρήσης ουσιών. Σύμφωνα με έρευνα μετά από ανασκόπηση 30 εργασιών πάνω σε ποικίλα προγράμματα χορήγησης μεθαδόνης σε εξωτερικούς χρήστες, αναφέρει ότι από αυτούς 0-62% τέλειωσαν το πρόγραμμα, 0,35% διέκοψαν την ουσία στο τέλος του προγράμματος και 0,38% βρέθηκαν να απέχουν από ουσίες κατά τις διάφορες επανεξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν^{76α}.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα Π.Σ.Μ. από τη μια πλευρά, έχει βρεθεί ότι λειτουργούν αποτελεσματικά στη διακοπή της χρήσης παράνομων ουσιών, ενώ από την άλλη πλευρά, κατηγορούνται ότι υποκαθιστούν την παράνομη εξάρτηση με κάποια νόμιμη.

Ωστόσο το σπουδαιότερο πλεονέκτημα είναι ότι "η χορήγηση μεθαδόνης επιτρέπει μια βαθμιαία απεξάρτηση από την ηρωίνη χωρίς απότομες μεταβολές, με αποτελέσματα το εξαρτημένο άτομο να μην απορρίπτεται από το περιβάλλον του σε συνδυασμό με την απομάκρυνσή του από το καθεστώς εκμετάλλευσης στο οποίο είχε εμπλακεί"⁷⁷

Ετσι, ο τοξικομανής αποφεύγει την κοινωνική εξαθλίωση στην οποία οδηγείται, κάτω από την πίεση να βρίσκει καθημερινά χρήματα για την εξασφάλιση της δόσης του. Όμως, βασικότερα, αποφεύγει τους βιολογικούς κινδύνους που συνεπάγεται η χρήση της νοθευμένης ηρωίνης που συνήθως κυκλοφορεί στη "μαύρη αγορά" και τις δοσοληψίες με τα κυκλώματα των εμπορών.⁷⁸

2. Λογοί πρόληψης

Ένας άλλος βασικός λόγος για την συνταγογράφηση μεθαδόνης υπήρξε η υπόθεση ότι αυτή θα περιόριζε τη "μαύρη αγορά" της ηρωίνης και κατ'επέκταση θα την έκανε λιγότερο ελκυστική στους χρήστες εξαιτίας την νοθείας της. Κατ'αυτό την τρόπο, κάθε χρήστης που θα λάμβανε μεθαδόνη, θα ήταν ένα άτομο λιγότερο στη διάδοση των ναρκωτικών.

^{76α} Στο ίδιο σ. 102

⁷⁷ Χάϊδου Ανθοζωή (1995), ό.π. σ. 77

⁷⁸ Θέου Κούλα (1996): "Η Μεθαδόνη στοίχημα ζωής", π. D&A SPIRIT (τεύχ. 27ο) σ. 38

Τα περισσότερα Π.Σ.Μ. επιτρέπουν στα μέλη τους να παίρνουν μαζί τους για το Σαββατοκύριακο μπουκάλια μεθαδόνης, εφόσον παρακολουθούν το πρόγραμμα για τρεις μήνες. Αυτά τα προνόμια βαθμιαία αυξάνονται έξι ώστε μετά από τρία χρόνια οι εξαρτημένοι να χρειάζεται να πηγαίνουν δύο φορές την εβδομάδα μόνο. Ωστόσο, ένα μόνιμο πρόβλημα είναι η ανταλλαγή της μεθαδόνης που παίρνουν στο σπίτι στην παράνομη αγορά.⁷⁹ Αυτή η αγορά υπάρχει στις περισσότερες πόλεις όπου υπάρχουν προγράμματα μεθαδόνης μεγάλης κλίμακας και αυτό είχε αναγκάσει ορισμένα προγράμματα να απαγορεύουν στα άτομα που ακολουθούν να παίρνουν τη μεθαδόνη για το σπίτι. Αυτή η "λύση" παρ'όλο που μειώνει την ανταλλαγή, παρεμβαίνει, επίσης, στη δυνατότητα του εξαρτημένου να κάνει μια πιο κανονική ζωή.

Κατα καιρούς έχει εφαρμοστεί ένα σύστημα, σύμφωνα με το οποίο οι εξαρτημένοι που έχουν ήδη το προνόμιο να παίρνουν στα σπίτια του τη μεθαδόνη, καλούνται σε μη τακτά διαστήματα και τους ζητείται να φέρνουν τα χρησιμοποιήσιμα μπουκάλια τους. Στην περίπτωση που δεν κάνουν κάτι τέτοιο, σύμφωνα με τις αρχές του συστήματος, χάνουν τα προνόμια τους να παίρνουν μεθαδόνη.⁸⁰

Γενικά, η αυστηρότητα με την οποία παρακολουθείται η διαδικασία σχετίζεται με το ποσοστό της ανταλλαγής που γίνεται. Η εμφάνιση της ουσίας L - ακετυλομεθαδόλης (LAAM)⁸¹ με την 72ωρή δράση μπορεί να λύσει το πρόβλημα με το να ελαττώσει την ανάγκη αυτής της φαρμακευτικής αγωγής για το σπίτι του εξαρτημένου.

Όμως, επειδή η χρήση της ουσίας αυτής βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο και δεν έχει δοθεί ακόμη για γενική χρήση, το πρόβλημα της ανταλλαγής μεθαδόνης στη "μαύρη αγορά" παραμένει ανοικτό.

3. Κοινωνική προσαρμογή και επανένταξη του χρήστη.

- Ήδη, πριν από πολλά χρόνια, είχε υποστηριχθεί η άποψη ότι η χορήγηση υποκατάστατων οπιοειδών ουσιών, θα οδηγούσε στη μείωση της παράνομης δραστηριότητας των χρηστών καθώς και στην καλύτερη κοινωνική προσαρμογή τους.

Αρχικά, οι εκτιμήσεις υπήρξαν αρκετά ενθαρρυντικές. Τα στοιχεία που παρατίθενται μιλούν για τη Μ.Βρετανία το 1972 "Οι εργαζόμενοι χρήστες στα διάφορα προγράμματα μεθαδόνης από 22% αυξήθηκαν σε 40% και μετά από δύο χρόνια ποσοστό 40% εξακολουθούσε να λειτουργεί καλύτερα σε οικογενειακό και εργασιακό πλαίσιο".

⁷⁹ Hebert D. , Kleber M.O. (x.x), ό.π. σ. 20 κ. επ..

⁸⁰ Στο ίδιο σ. 21

⁸¹ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π. σ.246

Παρόλα αυτά, οι παραπάνω εκτιμήσεις αμφισβητήθηκαν από πλήθος συγγραφέων, οι οποίοι πρόβαλλαν ως επιχείρημα την ύπαρξη μεθοδολογικών προβλημάτων σ' αυτές. Υποστήριξαν ότι, "πολλοί χρήστες σε κλινικές μεθαδόνης του Λονδίνου είχαν μεγάλα προβλήματα κοινωνικής επανένταξης και πως ένα ποσοστό 50% από αυτούς εξακολουθούσαν να είναι άνεργοι." Επίσης, ότι, ένα χρόνο μετά την χορήγηση μεθαδόνης και παράλληλης οικονομικής ενίσχυσης, το μεγαλύτερο ποσοστό από τους χρήστες που μελετήθηκαν εξακολουθούσε ν' απασχολεί την αστυνομία και ότι δεν είχε καμιά σημαντική πρόοδο στην οικογενειακό καθώς και επαγγελματικό τομέα.⁸²

Γι' αυτούς, η ένταξη του εξαρτημένου σ' ένα Π.Σ.Μ. θεωρείται προϊόν της πίεσης συγγενών, φίλων ή της αστυνομίας, παρά απόφαση ατομική του χρήστη. Ακόμη και το γεγονός ότι αλλάζει τη συμπεριφορά του ο χρήστης από τη στιγμή που ακολουθεί κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, γι' αυτούς δεν αποτελεί πάντοτε αποτέλεσμα κάποιας θεραπείας. Τέλος, για τους επικριτές των Π.Σ.Μ., η εργασιακή αποκατάσταση βασίζεται συνήθως στις αυτοαναφορές των χρηστών και πως τα περισσότερα προγράμματα θέλουν πως χρήστες εργαζόμενους ή έστω να είναι πρόθυμοι για την ανάληψη εργασίας. Με άλλα λόγια, εικάζουν ότι πρέπει να είναι μεγάλος ο αριθμός εκείνων των χρηστών που ισχυρίζονται κάτι τέτοιο, ώστε και να παραμένουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα, αλλά και να λαμβάνουν συνταγές για τη χρήση μεθαδόνης.

4. Μείωση παράνομων δραστηριοτήτων των χρηστών.

Το μεγάλο ποσοστό της εγκληματικότητας που σχετίζεται με τη χρήση οπιοειδών, υπήρξε από τους κυριότερους λόγους για την ανάπτυξη προγραμμάτων υποκατάστασης, που στόχευαν στη μείωση των παράνομων δραστηριοτήτων των χρηστών. Καθώς, λοιπόν, η χρήση ουσιών αυτή καθ'αυτή αποτελεί αδίκημα και πολλά αδικήματα είναι σαφώς συνδεδεμένα με την προσπάθεια απόκτησης της ουσίας, η παροχή νόμιμων οπιοειδών, έκρυβε την ελπίδα ότι η εγκληματικότητα στον τομέα αυτό θα μειωνόταν.

Οι υποστηρικτές της μεθαδόνης αναφέρουν ελάττωση της παράνομης δραστηριότητας των χρηστών και ιδιαίτερα μείωση του αριθμού των συλλήψεων.⁸³ Ίδια εμφανίζεται να είναι και η επίσημη γνώμη της Ολλανδικής Αστυνομίας. Ο υποδιοικητής της Αστυνομίας του Αμστερνταμ, L.C. ZAAL, αναφερόμενος σε επιστημονικές έρευνες που αφορούσαν την οικονομική κατάσταση των τοξικομανών στο Αμστερνταμ, αναφέρει ότι: "μόνον το 22% του εισοδήματός τους προέρχεται από εγκληματικές δραστηριότητες και όχι 80-90% που πάντοτε πιστεύαμε". Σύμφωνα πάντα με την ίδια πηγή, "οι κύριες πηγές εισοδήματος των χρηστών προέρχονται από την κοινωνική ευημερία (28%) και την πορνεία (22%)".⁸⁴

⁸² Στο ίδιο σ. 243

⁸³ Στο ίδιο σ. 244

⁸⁴ Zaai L.C. (x.x): "Η γνώμη της Ολλανδικής Αστυνομίας" στα πρακτικά της L.I.A. Διεθνής Αντιαπαγορευτική Ένωση. Ναρκωτικά. Η άλλη πρόταση. σ. 105

Τέλος, υπήρξαν και υποστηρικτές της μεθαδόνης οι οποίοι, εκτός από το ν'αναφέρουν ελάττωση της παράνομης δραστηριότητας των χρηστών, υπογράμμισαν την ύπαρξη μιας ιδιαίτερης μείωσης του αριθμού των συλήψεων.⁸⁵

Στην αντίπερα όχθη, οι επικριτές των Π.Σ.Μ. υποστηρίζουν αύξηση της εγκληματικότητας στους χρήστες που ακολουθούσαν θεραπευτικού τύπου βοήθεια η οποία στηριζόταν αποκλειστικά και μόνον στην χορήγηση μεθαδόνης, ενώ παράλληλα επισημαίνουν ότι πολλοί από τους χρήστες είχαν εμπλακεί στο παρελθόν με το νόμο σχετικά με ναρκωτικά, πολύ πριν ξεκινήσουν τη χρήση ουσιών.⁸⁶

Βέβαια, αξίζει να ειπωθεί ότι, το κυριότερο ερευνητικό μέτρο της εγκληματικότητας των εξαρτημένων που ακολουθούν Π.Σ.Μ. είναι συχνά οι καταδίκες και οι φυλακίσεις που είχαν στο παρελθόν. Κατ'αυτόν τον τρόπο, η κοινή γνώμη αποπροσανατολίζεται από την πραγματικότητα που θέλει το βασικό ρόλο στην προκείμενη περίπτωση να παίζει η διαθεσιμότητα ή μη αυτών των θεραπευτικών κέντρων σε κάθε περιοχή. Αλλιώς, τότε και η αστυνομία είναι ελαστικότερη με τους χρήστες που έχουν το δικαίωμα της νόμιμης χρήσης οπιοειδών.

5. Ανάπτυξη σχέσης μεταξύ χρηστών και υπηρεσιών υγείας

Ο τρόπος λειτουργίας των Π.Σ.Μ. ήταν αναμενόμενο να αυξήσει την προσέλευση των χρηστών στις διάφορες κλινικές. Έτσι, είτε πρόκειται για εσωτερικούς, είτε για εξωτερικούς πελάτες, οι κλινικές διαμόρφωσαν μια καλύτερη σχέση ανάμεσα στο χρήστη και στο θεραπευτή.

Η έρευνα του Brown (1973)⁸⁷, οποία πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα της αμερικάνικης Επιτροπής, παρουσιάζει για τους συμμετέχοντες στο θεραπευτικό πρόγραμμα με συντήρηση μεθαδόνης "δείκτη συγκράτησης" (δηλαδή την ικανότητα να διατηρήσουν στ'ενα θεραπευτικό πρόγραμμα τα περιθαλπόμενα άτομα) της τάξης του 65%.

Πιο εμπεριστατωμένη και ευρεία είναι η έρευνα του Gearing και των συνεργατών του.⁸⁸ Αυτή εξετάζει 64370 άτομα που έγιναν δεκτά στα προγράμματα Σ.Μ. στην περιοχή της Νέας Υόρκης την περίοδο 1964-1974. Τα αποτελέσματα της ήταν τα εξής: Το 61% παρακολουθούσε ακόμη το θεραπευτικό πρόγραμμα, στο τέλος του 1974. Πιο συγκεκριμένα, από το παραπάνω δείγμα 1345 άτομα που συμμετείχαν στ'ενα πρόγραμμα ανάμεσα στο 1962 και στο 1968 στο τέλος του 1974 είχε μείνει το 62%, το 48% του οποίου το παρακολουθούσε ανελλιπώς.

⁸⁵ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ. 244

⁸⁶ Στο ίδιο, ό.π.

⁸⁷ Arnao Giancarlo (1995), ό.π. σ.125

⁸⁸ Στο ίδιο, σ.125

Η έρευνα του Bale και των συνεργατών του (1977)⁸⁹ είχε σκοπό την εκτίμηση της λειτουργικότητας των θεραπευτικών Κοινοτήτων (Θ.Κ.) ,σε σύγκριση μ'εκείνη της συντήρησης με μεθαδόνη (Σ.Μ.) στο περιβάλλον των υπηρεσιών περίθαλψης της Veteran Administration.⁹⁰Το δείγμα αποτελείτο από 585 άτομα που επιλέχθηκαν ανάμεσα στα 710 που παρουσιάστηκαν σ'ένα ιατρικό πρόγραμμα αποτοξίνωσης σε περίοδο 18 μηνών.Η πιο σημαντική προϋπόθεση για να γίνουν δεκτοί στην έρευνα ήταν η καθημερινή χρήση οπιούχων .Τα άτομα που δέχτηκαν να συμμετάσχουν σ'ένα θεραπευτικό πρόγραμμα τοποθετήθηκαν τυχαία σε τέσσερις ομάδες:

-τρεις ομάδες τοποθετήθηκαν σε τρεις διαφορετικές Θ.Κ. με ποικίλη διάρκεια θεραπευτικού προγράμματος,αλλά όχι κάτω από έξι μήνες

-σε μια ομάδα ακολουθήθηκε πρόγραμμα Σ.Μ. (δοσολογία μέχρι 80mg την ημέρα,με τη δυνατότητα να χρησιμοποιείται και εκτός υπηρεσίας).

Στους τοξικοεξαρτημένους που δεν έδειχναν κανένα ενδιαφέρον για τα θεραπευτικά προγράμματα(Θ.Κ. ή Σ.Μ.),προτάθηκε ένα σύντομο πρόγραμμα αποτοξίνωσης (Α.Τ.) με μέγιστη διάρκεια 5 ημέρες.Ωστόσο ,αυτή η ομάδα δε μπορεί να θεωρηθεί τυχαία ,επειδή η τοποθέτηση επηρεάστηκε από την επιλογή των ατόμων

Μετά την τοποθέτηση ,το πέρασμα των ατόμων σε άλλες ομάδες έγινε όπως εμφανίζει ο παρακάτω πίνακας.

Πίνακας.^{90α} - Αποτελέσματα των τοποθετήσεων στα διάφορα προγράμματα.

Πρόγραμμα	Αριθμός Τοποθετηθέντων	Άτομα που πέρασαν σε άλλα προγράμματα (αριθμός και % των τοποθετηθέντων)			
		Χ.Θ.	Α.Θ.	Θ.Κ.	Σ.Μ.
Θ.Κ.	363	143(39,4%)	58(16%)	129(35,5%)	33(9%)
Σ.Μ.	94	26(27,7%)	19(20,2%)	20(21,3%)	29(30,9%)
Α.Τ.	128	76(59,4%)	36(28,1%)	11(8,6%)	5(3,9%)
ΣΥΝΟΛΟ	585	245(41,9%)	111(19,3%)	160(27,3%)	67(11,5%)

⁸⁹ Στο ίδιο , σ.92-97.

⁹⁰ Η Veteran Administration είναι ιατρικό ίδρυμα των Η.Π.Α. που ασχολείται με τους πρώην στρατιωτικούς. Βλ. στο ίδιο σ. 92

^{90α} Στο ίδιο σ.94

Στον παραπάνω πίνακα ,εκτός από τις ομάδες Θ.Κ. και Σ.Μ. ,βλέπουμε μία ομάδα Χ.Θ. (δηλαδή όσους εγκατέλειψαν κάθε είδος θεραπευτικού προγράμματος) και μια ομάδα Α.Θ. (άλλες θεραπείες, είτε εξωτερικού ιατρείου είτε όχι, αλλά έξω από τις υπηρεσίες που προσέφερε η Veteran Administration). Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται μόνο οι ποσοστιαίες τιμές στο γενικό σύνολο (δηλαδή στα 585 άτομα).

Πίνακας ^{90β} - Αποτελέσματα των τοποθετήσεων σε απόλυτα ποσοστά

Πρόγραμμα	Τοποθετηθέντα άτομα (%)	Άτομα που πέρασαν σε άλλα Θ.Π. (% στο σύνολο)			
		Χ.Θ.	Α.Θ.	Θ.Κ.	Σ.Μ.
Θ.Κ.	62	24,2	9,9	22	5,6
Σ.Μ.	16	4,4	3,2	3,4	5
Α.Τ.	21,9	13	6,1	1,9	0,9
ΣΥΝΟΛΟ	100	41,9	19,3	27,3	11,5

Αναλύοντας τα στοιχεία που παρέχει ο παραπάνω πίνακας έχουμε ότι ,ενώ ο δείκτης αποδοχής των Θ.Κ. ξεκινούν με το 62% του συνόλου και συγκρατούν το 22%,στο οποίο προστίθεται ένα 5,3% που προέρχεται από τις άλλες ομάδες,δηλαδή συνολικά δέχονται μια μείωση του 56% (από το 62% στο 27,3%),η ομάδα Σ.Μ. δε ξεκινάει με το 16%,συγκρατεί το 5% στο οποίο προστίθεται ένα 6,5% που προέρχεται από άλλες ομάδες,δηλαδή συνολικά δέχεται μια μείωση 28,7% μόνο.Προφανώς το πρόγραμμα Σ.Μ. έχει περισσότερες πιθανότητες έλξης από τις Θ.Κ.

Εκτός από το "δείκτη αποδοχής" των διαφόρων προγραμμάτων ,η έρευνα αξιολογεί και το "δείκτη συγκράτησης" των προγραμμάτων (δηλαδή την ικανότητα να διατηρήσουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα τα περιθαλπόμενα άτομα).Για τις Θ.Κ. διαπιστώθηκε ότι το 50% των συμμετεχόντων εγκαταλείπει το πρόγραμμα μέσα στις πρώτες 50 ημέρες,έναντι του 15% των ατόμων της ομάδας Σ.Μ. Υστερα από ένα χρόνο η ομάδα Σ.Μ. εμφανίζεται να διατηρεί το 74,5% των ατόμων της.Τέλος,τα σχετικά στοιχεία,για την ομάδα Θ.Κ. έχουν ελάχιστη αξία καθώς ορισμένα προγράμματα είχαν διάρκεια μικρότερη του ενός χρόνου.

6. Επίδραση στη γενική κατάσταση της υγείας και στη θνησιμότητα των χρηστών.

Η χορήγηση μεθαδόνης έδωσε την ελπίδα ότι θα μπορούσε να ανταγωνισθεί τη λήψη των νοθευμένων φαρμάκων σαν ελεύθερα στα κυκλώματα της "μαύρης αγοράς".

^{90β} .Στο ίδιο ό.π.

Οι απόψεις και πάλι διχάστηκαν. Έτσι, συγγραφείς οι οποίοι τάχθηκαν υπέρ της χορήγησης μεθαδόνης για το σκοπό αυτό, υποστήριξαν ότι, εκτός όλων των άλλων θετικών στοιχείων, παρατήρησαν μείωση των θανάτων από χρήστες οπιοειδών μετά την ίδρυση των κλινικών μεθαδόνης στο Λονδίνο, καθώς και ελάττωση των διαφόρων επιπλοκών που προέρχονταν από την χρήση μη αποστειρωμένων συριγγιών.

(Όσον αφορά αυτούς που τάχθηκαν ενάντια στη χορήγηση μεθαδόνης, υποστήριξαν ότι οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται στη χρήση της. Οι αναφορές τους μιλούν για την Ουάσιγκτον το 1972 και για τη Ν.Υόρκη το 1976: "Στην Ουάσιγκτον το 1972, 51 θάνατοι οφείλονταν σε υπερβολική δόση μεθαδόνης, ενώ το 57% από το δείγμα των χρηστών που μελετήθηκε ανέφερε ότι είχε χρησιμοποιήσει μεθαδόνη πολύ πριν έλθει σε επαφή με οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα και πως το 21% από τους εξεταζόμενους χρήστες του δείγματος, η ουσία αυτή υπήρξε η πρώτη τους επαφή με τις ουσίες." Τέλος, σύμφωνα με τη δεύτερη αναφορά, "στη Ν.Υόρκη το 1976 οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονταν στη μεθαδόνη παρ'ότι στην ηρωίνη και πως πολλοί χρήστες είχαν ξεκινήσει ένα συνδυασμό χρήση μεταξύ κοκαΐνης και μεθαδόνης".⁹¹

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η χορήγηση μεθαδόνης αύξησε την προσέλευση των χρηστών στις διάφορες κλινικές. Μέσω αυτής της σχέσης, οι κλινικές απέκτησαν σημαντικά στοιχεία για ερευνητική χρήση. Αυτό, βέβαια, συνέβει αρχικά γιατί η μεθαδόνη είναι πολύ δημοφιλής στον κόσμο των χρηστών, ενώ, με ελάχιστες εξαιρέσεις, η διακοπή της συνταγογράφησης δημιουργεί έντονες αντιθέσεις, ελαττώνοντας σταδιακά την αρχικά μεγάλη προσέλευση των χρηστών και οδήγησε σε άμεση διακοπή της θεραπευτικής σχέσης.⁹²

Πάντως, υπάρχει ένα μεγάλο ερώτημα αναφορικά με την αντικειμενικότητα των δεδομένων αλλά και των συνθηκών κάτω από τις οποίες εξάγονται. Πολλοί συγγραφείς ασπάζονται την άποψη ότι, τις περισσότερες φορές δεν αντιπροσωπεύουν παρά είναι μικρό κομμάτι της υπάρχουσας κοινωνικής πραγματικότητας. Τέλος, υπάρχουν κι αυτοί που υποστηρίζουν ότι "οι παράγοντες που υπεισέρχονται και διαμορφώνουν τη σχέση μεταξύ των θεραπειών, των χρηστών και της οικογένειας τους είναι αρκετά πολύπλοκοι και ασαφείς".⁹³

δ. Αξιολογήσεις των Π.Σ.Μ.

Έχοντας επίγνωση του γεγονότος ότι οι απόψεις όσον αφορά τη θεραπευτική αγωγή με χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών και ειδικότερα με μεθαδόνη διύστανται, η απάντηση στο ερώτημα της χορήγησης ή μη μεθαδόνης δε φαίνεται να είναι τόσο απλή.

Γενικά
για την
σύνταξη

⁹¹ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π. σ.245

⁹² Στο ίδιο σ.244

⁹³ Στο ίδιο σ.245

Παράγοντες όπως η ύπαρξη ή μη άλλων εναλλακτικών λύσεων, η μόδα της στιγμής, η νομοθεσία του κράτους, οι τρέχουσες κοινωνικές πιέσεις και η δραστηριότητα της παράνομης αγοράς, θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη πριν από οποιασδήποτε αξιολογήσεις των εκάστοτε Π.Σ.Μ.

Η συντήρηση με μεθαδόνη είναι πιθανόν το καλύτερο μελετημένο πρόγραμμα θεραπείας για εξάρτηση από ουσίες. Έχουν συγκεντρωθεί αρκετά στατιστικά αποτελέσματα, αν και δυστυχώς δεν είναι πάντα σωστά. Όμως, αυτό που έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα είναι ότι "άτομα που συντηρούνται με μεθαδόνη ελαττώνουν σημαντικά την παράνομη χρήση ουσιών, παρ'όλο που είναι στη μεθαδόνη είναι πολύ χαμηλότερο απ'ότι το ποσοστό συλλήψεων πριν την ένταξή τους στο πρόγραμμα και η απασχόληση και οι σχολικές επιδόσεις αυτών των χρηστών, επίσης βελτιώθηκαν σημαντικά σε σχέση με την πριν την ένταξή του επίδοση".⁹⁴

Συντηρη-
για
τα φάρμα-
κα
Παρέμβ.

Τα τελευταία χρόνια, εξαιτίας της απειλής της εξάπλωσης του ιού του AIDS, η αξιολόγηση της όλης κατάστασης έχει τροποποιηθεί και πολλοί ερευνητές δε φαίνεται να δίνουν πλέον προτεραιότητα στην επίτευξη αποχής από οπιοειδής ουσίες, αλλά στην παρεμπόδιση της μετάδοσης του ιού μέσω χρηστών που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουδιών. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον τομέα αυτό έχουμε ότι: "Κατά την περίοδο 1983-84 οι ενδοφλέβιοι χρήστες αποτελούν στην Αμερική τη δεύτερη μεγάλη ομάδα ατόμων μολυσμένων με τον ιό του AIDS", ενώ "Μέχρι το 1985 στις Η.Π.Α απ'όλες τις γνωστές περιπτώσεις AIDS, το 26% ήταν άνδρες, παρεντερικοί χρήστες από τους οποίους το 17% ήταν ετεροφυλόφιλοι, ενώ το 1988 από τις περιπτώσεις AIDS που καταγράφηκαν στις Η.Π.Α. το ποσοστό των ατόμων που έκαναν ενδοφλέβια χρήση ουσιών ανήλθε στο 33%".

Επίσης, ότι "στη Ν.Υόρκη το 58% των ενδοφλέβιων χρηστών ήταν φορείς του ιού του AIDS, ενώ τα ποσοστά των φορέων στο Σαν Φρανσίσκο, το Σικάγο, τη Ζυρίχη και το Λονδίνο ήταν αντίστοιχα 10%, 10%, 36% και 1,5%".

Νεότερες έρευνες αναφέρουν ότι μετά την επίγνωση του κινδύνου του AIDS, η επίπτωση των νέων περιστατικών της νόσου στους ομοφυλόφιλους της Ν.Υόρκης έγινε μικρότερη από ό,τι στους χρήστες. Έτσι "σε πολλά μέρη των Η.Π.Α. οι χρήστες αποτελούν το 50% των περιπτώσεων AIDS".

Στη γειτονική Ιταλία τα αποτελέσματα των ερευνών είναι, επίσης, ανυψωτικά: "από τις 3494 διαγνωσμένες περιπτώσεις AIDS μέχρι το Μάρτιο του 1989, το 68,2% ήταν ετεροφυλόφιλοι παρεντερικοί χρήστες, ενώ το 50% των ενδοφλέβιων χρηστών στο Εδιμβούργο βρέθηκε ότι ήταν φορείς της νόσου".⁹⁵

Στην Ισπανία, 70% του συνόλου των περιπτώσεων AIDS είχαν σχέση με ενδοφλέβια λήψη ναρκωτικών (5670 μέχρι το Μάρτιο του 1991) και 40% των εισαγωγών για θεραπεία και 75% των συνδεόμενων με ναρκωτικά θανάτους ήταν HIV+, γεγονός που καταδειχνει πόσο σημαντικό είναι το πρόβλημα στη χώρα αυτή.⁹⁶

⁹⁴ Herbert D., Kleber M.O. (x.x), ό.π. σ. 19

⁹⁵ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π. σ.120-121

⁹⁶ Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1992) : Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο για τη Δεύτερη Έκθεση σχετικά με τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών σ.22

Ένα ποσοστό της τάξεως του "70% των περιπτώσεων AIDS στη Σκοτία οφείλεται στις ενδοφλέβιες λήψεις ναρκωτικών"⁹⁷, ενώ "το 44% των γνωστών περιπτώσεων AIDS στην Ιρλανδία σχετίζεται με ναρκωτικά", κυρίως λόγω του υψηλού αριθμού των ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών. Ωστόσο, η καταγραφή αυτών των στατιστικών στοιχείων αφορά μόνο ένα μέρος της πραγματικής διάστασης του προβλήματος δεδομένου ότι η ιογενής ηπατίτιδα και άλλες μολύνσεις που συνδέονται με τη χρήση ναρκωτικών καταγράφονται από λίγα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Γαλλία, η Ιταλία και η Πορτογαλία. Οι ενδοφλέβιοι χρήστες που είναι ήδη φορείς του ιού είναι δυνατόν στη συνέχεια να μεταδώσουν τον ιό στο γενικό πληθυσμό μέσω των σεξουαλικών συντρόφων τους. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ιδιαίτερο πρόβλημα για τους τοξικομανείς που καταφεύγουν στην πορνεία για την εξεύρεση των χρηματικών μέσων που απαιτούνται για την προμήθεια των ναρκωτικών.

Όσον αφορά τη χώρα μας, από παλαιότερες έρευνες που είχαν εκπονηθεί (1986-1989), η συχνότητα παρουσίας αντισωμάτων έναντι του HIV (anti-HIV) είχε προσδιορισθεί στο επίπεδο μεταξύ του 0-2,1%, με τα μικρότερα ποσοστά να προέρχονται από τις πρόσφατες χρονολογίες (1989).

Η πρώτη μελέτη που έγινε στο χρονικό διάστημα 1988-89 διερεύνησε τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου καθώς και τις στάσεις απέναντι στο AIDS σε δείγμα 140 χρηστών ναρκωτικών που έκαναν ενδοφλέβια χρήση και βρίσκονταν σε επαφή με τα θεραπευτικά προγράμματα ή άλλες υπηρεσίες υγείας.

Πρακτικές υψηλού κινδύνου, όπως η από κοινού χρήση εξαρτημάτων ενδοφλέβιας χρήσης (σύριγγες και βελόνες) αναφέρθηκαν από την πλειονότητα των χρηστών (75,6%), παρ'ότι δεν υπάρχουν στη χώρα μας νομικοί περιορισμοί στην αγορά τους. Η πλειονότητα των χρηστών που έκαναν ενδοφλέβια χρήση ανέφεραν ότι δεν έκαναν ποτέ χρήση προφυλακτικού (53,6%) κατά τη σεξουαλική πράξη ή χρησιμοποιούσαν σπάνια προφυλακτικό (25%). Από αυτούς που ανέφεραν ομοφυλοφιλικές επαφές (25%), η πλειονότητα παραδέχθηκε σεξουαλική επαφή και με τα δύο φύλα. Μόνον το 33,7% του δείγματος ισχυρίστηκαν ότι άλλαξαν τις συμπεριφορές κινδύνου τόσο σχετικά με τη χρήση ουσιών, όσο και με τις σεξουαλικές πρακτικές μετά την εμφάνιση του ιού του AIDS. Τέλος, η ενημέρωσή τους για τους κινδύνους μόλυνσης από τον ιό HIV ήταν ελλιπής. Μόνο το 8% θεωρούσαν τους επαγγελματίες υγείας ως την κύρια πηγή πληροφόρησης για το AIDS, ενώ από το 77,1% ως πηγή πληροφόρησης αναφέρθηκε η τηλεόραση⁹⁸.

Οι παραπάνω έρευνες απέδειξαν ότι τα χαμηλά ποσοστά του AIDS στους τοξικομανείς της χώρας μας δεν ήταν κάτι που θα μπορούσε να εξηγηθεί από την συμπεριφορά τους, αλλά από το ότι πιθανότατα ο ιός δεν είχε ακόμα εισχωρήσει στην ομάδα των χρηστών ναρκωτικών με ενδοφλέβια χρήση.

⁹⁷ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π. σ.121

⁹⁸ Κοκκέβη Α., Αλεβίζου Σ., Αρβανίτης Ι., Λιάππας Ι., Στεφανής Κ. (1990): "AIDS και τοξικομανία: Η συμπεριφορά και οι στάσεις στη μετάδοση της λοίμωξης". π.Ιατρική (τεύχ.58ο), σ.43-51

Στα πλαίσια της διακρατικής έρευνας του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας το χρονικό διάστημα 1991-92 με θέμα την επίπτωση του HIV στους τοξικομανείς, μελετήθηκαν στην Ελλάδα 400 χρήστες τοξικών ουσιών (ενδοφλεβίως χορηγούμενων).⁹⁹

Το δείγμα των ενδοφλεβίων χρηστών (ΧΕΦ) αποτελείτο στην πλειοψηφία του από άνδρες (77,3%), ηλικίας 22 έως 32 ετών (72,6% του δείγματος), ελληνικής υπηκοότητας (90%). Οι περισσότεροι από αυτούς (62,8%) είχαν υποβληθεί στο παρελθόν ή βρίσκονταν ήδη σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα αποτοξίνωσης, ενώ το 78,7% των ΧΕΦ είχαν την εμπειρία της φυλάκισης από τότε που άρχισαν τη χρήση ουσιών. Από την έρευνα βρέθηκε ότι οι περισσότεροι χρήστες (στο 63% του δείγματος) άρχισαν την ενδοφλέβια χρήση των τοξικών ουσιών σε ηλικία 16-28 ετών και στη συντριπτική τους πλειοψηφία χρησιμοποιούσαν ηρωίνη (99,3%). Το 87% των ΧΕΦ έκανε καθημερινή ενδοφλέβια χρήση ουσιών και 156 απ' αυτούς (41,8%) έκανε περισσότερο από 5 φορές ημερησίως.

Η συμπεριφορά τους όσον αφορά την ανταλλαγή χρησιμοποιημένων βελονών/σύριγγων φαίνεται στον παρακάτω πίνακα^{99α}:

	Αριθμός ΧΕΦ	Ποσοστό (%)
Χρήση χρησιμοποιημένων υλικών.	197	49,2
Καθάριζαν τα υλικά αυτά πάντα πριν από τη χρήση.	172	43
Η ανταλλαγή έγινε επειδή εκείνη τη στιγμή δεν είχαν δική τους σύριγγα.	158	39,5
Έδωσαν οι ίδιοι τη βελόνα/σύριγγα σε άλλο χρήστη.	167	41,7
Η ανταλλαγή γινόταν με τον ερωτικό (-ή) σύντροφο.	46	11,5
Υπήρξε ανταλλαγή με άγνωστο (-η).	92	23

Αξίζει να σημειωθεί ότι, συχνότερα η ανταλλαγή των υλικών για την ενδοφλέβια χορήγηση των ουσιών (βελόνες/σύριγγες) αφορούσε κάποιο άτομο του στενού τους περιβάλλοντος, τον ερωτικό τους σύντροφο συχνότερα, ωστόσο αρκετές φορές τα ίδια τα άτομα δέχονταν ανταλλαγή υλικών ακόμα και από άγνωστους. Από τους κρατούμενους (191 ΧΕΦ) 50 παραδέχθηκαν ότι αντάλασσαν σύριγγες (βελόνες) με τους συγκρατούμενους τους (26,2%).

⁹⁹ Μαλλιώρα Μ., Μητσικώστας Δ., Κατσουλίδου Α., Χατζάκης Δ., Στεφανής Κ. (1994): "HIV αντισώματα σε χρήστες τοξικών ουσιών" (ερευνητική εργασία). π. Ιατρική (τόμος 66ος) σ. 25-29

^{99α} Στο ίδιο σ. 28

Από τα παραπάνω παρατηρούμε, λοιπόν, ότι, από τις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου αναφορικά με την μετάδοση του HIV, ΧΕΦ σε μεγάλα ποσοστά ανταλλάσσουν χρησιμοποιημένες βελόνες/σύριγγες (41,7%) ενώ δήλωσαν πως γνώριζαν ότι μ' αυτόν τον τρόπο μεταδίδεται ο ιός. Επίσης, αρνήθηκαν ότι εκ συστήματος ανταλλάσσουν υλικά για ενδοφλέβια χρήση ουσιών, αιτιολογώντας την ενέργεια αυτή ως έλλειψη προνοητικότητας για εφοδιασμό ικανής ποσότητας αποστειρωμένων υλικών μιας χρήσης. Ωστόσο, μερικοί θεωρούσαν ασφαλή την ανταλλαγή των υλικών, όταν αυτή συνέβαινε με το μόνιμο ερωτικό τους σύντροφο. Τέλος, δύο από τους ερωτευμένους, γυναίκες και οι δύο (0,5%), βρέθηκαν να είναι φορείς του ιού του HIV. Έτσι, παρ' ό,τι εντοπίστηκε συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, η οροθετικότητα HIV ήταν ιδιαίτερα χαμηλή (0,5%).

Εξίσου ανησυχητικά αποτελέσματα παρουσίασε ανάλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Εργαστήριο Υγιεινής του Ιατρικού τμήματος Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.)¹⁰⁰.

Με επιλογή, η οποία έγινε τυχαία, εξετάστηκαν συνολικά 208 χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, προερχόμενοι από το Κέντρο Αναφοράς AIDS του Α.Π.Θ., τη Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, τις φυλακές Διαβατών καθώς και από διάφορα σημεία και χώρους της Θεσσαλονίκης όπως μπαρ, πάρκα κ.α. όπου σύχναζαν τις απογευματινές και βραδινές κυρίως ώρες. Έτσι, από τους 208 χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών οι 178 (86,6%) ήταν άνδρες, οι 30 (14,4%) γυναίκες και η κατανομή τους με βάση την ηλικία, το επίπεδο σπουδών και το είδος της εργασιακής τους απασχόλησης έγινε κατά ομάδες, όπως φαίνεται από τους παρακάτω δύο πίνακες.

Πίνακας 1 - Κατανομή του δείγματος των Χ.Ε.Ν. κατά φύλο και ηλικία.¹⁰¹

ΦΥΛΟ	ΕΩΣ 25 ΕΤΩΝ		26-30 ΕΤΩΝ		31-35 ΕΤΩΝ		36 ΚΑΙ ΑΝΩ		ΣΥΝΟΛΟ	
	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΑΝΔΡΕΣ	32	18,0	51	28,7	43	24,2	52	29,2	178	85,6
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	16	53,3	8	26,7	2	6,7	4	11,4	30	14,4
ΣΥΝΟΛΟ	48	23,1	59	28,4	45	21,6	56	26,9	208	100,0

Πίνακας 2 - Κατανομή του δείγματος των Χ.Ε.Ν. κατά επίπεδο σπουδών και είδος εργασιακής απασχόλησης.¹⁰²

ΠΟΥΔΕΣ	ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΗ		ΑΝΕΡΓΟΣ		ΕΥΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΔΟΥΛΕΙΕΣ		ΑΥΤΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ		ΣΥΝΟΛΟ	
	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΗΜΟΤΙΚΟ	11	23,4	12	22,6	8	12,5	9	20,5	40	19,2
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	6	12,8	11	26,1	22	34,4	7	15,9	49	33,6
ΥΚΕΙΟ	21	11,7	20	37,7	26	40,6	18	40,9	85	40,9
ΕΙ-ΠΑΝ/ΜΙΟ	9	19,1	7	13,2	8	12,5	10	22,7	34	16,3
ΥΝΟΛΟ	47	22,6	53	25,5	64	30,8	44	21,2	208	100,0

¹⁰⁰ Δαρδαβέσης Θ. (1993): *Ηλικίες έναρξης χρήσης, συχνότητα και είδη χρησιμοποιούμενων τοξικομανιογόνων ουσιών*. 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μελέτης Τοξικομανιογόνων Ουσιών σ. 112-120

¹⁰¹ Στο ίδιο, σ. 113

¹⁰² Στο ίδιο, ό.π.

Οι ηλικίες έναρξης χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών που δηλώθηκαν κυμαίνονται από 15 ετών η μικρότερη και αφορά δύο περιπτώσεις, έως 45 ετών η μεγαλύτερη και αφορά μια περίπτωση (μέση ηλικία 23,3). Ως προς το φύλο (πίνακας 3) οι ηλικίες έναρξης χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών παρουσιάζουν μια συνεχή πτωτική πορεία στις γυναίκες, οι οποίες εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό (53,3%) στις ηλικίες 15-19 ετών. Οι άνδρες παρουσιάζουν επίσης μια ανάλογη πτωτική πορεία με εξαίρεση τις ηλικίες 20-24 ετών, στις οποίες εμφανίζουν μια σημαντικότερη αύξηση, με ποσοστό 36,0% το οποίο είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικίες έναρξης χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών.

Πίνακας 3 - Ηλικίες έναρξης χρήσης ναρκωτικών ουσιών με ενέσεις κατά φύλο.¹⁰³

ΗΛΙΚΙΕΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

ΦΥΛΟ	15-19 ΕΤΩΝ		20-24 ΕΤΩΝ		25-29 ΕΤΩΝ		30 ΚΑΙ ΑΝΩ		ΣΥΝΟΛΟ	
	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
ΑΝΔΡΕΣ	49	27,5	64	36,0	45	25,3	20	11,2	178	85,6
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	16	53,3	10	33,3	3	10,0	1	3,3	30	14,4
ΣΥΝΟΛΟ	65	31,1	74	35,6	48	23,1	21	10,1	108	100,0

Όσον αφορά τον αριθμό ημερών ανά μήνα χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών κατά εργασιακή απασχόληση, απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 4 - Αριθμός ημερών ανά μήνα χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών κατά εργασιακή απασχόληση.¹⁰⁴

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΩΝ ΑΝΑ ΜΗΝΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ												ΣΥΝΟΛΟ	
	5		10		15		20		25		30			
	ΑΡ	%	ΑΡ	%	ΑΡ	%	ΑΡ	%	ΑΡ	%	ΑΡ	%	ΑΡ	%
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΚΑΝΟΝΙΚΟ ΕΡΓΟ	2	33,3	2		4		5	20,8	4	30,8	30	25,2	47	22,6
ΕΚΤΑΚΤΕΣ ΚΑΙΡΙΑΚΕΣ ΔΟΥΛΕΙΕΣ	0	0,0	7		8		8	33,3	3	23,1	38	31,9	64	30,8
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟ	2	33,3	8		5	23,8	4	16,7	2	15,4	23	19,3	44	21,2
ΣΥΝΟΛΟ	6	2,9	25	32,0	21		24	11,5	13	6,3	119	57,2	208	100,0

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι, το 57,2% του δείγματος των χρηστών χρησιμοποιεί ενδοφλέβια ναρκωτικά καθημερινά. Τα υψηλότερα ποσοστά καθημερινής χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών τα παρουσιάζουν οι απασχολούμενοι με κανονικό μισθό (25,2%) και οι απασχολούμενοι με ευκαιριακές δουλειές (31,9%).

¹⁰³ Στο ίδιο, σ.114

¹⁰⁴ Στο ίδιο, ό.π.

Ως προς τη συχνότητα χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών ημερησίως το 25,5% του δείγματος των χρηστών χρησιμοποιεί ενδοφλέβια ναρκωτικά 2 φορές ημερησίως, το 22,1% 3 φορές, το 19,2% 5 φορές και το 12,0% 6 φορές και άνω ημερησίως. Τέλος, ως προς τις ομάδες ηλικιών (Πίνακας 5), οι χρήστες 26-30 ετών και 36 και άνω χρησιμοποιούν σε υψηλότερα ποσοστά ενδοφλέβια ναρκωτικά 2 φορές ημερησίως. Το υψηλότερο ποσοστό χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών, 6 φορές και άνω ημερησίως (20,3%), το παρουσιάζουν οι χρήστες 26-30 ετών και το μικρότερο (8,3%) οι χρήστες μέχρι 25 ετών.

Πίνακας 5 - Συχνότητα χρήσης ενδοφλεβίων ναρκωτικών ημερησίως κατά ομάδες ηλικιών¹⁰⁵

ΔΕΣ ΙΩΝ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ												ΣΥΝΟΛΟ	
	1 ΦΟΡΑ		2 ΦΟΡΕΣ		3 ΦΟΡΕΣ		4 ΦΟΡΕΣ		5 ΦΟΡΕΣ		6 ΚΑΙ ΑΝΩ ΦΟΡΕΣ			
	ΑΡ	%	ΑΡ	%	ΑΡ	%	ΑΡ	%	ΑΡ	%	ΑΡ	%	ΑΡ	%
25	7	14,6	12	25,0	13	27,1	4	8,3	8	16,7	4	8,3	48	23,1
	7	11,9	14	23,7	11	18,6	5	8,5	10	16,9	12	20,3	59	28,4
	5	11,1	10	22,2	9	20,0	7	15,6	10	22,2	4	8,9	45	21,6
	4	7,1	17	30,4	13	23,2	5	8,9	12	21,4	5	8,9	56	26,9
ΝΩ														
ΟΛΟ	23	11,1	53	25,5	46	22,1	21	10,1	40	19,2	25	12,0	20,8	100,0

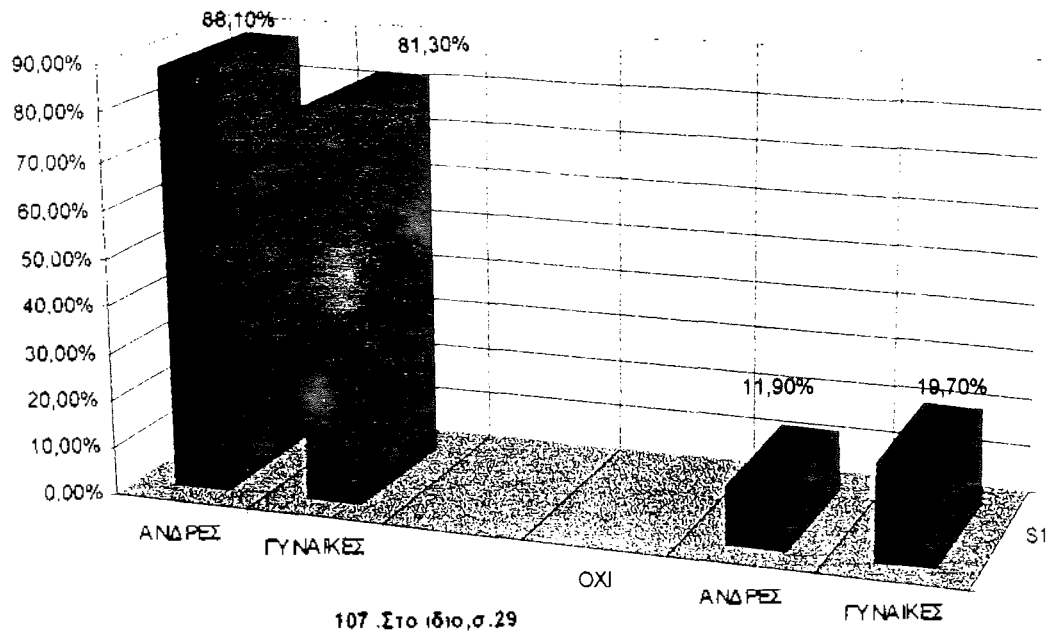
Επίσης, η ετήσια αναφορά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που έρχονται σε επαφή για θεραπεία στο Κ.Ε.Θ.Ε.Α. για πρώτη φορά για το έτος 1995, αναφέρει ότι ο εξαρτημένος την εποχή που προσεγγίζει το κέντρο κάνει ενέσιμη, καθημερινή χρήση της ουσίας από την οποία είναι εξαρτημένος και ο ένας στους τρεις χρησιμοποιεί κοινή σύριγγα με άλλους χρήστες. Για πρώτη φορά χρησιμοποίησε σύριγγα στην ηλικία των 20 ετών και στη διάρκεια της χρήσης έχει κάνει ενδοφλέβια χρήση ουσιών με κοινή σύριγγα. Σχεδόν οι δύο στους τρεις έχουν κάνει ιατρικές εξετάσεις και ενώ δεν έχει προσβληθεί από τους ιό HIV, ένας στους τρεις έχει ηπατίτιδα.¹⁰⁶

Α' Μ. Ροζ
ΑΤΟΜΑ
ΓΙΑ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

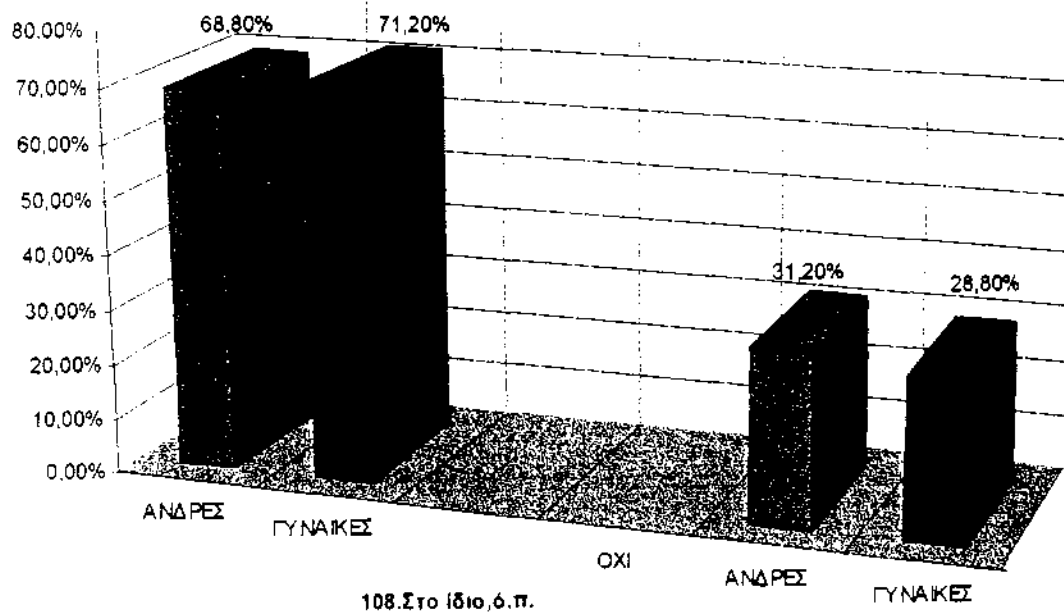
¹⁰⁵ Στο ίδιο, σ. 117

¹⁰⁶ Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.) (1996) :Ετήσια αναφορά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων κατά την πρώτη επαφή για θεραπεία. Έτος αναφοράς : 1995. σ. 35

"ΕΝΕΣΙΜΗ ΧΡΗΣΗ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΖΩΗ" 107
 Ενέσιμη χρήση ουσιών ζήτησαν θεραπεία-Μάρτιος 1996



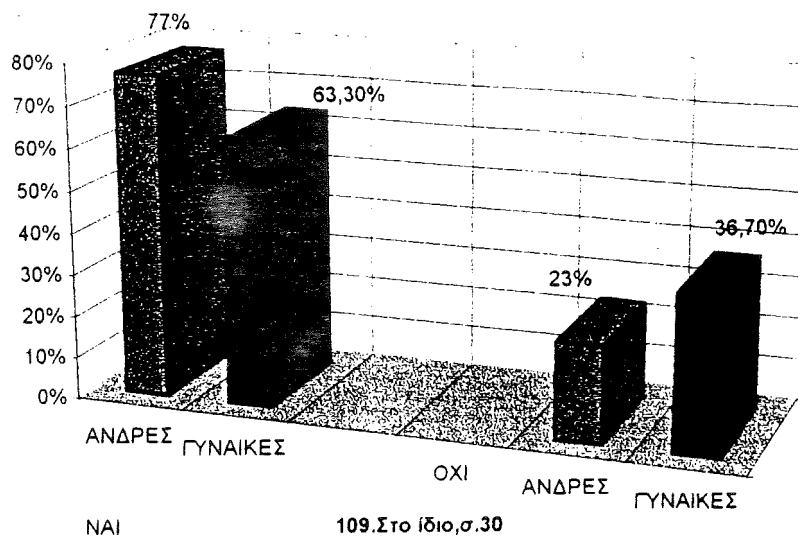
"ΚΟΙΝΗ ΧΡΗΣΗ ΣΥΡΙΓΓΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΕΣΙΜΗ ΧΡΗΣΗ ΣΕ ΟΛΗ ΤΗ ΖΩΗ" 108
 Κοινή χρήση σύριγγας όσων ζήτησαν θεραπεία-Μάρτιος 1996



"ΕΝΕΣΙΜΗ ΧΡΗΣΗ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ

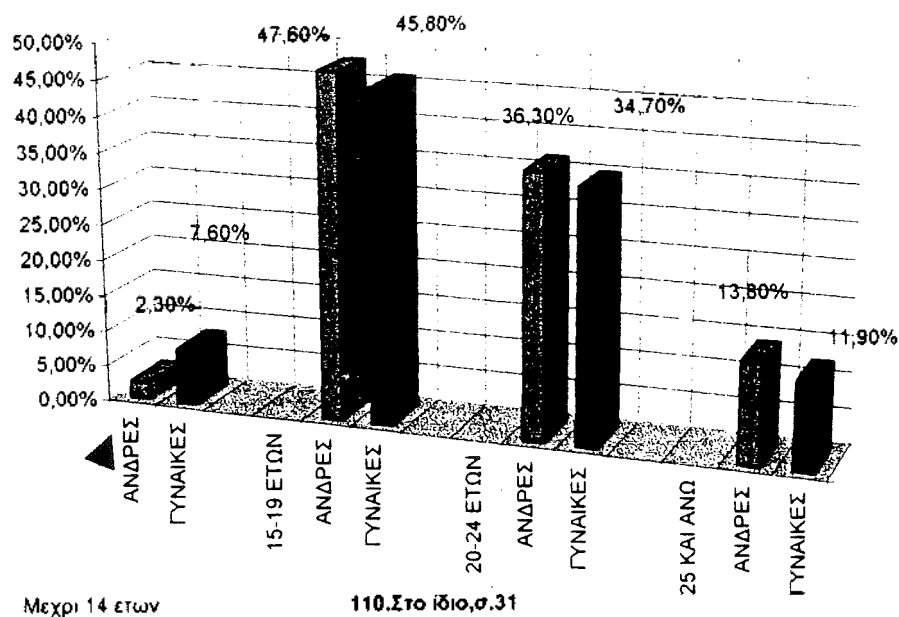
30 ΗΜΕΡΕΣ" 109

Ενέσιμη χρήση όσων ζήτησαν θεραπεία τις τελευταίες 30 ημέρες-Μάρτιος 1996

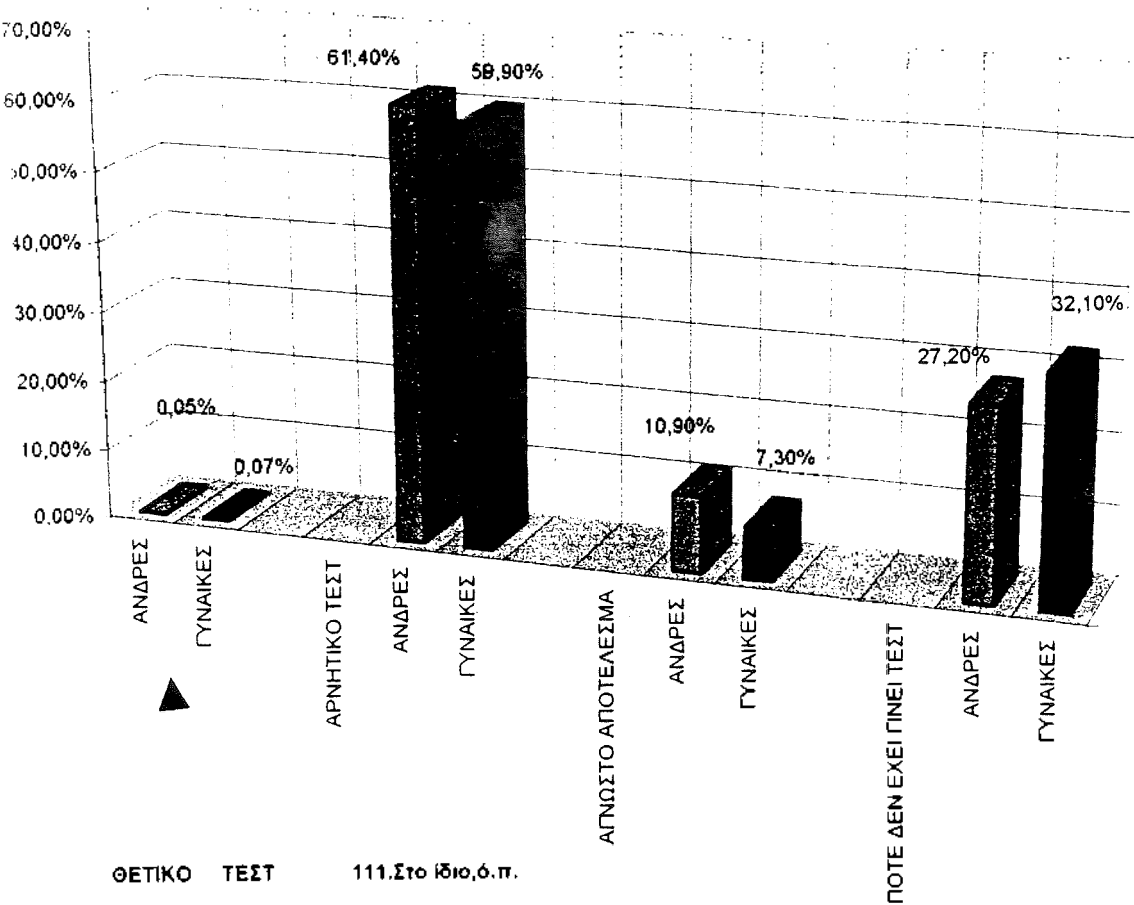


"ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΝΕΣΙΜΗΣ ΧΡΗΣΗΣ" 110

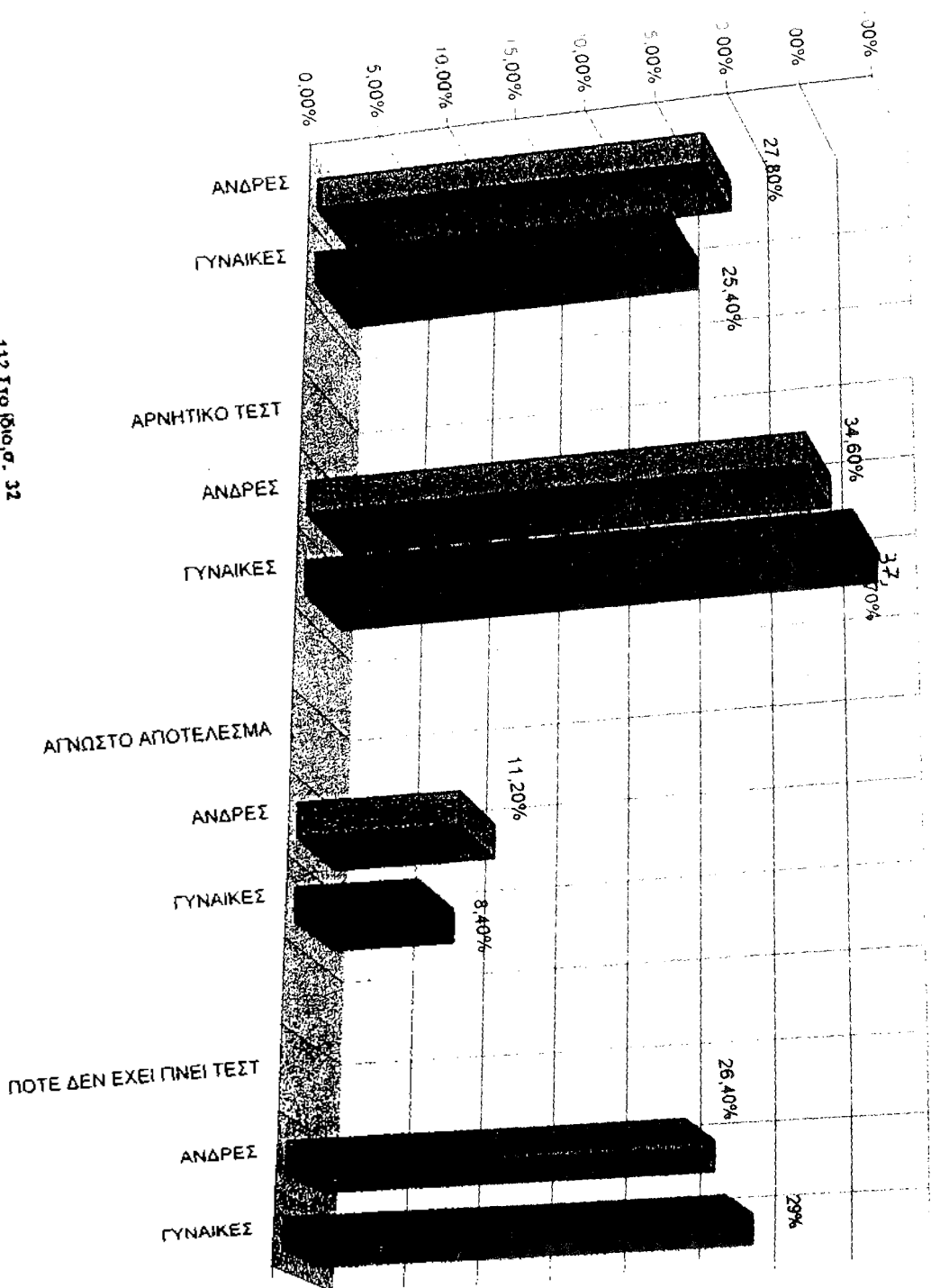
Ηλικία πρώτης ενέσιμης χρήσης όσων ζήτησαν θεραπεία-Μάρτιος 1996



"ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ HIV" 111
 Κατάσταση υγείας σε σχέση με τον ιό HIV όσων ζήτησαν θεραπεία-Μάρτιος 1996



"ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΟΛΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ" 112
 Κατάσταση υγείας σε σχέση με τη μόλυνση από τον ιό της ηπατιδασόων ζήτησαν θεραπεία.
 Μάρτιος 1996



Επίσης, όσον αφορά τη μόλυνση των χρόνιων ενδοφλέβιων χρηστών από τον ιό της ηπατίτιδας, αποκαλυπτικά είναι τα αποτελέσματα από το Πειραματικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη γι το δεύτερο εξάμηνο του 1995. Σύμφωνα μ'αυτά στην "στην Αθήνα σε σύνολο 386 αιτούντων, το 9,1% είχαν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας Β και το 86,5% από τον ιό της ηπατίτιδας C. Στην Θεσσαλονίκη σε σύνολο 111 ατόμων, το 8,9% είχαν μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας Β, ενώ το 88,4% είχαν μολυνθεί από τον ιό την ηπατίτιδας C"¹¹³

Το γεγονός ότι είναι χαμηλό το ποσοστό μόλυνσεως, τόσο από την ηπατίτιδα, όσο και από τον ιό HIV, δε μπορούμε να πούμε ότι είναι εφησυχαστικό. Άλλωστε, το ίδιο το ΚΕ.Θ.Ε.Α. δεν παραλείπει να τονίσει ότι από τον χρόνο διεξαγωγής των αποτελεσμάτων του (1995) μέχρι την παρουσίαν τους (Μάρτιο 1996) μόνο το 1/3 των ατόμων που το πλησίασαν για θεραπεία εξετάστηκαν για ηπατίτιδα και για μόλυνση από τον ιό HIV. Πάντως, σύμφωνα με την ίδια πηγή, οι νεώτερες έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν, από το ΚΕ.Θ.Ε.Α., αλλά δεν έχουν ακόμα ανακοινωθεί επίσημα, μιλούν για δραματική αύξηση του ποσοστού όσων έχουν προσβληθεί από την ηπατίτιδα.¹¹⁴

Από τα παραπάνω στοιχεία γίνεται πλέον φανερό ότι με τη νέα αυτή τροπή των γεγονότων, η αναγκαιότητα της χορήγησης μεθαδόνης ως υποκατάστατης ουσίας επαναξιολογείται.

Τελικά, η μεθαδόνη δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται παρά μόνο ως "μέρος μιας ολικής αντιμετώπισης" και πάντα "σε συνδυασμό με άλλα θεραπευτικά προγράμματα γενικότερης επανένταξης του χρήστη"¹¹⁵. Γιατί παρόλο που η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη δεν είναι πανάκεια για την ουσιοεξάρτηση, αναμφισβήτητα υπήρξε ένα από τα εργαλεία στην αντιμετώπιση του προβλήματος των "ναρκωτικών".

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
Η μεθαδόνη
είναι ένα
φάρμακο
που βοηθά
στην αντιμετώπιση
της ουσιοεξάρτησης

¹¹³ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) (1996) :Πρώτη Έκθεση του Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. 1996, σ. 51

¹¹⁴ ΚΕ.Θ.Ε.Α. (1996), ό.π. σ. 37

¹¹⁵ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ. 245

III : ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Στο χώρο της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός θεραπευτικών μεθόδων ,οι οποίες σε πολλά σημεία τους αλληλοκαλύπτονται.

Όμως,πέρα από τις υπεραπλουστεύσεις ,τις σχηματοποιήσεις και τις αντιδικίες ανάμεσα στα διαφορετικής αρχής και κατεύθυνσης θεραπευτικά προγράμματα,φαίνεται ότι η προσωπική εξέλιξη του χρήστη παίζει βασικό ρόλο στη διαδικασία της αλλαγής του.

Σε κάθε φάση της ζωής του χρήστη το κίνητρο για θεραπεία ποικίλει.Άλλες φορές το άτομο αισθάνεται τόσο καταπονημένο και φοβισμένο από τις δυσκολίες και τις συνέπειες (στερητικά συμπτώματα ή άλλα κοινωνικά προβλήματα) τις οποίες προκαλεί η χρήση,που επιθυμεί διακαώς την αποχή,ενώ σε άλλες περιόδους ο ίδιος ο χρήστης μπορεί να αρνείται να εγκαταλείψει την χρήση,να φοβάται τη στέρηση ή να αισθάνεται ακόμα και περήφανος για τον τρόπο ζωής του ,εκτιμώντας τον εαυτό του ως άτομο έξυπνο,χειριστικό και αντισυμβατικό.

Για τους παραπάνω λόγους η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να σχεδιάζεται για κάθε χρήστη σε σχέση με το παρελθόν ,το παρόν και το μέλλον του ,καθώς και το βαθμό της επιθυμίας του για αλλαγή.Πάντως,οι χρήστες κατά τη διάρκεια της "καριέρας" τους βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια επιθυμίας και ετοιμότητας να δεχθούν θεραπευτική βοήθεια.Τα στάδια αυτά ξεκινούν από την απόλυτη άρνηση του προβλήματος και καταλήγουν μέχρι την αμετάκλητη απόφασή τους για διακοπή κάθε είδους ουσίας.Τα στάδια αυτά είναι τέσσερα:

1ο στάδιο : το στάδιο της άρνησης του προβλήματος ;Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου ο χρήστης αρνείται ότι έχει κάποιο ειδικό πρόβλημα .Για το λόγο αυτό απορρίπτει κάθε πληροφορία καθώς και οποιαδήποτε (έστω και εντατική)θεραπευτική προσπάθεια είναι αμφίβολο αν θα έχει κάποιο θετικό αποτέλεσμα.

2ο στάδιο : Το στάδιο της αποδοχής του προβλήματος.Ο χρήστης πλέον αντιλαμβάνεται την κατάστασή του και αρχίζει να σκέπτεται τις πιθανότερες λύσεις που θα τον οδηγήσουν στη λύση των προβλημάτων του που σχετίζονται με τη χρήση ή πιθανή κατάχρηση.

Κατά το στάδιο της αποδοχής του προβλήματος ,από το σύνολο των διάφορων θεραπευτικών μεθόδων -οι οποίες περιλαμβάνουν από υποστηρικτικές ψυχοθεραπείες μέχρι συμπεριφορολογικού και γνωστικού τύπου προσεγγίσεις-περισσότερο αποτελεσματικές εμφανίζονται να είναι οι θεραπευτικές τεχνικές που επικεντρώνονται στην αύξηση της ευαισθησίας του χρήστη ,στην ενίσχυσή του και στην εξήγηση της συμπεριφοράς του .*"Η ατομική συμβουλευτική ψυχοθεραπεία ,στοχεύει στην ανάπτυξη κινήτρων για διακοπή της χρήσης ,διαμέσων προσπαθειών,που θα καλλιεργήσουν τα θετικά στοιχεία της προσωπικότητας του χρήστη ,θα αξιοποιήσουν τις κοινωνικές ευκαιρίες του και θα*

αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις που ενισχύουν τη χρήση της ουσίας”¹¹⁶

Από την άποψη αυτή, η ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία επικεντρώνεται μόνο πάνω στην ευαισθητική διαδικασία, χωρίς παράλληλα ν’ασχολείται με το πρόβλημα της χρήσης, εμφανίζεται να είναι αρκετά αποτελεσματική για χρήστες που καταφεύγουν στις ουσίες στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν νευρωτικές καταστάσεις και συναισθηματικά προβλήματα.

Συμπερασματικά, η ατομική ψυχοθεραπεία οφείλει πολλά από τα θετικά της στοιχεία (αποτελέσματα) στην “ταύτιση” του χρήστη με το θεραπευτή και ιδιαίτερα στην προσπάθεια που κάνει ο θεραπευμένος ώστε να γίνει εξίσου “ικανός” με το θεραπευτή στο να επιλύει τρέχοντα προβλήματα, σε αντίθεση με τις ψυχοθεραπείες ψυχαναλυτικού τύπου, οι οποίες δεν εμφανίζονται, τελικά, ιδιαίτερα αποτελεσματικές στη θεραπευτική προσέγγιση της ουσιοεξάρτησης, ειδικότερα κατ’αυτό το στάδιο.¹¹⁷

Αυτό που ίσως θα πρέπει να ειπωθεί στο σημείο αυτό είναι ότι, θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι μια κοινή θεραπευτική προσέγγιση για όλους του χρήστες είναι μάλλον λανθασμένη τακτική, αφού κάθε χρήστης διαφέρει με τον άλλο σε βαθμό αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Έτσι, όπως δεν υπάρχει ένας τύπος χρήστη, έτσι και ένα είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης δεν είναι αρκετό για να καλύψει τις ποικίλες ανάγκες όλων των χρηστών. Επιπρόσθετα, ο ίδιος ο χρήστης μπορεί να ωφεληθεί από διάφορους τύπους θεραπευτικών προσεγγίσεων σε διαφορετικές χρονικές στιγμές της πορείας του.

Από τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η θεραπευτική προσέγγιση δεν είναι μια απομονωμένη παρέμβαση στη ζωή των χρηστών, αλλά μάλλον αποτελεί μέρος των συνολικών εμπειριών τους, ίσως δεν είναι τίποτα άλλο παρά μονάχα ένα μικρό “σκούντημα” του χρήστη προς μια άλλη κατεύθυνση.

3ο στάδιο : Έπειτα, το άτομο περνάει στο στάδιο του τερματισμού. Κατ’αυτό το στάδιο το άτομο αρχίζει να αισθάνεται επιτακτικά την υποχρέωση να προβεί πιο σε ενέργειες με σκοπό να θέσει τέλος στη χρήση. Τις περισσότερες φορές στο στάδιο αυτό συναντάμε το χρήστη να αυτοπειραματίζεται με βραχύχρονες αποχές από την ουσία που του δημιούργησε την εξάρτηση.

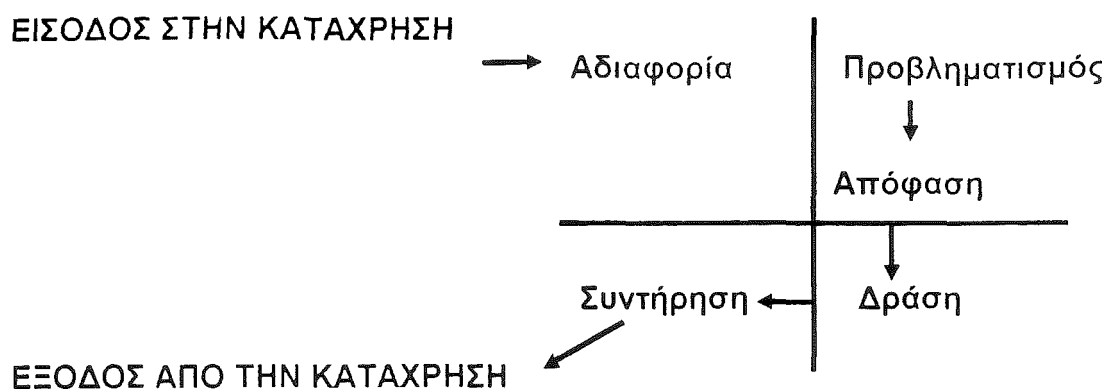
4ο στάδιο : Τέλος, περιγράφεται το στάδιο της διατήρησης της αποχής. Ο χρήστης έχει περιέλθει πια στο στάδιο κατά το οποίο προσπαθεί να ενισχύσει και να διατηρήσει σταθερές για μακρό χρονικό διάστημα τις νεοαποκτημένες συμπεριφορές.¹¹⁸

¹¹⁶ Στο ίδιο, σ. 256

¹¹⁷ Στο ίδιο, σ. 226

¹¹⁸ Στο ίδιο, σ. 225

Ένα χρήσιμο μοντέλο, για να δούμε το πέρασμα από το πρώτο στο τέταρτο στάδιο, είναι αυτό που πρότειναν οι Prochaska και DiClemente (1984).¹¹⁹ Το παρακάτω μοντέλο μπορεί να εφαρμοσθεί στις διαφορετικές προσεγγίσεις απεξάρτησης και να αποδώσει ένα πλήρες δίκτυο διαφορετικών παρεμβάσεων.



Πάντως, αξίζει να σημειωθεί ότι, κατά τη διάρκεια όλης αυτής της προσπάθειας πολλές φορές ο χρήστης έχει ποικίλες υποτροπές και παλινδρομήσεις σε διάφορα προηγούμενα στάδια για άλλοτε μικρότερο και άλλοτε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (φαινόμενο της <<περιστρεφόμενης πόρτας>>).¹²⁰

Ωστόσο, πέντε φαίνεται να είναι τα βασικά στοιχεία για την έκβαση της θεραπείας:

- α) Το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης.
- β) Η εντατικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης.
- γ) Ο χώρος της θεραπείας.
- δ) Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή
- ε) Τα χαρακτηριστικά του χρήστη.

Πιο συγκεκριμένα :

- α) Το είδος της θεραπευτικής προσέγγισης

Όσον αφορά το ρόλο της θεραπευτικής προσέγγισης στην έκβαση της θεραπείας, οι Sell και Simpson¹²¹ του Drug Abuse Reporting Program (DARP) (το Drug Abuse Reporting Program στις Η.Π.Α. είναι ίσως ένα από τα μεγαλύτερα ερευνητικά προγράμματα για χρήστες που έχουν ποτέ εκπονηθεί.

¹¹⁹ Πουλόπουλος Μπάμπης (1995) : "Κοινωνική πρόνοια και κοινωνικές υπηρεσίες στην απεξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες." π.Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας (τεύχ. 104ο) , σ.54-55.

¹²⁰ Λιάππας Ιωάννης (1992) ,ό.π., σ.225

¹²¹ Στο ίδιο ,σ.226

Το DARP είχε κάνει έρευνες και εκτιμήσεις που αφορούν 44000 χρήστες από 52 θεραπευτικά προγράμματα όλης της Αμερικής) μέσα από μια ανάλυσή τους στην οποία εκτιμήθηκαν τα θεραπευτικά αποτελέσματα σ'ένα δείγμα 3000 χρηστών μετά την παρέλευση πέντε χρόνων,κατέλειξαν ότι,την καλύτερη θεραπευτική έκβαση έχουν κατά σειρά :1) οι θεραπευτικές κοινότητες,με ποσοστό ατόμων που έμειναν σε αποχή από ουσίες 36,9%,2)τα θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής βάσης χωρίς συνταγογράφηση φαρμάκων ,με ποσοστό ατόμων που έμειναν σε αποχή από ουσίες 34,4%,3) τα προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη,με ποσοστό ατόμων που έμειναν σε αποχή από ουσίες 29,5% και 4)οι θεραπευτικές προσεγγίσεις σε εξωτερική βάση,που περιορίζονταν μόνο στη σωματική απεξάρτηση με ποσοστό 19,6% αντίστοιχα.

β) Η εντατικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης

Γύρω από το ρόλο της εντατικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης στην έκβαση της θεραπείας,περιστρέφονται δύο πολύ σημαντικές ερωτήσεις,που έχουν απασχολήσει αρκετά τους θεραπευτές: α) Η οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση έχει καλύτερα αποτελέσματα από τη μη θεραπεία; και β) Η μικρή θεραπευτική παρέμβαση είναι το ίδιο αποτελεσματική με τα εντατικά και οργανωμένα θεραπευτικά προγράμματα;

Όσον αφορά το θέμα της κατάχρησης των άλλων ουσιών,αρχικά υπήρχε ένας υπεραπλουστευτικός ισχυρισμός,σύμφωνα με τον οποίο αρκετοί χρήστες σταματούν από μόνοι τους τη χρήση,καθώς μεγαλώνουν στην ηλικία.

Πάντως ,οι σύγχρονες επικρατούσες επιστημονικές απόψεις συνοψίζονται στις παρακάτω θέσεις:

1. "Η αποχή από ουσίες είναι πολύ πιθανή τρία χρόνια μετά την πρώτη χρήση.
2. Οι νεότεροι χρήστες σε μικρό χρονικό διάστημα χρήσης εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό αποχή από τους παλιούς χρήστες με μακρές ιστορίες χρήσης, και
3. οι χρήστες που βρίσκονται σε συστηματική εντατική θεραπεία εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά αποχή από τις ουσίες".¹²²

γ) Ο χώρος της θεραπείας

Η απεξάρτηση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή βάση ή σε θεραπευτική κοινότητα.

Κάθε τύπος προσέγγισης παρουσιάζει ιδιαιτερότητες σχετικά με τις ευκολίες που παρέχει,τον τρόπο σχεδιασμού και οργάνωσης ,καθώς και τη διάρκεια της διαδικασίας.Κατ'αυτόν τον τρόπο,η κάθε άποψη έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και μια μέθοδος δεν είναι η καταλληλότερη για όλους τους τύπους των χρηστών ούτε και για την κάθε φάση της ζωής του ίδιου χρήστη.

¹²² Στο ίδιο , ό.π.

Αλλωστε, "κανενός τύπου απεξάρτησης που είναι απομονωμένη από ένα συνολικό θεραπευτικό πρόγραμμα δεν αναμένεται να έχει σημαντικά και μόνιμα αποτελέσματα όσον αφορά την αλλαγή της συμπεριφοράς του χρήστη"¹²³.

Η απεξάρτηση σε εξωτερική βάση μπορεί να είναι μεν η φθηνότερη αλλά και η πιο προβληματική. Τα μόνα πλεονεκτήματα είναι ότι ο χρήστης παραμένει στο οικείο περιβάλλον του, δε χάνει την εργασία του ή συνεχίζει τις σπουδές του. Όμως, από την άλλη πλευρά, υπάρχουν δυσκολίες όπως η διαθεσιμότητα της ουσίας, οι επαφές με άλλους χρήστες αλλά και η ανασφάλεια που νιώθει το άτομο να ξεπεράσει από μόνο του το στερητικό σύνδρομο.

Η απεξάρτηση μέσα σε νοσοκομείο είναι η πιο ακριβή μέθοδος, ενώ δε φαίνεται να υπάρχουν σοβαρές μελέτες που να αποδεικνύουν ότι ως μέθοδος υπερτερεί σε αποτελεσματικότητα συγκριτικά με άλλες. Η αποτελεσματικότητα μιας τέτοιας προοπτικής εξαρτάται από το πόσο σωστά σχεδιασμένη και συντονισμένη είναι για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, από το πόσο βάρος ρίχνει στο "ιατρικό" μέρος και πόσο στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, καθώς και κατά πόσο ασχολείται ή μη για την περαιτέρω αποκατάσταση του χρήστη.

Ωστόσο, ανεξάρτητα από τα πλεονεκτήματα ή τα μειονεκτήματα που εμφανίζουν οι παραπάνω τύποι προσεγγίσεις στο θεραπευτικό αποτέλεσμα, ερευνητές του Drug Abuse Reporting Program (DARP) υποστηρίζουν ότι "για τους συστηματικού ή <<σκληρούς>> χρήστες οπιοειδών η εσωτερική νοσηλεία έχει καλύτερα αποτελέσματα, ενώ για όλους τους <<ελαφρότερους>> χρήστες η αντιμετώπιση σε εξωτερική βάση είναι το ίδιο αποτελεσματική με την εσωτερική"¹²⁴.

Η απεξάρτηση σε χώρους όπως οι θεραπευτικές κοινότητες, των οποίων το προσωπικό είναι συνήθως μη ιατρικό, αλλά αρκετά έμπειρο ώστε να αντιμετωπίζει τα συνήθη στερητικά συμπτώματα των εξαρτημένων ατόμων, είναι κατάλληλη για χρήστες οπιοειδών, για μη πολυχρήστες καθώς και για τις περιπτώσεις που δεν συνυπάρχουν σοβαρά παθολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα.

Γενικά, θα μπορούσε να πει κανείς ότι, σήμερα υπάρχουν πολλοί τρόποι, ποικίλες παραλλαγές και διάφοροι συνδυασμοί φαρμακευτικής ή μη αντιμετώπισης, που χρησιμοποιούνται για την απεξάρτηση ενός ατόμου από τις ουσίες.

δ) Τα χαρακτηριστικά του θεραπευτή

Ο ρόλος του θεραπευτή φαίνεται να είναι καθοριστικός στην έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Ένα σύνολο χαρακτηριστικών του θεραπευτή, κοινώς αποδεκτό από πολλούς ερευνητές, υποστηρίζεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο για το θετικό αποτέλεσμα της θεραπείας.

¹²³ Στο ίδιο, σ.232

¹²⁴ Στο ίδιο, σ.227

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι:

α) Η κατανόηση των συναισθημάτων του θεραπευμένου.

β) Η εμπειρία του θεραπευτή

γ) Το αίσθημα υποχρέωσης και τα θετικά συναισθήματα απέναντι στον εαυτό του, στο χρήστη και στη θεραπευτική διαδικασία¹²⁵

Επίσης ο θεραπευτής δε θα πρέπει να είναι συναισθηματικά αναμεμιγμένος ή πολύ επικριτικός. Θα πρέπει να είναι αποφασισμένος να εργαστεί μ' αντικειμενικότητα, να μην απορρίπτει χρήστες με χαμηλό κίνητρο για θεραπεία και να είναι προετοιμασμένος για δυσκολίες, υποτροπές καθώς και αποτυχίες.

Συμπερασματικά, ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει γνώση, εμπειρία και εκπαίδευση σχετικά με το θεραπευτικό του αντικείμενο, χωρίς να απαιτείται αποκλειστικά να είναι ψυχίατρος ή ψυχολόγος. Εκπαιδευμένοι γενικοί γιατροί, καθώς και πεπειραμένα άτομα σε παραϊατρικά και μη επαγγέλματα είναι δυνατόν να φανούν πολύ χρήσιμα στη θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας εξάρτησης.

ε) Τα χαρακτηριστικά του χρήστη

Ένα σύνολο χαρακτηριστικών φαίνεται να συνδέεται θετικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι:

α) Η νεαρή ηλικία του χρήστη

β) Το μικρό διάστημα χρήσης

γ) Η απουσία ενέσιμης χρήσης

δ) Το σταθερό και υποστηρικτικό περιβάλλον

ε) Ο χαμηλός δείκτης παράνομων δραστηριοτήτων¹²⁶

Ωστόσο, η απομόνωση με σιγουριά άλλων χαρακτηριστικών του χρήστη τα οποία έχουν προγνωστική αξία αναφορικά με το θεραπευτικό αποτέλεσμα, είναι δύσκολο δεδομένου ότι τα ουσιοεξαρτημένα άτομα αποτελούν ετερογενή πληθυσμό.

Συνήθως οι χρήστες περιγράφονται ως άτομα παρορμητικά που επιζητούν την άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους καθώς και ανέτοιμα να υποστούν το άγχος που επιφέρει η οποιαδήποτε ματαίωση. Τα ουσιοεξαρτημένα άτομα έχουν υποστεί την επίδραση των πολιτισμικών και άλλων παραγόντων και καταστάσεων που τις περισσότερες φορές είναι πέρα από τις δυνατότητες του ελέγχου τους. Φορτισμένοι με συναισθήματα άγχους, ανεπάρκειας, ενόχων καθώς και κοινωνικής απομόνωσης. Έτσι, όλες αυτές οι καταστάσεις τροφοδοτούν το άτομο και κατ'επέκταση ανατροφοδοτούνται από αυτό σ'ένα κύκλο, ο οποίος θα πρέπει να διακοπεί προκειμένου να απεξαρτηθεί το άτομο.

¹²⁵ Στο ίδιο, ό.π.

¹²⁶ Στο ίδιο, ό.π.



IV: Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Στην Ελλάδα οι βασικές επιλογές για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών είχαν πάντοτε έναν κατ' εξοχήν κατασταλτικό χαρακτήρα παρά τις κάποιες καινοτομίες τις οποίες περιέχει ο ισχύων νόμος.

"Το νομοθετικό πλαίσιο" στον Ελληνικό χώρο για τα ναρκωτικά διαγράφεται μέσα από το νόμο 1729/87 για την "Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις" (που αντικατέστησε το ΝΔ 743/1970), το νόμο 1738/87 ("Σύσταση συμβουλίου πρόληψης της εγκληματικότητας, τροποποίηση διατάξεων του ποινικού κώδικα, των κωδικών ποινικής και πολιτικής δικονομίας και άλλες διατάξεις") και το νόμο 2161/93 : "Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του ν. 1729/87"¹²⁷

Ο νόμος 2161/93 είναι αυστηρότερος μεν σε εκείνους που εμπορεύονται ή παρασκευάζουν τοξικές ουσίες, επιεικέστερος δε και περισσότερο συγκεκριμένος στις ρυθμίσεις του για το χρήστη.

Φυσικά, παρέχει διαφορετική μεταχείριση ανάλογα με το :

- α) Αν πρόκειται για απλό χρήστη
- β) Αν πρόκειται για εξαρτημένο χρήστη
- γ) Αν πρόκειται για εξαρτημένο χρήστη που είναι συγχρόνως και δράστης αξιόποινων πράξεων, έμπορο (με την ευρεία έννοια του όρου, στην οποία υπάγονται η παρασκευή ή η καλλιέργεια, η εισαγωγή, προμήθεια, η πώληση, η μεταφορά, η διάθεση κ.λ.π. απαγορευμένων τοξικών ουσιών), και
- δ) Αν πρόκειται για ενήλικο ή ανήλικο άτομο

Πιο συγκεκριμένα, με το νόμο 2163/93 έχουμε:

α' περίπτωση: Σύμφωνα με το άρθρο 12, παρ.1, ν.1729/87¹²⁸ όπως αυτό τροποποιήθηκε από το άρθρο 14 του ν.2161/93¹²⁹ το ενήλικο άτομο που κάνει απλώς χρήση, προμηθεύεται ή κατέχει ναρκωτικά σε ποσότητα που καλύπτει τις δικές του αποκλειστικά ανάγκες, είτε καλλιεργεί φυτά κάνναβης για δική του και μόνο χρήση, τιμωρείται με φυλάκιση. Η διαπίστωση της εξυπηρέτησης της αποκλειστικά δικής του ανάγκης για τη συγκεκριμένη ουσία, γίνεται με συνεκτίμηση του είδους, της ποσότητας και της καθαρότητας της ουσίας σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του άρθρου 13 του ν.1729/87. Ωστόσο, η ποσότητα της κάθε ναρκωτικής ουσίας ξεχωριστά, η οποία θεωρείται ότι καλύπτει τις ανάγκες ενός χρήστη ή εξαρτημένου ατόμου, προσδιορίζεται με αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Τέλος, κατά την επιμέτρηση της ποινής λαμβάνεται υπόψη ο βαθμός βλαπτικότητας της κάθε ναρκωτικής ουσίας και ιδιαίτερα η κατηγορία, στην οποία ανήκει.

¹²⁷ Χάιδου Ανθοζωή (1995), ό.π., σ.68

¹²⁸ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (1987): τεύχ.1ο, ΦΕΚ 114, Ν.1729/87

¹²⁹ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (1993): τεύχ.1ο, ΦΕΚ 119, Ν.2161/93

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

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

Η πραγματογνωμοσύνη διεξάγεται από τα ειδικά δημόσια κέντρα απεξάρτησης, από της ψυχιατρικές κλινικές και τα εργαστήρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας των Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων της χώρας, τις Ιατροδικαστικές Υπηρεσίες, εφόσον διαθέτουν ειδικά εργαστήρια ή από τα νομαρχιακά ή περιφερειακά νοσοκομεία.¹³⁰

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι, ο απλός χρήστης ο οποίος δεν έχει απασχολήσει η δικαιοσύνη για παρόμοια αδικήματα, μπορεί να αποφύγει την τιμωρία, αρκεί να επιθυμεί την ένταξή του σε κάποιο πρόγραμμα. Στο σημείο αυτό τίθεται το ερώτημα: Κατά πόσο η συναίνεση του υποκειμένου για την ένταξή του σε κάποιο πρόγραμμα είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης ή προκειμένου να αποφύγει τον εγκλεισμό σε κάποιο κατάστημα κράτησης (επειδή ειδικά θεραπευτικά καταστήματα δεν έχουν ακόμα συσταθεί) αναγκάζεται να δηλώσει την επιθυμία παρακολούθησης προγράμματος απεξάρτησης;¹³¹

Όσο, ως θετικό αναγνωρίζεται το ότι δίνεται η ευκαιρία στο χρήστη να μην εμπλακεί στις επόμενες φάσεις του συστήματος απονομής ποινικής δικαιοσύνης στα πλαίσια της καταστολής. Εξάλλου, έχουν επισημανθεί ότι τα οφέλη από τη μη καταστολή της χρήσης ναρκωτικών, τα οποία ανάγονται τόσο στο πεδίο της ειδικής όσο και στον τομέα της γενικής πρόληψης, είναι πολλά.¹³²

¹³⁰ Άρθρο 12 παρ. 2 και άρθρο 13 παρ. 2 του ν. 1729/87 όπως τροποποιήθηκε από τα άρθρα 14 και 15 του ν. 2161/93. Βλ. στο ίδιο ό.π.

¹³¹ Χαΐδου Ανθοζωή (1995), ό.π., σ. 70

¹³² Παρασκευόπουλος Νίκος (1996): "Η καταστολή της χρήσης ναρκωτικών στη Ελλάδα. (β' έκδοση), σ. 41 κ.επ..

Όσον αφορά την ειδική πρόληψη, η εμπλοκή του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης έχει αποδειχθεί ότι ωθεί τους νέους σε μια περιθωριοποίηση και επιδεινώνει την κοινωνική τους θέση. Αλλωστε η παρατεινόμενη στέρηση της ελευθερίας, ως βιοτική δυσκολία, έχει ως αρνητικό αποτέλεσμα την όξυνση της όποιας ροπής των (έστω, αρχικά όχι εξαρτημένων) χρηστών για ναρκωτικά, αφού "η αίσθηση μιας <<ανάγκης για φυγή από την πραγματικότητα>> γίνεται πολύ εντονότερη μέσα στη φυλακή". Η όξυνση της τοξικομανίας στην φυλακή έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της εισαγωγής εκεί ναρκωτικών, παρόλη την ένταση της αστυνόμευσης. Η εισαγωγή, με οποιοδήποτε τρόπο, ναρκωτικών στη φυλακή, καθώς και ο συγχρωτισμός με κρατούμενους -εξαρτημένους-, έχουν ως αποτέλεσμα να βρουν το δρόμο προς τα ναρκωτικά και άλλοι, μη χρήστες ως τότε, κρατούμενοι. Κατ'αυτό τον τρόπο δημιουργείται μια ανάγκη διαρκούς αυστηρής αστυνόμευσης για την αποφυγή εισαγωγής ναρκωτικών, δυσκολεύοντας την καθιέρωση κάποιων προοδευτικών χαλαρώσεων και νεωτερισμών στη ζωή της φυλακής. Έτσι, αποτρέπεται η βελτίωση των όρων διαβίωσης όλων των κρατουμένων, ενώ παράλληλα επιδεινώνονται οι ήδη τεταμένες σχέσεις μεταξύ φυλακών -κρατουμένων.

Αναφορικά με τη γενική πρόληψη, έχει αποδειχθεί ότι οι αυστηρές ποινές δεν αποτρέπουν. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, ενώ από το 1954 η ποινική νομοθεσία για τα ναρκωτικά γίνεται ολοένα και αυστηρότερη, η εγκληματικότητα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά αυξάνει σημαντικά. Επίσης, θα μπορούσαμε ως παράδειγμα να αναφέρουμε και την αύξηση της οργανωμένης εγκληματικότητας με την ποτοαπαγόρευση στις Η.Π.Α. (1920 -1933).

Εξάλλου, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, ως αυτοκαταστροφική πράξη, στην οποία δράστης και φορέας του προβαλλόμενου αγαθού ταυτίζονται, δε θα πρέπει να ποινικοποιείται γιατί κάτι τέτοιο θα ερχόταν σε αντίθεση με το Σύνταγμα και θα εξυπηρετούσε απλώς μια συγκεκριμένη πολιτική "Σύμφωνα με το Σύνταγμα (άρθρο 7 παρ.1) και κατά τον ποινικό κώδικα (άρθρο 14) για να τιμωρηθεί ο πολίτης πρέπει να έχουμε πράξη, η οποία να στρέφεται κατά άλλου". Τόσο όμως η χρήση, όσο και η κατοχή της ποσότητας που απαιτείται για τη χρήση δεν εμπίπτουν στην έννοια της "πράξης" που απαιτείται από το νόμο.¹³³

β' περίπτωση: Σύμφωνα με το άρθρο 13 παρ.2 του ν.1729/87 όπως αυτό τροποποιήθηκε από το άρθρο 15 του ν.2101/93, στην περίπτωση που έχουμε όχι απλώς χρήστη, αλλά ένα εξαρτημένο άτομο, που δε μπορεί να αποβάλλει την έλξη της χρήσης ναρκωτικών με τις δικές του δυνάμεις, ο εξαρτημένος υποβάλλεται σε ειδική μεταχείριση, σαφώς δικαιότερη σε σχέση με το προισχύσαν νομοθετικό καθεστώς.

Έτσι, κατά το στάδιο της προδικασίας, αν μέσα σε 24 ώρες από τη σύλληψη του ή κατά την αρχική απολογία του δηλώσει ότι είναι τοξικομανής, εκείνος που ενεργεί την προανάκριση ή την κύρια ανάκριση διατάσσει υποχρεωτικά τη διενέργεια πραγματογνωμοσύνης, το αργότερο μέσα σε 24 από τη σύλληψή του ή την αρχική του απολογία.

¹³³ Παρασκευόπουλος Νίκος (1989): "Ποινική ευθύνη από αυτοκαταστροφικές πράξεις". π.Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας (τεύχ.3-4), σ.58-72

Οι πραγγνωτογνώμονες εξετάζουν τον κατηγορούμενο αμέσως μόλις τους γνωστοποιηθεί η σχετική παραγγελία, το αργότερο μέσα σε 48 ώρες και ακολούθως συντάσσουν και υποβάλλουν την έκθεσή τους, όσο το δυνατόν ταχύτερα. Στην περίπτωση που αποφανθούν ότι υπάρχει εξάρτηση, πρέπει να καθορίσουν και το είδος της (σωματική ή ψυχική), το βαθμό της, την ουσία που χρησιμοποιήθηκε, την ημερήσια δόση και την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή.¹³⁴

Επίσης προβλέπεται ότι ανα το εξαρτημένο άτομο προμηθεύεται ή κατέχει ναρκωτικά σε ποσότητα που καλύπτει τις δικές του αποκλειστικά ανάγκες, είτε καλλιεργεί φυτά κάνναβης για δική του και μόνο χρήση, παραμένει ατιμώρητο.¹³⁵ Αντίθετα, ο απλός χρήστης, τιμωρείται με φυλάκιση.

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

Πάντως, το γεγονός ότι στο νόμο γίνεται αναφορά για εκούσια συμμετοχή του τοξικομανή σε θεραπευτικό πρόγραμμα, είναι πολύ θετικό. Άλλωστε, είναι διεθνώς παραδεκτό πως η εκούσια συμμετοχή του εξαρτημένου ατόμου σε θεραπευτικό πρόγραμμα έχει επιτυχή αποτελέσματα σε αντίθεση με εκείνο που επιβάλλεται υποχρεωτικά σε μια τέτοια αγωγή.¹³⁶

γ) Περίπτωση: Σύμφωνα με το άρθρο 14 του ν.1729/87 όπως αυτό τροποποιήθηκε από το άρθρο 16 του ν.2161/93, στην περίπτωση που ένα εξαρτημένο άτομο καταδικαστεί για οποιαδήποτε αξιόποινη πράξη, το δικαστήριο μπορεί να διατάξει την εισαγωγή του για σωματική απεξάρτηση σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης. Αν το ίδιο άτομο δηλώσει ότι θέλει να παρακολουθήσει θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης, το δικαστήριο μπορεί με την καταδικαστική απόφαση να διατάξει την έκτιση μέρους της ποινής σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή Ειδικό Τμήμα Καταστήματος Κράτησης, στο οποίο ο δράστης εισάγεται για ψυχική απεξάρτηση μέχρι την αποθεραπεία του. Ο χρόνος παραμονής στο Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα ή στο Ειδικό Τμήμα του Καταστήματος Κράτους υπολογίζεται, φυσικά, ως χρόνος προσωρινής κράτησης ή σε περίπτωση καταδίκης σε ποινή κατά της ελευθερίας, ως χρόνος έκτισης της ποινής.¹³⁷

¹³⁴ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (1993), ό.π., σημ.129, σελ.58.

¹³⁵ Άρθρο 13 παρ.4 εδ.α' του ν.1729/87 όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 15 του ν.2161/93. Βλ. Στο ίδιο, ό.π.

¹³⁶ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1991): Ο νόμος 1729/87: Μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού της καταστολής στο χώρο των ναρκωτικών. Αφιέρωμα στη μνήμη του Ηλία Δασκαλάκη, σ.281-297

¹³⁷ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (1993), ό.π.

Στην περίπτωση που αθωωθεί λόγω έλλειψης καταλογισμού, το δικαστήριο έχει τη δυνατότητα,εφόσον ο δράστης το επιθυμεί,να διατάξει την εισαγωγή του σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα για σωματική απεξάρτηση. Αν μετά τη σωματική απεξάρτηση ο δράστης δηλώσει ότι επιθυμεί να συνεχίσει τη θεραπεία για ψυχική απεξάρτηση,μπορεί να ακολουθήσει πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης σε Ειδικό Θεραπευτικό Κατάστημα.¹³⁸

Κρίνοντας αξιολογικά τη νέα αυτή τροποποίηση του νόμου αναφορικά με τη θεραπευτική μεταχείριση του τοξικοεξαρτημένου εγκληματία,ένα πρώτο θέμα,το οποίο θα μπορούσε να θίξει κανείς,είναι βασικά ο κατασταλτικός χαρακτήρας αυτών των προγραμμάτων,ανεξάρτητα από την τυπική μορφή του θεραπευτικού μέτρου. Βασικά τους χαρακτηριστικά είναι το υποχρεωτικός χαρακτήρας,το ιδρυματικό πλαίσιο και το καθεστώς φύλαξης. Από τα παραπάνω χαρακτηριστικά προκύπτει ότι,προϋπόθεση για την επιβολή του θεραπευτικού μέτρου δεν αποτελεί η σύμφωνη γνώμη του θεραπευμένου. Απουσιάζει δηλαδή,το κίνητρο για απεξάρτηση,ενώ παράλληλα η όλη <<θεραπευτική>> προσπάθεια δε βασίζεται στην ουσιαστική διαδικασία.

Βέβαια,η θεραπευτική κοινότητα ως ένα διαφορετικό μοντέλο θεραπευτικής παρέμβασης (που βασίζεται στην ύπαρξη κινήτρου και περιλαμβάνει όλες τις φάσεις της θεραπευτικής αλυσίδας),χωρίς να αμφισβητείται για τα πλεονεκτήματά του έναντι των υποχρεωτικών μοντέλων θεραπείας,παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες: ένας μεγάλος αριθμός ατόμων είτε δε μπορεί να γίνει δεκτός,είτε αντιστέκεται,είτε δεν επιθυμεί καν την επαφή μ'αυτό. Ουσιαστικά,για όλους αυτούς,δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις πλην την επιβολής του θεραπευτικού μέτρου όταν η περίπτωση τους εισχωρήσει στο σύστημα απονομής της ποινικής δικαιοσύνης.

Ένα άλλο θέμα είναι η ίδια η θεραπευτική δομή των προγραμμάτων αυτών.Ασφαλώς δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού προγράμματος,που περιλαμβάνει τουλάχιστον όλες τις φάσεις της λεγόμενης "θεραπευτικής αλυσίδας".

Μετά την τροποποίηση του άρθρου 14 του ν.1729/87 από το ν.2161/93,ίσως,θα ήταν σκοπιμο,να προσδιοριστεί,τόσο το είδος της θεραπείας,όσο και οι απαιτούμενες χρονικές φάσεις αυτής.Το άρθρο 23 του ν.1729/87,προβλέπει ως ελάχιστο χρόνο θεραπείας τους 12 μήνες.Το ερώτημα λοιπόν,που τίθεται σ'αυτό το σημείο είναι:Ποιά επιστημονική αξιολόγηση καθορίζει ότι αυτός ο χρόνος απαιτείται μόνο για την άρση της σωματικής εξάρτησης,δεδομένου ότι η φάση αυτή διαρκεί μόνο λίγες ημέρες;

Η απάντηση φαίνεται να είναι εύκολη.Ωστόσο,ο νόμος οφείλει να διευκρινίσει αν το υπόλοιπο χρονικό διάστημα περιλαμβάνει εκτός της σωματικής και την ψυχική απεξάρτηση-υποστήριξη.

¹³⁸ Άρθρο 14 παρ.3 του ν.1729/87 όπως αυτό τροποποιήθηκε από το άρθρο 16 του ν.2161/93. Βλ. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας(1993),ό.π.

Σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση, αν το θεραπευτικό κατάστημα πέρα του απαραίτητου χρονικού διαστήματος, θα αρχίσουν να εμφανίζονται σοβαρά προβλήματα, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στην υποτροπή του.¹³⁹

Κλείνοντας την αναφορά μας στο ζήτημα της θεραπευτικής μεταχείρισης του χρήστη σύμφωνα με το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο, αξίζει να σημειωθεί ότι, ανάλογη ρύθμιση με το άρθρο 23 του ν.2161/93 προβλέπονταν και στο άρθρο 26 του ν.1729/87, με διαφορά δύο ουσιαστικά σημεία από το ν.2161/93. Αυτά τα δύο σημεία είναι:

(α) Η δυνατότητα αναβολής της άσκησης ποινικής δίωξης για τους δράστες των αδικημάτων (που προβλέπονται στο άρθρο 14 του ν.1729/87) εφαρμόζεται σε άτομα τα οποία απευθύνονται σε όλα τα θεραπευτικά προγράμματα που λειτουργούν υπό την εποπτεία ενός νέου φορέα που ιδρύεται με το νόμο 2161/93 του Οργανισμού Κατά Των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) και ο οποίος, μεταξύ των άλλων δραστηριοτήτων του έχει τον έλεγχο και την εποπτεία των θεραπευτικών προγραμμάτων. Αντίθετα το άρθρο 26 του ν.1729/87 αναφέρονταν μόνο σε ένα θεραπευτικό φορέα, το ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων). Κατ'αυτόν τον τρόπο, το ευεργέτημα παρέχονταν μόνο σε όσους γίνονταν δεκτοί και παρακολουθούσαν κάποια από τις θεραπευτικές μονάδες του ΚΕΘΕΑ.

Σήμερα, με την τροποποίηση του νόμου, ενώ μεν διατηρούνται σε ισχύ οι διατάξεις του άρθρου 26 του ν.1729/87 για τα ήδη λειτουργούντα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ, το οποίο διατηρεί το προηγούμενο καθεστώς του και δεν υπάγεται στον ΟΚΑΝΑ, παράλληλα δε, προβλέπεται η δυνατότητα συμμετοχής και σε άλλα θεραπευτικά προγράμματα τα οποία υπάγονται στην εποπτεία και τον έλεγχο του ΟΚΑΝΑ.

(β) Το ευεργέτημα της αναβολής της ποινικής δίωξης ή και της οριστικής αποχής από αυτή παρέχεται πλέον δύο φορές ενώ, σύμφωνα με την προηγούμενη ρύθμιση παρείχετο μόνο μία.¹⁴⁰

δ' περίπτωση: Όσον αφορά την αντιμετώπιση των ανηλίκων, από την ελληνική νομοθεσία, οι ανήλικοι διακρίνονται σε παιδιά (7-12 ετών) και εφήβους (13-17 ετών).

Στους εφήβους μπορεί να επιβληθεί και ποινικός σωφρονισμός, αν κριθεί ότι ο συγκεκριμένος ανήλικος είναι επικίνδυνος να διαπράξει και άλλα εγκλήματα στο μέλλον. Τα αναμορφωτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες: (α) εξωιδρυματικά (επίπληξη, υπεύθυνη επιμέλεια γονέα, υπεύθυνη επιμέλεια ειδικού επιμελητή ανηλίκων) και (β) ιδρυματικά (εγκλεισμός σε κατάστημα αγωγής). Ο ποινικός σωφρονισμός διαρκεί από 5 έως 20 χρόνια, αν για την πράξη που τελέστηκε ο νόμος απειλεί ποινή στερητική της ελευθερίας ανώτερης από 10 χρόνια. Σε κάθε άλλη περίπτωση το ελάχιστο όριο διάρκειας είναι 6 μήνες, και το μέγιστο 10 χρόνια.

¹³⁹ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1991): *Η θεραπευτική μεταχείριση του τοξικοεξαρτημένου εγκληματία από την άποψη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων* στα πρακτικά του 42ου Διεθνούς Σεμιναρίου Εγκληματολογίας με θέμα: "Η στέρηση της ελευθερίας στο ποινικό σύστημα και τα δικαιώματα του ανθρώπου", σ.302-330

¹⁴⁰ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (1993), ό.π., άρθρα 23 παρ.1,5 και 6 του ν.2161/93.

Το 1943 μια άλλη μεγάλη γερμανική φάρμα, η HOECHST (Δυτική Γερμανία) παράγει και προωθεί στην αγορά το συνθετικό παράγωγο της μορφίνης που ονομάζεται μεθαδόνη. Τα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια κυκλοφορεί ελεύθερα και διαφημίζεται σαν ισχυρό αναλγητικό. Η συνολική της φαρμακευτική δράση είναι όμοια με της ηρωίνης. Σημαντική διαφορά αποτελεί το γεγονός ότι η μεθαδόνη δρα και από το στόμα. Από πολλούς λανσάρεται σαν το νέο υπερφάρμακο που μέλει να θεραπεύσει την εξάρτηση από ηρωίνη.⁴¹

Ωστόσο, αυτός ο φαύλος κύκλος δεν κλείνει τουλάχιστον στο προσεχές μέλλον, αφού η Έκθεση της Εξεταστικής Επιτροπής του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου επισημαίνει : *"Υπάρχει σαφής αναγνωρισμένη ανάγκη για την αντικατάσταση της Μεθαδόνης από άλλες συνθετικές ουσίες που προκαλούν λιγότερο εθισμό".*⁴²

Όσον αφορά τις θεραπευτικές προσπάθειες που εστιάζονται, βασικά, σε χρήστες *"σκληρών ναρκωτικών"* (όπως οπιούχων, βενζοδιαπινών, υπνωτικών φαρμάκων και βαρβιτουρικών), ουσιών δηλαδή οι οποίες προκαλούν ισχυρή σωματική και ψυχική εξάρτηση και λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη ότι *"δεν υπάρχει χαρακτηριστικός τύπος τοξικομανούς ούτε συγκεκριμένα ναρκωτικά εθισμού, και συνεπώς δεν υπάρχει μία ενιαία λύση αλλά μάλλον πολλές που ενδέχονται ν' αλλάξουν μορφή με το πέρασμα του χρόνου και ανάλογα με τη διαφορετική κουλτούρα του ατόμου και της κοινωνίας"*⁴³, μπορούμε να τις κατατάξουμε σε δύο μεγάλες κατηγορίες :

- α. Μέθοδοι βασισμένες στη διακοπή της χρήσης της ουσίας που προκάλεσε την τοξικομανία, χωρίς παράλληλη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων (drug free programs), όπως αυτό που εφαρμόζεται στο κέντρο αποτοξίνωσης του Νταού Πεντέλης. Πρόκειται για *"στεγνά"* θεραπευτικά προγράμματα, που χρησιμοποιούν ψυχοθεραπευτικές και κοινωνικοθεραπευτικές τεχνικές, χωρίς τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών (κατά κύριο λόγο).

Οι μέθοδοι αυτές επιχειρούν την ψυχολογική ανασύνθεση του εξαρτημένου ατόμου. Μπορεί να συνίσταται στην απότομη ή την σταδιακή διακοπή της ουσίας. Η σταδιακή διακοπή (διακοπή σε προοδευτικά μειούμενες δόσεις), έχει διάφορες παραλλαγές. Η συνηθέστερη είναι ο λεγόμενος κανόνας του 10% (κάθε μέρα χορηγείται 1/10 λιγότερο της συνηθισμένης δόσης). Η χορήγηση του φαρμάκου αποσκοπεί στην αντιμετώπιση του συνδρόμου στέρησης.

- β. Μέθοδοι που συνδυάζουν τη διακοπή της ουσίας που προκάλεσε την τοξικομανία με τη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων, τα οποία είτε δεν έχουν άμεσο φαρμακολογικό συσχετισμό με την ουσία που προκάλεσε την τοξικομανία και χορηγούνται για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου, είτε συσχετίζονται φαρμακολογικά με την εξαρτητική ουσία.

α. Προγράμματα Φαρμακευτικής Παρέμβασης

Η φαρμακευτική αγωγή που βασίζεται στη μεθαδόνη, υποστηρίζεται ότι επιτρέπει την ουσιαστική απεξάρτηση του ηρωινομανούς από την ηρωίνη. Η στοματική χρήση της μεθαδόνης εμφανίζει γρήγορα συμπτώματα των οποίων η ύπαρξη μειώνεται με ομαλούς ρυθμούς.

Η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη δε θεωρεί την πλήρη και μόνιμη αποχή ως πρωταρχικό θεραπευτικό στόχο. Αντίθετα, από την πρώτη στιγμή προσφέρεται η δυνατότητα στο χρήστη να χρησιμοποιεί μια ουσία χρονίως, εάν θεωρεί ότι αυτό το βοηθά να μένει μακριά από μη προσαρμοστικές συνήθειες και συμπεριφορές της προηγούμενης ζωής του.

"Συνήθως το πρόγραμμα θεραπείας με μεθαδόνη χωρίζεται σε τρεις φάσεις :

1η φάση : Η πρώτη φάση, διάρκειας δύο μηνών, περιλαμβάνει τη χορήγηση στον εξαρτημένο δόσης, 20-40 mg μεθαδόνης το 24ωρο από το στόμα.

⁴¹ Ζαφειρίδης, Φοίβος (1984), ό.π.

⁴² Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (1986), ό.π. παράγραφος 210, σ. 89

⁴³ Στο ίδιο, παράγραφος 24, σ. 18

2η φάση : Η δεύτερη φάση, διάρκειας εννέα μηνών, σταθεροποιεί τη δόση που χορηγείται στο συγκεκριμένο άτομο.

3η φάση : Η τρίτη φάση, τέλος, περιλαμβάνει τη βαθμιαία μείωση της δόσης στον εξαρτημένο. Κατά κανόνα, επισκέπτεται την κλινική δύο φορές την εβδομάδα, υποστηρίζεται δε παράλληλα, και ψυχοθεραπευτικά.⁴⁴

Το γεγονός της μακράς δράσης της μεθαδόνης καθώς και της έλλειψης απότομων μεταβολών, επιτρέπει κατά τους υποστηρικτές τη φυσιολογική κοινωνική και οικονομική ζωή του χρήστη.⁴⁵

Ωστόσο, η αγωνία των υποστηρικτών των προγραμμάτων μεθαδόνης είναι σαφώς η κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη του ηρωινομανούς (αφού η μεθαδόνη προσφέρεται μόνο για τη θεραπείας εξάρτησης από ηρώνη), όσο κι αν αναγνωρίζεται ότι δεν αποτελεί την οριστική απάντηση στο μεγάλο πρόβλημα της ηρωινομανίας εντείνει την προσοχή στην εύρυθμη λειτουργία του υπό θεραπεία χρήστη αφού του επιτρέπει : "α) να είναι κοινωνικά βιώσιμος, β) να αποφεύγει τους βιολογικούς κινδύνους που συνεπάγεται η χρήση της νοθευμένης ηρωίνης που κυκλοφορεί στη μαύρη αγορά, γ) να αποφεύγει τις συνέπειες των δοσοληψιών του με τα κυκλώματα που εκμεταλλεύονται τη μαύρη αγορά, δ) να αποφεύγει την κοινωνική εξαθλίωση στην οποία οδηγείται κάτω από την πίεση της ανάγκης να βρίσκει καθημερινά το υψηλό χρηματικό ποσό που απαιτείται για να διασφαλίζει την ουσία από την οποία είναι εξαρτημένος, και τέλος ε) όλα αυτά σε συνδυασμό, αντικειμενικά περιορίζουν την έκταση των δραστηριοτήτων στη μαύρη αγορά των ναρκωτικών".⁴⁶

Εν γένει στην περίπτωση της μεθαδόνης αντικαθίσταται η ηρώνη με ένα βιολογικό - ψυχολογικό υποκατάστατο το οποίο -τουλάχιστον- για ένα χρονικό διάστημα διευκολύνει το χρήστη.

Στην αντίπερα όχθη, για τους επικριτές των προγραμμάτων μεθαδόνης απλώς διαπιστώνεται η υποκαταστατική της ηρωίνης χρήση της μεθαδόνης και σε τελική ανάλυση ο πραγματικός κίνδυνος της δημιουργίας μεθοδομανών.

⁴⁴ Χαϊδου, Ανθοζωή (1995), ό.π., σ. 77

⁴⁵ Jaffe, J., Peterson, R., Hodgson, R. (1986) : Ναρκωτικά - Τσιγάρο - Αλκοόλ. Προβλήματα και απαντήσεις, σ. 120

⁴⁶ Γρίβας, Κλεάνθης (1990) : Ναρκωτικά και Εξουσία, σ. 146

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

Βάσει του άρθρου 12 παρ. 2 του ν. 1729/87 όπως αυτό τροποποιήθηκε από άρθρο 14 του ν. 2161/93, η δυνατότητα που δίνεται από το νόμο στον ενήλικο χρήστη ο οποίος δεν έχει καταδικασθεί στο παρελθόν, να δηλώσει ότι επιθυμεί να συμμετάσχει σε θεραπευτικό πρόγραμμα, για να απαλλαγεί από την ποινή, καθίσταται περισσότερο προβληματική στην περίπτωση ενός ανηλίκου. Γιατί λόγω της ανωριμότητάς του δεν είναι σε θέση να δηλώσει υπεύθυνα ότι πράγματι επιθυμεί κάτι τέτοιο, οπότε μια σχετική δήλωση θα γίνεται εντελώς επιπόλαια και θα στοχεύει απλώς στην αποφυγή του εγκλεισμού, με συνέπεια να εμπλακεί ο συγκεκριμένος ανήλικος και πάλι σύντομα στα σχετικά κυκλώματα του "λευκού" θανάτου.

Ειδικότερα, όσον αφορά τα θεραπευτικά μέτρα, τα οποία προβλέπονται μεταξύ άλλων και για τις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες ο ανήλικος έχει εθιστεί στις ναρκωτικές ουσίες και δε μπορεί να αποβάλει την έξη αυτή με δικές του δυνάμεις, αυτά διατάσσονται από το δικαστήριο ανηλίκων. Σύμφωνα με το άρθρο 18 παρ. 2 του ν. 1729/87, η παραπομπή γίνεται σε θεραπευτικό ή άλλο κατάλληλο κατάστημα. Για τη διαπίστωση της εξάρτησης του παιδιού ή του εφήβου απαιτείται και σ'αυτήν εδώ την περίπτωση η διεξαγωγή πραγματογνωμοσύνης από ειδικούς, όπως προβλέπει το άρθρο 13 παρ. 2 του ν. 1729/87 όπως αυτό τροποποιήθηκε από το άρθρο 15 του ν. 2161/93.

Μέχρι την ψήφιση του ν. 1729/87, η εφαρμογή της διάταξης αυτής από τον εκάστοτε δικαστή ανηλίκων υπήρξε σπάνια. Η επιβολή της αφορούσε μόνον ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις ανηλίκων (ψυχικά ασθενών, τυφλών, κωφαλάλων, επιληπτικών) που απαιτούσαν ιδιαίτερη μεταχείριση. Η εκτέλεση δε της δικαστικής απόφασης, που επέβαλε θεραπευτικά μέτρα, σήμαινε στην πράξη εισαγωγή στο Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών παθήσεων (Δημόσιο Ψυχιατρείο). Μετά την ψήφιση του ν. 1729/87, όπου περιλήφθηκε στη διάταξη η "εξάρτηση από τις ναρκωτικές ουσίες" διατάσσεται η εισαγωγή του ανηλίκου σε θεραπευτικό ή άλλο κατάλληλο κατάστημα.¹⁴¹ "Όπως όμως είναι γνωστό, τέτοιο κατάστημα δεν υπάρχει, με αποτέλεσμα να μη μπορεί να εκτελεστεί η δικαστική απόφαση"¹⁴² Πάντως, δίνεται η διακριτική ευχέρεια στο δικαστή ανηλίκων να επιβάλει στον ανήλικο την παρακολούθηση κάποιου προγράμματος.

Ωστόσο, το παράδοξο είναι ότι μόλις ο ανήλικος συμπληρώσει το 17ο έτος της ηλικίας του θεωρείται ενήλικος σύμφωνα με το ποινικό δίκαιο και έτσι γι' αυτόν εφαρμόζονται οι προαναφερθείσες διατάξεις που ισχύουν για τα ενήλικα άτομα.

¹⁴¹ Χάιδου Ανθοζωή (1989): "Ναρκωτικά: Τρέχουσα νομοθεσία και διεθνείς τάσεις", ό.π., σημ. 57, σ. 29.

¹⁴² Χάιδου Ανθοζωή (1989): Το θεωρητικό και θεσμικό πλαίσιο του κοινωνικού ελέγχου των ανηλίκων, σ. 61

Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 18 παρ. 4 του ν. 1729/87, στην περίπτωση που ανήλικος έχει εμπλακεί ως συμμετοχος σε αξιόποινες πράξεις του νόμου για τα ναρκωτικά ή σε περίπτωση συνάφειας οποιασδήποτε αξιόποινης πράξης ανήλικου σε αξιόποινες πράξεις του νόμου για τα ναρκωτικά που τελέστηκαν από ενήλικους, η υπόθεση χωρίζεται πάντοτε ως προς τον ενήλικα.¹⁴³

Αναμφίβολα, η διεύρυνση των περιπτώσεων εφαρμογής αυτού του ενεργητικού μέτρου, αποτελεί ένα θετικό βήμα σε σχέση με το καθεστώς που ίσχυε σύμφωνα με το ν. 1729/87. Ωστόσο, η θεραπευτική απάντηση στα πολλά και ποικίλα προβλήματα που άπτονται της τοξικοεξάρτησης, δε μπορεί να είναι σχηματική. Αυτό σημαίνει πως η αποτυχία μίας ή δύο προσπαθειών απεξάρτησης, δεν προδικάζει αναγκαία ότι ο χρήστης είναι αβελτίωτος. Στην ουσία, είναι αντιφατικό το γεγονός ότι η αποτυχία μίας ή δύο προσπαθειών απεξάρτησης, στις οποίες υπήρχε κίνητρο από μέρους του θεραπευόμενου, να ακολουθείται από την καταστολή ή την επιβολή θεραπευτικού μέτρου. Μπορεί να πει κανείς πως αυτή η λύση ταυτίζεται με την αποτυχία. Για το λόγο αυτό, η δυνατότητα της αποθεραπείας θα πρέπει να αναγνωρίζεται στον θεραπευμένο ως δικαίωμα κι όχι ως παραχώρηση. Η επισημάνση αυτή αποκτά ειδικό βάρος αν λάβει κανείς υπόψιν του το γεγονός ότι πριν από το ν. 2161/93, ο ν. 1729/87 αναγνώριζε μόνο μια θεραπευτική δυνατότητα, αυτή που παρείχε το ΚΕ.Θ.Ε.Α. Έτσι εκείνα τα άτομα που δε γίνονταν δεκτά στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. ή δεν κατάφερναν να ολοκληρώσουν με επιτυχία το πρόγραμμά του (είτε γιατί αντιδρούσαν απέναντι στη φιλοσοφία του, είτε στη θεραπευτική του δομή), θεωρούντο εξ' ολοκλήρου υπεύθυνα γι' αυτήν την αποτυχία, επιβεβαιώνοντας το στερεότυπο του αβελτίωτου.

Στο βαθμό που η ίδρυση και λειτουργία των θεραπευτικών προγραμμάτων τα οποία θα υπάγονται στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. μένουν απραγματοποίητες, ενώ, παράλληλα, παραμένει και πάλι σαφής ο στόχος του νομοθέτη, η ίδια προβληματική κατάσταση αναφορικά με τη θεραπευτική μεταχείριση του χρήστη θα εξακολουθήσει να διαιωνίζεται. Τελικά, στόχος είναι η θεραπεία του τοξικομανή ή η επιτυχής παρακολούθηση κάποιου από τα εγκεκριμένα θεραπευτικά προγράμματα; Στην ουσία, οι δύο αυτοί στόχοι δεν ταυτίζονται και αυτό γιατί στην απεξάρτηση μπορεί να φθάσει κανείς έστω και χωρίς την παρακολούθηση κάποιου θεραπευτικού προγράμματος, ή παρακολουθώντας κάποιο από αυτά τα οποία, ενδεχομένως, δεν θα εγκρίνει ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. Όμως, σύμφωνα με το άρθρο 23 του ν. 2161/93 αυτό το ευεργέτημα δεν παρέχεται, αφού η ψυχιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη θα πρέπει να συνοδεύεται από βεβαίωση παρακολούθησης κάποιου από τα εγκεκριμένα προγράμματα.¹⁴⁴ Κατ' αυτή την έννοια, *"νομιμοποιείται και η συρρίκνωση των δικαιωμάτων του ασθενή - τοξικοεξαρτημένου. Αυτό προκύπτει και από την εικόνα του τοξικοεξαρτημένου εγκληματία η οποία κυριαρχεί στις συλλογικές αναπαραστάσεις κοινού και φορέων του επίσημου κοινωνικού ελέγχου"*¹⁴⁵

¹⁴³ Χαΐδου Ανθοζωή (1989), ό.π.,σημ.134,σ.76

¹⁴⁴ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1987-88),ό.π.,σ.118

¹⁴⁵ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1991), ό.π., σ.304-305

ΜΕΡΟΣ Β: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Μέχρι σήμερα, πέρα από τη σύλληψη, την έμπνευση και την πρόταση για την τοξικοεξάρτηση και την αντιμετώπισή της, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές προσπάθειες για την οργάνωση μιας άμυνας απέναντι στο πρόβλημα της κατάχρησης.

Όλο και περισσότεροι συμφωνούν πως η καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης, αλλά κυρίως της κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών, είναι η πρόληψη των αιτιών που τη "γεννούν", η πλατύτερη και σωστότερη ενημέρωση, καθώς και η ανακάλυψη των μηχανισμών που τη συντηρούν.¹⁴⁶

Παρόλα αυτά, επικρατεί ένα είδος θεωρητικού πολέμου μεταξύ των διαφόρων φορέων, που ερμηνεύουν διαφορετικά το φαινόμενο της τοξικοεξάρτησης και κατέπτεκταση μια εντελώς διαφορετική πολιτική. Τα κέντρα αποτοξίνωσης, οι θεραπευτικές κοινότητες, οι μονάδες αυτοβοήθειας, όπως όμως και οι ιδιωτικές κλινικές και τα δημόσια ψυχιατρεία, υπήρξαν οι μόνες εφαρμοσμένες πρακτικές, οι εμπειρίες των οποίων αξίζει να μελετηθούν, τόσο στο επίπεδο της πραγματιστικής τους οργάνωσης, όσο και της (στατιστικής) αποτελεσματικότητάς τους.

Μια ταξινόμηση των κυριότερων θεραπευτικών μοντέλων για άτομα εξαρτημένα, με κριτήριο τις αρχές στις οποίες βασίζεται η θεραπευτική παρέμβαση καθώς και το στόχο στον οποίο κυρίως τείνει, αποτελεί η ακόλουθη.

1. ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Το "Μοντέλο Αναγκαστικής Θεραπείας" αναφέρεται στη φυλάκιση των ατόμων, είτε εθελοντικά, είτε υποχρεωτικά που τους απομονώνει από τη διαθεσιμότητα των ναρκωτικών. Η λογική της εξαναγκαστικής αποχής συνδέεται με την άποψη πως *"αν το εθισμένο άτομο στα ναρκωτικά υποχρεωθεί να παραμείνει για εβδομάδες ή για μήνες σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον, θα έπρεπε όταν θα ελευθερωνόταν να μπορεί να παραμείνει μακριά από τα ναρκωτικά"*¹⁴⁷. Πραφανώς, θεωρείται ότι το άτομο στη φάση της σωματικής απεξάρτησης είναι απολύτως ανίκανο να αντισταθεί στην επιθυμία να πάρει ναρκωτικά. Με άλλα λόγια, αγνοείται παντελώς η ύπαρξη κινήτρου από μέρους του τοξικομανή (αν επιθυμεί, δηλαδή, να υποβληθεί σε θεραπεία αποτοξίνωσης) και βασικός στόχος είναι να σταματήσει οποιαδήποτε χρήση τοξικών ουσιών.¹⁴⁸ Συνεπώς δε χόρηγούνται υποκατάστατες ουσίες. Επίσης στα πλαίσια αυτού του μοντέλου εντάσσεται και η μεταχείριση των τοξικομανών εγκληματιών.¹⁴⁹

¹⁴⁶ Ζαφειρίδης Φοίβος (1986), ό.π., σημ.16, σελ.14.

¹⁴⁷ Φαρσεδάκης Ιάκ., Σουλίκος Γ. (1995), ό.π., σ.529

¹⁴⁸ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1987-88), ό.π., σ.86

¹⁴⁹ Στο ίδιο, ό.π.

Ένας ειδικός τρόπος προσέγγισης της "επιβαλλόμενης αποχής" είναι η θεραπευτική κοινότητα. Αυτή συνδυάζει την απομόνωση με τη μάθηση για να ζει κανείς χωρίς ναρκωτικά σε μια μικρή κοινότητα τα μέσα από "αναμέτρηση", "πειθαρχία" και "πίεση" των φιλικών ομάδων.¹⁵⁰ Συνήθως, έχουν σαν προσωπικό πρώην εθισμένους, ενώ μερικές έχουν ιατρικό προσωπικό και καλά ποσοστά επιτυχίας έχουν αναφερθεί από θεραπευτικές κοινότητες που βοηθούν τα εξαρτημένα άτομα στις ναρκωτικές ουσίες να πετύχουν μια βελτιωμένη λειτουργικότητα και μια κατάσταση όπου δε θα έχουν ανάγκη τα ναρκωτικά. Ωστόσο, στην περίπτωση της θεραπευτικής μεταχείρισης του τοξικομανή εγκληματία, η εναλλακτική λύση ανάμεσα στις δύο επιλογές, θεραπευτικό πρόγραμμα /φυλακή, θεωρεί δεδομένο προφανώς ότι δεν υπάρχει τρίτη πιθανότητα. Αυτό σημαίνει ότι όταν κάποιος εγκαταλείπει το θεραπευτικό πρόγραμμα, είναι υποχρεωμένος από το νόμο να ξαναγυρίσει στη φυλακή.

Για να κατανοήσουμε πως γεννιέται η ιδέα της αναγκαστικής θεραπείας, χρειάζεται να φτάσουμε σε αιτιολογήσεις πολιτιστικές, πολιτικές και επιστημονικές.

Σε "πολιτιστικό επίπεδο", η αναγκαστική θεραπεία αντιστοιχεί πλήρως στο στερεότυπο "πρεζάκιας". Η εικόνα ανθρώπων που έχουν "μολυνθεί" από έναν κακοήθη και ανίκητο παράγοντα (το ναρκωτικό), ο οποίος τους έχει κάνει ανίκανους να αυτοκαθοριστούν και από τον οποίο μπορούν να ελευθερωθούν μόνο με διαδικασίες που βρίσκονται αποκλειστικά έξω από τη θέλησή του.

Σε "πολιτικό επίπεδο", η λύση της αναγκαστικής θεραπείας, προσφέρει τη δυνατότητα να αντιμετωπιστεί ένα σύνθετο πρόβλημα, το οποίο συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με κοινωνικές δυσλειτουργίες, μέσα από μια σειρά νομικών και γραφειοκρατικών διατάξεων, εμφανώς ακατάλληλων για το λύσουν, οι οποίες όμως αρκούν για να δώσουν στην κοινή γνώμη την εντύπωση ότι ετοιμάζουν μια αποφασιστική και ριζοσπαστική παρέμβαση.

Σε "επιστημονικό επίπεδο", η ιδέα της αναγκαστικής θεραπείας βρίσκει μια αναντίρρητη βάση στο γεγονός ότι ένα από τα τυπικά χαρακτηριστικά των τοξικοεξαρτημένων είναι ένα είδος σχιζοφρένειας, του διχασμού της προσωπικότητας προς δύο αντίθετες κατευθύνσεις: από τη μια εκείνη που κυριαρχείται από την επιθυμία της ικανοποίησης και της άμεσης ευεξίας (που ταυτίζεται με το ναρκωτικό) και από την άλλη εκείνη που, εξετάζοντας συνολικά την κατάσταση και την εξέλιξη της στο μέλλον, νιώθει την ανάγκη να βγει από την τοξικοεξάρτηση.¹⁵¹

Η αποτελεσματικότητα αυτού του μοντέλου θεραπείας, έχει εξεταστεί, από τη στιγμή που μακροχρόνια εισαγωγή σε νοσοκομεία που περιορίζει την πρόσβαση στα ναρκωτικά, ακόμα και στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες συνοδεύεται από εντατική φυσικοθεραπεία, και άλλα μέτρα αποκατάστασης, δεν έχει πάντα καταλήξει στο επιθυμητό αποτέλεσμα: να παραμείνει ο χρήστης μακριά από τα ναρκωτικά μετά την απαλλαγή.

¹⁵⁰ Φαρσεδάκης Ιάκ., Σουλίκος Γ. (1995), ό.π., σ.529

¹⁵¹ Amapo Giancarlo (1995), ό.π., σ.120

Στο βιβλίο του Giancarlo Arnao "Το δίλημμα ηρωίνη" γίνεται μια πλήρη παράθεση απόψεων και ερευνών σχετικά με την αποτελεσματικότητα του αναγκαστικού μοντέλου θεραπείας.

Οι ψυχίατροι Cooper D. και Canegrini L.¹⁵² φαίνεται να καταλήγουν στο κοινό συμπέρασμα σύμφωνα με το οποίο η υποχρεωτική και άκαιρη διακοπή μιας συνήθειας (όπως αυτή της χρήσης ναρκωτικών ουσιών), απ'όπου και αν αυτή προέρχεται, μπορεί τελικά να είναι καταστροφική, μέχρι του σημείου να επιφέρει κατάθλιψη, κρίση στέρησης ή ακόμα και αυτοκτονία.

Ένα εντελώς απογοητευτικό πλαίσιο αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του εν λόγω θεραπευτικού μοντέλου περιγράφεται μέσα από ένα σύνολο ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο.

Μια αμερικάνικη έρευνα (Brecher 1972)¹⁵³ η οποία αναφέρεται σε μια θεραπευτική κοινότητα του Connecticut που δούλευε μόνο με άτομα τα οποία δέχονταν το θεραπευτικό πρόγραμμα ως εναλλακτική λύση της φυλακής, παρουσίασε τα εξής αποτελέσματα: το 40% των ατόμων επέλεγε να επιστρέψει στη φυλακή. Βέβαια, στην έρευνα αυτή δε γίνεται αναλυτική αναφορά για την έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Επίσης σύμφωνα με μια άλλη αμερικάνικη έρευνα (Salmon-Salmon 1983)¹⁵⁴, η οποία είχε ως δείγμα 51 άτομα τα οποία ακολουθούσαν υποχρεωτική θεραπεία έναντι ισάριθμου δείγματος ατόμων που ακολουθούσαν το πρόγραμμα οικειοθελώς, διαπιστώθηκε ότι η υποχρεωτική θεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα σε "αυτούς που είναι διατεθειμένοι να δουν τις κοινωνικές δομές με καλύτερο μάτι και να ενταχθούν σ'αυτή την κοινωνία". Ωστόσο η υποχρεωτική θεραπεία αποδείχθηκε ανώφελη "για εκείνες τις ομάδες που είχαν αποξενωθεί περισσότερο από την κοινωνία". Τα άτομα αυτά, σύμφωνα πάντα με την έρευνα, ακολούθησαν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα εν μέρει με συντήρηση με μεθαδόνη και εν μέρη μ'ένα πρόγραμμα που θα μπορούσε να προσδιορίσει ως "στεγνό" πρόγραμμα (drug free).

Μια πιο χρήσιμη αναφορά είναι αυτή που μας προσφέρεται από τη γερμανική πραγματικότητα. Σύμφωνα με τον Drogenbeauftragte της Γερουσίας του Δυτικού Βερολίνου¹⁵⁵ η λειτουργικότητα των "μακρόχρονων θεραπειών"¹⁵⁶ για τη χρονική περίοδο 1979-1981 παρουσιάζεται ανεπιτυχής.

¹⁵² Στο ίδιο, σ.121-122

¹⁵³ Στο ίδιο, σ.122

¹⁵⁴ Στο ίδιο, σ.122-123

¹⁵⁵ Ο Drogenbeauftragte είναι οργανισμός που ελέγχει και χρηματοδοτεί όλες τις δομές περίθαλψης για τους τοξικοεξαρτημένους. Βλ. στο ίδιο, σ.123

¹⁵⁶ Με τον όρο "μακρόχρονη θεραπεία" προσδιορίζεται η Κοινότητα όπου εφαρμόζεται η υποχρεωτική θεραπεία. Στο ίδιο, ό.π.

Πιο συγκεκριμένα:

- "Από τα 1500 άτομα που παρακολούθησαν το πρόγραμμα των Θεραπευτικών Κοινοτήτων ανάμεσα στην πρώτη Ιανουαρίου 1979 και στις 31 Δεκεμβρίου 1981, περίπου το 60% εγκατέλειψε το θεραπευτικό πρόγραμμα πριν από το τέλος (κατά μέσο όρο δεκαοκτάμηνης διάρκειας)
- το 75% των εγκαταλείψεων (δηλαδή το 45% του συνόλου) έγινε τους πρώτους τρεις μήνες
- το 50% των εγκαταλείψεων (δηλαδή το 30% του συνόλου) έγινε τις δύο πρώτες εβδομάδες".¹⁵⁷

Όσον αφορά τα αποτελέσματα των "μακρόχρονων θεραπειών", η ίδια πηγή (Drogenbeauftragte) παρουσιάζει μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Kassel, περίπου την ίδια χρονική περίοδο με την προαναφερθείσα. Σύμφωνα μ' αυτή (C. Kurtz, 1979)¹⁵⁸ το δείγμα αποτέλεσαν 57 άτομα, τα οποία παρακολούθησαν το θεραπευτικό πρόγραμμα των Θεραπευτικών Κοινοτήτων τουλάχιστον επί έξι μήνες (ολόκληρος ο κύκλος θεραπείας διαρκούσε τουλάχιστον εννιά μήνες). Τα 57 άτομα ήταν το 86% μιας αρχικής ομάδας που τελούσε υπό εξέταση, από την οποία το 13% δεν στάθηκε δυνατόν να βρεθεί ύστερα από κάποιο χρονικό διάστημα. Επίσης, το follow up ήταν κατά μέσο όρο δύο χρόνια (το ανώτερο 4 χρόνια, ενώ το κατώτερο δεν προσδιορίζεται). Μετά το τέλος του follow up προέκυψαν τα εξής στατιστικά στοιχεία:

- "Μόνο το 26% των συμμετεχόντων δεν χρησιμοποίησε ή χρησιμοποίησε το πολύ μια φορά, ηρωίνη μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος
- Παραγωγική δραστηριότητα: ο αφιερωμένος χρόνος σε δουλειά και / ή σε σπουδές ήταν κατά μέσο όρο το 49% πριν από το θεραπευτικό πρόγραμμα και το 41% τη στιγμή του follow up
- Όσον αφορά την πηγή οικονομικών πόρων, οι συμμετέχοντες απέφευγαν όσο το δυνατόν περισσότερο τις παρανομίες και κατέφευγαν στη βοήθεια της κοινωνικής περίθαλψης
- το 39% των συμμετεχόντων βρισκόταν τη στιγμή της έρευνας στη φυλακή ή στο νοσοκομείο". Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι, συνολικά ο ερευνητής ταξινομεί ως εξής τα αποτελέσματα της αγωγής "καλά" 12%, "μέτρια" 26%, "κάκιστα" 50%.

Η παραπάνω έρευνα μας παρέχει αποκαλυπτικά στοιχεία αναφορικά με την πραγματική λειτουργικότητα και την παραγωγικότητα των συμμετεχόντων στο θεραπευτικό πρόγραμμα αναγκαστικής θεραπείας. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της προαναφερθείσας έρευνας φαίνεται ότι, μόνο ένα 50% περίπου των συμμετεχόντων παρακολουθούσε το πρόγραμμα επί έξι μήνες (το 45% δεν ξεπερνούσε το όριο των τριών μηνών). Οπότε, η πραγματική λειτουργικότητα της αναγκαστικής θεραπείας είναι της τάξεως του 6-13%.

Ωστόσο, ανησυχητική όψη έχουν και τα σχετικά με την κοινωνική ένταξη στοιχεία. Σύμφωνα μ' αυτά βλέπουμε ότι, ο δείκτης παραγωγικότητας πέφτει κατά μέσο όρο στους συμμετέχοντες από το 49 στο 41%.

¹⁵⁷ Στο ίδιο, σ. 123-124

¹⁵⁸ Στο ίδιο, ό.π.

Συμπερασματικά, το γεγονός ότι η παρέμβαση των θεραπευτικών προγραμμάτων αναγκαστικής θεραπείας εξαντλείται στην πρώτη φάση της θεραπευτικής αλυσίδας (σωματική απεξάρτηση) σε συνδυασμό με το γεγονός ότι αγνοείται το κίνητρο, αποτελεί το αντικείμενο των κυριότερων κριτικών απέναντι σ' αυτά τα προγράμματα. Προφανώς, ενώ τα άτομα προχωράνε καλά όταν συμμετέχουν στο πρόγραμμα αυτό, όταν απαλλαγούν, αντιθέτως, έχουν την έντονη τάση να επιστρέψουν στην παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών.¹⁵⁹ (-)

¹⁵⁹ Φαρσεδάκης Ιάκ. , Συλίκος Γ. (1995), ό.π. , σ.529-530

II : ΟΛΛΑΝΔΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΘΑΔΟΝΗΣ-Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΟΛΛΑΝΔΙΑΣ

"Καμιά ορθόδοξη ή απόλυτη άποψη δεν υπάρχει στην πολιτική της χώρας μας ενάντια στα ναρκωτικά. Υπάρχουν πολλοί τρόποι. Εμείς διαλέξαμε ν' απορρίψουμε κάθε επιλογή κοινωνικού απαγορευτισμού. Κι εδώ και 15 χρόνια, τα γεγονότα μας επιβεβαιώνουν. Η μείωση των θανάτων, του αριθμού των χρηστών και των εγκλημάτων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά". Οι θέσεις αυτές ανήκουν στο Λ. Ζάαλ, αστυνομικό διευθυντή της Δίωξης Ναρκωτικών στο Άμστερνταμ και στον Π. Κοέν, κοινωνιολόγο, υπεύθυνο του προγράμματος για τις εξαρτήσεις από ναρκωτικά, επίσης, στο Άμστερνταμ.¹⁶⁰

Η ολλανδική πολιτική απέναντι στις ψυχοτρόπες ουσίες θα μπορούσε να συνοψιστεί σε μία φράση : "Είναι καλύτερα να μην παίρνεις ψυχοτρόπες ουσίες. Αλλά εάν παίρνεις, φρόντισε να τις παίρνεις με τρόπο που να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι που διατρέχεις". Έτσι, εάν κάποιος επιθυμεί να καταναλώσει ή αδυνατεί να μην καταναλώσει εξαρτησιογόνες ουσίες, το μόνο που μπορεί να κάνει μια έλλογη δημοκρατική κοινωνία είναι να περιορίσει τις πιθανές επικίνδυνες συνέπειες αυτής της επιλογής.

Στην Ολλανδία, λοιπόν, εφαρμόζονται προγράμματα μεθαδόνης για την απεξάρτηση και για όσους δεν προτίθενται ν'ακολουθήσουν αυτό το πρόγραμμα, υπάρχει η δυνατότητα "να μπουν και να βγουν σ' ένα οποιοδήποτε από τα προγράμματα που εφαρμόζονται, με ή χωρίς τη χρήση φαρμάκων".

Ωστόσο, μέχρι τα μέσα του 20ού αιώνα, η χρήση του όπιου στην Ολλανδία ήταν περιορισμένη μεταξύ των Κινέζων μεταναστών που ζούσαν στο Άμστερνταμ και το Ρότερνταμ και μιας κατηγορίας Ολλανδών που αποτελούνταν κυρίως από γιατρούς, φαρμακοποιούς, νοσοκόμες και καλλιτέχνες. Όμως, από τη δεκαετία του 1960 η χρήση του όπιου και των παραγώγων του (μορφίνη, ηρωίνη) άρχισε να διαδίδεται και σε άλλες κοινωνικές ομάδες, όπως σε ορισμένους νέους μεσαίων αστικών στρωμάτων και στους μετανάστες.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 υπήρχαν μόνο λίγες εκατοντάδες Ολλανδοί που ήταν εξαρτημένοι από ηρωίνη. Έτσι, ενώ πριν από το 1972 η χρήση της ηρωίνης στην Ολλανδία κυμαίνονταν σε πολύ χαμηλά επίπεδα (παρά το γεγονός ότι η προμήθειά της ήταν πολύ εύκολη και φτηνή), το καλοκαίρι του 1972 δεν θεσπίστηκαν ορισμένα κατασταλτικά μέτρα στον εφοδιασμό της αγοράς με ηρωίνη. Η εφαρμογή των μέτρων αυτών πυροδότησε τη σταδιακή αύξηση της κατανάλωσης ηρωίνης, τη βαθμιαία αύξηση του αριθμού των χρηστών της, τη γοργή αύξηση της τιμής της στην "μαύρη αγορά", καθώς και τη μείωση της καθαρότητάς της.

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 στην Ολλανδία είχε γίνει κοινή συνείδηση και αναγνωρίστηκε δημόσια η ολοκληρωτική αποτυχία της όποιας κατασταλτικής πολιτικής απέναντι στις απαγορευμένες ψυχοτρόπες ουσίες.

¹⁶⁰ Γκριβας Κλεάνθης(1990):*Ναρκωτικά και Εξουσία*. σ.71

Με την Opium Act, το 1976, οι ουσίες στην Ολλανδία διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες : α) στις ουσίες "υψηλού κινδύνου" (ηρωίνη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες και LSD) και β) στις ουσίες "χαμηλού κινδύνου" (κάνναβη και τα παράγωγά της, μαριχουάνα, χασίς). Είναι προφανές ότι η χρήση των ουσιών είναι αποποινικοποιημένη, ενώ εξακολουθεί να διώκεται η διακίνηση. Η χρήση των ουσιών "χαμηλού κινδύνου" είναι εντελώς ελεύθερη, ενώ η χρήση των ουσιών "υψηλού κινδύνου" αποτελεί αφορμή σύλληψης των χρηστών μετά από καταγγελία και δεν επιτρέπεται κράτηση πάνω από 6 ώρες (εφ' όσον δε συντρέχουν λόγοι άλλου αδικήματος).

Από το 1976 και μετά, η ολλανδική πολιτική απέναντι στις ελεγχόμενες ουσίες διαμορφώθηκε και αναπτύχθηκε γύρω από τέσσερις βασικούς άξονες :

"1. Την αποποινικοποίηση της χρήσης όλων των απαγορευμένων ουσιών".

2. Τη χορήγηση υποκατάστατων υπό υγειονομικό έλεγχο.

3. Τη διάθεση της κάνναβης από ειδικά μαγαζιά (coffee shops).

4. Την παροχή κοινωνικής και ιατρικής μέριμνας στους εξαρτημένους".¹⁶¹

Στον πυρήνα της ολλανδικής πολιτικής απέναντι στις ψυχοτρόπες ουσίες βρίσκεται η επίγνωση του γεγονότος ότι "η απόρριψη των χρηστών και των εξαρτημένων από την κοινωνία προκαλεί, σταθεροποιεί και ανατροφοδοτεί διαρκώς τον κοινωνικό διαχωρισμό τους, την ανάπτυξη μιας περιθωριακής κουλτούρας και περιθωριακών τρόπων ζωής, και, κατ' επέκταση, την αύξηση της ζήτησης των ουσιών που συνδυάζονται ή συναρτώνται μ' αυτούς τους τρόπους ύπαρξης".¹⁶²

Τα αποτελέσματα αυτής της αντιμετώπισης παρουσιάζονται ιδιαιτέρως ενδιαφέροντα. Πιο συγκεκριμένα :

α. Ο αριθμός των εξαρτημένων από απαγορευμένες εξαρτησιογόνες ουσίες παρουσιάζει σταθερή μείωση και έπεσε στο 0,15% του συνολικού πληθυσμού. Έτσι, "σε ολόκληρη την Ολλανδία μειώθηκαν από 35.000 το 1980 σε 21.000 το 1990 και σε 20.000 το 1992 (στο Άμστερνταμ μειώθηκε από 7.000 το 1980 σε 3.200 το 1990 ή σε 6.000 εάν συνυπολογισθούν και οι 2.800 αλλοδαποί εξαρτημένοι). Η αναλογία μεταξύ εξαρτημένων χρηστών και του συνολικού πληθυσμού ήταν 1/428 το 1980 και 1/715 το 1990 (στο Άμστερνταμ ήταν 1/100 το 1990 ή 1/125 εάν υπολογισθούν και οι αλλοδαποί εξαρτημένοι)".¹⁶³

β. Ο αριθμός των θανάτων που συνδέονται με τη χρήση των ελεγχόμενων ουσιών παρουσιάζει σημαντική μείωση. Έτσι, "σε ολόκληρη την Ολλανδία ο αριθμός των θανάτων που είχαν ως κύρια ή δευτερεύουσα αιτία τους όλες τις παράνομες απαγορευμένες ουσίες (ηρωίνη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες κ.ά.) μειώθηκε από 73 το 1980 σε 52 το 1990 και τελικά τείνει να σταθεροποιηθεί γύρω στους 50. Η αναλογία των θανάτων που συνδέονται με τη χρήση των ελεγχόμενων ουσιών και του γενικού πληθυσμού ήταν 1/205.000 κατοίκους το 1980 και 1/288.000 το 1990".¹⁶⁴

¹⁶¹ Στο ίδιο , σ.242

¹⁶² Στο ίδιο , σ.247

¹⁶³ Στο ίδιο , σ.249

¹⁶⁴ Στο ίδιο , σ.249-250

γ. Ο τρόπος χρήσης των διαφόρων ουσιών έχει υποστεί ριζικές μεταβολές σε βάρος της ενέσιμης λήψης, η οποία είναι και η πλέον επικίνδυνη μέθοδος. Στην Ολλανδία, η πλειοψηφία των χρηστών δεν κάνει ενέσιμη χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης. Έτσι, "στο Άμστερνταμ (που έχει 700.000 κατοίκους και 5 - 6.000 εξαρτημένους) το ποσοστό των χρηστών ενέσιμων ουσιών είναι μικρότερο από το 40% του συνόλου τους. Σε αρκετές επαρχιακές πόλεις η ενέσιμη χρήση αποτελεί ταμπού"¹⁶⁵

δ. Η κατάσταση της υγείας των εξαρτημένων είναι καλή και η εξάπλωση του ΕΙΤΖ μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ουσιών είναι χαμηλότερη σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Έτσι, "στην Ολλανδία το 1989 υπήρχαν 75 φορείς του ΕΙΤΖ που ήταν χρήστες ενέσιμων ουσιών (ποσοστό 7% του συνόλου των χρηστών ενέσιμων ουσιών) και το 1990 ο αριθμός τους ανερχόταν σε 120 σε σύνολο 1.313 φορέων (ποσοστό 9%). Το 1990 ο αριθμός των εξαρτημένων που προσβλήθηκαν από ΕΙΤΖ λόγω δραστηριοτήτων που έχουν σχέση με τη χρήση των ελεγχόμενων ουσιών, περιορίστηκε στους 19"¹⁶⁶ Ο πίνακας παρουσιάζει το σύνολο των χρηστών ενέσιμων παρανόμων ουσιών και το αντίστοιχο ποσοστό αυτών που είναι φορείς του ΕΙΤΖ σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και τις Η.Π.Α.:

ΧΩΡΑ (1989)	ΑΡΙΘΜΟΣ Χ.Ε.Π.Ο.	Χ.Ε.Π.Ο. ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ ΕΙΤΖ
Βρετανία	80	3%
Ολλανδία	75	7%
Αυστρία	104	28%
Γαλλία	1.603	18%
Γερμανία	506	12%
Η.Π.Α.	100.936	28%

Χ.Ε.Π.Ο. : Χρήστες ενέσιμων Παρανόμων Ουσιών¹⁶⁷

ε. Ο αριθμός των ανθρωποκτονιών, που αποτελεί έναν από τους βασικούς δείκτες της εγκληματικότητας, εμφανίζεται χαμηλός. Έτσι, "το 1989 σημειώθηκαν 175 ανθρωποκτονίες σε όλη την Ολλανδία. Απ' αυτές, οι 46 έγιναν στο Άμστερνταμ, μια πόλη με 700.000 κατοίκους, ανάμεσα στους οποίους ένα σημαντικό ποσοστό αλλοδαπών".¹⁶⁸

στ. Οι νέοι έχουν υιοθετήσει μια υπεύθυνη αρνητική στάση απέναντι σε όλες τις ελεγχόμενες ψυχοτρόπες ουσίες. Έτσι, ενώ "το 1976 χρησιμοποιούσε ευκαιριακά κάνναβη το 3% των νέων ηλικίας 15-16 ετών και το 10% των νέων 17-18 ετών, το 1985 τα ποσοστά αυτά μειώθηκαν σε 2% και 6% αντιστοίχως". Επίσης, "το 1988-1989 στο σύνολο των νέων μέχρι 19 ετών, μόνο το 2,7% είχε δοκιμάσει κάνναβη και το 0,4% ηρωίνη και κοκαΐνη".¹⁶⁹

¹⁶⁵ Στο ίδιο, σ.250-251

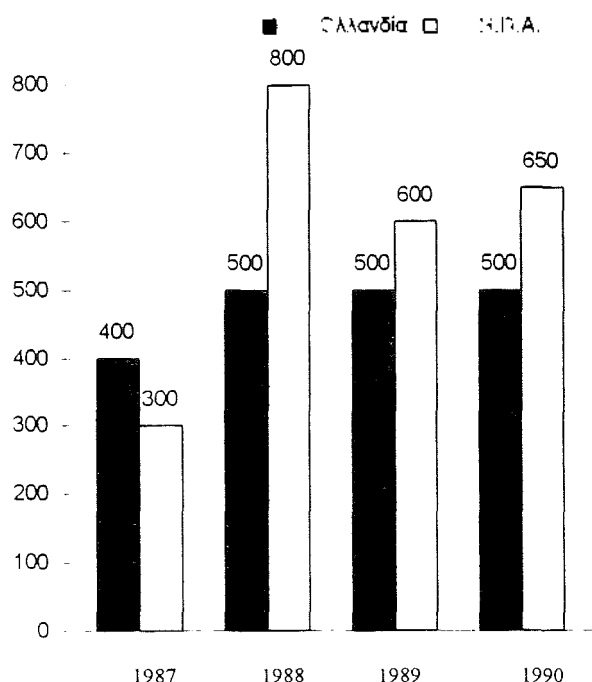
¹⁶⁶ Στο ίδιο, σ.251

¹⁶⁷ Στο ίδιο, σ.252

¹⁶⁸ Στο ίδιο, ό.π.

¹⁶⁹ Στο ίδιο, σ.252-253

ζ. Η ολλανδική πολιτική απαλλάσσει τις διωκτικές υπηρεσίες της χώρας από το κυνήγι των χρηστών και των μικροδιακινητών, οπότε αυξάνεται η αποτελεσματικότητά τους εναντίον των καρτέλ που ελέγχουν τη διακίνηση των παράνομων ουσιών. Έτσι, "οι ποσότητες της ηρωίνης που κατάσχονται κάθε χρόνο στην Ολλανδία είναι περίπου ίσες με αυτές που κατάσχονται στις Η.Π.Α."¹⁷⁰ Ο πίνακας¹⁷¹ παρουσιάζει τις κατασχέσεις ηρωίνης στην Ολλανδία και τις Ηνωμένες Πολιτείες (σε κιλά) :



Με την Ελλάδα, φυσικά, δε μπορεί να γίνει καμιά σύγκριση αφού, τόσο ο ν. 743/70, όσο και ο ν. 1729/87, που απαγόρευαν ρητώς τη χρήση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης, απέτρεπαν τη δημιουργία σχετικών προγραμμάτων. Στα τέλη της δεκαετίας του '80 όμως, η ιδέα της εφαρμογής προγραμμάτων ποικίλης θεραπευτικής φιλοσοφίας που να ανταποκρίνονται καλύτερα σ' ένα μεγάλο φάσμα αναγκών του εξαρτημένου χρήστη ηρωίνης κέρδιζε συνεχώς έδαφος στην επιστημονική κοινότητα της χώρας μας.

Η λειτουργία της "Διακομματικής Επιτροπής της Βουλής για τα Ναρκωτικά" κατά τα έτη 1990 - 1992 καθώς και η έκδοση του εμπειριστατωμένου πορίσματος της, που τάσσονται σαφώς υπέρ της προσεκτικής εφαρμογής της μεθόδου υποκατάστασης ήταν καθοριστική για τη διαμόρφωση της σχετικής φιλοσοφίας του επερχόμενου τροποποιητικού νομοσχεδίου για τα ναρκωτικά.

¹⁷⁰ Στο ίδιο, σ.253-254

¹⁷¹ Στο ίδιο, σ.254

Ο Ν. 2161 που τελικά ψηφίσθηκε από τη Βουλή στις 26 Ιουλίου 1993 (ΦΕΚ 119Α') άνοιξε το δρόμο για την ίδρυση μονάδων υποκατάστασης με το άρθρο 12, που όριζε μεταξύ των άλλων και τα εξής :

"... Χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης απαγορεύεται. Κατ' εξαίρεση της εξάρτησης σε ειδικές δημόσιες μονάδες στις οποίες δίδεται η σχετική άδεια με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Στην απόφαση πρέπει να καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται.

Επίσης επιτρέπεται από ειδικές δημόσιες μονάδες απεξάρτησης η χορήγηση ανταγωνιστικών ουσιών που αδρανοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων.

*Όποιος χορηγεί ναρκωτικές για υποκατάσταση της εξάρτησης κατά παράβαση της πιο πάνω Υπουργικής απόφασης, τιμωρείται με τις ποινές του άρθρου 5 του παρόντος νόμου"...*¹⁷²

Βάσει του νόμου αυτού, η δημιουργία μονάδων υποκατάστασης απαιτούσε Υπουργική απόφαση και σύμφωνη γνώμη του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου (Δ.Σ.) Ο.ΚΑ.ΝΑ. συγκροτήθηκε Επιστημονική Γνωμοδοτική Συμβουλευτική Επιτροπή. Αυτή επεξεργάστηκε, μελέτησε και εισηγήθηκε τη φιλοσοφία, τους στόχους, τη δομή καθώς και τις προϋποθέσεις ένταξης στο *"Πειραματικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης"*.

Η εισηγήση της Επιστημονικής Επιτροπής κατατέθηκε στα τέλη Δεκεμβρίου 1994 στο Δ.Σ. του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Το Δ.Σ. του Ο.ΚΑ.ΝΑ. με την υπ' αριθ 1/24-1-1995 απόφασή του ενέκρινε την εισηγήση και την παρέπεμψε στον Υπουργό Υγείας που εξέδωσε την αριθ. ΓΕΟ/25 Υπουργική απόφαση που δημοσιεύθηκε στις 6 Απριλίου 1995 (ΦΕΚ 254Β')¹⁷³

Ωστόσο, οι ενέργειες για τη δημιουργία του Π.Π.Υ. είχαν ήδη αρχίσει από το Δεκέμβριο του '94, όταν κλιμάκιο του Υπουργείου Υγείας με επικεφαλής τον Υφυπουργό κ. Σκουλάκη επεσκέφθη την Ολλανδία για να μελετήσει το εκεί σύστημα χορήγησης υποκατάστατων.

Αποφασίσθηκε να εφαρμοσθεί το Ολλανδικό πρότυπο χορήγησης μεθαδόνης, όσον αφορά την επιστημονική και τεχνολογική υποδομή του, λόγω της μεγάλης πείρας των Ολλανδών στον τομέα αυτό. Παράλληλα, έγινε σαφές ότι έπρεπε να γίνει απολύτως σεβαστή η κοινωνικοπολιτική και νομική ιδιαιτερότητα του Ελληνικού Χώρου, που βεβαίως διαφέρει σημαντικά από την Ολλανδική φιλοσοφία αντιμετώπισης της εξάρτησης.

Τον Μάρτιο του 1995 κλιμάκιο Ελλήνων εμπειρογνομόνων μετέβη στο Άμστερνταμ για να μελετήσει την επιστημονική, τεχνική και αρχιτεκτονική υποδομή των μονάδων μεθαδόνης. Τον επόμενο μήνα καθορίστηκαν τα κτίρια που θα στέγαζαν τις μονάδες στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη και άρχισαν οι αρχιτεκτονικές μελέτες, εσωτερικής διαρρύθμισης και εξοπλισμού.

¹⁷² Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (1993), ό.π., σσημ. 137 σελ. 61.

¹⁷³ Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) (1995) : *Πειραματικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης*, σ.4

Οι εσωτερικές διαρρυθμίσεις ολοκληρώθηκαν στη Θεσσαλονίκη στα τέλη Αυγούστου και στην Αθήνα, στα τέλη Σεπτεμβρίου του ίδιου έτους.

Παράλληλα, πραγματοποιήθηκαν οι διαδικασίες προκήρυξης και πρόσληψης του προσωπικού. (19 άτομα στην Αθήνα και 13 στη Θεσσαλονίκη) [Παρακάτω αναγράφονται οι ενδεικτικές συνθέσεις προσωπικού για Π.Π.Υ. στα οποία συμμετέχουν 100 και 200 Ενδοφλέβιοι Χρήστες Ηρωίνης (Ε.Χ.Η.) αντίστοιχα!]¹⁷⁴ Από το τέλος Αυγούστου 1995 άρχισε η εντατική εκπαίδευση του επιστημονικού προσωπικού.¹⁷⁵

Στις 22 Ιανουαρίου 1996 ξεκίνησε το πρόγραμμα χορήγησης μεθαδόνης που σε πρώτη φάση αφορά 300 ηρωινομανείς, 200 από το νομό Αττικής και 100 από τη Θεσσαλονίκη.

	Π.Π.Υ. για 100 Ε.Χ.Η.	Π.Π.Υ. για 200 Ε.Χ.Η.
Ιατροί	2	3
Ψυχολόγος	1	3
Κοιν. Λειτουργός	1	2
Νοσηλεύτριες	4	4
Γραμματείς	2	3
Δακτυλογράφος	1	1
Καθαρίστρια	1	2
Φύλακας	1	1
Σύνολο	13	19

Η φιλοσοφία του Π.Π.Υ. στην Ελλάδα περικλείεται μέσα στις παρακάτω τρεις προτάσεις :

"1. Ο τελικός στόχος είναι η απεξάρτηση των Ε.Χ.Η. από όλες τις ναρκωτικές ουσίες, περιλαμβανομένων και των υποκατάστατων.

2. Η ελαχιστοποίηση των κινδύνων (*harm minimization*) από τη χρήση, τόσο για τον Ε.Χ.Η., όσο και για την κοινωνία.

3. Η παροχή υψηλής ποιότητας ψυχοκοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών σε όλους τους Ε.Χ.Η., που πρέπει να συνοδεύει τη χορήγηση υποκαταστάτων".¹⁷⁶

Οι βασικοί στόχοι του Π.Π.Υ. για τους Ε.Χ.Η. στην Ελλάδα παρουσιάζονται ως εξής :

"1. Αποχή από τη χρήση οπιοειδών.

2. Αποχή από τη χρήση άλλων ναρκωτικών.

3. Αποχή από την κατάχρηση αλκοόλ.

4. Μείωση της εγκληματικότητας.

5. Εξεύρεση εργασίας / παραγωγικής απασχόλησης, βελτίωση του επιπέδου σπουδών - επαγγελματική εξέλιξη.

6. Αντιμετώπιση προβλημάτων σωματικής ή ψυχικής υγείας.

7. Μεγάλα ποσοστά παραμονής των Ε.Χ.Η. στο πρόγραμμα.".¹⁷⁷

¹⁷⁴. Στο ίδιο, σ.7

¹⁷⁵. Στο ίδιο, σ.5

¹⁷⁶. Στο ίδιο, σ.20

¹⁷⁷. Στο ίδιο, ό.π.

Οι γενικές αρχές λειτουργίας του Π.Π.Υ. ορίζονται ως εξής :

"1. Η λειτουργία του Π.Π.Υ. θα είναι επί εξωτερικής βάσεως. Προ της εντάξεως στο πρόγραμμα διενεργείται διαγνωστικός κλινοεργαστηριακός έλεγχος και ψυχοθεραπευτική προετοιμασία.

2. Οι Ε.Χ.Η. προσέρχονται καθημερινά στο Π.Π.Υ. λόγω της ανάγκης λήψεως της ουσίας. Από την αρχή αυτή προκύπτει ότι το κτίριο του Π.Π.Υ. πρέπει να βρίσκεται απαραίτητως στο κέντρο της πόλης, ώστε να περιορίζεται ο χρόνος μετάβασης και επιστροφής. Στην αντίθετη περίπτωση (δηλ. μη κεντρικής μονάδας Π.Π.Υ.), η ανάγκη του Ε.Χ.Η. να χρησιμοποιήσει δύο συγκοινωνιακά μέσα για να πάρει την καθημερινή δόση υποκατάστατου αναιρεί την προσπάθεια επαγγελματικής αποκατάστασής του.

3. Κατά την ομόφωνη κρίση της Θεραπευτικής Ομάδας του Π.Π.Υ. και σε εξαιρετικές περιπτώσεις και με τη σύμφωνη γνώμη της Επιτροπής Παρακολούθησης και Αξιολόγησης του Π.Π.Υ., να έχει τη δυνατότητα ο Ε.Χ.Η. σε κάποια φάση του προγράμματος να λαμβάνει τη δόση, όχι κατ' ανάγκη καθημερινά στις εγκαταστάσεις του προγράμματος.

4. Θα παρέχονται υπηρεσίες ψυχοθεραπευτικής και κοινωνικής στήριξης.

5. Θα γίνεται έλεγχος ούρων : με τη λήψη δειγμάτων εξακριβώνεται η τυχόν χρήση άλλων ουσιών κατά τη διάρκεια του προγράμματος.

6. Ώρες λειτουργίας : είναι επιθυμητό τα Π.Π.Υ. να λειτουργούν τις καθημερινές για ένα χρονικό διάστημα πέρα από το συνηθισμένο ωράριο εργασίας, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν και εργαζόμενοι Ε.Χ.Η.

7. Προϋπόθεση συμμετοχής στο πρόγραμμα είναι και η έγγραφη αποδοχή από τον Ε.Χ.Η. των όρων συμμετοχής στο Π.Π.Υ.

8. Τα Π.Π.Υ. λειτουργούν 365 ημέρες το χρόνο".^{177α}

Τέλος, οι προϋποθέσεις συμμετοχής στο Π.Π.Υ.

"1. Ο Ε.Χ.Η. πρέπει να κάνει μακροχρόνια χρήση ηρωίνης ή άλλου οπιοειδούς και να είναι άνω των 22 ετών.

2. Η χρήση πρέπει να είναι ενδοφλέβια.

3. Η χρήση πρέπει να είναι καθημερινή.

4. Η μακροχρόνια χρήση πρέπει να έχει απαραίτητα προκαλέσει ψυχική και σωματική εξάρτηση.

5. Ο Ε.Χ.Η. πρέπει να αποδεχθεί εγγράφως τους όρους του θεραπευτικού συμβολαίου για τη συμμετοχή στο Π.Π.Υ., η παραβίαση των οποίων συνεπάγεται διακοπή της παρακολούθησης του προγράμματος, που επιβάλλεται κατά την κρίση της Επιστημονικής Ομάδας του Π.Π.Υ.

6. Συμμετοχή στο πρόγραμμα προϋποθέτει την αποχή από άλλες ναρκωτικές ουσίες.

7. Άτομα με βαριά ψυχοπαθολογία, εφ' όσον αυτή είναι ασύμβατη με την παρακολούθηση του προγράμματος, θα πρέπει να αποκλείεται.

8. Πρέπει κατά την κρίση της Επιστημονικής Ομάδας του Π.Π.Υ. να υπάρχει αποτυχία σοβαρής προσπάθειας απεξάρτησης σε άλλο πρόγραμμα.

^{177α} Στο ίδιο, ό.π.

9 Κατ' εξαίρεση θα συμμετέχουν άτομα άνω των 35 ετών που κάνουν μακροχρόνια χρήση οπιοειδών ή σε άτομα με σοβαρές ψυχικές ή και σε σωματικές παθήσεις, καταλλήλως αποδεικνυόμενες, από τις οποίες απειλείται η ζωή τους".¹⁷⁸

Ωστόσο, τα κριτήρια επιλογής ήταν η κατάσταση του χρήστη, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του, το ποινικό ιστορικό, οι προηγούμενες προσπάθειες κ.λ.π. Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, είναι άνθρωποι που ζουν ανάμεσά μας. "Έτσι, το 27,4% από αυτούς έχει παιδιά, το 3,6% έχει πάνω από δύο παιδιά, το 20,5 έχει σταθερή δουλειά, το 91% συζεί και το 9% μένουν μόνοι".¹⁷⁹

Την πολιτική της Ολλανδικής Κυβέρνησης υιοθετεί και προβάλλει η "Επιτροπή Σωστής Ενημέρωσης και Αντιμετώπισης των Ναρκωτικών (Ε.Σ.Ε.Α.Ν.)", μέλος και συνεργάτης της "Διεθνούς Αντιαπταγορευτικής Ένωσης" (Ι.Τ.Α).

Η Ε.Σ.Ε.Α.Ν. προτείνει την αποποινικοποίηση της χρήσης όλων των τοξικών ουσιών και τη χορήγηση της ηρωίνης υπό κρατικό - υγειονομικό έλεγχο.¹⁸⁰

Η Ε.Σ.Ε.Α.Ν. λειτουργεί ουσιαστικά, αλλά ημιεπίσημα (αφού δεν αναγνωρίζεται από την Πολιτεία), με ομάδες αυτοβοήθειας, στήριξης, γονέων καθώς και με την υποστήριξη γιατρών. "Οι Ομάδες Αυτοβοήθειας της Ε.Σ.Ε.Α.Ν. λειτουργούν σ' ένα κοινωνικό δίκτυο από ανθρώπους και χώρους όπου ο έλεγχος και η απελευθέρωση των εσωτερικών στοιχείων είναι το βασικό ζευγάρι αντιθέτων που προσανατολίζει τον απεξαρτούμενο. Έλεγχος και απελευθέρωση των σωματικών δυνάμεων, τόσο με ένταση όσο και με χαλάρωση, είναι το πρώτο ζητούμενο. Η κούραση με χειρωνακτική εργασία, για παράδειγμα σκάψιμο ή μαστόρεμα, η άθληση, η γιόγκα, το τσί-τσι, η χαλάρωση με μασάζ ή νοητικές τεχνικές, έχουν χρησιμοποιηθεί επανειλημμένα και χρησιμοποιούνται στις ομάδες αυτοβοήθειας της Ε.Σ.Ε.Α.Ν. Η βίωση και η αίσθηση του σώματος συνοδεύονται από τη βίωση των συναισθηματικών στοιχείων που ελέγχονται και απελευθερώνονται, τόσο με τη συγκρουσιακή - αποκαλυπτική μέθοδο της αντιπαράθεσης, της κριτικής και της έκθεσης, όσο και με την αγαπητική, φιλική και συντροφική ατμόσφαιρα της ψυχικής και σωματικής επαφής Τέλος, ο έλεγχος των νοητικών στοιχείων και η απελευθέρωση της συνείδησης σαν κεντρικότερου, γαλήνιου και σταθερού εαυτού ενισχύονται με πολλούς τρόπους. Αυτή η ομαδική και κοινωνική συνείδηση ξεκινάει από τις ομάδες αυτοβοήθειας της Ε.Σ.Ε.Α.Ν. και διαχύνεται στο γενικότερο, κοινωνικό σώμα... Είναι η αποδοχή ενός τρόπου ζωής που θέλει να στηρίζεται σε άλλες αξίες απ' αυτές που επικρατούν στην κοινωνία της Απαγόρευσης, της Ηρωίνης και της Υποταγής".¹⁸¹

¹⁷⁸ Στο ίδιο, σ.20-21

¹⁷⁹ Θεού Κούλα (1996), ό.π., σημ.7^η σελ.38.

¹⁸⁰ Γρίβας Κλεάνθης (1982): *Αποδιοπομπαίος Τράγος*, σ.123-140

¹⁸¹ Οικονομόπουλος Γιώργος (1990): "Μια ελευθεριακή μέθοδος απεξάρτησης σε μια υποταγμένη κοινωνία." *π.ΒΑΒΕΛ* (τεύχ.1090), σ.67

III : ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ (ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΕ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΕΙΣ ΑΠΟ ΚΡΑΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΚΟΛΟΥΘΗΣΗ)

Ακρογωνιαίος λίθος της φιλοσοφίας στην οποία στηρίζεται η πολιτική ελέγχου των εξαρτησιογόνων ουσιών που εφαρμόζεται στη Βρετανία τα τελευταία 70 χρόνια, αποτελεί η παραδοχή ότι "η εξάρτηση είναι ασθένεια" και συνεπώς "η αντιμετώπιση των εξαρτημένων είναι αποκλειστική υπόθεση των γιατρών", που έχουν το αδιαμφισβήτητο δικαίωμα να χρησιμοποιούν όλα τα διαθέσιμα φαρμακευτικά μέσα για την ανακούφιση, την απεξάρτηση ή τη συντήρηση των εξαρτημένων χρηστών.¹⁸²

Σε όλη τη διάρκεια του 19ου αιώνα και μέχρι το 1920 η διάθεση των οπιούχων στη Βρετανία ήταν απολύτως ελεύθερη. Όμως, κυρίως μετά από τη Διάσκεψη της Χάγης (1912), πολλαπλασιάστηκαν οι πιέσεις που ασκούσαν οι Η.Π.Α. στη βρετανική κυβέρνηση, προκειμένου να την εξαναγκάσουν να λάβει μέτρα που θα περιόριζαν τη διάθεση των οπιούχων.¹⁸³

Πριν από του Α' Παγκόσμιο Πόλεμο οι Η.Π.Α. χρωστούσαν στις ευρωπαϊκές χώρες 7 δις. δολάρια, ενώ μετά απ' αυτόν βρέθηκαν να χρωστούν 10 δις. δολάρια. Η ανόρθωση της Ευρώπης, που βγήκε από την πόλεμο με καταστραμμένη την παραγωγή της βάσης και έχοντας χάσει το 30% του ειδικευμένου εργατικού της δυναμικού ήταν απολύτως εξαρτημένη από την οικονομική βοήθεια των Η.Π.Α., που ως γνωστόν συνεπάγεται πολιτικά ανταλλάγματα.¹⁸⁴

Στην προκειμένη περίπτωση οι ευρωπαϊκές χώρες υποχρεώθηκαν να πάρουν νομοθετικά μέτρα που αφορούσαν τον περιορισμό της παραγωγής, της διάθεσης και της χρήσης των ψυχοτρόπων ουσιών, οι οποίες φαίνεται πως εκ των πραγμάτων ήταν στο στόχαστρο της αμερικάνικης "αντιναρκωτικής" πολιτικής.

Κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου (1914-1918), οι πιέσεις αυτές "καρποφόρησαν" όταν η Αγγλία, που βρέθηκε να εξαρτάται από τις Η.Π.Α. σ' ό,τι αφορά τον ανεφοδιασμό της σε πολεμικό υλικό, θέσπισε το νόμο "Defence of the realm". Ο νόμος αυτός απαγόρευε την πώληση οπιούχων στους στρατευμένους χωρίς ιατρική συνταγή.¹⁸⁵

Με τη λήξη του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, οι Ευρωπαϊκές χώρες, κάτω από τον οικονομικοπολιτικό εκβιασμό των Η.Π.Α. άρχισαν για πρώτη φορά στην ιστορία τους να νομοθετούν περιοριστικά μέτρα για ορισμένες ψυχοτρόπες ουσίες. Η αυστηρότητα των μέτρων που υιοθετούσε ξεχωριστά κάθε χώρα ήταν ανάλογη με το βαθμό της εξάρτησής της από τις Η.Π.Α.

¹⁸² Γρίβας Κλεάνθης (1995) : *Οπιούχα. Μορφίνη-Ηρωίνη-Μεθαδόνη*, σ. 225

¹⁸³ Φαρσεδάκης Ιάκ., Συλίκος Γ. (1995), ό.π. σ.22-23

¹⁸⁴ Dreyfus F.-G., Marx R., Poindevin R. (1990) *Γενική Ιστορία της Ευρώπης. Η Ευρώπη από το 1848 μέχρι σήμερα* (τόμος 6ος), σ.107 κ. έπ.

¹⁸⁵ Γρίβας Κλεάνθης (1995), ό.π., σημ.132.

“Η πρώτη νομοθετική διάταξη που αφορούσε τον έλεγχο της διακίνησης των οπιούχων, την περιόριζε ακριβώς στα πλαίσια της ιατρικής πρακτικής. Έτσι, το 1920 θεσπίστηκε στη Βρετανία ο “Νόμος περί επικινδύνων φαρμάκων”(Dangerous Drugs Amendment Act, 1920)¹⁸⁶

Ωστόσο, προέκυψε θέμα ερμηνείας του νόμου αλλά και καθορισμού των ορίων δικαιοδοσίας των γιατρών να χορηγούν ναρκωτικά (μορφίνη ή ηρωίνη).

A) Η Επιτροπή Rolleston (1924) η οποία υπερέα από επιτροπή μελών εις Η Π Α

Το 1924, συγκροτήθηκε επιτροπή καταξιωμένων γιατρών υπό την προεδρία του Sir Humphrey Rolleston, όπου διαπίστωσε τις καταστρεπτικές συνέπειες του νόμου Harrison κατά τα πρώτα επτά χρόνια της εφαρμογής του, γνωμάτευσε ότι η χορήγηση οπιούχων από γιατρούς θα περιορίζονταν στα εξής πλαίσια:

1. Θεραπείας αποτοξίνωσης
2. Θεραπείας διατήρησης, αν οι προσπάθειες αποτοξίνωσης απέτυχαν και είναι επικίνδυνο για την υγεία του τοξικομανή να συνεχισθούν και
3. Θεραπεία διατήρησης, επίσης αν αποδειχθεί ότι αυτό βοηθά τον τοξικομανή να κάνει μια φυσιολογική ζωή, που δε θα μπορούσε να κάνει αν διεκόπτετο η χρήση του οπιούχου.¹⁸⁷

Η βρετανική κυβέρνηση αποδέχτηκε τις συστάσεις της Επιτροπής Rolleston που αποτέλεσαν τη βάση της βρετανικής πολιτικής απέναντι στην εξάρτηση επί 50 σχεδόν χρόνια (1924-1968). Πάντως, κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου, οι Βρετανοί γιατροί διατήρησαν το δικαίωμα για την ελεύθερη συνταγογράφηση μορφίνης και ηρωίνης στα εξαρτημένα άτομα, ενώ, αντίθετα εξαιρέθηκαν οι περιπτώσεις χορήγησής τους για ευφορικούς λόγους.

Ως πλεονέκτημα αυτού του μέτρου μπορεί να θεωρηθεί η δυνατότητα που είχε το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας να έχει ακριβή στοιχεία για τον αριθμό των εξαρτημένων, ελέγχοντας περιοδικά τις ιατρικές συνταγές για οπιούχα που εκτελούνταν από τα φαρμακεία.¹⁸⁸

Κατά την περίοδο 1924-1950, η εμφανής αντιστοιχία ανάμεσα στα εναπόθετα ενεργητικά αποτελέσματα της “έλλογης, ιατρικά προσανατολισμένης” βρετανικής πολιτικής απέναντι στην εξάρτηση και τα καταστροφικά αποτελέσματα της αντίστοιχης “άλογης κατασταλτικής” πολιτικής των Η.Π.Α., είχε ως αποτέλεσμα τη διαρκή αύξηση του αριθμού των Αμερικάνων γιατρών και νομικών που πίεζαν την κυβέρνηση των Η.Π.Α. να υιοθετήσει το βρετανικό μοντέλο.

¹⁸⁶ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1987-88), ό.π., σ.88

¹⁸⁷ Στο ίδιο, ό.π.

¹⁸⁸ Το 1935 η Βρετανία αναφέρει στην Κοινότητα των Εθνών ότι σ’όλοκληρη τη χώρα υπήρχαν μόνο 700 εξαρτημένοι. Στα χρόνια που ακολούθησαν, εξαιτίας του φυσικού θανάτου των ηλικιωμένων εξαρτημένων και της ασήμαντης αύξησης του αριθμού των νέων χρηστών ηρωίνης, ο αριθμός τους μειωνόταν σταδιακά και το 1951 περιορίστηκε στους 301 σε ολόκληρη τη χώρα. Βλ. Γρίβας Κλεάνθης (1995), ό.π., σ.227-288

Κάτω από αυτές τις συνθήκες η προφανής και αδιαμφισβήτητη επιτυχία του βρετανικού μοντέλου ,ανάγκασε ακόμα και τον πλέον φανατικό της αντίπαλο,Harry Anslinger ,διευθυντή του Ομοσπονδιακού Γραφείου Ναρκωτικών (F.B.N.) των Η.Π.Α.,να την αναγνωρίσει. Ωστόσο,αυτός προσπάθησε να υποβαθμίσει την καθολική της σημασία ως μοντέλου για τις άλλες χώρες διατεινόμενος ότι *"το βρετανικό σύστημα λειτουργεί ή επειδή η Βρετανία είναι νησί ή επειδή οι Βρετανοί είναι νομοταγείς ή εξαιτίας των εθνικών ιδιομορφιών τους."*¹⁸⁹

Στις αρχές της δεκαετίας του 1960,μια ομάδα από 15 Καναδούς και 10 Αμερικανούς εξαρτημένους μετανάστευσε στη Βρετανία και εγκαταστάθηκε στο Λονδίνο,κάνοντας κατάχρηση της ελευθερίας τους να προμηθεύεται νόμιμα ηρωίνη υψηλής ποιότητας και χαμηλού κόστους.Μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα ,αποτέλεσε τον πυρήνα της ανάπτυξης μιας "υποκουλτούρας της ηρωίνης".Εται,ενώ μέχρι το 1960,η τοξικομανία στην Αγγλία βρισκόταν υπό έλεγχο και ο αριθμός των γνωστών περιστατικών παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα άρχισε να αυξάνεται με αργούς ρυθμούς ο μέχρι τότε μειούμενος αριθμός των εξαρτημένων.¹⁹⁰

Β) Η Επιτροπή Brain (1968)

Μέσα σ'αυτό το κλίμα το 1966 η βρετανική κυβέρνηση ανέθεσε την επανεξέταση του ζητήματος σε μια επιτροπή υπό την προεδρία του λόρδου Brain ("Επιτροπή Brain").Όμως ,η Επιτροπή Brain απεφάνθη ότι δεν υπήρχε κάποιος ιδιαίτερος λόγος αλλαγής της ισχύουσας πολιτικής και πως θα έπρεπε τελικά να παραμείνει η αναλλοίωτη η φιλοσοφία της απέναντι στην εξάρτηση.Τελικά ,απέδωσε αυτό το φαινόμενο στην ανευθυνότητα ορισμένων γιατρών,οι οποίοι χορηγούσαν ναρκωτικά καθ'υπερβάση του νόμου.Προτάθηκαν,λοιπόν,ορισμένες αλλαγές,οι οποίες χωρίς ν'αλλάζουν τη θεώρηση της τοξικομανίας ως ασθένεια ,αφορούσαν τον τρόπο χορήγησης των ναρκωτικών.

Οι συστάσεις της Επιτροπής Brain έγιναν δεκτές από την πλευρά της βρετανικής κυβέρνησης και αποτέλεσαν τη βάση της νέας βρετανικής νομοθεσίας που θεσπίστηκε το 1968 και ισχύει μέχρι σήμερα.Σύμφωνα μ'αυτή ,*"ο τοξικομανής θα πρέπει να θεωρείται και να αντιμετωπίζεται ως άρρωστος ο και όχι ως εγκληματίας,υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι δεν έχει εμπλακεί σε εγκληματική δραστηριότητα"*, ενώ,παράλληλα ,υποχρεώθηκαν οι γιατροί να ενημερώνουν το Υπουργείο Υγείας για τον αριθμό των πελατών στους οποίους τα χορηγούσαν.

¹⁸⁹ Στο ίδιο , σ.229

¹⁹⁰ Το 1964 καταγράφηκαν μόνο 162 νέες περιπτώσεις εξαρτημένων στη Βρετανία και 10012 στις Η.Π.Α. ,αντίστοιχα .Ωστόσο ,αυτή η ασημαντή αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων στη Βρετανία ,που ήταν μηδαμινή σε σύγκριση με την αντίστοιχη αύξηση στις Η.Π.Α.,χρησιμοποιήθηκε ως πρόβλημα από την κυβέρνηση ,το Ομοσπονδιακό Γραφείο Ναρκωτικών και τον Τύπο των Ηνωμένων Πολιτειών ,για ν'ασκηθούν πιέσεις στη Βρετανία,προκειμένου να "εναρμονιστεί" με την αμερικάνικη "αντιναρκωτική"πολιτική.Βλ. στο ίδιο σ.230

Πιο συγκεκριμένα, οι νέες αλλαγές περιλαμβάνουν :

1. Καταγραφή των τοξικομανών σε καταλόγους των αρμοδίων υπηρεσιών του Υπουργείου Εσωτερικών.
2. Δημιουργία ειδικών κλινικών για τοξικομανείς, και
3. Χορήγηση ναρκωτικών (μορφίνη ή μεθαδόνη) στους καταγεγραμμένους τοξικομανείς και μόνο στα πλαίσια αυτών των κλινικών.¹⁹¹

Στόχος αυτού του συστήματος που ακολουθεί η Βρετανία δεν είναι η εξάλειψη της τοξικομανίας, αλλά η διατήρησή της μέσα σε ορισμένα όρια, καθώς και η μείωση των ατομικών και κοινωνικών συνεπειών της.

Αποτέλεσμα ήταν η μείωση του αριθμού των εξαρτημένων κατά τα πρώτα χρόνια της εφαρμογής της. Ο Κλεάνθης Γρίβας στο βιβλίο του "Οπιούχα Μορφίνη-Ηρωίνη-Μεθαδόνη", αναφέρει ότι "οι γνωστοί εξαρτημένοι στη Βρετανία ανέρχονται σε 1746 το 1968, σε 1466 το 1969 και σε 1430 το 1970. Από τους 1430 εξαρτημένους που καταγράφηκαν στη Βρετανία το 1970 μόνο 140 συντηρούνταν με ηρωίνη, 91 με μορφίνη, 297 με συνδυασμό ηρωίνης και άλλων φαρμάκων και 732 με μεθαδόνη".¹⁹²

Ωστόσο, ούτε μειώνεται, ούτε εξαλείφθηκε το πρόβλημα της "μαύρης" αγοράς. Ένας μεγάλος αριθμός τοξικομανών εξακολουθεί να μην απευθύνεται στις νόμιμες πηγές, κυρίως γιατί αρνούνται την εικόνα του αρρώστου που συνεπάγεται αυτή η διαδικασία και γιατί δεν είναι διατεθειμένοι να υποστούν αυτή την ιατρική τελετουργία. Έτσι, προτιμούν να παραμένουν προσδεδεδέμένοι στο παράνομο κύκλωμα ή να κάνουν σποραδική χρήση των δικαιωμάτων τους να προμηθεύονται το ναρκωτικό από τις νόμιμες πηγές.

Ωστόσο, θα πρέπει συμπληρωματικά να αναφερθεί ότι, παράλληλα μ' αυτό το σύστημα ιατρικής αντιμετώπισης της τοξικομανίας στη Βρετανία ισχύει κι ένας αυστηρότατος νόμος για τις περιπτώσεις όπου η παραγωγή, η διακίνηση, η κατοχή και η χρήση ναρκωτικών, γίνονται έξω από τα πλαίσια αυτού του μοντέλου. Η αντιπαραβολή των νομοθετικών ρυθμίσεων που ισχύουν στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε σύγκριση με τη Βρετανία, όπως αυτές παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα, είναι αρκετά διαφωτιστική.

¹⁹¹. Στο ίδιο, σ.231

¹⁹². Στο ίδιο, ό.π.

ΧΩΡΕΣ	ΣΤΙΣ 12 ΧΩΡΕΣ	ΕΣ	ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	ΕΜΠΟΡΙΟ
ΕΛΛΑΔΑ	ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΕ ΣΚΛΗΡΑ ΚΑΙ ΜΑΛΑΚΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΕ ΣΚΛΗΡΑ ΚΑΙ ΜΑΛΑΚΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	ΚΑΤΟΧΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΑΤΟΜΙΚΗ ΧΡΗΣΗ	ΕΜΠΟΡΙΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ
ΑΛΒΑΝΙΑ	Διάκριση ανάμεσα στην κάνναβη και σε άλλα ναρκωτικά	Δεν διώκεται	Μαλακά(άνω των 30γρ.)μέχρι 3 μήνεςφυλακή. Σκληρά:μέχρι 1 έτος φυλακή	Μαλακά:ως 3 μήνες φυλ. Σκληρά: ως 1 έτος φυλ.
ΑΡΓΕΝΤΙΝΑ	Διάκριση ανάμεσα στην κάνναβη και σε άλλα ναρκωτικά	Δεν διώκεται	Προειδοποίηση και αφαίρεση άδειας οδήγησης	Από 4-20 γρ.
ΑΥΣΤΡΙΑ	Διάκριση ανάμεσα στην κάνναβη και σε άλλα ναρκωτικά	Δεν διώκεται	Δεν διώκεται	Μαλακά:ως 3 χρόνια Σκληρά:ως 5 χρόνια
ΒΕΛΓΙΚΙΑ	Διάκριση ανάμεσα στην κάνναβη και σε άλλα ναρκωτικά	Δεν διώκεται	Μαλακά:ως 3 χρόνια φυλακή Σκληρά :ως 7 χρόνια	Μαλακά:ως 3 χρόνια Σκληρά:ως 7 χρόνια
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	Διάκριση σε 3 κατηγορίες κινδύνου(Α',Β',Γ)	Δεν διώκονται οι τοξικομανείς	Α:ως 7 χρόνια φυλ. Β:ως 5 χρόνια φυλ. Γ:ως 2 χρόνια φυλ.	Α:ως 12 χρ. Β:ως 5 χρ. Γ:ως 3 χρ.
ΓΑΛΛΙΑ	ΟΧΙ	Δεν διώκεται	Εξομοίωση με εμπόριο	Ως 2 χρόνια ή 3 χρόνια ή 5 χρόνια
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	ΟΧΙ	Δεν διώκεται	Από 1-4 χρόνια φυλακή Ως 1 χρόνο φυλ.	Από 1-15 χρ.
ΕΣΠΑ	ΟΧΙ	Δεν διώκεται	Δίωξη για τους μη δηλωμένους τοξικομανείς.Απ ό 2-5 χρόνια φυλ.	Από 2-5 χρ. ή 3 χρ. ή 5 χρ.
ΕΛΛΑΔΑ	ΟΧΙ	Από 2 μήνες ως 3 χρόνια	Εξομοίωση με εμπόριο	Από 2-5 χρ. ή 3 χρ. ή 5 χρ.
ΕΥΡΩΠΗ	ΟΧΙ	Από 2 μήνες ως 3 χρόνια	Εξομοίωση με εμπόριο	Από 2-5 χρ. ή 3 χρ. ή 5 χρ.
ΕΥΡΩΠΗ	ΟΧΙ	Από 2 μήνες ως 3 χρόνια	Ως 5 χρόνια φυλ.	Από 2-5 χρ. ή 3 χρ. ή 5 χρ.

193 Φαρσεδάκης Ιάκ., Σουλίκος Γ. (1995), ό.π., σ. X-XI

IV : ΜΟΝΤΕΛΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ

Παρόλο που το ζήτημα του αλκοολισμού απασχολεί τους επιστήμονες εδώ και πάρα πολλά χρόνια(υπολογίζεται από το 3000 π.Χ.) και παρά τις μελέτες και τα βιβλία που έχουν γραφτεί,ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει ένας ακριβής και απόλυτος ορισμός του αλκοολισμού . Αυτό συμβαίνει γιατί το "φαινόμενο "του αλκοολισμού δεν είναι ούτε απλό ,ούτε απόλυτο. Αντίθετα συμβαίνει,γιατί η εξάρτηση από το αλκοόλ,δεν είναι μια σταθερή κατάσταση,"αλλά μια συνεχής κατάσταση που κυμαίνεται από ελαφριά ως βαριά μορφή"¹⁹⁴

Όμως ,όσο δύσκολο είναι να ορίσουμε και να καθορίσουμε ή καλύτερα να οριοθετήσουμε το φαινόμενο του αλκοολισμού,άλλο τόσο δύσκολο είναι να απαντήσουμε με ευκολία στο ερώτημα,αν κάποιος είναι αλκοολικός ή όχι.Αυτό συμβαίνει,επειδή δεν υπάρχει ένα τόσο απόλυτα καθορισμένο σημείο,που πάνω απ'αυτό ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί αλκοολικός και κάτω απ'αυτό απλός πότης. Ένα ακόμα στοιχείο που δυσκολεύει στο να ορίσουμε τον αλκοολικό,είναι το γεγονός ότι υπάρχουν πολλές κατηγορίες αλκοολικών .Επίσης,οι αλκοολικοί δεν παρουσιάζουν και δεν εκδηλώνουν τα ίδια συμπτώματα.Συμπερασματικά,δεν είναι τόσο εύκολο και απλό να οριοθετήσουμε και να γενικοποιήσουμε την έννοια του αλκοολισμού. Συγκεκριμένα,πάνω στο θέμα αυτό ο Rohan (1982) αναφέρει ότι :*"αλκοολικός και κοινωνικός πότης,είναι ασαφής όροι,που εξυπηρετούν τη διαφοροποίηση συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού που καταναλώνει αλκοόλ και στηρίζεται σε αμφίβολα κριτήρια..."*¹⁹⁵

Βέβαια,υπάρχουν εκδηλώσεις και συμπτώματα που μαρτυρούν ότι κάποιος μπορεί να είναι αλκοολικός.Τέτοια,μπορούμε να πούμε ότι είναι :οι ποσότητες που καταναλώνει και το πόσο τις αυξάνει με το χρόνο,οι δυσάρεστες ψυχολογικές ,σωματικές ,κοινωνικές συνέπειες, προβλήματα υγείας, οικογενειακά, επαγγελματικά προβλήματα,ατυχήματα. Επίσης,προβλήματα που εμφανίζονται λόγω της χρόνιας κατάχρησης αλκοόλ και ακόμα η παρουσία στοιχείων που μαρτυρούν το σύνδρομο εξάρτησης από την αλκοόλη.

Πάντως,παρά τις δυσκολίες αυτές,οι επιστήμονες κατά καιρούς έχουν καταφέρει και έχουν δώσει τον ορισμό του αλκοολισμού. Σύμφωνα λοιπόν με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ο αλκοολισμός,που αποτελεί μορφή τοξικομανίας καθώς και ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα της εποχής μας,ορίζεται ως *"το σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την ανάγκη να πει ποσότητα οινοπνεύματος,μεγαλύτερη από αυτή που μπορεί να αφομοιώσει,δημιουργώντας σ'αυτόν τον άνθρωπο ,σωματικές και ψυχικές διαταραχές που προεκτείνονται και στον κοινωνικό τομέα"*¹⁹⁶

Πριν από τη λεπτομερή αναφορά της θεραπευτικής διαδικασίας για τους αλκοολικούς ,θεωρούμαι σωστό να τονίσουμε μια διαφορά μεταξύ των ατόμων αυτών και των άλλων εξαρτημένων από "σκληρά "ναρκωτικά.

¹⁹⁴ Jaffe J. , Peterson R. , Hodgson R. (1986):*Ναρκωτικά-Τσιγάρο-Αλκοόλ.Προβλήματα και απαντήσεις.* , σ.106

¹⁹⁵ Ποταμιάνος Γρηγόρης(1992): *Νόμιμες ουσίες εξάρτησης-Αλκοόλ.* , σ 88

¹⁹⁶ Εγκυκλοπαίδεια "ΥΓΕΙΑ" (1989) :*"Ο ενήλικος και το περιβάλλον "*(τόμος 3ος), σ. 455

Το προφίλ του αλκοολικού συνήθως περιγράφεται με τα εξής στοιχεία : πρόκειται για άτομο μεγάλο στην ηλικία -αφού η εγκατάσταση της εξάρτησης διαρκεί αρκετά χρόνια- που έχει ήδη δημιουργήσει σταθερές δομές στη ζωή του (εργάζεται, έχει οικογένεια κ.λ.λπ.), που προσπαθεί με κάθε τρόπο να μην τις χάσει και σε καμιά σχεδόν περίπτωση δεν είναι "υπερήφανο" για την εξάρτησή του, την οποία προσπαθεί να την διατηρήσει, όσο του είναι δυνατόν, κρυφή. Έτσι ενώ ο βασικός προβληματισμός του τοξικομανή είναι ο διαχωρισμός του από το κοινωνικό σύνολο και τις γενικότερα παραδεκτές κοινωνικές παραμέτρους ως μια μορφή αντίθεσης σ'αυτές, ο αλκοολικός δεν τα βγάζει πέρα στην προσπάθειά του να ταυτιστεί με τον κοινωνικό περίγυρο και κατ'επέκταση να ικανοποιήσει τις ανάγκες και επιθυμίες του μέσα σ'αυτόν. Με άλλα λόγια "ενώ η κριτική κοινωνική τοποθέτηση του τοξικομανή είναι η άρνηση και απόρριψη της κοινωνίας, η κριτική κοινωνική τοποθέτηση του αλκοολικού χαρακτηρίζεται από το παράπνοο της απόρριψής του από αυτήν"¹⁹⁷

Εξ άλλου, στις περισσότερες περιπτώσεις των αλκοολικών υπάρχει μια χρονική περίοδο στη ζωή τους, στην οποία οι μηχανισμοί άμυνάς τους λειτουργούσαν "φυσιολογικά" και στην οποία θα μπορούσαν να "επιστρέψουν" μετά τη θεραπεία, ενώ αντίθετα στην περίπτωση των νεαρών τοξικομανών έχουμε ένα κενό ωρίμανσης στην προσωπικότητά τους, η οποία πρέπει να αποκτηθεί εκ των υστέρων, μέσα στη θεραπευτική διαδικασία. Φυσικά στην περίπτωση των νεαρότερων αλκοολικών, για τους οποίους η κατάσταση της αλκοολικής μέθης έχει από την αρχή το σκοπό της λύσεως των εσωτερικών συγκρούσεων του ατόμου δεν ισχύουν τα ίδια.

Ο αλκοολισμός σήμερα, αποτελεί μια εξάρτηση, και όχι βαρύ ηθικό παράπτωμα ή μια εγκληματική πράξη, όπως θεωρούνταν παλαιότερα. Εξάρτηση, που θεραπευτικά αντιμετωπίζεται. Γι'αυτό, λοιπόν, ο χρόνιος προβληματικός πότης, έχει την ανάγκη της παραδοχής, την κατανόησης και της θεραπευτικής βοήθειας. Φτάνει βέβαια να μην τον απομονώσουμε, να μη του φορτώνουμε συνεχώς ενοχές, αλλά και ούτε να του φερόμαστε υπερπροστατευτικά. Αντίθετα, η παροχή βοήθειας σ'αυτόν και το άμεσο περιβάλλον (οικογένεια, φίλους και), να παραδεχτεί την εξάρτησή του από το αλκοόλ ως υπαρκτό πρόβλημα και να προσπαθήσει με την κατάλληλη ιατρική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη και να το ξεπεράσει.

Οι κυριότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις που κατά καιρούς χρησιμοποιήθηκαν και αναπτύχθηκαν με στόχο τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής:

- α) Φαρμακολογική προσέγγιση
- β) Ψυχολογική προσέγγιση και
- γ) Διάφορα ειδικά θεραπευτικά προγράμματα, με σκοπό την απεξάρτηση από το οινόπνευμα.

¹⁹⁷ . Παπαγεωργίου Ευάγγελος (1985) , ό.π. , σ.250

Ωστόσο, αξίζει να διευκρινίσουμε ότι, "τα ειδικά θεραπευτικά προγράμματα" δεν απορρίπτουν, ούτε αποκλείουν τη χρησιμότητα των δύο προηγούμενων, δηλαδή της φαρμακευτικής και της ψυχολογικής. Αντίθετα, πολλές απ' αυτές τις προσεγγίσεις και προγράμματα χρησιμοποιούν τη φαρμακευτική αγωγή ή τις διάφορες ψυχολογικές θεραπείες στα πλαίσια του θεραπευτικού τους προγράμματος. Με τη διαφορά, ότι τα ειδικά προγράμματα σχεδιάζονται και χρησιμοποιούνται ειδικά για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το οινόπνευμα, ενώ η χρήση των φαρμακευτικών και ψυχολογικών θεραπευτικών προσεγγίσεων συναντιούνται στη γενική ψυχιατρική (και σ' άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα).

A) ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Μια από τις πρώτες κατηγορίες φαρμακευτικών ουσιών που χρησιμοποιήθηκαν στη θεραπεία του αλκοολισμού είναι αυτή των Antabuse (Disulfiram).¹⁹⁸

Το Disulfiram είναι ένα πολύ χρήσιμο ανασταλτικό φάρμακο, αφού βοηθάει το εξαρτημένο άτομο να απέχει από τη χρήση της αλκοόλης, αναστέλοντας κάθε επιθυμία γ' αυτή. Έτσι, αν ο προβληματικός πότης "πάρει" 125-250 mg Antabuse την ημέρα (λήψη από το στόμα), δε μπορεί εύκολα να χρησιμοποιήσει οινόπνευμα, γιατί θα φοβάται τα δυσφορικά συμπτώματα γ' αυτόν. Για το λόγο αυτό, η θεραπεία με antabuse, δε θεωρείται απλώς μια μέθοδος αποστροφής,¹⁹⁹ αλλά θεωρείται ότι βοηθά το άτομο αν μάθει με βάση τη δική του εμπειρία, ότι μπορεί να κόψει το αλκοόλ.¹⁹⁹

Το disulfiram είναι πολύ ισχυρό φάρμακο, το οποίο μπορεί ακόμη και να κάνει αντίδραση με το αλκοόλ που βρίσκεται στο σιρόπι για το βήχα, τα φαγητά που μαγειρεύονται με κρασί ή οποιοδήποτε διάλυμα που χρησιμοποιείται εξωτερικά. Όμως, επειδή έχουν αναφερθεί βλαβερές επιπλοκές (έξαψη, ταχυπαλμία, πονοκέφαλο, δύσπνοια, άγχος), το φάρμακο θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή και κάτω από στενή ιατρική παρακολούθηση, καθώς και να γνωρίζει το άτομο ότι βρίσκεται σε θεραπεία με antabuse. Πάντως αν και αμφισβητήσιμο φάρμακο, το disulfiram, έχει βρεθεί ότι είναι ένα χρήσιμο ανασταλτικό για τους πρώτους μήνες της αποχής από το οινόπνευμα.²⁰⁰

Παράλληλα, το disulfiram, βοηθάει το εξαρτημένο άτομο να αποκτήσει τη δυνατότητα να ελέγχει τη χρήση του οινόπνευματος και τελικά να τη σταματήσει. Πως γίνεται αυτό;

¹⁹⁸ Μάνος Μίκος (1988) : *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, σ.415

¹⁹⁹ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1987-88), ό.π., σ.86

²⁰⁰ Leikin Celia (1986) : "Η διάγνωση και θεραπεία του αλκοολισμού".π.Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας (τεύχ.710), σ.149

Γνωρίζουμε ότι για να αποβληθεί το disulfiram από τον οργανισμό χρειάζεται να περάσει κάποιο χρονικό διάστημα(3-5 ημέρες περίπου). Αν υποθέσουμε ότι το άτομο νιώσει την επιθυμία να χρησιμοποιήσει οινόπνευμα,θα πρέπει να περάσει αυτό το χρονικό όριο.

Εκτός από το Antabuse ,μια άλλη φαρμακευτική ουσία που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι η Metronidazole (Flagyl)²⁰¹

Η χρήση αυτής της ουσίας στοχεύει,κατά κύριο λόγο ,στην αντιμετώπιση των ουρολοιμώξεων. Μια από τις παρενέργειες του,είναι η αποστροφή που προκαλεί στο άτομο που το χρησιμοποιεί προς το οινόπνευμα.

Η τρίτη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιείται για την απεξάρτηση από την αλκοόλη είναι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και τα αγχολητικά.²⁰² Τα φάρμακα αυτά δε σκοπεύουν στην αποστροφή προς το αλκοόλ αλλά χρησιμοποιούνται κατά την περίοδο της αποτοξίνωσης προς αντιμετώπιση της στέρησης.

β) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Οι ψυχολογικές προσεγγίσεις στη θεραπεία της εξάρτησης από το οινόπνευμα ,εφαρμόζονται από τις αρχές του 20ου αιώνα.

Οι κύριες ψυχολογικές προσεγγίσεις ,τις οποίες θα προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε συνοπτικά και περιεκτικά,είναι οι εξής παρακάτω :

- Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς
- Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και
- Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα

Πιο συγκεκριμένα :

- Τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς

Μια από τις πρώτες μεθόδους που αναπτύχθηκαν για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ είναι η τεχνική της αποστροφικής συμπεριφοράς (aversion therapy).

Η τεχνική αυτή στηρίζεται στη θεώρηση ότι "δυσάρεστα ερεθίσματα μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας συμπεριφοράς"²⁰³όπως είναι αυτή του αλκοολισμού. Ως κύρια μέσα,η τεχνική αυτή χρησιμοποιεί διάφορα χημικά παρασκευάσματα,όπως το Disulfiram (που προαναφέραμε) ή ηλεκτρικά ερεθίσματα όπως τα ηλεκτροσόκ.

Η μέθοδος του ηλεκτροσόκ (ES),η οποία ισχύει από το 1935 ,*"είναι συνάρτηση της θεώρησης του τοξικομανή ως ψυχικά ασθενούς ,εφαρμόζεται ,συνεπώς ,και στην περίπτωση του ,όπως και σε άλλες περιπτώσεις ψυχικής ασθένειας"*²⁰⁴

²⁰¹ .Ποταμιάνος Γρηγόρης (1992), ό.π. , σ. 129

²⁰² .Στο ίδιο , σ. 130

²⁰³ .Στο ίδιο , σ.133

²⁰⁴ .Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1987-88) , ό.π. , σ.82

Πώς όμως λειτουργεί η μέθοδος αυτή;

Η θεραπεία με ΕΣ συνίσταται στην πρόκληση στον τοξικομανή μιας κατάστασης αμνησίας σε σχέση με το πρόσφατο παρελθόν. Ξεχνώντας συνεπώς, ο τοξικομανής το παρελθόν του, ξεχνάει και την ακατανίκητη επιθυμία του για το ναρκωτικό. Τα αποτελέσματά της διαρκούν όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η κατάσταση της αμνησίας. Έπειτα, βέβαια, το άτομο υποτροπιάζει και η λύση είναι ένα επόμενο ΕΣ.²⁰⁵

Ως πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου θα μπορούσε κανείς να αναφερθεί στο μικρό της κόστος, ενώ το γεγονός ότι η επέμβαση απαιτεί ελάχιστο χρόνο και πραγματοποιείται σ' ένα υποσυνείδητο επίπεδο, δε δίδει το χρόνο στο άτομο να την αντιληφθεί και να αντιδράσει.

Βέβαια, λόγω της ιδιαιτερότητάς της, η μέθοδος αυτή δεν μας επιτρέπει να την κατατάξουμε σε μια συγκεκριμένη φάση της θεραπευτικής αλυσίδας, πόσο μάλλον, να τη θεωρήσουμε ως ένα πλήρες θεραπευτικό πρόγραμμα.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι, η μέθοδος του ηλεκτροσόκ πρόκειται για μια καθαρά επιφανειακή μέθοδο, η οποία έχει ως αποτέλεσμα ανάγκη την παροδική εξάλειψη του συμπτώματος (ακατανίκητη για τη ναρκωτική ουσία), χωρίς ωστόσο, να έχει τη δυνατότητα να παρεμβαίνει σ' ένα βαθύτερο επίπεδο που να αφορά, τόσο τα αίτια ή τα κίνητρα της τοξικοεξάρτησης. Πάντως, πολλά μπορεί κανείς να διατυπώσει τόσο σε σχέση με τον ίδιο το χαρακτήρα της μεταχείρισης, η οποία μεταβάλλει τον τοξικομανή σ' ένα πλάσμα άβουλο, ανίκανο ν' αποφασίσει για την τύχη του, όσο και για την αποτελεσματικότητα που μπορεί τελικά να έχει αυτή η μέθοδος.²⁰⁶

Τα τελευταία χρόνια, οι ειδικοί επιστήμονες που ασχολούνται με το πρόβλημα του αλκοολισμού και χρησιμοποιούν σαν θεραπευτικά μέσα τις τεχνικές συμπεριφοράς, έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους σε μεθόδους που βοηθούν το χρόνιο πότη να αντιμετωπίσει το άγχος που τον διακατέχει στην όλη προσπάθειά του για απεξάρτηση.

Θεραπευτικές τεχνικές συμπεριφοράς είναι: α) η παρρησιαστική θεραπεία και β) η θεραπεία κοινωνικών δεξιοτήτων. Αυτές οι τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί κατά κύριο λόγο, από τους θεραπευτές για την καταπολέμηση του άγχους του πότη. Ειδικότερα, για την τεχνική της θεραπείας των κοινωνικών δεξιοτήτων πρέπει να σημειωθεί ότι, στοχεύει στο να προετοιμάσει (μέσα από εκπαίδευση) τον θεραπευόμενο, κατά τέτοιο τρόπο που να του επιτρέπει να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις όποιες πιέσεις δέχεται από το κοινωνικό του περιβάλλον (οικογένεια, φίλους, συναδέλφους κ.α.) καθώς και τα καθημερινά του προβλήματα).

• Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις

Ο κύριος στόχος του θεραπευτή που εφαρμόζει αυτή την τεχνική είναι η ανάλυση και η επίλυση των προβλημάτων ή συγκρούσεων που αντιμετωπίζει στην πραγματικότητα ή στη σκέψη του ο πότης που τελικά τον οδηγούν στο ποτό.

²⁰⁵ Κίρναν Τόμας (χ.χ.) : *Ψυχοθεραπεία. Θεωρίες και πρακτικές από τον Φρόυντ μέχρι σήμερα*, σ. 307-308

²⁰⁶ Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1987-88), ό.π., σ. 83

Με άλλα λόγια, αυτή η μέθοδος, δεν αντιμετωπίζει τη χρόνια κατάχρηση του οινοπνεύματος σαν ένα απλό σύμπτωμα, αλλά τους αιτιολογικούς της παράγοντες, αφού θεωρείται ως αυτονόητο, ότι αυτή η αντιμετώπιση θα οδηγήσει στην καταστολή αυτού του συμπτώματος.

Τα είδη ψυχοθεραπείας που συναντιούνται συνήθως στην αντιμετώπιση του αλκοολισμού είναι: η ατομική, η ομαδική, η οικογενειακή.

Όσον αφορά την ατομική ψυχοθεραπεία, ιδιαίτερα στην αρχή της απεξάρτησης παίζει σπουδαίο ρόλο. Ο θεραπευτής θα καταγράψει το ιστορικό του ατόμου, θα σχεδιαστεί το θεραπευτικό πρόγραμμα καθώς και οι στόχοι της θεραπείας. Επίσης, θα πραγματοποιηθεί και η επεξεργασία τυχόν καταθλιπτικών τάσεων, διάθεσης διακοπής της θεραπείας, αγχωτικών κρίσεων κλπ, που συχνά εμφανίζονται τις πρώτες εβδομάδες της παραμονής στη θεραπευτική μονάδα.

Η χαρτογράφηση των προβλημάτων, η οριοθέτηση της πραγματικότητας, η αντιπαράθεση με τα προβλήματα και τις δυσκολίες που εμφανίζει κάθε άτομο, θα εξετασθούν κατά την ομαδική ψυχοθεραπεία.

Κατά την ομαδική ψυχοθεραπεία πραγματοποιείται προσπάθεια ώστε να γίνει το καθρέφτισμα και διόρθωμα της εξαρτημένης συμπεριφοράς, να αναπτυχθούν νέα σχέδια και στρατηγικές για το μέλλον. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν και οι "ομάδες αὐτόβοήθειας". Στις Η.Π.Α., όπου η πρακτική των ομάδων αὐτοβοήθειας παρουσιάζει μια ιδιαίτερη ανάπτυξη, υπολογίζονται οι ομάδες αυτές στον αριθμό περίπου 500000-τουλάχιστον δέκα εκατομμυρίων αλκοολικών.²⁰⁷

Ένα στοιχείο διαχωρισμού, που πιθανόν θα βοηθούσε στην χονδρική, έστω, προσπάθεια για μια ταξινόμηση των ομάδων αυτών, είναι ο στόχος - σκοπός - που εξυπηρετούν ξεχωριστά η κάθε μια από αυτές τις ομάδες.

Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαμε να ξεχωρίσουμε επτά "αὐτόνομες" ομάδες στην γενικότερη κατηγορία των ομάδων αὐτοβοήθειας:

1. Ψυχολογικές -θεραπευτικές ομάδες

Στις ομάδες αυτές γίνεται προσπάθεια-χωρίς την παράλληλη χρήση φαρμακευτικών βοηθημάτων -για επεξεργασία των διαφόρων προσωπικών προβλημάτων καθώς και ψυχικών διαταραχών που πιθανόν να παρουσιάζει ο αλκοολικός. Η πιο γνωστή ίσως ομάδα είναι οι "Ανώνυμοι Αλκοολικοί"(Α.Α.), που έχει επεκταθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου. Στην ίδια κατηγορία ανήκουν και ομάδες " Gamblers Anonymous"(για χαρτοπαίκτες), "Mendel Hearts (για χειρουργημένους στην καρδιά), "Reach for Recovery"(για γυναίκες μετά μαστεκτομή), "Synanon"(για τοξικομανείς), "Daytop"(επίσης για τοξικομανείς) κλπ.

Πρόκειται για ομάδες που ασχολούνται πρωταρχικά με κάποια ψυχική διαταραχή, εξαρτημένη συμπεριφορά, ψυχική αποκατάσταση έπειτα από κάποια χειρουργική επέμβαση ιδιαίτερης βαρύτητας για το ψυχικό κόσμο του χρήστη ή την παρουσία μιας ασθένειας μετά από κρίσιμη φάση στη ζωή του ατόμου.²⁰⁸

²⁰⁷ Παπαγεωργίου Ευάγγελος (1985), ό.π., σ.255

²⁰⁸ Στο ίδιο, σ.25

2. Ιατρικές ομάδες αυτοβοήθειας

Οι ομάδες αυτής της κατηγορίας προσανατολίζονται κατά κύριο λόγο στην επίλυση των όποιων τεχνικών νομικών ή άλλων ζητημάτων, που απασχολούν κυρίως χρόνιους τοξικομανείς.

Χωρίς να σημαίνει ότι η επίλυση τέτοιων προβλημάτων δεν επιδρά και στον ψυχικό κόσμο του εξαρτημένου, δεν αποτελεί όμως τον πρωταρχικό σκοπό της ομάδας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτών αποτελούν οι διάφορες οργανώσεις ατόμων με επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας, ασθματικούς, αλλεργικούς, ρευματικούς κλπ., εξαρτημένους από το αλκοόλ. Βασικός σκοπός αυτών των οργανώσεων είναι η σωστή πληροφόρηση των ατόμων που υποφέρουν από τέτοιες χρόνιες ασθένειες, όσο και με νομικά τους δικαιώματα (ποσοστό αναπηρίας κλπ), αλλά και με την οργάνωση εκδηλώσεων ειδικά προγραμματισμένων γι'αυτούς (αθλητικοί αγώνες για ανάπηρους, εκδρομές σε ξενοδοχεία με ειδικές εγκαταστάσεις για ασθενείς με αναπηρικές καρέκλες κλπ).²⁰⁹

Τέλος, ο ρόλος των ομάδων αυτών προκύπτει σπουδαίος για τη σωστή πληροφόρηση των "μη παθόντων" αναφορικά με τις ασθένειες αυτές, την πρόληψή τους ή ακόμα και τις δυνατότητες αντιμετώπισής τους.

3. Ομάδες αλλαγής της συνειδητής τοποθέτησης σχετικά με ορισμένα κοινωνικά φαινόμενα.

Στην κατηγορία αυτή συγκαταλέγονται ομάδες όπως αυτής της απελευθέρωσης των γυναικών, των ομοφυλοφίλων, διαφόρων μειονοτήτων κλπ.

Ο κοινωνικό-πολιτικός στόχος των ομάδων αυτών καλύπτει συνήθως την ψυχική επίδραση που έχει για κάθε μέλος η συμμετοχή του στην ομάδα.

Ιδιαίτερα στις γυναικείες ομάδες "απελευθέρωσης απέναντι στην καταπίεση των ανδρών", η συζήτηση κοινών προβλημάτων, ανεξάρτητα από τους στόχους της κίνησης, φαίνεται να έχει αξιόλογα συνειδητά ή ασυνείδητα ψυχικά αποτελέσματα. Βέβαια, το ίδιο φυσικά ισχύει και στις ανάλογες ανδρικές ομάδες.

4. Ομάδες πραγμάτωσης ενός νέου τρόπου ζωής

Στην ουσία δεν πρόκειται για αυτοβοηθούμενες ομάδες, που συναντιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα, αλλά για ομάδες ατόμων που αποφασίζουν να ζήσουν μαζί, με έναν τρόπο ζωής διαφορετικό από αυτόν του μέσου ανθρώπου (alternative).

Οι "ομάδες πραγμάτωσης ενός νέου τρόπου ζωής" αντιπροσωπεύονται κυρίως από ομάδες φοιτητών ή γενικότερα νέων ατόμων, που αποφασίζουν, άλλοτε για μικρότερο και άλλοτε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, να ζήσουν κοινοβιακά.

²⁰⁹ Στο ίδιο, σ.256

Καθοριστικό ρόλο στην εξάπλωση αυτών των "ομάδων αυτοβοήθειας" έπαιξε η κίνηση των Χίπις στις αρχές τής δεκαετίας του '70

Ίσως σ'αυτήν την κατηγορία "ομάδων αυτοβοήθειας" θα μπορούσαμε να αναφέρουμε και πάλι το "Synanon" και το "Daytop", όπου ο βασικός τους στόχος βασίζεται πάνω στο νέο τρόπο ζωής που προτείνουν.

5. "Εργασια", προσανατολισμένες ομάδες

Ο αριθμός των ομάδων αυτών αυξάνεται ταχύτατα τα τελευταία χρόνια, παράλληλα με την παγκόσμια αύξηση των δεικτών ανεργίας. Έτσι, ομάδες ανέργων συνεργάζονται μεταξύ τους, οργανώνονται να βρουν τρόπους επιβίωσης. Η πιο γνωστή οργάνωση για την εύρεση θέσης εργασίας-και φυσικά όχι μόνον αυτό -είναι που ξεκίνησε ο John Maher στη Delansey Street στο San Francisco.²¹⁰ Εκεί φυλακισμένοι, τοξικομανείς αλλά και άτομα για τα οποία ήταν δύσκολο έως ακατόρθωτο να βρουν εργασία μέσα στα δεδομένα κοινωνικά πλαίσια, βρήκαν βοήθεια με τη συμμετοχή τους στις ομάδες αυτές.

6. Ομάδες "αυτομάθησης"

Πρόκειται για ομάδες ατόμων, που κάνουν πράξη μια διαφορετική μέθοδο μάθησης, με ατομική συμμετοχή, τόσο στο ρόλο του μαθητή όσο και στο ρόλο του δασκάλου, όπου συνήθως θέτουν σε αμφισβήτηση το καθιερωμένο σύστημα μάθησης.

Κατευθυντήρια σκέψη των "ομάδων αυτομάθησης" είναι η ανάγκη να ξεφύγει ο μαθητής από τη μέχρι τώρα παθητική τοποθέτησή του θεατή -ακροατή και κατ'επέκταση αν αναλάβει ενεργητική συμμετοχή μέσα στην όλη διαδικασία της μάθησής του, σύμφωνα πάντα με την αρχή "μέσω της διδασκαλίας μαθαίνουμε" (docendo discimus)²¹¹

7. Ομάδες πρωτοβουλίας πολιτών

Οι "ομάδες πρωτοβουλίας πολιτών" είναι ^{ολ}περισσότερο διαδεδομένες αυτοβοηθούμενες ομάδες.

Βασικός τους σκοπός είναι η επίτευξη στόχων κοινού ενδιαφέροντος για τα μέλη που τις αποτελούν ή ακόμα και στόχων γενικότερου κοινωνικού ενδιαφέροντος που δε φαίνονται να είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν -ή έρχονται και σε αντίθεση οι φορείς της κρατικής εξουσίας.

Αν και η δράση αυτών των ομάδων έχει καθαρά πολιτικό χαρακτήρα, δε μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολιτική, με την κομματική έννοια του όρου. Σε αντίθεση με τις άλλες ομάδες αυτοβοήθειας, η ενέργεια των ομάδων πρωτοβουλίας είναι εξωστρεφής. Δηλαδή είναι προσανατολισμένη προς άλλα άτομα, έξω από την ομάδα, που προσπαθούν να επηρεάσουν.

²¹⁰ Στο ίδιο, σ.257

²¹¹ Στο ίδιο, σ.258

Η δημιουργία συναισθήματος ομαδικής ταυτότητας των μελών που αποτελούν τις ομάδες πρωτοβουλίας πολιτών, είναι η βασική επίδραση που ασκούν σε ατομικό επίπεδο. Έτσι, "μέσα σ'αυτές βιώνει κάθε μέλος του εαυτό του όχι πια σαν αποπροσανατολισμένο νετρόνιο μέσα στη μάζα, αλλά σαν "πολιτικό ζώο" που συμμετέχει στην κοινωνική σύνθεση, στη διαμόρφωση της δικής του ζωής όπως και της ζωής των συμπολιτών του"²¹²

Ωστόσο, η εξωστρεφή δράση των ομάδων αυτών έχει ως αρνητικό αποτέλεσμα να αποκόπτεται η ομάδα από το κοινωνικό σύνολο, αφού καμιά φορά οι επιδιωκόμενοι στόχοι -αιτήματα-αφορούν αποκλειστικά και μόνον την ομάδα, χάνοντας έτσι την επαφή της με τις γενικότερες κοινωνικές παραμέτρους και έτσι παρασύρεται σε μια δράση αντίθετης κατεύθυνσης με το συμφέρον του κοινωνικού συνόλου.

Κλείνοντας την αναφορά μας στις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι, για να είναι αποτελεσματική η εφαρμογή τους, ο πότης δε θα πρέπει να καταναλώνει αλκοόλ με οποιαδήποτε μορφή.

• Ειδικές προσεγγίσεις και θεραπευτικά προγράμματα

Για να περιέχει ένα τέτοιο πρόγραμμα ολοκληρωμένη και αποτελεσματική θεραπεία θα πρέπει να περιλαμβάνει και τις τρεις διαδοχικές φάσεις, τη λεγόμενη "θεραπευτική αλυσίδα"²¹³

Οι φάσεις αυτές είναι : α) Η φάση σωματικής απεξάρτησης, β) της ψυχικής απεξάρτησης και γ) της Κοινωνικής επανένταξης. Την αλυσίδα αυτή όμως, δεν την συναντάμε σ'όλα τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα. Η επιλογή της φάσης ή των φάσεων που θα εφαρμοσθούν από κάποιο πρόγραμμα, εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τις αρχές και τους σκοπούς του.

Τα κυριότερα ειδικά θεραπευτικά προγράμματα είναι :

A) Οι θεραπευτικοί ξενώνες .

B) Τα Κέντρα Θεραπείας του Αλκοολισμού (Alcohol Eveatment Centres).

Τα ειδικά αυτά κέντρα παρέχουν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και είναι ευρέως διαδεδομένα στις Η.Π.Α. Το θεραπευτικό τους πρόγραμμα στηρίζεται σε διάφορες προσεγγίσεις όπως των "Ανωνύμων Αλκοολικών", "Φαρμακοθεραπείας", "ομαδικής ψυχοθεραπείας" κ.α. Τέλος, τα άτομα που παρακολουθούν αυτά τα προγράμματα, παραπέμπονται συνήθως από τα δικαστήρια ή συμμετέχουν εθελοντικά.

Γ) Οι Θεραπευτικές Κοινότητες

²¹² Στο ίδιο , ό.π.

²¹³ .Κουκουτσάκη Αφροδίτη (1987-88) , ό.π. , σ.82

Δ) Ανώνυμοι Αλκοολικών(A.A)

Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε στις Η.Π.Α. και συγκεκριμένα στο Οχάιο.Η δημιουργία των Α.Α. οφείλεται σε μια τυχαία συνάντηση δύο αλκοολικών,του χειρουργού Dr.Bob Η και του εμπόρου Bill W. το 1934. Και οι δύο ,χρόνια αλκοολικοί,με δεκάδες προσπαθειών απεξάρτησης στο ιστορικό τους (ο Bill W. είχε νοσηλευτεί 40 φορές σε νοσοκομείο),ανακάλυψαν ξαφνικά πόσο 'απελευθερωτικά'δρούσε η ειλικρινής συζήτηση του κοινού προβλήματός του και πόσο τους ανακούφιζε η κατανόηση που μπορούσε να δείξει ο ένας για τον άλλο. Κάτω από αυτό το πρίσμα αποφάσισαν αν συνεχίσουν τις συναντήσεις τους αυτές.

"Στην διαμόρφωση της ιδεολογίας των Α.Α. έπαιξαν ιδιαίτερο ρόλο διάφοροι παράγοντες.Αυτοί ήταν:α) η απόλυτη ειλικρίνεια στη συζήτηση ως βασική προϋπόθεση για τη σωστή επικοινωνία των μελών της ,β) η άποψη του "πίνω επειδή πίνω", "αιτίες και αφορμές μπορώ να βρίσκω πάντα...", υπάρχει μόνο ένας τρόπος να θεραπευτώ,να αφήσω το πρώτο ποτήρι ,χωρίς να το δοκιμάσω...", ενώ,πράλληλα, εγκαταλείφθηκε η αναζήτηση "αιτιών " και "αφορμών" για κατανάλωση οινόπνεύματος.Άλλωστε,σ'αυτήν την εξτρεμιστική τοποθέτηση βασίζεται και όλο το ιδεολογικό σύστημα των Α.Α που ξεκινούν την ημέρα τους με την "Παραδοχή -υπόσχεση", "είμαι αλκοολικός ,σήμερα δε θα πιω"²¹⁴

Στην ουσία επρόκειτο για ομάδες αυτοβοήθειας και παρέχουν στα μέλη τους συνεχή ομαδική υποστήριξη από άτομα που ήταν ή και είναι αλκοολικοί.Η διεργασία αυτοβοήθειας των Α.Α. δεν περιλαμβάνει μόνον αμοιβαία υποστήριξη (κυρίως ψυχολογική),ανταλλαγή εμπειριών,αλλά και την ανάληψη κάποιων δεσμεύσεων(γνωστών σαν "προσαρμογή μέσα από τη δέσμευση"²¹⁵)για ενεργό συμμετοχή,παρακολούθηση συναντήσεων ,βοήθεια προς τους άλλους, συμμετοχή στις εκδηλώσεις της ομάδας,ανάληψη υπεύθυνων θέσεων κ.α. Μέσα από αυτές τις ομάδες,ο χρόνιος πότης ανακαλύπτει ότι δεν είναι μόνος του σ'αυτόν τον αγώνα για απεξάρτηση και το κυριότερο,δε νιώθει ντροπή,στηρίζεται ψυχροσυναισθηματικά από τους άλλους που έχουν ή είχαν και αυτοί το ίδιο πρόβλημα.Ανταλλάσει με τα άλλα μέλη της ομάδας τις εμπειρίες του και μ'αυτόν τον τρόπο όχι μόνον εκφορτίζεται,αποβάλλοντας φόβους και ανασφάλειες,αλλά και "έρχεται όλο και πιο κοντά στον εσωτερικό του κόσμο". Αυτό είναι κάτι που σίγουρα το βοηθάει να βρίσκει σιγά-σιγά τα αίτια που τον οδήγησαν στο ποτό και το σπουδαιότερο,ν'αναπτύξει τις τεχνικές εκείνες που θα το βοηθήσουν να ξεπεράσει το πρόβλημά του. Με άλλα λόγια,μέσω αυτής της διεργασίας αποκτά τη χαμένη του αυτοεκτίμηση,κάτι που σαφώς είναι πολύ σημαντικό και παίζει σπουδαίο ρόλο στην όλη του προσπάθεια για την αποθεραπεία του.

²¹⁴ .Παπαγεωργίου Ευάγγελος (1985) , ό.π. , σ.260

²¹⁵ .Jaffe J. , Peterson R. , Hodgson R. (1986) , ό.π. , σ.125

Ο κυρίαρχος στόχος των Α.Α. είναι η ψυχοσωματική απεξάρτηση ,ο αποστιγματισμός και η κοινωνική επανένταξη του αλκοολικού.

Η συμμετοχή ενός φίλου του Bill W.,επίσης αλκοολικού ,στη "μυστική κίνηση της Οξφόρδης"και η επιτυχία του να διακόψει τη χρήση οινόπνευματος ακολουθώντας τη βασική ιδεολογία των Α.Α. συντέλεσε ,δίχως άλλο,καθοριστικά στην ολοκλήρωση της φιλοσοφίας της κίνησης αυτής ,η οποία διαμορφώθηκε τελικά στην έκφραση των "12 παραδόσεων"(12 Tradizionen) και "12 βημάτων (12Schritte). Οι 12 παραδόσεις είναι:

1. "Η κοινή καλυτέρευση θα πρέπει να βρίσκεται στην πρώτη θέση. Η θεραπεία του ενός οφείλεται στην ενότητα των Α.Α."
2. Για το νόημα και το σκοπό της ομάδας υπάρχει μόνο μια ανώτερη δύναμη - "ένας αγαπητός Θεός,με οποιονδήποτε τρόπο και εάν αναγνωρίζεται Αυτός στις συνειδήσεις των μελών. Οι άνθρωποι της εμπιστοσύνης είναι μόνον υπηρέτες Του ,δεν κατέχουν δύναμη".
3. Η μοναδική προϋπόθεση για συμμετοχή στους Α.Α. είναι η επιθυμία αποχής από τα οινόπνευματώδη ποτά .Αρχικά,ο χρόνιος πότης πρέπει να παραδεχθεί το πρόβλημά του με όλες τις οργανικές,ψυχοκοινωνικές συνέπειες γι'αυτόν,που μπορεί όμως να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνον όταν υπάρξει απόλυτη αποχή από το οινόπνευμα. Το άτομο που θα απεξαρτηθεί δε θα πρέπει να ξαναχρησιμοποιήσει αλκοόλ,γιατί κάτι τέτοιο μπορεί να τον οδηγήσει πάλι στο ίδιο πρόβλημα. Κι επειδή οι Α.Α. δε συνδέουν το πρόβλημα της εξάρτησης με κάποια προϋπάρχουσα ψυχική διαταραχή του ατόμου,δε θεωρούν αναγκαία τη χρήση ψυχοθεραπευτικών τεχνικών ,όπως επίσης δε συμφωνούν και με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών στα στάδια της θεραπείας τους. Αντίθετα,πιστεύουν ότι για την απεξάρτηση χρειάζεται ψυχική εγρήγορση του ατόμου,ισχυρή θέληση και μεγάλη προσπάθεια εκ μέρους του αλκοολικού.
4. Κάθε ομάδα είναι αυτοδύναμη,εκτός θεμάτων που αφορούν τους Α.Α. στο σύνολο.
5. Το μεγαλύτερο καθήκον των Α.Α. είναι να μεταφέρουν το μήνυμά τους στους συνανθρώπους που υποφέρουν με το ίδιο πρόβλημα.
6. Μια ομάδα Α.Α. δε θα πρέπει ποτέ να βοηθήσει κάποιο άλλη εταιρεία με οικονομικά ή άλλα κέρδη ή να δανείσει το όνομά της σ'αυτή ,έτσι ώστε το χρηματικό κέρδος,η κατοχή ειδών ή η κοινωνική επιτυχία να μη μπορέσουν να διαβρώσουν τους σκοπούς τους.
7. Κάθε ομάδα Α.Α. πρέπει να μπορεί να διατηρηθεί από μόνη της δίχως οποιαδήποτε βοήθεια απ'εξώ.
8. Η απασχόληση στην ομάδα είναι τιμητική υπαλλήλους μπορούν να διατηρήσουν μόνον οι κεντρικές υπηρεσίες.
9. Οι Α.Α. δε θα πρέπει να οργανώνονται.Επιτρέπεται όμως να οργανώνονται σε ομάδες πρωτοβουλίας ή επιτροπές που είναι υπόλογες απέναντι σ'αυτούς για την εξυπηρέτηση των οποίων σχηματίστηκαν.
- 10.Οι Α.Α. δεν παίρνουν ποτέ θέση σε οποιεσδήποτε διαφορές ή διαφωνίες από την ομάδα τους .Γι'αυτόν ακριβώς το λόγο δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται ποτέ το όνομα των Α.Α. σε διάφορες κοινωνικές υποθέσεις.

11. Η σχέση των Α.Α. με τον κοινωνικό περίγυρο συνίσταται κυρίως στην της ομάδας και όχι στη διαφήμισή τους. Γι' αυτό το λόγο διατηρείται η ανωνυμία τους απέναντι στον τύπο, το ραδιόφωνο, την τηλεόραση κλπ.

12. Η ανωνυμία αποτελεί ψυχική προϋπόθεση όλων των άλλων παραδόσεων των Α.Α. "Αλλιώς, αυτό υπονοεί ότι οι αρχές των Α.Α. θα πρέπει να είναι μόνον "υπόθεση προσωπικών φιλοδοξιών"²¹⁶

Οι παραπάνω δώδεκα παραδόσεις συμπληρώνονται από "δώδεκα βήματα", τα οποία θα πρέπει να εκπληρώσει ο αλκοολικός προκειμένου να απελευθερωθεί από την εξάρτησή του. Τα δώδεκα βήματα είναι :

- "Παραδεχτήκαμε ότι είμαστε απόλυτα αδύναμοι απέναντι στο οινόπνευμα κι έτσι δε μπορούσαμε να καθορίσουμε τη ζωή μας όπως εμείς θέλουμε.
- Αποκτήσαμε την πίστη ότι μια Δύναμη, μεγαλύτερη από εμάς τους ίδιους μπορεί να μας δώσει πίσω την ψυχική μας υγεία.
- Αποφασίσαμε να εμπιστευτούμε τη θέλησή μας και τη ζωή μας στο Θεό- όπως εμείς καταλαβαίνουμε.
- Κάναμε μια εμπειρισταωμένη και ελεύθερη από φόβο καταμέτρηση του εσωτερικού μας κόσμου.
- Παραδεχθήκαμε τα λάθη μας, ειλικρινά, απέναντι στο Θεό, τους εαυτούς μας και ένα άλλο πρόσωπο.
- Ήμασταν πρόθυμοι να αφήσουμε το Θεό να διορθώσει όλα αυτά τα αρνητικά του χαρακτήρα μας.
- Ταπεινά παρακαλέσαμε Αυτόν να πάρει από εμάς όλες τις ατέλειες.
- Φτιάξαμε έναν κατάλογο όλων των προσώπων που έχουμε βλάψει ποτέ μας και δηλώσαμε την επιθυμία μας να επανορθώσουμε.
- Επανορθώσαμε απέναντι σε όλα αυτά τα πρόσωπα όπου ήταν δυνατός και εάν με αυτόν τον τρόπο μπορεί να τραυματίσαμε ή να ενοχλούσαμε άλλους συνανθρώπους μας.
- Συνεχίσαμε την καταμέτρηση του εαυτού μας και όπου είχαμε λάθος ήμασταν πρόθυμοι να το παραδεχθούμε αμέσως.
- Προσπαθήσαμε να καλυτερεύσουμε τη σχέση μας με το Θεό- όπως εμείς τον καταλαβαίνουμε -μέσα από την προσευχή και την αυτογνωσία. Τον παρακαλέσαμε να μας αφήσει να καταλάβουμε τη θέλησή Του να μας βοηθήσει.
- Αφού βιώσαμε μια πνευματική αναγέννηση με την πραγματοποίηση όλων αυτών των βημάτων, προσπαθήσαμε να μεταδώσουμε το μήνυμά μας σε άλλους αλκοολικούς και παράλληλα, να καθορίσουμε καθημερινά τη ζωή μας σύμφωνα με αυτές τις προϋποθέσεις"²¹⁷

²¹⁶ Παπαγεωργίου Ευάγγελος (1985) , ό.π. , σ.260-261

²¹⁷ Στο ίδιο , σ.261-262

Σήμερα, το κίνημα των Α.Α. θεωρείται ως το μόνο αποτελεσματικό πρόγραμμα διατήρησης της αποχής και ουσιαστικής εγκράτειας από το αλκοόλ. Η στατιστική του για επιτυχή θεραπεία υπερβαίνει κατά πολύ οποιαδήποτε άλλη επαγγελματική προσπάθεια θεραπείας. *"Είναι στη διάθεση των ανθρώπων οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας και οποιαδήποτε ώρα της ημέρας ή της νύχτας και έχει 1000000 μέλη(περίπου), 42000 ομάδες(περίπου) και αντιπροσωπεύεται σε 110 χώρες"*²¹⁸

Άλλωστε, αυτός είναι ο λόγος που τα περισσότερα προγράμματα θεραπείας χρειάζονται την παρακολούθηση του Α.Α. ως αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας και συχνά βλέπουν την αντίδραση προς το Α.Α. ως άρνηση του αλκοολισμού.

Ε) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το πρόβλημα του αλκοολισμού αποτελεί και οικογενειακό πρόβλημα, δημιουργώντας προβλήματα τόσο στα μέλη της οικογένειας ξεχωριστά, όσο και στην όλη δομή και λειτουργία της. Οι ψυχοσυναισθηματικές πιέσεις, οι οικονομικές δυσκολίες, η σωματική και σεξουαλική βία, ο κοινωνικός στιγματισμός είναι μερικά από τα πιο χαρακτηριστικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι σύζυγοι και τα παιδιά των εξαρτημένων από το αλκοόλ.

*"Τα οικογενειακά προβλήματα έρχονται πριν από αυτά των ναρκωτικών, τα οποία αποτελούν συμπτώματα, ακόμα κι αν δεν είναι η άμεση αφορμή για τη χρήση ναρκωτικών"*²¹⁹

Έτσι, άτομα που προέρχονται ή και ζουν σε αποδιοργανωμένα οικογενειακά περιβάλλοντα όπου κυριαρχούν στοιχεία έλλειψης επικοινωνίας, γονικής αμέλειας, στέρησης, συγκρούσεων μεταξύ των γονιών, κακοποίησης των παιδιών κ.α., βρίσκουν διέξοδο πολλές φορές στην χρήση αλκοόλ. Το σημείο στο οποίο θα πρέπει ίσως να επικεντρώσουμε την προσοχή μας είναι ο ρόλος των γονιών στο όλο πρόβλημα, που πολλές φορές όχι μόνο δε διαπαιδαγωγούν τα παιδιά τους με τέτοιο τρόπο που να μαθαίνουν να αποφεύγουν την κατάχρηση του αλκοόλ αν όχι την απλή χρήση, αλλά και με τη στάση τους ηθελημένα ή μη τα οδηγούν σ' αυτήν.

Όταν, λοιπόν, οι γονείς, στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της ζωής, καταφεύγουν σε εύκολες διεξόδους αλλά και επώδυνες, αποτελούν σίγουρα αρνητικά πρότυπα συμπεριφοράς για τα παιδιά τους. Ωστόσο, δε χρειάζεται μόνο να πίνουν οι γονείς για να επηρεαστούν αρνητικά τα παιδιά τους. Η έλλειψη πληροφόρησης για τους κινδύνους που εγκυμονεί η κατάχρηση οινοπνευματωδών, αποτελεί ένα σοβαρό παράγοντα που στρέφει το παιδί στην κατάχρηση αυτών.

Ωστόσο, η αντιμετώπιση αυτών των αιτιών μπορεί να ωθήσει τον πότη στο ν' απεξαρτηθεί, αλλάζοντας παράλληλα τρόπο ζωής και συμπεριφοράς.

²¹⁸ Leikin Celia (1986), ό.π., σ.149-150

²¹⁹ Allichieri D.P. (1990) : "Parents' association" στο *Know Theyself. Evolutionary Course of the Therapeutic Communities: The Third Generation*. σ.57-59

Η παρουσίαση όλων των λόγων που προαναφέρθηκαν ,αφήνει εύκολα να γίνει κατανοητό το πόσο μεγάλη ανάγκη έχει η οικογένεια του εξαρτημένου από τη θεραπευτική βοήθεια και τη συνεχόμενη ψυχολογική υποστήριξη. Μάλιστα,ακόμα κι αν ο αλκοολικός αρνηθεί τη θεραπεία,η οικογένειά του μπορεί και να τη θέλει και να τη χρειάζεται. Η υποστήριξη αυτή μπορεί να προκαλέσει καμιά φορά και τον ίδιο,έτσι ώστε να προσπαθήσει και ο ίδιος να θεραπευτεί. Δηλαδή,όταν η οικογένεια αρχίσει να αλλάζει τα υπάρχοντα πρότυπα,η ισορροπία της διασπάται,γεγονός που μπορεί να προκαλέσει τον αλκοολικό να δράσει.²²⁰

Στην περίπτωση που η οικογένεια του αλκοολικού θέλει να συμμετάσχει στην όλη προσπάθεια απεξάρτησής του ,ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να λάβει υπόψην του ορισμένες αρχές,όπως για παράδειγμα ,αν τα οικογενειακά μέλη είναι συναισθηματική προετοιμασμένα για μια τέτοια παρέμβαση,αν έχουν εκπαιδευτεί σχετικά με την εξάρτηση του αλκοόλ κ.α.,έτσι ώστε τα μέλη της οικογένειας να μπορούν να απαλλαγούν από την ενοχή,το θυμό και τη μνησικακία. Εκτός των άλλων,τα μέλη της οικογένειας του αλκοολικού μπορούν να βοηθηθούν να απομακρύνουν το ενδιαφέρον τους από τον αλκοολικό ούτως ώστε να μπορέσουν να ξαναποκτήσουν τη δική τους αυτοεκτίμηση και παραγωγικότητα.Μπορούν να διδαχθούν στρατηγικές αντιμετώπισης για να ελαχιστοποιήσουν περαιτέρω καταστροφή και χάος. Τέλος ,δε λείπουν και οι περιπτώσεις όπου οι οικογένειες των αλκοολικών έχουν απομονωθεί λόγω ντροπής.Αυτοί μπορούν ν'αρχίσουν να ξαναφτιάχνουν τις κοινωνικές σχέσεις και τους εκτεταμένους οικογενειακούς δεσμούς που πιθανόν να έχουν καταστραφεί.

Ακριβώς όπως ο αλκοολικός βοηθιέται αποτελεσματικότερα με τη συλλογική διαδικασία αποθεραπείας,το ίδιο ισχύει και για την οικογένεια του. Για το λόγο αυτό οι Α.Α. έχουν δημιουργήσει έναν κλάδο,τον ΑΙ-Ανοη ,που προορίζεται για ανθρώπους που είναι στενά συνδεδεμένοι με τον αλκοολικό ή για εκείνους που είχαν στο παρελθόν στενές σχέσεις με αλκοολικούς.²²¹

Το ΑΙ-Ανοη είναι διαθέσιμο χωρίς ραντεβού και χωρίς χρηματική επιβάρυνση.Η μακροχρόνια λειτουργία του έχει αποδείξει ότι δεν αποτελεί ασυνήθιστο φαινόμενο ενήλικες να το παρακολουθούν μεγάλα χρονικά διαστήματα και μετά το θάνατο ενός αλκοολικού γονιού ή συζύγου,αφού και τα συναισθηματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα της ασθένειας είναι βαθιά και μακράς διάρκειας.

Επίσης,στα πλαίσια της λειτουργίας του Α.Α. υπάρχουν δύο βασικές ομάδες που προσφέρουν βοήθεια στα παιδιά καθώς και στους εφήβους εκείνους που ζουν με αλκοολικούς γονείς. Οι ομάδες αυτές είναι :α)το ΑΙatol και Β)το ΑΙateen.²²² Ωστόσο,ενώ η παραπομπή σε μια τέτοια ομάδα αυτοβοήθειας δε μπορεί να αντικαταστήσει την επαγγελματική ψυχοθεραπεία,η ψυχοθεραπεία δε μπορεί να αντικαταστήσει τη συμμετοχή σ'αυτήν την οργάνωση. Πάντως,γεγονός αποτελεί η διαπίστωση πως μια επιτυχής και μόνιμη αποθεραπεία απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση.

²²⁰ .Leikin Celia (1986) , ό.π. , σ.150

²²¹ .Στο ίδιο , σ.151

²²² .Στο ίδιο , ό.π.

V : ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η Θεραπευτική Κοινότητα ως εναλλακτική μέθοδος αποκατάστασης των εξαρτημένων ατόμων, που έρχεται σε αντίθεση με τα παραδοσιακά μοντέλα ιατρικών και ανθρώπινων υπηρεσιών, παρουσιάζεται στα τέλη της δεκαετίας του '50 στην Καλιφόρνια της Αμερικής. Η αφηγηρία αυτών των θεραπευτικών πρακτικών εντοπίζεται στις δραστηριότητες του Άγγλου ψυχιάτρου M. Jones ο οποίος το 1945, δουλεύοντας με κυβερνητικά υποστηριζόμενα ιατρικά συστήματα, χρησιμοποίησε τις ομάδες αυτοβοήθειας ως μέσο θεραπείας χιλίων απόμαχων Άγγλων στρατιωτών που παρουσίαζαν σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

Η ιστορική διαδρομή των Θεραπευτικών Κοινοτήτων μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε τρεις γενιές :

1η γενιά Θεραπευτικών Κοινοτήτων : "Synanon"

2η γενιά Θεραπευτικών Κοινοτήτων : "Daytop"

3η γενιά Θεραπευτικών Κοινοτήτων : "Παρέμβαση ΚΕ.ΘΕ.Α."

Synanon

Η πρώτη θεραπευτική κοινότητα δημιουργήθηκε το 1958 στην Καλιφόρνια των Η.Π.Α. από τον Charles E. Dederich και ονομάστηκε "Synanon".

Το όνομα "Synanon" προέρχεται από μια παραδρομή του λόγου που έκανε ένα από τα ιδρυτικά μέλη της οργάνωσης στην προσπάθειά του να πει ταυτόχρονα τις λέξεις Symposium και Seminar.

Ο Dederich υπήρξε ο ίδιος αλκοολικός και είχε χάσει τον πατέρα του -και αυτός αλκοολικός- σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα. Εξαιτίας της εξάρτησής του αντιμετώπιζε δυσκολίες στην επαγγελματική του καριέρα και δύο αποτυχημένους γάμους στο παρελθόν του. Έτσι, στην προσπάθειά του αν ξεφύγει από την εξάρτηση του αλκοόλ, άρχισε να παίρνει μέρος στις συναντήσεις των "Ανωνύμων Αλκοολικών". Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα δημιούργησε δική του ομάδα συζητήσεων, όπου, κατά κάποιο τρόπο, πήρε καθοδηγητικό ρόλο. Στην ομάδα αυτή δέχτηκε εκτός από αλκοολικούς, τοξικομανείς και πρώην φυλακισμένους που με τον καιρό υπερτερούσαν σε αριθμό από τους αλκοολικούς.²²³

Η διεύρυνση της κίνησης έκανε αναγκαία μια οργανωτική δομή, που στην περίπτωση του "Synanon" είχε πάρει τη μορφή πυραμίδας με ένα είδος "κεντρικής επιτροπής" στην κορυφή -της οποίας μέλος είναι και ο Dederich- και αυστηρά ιεραρχημένα επίπεδα.

Σήμερα η οργάνωση λειτουργεί με μερικές δεκάδες κοινότητες συγκροτήματα στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη εκ των οποίων τα μεγαλύτερα βρίσκονται στο Tomales Bay, Santa Monica και Oakland της Καλιφόρνιας.

²²³ Παπαγεωργίου Ευάγγελος (1985), ό.π., σ.265

Από οικονομική άποψη το Synanon έχει εξελιχθεί σε μια κοινωφελή -για τα μέλη του - εταιρεία έχοντας στην κατοχή του έναν ολόκληρο στόλο φορτηγών αυτοκινήτων, ιδιωτικούς σταθμούς βενζίνης διάφορα καταστήματα καθώς και ειδικά σχολεία.

Στην Ευρώπη συναντάμε τα "σπίτια Synanon" (Synanon- Houses). Αυτά λειτουργούν κατά τον ίδιο σχεδόν τρόπο, εξασφαλίζουν δηλαδή τη λειτουργία τους βασισμένα στη δική τους παραγωγή. Τα μέλη εργάζονται σε κοινωφελές εργασίες 40 ώρες την εβδομάδα και τον πρώτο χρόνο κερδίζουν μόνο "χαρτζιλίκι" για τις ατομικές τους ανάγκες ("Walk around money") ενώ το δεύτερο χρόνο οι αποδοχές αυξάνονται, χωρίς ποτέ όμως να παίρνουν τη μορφή μισθού, μιας και το μεγαλύτερο μέρος των κερδών τοποθετείται, τελικά, στο κοινό ταμείο της οργάνωσης.

Η φιλοσοφία του Synanon δε βασίζεται ούτε σε θρησκευτικές, ούτε σε πολιτικές ιδέες. Γενικά, οι βασικές αρχές του περικλείονται στις παρακάτω προτάσεις:

- α) Μόνον η αλήθεια (ειλικρίνεια), η καθαρή αλήθεια μπορεί να μας απελευθερώσει.
- β) Για μένα μπορεί να είναι καλό μόνο αυτό που είναι καλό και για τον άλλο.²²⁴

Η ιδεολογία αυτή απευθύνεται στο κάθε άτομο-μέλος χωριστά, λειτουργεί όμως και εκπορεύεται μέσα από την κοινότητα. Ωστόσο, απόλυτη προϋπόθεση είναι η ελεύθερη προθυμία του μέλους να απελευθερωθεί από την εξάρτησή του, αφού χωρίς την "ελευθερία εκλογής" το μοντέλο Synanon είναι αδύνατον να λειτουργήσει.

Το Synanon είναι α-πολιτικό. Έτσι, ενώ δεν ασχολείται με την αλλαγή της κοινωνίας, πιστεύει ότι αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την αλλαγή των μελών της. Άλλωστε, τόσο ο τρόπος ζωής όσο και η φιλοσοφία των κοινοβίων του θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως παράδειγμα για την επίτευξη ενός τέτοιου σκοπού.

Στα πλαίσια της θεραπευτικής πρακτικής του Synanon δε συναντάμε ειδικευμένους θεραπευτές. Έτσι, οι ρόλοι θεραπευτής-θεραπευόμενος έχουν καταργηθεί και η κοινότητα λειτουργεί με την ιεραρχική δομή της. Όλοι οι απασχολούμενοι στην κοινότητα είναι πρώην εξαρτημένοι και δρουν ως ένα είδος για μίμηση στο κάθε νέο άτομο που πλησιάζει αυτό το θεραπευτικό μοντέλο.

Για την εισαγωγή κάποιου ατόμου στο Synanon υπάρχουν μόνο δύο απόλυτες προϋποθέσεις:

- (1) αποφυγή κάθε είδους ουσίας εξάρτησης (περιλαμβανομένου του οινόπνευματος και του καπνού) και
- (2) αποφυγή κάθε είδους σωματικής βίας.

Η όλη προσπάθεια του Synanon στοχεύει στην ενσωμάτωση του νέου μέλους. Βέβαια, αυτό είναι πραγματοποιήσιμο εάν το κάθε μέλος μπορέσει με το καιρό να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του αυτές.

²²⁴ Στο ίδιο, σ.266

Ετσι,επειδή το πρόβλημα Εμείς-Εσείς δεν υπάρχει ,η όλη προσπάθεια για τη διαμόρφωση ενός νέου τρόπου ζωής είναι τελικά κοινή.Γι'αυτό άλλωστε το κάθε άτομο-μέλος της κοινότητας είναι ελεύθερο οποιαδήποτε χρονική στιγμή της απεξάρτησής του εκεί να εγκαταλείψει την κοινότητα. Ωστόσο,αξίζει να σημειωθεί ότι ,τα μέλη της κοινότητας που επιθυμούν για ένα χρονικό διάστημα να δημιουργήσουν τη δική τους ζωή ,έξω απ'την οργάνωση ,βοηθούνται με οποιοδήποτε δυνατό τρόπο από αυτή.

Το πρόγραμμα της ζωής στην κοινότητα πραγματοποιείται σε τρεις φάσεις:

Φάση 1η : Ο νεοεισερχόμενος στην κοινότητα διακόπτει σχεδόν τη σχέση του με τον έξω κόσμο.Ακόμα κι έναν περίπατο επιτρέπεται να τον κάνει μόνο με συνοδεία ενός παλαιότερου μέλους.Επίσης,διακόπτει την επαφή του με παλιούς φίλους,παρέες ή άλλα στενά συνδεδεμένα μ'αυτόν πρόσωπα.

Φάση 2η : Μόλις μετά δύο χρόνια ζωής στο Synanon θεωρείται πια ως μέλος αρκετά σταθεροποιημένο για να αναλάβει την ευθύνη και τις αποφάσεις σχετικά με τις σχέσεις του με πρόσωπα έξω από την κοινότητα.

Φάση 3η : Το μέλος έχει "αναγνωρισθεί". Μπορεί να αποφασίσει μόνο του για το μέλλον του ,αν θα μείνει στην κοινότητα ή θα φύγει,ενώ στην περίπτωση που διακρίνεται για ιδιαίτερες ικανότητες προτείνεται για "διευθυντής".²²⁵

Καθοριστικό ρόλο στη "Θεραπευτική Διαδικασία" έχουν οι ομάδες εργασίας,της συμμετοχής σε εκδηλώσεις κατά τον ελεύθερο χρόνο σε τακτικές δίωρες ομαδικές συζητήσεις ,στις οποίες συμμετέχουν μέλη από τα οποία τουλάχιστον δύο έμπειρα. Στις ομαδικές συζητήσεις κάθε μέλος είναι θεραπευτής και θεραπευόμενος ταυτόχρονα.

Εκτός από το είδος αυτό "ομαδικής θεραπείας" χαρακτηριστικές είναι και οι "μαραθώνιες συνεδρίες".Αυτές διαρκούν από 36 έως 48 ώρες(ή Trip ανάλογα με τη διάρκεια).Κάθε μέλος είναι υποχρεωμένο να λάβει μέρος τουλάχιστον για 12 ώρες.Οι συνεδρίες αυτές θεωρούνται συμβολικά ως ένα είδος χημικού καθαρισμού από τον οποίο βγαίνει καθαρότερος και δυνατότερος ο χαρακτήρας.

Τέλος ,όσον αφορά τη σωματική αποτοξίνωση ,τις πρώτες ημέρες της εισαγωγής γίνεται χωρίς τη βοήθεια ψυχοφαρμάκων .Άλλωστε στα πλαίσια του Synanon κυριαρχεί η πίστη ότι "τα περισσότερα συμπτώματα έχουν ψυχικό υπόβαθρο" καθώς κι ότι "οι εξαρτημένοι έχουν την τάση να υπερβάλλουν ,με συνειδητό ή ασυνειδητό στόχο να πάρουν φάρμακα ή ακόμα και μια μικρή δόση από την ουσία εξάρτησης".²²⁶

²²⁵ Στο ίδιο , σ.267

²²⁶ Στο ίδιο , σ.268

Daytop

Στα κέντρα θεραπείας εξαρτημένων που λειτουργούν χωρίς τη βοήθεια ειδικών θεραπευτών (όπως τα Phoenix Houses, τα Alpha Houses στην Αγγλία, τα Odussey Houses, τα Ley Community κ.α.), ανήκει και το "Daytop", η λειτουργία του οποίου στηρίζεται αποκλειστικά στην πείρα και τη συνεργασία πρώην τοξικομανών.

Το Daytop ιδρύθηκε το 1964 από το David Deitch, πρώην εξαρτημένο από την ηρωίνη και μέλος του Synanon. Η "γέννηση" του Daytop οφείλεται στη διάσταση που δημιουργήθηκε μεταξύ του Synanon και του David Deitch.

Η δομή και η οργάνωση του κοινωφελούς ιδρύματος Daytop Inc. είναι αυστηρά ιεραρχημένη και λειτουργεί ως παράδειγμα και τα υπόλοιπα κέντρα σε όλο τον κόσμο. Τόσο οι οργανωτικές, όσο και οι πρακτικές υποχρεώσεις του ιδρύματος Daytop ικανοποιούνται από διάφορες επιτροπές, όπως "Board of Governors", "Board of Trustees", "Executive Board" κ.λ.π.

Σήμερα, υπάρχει μια ολόκληρη αλυσίδα από Daytop Zentren και Daytop Villages, όπου συνεργάζεται ένα πλήθος πρώην εξαρτημένων και που διατηρείται από την προσωπική εργασία των μελών της.

Η θεραπευτική διαδικασία έχει τη μορφή της θεραπευτικής αλυσίδας με φάση-επαφής, εισαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης. Το θεωρητικό υπόβαθρο του Daytop στηρίζεται στην ιδέα ότι "η χρήση τοξικών ουσιών είναι σύμπτωμα "αταξίας" του χαρακτήρα του ατόμου που κάνει τη χρήση αυτή και έρχεται στην επιφάνεια κάτω από συνθήκες που εμποδίζουν την κοινωνική ταύτιση του χρήστη ή οφείλεται σ' αυτές".²²⁷

Η κοινωνική περιθωριοποίηση του χρήστη, κατά το Daytop, ξεκινάει από την τοξική ουσία, η οποία "προστατεύει" στην ουσία το χρήστη, όταν αυτός βρίσκεται σε φορτισμένες καταστάσεις (stress) ανεξάρτητα αν κάτι τέτοιο οφείλεται σε κοινωνικά ή προσωπικά αίτια. Έτσι, η εξαρτημένη συμπεριφορά οδηγεί σε λανθασμένες εκλογές και τοποθετήσεις στη ζωή, συνήθως μαζί με άλλους εξαρτημένους. Γι' αυτούς τους λόγους, το Daytop θέτει ως βασική προϋπόθεση μιας επιτυχημένης θεραπείας την απομόνωση, αρχικά του εξαρτημένου από το κοινωνικό του περιβάλλον κι έπειτα την εισαγωγή του σε ένα άλλο, ώστε να του δοθεί η δυνατότητα να ξεχάσει τον παλιό τρόπο ζωής και λανθασμένης συμπεριφοράς και κατ'επέκταση να το βοηθήσει στην εκμάθηση μιας νέας. Κατ'αυτό τον τρόπο, τόσο η οργανωτική δομή όσο και οι πρώην εξαρτημένοι, θα μπορέσουν αν προσφέρουν τα πλαίσια όπου θα γίνει δυνατή αυτή αλλά και οι στόχοι της.

Στόχος του Daytop είναι η επανένταξη του εξαρτημένου στο κοινωνικό σύνολο. Δεν εμφανίζει τάσεις να κρατήσει τα μέλη του στην κοινότητα για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Άλλωστε, αυτό είναι το σημείο στο οποίο διαφέρει αισθητά με το Synanon. Στο σημείο που ταυτίζεται με το Synanon είναι η φιλοσοφία του Daytop.

²²⁷ Στο ίδιο ό.π.

Αυτή περικλείεται σε τρεις βασικές προϋποθέσεις α) απόλυτη ειλικρίνεια,β) αποχή από οποιαδήποτε εξάρτηση και γ) αποχή από τη σωματική βία.

Τέλος ,το Daytop δεν αισθάνεται υποχρεωμένο να κάνει εισαγωγή στον οποιονδήποτε εξαρτημένο ,αλλά κάνει αυστηρή εκλογή των μελών του.Η εκλογή αυτή πραγματοποιείται από τα υπεύθυνα γι'αυτό μέλη,με τη μορφή της κατά αντιπαράθεσης με τον εξαρτημένο.Η αντιπαράθεση αυτή μπορεί να επαναληφθεί αρκετές φορές,οποιαδήποτε ώρα και ημέρα κατά τη φάση της απεξάρτησης.

Ωστόσο,όλη αυτή η διαδικασία μπορεί φυσικά να μη σιγουρεύει την πάραμονή του εξαρτημένου σ'ολόκληρη τη θεραπευτική διαδικασία,αφήνει όμως πολλούς απ'αυτούς που πηγαίνουν για θεραπεία με τη σκέψη "για να δούμε πως είναι και μετά αποφασίζουμε" κι όχι με την πραγματική επιθυμία ν'απεξαρτηθούν.

2. Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Οι Θεραπευτικές Κοινότητες είναι δομημένες (ιεραρχημένες) κοινότητες που αποτελούνται από ομάδες ομότιμων με επίπεδα/διαβαθμίσεις που καθοδηγούνται και ορίζονται από το προσωπικό.Όλοι μαζί αποτελούν την Κοινότητα ή την οικογένεια,σε πλαίσιο διαμονής. Αυτή η "από τους ομότιμους στην Κοινότητα" δομή ενισχύει την ταύτιση του ατόμου με το ταξινομημένο δίκτυο των υπολοίπων,το οποίο έχει γίνει αντιληπτό και κατανοητό, και ρυθμίζει τις σχέσεις της αμοιβαίας υπευθυνότητας στα επίπεδα του προγράμματος.

Η λειτουργία της Κοινότητας αυτή καθ'αυτή είναι το καθήκον των μελών,που εργάζονται υπό την εποπτεία του προσωπικού.Η ανάθεση των εργασιών ,που ονομάζονται "λειτουργίες της δουλειάς",ρυθμίζεται ιεραρχικά,με κριτήρια την "ανωτερότητα" που επιτυγχάνεται με την πρόοδο και την παραγωγικότητα.Ο νέος πελάτης εντάσσεται σε ένα πλαίσιο ανοδικής κινητικότητας,στο οποίο οι αναθέσεις εργασιών αρχίζουν με τα πιο ταπεινά καθήκοντα(όπως παράδειγμα το σκούπισμα του πατώματος) και οδηγούν σταδιακά στο επίπεδο του συντονισμού και την διοίκησης.Κατ'αυτό τον τρόπο ,οι χρήστες έρχονται ως πελάτες της κοινότητας και μπορούν να φύγουν ως προσωπικό.Αυτή η κοινωνική οργάνωση αντικατοπτρίζει τις θεμελιώδεις πλευρές της προσέγγισης της αποκατάστασης: αμοιβαία αυτοβοήθεια,υπεύθυνη παρουσία και "κερδισμένη" επιτυχία.²²⁸

Η Θεραπευτική Κοινότητα διοικείται απολυταρχικά ,με στόχο να διδάξει τα μέλη της να στηρίζονται στον εαυτό τους .Το προσωπικό λειτουργεί ως λογική αρχή /εξουσία,που παρακολουθεί και εκτιμά την κατάσταση του πελάτη,,εποπτεύει τις ομάδες των μελών,αναθέτει και εποπτεύει τις λειτουργίες της εργασίας και επιβλέπει τις λειτουργίες του σπιτιού.Όσον αφορά τα κλινικά θέματα,το προσωπικό καθοδηγεί όλες τις θεραπευτικές ομάδες,παρέχει ατομική συμβουλευτική ,οργανώνει τα κοινωνικά και ψυχαγωγικά προγράμματα και έχει τις επαφές με τους σημαντικούς άλλους .

²²⁸ Σούγκαρμαν Μ. , Ζαφειρίδης Φ. (1990): *Οι Θεραπευτικές Κοινότητες :Ανάπτυξη στα ναρκωτικά* , σ.80-85

Επίσης, αποφασίζει σχετικά με τη "θέση", το status των μελών, την πειθαρχία, την προαγωγή, τις "μεταθέσεις", τις "απολύσεις", τις "αποπομπές" καθώς και το σχεδιασμό της θεραπείας. Το προσωπικό -κλειδί είναι οι πρώην χρήστες, τα "ορατά" μοντέλα ρόλων που δηλώνουν την πραγματικότητα αλλά και την εφικτότητα της προσωπικής αλλαγής. Γιατί η επιτυχής εμπειρία τους ως προς την αποκατάσταση τους δίνει την δυνατότητα και τα προσόντα να διδάξουν, να απαγορεύσουν και να επιβάλουν, και να λειτουργήσουν ως καθοδηγητές και λογική εξουσία.²²⁹ *κυρώσεις*

Το πρόγραμμα των καθημερινών δραστηριοτήτων είναι πλήρες και ποικίλο. Η αντιπροσωπευτική ημέρα της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι πού δομημένη. Αρχίζει με το εγερτήριο στις 7π.μ. και τελειώνει στις 11μ.μ. Περιλαμβάνει πολλές συναντήσεις, λειτουργίες, δουλειά (εργασιοθεραπεία), θεραπευτικές ομάδες, ψυχαγωγία και ατομική συμβουλευτική.²³⁰

Αν και οι καθημερινές δραστηριότητες έχουν σχεδιαστεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνουν τη διοίκηση της Κοινότητας, το πεδίο της δράσης και των ενδιαφερόντων τους καθώς και το πρόγραμμά τους αντανakλούν την κατανόηση των συνθηκών κατάχρησης ναρκωτικών. Το καθημερινό πρόγραμμα παρέχει ένα ταξινομημένο περιβάλλον σε άτομα που είχαν συνηθίσει να ζουν σε ένα χαοτικό και διαταραγμένο περιβάλλον. Με αυτόν τον τρόπο, ελαττώνει την πλήξη και αποσπά τον πελάτη από τις αρνητικές σκέψεις και ασχολίες, που κατά το παρελθόν ήταν συνδεδεμένες με την χρήση ναρκωτικών. Επίσης, προσφέρει τη δυνατότητα να επιτευχθεί η ικανοποίηση που προέρχεται από ένα πλούσιο πρόγραμμα και την ολοκλήρωση των καθημερινών απλών εργασιών. Έτσι, διασφαλίζει το ότι οι δημιουργικές συμπεριφορές έχουν την δυνατότητα να αντικαταστήσουν τις αυτοκαταστροφικές συνδεδεμένες με τα ναρκωτικά συμπεριφορές.

Ο κύριος σκοπός της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι η σφαιρική αλλαγή του τρόπου ζωής του χρήστη, αποχή από τις παράνομες ουσίες, εξάλειψη της αντικοινωνικής δραστηριότητας, δυνατότητα για εργασιακή απασχόληση καθώς και στάσεις και αξίες υπέρ (προς όφελος) της κοινωνίας. Ουσιαστικό θεώρημα της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι πως η σταθερή αποκατάσταση εξαρτάται από την επιτυχή ενοποίηση και των κοινωνικών και των ψυχολογικών στόχων. Επομένως, η αποκατάσταση απαιτεί (σύμφωνα πάντα με τη θεώρηση της θεραπευτικής Κοινότητας) πολυδιάστατες επιρροές και εκπαίδευση, που στις περισσότερες περιπτώσεις μπορούν να συντελεστούν σε πλαίσιο διαμονής, το οποίο έχει μακρά διάρκεια και λειτουργεί σε 24ώρη βάση.²³¹

²²⁹ Στο ίδιο, σ.169-170

²³⁰ De Leon George (1993): *The Therapeutic Community and behavioral science* (μεταφρ. Τσάφου Ελένη), σ.7

²³¹ Σούγκαρμαν Μ., Ζαφειρίδης Φ. (1990), ό.π., σ.162-164

Ο τρόπος ζωής (η "δίαιτα") της αποκατάστασης διαμορφώνεται βασιζόμενη σε διάφορα ευρέα αξιώματα για την "ανάρρωση " του πελάτη της Θεραπευτικής Κοινότητας :

α) Κινητοποίηση. Η κινητοποίηση αναφέρεται στην εκ μέρους του ατόμου λεκτική αποδοχή του σοβαρού προβλήματος των ναρκωτικών και την επιθυμία για αλλαγή. Ωστόσο, η αποκατάσταση του χρήστη -μέλους της Θεραπευτικής Κοινότητας εξαρτάται από τη-θετική και αρνητική -πίεση για αλλαγή. Έτσι, ορισμένοι ζητούν βοήθεια, παρκινημένοι από αγχογόνες εξωτερικές πιέσεις- κάποιοι άλλοι παρακινούνται από περισσότερο εσωτερικούς παράγοντες. Πάντως, για όλους η παραμονή στη θεραπεία απαιτεί συνεχή κινητοποίηση για την αλλαγή. Επομένως, τα στοιχεία αυτής της προσέγγισης της αποκατάστασης στοχεύουν στη διατήρηση της κινητοποίησης ή την έγκαιρη ανίχνευση των ενδείξεων πρόωρης διακοπής.²³²

Β) Αυτοβοήθεια. Η επίδραση της θεραπείας εξαρτάται από την κινητοποίηση του ατόμου και την ετοιμότητα /προθυμία του να αλλάξει. Το άτομο δεν παρέχει, αλλά επιτρέπει στην επίδραση της θεραπείας ή της εκμάθησης να συντελεστεί. Επομένως, η αποκατάσταση αναπτύσσεται ως μια αλληλεπίδραση μεταξύ του πελάτη και του θεραπευτικού περιβάλλοντος.²³³

Οι ευρείς στόχοι της αποκατάστασης της Θεραπευτικής Κοινότητας μπορούν να επιτευχθούν μέσω της διαδικασίας αμοιβαίας αυτοβοήθειας. Η θεραπεία του όλου ατόμου απαιτεί τη συνεχή παρατήρηση της συμπεριφοράς σε 24ώρη βάση καθώς και τη σταθερή, αξιόπιστη και πειστική ανατροφοδότηση (freed back) για τη διευκόλυνση της τροποποίησης/αλλαγής. Το εύρος εκφράσεων της συμπεριφοράς και η έκταση της απαιτούμενης εκπαίδευσης επιβάλλουν, σε όλους όσους συμμετέχουν στην Κοινότητα, να λειτουργούν και ως εκπαιδευτές και ως εκπαιδευόμενοι. Άλλωστε, γι' αυτό το λόγο οι καθημερινές δραστηριότητες μιας Θεραπευτικής Κοινότητας πραγματοποιούνται από τα ίδια τα μέλη της. Τα μέλη στις δουλειές, τις ομάδες, τις συναντήσεις, τη ψυχαγωγία, τον προσωπικό και κοινωνικό χρόνο τους μεταφέρουν ο ένας στον άλλο τα σπουδαιότερα μηνύματα της αποκατάστασης της σωστής ζωής και των προσδοκιών της Κοινότητας.²³⁴

Οι συμπεριφορικοί μηχανισμοί-κλειδιά, που είναι εμφανείς στη διαδικασία της αμοιβαίας αυτοβοήθειας²³⁵, είναι:

1. Αντιπαράθεση (confrontation) και Υπεύθυνο ενδιαφέρον.

Αυτή η έννοια είναι συγγενής με την αντίληψη: "Εγώ προσέχω τον αδερφό μου", μαθαίνει τα μέλη να δείχνουν υπεύθυνο ενδιαφέρον, αντιπαράτιθέμενοι σε αυτούς που η συμπεριφορά τους δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες της Θεραπευτικής Κοινότητας και δεν είναι συνεπείς με το στόχο της αποκατάστασης.

2. Ανατροφοδότηση (freed back). Τόσο οι θετικές, όσο και οι αρνητικές λεκτικές ενισχύσεις και συστάσεις προκαλούν συνεχείς αλλαγές στη συμπεριφορά και στις συνήθειες, καθώς και τακτικές συζητήσεις.

²³² De Leon George (1993), ό.π., σ.5-6

²³³ Στο ίδιο, σ.6

²³⁴ Στο ίδιο, σ.13-14

²³⁵ Στο ίδιο, σ.14-15

3. Στήριξη. Αυτή παρέχεται άμεσα μέσω της λεκτικής ενθάρρυνσης για την επιμονή στη συνεχή προσπάθεια "δοκιμή -και -λάθος" με σκοπό τη βελτίωση και μέσω της αποθάρρυνσης των σκέψεων για αποχώρηση /διακοπή. Επίσης,παρέχεται έμμεσα(με την "υποκατάσταση") με την παρατήρηση των άλλων,στη δική τους διαδικασία αλλαγής ,και την ταύτιση μαζί του .

4. Τα μοντέλα ρόλων. Οι άνθρωποι είναι το ουσιαστικό συστατικό της Θεραπευτικής Κοινότητας.Οι όμοιοι και το προσωπικό ,ως μοντέλα ρόλων και λογικές εξουσίες,αποτελούν τους κύριους "μεσολαβητές"στη διαδικασία της αποκατάστασης.Οι Θεραπευτικές Κοινότητες απαιτούν πολλαπλά μοντέλα ρόλων προκειμένου να διατηρήσουν την ακεραιότητα της Κοινότητας και κατ'επέκταση να διασφαλίσουν την εξάπλωση των αποτελεσμάτων της μάθησης.

Τα μοντέλα /υποδείγματα ρόλων και η παροχή των υποδειγμάτων ρόλων αναφέρονται και στην έννοια και στη θεμελιώδη μαθήσιακή/εκπαιδευτική δραστηριότητα της Θεραπευτικής Κοινότητας.Ένα μοντέλο -ρόλος περιγράφεται ως το άτομο που αντικατοπτρίζει τη συμπεριφορά ,τις στάσεις καθώς και τις προσδοκίες της Κοινότητας.Έτσι,για όλα τα μέλη της Κοινότητας υπάρχει η προσδοκία να αγωνισθούν για να γίνουν μοντέλα ρόλων.Άλλωστε,αυτός είναι και ο βασικότερος λόγος που ένα μεγάλο μέρος της εκπαίδευσης /εκμάθησης στη Θεραπευτική Κοινότητα συντελείται μέσω της αλληλεπίδρασης των ομοτίμων,κυρίως εκείνων που χρησιμεύουν ως μοντέλα ρόλων.

Τα μοντέλα ρόλων απεικονίζουν ποικίλα βασικά στοιχεία ή μηχανισμούς της συμπεριφοράς.Γιατί,πρώτον,λειτουργούν ως εκπαιδευτές που διαπιστώνουν στοιχεία της συμπεριφοράς ,που ενισχύουν αλλά και βοηθούν την καθιέρωση των νέων συμπεριφορών στα νεότερα μέλη της Κοινότητας μέσω της ταύτισης και της μίμησης.Ειδικότερα,τα μοντέλα ρόλων παρέχουν τις αποδείξεις της επιτυχίας,που είναι το "κλειδί" για την κινητοποίηση ("ελπίδα") για τα νεότερα μέλη που τους βλέπουν ως τα πραγματικά παραδείγματα της αλλαγής.Δεύτερον ,το status των μοντέλων ρόλων στη Θεραπευτική Κοινότητα αποφέρει ιδιαίτερα προνόμια και αναγνώριση από την ίδια την Κοινότητα.Γι'αυτό,ο αγώνας για /και η επίτευξη του status του μοντέλου ρόλων συνδέεται με σαφή πρακτικές και κοινωνικές ενισχύσεις.Τέλος,τρίτον,είναι περίπλοκα αλλά ισχυρά τα εκπαιδευτικά αποτελέσματα για τα μέλη που λειτουργούν ως μοντέλα ρόλων.Τα αποτελέσματα αυτά προκύπτουν από τη διδασκαλία,την οποία οι ίδιοι πραγματοποιούν ,καθώς και από την έντονη διαφορά τους από τα άλλα μέλη.Το θέμα της διδασκαλίας είναι σύμφωνο με την αρχή της εκμάθησης με αυτοβοήθεια για την παροχή -λήψη βοήθειας. Έτσι,"διδάσκοντας τους άλλους ενισχύονται οι συμπεριφορές και οι στάσεις του δάσκαλου".Αυτή είναι μια διαδικασία που αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση συμπεριφορικής δοκιμής (πρόβας).

Αντιθέτως,ως αποτέλεσμα της αυτοεκπαίδευσης,είναι πιο περίπλοκη.Τα παλαιότερα μέλη της Κοινότητας που είναι μοντέλα ρόλων ,έχουν την ευκαιρία να δουν περισσότερο αντικειμενικά τις συμπεριφορές και στάσεις των νεότερων μελών.Μπορούν να αντιλαμβάνονται τη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στη συμπεριφορά που οι ίδιοι είχαν παλιότερα και στη συμπεριφορά που έχουν τώρα ως μοντέλα ρόλων .Συνεπώς,αυτή η αντίθεση "που ήμουν και που είμαι τώρα",η οποία έχει γίνει πλέον αντιληπτή,λειτουργεί ως ενίσχυση για τη συνεχή

Για αυτούς τους λόγους, ²³⁶ η έννοια του μοντέλου ρόλου στη Θεραπευτική Κοινότητα απεικονίζει σαφέστατα τις αρχές της συμπεριφορικής επιστήμης. Περιβάλλει τα βασικά στοιχεία της παροχής υποδειγμάτων ως εκπαιδευτικής διαδικασίας. Επίσης, το μοντέλο ρόλων ως άτομο παρέχει κίνητρα /ευνάσματα, αντιπροσωπεύει το status ως ενίσχυση και συνεχίζει να μαθαίνει μέσω της διδασκαλίας και των αποτελεσμάτων της αντιθεσης, τα οποία οι ίδιοι αντιλαμβάνονται.

Γ) Κοινωνική μάθηση. "Η αλλαγή του τρόπου ζωής μπορεί να συντελέσει μόνον εντός του κοινωνικού πλαισίου. Τα αρνητικά σχέδια συμπεριφοράς, οι στάσεις και οι ρόλοι δεν αποκτήθηκαν σε κατάσταση απομόνωσης -ούτε μπορούν να αλλάξουν στην απομόνωση". Επιμένως, "η ανάρρωση δεν εξαρτάται μόνον από το τί είναι αυτό, που διδάσκεται και μαθαίνεται, αλλά και από το πώς και που συντελείται η μάθηση".²³⁶ Αυτό το αξίωμα είναι η βάση της θεώρησης της κοινωνίας ως θεραπευτή και δασκάλου. Η εκμάθηση είναι ενεργή, ενώ συντελείται δρώντας και συμμετέχοντας.

Τέλος, οι τρόποι αντιμετώπισης των καταστάσεων που αποτελούν προϊόν πρόσφατης εκμάθησης, εάν δε συνοδεύονται από νέες κοινωνικές διασυνδέσεις, κινδυνεύουν από την απομόνωση και το ενδεχόμενο της υποτροπής το οποίο αυτή εμπεριέχει. Επομένως, "η (νέα) προοπτική για τον εαυτό, την κοινωνία και τη φιλοσοφία για τη ζωή πρέπει να δηλώνεται, να πιστοποιείται και αν συγκρίνεται από ένα δίκτυο άλλων ανθρώπων, προκειμένου να διασφαλίζεται η σταθερή αποκατάσταση".²³⁷

δ) Η θεραπεία της Επεισόδιο. Η διαμονή αποτελεί μια μικρή και σύντομη διάσταση της ζωής του ατόμου, την οποία πρέπει να συμπληρώσει με τις επιδράσεις των ετών πριν και μετά τη θεραπεία.

Κατά τη συγκριτικά σύντομη περίοδο της 2ετούς διαμονής οι μη υγιείς επιρροές "απ'έξω" ελαχιστοποιούνται, μέχρι να διαμορφωθούν οι νέες συνήθειες και το άτομο να προετοιμαστεί καλύτερα για τη (πρωτοβουλιική) χρήση αυτών των επιρροών. Αυτός, άλλωστε, είναι ο λόγος για τον οποίο η ζωή στα πλαίσια της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι κατ'ανάγκη έντονη, η καθημερινότητά της απαιτητική και η θεραπευτική τους αντιμετώπιση μη τροποποιήσιμη.

Στη Θεραπευτική Κοινότητα η εργασία είναι αυτή που "μεσολαβεί" για πολλά και ουσιαστικά εκπαιδευτικά και θεραπευτικά αποτελέσματα. Οι κάθετες μετακινήσεις στις θέσεις εργασίας αποφέρουν τις εμφανείς ανταμοιβές ως προς το status και τα προνόμια των μελών της Κοινότητας, ενώ οι οριζόντιες μετακινήσεις, που είναι οι συχνότερες, παρέχουν τη δυνατότητα να εκτεθεί το άτομο σε όλες τις διαστάσεις της Κοινότητας.²³⁸ Οι αλλαγές της δουλειάς στη Θεραπευτική Κοινότητα είναι αποκλειστικώς θεραπευτικά εργαλεία, που αποτελούν τις μετρήσεις και τα κίνητρα για τις αλλαγές στις συμπεριφορές και τις στάσεις.

²³⁶ Στο ίδιο, σ.6

²³⁷ Στο ίδιο, ό.π.

²³⁸ Στο ίδιο, σ.15

Έτσι, στην ιεραρχική δομή των Θεραπευτικών Κοινοτήτων, η άνοδος δείχνει πόσο καλά έχει αφομοιώσει ο πελάτης αυτά που διδάσκει και προσδοκεί η Θεραπευτική Κοινότητα.

Άλλωστε, γι' αυτό η προαγωγή στη δουλειά αποτελεί μια σαφή ένδειξη /μέτρηση της βελτίωσης και ανάπτυξης του μέλους. Αντιστρόφως, οι οριζόντιες ή καθοδικές μετακινήσεις δημιουργούν τις καταστάσεις που απαιτούν να εκδηλωθεί η προσωπική ανάπτυξη. Αυτές οι μετακινήσεις έχουν σχεδιαστεί για να διδάξουν νέους τρόπους για την αντιμετώπιση των αντιθέτων καταστάσεων και για να αλλάξουν αυτό που φαίνεται να είναι άδικο ή αυθαίρετο.

Η ιεραρχία των λειτουργιών τη δουλειάς στη Θεραπευτική Κοινότητα απεικονίζει το βασικό προσανατολισμό της στην αποκατάσταση. Έτσι, κάθε ιεραρχικό επίπεδο αντιπροσωπεύει ένα ευρέως καθορισμένο πεδίο συμπεριφοράς, που δηλώνει την ικανότητα ως προς το συγκεκριμένο επίπεδο²³⁹.

1. Εκπαίδευση για την αποτελεσματικότητα. Ο χρήστης -μέλος της Κοινότητας πρέπει να εμπλακεί στη συμπεριφορά που προκαλεί τη θετική αλλαγή. Βασικό ρόλο στη φάση αυτή παίζει η αυτοεκτίμηση του ατόμου, η οποία έχει άμεση σχέση με την αποτελεσματικότητα.

2. Συνθήκες του ρόλου. Το επίκεντρο εστιάζει στις δεξιότητες καθώς και στις στάσεις που μπορούν να γίνουν αντιληπτές, να χαρακτηρισθούν ως τέτοιες κι έπειτα να έχουν κοινωνικό κύρος (status). Επομένως, ο υπεύθυνος του τμήματος ή ή της ομάδας, ο συντονιστής, ο διευθυντής και το μοντέλο ρόλου είναι όλοι παραδείγματα των ρόλων στους οποίους εκπαιδεύτηκαν τα άτομα στη Θεραπευτική Κοινότητα.

3. Εκπαίδευση στην κοινωνικοποίηση. Αναφέρεται στις διαστάσεις των συμπεριφορών και των στάσεων, που αντικατοπτρίζουν τις υπόλοιπες, εκτός των ρόλων εργασίας, διαστάσεις της κοινωνικής συμπεριφοράς. Οι αντιπροσωπευτικοί χαρακτηρισμοί τους είναι "υπεύθυνος", "συνεργάσιμος" και "ώριμος".

4. Προνόμια και Απαγορεύσεις. Η πιο άμεση εφαρμογή των συμπεριφορικών αρχών εκπαίδευσης και των μεθόδων κοινωνικής οργάνωσης της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι ίσως το σύστημα προνομίων και απαγορεύσεων της.

Τα προνόμια είναι σαφείς ανταμοιβές, που ενισχύουν τη συμπεριφορά και τις αξίες των επιτευγμάτων. Είναι ανάλογα και σύμφωνα με τη συμπεριφορά, την αλλαγή των στάσεων, την παρουσία στη δουλειά και τη γενική κλινική πρόοδο στο πρόγραμμα. Αντίθετα, η επίδειξη ανεπαρκούς /ακατάλληλης συμπεριφοράς ή αρνητικής στάσης μπορεί να οδηγήσει στην απώλεια κάποιων ή όλων των προνομίων. Το μέλος έχει τη δυνατότητα, εφόσον δείξει βελτίωση, να τα ξανακερδίσει.

Η σπουδαιότητα των προνομίων απορρέει από το γεγονός ότι κερδήθηκαν, αποκτήθηκαν. Η όλη διαδικασία της κατάκτησης απαιτεί από το άτομο-μέλος της Θεραπευτικής Κοινότητας να επενδύσει σε χρόνο, ενέργεια, τροποποίηση του εαυτού του και εμπεριέχει ρίσκο, τον κίνδυνο της αποτυχίας και απογοήτευσης. Άλλωστε, γι' αυτό η διαδικασία της κατάκτησης είναι τελικά αυτή που παγιώνει τις αξίες των προνομίων και επομένως την ικανότητά τους ως κοινωνικών ενισχύσεων.

«Παράδειγμα»
«Παράδειγμα»

Προνόμια

²³⁹ Στο ίδιο, σ. 16

Το είδος του προνομίου συνδέεται με την κλινική πρόοδο και το χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα και κυμαίνεται από τα προνόμια αλληλογραφίας και τηλεφωνημάτων ,στην αρχή της θεραπείας , μέχρι τις ολονύχτιες γιορτές,αργότερα.Επίσης,η επιτυχής μετακίνηση σε κάθε στάδιο αποφέρει στο κάθε μέλος της Κοινότητας προνόμια που αναγνωρίζουν και παραχωρούν ευρύτερη προσωπική ελευθερία καθώς και αυξημένη υπευθυνότητα για τον εαυτό.

Οι Θεραπευτικές Κοινότητες έχουν τους δικούς τους κανόνες που καθοδηγούν τη συμπεριφορά των μελών τους καθώς και τη διοίκηση του όλου πλαισίου

Οι κανόνες της Κοινότητας²⁴⁰ έχουν σαφή σκοπό να διασφαλίσουν την ασφάλεια και την υγεία της.Ο σιωπηρός και υπονοούμενος σκοπός τους είναι να εκπαιδεύσουν και να διδάξουν τα μέλη της Κοινότητας ,μέσω της χρήσης της πειθαρχίας ,που είναι βασική αρχή της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης.

Στα πλαίσια της Θεραπευτικής Κοινότητας ,τόσο η κοινωνική ,όσο και η σωματική ασφάλεια ,είναι προϋποθέσεις της ψυχολογικής εμπιστοσύνης.Γι'αυτό επιβάλλονται απαγορεύσεις σε κάθε συμπεριφορά που απειλεί την ασφάλεια του θεραπευτικού περιβάλλοντος.Για παράδειγμα ,η παράβαση του βασικού κανονισμού της Θεραπευτικής Κοινότητας "όχι βία ή απειλή βίας,λεκτικής ή σωματικής ",μπορεί να συνεπάγεται την άμεση αποπομπή.Επίσης ,υπάρχουν συνέπειες ακόμη και για την κλοπή των διαφόρων μικροαντικειμένων (οδοντόβουρτσων ,βιβλίωνκ.λ.π.)²⁴¹

Ωστόσο,η επιλογή των απαγορεύσεων εξαρτάται από τη σοβαρότητα των παραβάσεων ,το χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα καθώς και το ιστορικό των παραβάσεων.Έτσι,για παράδειγμα ,για τις λιγότερο σοβαρές παραβάσεις μπορούν να επιλεγούν οι λεκτικές επισημάνσεις ,η απώλεια των προνομίων ή ακόμα και η απαγόρευση της ομιλίας (σε κάποια από τα μέλη).Βέβαια,οι σοβαρότερες παραβιάσεις μπορεί να αποφέρουν υποβιβασμό στη δουλεία ,απώλεια των προνομίων που απορρέουν από το χρόνο διαμονής ή και αποπομπή.

Οι απαγορεύσεις δίνονται ως "συμβόλαια".Η διάρκειά τους κυμαίνεται από τις 3 στις 21 ημέρες.Μετά το διάστημα αυτό,επαναξιολογούνται από το προσωπικό ως προς την αποτελεσματικότητά τους.Στις περισσότερες περιπτώσεις,το στοιχείο της τιμωρίας που εμπεριέχεται στο συμβόλαιο είναι λιγότερο σημαντικό από το στοιχείο του "διαλείμματος ",της διακοπής με δυνατότητα επιστροφής.Επίσης,τα άτομα μπορεί να υποβιβαστούν σε μια δουλεία με συγκριτικά λιγότερο σημαντικές δραστηριότητες.Αυτό,συνήθως σημαίνει και κάποια απώλεια του status ,με την οδηγία να σκεφτούν σοβαρά τη δέσμευση τους για την αλλαγή.²⁴²

²⁴⁰ Σούγκαρμαν Μ. , Ζαφειρίδης Φ. (1990) , ό.π. , σ.53 κ.έπ.

²⁴¹ Στο ίδιο , σ.55

²⁴² De Leon George (1993) , ό.π. , σ.17

Κλείνοντας,θα λέγαμε ότι,ο βασικός σκοπός των συμβολαίων ,αν και συχνά θωρούνται τιμωρίες/αντίποινα ,είναι να προσφέρουν στα μέλη της Θεραπευτικής Κοινότητας μια μαθησιακή εμπειρία με το να αναγκάσουν να προσέξουν την όλη συμπεριφορά τους,να σκεφτούν τα κίνητρά τους ,να νιώσουν κάποιες συνέπειες για τη συμπεριφορά τους και κατ'επέκταση να σκεφτούν τις εναλλακτικές συμπεριφορές σε παρόμοιες καταστάσεις.

3. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Η Θεραπευτική Κοινότητα προβλέπει μέσα στη δομή της ορισμένα σαφή και ξεκάθαρα στάδια.Σκοπός τους είναι τα μέλη αν επιτυγχάνουν σταδιακά ολοένα και υψηλότερα επίπεδα μάθησης ,το καθένα από τα οποία προετοιμάζει το άτομο για το αμέσως επόμενο.

Στάδιο I (Εισαγωγή . 0-60 ημέρες). Οι κύριοι στόχοι αυτής της αρχικής φάσης στη διαμονής είναι ο "εντοπισμός των αναγκών του ατόμου και ο προσανατολισμός του στη Θεραπευτική Κοινότητα".²⁴³Ωστόσο,δεν είναι σημαντικές οι διαφορές που παρουσιάζουν οι πελάτες μέχρι να νιώσουν ότι μειώνεται το άγχος,που προέρχεται από τις συγκεκριμένες συνθήκες και συνήθως εμφανίζεται κατά την πρώτη περίοδο ,και να βιώσουν μέσω του καθημερινού προγράμματος κάποια αλληλεπίδραση .Για το λόγο αυτό η παρατήρηση των ατόμων είναι συνεχής σε όλη την αρχική περίοδο της διαμονής τους,ώστε αν εντοπιστούν τα ιδιαίτερα προβλήματα της προσαρμογής τους στη Θεραπευτική Κοινότητα.

Ο στόχος του προσανατολισμού (κατεύθυνσης) στην αρχική φάση της διαμονής είναι το εξαρτημένο άτομο να αφομοιωθεί στην Κοινότητα,μέσω της πλήρους συμμετοχής και εμπλοκής του σε όλες τις δραστηριότητες.Πολύ μεγάλη σημασία στο συγκεκριμένο χρονικό σημείο παίζει η γρήγορη αφομοίωση ,δεδομένου ότι είναι πάρα πολύ αμφίθυμοι όσον αφορά τη μακρά διάρκεια της διαμονής.Για το λόγο αυτό ,το νέο μέλος της Κοινότητας εμπλέκεται άμεσα στο καθημερινό πρόγραμμα .Ωστόσο,η έμφαση δε δίνεται στη θεραπεία,αλλά στην εκπαίδευση καθώς και στην ένταξη στο (νέο) ρόλο στα πλαίσια της διαδικασίας της κοινότητας.Οι θεραπευτικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες εστιάζουν στην οπτική της Θεραπευτικής Κοινότητας,την προσέγγιση της καθώς και την ορθολογική βάση της μακροχρόνιας θεραπείας διαμονής.

Στάδιο II (Πρωτογενής Θεραπεία. 2 έως 12 μήνες). Οι κύριοι στόχοι της Θεραπευτικής Κοινότητας στη διάρκεια αυτού του σταδίου είναι η "κοινωνικοποίηση,η προσωπική ανάπτυξη και η ψυχολογική επίγνωση".²⁴⁴Αυτοί οι στόχοι επιζητούνται μέσω όλων των θεραπευτικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων.

²⁴³ Στο ίδιο , σ.8

²⁴⁴ Στο ίδιο , σ.8-9

Η πρωτογενής θεραπεία αποτελείται από τρεις φάσεις, που κατά τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης -εξέλιξης διαχωρίζονται από φυσικά "όρια". Οι φάσεις συνδέονται αμεσότητα με το χρόνο παραμονής στο πρόγραμμα (1-4 μήνες, 5-8 μήνες και 9-12 μήνες) και αυτές οι περίοδοι "σημαδεύονται" ολοφάνερα από σταθερή συμπεριφορά, η οποία δίνει το σύνθημα για την περαιτέρω αλλαγή.

Σε κάθε μια από τις παραπάνω φάσεις, το καθημερινό πρόγραμμα συναντήσεων, εργασίας, ψυχαγωγίας και ομάδων παραμένει το ίδιο. Βέβαια, στο τέλος της κάθε φάσης, η πρόοδος είναι εμφανής στα χαρακτηριστικά του κάθε χρήστη και μπορεί να τυποποιηθεί βάση τριών αλληλοσυνδεόμενων διαστάσεων:

α) της θέσης/status στην κοινότητα

β) της εξελικτικής αλλαγής και

γ) της ψυχολογικής αλλαγής²⁴⁵

Η θέση/status στην κοινότητα δηλώνει το βαθμό στον οποίο το κάθε μέλος της γίνεται μοντέλο κάποιου ρόλου. Η εξελικτική αλλαγή αναφέρεται στην έκταση, στην οποία τα άτομα τροποποίησαν τα εμπλεκόμενα με τα ναρκωτικά χαρακτηριστικά τους ως προς τη συμπεριφορά τους, τη γλώσσα τους, τις στάσεις καθώς και την εξωτερική τους εμφάνιση. Αυτά αποτελούν ενδείξεις για το εύρος του επιπέδου, στο οποίο εσωτερικεύσαν την άποψη της Θεραπευτικής Κοινότητας αλλά και την δέσμευση ν' αλλάξουν. Τέλος, η ψυχολογική εξέλιξη δηλώνει το βαθμό στον οποίο τα μέλη της Θεραπευτικής Κοινότητας αποκαλύπτουν την προσωπική τους ανάπτυξη ως προς την ωριμότητα, το "άνοιγμα", την ενόραση και την αυτογνωσία, τη συναισθηματική σταθερότητα και την αυτοεκτίμηση.

Στάδιο III (Επανένταξη 13 έως 24 μήνες) "Επανένταξη είναι το στάδιο στο οποίο ο πελάτης πρέπει να ενισχύσει τις δεξιότητες για την αυτόνομη λήψη αποφάσεων και την ικανότητα αυτοδιοίκησης, με λιγότερη "παράδοση" στις λογικές εξουσίες ή το καλά διαμορφωμένο δίκτυο των ομότιμων"²⁴⁶. Το στάδιο της επανένταξης διακρίνεται σε δύο φάσεις:

1. "Αρχική" Επανένταξη (13 έως 18 μήνες) και

2. "Τελική" Επανένταξη (18 έως 24 μήνες).

Πιο συγκεκριμένα:

"Αρχική" Επανένταξη (13 έως 18 μήνες) Ο κύριος στόχος αυτής της φάσης, στη διάρκεια της οποίας οι πελάτες συνεχίζουν να ζουν στους χώρους της, είναι η προετοιμασία για τον υγιή αποχωρισμό από την κοινότητα. Πώς όμως πραγματοποιείται κάτι τέτοιο;

Η αρχική έμφαση που είχε δοθεί στη λογική εξουσία μειώνεται, βάση του αξιώματος ότι ο πελάτης έχει αποκτήσει πια σε ικανοποιητικό βαθμό την ικανότητα για αυτοδιοίκηση. Αυτό αντανakλάται στην περισσότερο εξατομικευμένη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τα προνόμια, τα κοινωνικά προγράμματα και το σχεδιασμό της ζωής.

²⁴⁵ Στο ίδιο, σ. 8

²⁴⁶ Στο ίδιο, σ. 9

Η διαδικασία της ομάδας σ' αυτή τη φάση εμπλέκει λιγότερους "ηγέρες", λιγότερες ομάδες αυτογνωσίας (en counter groups) και μεγαλύτερο "μοίρασμα" στη λήψη αποφάσεων. Η περισσότερη έμφαση δίνεται στα σεμινάρια για τις δεξιότητες ζωής, που προσφέρουν επιμόρφωση για τη ζωή εκτός Κοινότητας. Είναι υποχρεωτική η παρακολούθηση των "διδακτικών" ωρών που αφορούν τον προϋπολογισμό, την αναζήτηση εργασίας, τη χρήση αλκοόλ, τη σεξουαλικότητα, την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου κ.ά.

Στη φάση αυτή, τα σχέδια του ατόμου αποτελούν εργασίες/καθήκοντα που τα αναλαμβάνει ο καθένας μετά το "μοίρασμα του" μεταξύ του πελάτη, μέλους του προσωπικού που είναι ο άνθρωπος-κλειδί και των ομοτίμων. Αυτά τα σχέδια αποτελούν στην ουσία τα προσχέδια των προγραμμάτων θεωρητικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης, που περιλαμβάνουν τον προγραμματισμό της επίτευξης στόχων και τις μεθόδους σχέσεων, καθώς και της κοινωνικής και σεξουαλικής συμπεριφοράς. Επίσης, οι πελάτες των Θεραπευτικών Κοινοτήτων μπορούν μετά την περίοδο αυτή ναπηγαίνουν σχολείο ή να έχουν εργασίες πλήρους απασχόλησης, είτε εντός, είτε εκτός της Θεραπευτικής Κοινότητας. Τέλος, καλούνται ακόμη αν συμμετέχουν στις δραστηριότητες του σπιτιού, οπότε αυτό είναι δυνατό, καθώς και να αναλαμβάνουν κάποιες από τις ευθύνες της Κοινότητας (όπως για παράδειγμα τη φροντίδα/κάλυψη του σπιτιού το βράδυ).

"Τελική" Επανένταξη (18 έως 24 μήνες). Ο στόχος αυτής της φάσης είναι να ολοκληρώσει ο πελάτης τον επιτυχή αποχωρισμό του από τη διαμονή στην κοινότητα.

Κατά τη φάση αυτή, οι πελάτες ζουν έξω από την κοινότητα, έχουν πλήρη εργασιακή απασχόληση και τα δικά τους "νοικοκυριά", συνήθως μαζί με τους ομοτίμους τους. Μπορούν να συμμετέχουν σε υπηρεσίες φροντίδας μετά τη θεραπεία, τους Ανώνυμους Αλκοολικούς (Α.Α.), τους Ανώνυμους Ναρκομανείς (Α.Ν.), είτε σε οικογενειακή ή ατομική θεραπεία. Αυτή η φάση θεωρείται τέλος της διαμονής, αλλά όχι και της συμμετοχής στο πρόγραμμα. Η επαφή με το πρόγραμμα στην αρχή είναι συχνή και μόνον σταδιακά μειώνεται σε εβδομαδιαία τηλεφωνήματα και μηνιαίες επισκέψεις σε σύμβουλο.²⁴⁷

Η ολοκλήρωση του προγράμματος θα λέγαμε πως "σφραγίζει" το τέλος της ενεργής εμπλοκής σ' αυτό. Ωστόσο, η αποφοίτηση είναι ένα ετήσιο γεγονός που πραγματοποιείται στους χώρους της κοινότητας για όσους έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον ένα χρόνο από το τέλος της διαμονής τους.

²⁴⁷ Στο ίδιο, σ.9-10

4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ

Η Θεραπευτική Κοινότητα στην προσέγγισή της και στην καθημερινή πρακτική της έχει υιοθετήσει τις μεθόδους και τεχνικές εκπαίδευσης της συμπεριφοράς ,που βασίζονται στον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον πελάτη και τη διαδικασία της αποκατάστασής του.Αυτές οι μέθοδοι και τεχνικές εστιάζουν στις συμπεριφορές ,κυρίως στις αντιπροσωπευτικές συμπεριφορές των εξαρτημένων ατόμων ,που πρέπει να τροποποιηθούν κατά τη διαδικασία της αποκατάστασης .

α) Εκπαίδευση στην επίγνωση. Η επίγνωση αφορά την εκ μέρους του πελάτη αναγνώριση ή κατανόηση της σχέσης του με τους υπόλοιπους πελάτες της Θεραπευτικής Κοινότητας (δηλαδή τη συμπεριφορά ,τις στάσεις και τα αισθήματα τους) με το περιβάλλον του και με τους υπόλοιπους ανθρώπους.²⁴⁸

Η σπουδαιότητα της επίγνωσης έγκειται στον τρόπο με τον οποίο η Θεραπευτική Κοινότητα βλέπει τον πελάτη και την αποκατάστασή του .Ωστόσο,είναι χαρακτηριστικό των χρηστών το γεγονός ότι δεν έχουν επίγνωση ή ότι δε μπορούν να σκεφτούν πως επιδρούν οι πράξεις τους απέναντι στους άλλους ανθρώπους ή πως τους επηρεάζει η συμπεριφορά των άλλων.Αυτό συμβαίνει ,είτε γιατί δεν έχουν τις ικανότητες να σκεφτούν και να λάβουν υπ'όψη τους τις συνέπειες ,είτε γιατί "εξουδετερώνουν " γρήγορα τις σκέψεις αυτές μέσω της ανάσχεσης(blocking) ,της μετατόπισης της προσοχής του ενδιαφέροντος ή της άμεσης(παρορμητικής) συμπεριφοράς.Επίσης,οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών χαρακτηρίζονται από ελλιπή κρίση (γνωστική εκτίμηση),τόσο για τις θετικές ,όσο και για τις αρνητικές πλευρές που μπορεί να έχει μια κατάσταση. Αυτό οδηγεί οπωσδήποτε σε αρνητικές ,αυτοκαταστροφικές συνέπειες. Επομένως,η εκπαίδευση της επίγνωσης ,μπορούμε να πούμε ότι,αποτελεί βασική προϋπόθεση της διδασκαλίας των δεξιοτήτων γνωστικής εκτίμησης.

Αλλωστε η επίγνωση έχει ουσιαστική σημασία για τη σταθεροποίηση των συμπεριφορών που έχουν μάθει τα μέλη της Θεραπευτικής Κοινότητας.Στη Θεραπευτική Κοινότητα ,πολλά στοιχεία διδάσκονται στα μέλη της μέσω των λεκτικών οδηγιών ή των διαδικασιών των "διοικητικών " κανόνων και απαιτούν την επίγνωση για να γίνουν κατανοητά ,να τηρούνται και να μένουν στη μνήμη.

Τέλος,η εκπαίδευση της επίγνωσης σχεδιάζεται για να προκαλέσει το γνωστικό χάσμα που υπάρχει ανάμεσα της προσωπικής θεώρησης του χρήστη για τον τρόπο ζωής του και της θεώρησης της Θεραπευτικής Κοινότητας για τον ορθό τρόπο ζωής .

β) Εκπαίδευση στην ανοχή. Σύμφωνα με τη θεώρηση της θεραπευτικής Κοινότητας,οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών έχουν,γενικά,μικρή ανοχή σε κάθε είδους δυσφορία ή δυσάρεστο συναίσθημα.

²⁴⁸ .Στο ίδιο , σ.17-18

Η μικρή ανοχή μπορεί να είναι αιτία ή συνέπεια της χρήσης χημικών ουσιών, όπως επίσης μπορεί να είναι το αποτέλεσμα βιολογικής ή χαρακτηρολογικής προδιάθεσης ή των ανεπαρκών πρακτικών της ανατροφής κατά την παιδική ηλικία του ατόμου.²⁴⁹

Όσον αφορά τη δυσφορία, αυτή μπορεί να προέρχεται λόγω της απόσυρσης από η χρήση χημικών ουσιών, τις συνηθισμένες ασθένειες ή μη (όπως για παράδειγμα η ηπατίτιδα), τις διαταραχές της διάθεσης (για παράδειγμα δυσάρεστα συναισθήματα, κατάθλιψη, αγωνία και απουσία ηδονής), τις ματαιώσεις, το φόβο και την αγωνία που συχνά συνδέεται με τις περιστάσεις ή την πολύ έντονη δυσφορία που συνδέεται με υποβαθμισμένη διέγερση ή πλήξη.²⁵⁰

Αυτοί που δουλεύουν στη Θεραπευτική Κοινότητα αποφεύγουν με πολλή φροντίδα την άμεση ανακούφιση της σωματικής δυσφορίας που συνδέεται με τη χρήση ναρκωτικών, ώστε να μην ενισχύεται η μικρή ανοχή στις δυσφορίες. Επομένως, για τα παράπονα που έχουν να κάνουν με τη δυσφορία ή την απόσυρση ή τις αντιδράσεις στη στέρηση δεν υπάρχει άλλη λύση, παρά μόνον η κατανόηση των ορότιμων καθώς και η ενθάρρυνση ώστε αυτά να είναι, ως μεταβατικά στάδια ανεκτά.

Τόσο οι ομάδες επίγνωσης/"αντιπαράθεσης"(encounter groups), όσο και οι συζητήσεις των ορότιμων βοηθούν στην ανίχνευση καθώς και στον εντοπισμό του μέλους που βρίσκεται σε στιγμή δυσφορίας. Κατ'αυτό τον τρόπο, έρχονται στην επιφάνεια τα άτομα-μέλη της Θεραπευτικής Κοινότητας που δέχονται κριτική, αδικούνται, προκαλούνται νιώθουν αβεβαιότητα, πληγώνονται στις διαπροσωπικές τους σχέσεις ή είναι απογοητευμένα. Έπειτα, εστιάζουν σε εκείνα τα στοιχεία που προκαλούν την αρνητική σκέψη ή συμπεριφορά που συχνά εμπλέκει και τη λήψη ναρκωτικών ουσιών.

"Μια βασική τεχνική για την αύξηση της ανοχής είναι η χρονική καθυστέρηση των αναμενόμενων αποτελεσμάτων ή αναμοιβών". Ο στόχος αυτής της τεχνικής είναι να διδάξει το άτομο να δεχθεί γνωστικά πια την απογοήτευση, τη ματαιώση και την αβεβαιότητα (όπως για παράδειγμα την αλλαγή δουλειάς ή την απώλεια της άδειας για διανυκτέρευση εκτός της Θεραπευτικής Κοινότητας). Επίσης, οι εναλλακτικές συμπεριφορές που μπορούν να χαρακτηριστούν ως "συμπεριφορές επιμονής", προτείνονται και ενισχύονται (όπως για παράδειγμα "να μείνεις στη δουλειά", "να συνεχίσεις να δημιουργείς" κ.λ.π.)

Το Encounter αναπτύχθηκε για πρώτη φορά από τον J. Detterich (Synanon) ο οποίος μετέτρεψε τις εντάσεις και τις προστριβές μεταξύ των μελών της κοινότητας σε θεραπευτικό εργαλείο, αφού παρατήρησε ότι οδηγούσαν σε εξομάλυνση των σχέσεών τους. Στη συνέχεια η αντιπαραθετική ομάδα υιοθετήθηκε από το Daytop και το Phoenix House στη Νέα Υόρκη απ'αυτόν, Kurt Lewin στη Μασαχουσέτη καθώς επίσης και από το Ινστιτούτο Esalen στην Καλιφόρνια.

Ορισμός
Μετα-
...
...
...
...
...

²⁴⁹ Στο ίδιο, σ.18-19

²⁵⁰ Λιάππας Ιωάννης (1992), ό.π., σ.20-21

Η αντιπαραθετική ομάδα αποτελείται από 8 μέχρι 12 άτομα, από τα οποία ζητείται να καθίσουν, κατά προτίμηση σε κύκλο και να αντιπαρατεθούν το ένα στο άλλο. Πρωταρχικός σκοπός είναι η διεύρυνση της αυθόρμητης "εδώ και τώρα" συμπεριφοράς. Πρόκειται για ένα νόμιμο τρόπο εκτόνωσης της εχθρικότητας και επιθετικότητας που οι αυστηροί κανόνες της κοινότητας καταπιέζουν όλες τις άλλες ώρες. Δευτερευόντως, σκοπός της είναι η έκφραση συναισθημάτων που αφορούν στο παρελθόν και στις κοινωνικές σχέσεις. Στο πεδίο αυτό διερεύνησης εντάσσεται ο κατακερματισμός των "ψεύτικων" εικόνων του εαυτού και των ψυχικών αμυνών του χρήστη. Κατ' αυτό τον τρόπο, δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες για εντατική "θεραπεία πραγματικότητας" στην οποία το μέλος υποχρεώνεται να ακούσει πως τον βλέπουν οι άλλοι, δείχνοντας του ότι τα προβλήματα που έχει είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του και άρα αυτός φταίει γι' αυτά. Επιπλέον, επιχειρείται η παρουσίαση του εαυτού του μέλους στους άλλους, χωρίς υποκρισίες και καλύψεις, και παράλληλα η ταυτοποίηση μεταξύ των παρισταμένων.

Τέλος, το άτομο υποβάλλεται στη διαδικασία άρσης των φραγμών της προσωπικής και διαπροσωπικής επικοινωνίας, υποχρεώνεται να πει την αλήθεια υπό επίβλεψη και να συμπεριφερθεί ως ισότιμο μέλος έναντι των άλλων.²⁵¹

Σύμφωνα με τις απόψεις του ΚΕ.ΘΕ.Α., στο encounter στηρίζεται σχεδόν ολόκληρη η διαδικασία αναδόμησης της προσωπικότητας και της "ενηλικίωσης" του υπό απεξάρτηση μέλους. Η αντιπαραθετική ομάδα ως ομάδα αυτοβοήθειας είναι το ειδοποιό θεραπευτικό εργαλείο που χαρακτηρίζει τις θεραπευτικές κοινότητες έναντι των άλλων προγραμμάτων απεξάρτησης.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στο encounter²⁵² μπορούν να χωρισθούν σε έξι κατηγορίες: α) εχθρικότητα, β) υπερβολή, γ) γελοιοποίηση, δ) ταυτοποίηση, ε) εμπάθεια και στ) χτύπημα Karom.

Η "εχθρικότητα" ως εργαλείο αποσκοπεί στη μετατροπή της αυτοκαταστροφικής επιθετικότητας σε μια δημιουργική αντιπαραθετική εκτόνωση. Η "υπερβολή" χρησιμοποιείται για να μεγαλοποιήσει μια κατάσταση με σκοπό την αποσαφήνιση της ψυχικής κατάστασης του ατόμου. Η "ταυτοποίηση" θεωρείται η πιο σημαντική τεχνική στο βαθμό που εξαλείφει τη μοναξιά του ατόμου και έτσι το βοηθά να ανακαλύψει του πραγματικό του εαυτό. Η "εμπάθεια" είναι ομολογή προς την προαναφερθείσα διαδικασία με τη διαφορά ότι δεν έχει συναισθηματικό υπόβαθρο. Το "χτύπημα Karom" χρησιμοποιείται για να σπάσει τις υπερβολικές αμυντικές στάσεις του ατόμου όπου αυτές παρουσιάζονται. Τέλος, η "γελοιοποίηση" είναι μία διαδικασία που στοχεύει στην άμβλυνση των εντάσεων που γεννιούνται στη διάρκεια του encounter.

Άλλες τεχνικές και μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την αποτελεσματικότερη εξωτερίκευση συναισθημάτων, αφορούν στην "ad hoc" διαχείριση στάσεων και συμπεριφορών. Έτσι, όταν κάποιο μέλος δείχνει διάθεση απομόνωσης κατά τη διάρκεια του encounter, τότε η ομάδα τον τοποθετεί στο κέντρο και του γυρίζει την πλάτη.

²⁵¹ Σούγκαρμαν Μ., Ζαφειρίδης Φ. (1990), ό.π., σ. 121-127 και σ. 171

²⁵² Στο ίδιο, σ. 127-133

Ωστόσο, η ένταση αυτή που δημιουργείται, τίθεται εντός κάποιων ορίων στο βαθμό που ποτέ ένα μέλος δεν πιέζεται υπερβολικά να συμμετάσχει. Επιπλέον, στο τέλος κάθε διαδικασίας της αντιπαραθετικής ομάδας, διατίθεται ικανό χρονικό διάστημα προκειμένου να εξομαλυνθεί η κατάσταση και οι συμμετέχοντες να επανέλθουν σε μια ήρεμη ψυχική διάθεση.

Κατά τη διάρκεια της αντιπαραθετικής ομάδας απαγορεύεται η απειλή και η χρήση φυσικής βίας, η σεξουαλική εκτόνωση, η υστερόβουλη φραστική επίθεση, το κάπνισμα και η προσβολή της έμφυτης αξιοπρέπειας κάποιου (η επίθεση εστιάζεται στη συμπεριφορά του ατόμου). Σ' αυτούς τους κανόνες προστίθενται η εχεμύθεια για ό,τι λέγεται στην ομάδα, η απαγόρευση πίεσης κάποιου πάνω από 10 λεπτά της ώρας και η σύναψη "συμβολαίων" (συμφωνίες αρνητικές). Τέλος, απαγορεύεται το να φοράς μια ετικέτα ή να επιδιώκεις να αυτοπαρουσιάζεσαι ως ανώτερος.

Ο ρόλος του προσωπικού στα Encounter είναι η διεύθυνση της διαδικασίας της αντιπαράθεσης μεταξύ των μελών, αν και ανάλογες αρμοδιότητες μπορεί να αναλάβει ένα παλιό μέλος. Το προσωπικό παροτρύνει τους συμμετέχοντες να κάνουν πράγματα για τα οποία φοβούνται και να μιλήσουν για τη ζωή τους, κάτι που ωστόσο απαγορεύεται για το ίδιο το προσωπικό. Οι θεραπευτές πρέπει να εμφανίζονται ως ισότιμα μέλη, στόχος που επιτυγχάνεται ακόμη και μέσω της υβριστικής φραστικής επίθεσης προς τα υπό απεξάρτηση άτομα, γεγονός που δίνει τη δυνατότητα μιας άμεσης αντιπαράθεσης. Εν κατακλείδι, το προσωπικό δεν εγκαταλείπει ποτέ την ομάδα, ενώ παράλληλα πρέπει να αποφεύγει να μένει σιωπηλό.

Άλλοι τύποι και παραλλαγές των Encounter είναι ο διαχωρισμός του group σε άντρες και γυναίκες, η πραγματοποίηση συζητήσεων όχι με φωνές αλλά με επιχειρήματα, η συλλογική αντιπαράθεση προς ένα μέλος το οποίο τοποθετείται στο κέντρο, η σιωπηλή αντιπαράθεση με γκριμάτσες, οι επαναλαμβανόμενες και πολύωρες συζητήσεις πάνω στο ίδιο θέμα κ.τ.λ. Επίσης γίνονται κατά καιρούς και ομάδες εθνικοτήτων όπως μαύρων, Εβραίων, Ιταλών κ.λ.π., όπου συζητούνται τα προβλήματα που έχουν τα άτομα των ομάδων αυτών σε σχέση με την εθνικότητα τους.²⁵³

γ) Συμπληρωματικά θεραπευτικά εργαλεία Τα σημαντικότερα συμπληρωματικά θεραπευτικά εργαλεία των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι πέντε: 1) Οι "εντατικές", 2) Οι "Μαραθώνιοι", 3) τα "Tutorials", 4) τα "Probes" και 5) τα "Bonding".²⁵⁴ Όλες αυτές οι διαδικασίες, όπως και το Encounter, αποσκοπούν στην ανασυγκρότηση της ψυχικής υγείας του ατόμου καθώς και στην καλλιέργεια εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών.

Οι "εντατικές" γίνονται βράδυ και διαρκούν από 8 μέχρι 12 ώρες. Αυτές συγκεντρώνονται περισσότερο στο συναίσθημα και λιγότερο στη συμπεριφορά. Τα θέματα που εξετάζουν είναι γονείς, σεξουαλικά προβλήματα, φοβίες κ.λ.π.

²⁵³ Στο ίδιο, σ.137-138

²⁵⁴ Στο ίδιο, σ.138-139

Επειδή ο χρόνος διάρκειας αυτών των ομάδων είναι μεγαλύτερος από των αντιπαραθετικών ομάδων, δημιουργείται τις περισσότερες φορές, μια έντονη ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης όπου τα μέλη κερδίζουν πλούσιες εμπειρίες.

Στους "Μαραθώνιους" χρησιμοποιείται ένα μεγάλο χρονικό διάστημα ώστε να σπάσουν οι άμυνες. Πρόκειται για ομάδες που διαρκούν από 24 έως 60 ώρες. Διακόπτονται μόνο για λίγες ώρες ύπνου και φαγητού. Οι Μαραθώνιοι πραγματοποιούνται μία ή δύο φορές το χρόνο και αποτελούν σημαντικούς σταθμούς στη μνήμη των μελών της θεραπευτικής κοινότητας.

Στόχος είναι η διερεύνηση προσωπικών βιωμάτων που έχουν εμποδίσει την ανάπτυξη του ατόμου και συνεπώς την συναισθηματική έκφραση και ευαισθησία. Σ' αυτό το θεραπευτικό εργαλείο γίνεται ευρεία χρήση δραματικών οπτικών, ακουστικών και περιβαλλοντικών βοηθημάτων προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία εξωτερίκευσης βαθύτερων εμπειριών.

Στο Μαραθώνιο κάθε μέλος διηγείται τη ζωή του επιτρέποντας έτσι να τον γνωρίσουν οι άλλοι. Κατ' αυτό τον τρόπο, πολλά μέλη περνούν από πολύ έντονες συναισθηματικές εμπειρίες, καθώς, οι άμυνες υποχωρούν και τα οδυνηρά συναισθήματα έρχονται στην επιφάνεια. Επίσης, παρατηρείται έντονη ταύτιση με τον ομιλητή, ενώ δε λείπουν και οι περιπτώσεις μελών της ομάδας που κλαίνει. Ως πιο δύσκολη στιγμή θεωρείται εκείνη μετά τη συναισθηματική εκφόρτιση, όπου το άτομο μπορεί να ζητήσει αγάπη και ζεστασιά από κάποιο άλλο μέλος της ομάδας. Όταν το διακινδυνεύσει και το ζητήσει και βρεθούν αγκαλιασμένοι στο κέντρο της ομάδας, αυτή είναι μια έντονη στιγμή για όλους.

Η συμμετοχή στους Μαραθώνιους, συνήθως βοηθά τα μέλη να δουν ο ένας τον άλλο κάτω από ένα διαφορετικό φως, δηλαδή να "δουν πόσο όμορφοι είναι οι άλλοι". Συνήθως, ένας πολύ ειδικός δεσμός δημιουργείται μεταξύ των μελών που έχουν κάνει ένα Μαραθώνιο μαζί, γιατί έχουν γνωριστεί μ' έναν πολύ προσωπικό τρόπο. Συχνά μετά από τέτοιες εμπειρίες δημιουργούνται φιλίες.

Οι "Tutorials" ομάδες δίνουν έμφαση σε ζητήματα εκπαίδευσης γύρω από τρεις κεντρικούς άξονες:

1. προσωπική ανάπτυξη
2. απόκτηση επαγγελματικών δεξιοτήτων (γι παράδειγμα διευθύνοντας ένα τμήμα ή γραφεία υποδοχής)
3. απόκτηση κλινικών δεξιοτήτων (για παράδειγμα η χρήση των εργαλείων του encounter).

Οι "Probes", γίνονται συνήθως τους πρώτους μήνες παραμονής χωρίς να αποτελούν πάγιο μέρος του προγράμματος. Διαρκούν από 4 έως 8 ώρες και σκοπεύουν να ενισχύσουν την ταυτοποίηση με τους άλλους με μια παράλληλη αύξηση του ενδιαφέροντος του προσωπικού για το ιστορικό του κάθε ατόμου (βιογραφία, σχέσεις, γονείς, φίλοι, φαρμακευτικές ουσίες). Συνεπώς, οι Probes διαφέρουν από Encounter στο βαθμό που υπερβαίνουν τη συγκυριακή συμπεριφορά και επικεντρώνουν στις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου.

Τέλος, στα πλαίσια του "Bonding", τα μέλη ξαπλώνουν πάνω σε στρώματα κοντά ο ένας στον άλλον και φωνάζουν εξωτερικεύοντας, βαθύτερα συναισθήματα τους. Η τεχνική αυτή αποβλέπει σε μια ταυτόχρονη φυσική και ψυχική προσέγγιση μεταξύ των ατόμων, προκειμένου να υπερκαλύψουν τη συναισθηματική απώλεια

που υπέστησαν την περίοδο της παιδικής τους ηλικίας λόγω των διαταραγμένων τους σχέσεων με το στενό τους περιβάλλον

5. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ-ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)

Α. Ιστορική αναδρομή

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανακοίνωσε στις αρχές του 1982 την πρόθεσή του να παρέμβει ενεργά για πρώτη φορά στο πρόβλημα της τοξικομανίας. Ανέθεσε σε ομάδα ειδικών με επικεφαλής τον καθηγητή της Ψυχιατρικής κ. Κ. Στεφανή να γνωματεύσει πάνω στη δημιουργία προγραμμάτων χορήγησης μεθαδόνης. Η γνωμάτευση της επιτροπής στηριγμένη πάνω την αρνητική διεθνή εμπειρία από παρόμοια προγράμματα, υπήρξε απορριπτική. Παράλληλα, το ίδιο Υπουργείο έκανε αποδεκτή την εισήγηση του Φ. Ζαφειρίδη για τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου πολυφασικού "στεγνού" προγράμματος, που με την επωνυμία "Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένα Άτομα" μπήκε από τα μέσα του '82 στη φάση της υλοποίησής του. Σύμφωνα με το πνεύμα της εισήγησης,²⁵⁵ η λειτουργία ολόκληρου του προγράμματος βασίζεται στις αρχές των Ιεραρχημένων Θεραπευτικών Κοινοτήτων (Synanon, Daytop). Έτσι, το 1983, "η πολιτεία έγινε απ' ευθείας φορέας ενός ολοκληρωμένου πολυφασικού προγράμματος".²⁵⁶

Αρχικά, η έλλειψη ενός πλήρους και ικανού θεραπευτικού προσωπικού, επηρέασε την εύρυθμη λειτουργία του. Αυτή αντιμετωπίστηκε με ειδική εκπαίδευση που περιελάμβανε και τη θητεία των εκπαιδευομένων σε Θεραπευτικές Κοινότητες και Κέντρα Σωματικής Απεξάρτησης στην Ολλανδία. Μέσα στη φάση προετοιμασίας, που κράτησε περίπου ένα χρόνο, στάλθηκαν και εκπαιδεύτηκαν στην Ολλανδία περίπου 17 επιλεγμένοι ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί και ευαίσθητοποιημένα άτομα. Οι άνθρωποι αυτοί, βίωσαν σαν μέλη τις Θεραπευτικές Κοινότητες και τα Κέντρα Σωματικής Αποτοξίνωσης στην Ολλανδία. Κριτήρια για την επιλογή τους ήταν η κατάλληλη προσωπικότητα, η στράτευση, η διάθεση προσφοράς στο κοινωνικό σύνολο, ενώ σημαντικό ρόλο έπαιξε ακόμα η ηλικία. Επίσης, στην ομάδα που διαμορφώθηκε έτσι, προστέθηκε και ένας Έλληνας πρώην τοξικομανής, που τελείωσε με επιτυχία πριν τρία χρόνια το πρόγραμμα του "Alfa House" στην Αγγλία.²⁵⁷ Η συμμετοχή του ήταν από πολλές πλευρές σημαντική, αφού "για πρώτη φορά στην Ελλάδα Επαγγελματίες ψυχικής υγείας και πρώην τοξικομανείς δούλευαν μαζί στην ίδια επιστημονική ομάδα".²⁵⁸

²⁵⁵ Ζαφειρίδης Φοίβος (1982):Πρόταση για την οργάνωση της θεραπείας των τοξικομανών στην Ελλάδα, σ. 9.

²⁵⁶ Ζαφειρίδης Φοίβος (1986):"Το Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για άτομα εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες".π.Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας (τεύχ.71ο),σ.135 κ.επ.

²⁵⁷ Πανούσης Ιωάννης (1988) , ό.π. , σ.255

²⁵⁸ Ζαφειρίδης Φοίβος (1986) , ό.π. σημ.256,σ.135 .

Τον Αύγουστο του 1983 έγιναν τα εγκαίνια του Συμβουλευτικού Σταθμού της Αθήνας και του Κέντρου Σωματικής Αποτοξίνωσης στην Πεντέλη. Στόχοι του Συμβουλευτικού Σταθμού ήταν η διαλογή, η ενημέρωση και η κινητοποίηση των πελατών. Στόχοι για το Κέντρο Σωματικής Αποτοξίνωσης μπήκαν: 1) η αντιμετώπιση του σωματικού στερητικού συνδρόμου, 2) η κινητοποίηση για συμμετοχή στη δεύτερη φάση του προγράμματος (θεραπευτική Κοινότητα) και 3) η ενημέρωση και διαφώτιση, γι' αυτούς που θα ήθελαν να συνεχίσουν, πάνω στην ιδεολογία και τον τρόπο λειτουργίας της Θεραπευτικής Κοινότητας.²⁵⁹

Οι αγωνίες του προσωπικό σε σχέση με το λανθάνοντα κίνδυνο της υπερπροστατευτικότητας των ιεραρχημένων μοντέλων οδήγησε τους υπευθύνους στην υιοθέτηση της πρότασης της Dagmar Zimmer²⁶⁰, η οποία προέβλεπε έναν συνδυασμό της "Ιεραρχημένης και Δημοκρατικής Κοινότητας" κατά έναν εντελώς πρωτότυπο τρόπο.

Όλη αυτή η προβληματική οδήγησε τον Φ. Ζαφειρίδη στην εκπόνηση ενός μοντέλου θεραπείας συνδυασμού δημοκρατικής και ιεραρχημένης θεραπευτικής κοινότητας. Συγκεκριμένα, το Δεκέμβρη του 1983 ξεκίνησε πειραματικά τη λειτουργία της η θεραπευτική κοινότητα "ΙΘΑΚΗ" στη Σίνδο της Θεσσαλονίκης σ' ένα αγρόκτημα με καλλιεργήσιμη γη καθώς και με διάφορα εργαστήρια (κεραμική, τυπογραφείο, μηχανουργείο, ξυλουργείο, φωτοσύνθεση). Η κοινότητα απαρτιζόταν τότε 8 μέλη. Το Δεκέμβρη του 1984, ξεκίνησε τη λειτουργία του ο δεύτερος Συμβουλευτικός Σταθμός του Προγράμματος στη Θεσσαλονίκη για την κάλυψη των αναγκών της Β. Ελλάδας.

Το 1987, με την ψήφιση του Ν. 1729, το Θεραπευτικό Πρόγραμμα εξελίχθηκε σε ένα νέο, καινοτόμο φορέα : το "Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)"²⁶¹. Ως τότε ήταν Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, ενώ το 1987 μεταβλήθηκες Ιδιωτικού Δικαίου, αυτοδιοικούμενο και αυτοδιαχειριζόμενο.

Β. Φιλοσοφία και υπηρεσίες του ΚΕ.Θ.Ε.Α.

Το ΚΕ.Θ.Ε.Α. αποτελεί Ν.Π.Ι.Δ. και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Ιδρύθηκε βάσει του Ν. 1729/87 και διοικείται από εννιάμελές διοικητικό Συμβούλιο²⁶².

Σκοπός του είναι η θεραπεία, πρόληψη, κοινωνική επανένταξη, επαγγελματική κατάρτιση, έρευνα και συνεργασία με φορείς του εξωτερικού, πολιτική παρέμβαση, καθώς και η δημιουργία και συνεχής εκπαίδευση στελεχών στις αντίστοιχες σύγχρονες θεραπευτικές τεχνικές.²⁶³

²⁵⁹ Στο ίδιο , σ. 136-137

²⁶⁰ Η D.Zimmer στο άρθρο της "Ιεραρχημένη ή Δημοκρατική Θεραπευτική Κοινότητα"(1981),αφού αναλύει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του κάθε μοντέλου χωριστά ,καταλήγει στην πρόταση του συνδυασμού των δύο μοντέλων θεραπείας.Βλ.στο ίδιο , σ.137

²⁶¹ Σούγκαρμαν Μ. , Ζαφειρίδης Φ. (1990),ό.π. , σ.208-210.

²⁶² Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών(Ε.Κ.Κ.Ε.) (1996).π.Κοινωνική Εργασία(τεύχ.42ο),σ.71

²⁶³ Στο ίδιο , σ.76-80

Τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. οργανώνονται γύρω από δύο κεντρικούς άξονες. α) την "κοινότητα" και β) την "αυτοβοήθεια".²⁶⁴ Η έννοια της κοινότητας βασίζεται στη συμμετοχή του χρήστη σε μία ομάδα η οποία θέτει ως συλλογικούς στόχους την απεξάρτηση από τις φαρμακευτικές ουσίες, την εξάλειψη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, την αντιμετώπιση των αιτιών που οδήγησαν στη χρήση, την καλλιέργεια και την εκπαίδευση του κάθε μέλους και σ' ένα τελικό στάδιο την κοινωνική επανένταξη του ατόμου. Η αυτοβοήθεια νοείται ως ο τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων, που προκύπτουν από τις διαδικασίες ενσωμάτωσης στην Κοινότητα.

Σύμφωνα με τις διακηρύξεις του ΚΕ.Θ.Ε.Α., οι δύο βασικές αρχές της προηγούμενης πρότασης είναι η "εθελοντική προσέλευση" και "η στεγνή θεραπεία". Επίσης, στις αρχές λειτουργίας του προγράμματος συμπεριλαμβάνονται η "άρνηση της βίας και του σεξ".²⁶⁵ Η εθελοντική προσέλευση θεωρείται ως η απαραίτητη προϋπόθεση για μια αποτελεσματική θεραπεία, δεδομένου ότι το κύριο θεραπευτικό εργαλείο είναι η συνειδητή ατομική ενέργεια και δράση και όχι οι επιμέρους μέθοδοι. Ο στεγνός χαρακτήρας της κοινότητας θεωρείται ότι απομακρύνει τον κίνδυνο της ιατροκοποίησης του ζητήματος και επιτρέπει τη συνειδητοποίηση των αιτιών που οδηγούν στη χρήση και την αναζήτηση μιας προσωπικής στάσης ζωής χωρίς φαρμακευτικές ουσίες.

Οι βαθύτερες αιτίες του φαινομένου της χρήσης²⁶⁶, εντοπίζονται στον τρόπο ζωής των δυτικών κοινωνιών και συνεπακόλουθα στην περιθωριοποίηση του τοξικομανή. Σύμφωνα με τις θέσεις αυτές, το ΚΕ.Θ.Ε.Α. αφίσταται, τόσο της άποψης ότι το πρόβλημα των ναρκωτικών, πρέπει ν' αντιμετωπίζεται με μέτρα καταστολής και σωφρονισμού, όσο και της βουλησιακής αντίληψης, ότι η χρήση αποτελεί προσωπική επιλογή και άρα είναι απαραίτητη η νομιμοποίηση όλων των ουσιών.

Βρισκόμαστε μπροστά σε μια αλλαγή του επίσημου λόγου του ΚΕ.Θ.Ε.Α., στο βαθμό που αν και το κοινωνικό σύστημα εξακολουθεί να θεωρείται ως ο γενεσιουργός παράγοντας της χρήσης ουσιών, ωστόσο δίνεται λιγότερη έμφαση σ' αυτό σε σχέση με το παρελθόν. Στη δεκαετία του '90 αυτό που κυρίως προσάπτεται στην κοινωνία, είναι η προσπάθειά της να περιθωριοποιήσει το χρήστη.²⁶⁷ Έτσι, η θεραπευτική κοινότητα δεν καλείται πλέον να παραγάγει φορείς μιας κοινωνικής αλλαγής (όπως για παράδειγμα το Daytop ή η ΙΘΑΚΗ), αλλά η ουσία της επικεντρώνεται σ' αυτό που δε μπορεί να πραγματώσει η κοινωνία, δηλαδή την επανένταξη. Σε τελική ανάλυση, η σύγχρονη θεραπευτική κοινότητα δεν αντιπροσωπεύει την ουτοπία (Synanon) αλλά μια καλύτερη εκδοχή της υπάρχουσας κοινωνίας.

²⁶⁴ Στο ίδιο, σ.73

²⁶⁵ Στο ίδιο, ό.π.

²⁶⁶ Στο ίδιο, σ.75

²⁶⁷ Τσίλη Σωσώ(1996): "Τοξικομανείς και κοινωνικός αποκλεισμός "στο Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα(τόμος β'),σ.113-131

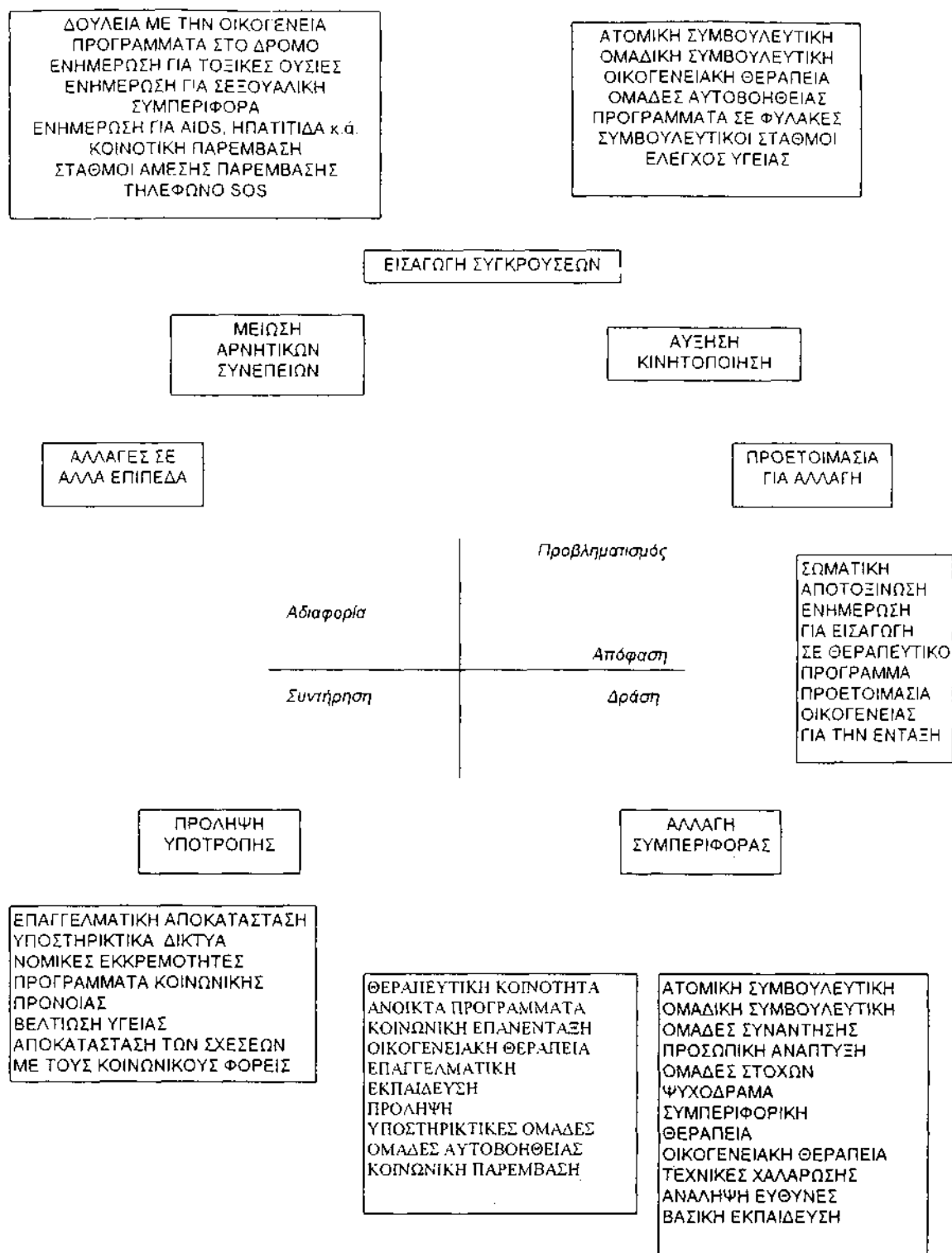
Άλλωστε, το ΚΕ.Θ.Ε.Α. όντας ένας οργανωμένος μηχανισμός με πολυετείς σχεδιασμούς και, επιστημονικά καταρτισμένο προσωπικό, απέχει αρκετά από το μοντέλο της ανεξάρτητης θεραπευτικής κοινότητας των δεκαετιών '60 και '70.

Επιπρόσθετα, στις προαναφερθείσες ερμηνείες του φαινομένου της χρήσης, εντοπίζεται ίσως η πιο θεμελιώδης αντίφαση του ΚΕ.Θ.Ε.Α. : ενώ τα αίτια της τοξικομανίας εντοπίζονται στο κοινωνικό επίπεδο καθώς και σε ένα αυστηρά προσδιορισμένο πλέγμα νοσηρών προτύπων ζωής, η θεραπεία στηρίζεται σε ατομικούς - ψυχολογικούς όρους, όπως ανάπτυξη της υπευθυνότητας, κοινωνικής συμπεριφοράς και επίτευξη κοινωνικής επανένταξης.

Στην Ελλάδα εφαρμόζεται πλέον το μοντέλο της πολλαπλής παρέμβασης στην εξάρτηση από τοξικές ουσίες. Το παρακάτω διάγραμμα²⁶⁸ δείχνει επιγραμματικά τις δραστηριότητες που αναπτύσσει το ΚΕ.Θ.Ε.Α. στη σφαιρική αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης.

²⁶⁸ Ζαφειρίδης Φοίβος (1986) , ό.π. σημ.25 , σ.56

ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ²⁶⁹



²⁶⁹ Στο ίδιο, ό.π.

Σήμερα στο ΚΕ.Θ.Ε.Α. ανήκουν έξι θεραπευτικές κοινότητες οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.²⁷⁰

ΜΟΝΑΔΑ	ΙΔΡΥΣΗ	ΕΔΡΑ
Θεραπευτική Κοινότητα ΙΘΑΚΗ	1983	Θεσσαλονίκη
Ανοιχτή Θερ/κή Κοιν/τα Εφήβων ΣΤΡΟΦΗ	1988	Αθήνα
Θεραπευτική Κοινότητα ΕΞΟΔΟΣ	1989	Λάρισα
Εναλλακτική Κοινότητα ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1989	Ραφήνα
Ανοιχτή Κοινότητα Ενηλίκων ΔΙΑΒΑΣΗ	1990	Αθήνα
Θεραπευτική Κοινότητα ΝΟΣΤΟΣ	1993	Σαλαμίνα

Υπάρχουν Θεραπευτικές Κοινότητες "διαμονής", όπου ο πελάτης παραμένει στη Θεραπευτική Κοινότητα σε εικοσιτετράωρη βάση και "ημερήσιας παρακολούθησης", στις οποίες ο πελάτης εξαντλεί μόνο το χρόνο της ημέρας του στη Θεραπευτική Κοινότητα αλλά το βράδυ επιστρέφει στο σπίτι του.²⁷¹

Οι Θεραπευτικές Κοινότητες αποτελούν την κύρια φάση της απεξάρτησης. Είναι αυτοδιοικούμενες και αυτόνομες και αυτό από ένα ιδιαίτερο σημείο, δεδομένου του ότι οι πελάτες καλούνται να αναλάβουν ευθύνες για την οργάνωση της προσωπικής καθημερινής ζωής αλλά και της ζωής με την ομάδα. Στο μοντέλο της Θεραπευτικής Κοινότητας του ΚΕ.Θ.Ε.Α., συνδυάζεται μόνο η ιεραρχημένη με τη δημοκρατική κοινότητα, αλλά ενσωματώνεται και η φάση της κοινωνικής επανένταξης. Σύμφωνα με την πρόταση αυτή, η Θεραπευτική Κοινότητα ορίζει για όλους τους πελάτες από μια κλασική ιεραρχημένη Θεραπευτική Κοινότητα, που κινείται πολύ κοντά στο ολλανδικό μοντέλο.

Στο διάστημα των εννέα μηνών περίπου που διαρκεί η παραμονή των πελατών στο ιεραρχημένο μοντέλο, στόχοι είναι: Η κατάρριψη της εικόνας του "αθεράπευτου" η ειλικρινής και άμεση έκφραση των συναισθημάτων, η έντονη αντιπαράθεση σε κάθε λανθασμένη συμπεριφορά, η εκμάθηση εκ νέου του κοινωνικού βίου.

Οι παραπάνω στόχοι επιτυγχάνονται μέσα από ένα αυστηρά ακολουθούμενο ημερήσιο πρόγραμμα, μέσα από "αντιπαράθεση", "ομάδες αυτογνωσίας", "διορισμούς" και "αναθέσεις". Στο στάδιο της σωματικής αποτοξίνωσης δεν χορηγείται κανενός τύπου φάρμακο για την αντιμετώπιση ενδεχομένων προβλημάτων που σχετίζονται με τη διακοπή της χρήσης ουσιών.²⁷² Όταν γύρω στον 9ο μήνα ο πελάτης έχει προχωρήσει στη θεραπεία του αρκετά, τότε βγαίνει από το δομημένο πλαίσιο και γίνεται μέλος της δημοκρατικής φάσης. Στη φάση αυτή, το μέλος έχει υποχρέωση να εργάζεται για 8 ώρες τη μέρα σε ένα από τα συνεργεία (κεραμική, τυπογραφείο, μηχανουργείο, ξυλουργείο, φωτοσύνθεση), όπου ταυτόχρονα αρχίζει η επαγγελματική του εκπαίδευση.

²⁷⁰ Ε.Κ.Κ.Ε. (1996), ό.π., σ.85

²⁷¹ Ζαφειρίδης Φοίβος (1986), ό.π., σ.263, σ.137.

²⁷² Ε.Κ.Κ.Ε. (1996), ό.π., σ.88

Επίσης, αναλαμβάνει, συνδράμοντας το προσωπικό στο έργο του, θεραπευτικούς ρόλους. Με την είσοδό του δηλαδή στο δημοκρατικό μοντέλο, πρώτα απ' όλα αποκτά μια υπεύθυνη συμμετοχή στις αποφάσεις που αφορούν τον ίδιο και παράλληλα συμμετέχει σε θεραπευτικές διαδικασίες (θεραπεία ομάδας), που αφορούν τον ίδιο και που είναι περισσότερο ψυχοδυναμικού προσανατολισμού. Οι ομάδες αυτές οφείλουν να είναι λιγότερο αντιπαραθετικές και περισσότερο ερμηνευτικές.

Εφ' όσον όλα προχωρούν ομαλά, το μέλος προβλέπεται μετά από ένα χρονικό διάστημα τεσσάρων - πέντε μηνών να μην εργάζεται πλέον μέσα στην Κοινότητα, αλλά σε θέσεις εργασίας που θα εξασφαλίσει ο συνεταιρισμός της Κοινότητας στην πόλη. Ωστόσο, ο πελάτης συνεχίζει μετά την επιστροφή από την εργασία του, να συμμετέχει στις θεραπευτικές διαδικασίες και στο πρόγραμμα που υπάρχει για τη δημοκρατική θεραπευτική Κοινότητα. Σ' αυτή τη φάση παραμένει περίπου 4-5 μήνες. Μόλις ολοκληρωθεί και αυτή η φάση, ο πελάτης προτρέπεται να μετοικήσει στην πόλη, όπου ήδη από πριν υπάρχει η θέση εργασίας στην οποία εργαζόταν. Βέβαια, όλο αυτό το διάστημα, συνεχίζει να είναι μέλος του συνεταιρισμού, ο οποίος διοικείται κατά το πλείστον με δημοκρατικές διαδικασίες. Μια σχηματική παράσταση του σχεδιαζόμενου τρόπου λειτουργίας της Θεραπευτικής Κοινότητας του ΚΕ.Θ.Ε.Α. παρουσιάζει ο παρακάτω πίνακας²⁷³

1η φάση		2η και 3η φάση			
ΣΥΜΒΟΥ- ΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ	ΚΕΝΤΡΟ ΣΩΜΑΤΙ- ΚΗΣ ΑΠΟΤΟΞΙ- ΝΩΣΗΣ	ΘΕΡΑ- ΠΕΥΤΙΚΗ	ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ		
		ΙΕΡΑΡΧΗ- ΜΕΝΗ	ΔΗΜΟΚΡΑ- ΤΙΚΗ		
Διάρκεια	Μήνας 1ος	2ος 9ος	Α' ΠΕΡΙΟΔΟΣ 15ος	Β' ΠΕΡΙΟΔΟΣ 20ός	Γ' ΠΕΡΙΟΔΟΣ
			- Διαμονή στην Κοινότητα	- Διαμονή στην Κοινότητα	- Διαμονή στην πόλη
			- Εργασία στην Κοινότητα	- Εργασία στην Κοινότητα	- Εργασία στην πόλη
				ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΣ	

²⁷³ Ζαφειρίδης Φοίβος (1986) , ό.π. ,σ.138

Το προσωπικό των Θεραπευτικών Κοινοτήτων αποτελούν επαγγελματίες ψυχικής υγείας και πρώην χρήστες που έχουν τελειώσει ένα ανάλογο θεραπευτικό πρόγραμμα και μετά από κατάλληλη εκπαίδευση.²⁷⁴ Συγκεκριμένα, στο σκέλος του συνεταιρισμού, που βρίσκεται έξω από τη Θεραπευτική Κοινότητα, 50% του προσωπικού δεν πρόκειται για πρώην τοξικομανείς αλλά για επιλεγμένα άτομα ανάμεσα σ' αυτούς που αναζητούν μια θέση εργασίας. Αυτό γίνεται επειδή ένας τέτοιος συνεταιρισμός όπως ακριβώς αυτός ξεδιπλώθηκε μέσα από τον παραπάνω πίνακα θα μπορούσε να λειτουργήσει σαν "γκέτο" πρώην τοξικομανών.²⁷⁵ Προϋπόθεση της πρόσληψης τέτοιων ατόμων είναι η αποδοχή του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας που ανάμεσα στα άλλα προβλέπει την τακτική επεξεργασία των τριβών που δημιουργούνται στο χώρο εργασίας μέσα από ομάδα ευαισθησίας και αντιπαράθεσης.²⁷⁶ Η παραπάνω πρόταση έχει την βάση της στην πρωταρχική φιλοδοξία των ιδρυτών του συνεταιρισμού, όπου σύμφωνα με την οποία αυτός δε θα έπρεπε να λειτουργήσει απλά σαν μία εμπορική επιχείρηση, αλλά παράλληλα σαν ένα θεραπευτικό πλαίσιο.²⁷⁷

Η πορεία του εισαγομένου τόσο η θεραπευτική όσο και η εκπαιδευτική, παρακολουθείται και αξιολογείται από την Θεραπευτική Ομάδα με λεπτομερή τρόπο. Η έρευνα αξιολόγησης ολόκληρης της διαδικασίας είναι σχεδιασμένη κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί να προσαρμόζει τη θεραπεία του ατόμου στις ενδεχόμενες λειτουργικές ανάγκες της στιγμής και κατ' επέκταση να ανατροφοδοτεί το θεραπευτικό σύστημα. Πάντως, αξίζει να αναφερθεί ότι, σχετικά με το είδος του καταστήματος στο ποίο θα γίνεται η αποτοξίνωση και θεραπεία, υπάρχει διχογνωμία. Γιατί αν στο θεραπευτικό κατάστημα συμβιώνουν πολλοί τοξικομανείς μαζί και βρίσκονται σε συνεχή επαφή, υπάρχει ο κίνδυνος δημιουργίας μιας "υποπολιτισμικής ομάδας" η οποία πέρα από τον κοινωνικό στιγματισμό στον οποίο εκτίθεται, αποτελεί στο σύνολό της παράγοντα αντίστασης στη θεραπευτική αγωγή. Άλλωστε, γι' αυτό έχει υποστηριχθεί ότι η θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη, όταν υπάρχει συμβίωση των τοξικομανών με άλλους ασθενείς, σε κοινά θεραπευτήρια. Παράλληλα, αντιμετωπίζονται με οργανωμένο τρόπο τα προβλήματα υγείας τα οποία ενδεχομένως παρουσιάζει.²⁷⁸

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι, η αλλαγή του τρόπου ζωής του χρήστη, η αποχή από τη χρήση, η μη παραβατική συμπεριφορά, και η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελούν τους βασικούς στόχους των Θεραπευτικών Κοινοτήτων, ενώ προϋπόθεση για ένταξη στο Πρόγραμμα, αποτελεί η προσωπική απόφαση του ίδιου του ατόμου.

²⁷⁴ Ε.Κ.Κ.Ε. (1996),ό.π.,σημ.272

²⁷⁵ Ζαφειρίδης Φοίβος (1986),ό.π., σ.138

²⁷⁶ Δασκαλίδης Ηλίας (1985):*Μεταχείριση Εγκληματία*, σ.156 κι.επ.

²⁷⁷ Ζαφειρίδης Φοίβος (1986),ό.π.,σημ.274

²⁷⁸ Ε.Κ.Κ.Ε. (1996),ό.π.,σ.89

Κατ' αυτό τον τρόπο, η ενεργός συμμετοχή στο καθημερινό πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία, τεχνικές προσωπικές ανάπτυξης, εκπαιδευτικές δραστηριότητες συνεχή ανάληψη υπευθυνότητας, προγράμματα κοινωνικής παρέμβασης, το εξαρτημένο άτομο ανακαλύπτει τον εαυτό του και επαναπροσδιορίζει τις σχέσεις του με την οικογένειά του και την κοινωνία.

Το πρόγραμμα στις Θεραπευτικές Κοινότητες περιλαμβάνει και Ομαδικές Θεραπευτικές Διαδικασίες, Ατομική Συμβουλευτική, Ομάδες Δημιουργίας, Ομάδες Αυτοβοήθειας, Ιατρική Συμβουλευτική, Προγράμματα Προκατάρτισης και Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, Αθλητικές Δραστηριότητες κ.ά.²⁷⁹

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τα στοιχεία που αφορούν την κίνηση των Θεραπευτικών Κοινοτήτων, και των περιπτώσεων εισαγωγής στα Προγράμματα απεξάρτησης από το 1983 μέχρι και το 1995.

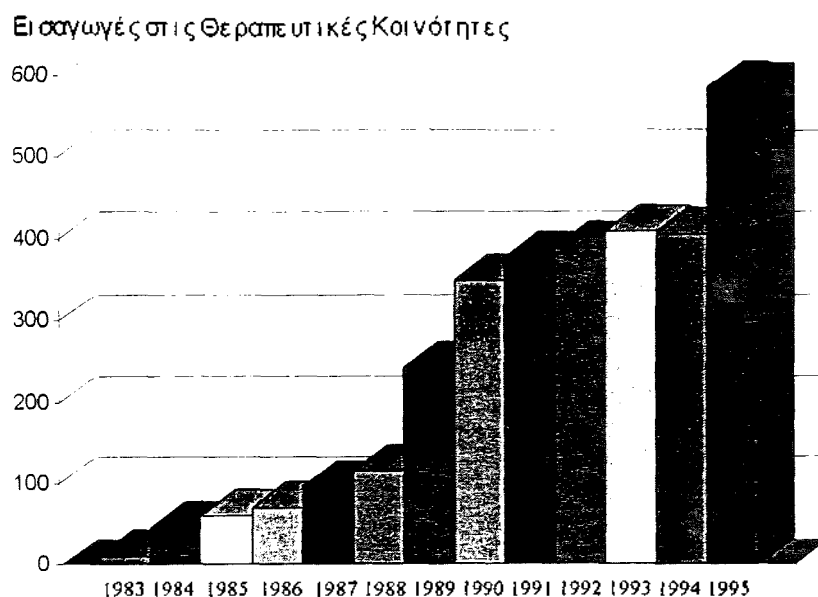
ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ 1983-1995 Ιανουάριος 1996²⁸⁰

1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	ΣΥΝΟΛΟ
8	45	59	69	93	98	143	93	119	113	108	61	131	1140
					15	45	56	61	56	74	62	74	443
						26	100	94	96	85	63	122	586
						27	82	72	75	73	78	101	508
							18	31	48	46	52	68	263
										22	90	90	202
8	45	59	69	93	113	241	349	377	388	408	406	586	3142

²⁷⁹ Στο ίδιο, ό.π.

²⁸⁰ Στο ίδιο, σ.103

Ο παραπάνω πίνακας απεικονίζεται και στο διάγραμμα²⁸¹



Όσον αφορά την κάλυψη των δαπανών των Θεραπευτικών Κοινοτήτων, αυτές ικανοποιούνται από το ΚΕ.Θ.Ε.Α. . Το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων του ΚΕ.Θ.Ε.Α. προέρχεται από τον Τακτικό Προϋπολογισμό (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας), ενώ προς τον τομέα αυτό έχουν κινητοποιηθεί και οι γονείς οι οποίοι διαμορφώνουν ομάδες που λειτουργούν τακτικά από μόνες τους και περιοδικά μέσα στις Κοινότητες (Σύλλογοι Γονέων). Ο πίνακας I παρουσιάζει αναλυτικά τον απολογισμό δαπανών των Θεραπευτικών Κοινοτήτων για το έτος 1985 (σε εκατομμύρια δραχμές) και ο πίνακας II τον απολογισμό δαπανών των Θεραπευτικών Κοινοτήτων, στο σύνολό τους, σε σχέση με τα υπόλοιπα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. κατά το ίδιο έτος (1995).

²⁸¹ Στο ίδιο, ό.π., σημ. 273.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι. ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ 1995
(Σε εκατ. δρχ.)²⁸²

	Μισθοί	Λειτουργικές	Σύνολο
ΘΕΡΑΠΕΥΤ. ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ			
"ΙΘΑΚΗ" - Θεσσαλονίκη	23,0	64,4	87,4
"ΕΞΟΔΟΣ"-Λάρισα	30,1	78,7	108,8
"ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ"-Ραφήνα	20,5	48,7	69,2
"ΝΟΣΤΟΣ"-Σαλαμίνα	28,9	62,8	91,7
"ΣΤΡΟΦΗ"-Ανοιχτή Εφήβων Αθήνα	26,0	36,9	62,9
"ΔΙΑΒΑΣΗ"-Ανοιχτή Ενηλίκων Αθήνα	25,0	40,0	65,0
	153,5	331,5	485,0

²⁸² Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων(ΚΕ.Θ.Ε.Α.).Απολογισμός 1995 - Πίνακες , σ.1

ΠΙΝΑΚΑΣΙΙ. ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ 1995

(Σε εκατομ. δρχ.)²⁸³

	ΙΘΑΚΗ	ΕΞΟΔΟΣ	ΠΑΡΕΜ- ΒΑΣΗ	ΝΟΣΤΟΣ	ΣΤΡΟΦΗ	ΔΙΑΒΑΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ
Συμβουλ. Κέντρα	7,2	20,9	15,4	31,3	7,7	7,9	90,4
Θεραπευτ. Κοινότητες	87,4	108,8	69,2	91,7	62,9	65	485
Κέντρα Κοιν. Επανεκπ.	22,1	15,9	10,9	10,3	2	0	61,2
Προγρ. Οικογ. Θεραπεία	1,6	1,1	9,2	2,1	8,8	0	22,8
Επιστημ. & Διοικ. Οικονομ. Στήριξη	27,1	24,6	35,7	9,4	24,6	25	146,4
Ομάδες Επαγγλ. Κατάρτιση	63,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	63,4
Ξενώνας Εφήβων	0,0	0,0	0,0	0,0	3	0,0	3
	208,8	171,3	140,4	144,8	109,0	97,9	872,2
ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ "ΠΗΓΑΣΟΣ"							21,4
ΚΕΝΤΡΟ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ							32,8
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ & ΕΠΙΣΤΗΜ. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ							197,8
							1124,2
ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΠΑΓΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ							
Κτιριακές Εγκαταστάσεις							110,7
Έπιπλα και Εξοπλισμός							42,3
Μηχανήματα							4,6
Μεταφορικά μέσα							1,4
Σύνολο Παγίων							159,0
Σύνολο Δαπανών ΚΕ.Θ.Ε.Α.							1283,2

Το Λιθογραφείο "ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ" αποτελεί αυτοδύναμη επιχειρηματική μονάδα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. και σαν τέτοια δεν συμπεριλαμβάνεται στα παραπάνω στοιχεία.

²⁸³ Στο ίδιο, σ.2

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ (Θ.Κ.)

Η ενότητα αυτή φιλοδοξεί να παρουσιάσει την αποτελεσματικότητα του μοντέλου των Θεραπευτικών Κοινοτήτων (Θ.Κ.), όπως αυτή αποτυπώνεται μέσα από ένα πλήθος ερευνών οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στην Ευρώπη και στην Ελλάδα (ΚΕ.ΘΕ.Α.).

Την αποτελεσματικότητα του μοντέλου των Θ.Κ. έχουν καταγράψει πολλές μελέτες, οι οποίες έδωσαν συγκριτικά αποτελέσματα με τα άλλα μοντέλα θεραπείας²⁸⁴ καθώς επίσης και με άτομα που δεν έλαβαν θεραπεία²⁸⁵ αλλά και με άτομα τα οποία βρίσκονταν στις φυλακές²⁸⁶. Μένει, όμως, να αναφερθούμε στις έρευνες όπου οι Θ.Κ. εξετάστηκαν ανεξάρτητα από τη σύγκριση με άλλες μεθόδους.

Η λειτουργικότητα αυτής της ενότητας μας οδηγεί στον εσωτερικό της διαχωρισμό σε τρεις βασικές υποενότητες, όσες δηλαδή και οι χώρες προέλευσης των ερευνών.

Α) Έρευνες για τις Θ.Κ. στις Η.Π.Α.

Η έρευνα του C.Winick(1980)²⁸⁷ παραθέτει μερικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου θεραπευτικού προγράμματος και κυρίως για το "δείκτη συγκράτησης" που σημειώθηκε στις σπουδαιότερες Θ.Κ. της Νέας Υόρκης (Daytop, Phoenix House) το 1970. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν συνολικά ότι, ύστερα από τρεις μήνες παραμένει μόνο το 50,5% όσων εισήχθησαν, ενώ έπειτα από έξι μήνες το 37,2%. Ενδεικτικά αναφέρονται οι σχετικοί δείκτες σε δύο πολύ γνωστές Θ.Κ. στην Θ.Κ. Daytop ο δείκτης συγκράτησης που σημειώθηκε ήταν της τάξης του 55,6% ύστερα από έξι μήνες και 47% ύστερα από ένα χρόνο στη Θ.Κ. Phoenix House οι αντίστοιχοι δείκτες ήταν της τάξεως του 67,8% και 41,3%.

Από τα στατιστικά στοιχεία της παραπάνω έρευνας έχουμε ότι ο δείκτης συγκράτησης στο θεραπευτικό πρόγραμμα του Daytop μειώνεται κατά 8,6% στο τέλος του δεύτερου εξαμήνου λειτουργίας του, ενώ ο αντίστοιχος δείκτης στο θεραπευτικό πρόγραμμα του Phoenix House μειώνεται κατά 26,5% στο τέλος του δεύτερου εξαμήνου. Δηλαδή, ο δείκτης συγκράτησης των Θ.Κ. Daytop και Phoenix House δέχεται μια μείωση, κατά μέσο όρο, της τάξεως του 17,5% από το τέλος του πρώτου εξαμήνου στο τέλος του δεύτερου εξαμήνου.

Ακόμη πιο αρνητικά στοιχεία σημειώνονται από την έρευνα του Deitch (1973)²⁸⁸ που υποστηρίχθηκε από την Έκθεση της Αμερικανικής Επιτροπής του ίδιου χρόνου.

²⁸⁴ Βλ. σημ. 73α σελ 36 και σημ. 90β σελ.43.

²⁸⁵ Βλ. σημ. 73α σελ. 36.

²⁸⁶ Βλ. σημ. 159 σελ.70.

²⁸⁷ Arnao Giancarlo (1995), ό.π., σ.114

²⁸⁸ Στο ίδιο, ό.π.

Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, ο δείκτης συγκράτησης με το δείκτη εγκατάλειψης του θεραπευτικού προγράμματος μιας Θ.Κ. της Καλιφόρνιας παρουσίασε μεγάλη διαφορά υπέρ του δεύτερου. Συγκεκριμένα, δύο στους τρεις συμμετέχοντες εγκατέλειψαν το θεραπευτικό πρόγραμμα σχεδόν αμέσως και στο τέλος του πρώτου χρόνου παρέμεινε μόνο το 9%. Επίσης, αναφέρει ότι, η Θ.Κ. Synanon είχε συχνότητα εγκαταλείψεων της τάξεως του 90% ύστερα από ένα χρόνο.

Μια άλλη σημαντική έρευνα είναι εκείνη του George de Leon (1982)²⁸⁹, η οποία πραγματοποιήθηκε σε άτομα που εισήχθησαν στη Θ.Κ. Phoenix House της Νέας Υόρκης. Η έρευνα έγινε σε 237 άτομα, εκ των οποίων 75 "διπλωματούχοι"²⁹⁰ και 162 "dropouts"²⁹¹, δείγμα τυχαίο από ένα σύνολο 1151 ατόμων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα κατά τη χρονική περίοδο 1970-1972. Σκοπός της έρευνας ήταν ο καθορισμός του ποσοστού "επιτυχίας"²⁹² του εν λόγω θεραπευτικού προγράμματος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι κατά τη χρονική περίοδο 1970-1971 στην επιτυχία έφτασε στο 78,7% των "διπλωματούχων" και το 32,4% των "dropouts". Συνολικά, δηλαδή, το 45,8% όλων των εξετασθέντων. Μια "βελτίωση"²⁹³ σημειώνεται συνολικά στο 67% των περιπτώσεων (όπου συμπεριλαμβάνεται και το 45,8% των επιτυχιών). Δηλαδή, το 94, % των "διπλωματούχων" και το 55,9% των "dropouts".

Από τα στατιστικά στοιχεία που μας παρέχει η παραπάνω έρευνα, αν εκτιμήσουμε τα αποτελέσματα στο σύνολο των συμμετεχόντων, διαπιστώνουμε ότι το 45,8% παρουσιάζει επιτυχία, το 21,2% βελτίωση και το 33% αποτυχία.

B) Έρευνες για τις Θ.Κ. στην Ευρώπη

Η πρώτη έρευνα "κατάγεται" από τη Γαλλία. Σύμφωνα με τον Claude Olivenstein (1980)²⁹⁴ διευθυντή της Θ.Κ. Le Marmottan στο Παρίσι, μια "πλήρης επανάκτηση τοξικοεξαρτημένων"²⁹⁵ καταγράφηκε στο 33% των συμμετεχόντων. Ωστόσο, η έρευνα αυτή δεν ξεκαθαρίζει αν το παραπάνω ποσοστό αναφέρεται στα άτομα που συμμετείχαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα ή σ' εκείνα που το ολοκλήρωσαν.

²⁸⁹ Στο ίδιο, σ.114-116

²⁹⁰ Ο όρος "διπλωματούχοι" χρησιμοποιείται από τον De Leon προκειμένου να χαρακτηρίσει τα άτομα εκείνα που παρακολούθησαν ολόκληρο το πρόγραμμα διάρκειας 18-24 μηνών. Βλ. στο ίδιο, σ.114 κ. έπ.

²⁹¹ Με τον όρο "dropouts" ο De Leon χαρακτηρίζει όσους διέκοψαν το θεραπευτικό πρόγραμμα. Βλ. στο ίδιο, σ.114 κ. έπ.

²⁹² Σύμφωνα με τον De Leon η "επιτυχία" ενός θεραπευτικού προγράμματος καθορίζεται με βάση τις εξής παραμέτρους: α) μη-χρήση ναρκωτικών, β) απουσία παρανόμων πράξεων και γ) παραγωγική ένταξη. Βλ. στο ίδιο, σ.115 κ. έπ.

²⁹³ Ο De Leon χωρίς να επιδεικνύει κανενός είδους ποσοτικές παραμέτρους στην έρευνά του δίνει έναν πολύ περιεκτικό ορισμό στη "βελτίωση": "θετική αλλαγή σε σχέση με την προηγούμενη από τη συμμετοχή στο Θεραπευτικό Πρόγραμμα κατάσταση". Βλ. στο ίδιο, σ.115

²⁹⁴ Στο ίδιο, σ.116

²⁹⁵ Με τον όρο "πλήρης επανάκτηση τοξικοεξαρτημένου" ο Claude Olivenstein θεωρεί την απουσία επιστροφής στην τοξικοεξάρτηση επί ένα χρόνο τουλάχιστον. Βλ. στο ίδιο, ό.π.

Την αποτελεσματικότητα του μοντέλου Θ.Κ. της Σουηδίας, παρέχουν οι δύο παρακάτω έρευνες.

Η έρευνα του Anders Andren (1982)²⁹⁶ αναφέρεται στη Θ.Κ. Hassela.²⁹⁷ Τα αποτελέσματα της έρευνας προέρχονται από 49 άτομα που συμμετείχαν σε θεραπευτικά προγράμματα ανάμεσα στο 1969 και στο 1974, με follow-up διάρκειας 1-8 χρόνων (μέσος όρος τριάντισι χρόνια.) Από τα 49 άτομα που αποτελούσαν την υπό μελέτη ομάδα βρέθηκαν τα 41 (84%). Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: 27 άτομα (ποσοστό 65,9%) δεν είχαν κανένα πρόβλημα με τα ναρκωτικά, 22 άτομα (ποσοστό 54%) χρησιμοποίησαν περιστασιακά παράνομες ουσίες εκ των οποίων 14 άτομα (ποσοστό 34%) για μεγάλα χρονικά διαστήματα και 8 άτομα (ποσοστό 20%) για μικρά, 6 άτομα (ποσοστό 14,1%) ήταν ακόμα τοξικοεξαρτημένοι, 3 άτομα (ποσοστό 7, %) είχαν προβλήματα κατάχρησης αλκοολούχων και 2 άτομα (ποσοστό 4,8%) είχαν γίνει αλκοολικοί. Επίσης, όσον αφορά την εξέλιξη της κοινωνικής επανένταξής τους, εκτιμήθηκε μόνο σε όσους ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα, δηλαδή 30 στους 41. Τα αποτελέσματα συνολικά πάντως, είναι θετικά.

Από την άλλη, η έρευνα του Hakan Jenner (1982)²⁹⁸ αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα της Θ.Κ. Hind by στο Malmoe.

Από τα 100 άτομα που συμμετείχαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα τη χρονική περίοδο 1973-1976, τα 53 το εγκατέλειψαν. Από τα 47 που το ολοκλήρωσαν, 8 δε βρέθηκαν και 1 είχε πεθάνει. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην έρευνα δεν ξεκαθαρίζεται η διάρκεια του follow-up. Τα σχετικά αποτελέσματα από τα 38 άτομα που βρέθηκαν είναι τα εξής παρακάτω: Το 58% (22 περιπτώσεις) τελείωσε το θεραπευτικό πρόγραμμα με "αξιοσημείωτη βελτίωση της συνολικής υπαρξιακής κατάστασής" του, το 26% (10 περιπτώσεις) τελείωσε το θεραπευτικό πρόγραμμα με "αξιοσημείωτη βελτίωση" και το 16% (6 περιπτώσεις) τελείωσε το θεραπευτικό πρόγραμμα χωρίς κανένα θετικό αποτέλεσμα.

Από τα στατιστικά στοιχεία της έρευνας του Jenner συμπεραίνουμε εύκολα ότι, αν αυτά τα στοιχεία αναφερθούν στο σύνολο των ατόμων που θέλησαν να συμμετάσχουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα μειώνονται σημαντικά, αφού στην ουσία μόνο 32 άτομα στα 100 σημείωσαν κάποια βελτίωση.

Στο βιβλίο του Arnao Giancarlo "Το δίλημμα ηρωίνη" συναντάμε ακόμη δύο έρευνες, οι οποίες αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα των Θ.Κ. στην Ελβετία. Τα παρακάτω στοιχεία, σύμφωνα πάντα με το συγγραφέα, προέρχονται από ανέκδοτα κείμενα που συμπλήρωσης εσωτερικοί λειτουργοί δύο Θ.Κ. (Gattermeng, Aebihus).

²⁹⁶ Στο ίδιο, σ.116-117

²⁹⁷ Στη Θεραπευτική Κοινότητα Hassela, ανάμεσα στο 1969 και στο 1977, μπήκαν για θεραπεία 74 νεαροί τοξικοεξαρτημένοι. Τους περισσότερους από αυτούς είχε στείλει μια ειδικευμένη στις νεανικές παρεκκλίσεις κλινική της Στοκχόλμης. Βλ στο ίδιο, σ.116 κ έπ.

²⁹⁸ Στο ίδιο, σ.117-118

Η πρώτη έρευνα αναφέρεται στη Θ.Κ. Gattermeng του Richen²⁹⁹ Σύμφωνα μ'αυτή ,το 20% όσων έγιναν δεκτοί στο θεραπευτικό πρόγραμμα το εγκατέλειψε μέσα στους πρώτους 4 μήνες,το 60% στους 9 πρώτους μήνες και μόνον το 25-30% ολοκλήρωσε το θεραπευτικό πρόγραμμα ,συνολικής διάρκειας 14 μηνών.

Η δεύτερη έρευνα αναφέρεται στη Θ.Κ. Aebihus της Sciaffusa³⁰⁰. Τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητά της είναι τα εξής ακόλουθα :το 30-50% των συμμετεχόντων (εδώ όμως η αποδοχή δε γίνεται κατόπιν επιλογής) εγκατέλειψε το θεραπευτικό πρόγραμμα ,ενώ το ποσοστό επιτυχίας όσων ολοκλήρωσαν το θεραπευτικό πρόγραμμα ,συνολικής διάρκειας δύο ετών ,ξεπέρασε το 50%.

Η αναφορά μας στην αποτελεσματικότητα των Θ.Κ. του Ευρωπαϊκού χώρου(εκτός Ελλάδος) κλείνει με την έρευνα του Censis (1983)³⁰¹. Η έρευνα αυτή παρέχει μερικά έμμεσα αλλά διαφωτιστικά στοιχεία αναφορικά με τα ποσοστά διαμονής των φιλοξενουμένων στις Θ.Κ. της Ιταλίας,Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας,η "ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος"έγινε με βάση τα ακόλουθα ποσοστά:στο 36,8% των κοινοτήτων το θεραπευτικό πρόγραμμα δεν ολοκληρώθηκε από κανέναν συμμετέχοντα,στο 20,7% το θεραπευτικό πρόγραμμα ολοκληρώθηκε από το 1-33% των συμμετεχόντων,στο 23,6% το θεραπευτικό πρόγραμμα ολοκληρώθηκε από το 34-66% των συμμετεχόντων και στο 18,9% το θεραπευτικό πρόγραμμα ολοκληρώθηκε από το 67-100% των συμμετεχόντων.Όσον αφορά την "αυθόρμητη απεμπλοκή " εκ μέρους των συμμετεχόντων έγινε με τα ακόλουθα ποσοστά :στο 17,9% των Θ.Κ. δε σημειώθηκε καμία περίπτωση εγκατάλειψης ,στο 29,2% οι περιπτώσεις εγκατάλειψης αφορούσαν το 1-33% των συμμετεχόντων ,στο 26,4% αφορούσαν το 34-66% των συμμετεχόντων ,ενώ στο 26,4% αφορούσαν το 67-100% των συμμετεχόντων.

Αν και τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία επιβεβαιώνουν την υψηλή συχνότητα εγκαταλείψεων του θεραπευτικού προγράμματος των Θ.Κ. που άλλωστε επιβεβαιώνεται από τις περισσότερες έρευνες,δε μπορούν να συγκριθούν με τα στατιστικά στοιχεία των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στη Σουηδία και στην Ελβετία,αφού αναφέρονται στο σύνολο των Θ.Κ. της Ιταλίας και όχι στον αριθμό των συμμετεχόντων.

²⁹⁹ Η Θεραπευτική Κοινότητα Kattermeng βρίσκεται κοντά στη Βασιλεία και ακολουθεί τη μεθοδολογία του αμερικανικού Dayton.Βλ.στο ίδιο,σ.118

³⁰⁰ Στο ίδιο , ό.π.

³⁰¹ Στο ίδιο , σ.118-119

Γ) Έρευνες για τις Θ.Κ. στην Ελλάδα (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)

Το 1993 η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.) διενήργησαν αναδρομική έρευνα³⁰² με στόχο τον έλεγχο της κατάστασης των εξαρτημένων ατόμων που εισήχθησαν για θεραπεία απεξάρτησης το χρονικό διάστημα από 1-01-88 μέχρι και 31-12-88 σε κάποια από τα -κατά την περίοδο εκείνη λειτουργούντα- θεραπευτικά Προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. δηλαδή την "ΙΘΑΚΗ" και τη "ΣΤΡΟΦΗ".

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν η ημιδομημένη συνέντευξη, η οποία πραγματοποιήθηκε με βάση το διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο ASI (Addiction severity Index, McLellan κ.ά., 5η έκδοση, 1990). Η εγκυρότητα των πληροφοριών ελέγχθηκε μέσω του αρχειακού υλικού που διατηρεί το ΚΕ.Θ.Ε.Α., αλλά και με τις περιφερειακές πηγές διασταύρωσης των στοιχείων (για παράδειγμα τις οικογένειες και ομάδες των αποφοίτων κ.λ.π.).

Το δείγμα -στόχος (target sample) αποτελούσαν 113 άτομα -94 άντρες και 19 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 30,2 χρόνια- που το 1988 εισήχθησαν σε κάποια θεραπευτική Κοινότητα. Κατά την εισαγωγή των ατόμων σε θεραπεία και σε ποσοστό 81% (N=92), κύρια ουσία χρήσης ήταν η ηρωίνη και ο τρόπος λήψης της ήταν σχεδόν αποκλειστικά η ενδοφλέβια χρήση (96,7%, N=89).

Η έρευνα θέλησε να ελέγξει την κατάσταση αυτών των 113 ατόμων 5 χρόνια μετά την εισαγωγή τους. Τα επίπεδα ελέγχου ήταν τα εξής παρακάτω:

- κατάσταση υγείας
- επαγγελματική και οικονομική κατάσταση
- χρήση αλκοόλ-ναρκωτικών
- νομική-δικαστική κατάσταση
- οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις
- ψυχική κατάσταση

Το αναφερθέν δείγμα (assessed sample) αποτελείται από 82 άτομα (69 άντρες και 13 γυναίκες), τα οποία αναζητήθηκαν και δέχτηκαν τελικά να απαντήσουν στα ερωτήματα δίνοντας τη ζητούμενη συνέντευξη.

Κατά την περίοδο της διεξαγωγής της έρευνας (Μάρτιος-Ιούνιος 1993), 82 από τα άτομα του προαναφερθέντος δείγματος βρίσκονταν στην ευρύτερη κοινωνία (2 υπηρετούσαν τη στρατιωτική τους θητεία), 5 βρίσκονταν στη φυλακή και 5 βρίσκονταν σε κάποιο τύπου θεραπεία (3 από τους οποίους σε κάποιο πρόγραμμα του ΚΕ.Θ.Ε.Α.).

³⁰² Ε.Κ.Κ.Ε. (1996), ό.π., σ.105 κ. επ.

Από τα υπόλοιπα 31 άτομα, 12 βρέθηκαν και αρνήθηκαν να δώσουν συνέντευξη. 2 βρισκόταν στο εξωτερικό και δεν ήταν δυνατή η επικοινωνία μαζί τους ³⁰³ και 6 άτομα δεν προσήλθαν στις προκαθορισμένες συναντήσεις -παρά τις επανειλημμένες σχετικές συμφωνίες. Οι υπόλοιποι δεν έγινε δυνατό να εντοπιστούν, και ως εκ τούτου δεν υπήρξε επικοινωνία.

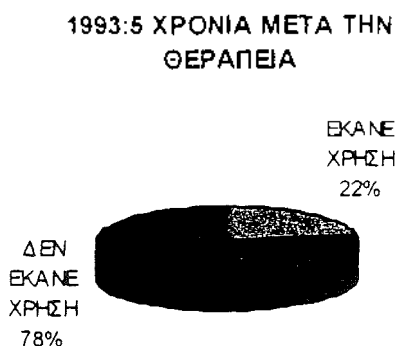
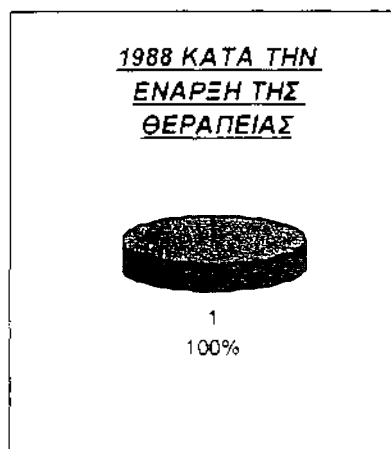
Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας, η μέση ηλικία του ανευρεθέντος δείγματος ήταν τα 29,6 έτη. Το 78% του δείγματος (N=64) χρησιμοποιούσε, πριν τη θεραπεία, ηρωίνη.

Από τα 82 άτομα που συμμετείχαν στο δείγμα, το 78% (N=64) δε χρησιμοποιούσε κατά τη διάρκεια της έρευνας καμιά ουσία, ενώ το 22% (N=18) έκανε χρήση κάποιας (εξαρτητικής) ουσίας (συμπεριλαμβανομένης και της χρήσης κάνναβης).

Από τα προαναφερθέντα 64 άτομα που δεν έκαναν χρήση κάποιας ουσίας, το 54,7% (N=35) είχε ολοκληρώσει το πρόγραμμα στο οποίο είχε ενταχθεί, ενώ το υπόλοιπο 45,3% (N=29) δεν το ολοκλήρωσε.

Από τα υπόλοιπα 18 άτομα που έκαναν χρήση κάποιας ουσίας, κανείς δεν είχε ολοκληρώσει το θεραπευτικό πρόγραμμα, στο οποίο είχε ενταχθεί το 1988.

Το Διάγραμμα 1 ³⁰⁴ παρουσιάζει το ποσοστό των εισαχθέντων σε Θεραπευτικές Κοινότητες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. που έκανε χρήση κατά την έναρξη της θεραπείας (1988). Το Διάγραμμα 2 ³⁰⁵ παρουσιάζει το αντίστοιχο ποσοστό έπειτα από 5 χρόνια (1993).



³⁰³ Σύμφωνα με το ΚΕ.Θ.Ε.Α., ένας εξ αυτών συμμετέχει σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Βλ. στο ίδιο, σ.106 και Τσάφου Ελένη (1995) :Συγκεντρωτικά στοιχεία για το 10ετές έργο του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.)

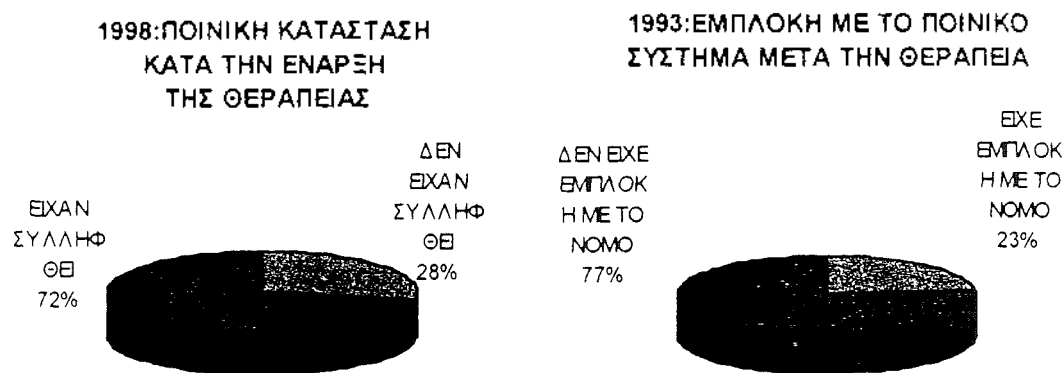
³⁰⁴ Ε.Κ.Κ.Ε. (1996) ,ό.π. , σ 106

³⁰⁵ Στο ίδιο , ό.π.

Σε ο,τι αφορά στην έκθεση στο ποινικό σύστημα το assessed sample πριν τη θεραπευτική εμπειρία είχε συλληφθεί για τουλάχιστον μια φορά σε ποσοστό 72%. Ωστόσο, μετά τη θεραπευτική εμπειρία βρέθηκε ότι μόνον ένα ποσοστό της τάξεως του 23,2% είχε οποιαδήποτε εμπλοκή με το ποινικό σύστημα. Δηλαδή, η συνολική αποτελεσματικότητα ήταν της τάξεως του 76,7%.

Αν εξετάσουμε τη διαφορά αυτή σε συσχέτιση με την αποχή από τις ουσίες, προκύπτουν ιδιαίτερα σημαντικές στατιστικές διαφορές. Κατ'αυτό τον τρόπο, μετά η θεραπευτική εμπειρία μόνο το 12,5% όσων δεν έκαναν χρήση ουσιών είχε εμπλοκή με το ποινικό σύστημα, ενώ για όσους έκαναν χρήση ουσιών το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 61,1%.

Το Διάγραμμα 3³⁰⁶ παρουσιάζει το ποσοστό των εισαχθέντων σε Θεραπευτικές Κοινότητες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. με ποινική κατάσταση κατά την έναρξη της θεραπείας (1988), ενώ το Διάγραμμα 4³⁰⁷ παρουσιάζει το αντίστοιχο ποσοστό μετά τη θεραπεία (1993).



³⁰⁶ Στο ίδιο, σ. 107

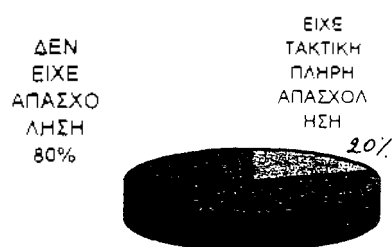
³⁰⁷ Στο ίδιο, ό.π.

Όσον αφορά την "κατάσταση απασχόλησης" το 63,4% όσων ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι η συνήθης απασχόλησης τους τα τελευταία τρία χρόνια (και επομένως μετά την θεραπευτική εμπειρία) ήταν πλήρες (40 ώρες εβδομαδιαία) ,ενώ πριν τη θεραπεία μόνον ένα ποσοστό 20% είχε πλήρη απασχόληση.

Συσχετίζοντας τη χρήση ουσιών με την εργασία συμπεραίνουμε ότι όσοι,μετά τη θεραπευτική εμπειρία ,παρέμειναν σε αποχή από τις ουσίες σε ποσοστό 73,4% είχαν πλήρη απασχόληση ,ενώ για όσους έκαναν χρήση ,πλήρη απασχόληση είχε μόνον το 27,8%

Το Διάγραμμα 5 ³⁰⁸ παρουσιάζει τα ποσοστά της επαγγελματικής κατάστασης των εισαχθέντων σε Θεραπευτικές Κοινότητες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. πριν τη θεραπεία (1988) και το Διάγραμμα 6 ³⁰⁹ τα αντίστοιχα ποσοστά μετά τη θεραπεία (1993).

**1998:ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΡΙΝ ΤΗ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ**



**1993:ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ
ΘΕΡΑΠΕΙΑ**



³⁰⁸ Στο ίδιο , ό.π.

³⁰⁹ Στο ίδιο , ό.π.

Συμπερασματικά από την έρευνα για την αποτελεσματικότητα των Θ.Κ. του ΚΕ.Θ.Ε.Α. φαίνεται ότι οι Θ.Κ. μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την συμπεριφορά πολλών εξαρτημένων ατόμων από ψυχοτρόπες ουσίες, τα οποία εισάγονται σ'αύτες ,και η παραμονή στη θεραπεία μετά από ένα χρονικό όριο μερικών μηνών σχετίζεται θετικά και σε σημαντικό βαθμό με βελτιωμένη έκβαση σχετικά με την κατάχρηση ουσιών ,την αντικοινωνική συμπεριφορά καθώς και την επαγγελματική απασχόληση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ

Μια εργασία οφείλει να θίγει κάποια ζητήματα ουσίας τα οποία άπτονται άμεσα και έμμεσα με το ζήτημα. Οφείλει να παρουσιάζει και μια απτή θέση πολλές φορές και μια πρόταση.

Ο τοξικομανής δεν είναι ούτε εγκληματίας, ούτε άρρωστος είναι το θύμα ενός διχασμένου κόσμου, που αλλοτριώνει και διασπά την προσωπικότητα του καθενός από εμάς. Έτσι, το πρόβλημα των ναρκωτικών δεν υπάρχει επειδή υπάρχουν οι ναρκωτικές ουσίες, αλλά γιατί υπάρχουν δομές που παράγουν ευάλωτα άτομα.

Η οργανική αποτοξίνωση επιλύει το πρόβλημα της οργανικής συνήθειας, όχι όμως και τα βασικά κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια που ωθούν τελικά το άτομο στην τοξικομανία. Άλλωστε, το σωματικό στερητικό σύνδρομο δεν αποτέλεσε ποτέ σημαντικό πρόβλημα στη θεραπεία της εξάρτησης του τοξικομανούς, μιας και οι ίδιοι οι χρήστες αποτοξινώνονται σωματικά δέκα και είκοσι φορές το χρόνο ("στανιάρουν" όπως λένε στη γλώσσα τους) μόνοι τους ή με τη βοήθεια των φίλων τους. Το πρόβλημα ήταν και θα είναι στο μέλλον η ψυχολογική απεξάρτηση του τοξικομανούς. Δηλαδή, η αλλαγή της νοοτροπίας του χρήστη, του τρόπου ζωής του, η έξοδος από αυτή την παθητικότητα που τον καταβάλλει και κατ'επέκταση η ανάληψη της ευθύνης της ζωής του, κατ'έναν τρόπο δημιουργικό, κι όχι καταστρεπτικό, τόσο για τον ίδιο, όσο και για τους γύρω του. Η θεραπεία βασίζεται στην αρχή πως η χρήση των ναρκωτικών αποτελεί ένα σύμπτωμα εσωτερικής ανωριμότητας του ατόμου και συνεπώς ο τοξικομανής πρέπει να ξαναμάθει - να ήταν παιδί - να σκέπτεται και να δρα σωστά. Αποτελεί μια διαδικασία εκμάθησης νέων δεξιοτήτων και διαπροσωπικών ικανοτήτων. Είναι, δηλαδή, υπόθεση αλλαγής και προσωπικής ανάπτυξης.

Αναμφισβήτητο, η καλύτερη στιγμή για να ξεκινήσει κάτι τέτοιο ο τοξικομανής είναι να το θελήσει ο ίδιος. Μονάχα έτσι θα επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Άλλωστε, η εμπειρία του παρελθόντος μας το έχει αποδείξει αφού στην Αμερική όπου δοκιμάσθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του '50 προγράμματα αναγκαστικής αποτοξίνωσης το ποσοστό επιτυχίας υπήρξε μηδενικό. Βέβαια, σημαντικό πρόβλημα στη θεραπεία παραμένει το χαμηλό ποσοστό κινητοποίησης των τοξικομανών προς αυτή την κατεύθυνση. Έτσι, βλέπουμε το χρήστη να αποφασίζει τη θεραπεία του όταν φθάνει συνήθως στο έσχατο σημείο ψυχικής και σωματικής εξάρτησης.

Σήμερα, περισσότερο από το 1/3 των κρατουμένων στις ελληνικές φυλακές είναι παραβάτες του νόμου περί ναρκωτικών, πολλοί εκ των οποίων είναι συγχρόνως χρήστες και εξαρτημένοι και άρα χρειάζονται κάποια συμβουλευτική αγωγή ή θεραπεία. Όμως, η υπάρχουσα υποδομή δεν αφήνει πολλά περιθώρια για διαφορετική μεταχείριση αυτών των ατόμων, τα οποία διαβιούν από κοινού με τους υπόλοιπους κρατουμένους ή με ψυχασθενείς στο ψυχιατρείο των φυλακών.

Το σωφρονιστικό μας σύστημα εμφανίζεται να λειτουργεί μονάχα ως ένας πλήρης κατασταλτικός μηχανισμός, ενώ εκεί που δε θα έπρεπε να χωλαίνει της πρόληψης και θεραπείας στον ευαίσθητο τομέα των ναρκωτικών, τελικά υστερεί. Αποτέλεσμα, πολλοί κρατούμενοι γίνονται τοξικομανείς μέσα στις φυλακές λόγω της έλλειψης μιας σειράς προϋποθέσεων που θα μείωναν σε μεγάλο βαθμό αυτό το φαινόμενο. Η κατάλληλη κτιριακή υποδομή, ώστε να επιτευχθεί ο διαχωρισμός των ατόμων μεταξύ τους αλλά και από τους άλλους κρατούμενους, η λειτουργία προγραμμάτων απεξάρτησης και αποθεραπείας κατά τη διάρκεια της έκτασης της ποινής, την πρόσληψη ειδικευμένου προσωπικού, ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης και κινητοποίησης όλων των κρατούμενων προς την κατεύθυνση της πρόληψης αλλά και της αντιμετώπισης των προβλημάτων που προξενεί η χρήση και πάντως περισσότερο η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών.

Όστόσο, παρόλο που κανένα είδος θεραπευτικής αντιμετώπισης δε φαίνεται ξεκάθαρα να υπερέχει έναντι των υπολοίπων, οι χρήστες που ακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα φαίνεται ότι έχουν καλύτερη πρόγνωση απ' αυτούς που δεν ακολούθησαν κανένα.

Δυστυχώς, τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα ο διάλογος που γίνεται σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης βρίσκεται μέσα σ' ένα κλίμα "πολέμου". Έτσι, από τη μια πλευρά, έχουμε αυτούς που τάσσονται υπέρ της "νομιμοποίησης" της χρήσης όλων των ουσιών ("σκληρών" και "μαλακών"), υποστηρίζοντας πως η ποινικοποίηση έχει αυξήσει το μέγεθος του προβλήματος. Από την άλλη μεριά, έχουμε εκείνους που προσπαθούν να διατηρήσουν την υπάρχουσα κατάσταση.

Τις περισσότερες φορές δε διατίθενται τα μέσα για την αποτοξίνωση των τοξικομανών, είτε γιατί οι Κυβερνήσεις δε φροντίζουν να διαθέτουν επαρκή κονδύλια, είτε γιατί τα κονδύλια αυτά διατίθενται από τα νοσοκομεία σε τομείς που κατά την κρίση τους έχουν μεγαλύτερη σπουδαιότητα.

Η μόνη προσπάθεια που πραγματοποιείται προς αυτό τον τομέα, προέρχεται από τις Θεραπευτικές Κοινότητες, οι οποίες προφανώς δεν είναι σε θέση να καλύψουν όλες τις υπάρχουσες ανάγκες και επιπλέον δεν προωθούν προγράμματα απεξάρτησης μέσα στις φυλακές.

Οι Θεραπευτικές Κοινότητες δεν αποτελούν τη συνολική απάντηση στο πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης. Όμως, μπορούν να διαθέσουν τα εργαλεία και την τεχνογνωσία τους σε προγράμματα πρόληψης. Έτσι, εκτός από τη θεραπεία, την οποία μπορούν να παρέχουν σε οποιόν τη χρειαστεί, μπορούν αν χρησιμοποιηθούν και ως βάσεις εξόρμησης για την ανατροπή της υπάρχουσας κουλτούρας της χρήσης ουσιών. Κι αυτό γιατί οι ίδιες αποτελούν "μικροκαλλιέργειες προσωπικής και κοινωνικής ανάπτυξης", πιστές στο σύνθημα "όχι στη φαρμακευτική καταστολή και κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ανθρώπου, όχι στην ευνουχισμό των ονείρων και των ελπίδων του". Η ιδέα της ύπαρξης ενός κόσμου ελεύθερου από ναρκωτικά μπορεί να ξεκινήσει μέσα από τις Θεραπευτικές Κοινότητες και αν εξαπλωθεί σε όλο τον κοινωνικό ιστό. Γι' αυτό, πρέπει οι Θεραπευτικές Κοινότητες να βγούνε προς τα έξω με περισσότερη δύναμη και να δείξουν αυτό που κάνουν.

Κινδύνα.

70

Οι πιο κατάλληλοι φορείς αυτής της ιδέας είναι οι ίδιοι πρώην χρήστες που έχουν βιώσει κατά ένα πολύ μεγάλο βαθμό τα αρνητικά αποτελέσματα λόγω της κατά χρήσης φαρμακευτικών ουσιών. Γι' αυτό, ο φορέας της θεραπευτικής πρότασης δε θα πρέπει να είναι απ' ευθείας το κράτος και οι μηχανισμοί του, αφού τα κρατικά θεραπευτικά προγράμματα είναι καταδικασμένα ν' αναπαράγουν και να εκφράζουν την κατεστημένη ιδεολογία την οποία ο χρήστης ναρκωτικών ουσιών έχει έμμεσα απορρίψει.

Το θεραπευτικό μοντέλο του ΚΕ.Θ.Ε.Α. προτείνει μια νέα εναλλακτική πρόταση ζωής, δηλαδή ένα νέο σύστημα κοινωνικών αξιών και οργάνωσης, που στηρίζεται στη συνεργασία των πολιτών, στη συνειδητή συμμετοχή, στη φιλία, στην ειλικρίνεια, στην προστασία του περιβάλλοντος. Οραματίζεται, δηλαδή, και κατ' επέκταση προτείνει μια ανθρώπινη ζωή σ' ένα ανθρώπινο περιβάλλον.

Εν κατακλείδι, η Θεραπευτική Κοινότητα αποτελεί μια ελπίδα και ταυτόχρονα ενέχει μια παγίδα.

Η ελπίδα βρίσκεται στο γεγονός ότι οι "ειδικοί" είναι στην περίπτωση αυτή οι ίδιοι οι παλιοί τοξικομανείς, δηλαδή άτομα τα οποία γνωρίζουν όσο κανείς άλλο το "δρόμο προς τα εμπρός και το δρόμο προς τα πίσω", όπου αποφεύγοντας τις περιττές και άχρηστες ηθικολογίες θα έχουν την ανθρωπιά και τη γνώση να δώσουν όλα τα δεδομένα του προβλήματος στα μέλη της Κοινότητας.

Η παγίδα βρίσκεται στο γεγονός ότι η Θεραπευτική Κοινότητα μπορεί να αποτελέσει το άλλοθι της κρατικής αδράνειας σε επίπεδο κοινωνικής πολιτικής ή να ενθαρρύνει την παραπέρα κρατικοποίηση του φαινομένου, σε τέτοιο βαθμό που η "άρρωση" να πάρει τη θέση του "εγκλήματος".

Οι αιτίες του προβλήματος των ναρκωτικών βρίσκεται στην "άρρωση" κοινωνία μας και το πρόβλημα αντιμετωπίζεται όταν η κοινωνία βελτιώνεται, αλλάζει προς το καλύτερο και όταν οι πολίτες ευαισθητοποιούνται προς αυτή την κατεύθυνση. Είναι, λοιπόν, αυταπάτη να περιμένουμε από ένα θεραπευτικό πρόγραμμα να λύσει το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης. Ίσως αυτό αποτελεί την προσπάθεια κάποιων να κρύψουν τις δικές τους ευθύνες. Η Θεραπευτική Κοινότητα, αναμφισβήτητα, έχει πολύ δρόμο μπροστά της για να παράσχει την κατάλληλη "περίθαλψη" καθώς και για να μας δώσει κάποια στοιχεία ώστε να εξάγουμε ακλόνητα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητά της.

Δεν είμαι ειδικός για να προτείνω μέτρα και τρόπους θεραπείας των ήδη εξαρτημένων ατόμων. Όμως, επειδή οι θάνατοι από ναρκωτικά αυξάνονται με ταχύτατους ρυθμούς τα τελευταία χρόνια, θεωρώ χρήσιμο να επισημάνω πως είναι ανάγκη να ιδρυθούν και άλλοι συμβουλευτικοί σταθμοί, κέντρα απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης, σε όλους του νομούς της χώρας καθώς και τη στελέχωση τους με το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό (όπως κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, κοινωνιολόγους, γιατρούς, παιδαγωγούς.)

Εκείνο που πιστεύω ότι βοηθάει τον τοξικομανή να νικήσει στην πάλη με τον εαυτό του και το πάθος του, δεν είναι το "ίδρυμα" και κατά μείζονα λόγο η φυλακή ή το ψυχιατρείο, αλλά η αγάπη, η κατανόηση και η συμπαράσταση του από το οικογενειακό, φιλικό και το ευρύτερο κοινωνικό ή επαγγελματικό περιβάλλον. Ο τοξικομανής, στιγματισμένος όπως είναι και κυριευμένος από το πάθος του, νιώθει ξένος προς το κοινωνικό σώμα με τάσεις φυγής

αυτοαπομόνωσης και αυτοκαταστροφής. Κάτω από τέτοιες συνθήκες ο μεν θεραπευμένος κινδυνεύει να ξαναγυρίσει στο παρελθόν, ο δε αθεράπευτος να παραμείνει για πάντα αιχμάλωτος του πάθους του, χωρίς ελπίδα επιστροφής.

Κάθε ένας από μας έχει την υποχρέωση αν προσπαθήσει να αναλύσει όλους τους παράγοντες που συμβάλλουν στο να αποκτούν οι άνθρωποι πρόβλημα με τις ουσίες. Όμως σε τελική ανάλυση, τρωτότητα που βασίζεται πολύ στη διαθεσιμότητα ορισμένων ουσιών και η ροπή προς υπερχρήση από πολύ μεγάλες ομάδες έχουν να κάνουν με το κοινωνικό πλαίσιο. με αυτό δεδομένο ο κάθε ένας από μας είναι υπεύθυνος για την θεραπεία των χρηστών και για την αποτροπή από τη χρήση. Οι εν χρήσει θεραπευτικές αγωγές έχουν πολλά πλεονεκτήματα. Όλες όμως έχουν κάποια όρια. Το πως τις παρουσιάζει κανείς είναι σημαντικό για την κατανόησή τους. Δεν υπάρχει το "μαγικό ραβδί".

Τώρα ξέρουμε από τη μικρή μας ιστορία ότι η έννοια πως η επιστήμη μπορεί ν' ανακαλύψει μια χημική ουσία που θα μπορεί να θεραπεύσει τα κοινωνικά ιατρικά προβλήματα δεν είναι αληθινή και δε θα είναι ποτέ αληθινή. Και ακόμη, τώρα ξέρουμε ότι η κοινωνία που υιοθετεί μια χημική ουσία για να λύσει τέτοια προβλήματα, χωρίς να σκεφτεί πάνω στο σύνολο των αναγκών του ανθρώπου, αντικρίζει συμφορά. Παράλληλα έγινε φανερό ότι όταν μια υπερχρήση ουσίας ριζώσει μέσα σε μια πολιτιστική δομή, χρειάζεται να περάσει αρκετός χρόνος για να στραφεί η προσοχή στο πρόβλημα και ν' αλλάξει η συμπεριφορά που σχετίζεται μ' αυτό. Άλλωστε, αυτό βλέπουμε ότι είναι αληθινό εξετάζοντας το πρόβλημα του καπνίσματος που μπορούμε εύκολα να συμφωνήσουμε ότι καταστρέφει την υγεία και έχει κοινωνικές συνέπειες μεγάλου κόστους. Μόνον τώρα μετά από 25 χρόνια έντονου ενδιαφέροντος, πολλαπλών εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και πρόληψης σημειώθηκε κάποια πρόοδος. Δυστυχώς, όμως παρ' όλες τις προσπάθειες παρατηρούμε ξανά μια έξαρση του καπνίσματος ανάμεσα στους εφήβους.

Γι' αυτό η κατάχρηση ουσιών πρέπει να τύχει της προσοχής μας σε όλες τις πτυχές της ζωής μας: στην οικογένεια μας, στο χώρο των θρησκευτικών μας πεποιθήσεων, στη δουλειά μας, στα σχολεία μας και τελικά σε όλους τους χώρους όπου αναζητούμε ψυχαγωγία, παιχνίδι και ξεκούραση. Ευχής έργο θα είναι αν η ποινική καταστολή δε φθάνει στο μέλλον να πολλαπλασιάζει ή να οξύνει τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα. Ωστόσο, σημαντικός παράγοντας για τις μελλοντικές εξελίξεις θα παραμείνει η στρατηγική της ελληνικής οικογένειας. Η στοργή ή ο αυταρχισμός της, το ουσιαστικό της ενδιαφέρον, η αδιαφορία ή η εξουσιαστική της στάση απέναντι στο πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΕΥΝΑ 9 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η μελέτη μας, εκτός από το βιβλιογραφικό μέρος της, καλύπτεται και από το ερευνητικό (εμπειρικό), το οποίο παρουσιάζεται στο συγκεκριμένο παράρτημα. Το ερευνητικό μέρος, αποτελείται από μία έρευνα γύρω από τα υπάρχοντα θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα. Έτσι, επιλέξαμε εννιά (9) θεραπευτικά προγράμματα, που λειτουργούν αυτή τη στιγμή στη χώρα μας, αξιολογούνται ως τα σημαντικότερα καθώς και αυτά που καλύπτουν τις περισσότερες περιπτώσεις των τελούντων υπό θεραπεία εξαρτημένων ατόμων. Τα θεραπευτικά αυτά κέντρα, φροντίσαμε να καλύπτουν όλους τους τομείς γύρω από την αντιμετώπιση των εξαρτησιογόνων ουσιών, δηλαδή την πρόληψη, την κυρίως θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη.

Επίσης, τα επιλεγμένα θεραπευτικά κέντρα, εξαπλώνονται στις τρεις μεγάλες πόλεις, Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα καθώς και ένα εκ των οποίων στο Ηράκλειο της Κρήτης. Τα πλαίσια θεραπείας που θα παρουσιαστούν είναι (κατά ημερομηνία συνέντευξης):

1. ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ ΑΝΩΝΥΜΟΙ (Α.Α.)
2. ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (Κ.Ψ.Υ.) - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "ΙΑΣΩΝ"
3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ
ΑΠΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ "ΘΗΣΕΑΣ"
4. Ο.ΚΑ.ΝΑ. - ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (Π.Π.Υ.)
5. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ (Ψ.Ν.Α.) - ΜΟΝΑΔΑ
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ - ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ "18 ΑΝΩ" ΤΜΗΜΑ
ΕΦΗΒΩΝ - ΝΕΩΝ
6. ΚΕ.Θ.Ε.Α. - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ "ΙΘΑΚΗ"
7. ΚΕΝΤΡΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
"ΝΟΣΤΟΣ"
8. "ΠΡΟΤΑΣΗ" - ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ
9. ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΕΙΔΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΙΑ
ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Από τα παραπάνω θεραπευτικά πλαίσια τα 1, 2, 3, 4, 5, 9 λειτουργούν στην Αθήνα το 6 στη Θεσσαλονίκη, το 8 στην Πάτρα και το 7 στην Κρήτη.

Η έρευνα διεξήχθη με δομημένο ερωτηματολόγιο ανοικτών ερωτήσεων, το οποίο αποτελείται από δεκατέσσερις (14) ερωτήσεις, που κάλυψαν όλες τις πτυχές του προγράμματος, καθώς και τις απόψεις και τοποθετήσεις των ανθρώπων του, πάνω σε βασικά ζητήματα του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης.

Αν και πρωταρχικός μας στόχος ήταν να πραγματοποιηθεί για κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα συνέντευξη στο χώρο λειτουργίας του, από τους υπεύθυνους ή κάποιο μέλος του προσωπικού, αυτό στάθηκε δυνατό μόνο για τα πλαίσια θεραπείας 1, 2, 3, 4, 5 και 9. Ωστόσο, χάρη στη θερμή και έγκαιρη συνεργασία με τους εκπροσώπους των υπολοίπων θεραπευτικών πλαισίων (6, 7 και 8), μπορέσαμε να υλοποιήσουμε αυτή εδώ την έρευνα στον ευρύτερο ελλαδικό χώρο.

Σκοπός της έρευνας είναι να παρουσιαστούν αναλυτικά τα σημαντικότερα θεραπευτικά προγράμματα, να εκτεθεί η φιλοσοφία, οι στόχοι και οι τρόποι λειτουργίας τους, κατά έναν τέτοιο τρόπο, ώστε να γίνει γνωστό το έργο τους και κατ' επέκταση να αξιολογηθεί η προσφορά τους στο φλέγον θέμα της θεραπείας της εξάρτησης.

Τα συμπεράσματα του ερευνητικού μέρους θα παρουσιαστούν στο τέλος των συνεντεύξεων.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τις συνεντεύξεις, θα παρατεθεί στο παράρτημα.



Αθήνα, ...1997

Με απόφαση της Συγκλήτου ιδρύθηκε και λειτουργεί μέσα στα πλαίσια του τομέα Εγκληματολογίας -τμήμα ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών- από το 1984 το Μεταπτυχιακό Σεμινάριο Εγκληματολογικών Σπουδών.

Ως μεταπτυχιακός φοιτητής στο παραπάνω πρόγραμμα κατά τα ακαδημαϊκά έτη 1996-97 και 1997-98, έχω αναλάβει στη διάρκεια του δεύτερου ακαδημαϊκού έτους φοίτησης σ' αυτό, να συντάξω και να υποστηρίξω την ειδική εργασία με θέμα: "Θεραπεία. Θεραπευτικά μοντέλα. Ιδιαίτερα οι Θεραπευτικές Κοινότητες".

Κρίνοντας σωστό πως η εμπειρική προσέγγιση του θέματος αυτής της εργασίας συντελείται κατά ένα μεγάλο μέρος μέσα από μια συνέντευξη με τους αρμοδίους αυτών των Θεραπευτικών Προγραμμάτων, μου δόθηκε συνέντευξη από τον / την κ.

.....
με στόχο να καταγράψω το βαθμό αποτελεσματικής λειτουργίας του θεραπευτικού αυτού μοντέλου. Το περιεχόμενο αυτής θα παρουσιαστεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Σεμιναρίου Εγκληματολογικών Σπουδών Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών, μέσα από την εργασία μου με το παραπάνω θέμα, υπό την εποπτεία του Διευθυντή του Τομέα Εγκληματολογίας Καθηγητή κ. Φαρσεδάκη Ιάκωβου και του επιστημονικού βοηθού κ. Συλίκου Γεωργίου.

Ο μεταπτυχιακός φοιτητής,
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Γ. ΡΟΥΣΣΗΣ

-ΟΔΗΓΟΣ ΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΑΠΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Ποιά είναι η αποστολή, οι σκοποί και οι τρόποι λειτουργίας του θεραπευτικού κέντρου;
2. Κατά τη γνώμη σας και σύμφωνα με την εμπειρία σας, ποια η αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από:
 - α) την οικογένειά τους
 - β) το φιλικό τους περιβάλλον
 - γ) το εργασιακό τους περιβάλλον
3. Πώς πιστεύετε ότι επιδρά πάνω στο εξαρτημένο άτομο αυτή η αντιμετώπιση αναφορικά με:
 - α) την ψυχολογία του/συμπεριφορά του
 - β) τη θεραπευτική του πορεία
 - γ) την επανένταξή του
4. Ποιά είναι η βοήθεια του θεραπευτικού κέντρου στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης;
5. Πώς κρίνετε, γενικότερα, την παροχή βοήθειας για την επίτευξη της επανένταξης από τους κρατικούς και κοινωνικούς φορείς; Πιστεύετε ότι είναι ανάλογη με τις υπάρχουσες ανάγκες και "ποιοτική" σε ικανοποιητικό βαθμό;
6. Στα πλαίσια της Ευρώπης, σε ποια διάσταση παρουσιάζεται το πρόβλημα της εξάρτησης στη χώρα μας;
7. Σε τί στάδιο βρίσκόμαστε στη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων σε σύγκριση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες;
8. Πιστεύετε πως είναι εφικτή η ανταλλαγή και η συνεργασία των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων που εφαρμόζονται από χώρα σε χώρα;
9. Υπάρχει συνεργασία του προγράμματός σας (και γενικότερα των άλλων παρομοίων προγραμμάτων) με την ευρύτερη κοινότητα και τους κοινωνικούς φορείς (Δήμο, εκκλησία, σύλλογοι, σχολεία, οργανώσεις κ.ά.) σε θέματα πρόληψης, ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης, εμπλοκής των πολιτών, εκδηλώσεων, δραστηριοτήτων κ.ά.;
 - Αν ΝΑΙ, ποιά είναι κυρίως όσον αφορά την ποιότητά της και τα αποτελέσματα που έχει;
 - Αν ΟΧΙ, ποιοί είναι οι λόγοι που την καθιστούν αδύνατη;
Με ποιούς τρόπους, πιστεύετε ότι, μια τέτοια συνεργασία μπορεί ν' αναπτυχθεί τελικά;
10. Όσον αφορά το θέμα της πρόληψης, ποιά είναι η γνώμη σας στην άποψη ότι δεσμοί, όπως η οικογένεια και το σχολείο, πρέπει να παίζουν τον πρωταρχικό ρόλο στο ζήτημα αυτό; Ποιές συγκεκριμένες τυχόν προσπάθειες έχουν πραγματοποιηθεί προς αυτήν την κατεύθυνση και ποιά τα αποτελέσματά τους;
11. Τι γνώμη έχετε για τη νομική αντιμετώπιση των εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και για τους χρήστες και για όσους εμπλέκονται στο θέμα της εξάρτησης (παραγωγούς, εμπόρους, διακινητές κ.ά.);
12. Τι γνώμη έχετε για την αποποινικοποίηση των ναρκωτικών; Πιστεύετε ότι θα ωφεληθεί ή όχι τελικά μια τέτοια ενδεχόμενη κίνηση στην Ελλάδα;

13. Από την εμπειρία που έχετε αποκτήσει μέσα από την καθημερινή σας επαφή με εξαρτημένα άτομα, μπορείτε να αναφέρετε τις σημαντικότερες προσδοκίες τους
- α) από το συγκεκριμένο πρόγραμμα θεραπείας
 - β) από την αντιμετώπιση του κοινωνικού συνόλου
14. Μπορείτε να αναφερθείτε σε τί επίπεδο βρίσκεται η διεπιστημονική συνεργασία ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων; Αναπτύσσεται συνεργασία, επικοινωνία και χάραξη κοινής πορείας ανάμεσα στα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζονται και λειτουργούν στην Ελλάδα καθώς και με προγράμματα άλλων χωρών;



ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ ΑΝΩΝΥΜΟΙ (Α.Α.)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ 156, ΑΘΗΝΑ - ΤΗΛ.: 64.52.972
ΗΜΕΡ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ : 30-10-1997
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΚΡΥΙΟΣ Β.

Το πρόγραμμα των Αλκοολικών Ανωνύμων ξεκίνησε το 1935 στην Αμερική και από τότε μέχρι σήμερα έχει επεκταθεί σ' ολόκληρο τον κόσμο και λειτουργεί σε 150 χώρες περίπου. Παγκοσμίως, οι ομάδες των Α.Α. είναι χιλιάδες και τα μέλη ανέρχονται σε εκατομμύρια. Στην Ελλάδα, το πρόγραμμα ξεκίνησε το 1983 και σήμερα υπάρχουν σωματεία Α.Α. στην Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη, Κρήτη κ.α.

Στο σωματείο Α.Α. της Αθήνας υπάρχουν τρεις ομάδες (προγράμματα) : *Η Αγγλόφωνη ομάδα* (λειτουργεί καθημερινά), *η Ελληνόφωνη ομάδα* (λειτουργεί καθημερινά) και *η Γερμανόφωνη ομάδα* (λειτουργεί Τετάρτη - Κυριακή).

Τις πληροφορίες για την λειτουργία των Α.Α. της Αθήνας, μας τις παραχώρησε ο υπεύθυνος Δημοσίων Σχέσεων του Σωματείου Κύριος Β. (τηρείται αυστηρά η ανωνυμία).

Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Κύριο Β., ο αλκοολισμός είναι *"ασθένεια ψυχική και πνευματική με σωματικές επιπτώσεις (κυρίως στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα - το αλκοόλ αχρηστεύει τη βιταμίνη Β). Επίσης, ο αλκοολισμός είναι ασθένεια ανίατος, προοδευτική, θανατηφόρος"*. Ανίατος, γιατί αρκεί μια και μόνη φορά για να πιει ο πρώην αλκοολικός και να υποτροπιάσει πάλι. Προοδευτική, γιατί εξελίσσεται σταδιακά, αργά και σταθερά και θανατηφόρα, αφού οδηγεί στον θάνατο.

Το πρόγραμμα των Α.Α. είναι εντελώς εθελοντικό και προτεινόμενο. Αποτελείται από άνδρες και γυναίκες, οι οποίοι γίνονται μέλη του Σωματείου με μοναδική προϋπόθεση ότι πραγματικά επιθυμούν να σταματήσουν να πίνουν. Γενικά, στους Α.Α. δεν υπάρχει καθορισμένη λειτουργία, αλλά μόνον προτάσεις. Τα μέλη προσέρχονται στις συνεδριάσεις εθελοντικά, αβίαστα, ελεύθερα και όποτε αυτά επιθυμούν. Τίποτα δεν είναι υποχρεωτικό. Δεν υπάρχουν κατάλογοι μελών, ούτε τηρούνται πρακτικά των συναντήσεων. Οι συνεδριάσεις - συναντήσεις πραγματοποιούνται καθημερινά 8.30-9.30 μ.μ. (ελληνόφωνη ομάδα), ολόκληρο το χρόνο (365 ημέρες). Η πρώτη Κυριακή του μήνα έχει οριστεί ως ανοικτή συνεδρίαση που μπορούν να την παρακολουθήσουν και άτομα που δεν είναι αλκοολικοί. Στους Α.Α. δεν υπάρχει όριο ηλικίας και τα προσερχόμενα μέλη μπορεί να είναι οποιασδήποτε κοινωνικής τάξης, εθνικότητας, θρησκείας και σεξουαλικής ταυτότητας. Επίσης, οι Α.Α. δεν συνδέονται με καμία θρησκευτική οργάνωση, πολιτική μερίδα και κάποιο άλλο φορέα. Δεν αποτελούν μέρος κανενός θρησκευτικού προγράμματος και δεν είναι στην κατοχή ή επιτήρηση κανενός νοσοκομειακού φορέα. Στους Α.Α. δεν προσφέρονται φάρμακα ή ψυχιατρικές συμβουλές, αφού άλλωστε δεν υπάρχει κανένας ειδικευμένος επιστήμονας, ως προσωπικό. Συνεπώς, οι Α.Α. είναι ένα ανεξάρτητο και αυτοδιοικούμενο σωματείο και ενισχύεται οικονομικά από τα ίδια του τα μέλη, χωρίς να έχει άλλους οικονομικούς πόρους.

Μέσα στην ομάδα συνάντησης, τα μέλη κάθονται κυκλικά γύρω από ένα μεγάλο τραπέζι και εκεί συντελείται όλο το πρόγραμμα. Κατά τη διαδικασία, μοιράζονται μεταξύ τους τις εμπειρίες, τη δύναμή, αλλά και την ελπίδα τους με βασικό στόχο ν' αντιμετωπίσουν το κοινό τους πρόβλημα και κατ' επέκταση να βοηθήσουν και άλλα άτομα ν' αντιμετωπίσουν τον αλκοολισμό. Στην ομάδα δεν γίνεται διάλογος. Ο καθένας

αναπτύσσει το δικό του λόγο ξεχωριστά. Αφηγείται το πρόβλημά του, εξωτερικεύει τις σκέψεις και τα αισθήματά του και παράλληλα εκφράζει πώς κατάφερε αυτός να ξεφύγει από το ποτό, ώστε να αποτελέσει με τη σειρά του το παράδειγμα μίμησης και για τους άλλους. Ο παραδειγματισμός και η μίμηση είναι σκοπός της θεραπείας. Στόχος είναι να παραδειγματιστεί ο νυν αλκοολικός από τις εμπειρίες και τους τρόπους διαφυγής από το αλκοόλ του άλλου τέως αλκοολικού, να ταυτιστεί μαζί του, ν' αποκτήσει ψυχική δύναμη, ελπίδα, κουράγιο και ν' ακολουθήσει το πετυχημένο παράδειγμά του στο δρόμο προς την απεξάρτηση και τη σωτηρία.

Το σωματείο των Α.Α. αποτελεί καθαρά μία ομάδα αυτοβοήθειας όπου, μέσα σ' αυτήν, τα μέλη μέσω της απόλυτης ισοτιμίας, ειλικρίνειας, εμπιστοσύνης και αλληλεγγύης, αποκτούν εκείνα τα ψυχικά εφόδια, ώστε να είναι σε θέση να σταματήσουν το ποτό και κατ' επέκταση ν' απεξαρτηθούν. Έτσι, μέσα από την ομάδα αυτή, ξεπηδά μία νέα προσωπικότητα, όπου θα μπορεί να επιλύει τα προβλήματα και ν' αντιμετωπίζει τις δυσκολίες της ζωής, όχι πια όμως με το αλκοόλ, αλλά με τρόπους λογικούς και υγιείς.

Τα αποτελέσματα της θεραπείας του σωματείου Α.Α. είναι πολύ θετικά. Ο Κύριος Β. μας λέει πως *"το μήνυμα που θέλουν να στείλουν οι Α.Α. προς ολόκληρη την κοινωνία είναι ότι υπάρχει λύση στο πρόβλημα του αλκοολισμού. Και όποιος θέλει να δοκιμάσει αυτή τη λύση, δεν έχει παρά να έρθει ανάμεσά μας"*. Ρωτώντας, επίσης, τον Κύριο Β. για τις διαστάσεις του αλκοολισμού στην Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης, μας είπε ότι βρίσκεται στα ίδια επίπεδα, ίσως και λίγο οξύτερο, μαζί με τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης. *"Ο αλκοολισμός είναι αναπτυσσόμενο πρόβλημα που συνεχώς επεκτείνεται και ανάμεσα στη νεολαία. Επίσης, ο αλκοολισμός ευθύνεται και για πολλά τροχαία δυστυχήματα, εργατικά ατυχήματα, δολοφονίες, αυτοκτονίες, βιαιοπραγίες, που καταλογίζονται ως τέτοια, χωρίς να γίνεται γνωστό ότι πίσω τους κρύβεται το αλκοόλ"*.

Ο Κύριος Β. απαντώντας για το επίπεδο που βρίσκεται η θεραπευτική αντιμετώπιση των αλκοολικών ατόμων στη χώρα μας, σε σύγκριση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες είπε, λιτά αλλά περιεκτικά, ότι βρίσκεται στα *"σπάργανα"*. *"Πάντως, είναι εφικτή η ανταλλαγή και η συνεργασία των διαφόρων προγραμμάτων Α.Α. που εφαρμόζονται από χώρα σε χώρα. Αντιθέτως, δύσκολα βρίσκουν ανταπόκριση τα προγράμματα των Α.Α. από την ευρύτερη κοινότητα και τους κοινωνικούς φορείς (Δήμο, Εκκλησία, Σύλλογοι, Σχολεία, Οργανώσεις κ.ά.) σε θέματα πρόληψης, ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης, εμπλοκής των πολιτών, εκδηλώσεων, δραστηριοτήτων κ.ά."* Ωστόσο, ο Κύριος Β. δηλώνει πως *"όπου βρεθεί, υπάρχει συνεργασία"*.

Όσον αφορά το ρόλο της οικογένειας και του σχολείου στο θέμα της πρόληψης, ο Κύριος Β. απαντάει πως, ο ρόλος αυτών των δεσμών είναι πρωταρχικός. *"Έχουν γίνει ελάχιστες αποσπασματικές προσπάθειες από την πλευρά της πολιτείας, ενώ χρειάζεται διαρκής ενημέρωση και επαφή με το τεράστιο πρόβλημα του αλκοολισμού"*.

Η γνώμη του Κυρίου Β. για τη νομική αντιμετώπιση των εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και για τους χρήστες και για όσους εμπλέκονται στο θέμα της εξάρτησης (παραγωγούς, εμπόρους, διακινητές κ.ά.), είναι πως *"πρέπει να νομιμοποιηθεί η χρήση των μαλακών ναρκωτικών και στους εξαρτημένους από σκληρά ναρκωτικά να χορηγείται η δόση από το Υπουργείο Υγείας μέσω του Φορέα που θα δημιουργήσει. Αυτή η αντιμετώπιση καταργεί παραγωγούς, εμπόρους, διακινητές και εξαλείφει την εγκληματική συμπεριφορά των εξαρτημένων"*, και κλείνει την απάντησή του επισημαίνοντας ότι, *"οι αλκοολικοί σπανιότατα εγκληματούν για το ποτό"*.

Επίσης, ο Κύριος Β. απαντώντας στο επόμενο ερώτημα αναφέρει πως οι σημαντικότερες προσδοκίες, τόσο του ίδιου ως μέλος των Α.Α., όσο και των άλλων μελών

είναι να μάθουν να ζουν χωρίς αλκοόλ και να βοηθούν άλλους αλκοολικούς να βρουν νηφαλιότητα.

Προσπαθώντας να αποσπάσουμε μια απάντηση για το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται η διεπιστημονική συνεργασία ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων (γενικά), ο Κύριος Β. απάντησε πως *"κάτι αρχίζει δειλά - δειλά να γίνεται. Αυτές οι προσπάθειες πρέπει να συνεχισθούν αδιαλείπτως για να προσδοκούμε αποτελέσματα, γιατί το πρόβλημα διαρκώς οξύνεται"*.

Παράλληλα με την ομάδα των Α.Α., λειτουργεί και ομάδα οικογένειας και συγγενών που βρίσκονται κοντά στον αλκοολικό και εκεί μαθαίνουν τρόπους για το πώς θα πρέπει να φέρονται και τελικά να συμβιώνουν με το εξαρτημένο άτομο. Επίσης, υπάρχει και μεταξύ τους αλληλοβοήθεια για δική τους εμψύχωση και ψυχολογική τόνωση, αφού όπως είπε ο Κύριος Β. *"η αρρώστια του αλκοολισμού από ατομική, φτάνει να γίνει οικογενειακή ασθένεια"*.



ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "Ι Α Σ Ω Ν"
"ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΕΞΑΡΤΗΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ"

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΙΟΥΛΙΑΝΟΥ 18, ΚΥΨΕΛΗ - ΤΗΛ.: 86.59.800
ΗΜ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΣΗΣ : 14-11-1997
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ ΣΟΦΙΑ (Ψυχίατρος, Προϊσταμένη
του προγράμματος "Ιάσων")

Το πρόγραμμα "Ιάσων" στεγάζεται σε ανεξάρτητο διώροφο κτίριο επί της οδού Ιουλιανού 18. Στελεχώνεται από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, το οποίο απαρτίζουν 2 ψυχίατροι, 2 ψυχολόγοι, 2 κοινωνικοί λειτουργοί και 1 κοινωνικός λειτουργός - κοινωνιολόγος, καθώς και ψυχιατρικοί νοσηλευτές. Απευθύνεται σε άτομα που προσέρχονται με τη θέλησή τους, αντιμετωπίζοντας προβλήματα εξάρτησης από ουσίες ή είναι επιρρεπή σε τέτοιου είδους συμπεριφορές. Επίσης, ο "Ιάσων" απευθύνεται σε άτομα του στενού ή ευρύτερου περιβάλλοντος των χρηστών (γονείς, φίλους, εκπαιδευτικούς κ.ά.), που ζητούν ενημέρωση ή συμβουλευτικού τύπου παρέμβαση. Ο σκοπός του προγράμματος "Ιάσων" διακρίνεται σε τρεις βασικούς τομείς:

- α. *Πρόληψη*, με επικέντρωση του ενδιαφέροντος στην οικοδόμηση υγιών κοινωνικών σχέσεων.
- β. *Θεραπευτική αντιμετώπιση*, η οποία περιλαμβάνει την απεξάρτηση από ουσίες ή συμβουλές, σ' αυτούς που κάνουν χρήση για να προληφθούν βαριές μορφές εξάρτησης (όπως η επιδείνωση, ο αυτοέλεγχος κ.ά.).
- γ. *Κοινωνική επανένταξη*.

Το πρόγραμμα "Ιάσων" αποτελείται από τις παρακάτω τέσσερις μονάδες:

1. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ.

Ο σταθμός αυτός προσφέρει ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση εξαρτητικών καταστάσεων, όπως και συναφών προβλημάτων (όπως για παράδειγμα βίαιες συμπεριφορές, περιπτώσεις AIDS κ.ά.), θεραπευτική αντιμετώπιση μέσω, κυρίως, ψυχολογικής βοήθειας (σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο). Επίσης, προσφέρει διάγνωση και αντιμετώπιση σύνθετων ψυχολογικών προβλημάτων καθώς και προετοιμασία για συμμετοχή στο Κέντρο Ημέρας. Ακόμη, στο Συμβουλευτικό Σταθμό λειτουργεί Συμβουλευτικό Τμήμα Γονέων και Συγγενών. Αυτό λειτουργεί καθημερινά από 9 π.μ. - 1 μ.μ. Η επικοινωνία γίνεται με ραντεβού.

2. ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ

Το Κέντρο Ημέρας (Κ.Η.) λειτουργεί στη βάση των αρχών των θεραπειών περιβάλλοντος (milieu therapy) και στοχεύει στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση - υποστήριξη (κυρίως ομαδικού τύπου), την εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και την ανάπτυξη ειδικών κλίσεων εξαρτημένων ατόμων με τελικό στόχο την κοινωνική τους επανένταξη.

Στα πλαίσια του Κ.Η. λειτουργούν:

- α. Ομάδες ευαισθητοποίησης.

- β. Ομάδες Ψυχοθεραπευτικής βοήθειας
 - γ. Θεραπευτική προσέγγιση μέσω της τέχνης (art therapy)
 - δ. Ομάδες αθλητικών δραστηριοτήτων
 - ε. Ομάδες ψυχαγωγικών και πολιτιστικών εκδηλώσεων
 - στ. Απασχολησιοθεραπεία
 - ζ. Εργασιοθεραπεία (ξυλογλυπτική, φωτογραφικό εργαστήριο, χειρισμός Η/Υ).
- Το Κ.Η. λειτουργεί καθημερινά από 9 π.μ. - 5 μ.μ. στη βάση συγκεκριμένου ημερησίου προγράμματος.

3. ΜΟΝΑΔΑ ΚΙΝΗΤΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Λειτουργικά καλύπτεται από ειδικούς που απαντούν τηλεφωνικά ενημερώνοντας, συμβουλευοντας ή υποστηρίζοντας το ενδιαφερόμενο άτομο, παρέχει πληροφορίες - ενημέρωση σε άμεσα ή έμμεσα ενδιαφερόμενους, παραπομπή σε άλλες μονάδες του "Ιάσων", σε άλλες υπηρεσίες ή άλλους φορείς καθώς και ψυχοκοινωνική συμβουλευτική ενημέρωση. Λειτουργεί καθημερινά (εκτός Σαββάτου και Κυριακής) από τις 9 π.μ. - 10 μ.μ.

4. ΚΙΝΗΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ - ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η μονάδα αυτή διαθέτει διεπιστημονική στελέχωση και υλοποιεί πρόγραμμα ενημέρωσης, ανάλογα με το κοινό στο οποίο απευθύνεται. Μέσα στις δραστηριότητες της "Κινητής Μονάδας Ενημέρωσης - Ευαισθητοποίησης" περιλαμβάνονται:

- α. Διαφώτιση
- β. Ενημέρωση
- γ. Ευαισθητοποίηση ευρέος κοινού
- δ. Διαφώτιση ειδικών πληθυσμιακών ομάδων (μαθητές, γονείς κ.ά.).
- ε. Έκδοση και διάθεση ενημερωτικών εντύπων
- στ. Διοργάνωση εκδηλώσεων μαζικού χαρακτήρα
- ζ. Διασύνδεση με οργανισμούς ή φιλανθρωπικές οργανώσεις (όπως για παράδειγμα ο Ερυθρός Σταυρός, η Εκκλησία κ.ά.) στα πλαίσια εποικοδομητικής συνεργασίας και αξιοποίησης της προφοράς τους.

Το πρόγραμμα διαρκεί τουλάχιστον 18 μήνες (για όλες τις φάσεις του προγράμματος). Πιο συγκεκριμένα : 4 μήνες στο Συμβουλευτικό Σταθμό, 10 μήνες στο Κέντρο Ημέρας και 4 μήνες στη φάση της Κοινωνικής Επανένταξης. Στο πρόγραμμα "Ιάσων" προσέρχονται άτομα ηλικίας 18-35 ετών, περίπου.

Για το ρόλο που διαδραματίζει η οικογένεια του χρήστη το φιλικό και το εργασιακό περιβάλλον του, η κ. Παπαγιάννη μας απάντησε ότι, *"διαφέρει από υπερβολική ευαισθησία έως πλήρη αδιαφορία"*. Ειδικά, πάντως, κατά τη διάρκεια της θεραπείας μας διαβεβαίωσε πως *"συνήθως η μητέρα είναι υπερπροστατευτική απέναντι στο χρήστη, ενώ ο πατέρας είναι απών, αδιαφορώντας ως προς το πρόβλημα"*.

Για το θέμα της κοινωνικής επανένταξης, η κ. Παπαγιάννη μας είπε ότι, δεν γίνεται στον "Ιάσων" οργανωμένη συλλογική βοήθεια ως προς την επανένταξη, αλλά ότι υπάρχει βοήθεια εξατομικευμένη και μέσω διασύνδεσης με το "ΘΗΣΕΑ" ή με πρώην εργοδότες των χρηστών. Γενικά, το άτομο προετοιμάζεται και υποστηρίζεται ψυχολογικά και του γίνεται και κάποια μορφή επαγγελματικού προσανατολισμού.

"Γενικά, η γνώμη του 'Ιάσων' για την επανένταξη είναι ότι αυτή αποτελεί σε θεωρητικό επίπεδο θετική κίνηση, που τώρα σιγά - σιγά αρχίζει να διαφαίνεται. Λείπει, όμως, η πραγματική εφαρμογή της θεωρίας, γι' αυτό και αναμένουμε πράξεις, για να έχουμε αποτελέσματα, τα οποία μπορούμε να αξιολογήσουμε. Ωστόσο, η παροχή

βοήθειας για την επίτευξη της επανένταξης από τους κρατικούς και κοινωνικούς φορείς παρουσιάζει μια μικρή βελτίωση, αλλά ακόμη δεν καλύπτει τις υπάρχουσες ανάγκες και την ποιότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης".

Η κ. Παπαγιάννη συνεχίζοντας την απάντηση των ερωτήσεων, μας λέει ότι, "για τις διατάξεις του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ελλάδα, δεν μπορεί να δοθεί σαφής και απόλυτη απάντηση, αφού υστερούμε, ως χώρα, σε ετήσιες επιδημιολογικές έρευνες. Το μόνο σίγουρο που έχουμε είναι ότι η Ελλάδα, η Κύπρος, η Μάλτα και η Ιταλία παρουσιάζουν αρκετά συχνή κατανάλωση οισιοπνευματωδών ποτών, κυρίως από τον ανδρικό πληθυσμό. Οι τελευταίες έρευνες δείχνουν ότι έχουμε ένα σοβαρό πρόβλημα χρήσης και κατάχρησης ψυχοδραστικών ουσιών".

Όσον αφορά τη θεραπεία στην Ελλάδα, η θέση της κ. Παπαγιάννη είναι ότι, δεν υπάρχει εξυπηρέτηση και κάλυψη όλου του φάσματος των εξαρτημένων ατόμων, ενώ θα έπρεπε να μπορούν να βοηθούν όλες τις περιπτώσεις. Πάντως, τόνισε ότι "βρισκόμαστε σε στάδιο εξέλιξης".

Η κ. Παπαγιάννη υπογράμμισε πως η ανταλλαγή και η συνεργασία των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων που εφαρμόζονται από χώρα σε χώρα είναι πολύ δύσκολη, "Πάντως, υπάρχει συνεργασία του προγράμματός μας (και γενικότερα των άλλων παρομοίων προγραμμάτων) με την ευρύτερη κοινότητα και τους κοινωνικούς φορείς, αλλά η ποιότητά της και τα αποτελέσματα που έχει είναι μέτρια".

Για το ζήτημα της πρόληψης, "ο "Ιάσων" συμφωνεί απόλυτα για τον τομέα αυτό και πιστεύει ότι θα πρέπει να επικεντρωθεί στο σχολείο και στην οικογένεια, αφού και οι δύο αυτοί δεσμοί θεωρούνται ως οι πιο κατάλληλοι χώροι σαν αρχή της. Οι προσπάθειες είναι διασυνδετικές, ενημερωτικές με απώτερο στόχο παραπομπής στο πρόγραμμά μας ή σε άλλα υπάρχοντα προγράμματα στον ελλαδικό χώρο", μας πληροφορεί η κ. Παπαγιάννη.

Ωστόσο, για το νόμο και το θέμα της "αποποινικοποίησης", η υπεύθυνη ομιλήτρια δεν εξέφρασε γνώμη και άποψη, αφού θεωρεί ότι υπάρχουν άλλα πρωτεύοντα και πιο κύρια ζητήματα που πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα. Πάντως, πιστεύει ότι μια ενδεχόμενη κίνηση για αποποινικοποίηση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, όπου το πρόβλημα των ναρκωτικών παρουσιάζεται ήδη οξύ, δεν θα ωφελούσε.

"Οι σημαντικότερες προσδοκίες των εξαρτημένων ατόμων που ακολουθούν το πρόγραμμα "Ιάσων" είναι η αποδοχή, η κατανόηση, τόσο του συγκεκριμένου προβλήματός τους, όσο και των συνοδών προβλημάτων που αιτιολογούν ή είναι συνέπειες της χρήσης. Πάντως, είναι λιγότερο ρεαλιστική η προσδοκία του κοινωνικού συνόλου από την προσδοκία των ίδιων των χρηστών".

Επίσης, η κ. Παπαγιάννη προσπαθώντας να μας διαφωτίσει ακόμα περισσότερο για το πρόγραμμα "Ιάσων" αναφέρει πως "το επίπεδο της συνεργασίας, τόσο σε διεπιστημονικά, όσο και σε εποικοδομητική επικοινωνία, μόλις αρχίζει να καλλιεργείται τα τελευταία 3-4 χρόνια. Στο πρόγραμμα "Ιάσων" λειτουργεί η διεπιστημονική ομάδα συλλογικά και έχει πρωτεύοντα ρόλο. Υπάρχει εμπλοκή όλων σε όλες τις φάσεις και δίνεται βάρος στην ενεργό συμμετοχή και διεπιστημονική εργασία. Το πρόγραμμα "Ιάσων" διατηρεί σχέση και επαφή με όλους τους φορείς της κοινότητας, καθώς και με όλα τα θεραπευτικά κέντρα και προγράμματα με τα οποία υπάρχει επικοινωνία και σύστημα παραπομπών".



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ

ΑΠΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

"ΘΗΣΕΑΣ"

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΑΡΑΠΑΚΗ 33, 176 76 - ΚΑΛΛΙΘΕΑ, ΤΗΛ.:9587117
ΗΜ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ : 03-11-1997
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΣΤΥΛΙΑΡΑΣ ΓΙΩΡΓΟΣ (Ψυχοθεραπευτής)

Ο "ΘΗΣΕΑΣ" δεν είναι θεραπευτικό κέντρο, δηλαδή δεν είναι μια κοινότητα κλειστή ή ανοιχτή (ίσως μελλοντικά γίνει). Ο "ΘΗΣΕΑΣ" έχει τη νομική μορφή του σωματείου, μη κερδοσκοπικού, και δραστηριοποιείται στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων, είτε είναι από αλκοόλ, είτε είναι από τις άλλες ναρκωτικές ουσίες. Φυσικά, συνεργαζόμαστε με οικογένειες ή με νέους ανθρώπους που θέλουν ν' αντιμετωπίσουν και κάποια άλλα θέματα που αφορούν την εφηβεία και τα οποία μπορούν να ενταχθούν μέσα στο ευρύτερο πεδίο της πρόληψης.

Οι τρόποι λειτουργίας του "ΘΗΣΕΑ" καθορίζονται από το σκοπό του και από κάποιους άλλους παράγοντες. Κυρίως, δουλεύουμε σε 3 τομείς: α) Πρόληψη, δηλαδή πριν ένας νέος άνθρωπος έλθει σ' επαφή με τις ουσίες, β) Ευαισθητοποίηση, δηλαδή όταν γίνει η συνάντηση του ατόμου με τις ουσίες, πώς μπορούμε να το αντιμετωπίσουμε και γ) Κοινωνική επανένταξη, όταν τελειώσει πλέον η θεραπεία του.

Στο σημείο αυτό, ο κ. Στυλιάρας, κάνει μια διάκριση μεταξύ του χρήστη και του εξαρτημένου: "Κατά τη γνώμη μου ο χρήστης και ο εξαρτημένος δεν είναι το ίδιο πράγμα. Μπορεί το ένα να είναι η κλιμάκωση του άλλου ή μια συνέχεια χωρίς να είναι απαραίτητο, αλλά χρήστης είναι ένα άτομο που κάποια στιγμή μπορεί να χρησιμοποιήσει μια ουσία, μία-δύο-τρεις φορές ή να κάνει απλώς μία κατάχρηση. Αυτό δεν σημαίνει αυτόματα ότι είναι και εξαρτημένο, δηλαδή ότι δεν μπορεί να ζήσει ή δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς την ουσία. Το πιο κλασικό παράδειγμα είναι με τους αλκοολικούς. Άλλωστε, όλοι οι Έλληνες πίνουμε κρασάκι, είμαστε και από τις χώρες που έχουμε καλό κρασί, αλλά δεν σημαίνει ότι όλοι οι Έλληνες είμαστε και αλκοολικοί. Κάνουμε χρήση του αλκοόλ και το ευχαριστιόμαστε, κάνουμε και κατάχρηση του αλκοόλ, μεθάμε, έχουμε και κάποιες παρενέργειες, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι είμαστε εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Απ' αυτήν την άποψη νομίζω ότι, την ερώτησή σας δεν την απευδύνετε για τους απλούς χρήστες, αλλά για τα άτομα στα οποία έχει "εγκατασταθεί" η εξάρτηση. Δηλαδή, δεν μπορούν να ζήσουν και δεν μπορούν να λειτουργήσουν δίχως την ουσία, οποιαδήποτε κι αν είναι αυτή".

Όσον αφορά το θέμα της αντιμετώπισης των εξαρτημένων ατόμων από το οικογενειακό του περιβάλλον, ο κ. Στυλιάρας είπε: "Το οικογενειακό περιβάλλον ζει μια φρίκη. Ένα παιδί, αγόρι ή κορίτσι, μπαينو-βγαίνει σ' ένα σπίτι μαστουρωμένο (μιλάμε για εξαρτημένους, δεν μιλάμε ότι έκανα ένα τσιγαριλίκι προχθές στο πάρκο και δεν τρέχει τίποτα), μιλάμε ότι "βαράω" ενέσεις σε τακτική, καθημερινή βάση, μέρα παρά μέρα, τρεις-τέσσερις φορές τη μέρα και μπαίνω - βγαίνω σ' ένα σπίτι, πράγμα που σημαίνει ότι δεν μπορώ να το κρύψω. Οι γονείς φρικάρουν οι άνθρωποι, γιατί βλέπουν το παιδί τους, που τόσα έχουν ονειρευτεί γι' αυτό, να μην προχωράει και αντίθετα να έχει μπει σ' ένα "λούκι". Αν συνηγολούσαμε και το τί λέει η κοινωνία, η κοινή γνώμη, η γειτονιά, τα σόγια, η οικογένεια, πιέζεται και πιέζει με τη μεριά της το παιδί. Η πρώτη αντίδραση είναι ο

πανικός. Όταν η οικογένεια το μάθει, είτε από άλλους ανθρώπους, είτε η ίδια διαπιστώσει ότι το παιδί της είναι χρήστης ή μάλλον ότι έχει "νταλαβέρι" με τις ουσίες, το πρώτο πράγμα που νιώθει είναι ο πανικός. Και ο πανικός κατ'επέκταση πνίγει και το ίδιο το παιδί.

Απ' την άλλη, αρχίζουν απειλές και περιέργες διαδικασίες μέσα στην οικογένεια για να δουν πώς θα το αντιμετωπίσουν. Συνήθως, το κουκουλώνουν, κρύβονται, κλειδώνουν το παιδί, το παίρνουν και το πάνε στο χωριό ή το τρέχουν σε παπάδες! Κι όμως, γίνονται πραγματικά όλα αυτά. Ο ίδιος ο εξαρτημένος δεν βοηδιέται από μια τέτοια αντιμετώπιση. Αυτό που θα ήθελε ο εξαρτημένος είναι να καθίσει να συζητήσει μαζί του η οικογένειά του γι' αυτό το θέμα και ν' απευθυνθούν σε ένα πρόγραμμα".

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από το φιλικό του περιβάλλον, ο κ. Στυλιάρης, μας είπε ότι: "Συνήθως, ο εξαρτημένος έχει φιλικό περιβάλλον από εξαρτημένα άτομα ή η πλειοψηφία των ατόμων που έρχεται σε επαφή είναι εξαρτημένα άτομα. Κι εκεί είναι ένας φαύλος κύκλος: "κράτα με να σε κρατώ", ο ένας ησάρεϊ στον άλλο τη ναρκωτική ουσία, μοιράζονται τις ίδιες ανάγκες ή την ίδια μιζέρια, και το φιλικό περιβάλλον σ' αυτήν την περίπτωση δεν μπορεί να βοηθήσει".

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από το εργασιακό τους περιβάλλον, "είναι πολύ λίγες οι περιπτώσεις, και αυτό το λέω με μεγάλη επιφύλαξη, που ένας εξαρτημένος μπορεί να συνεχίσει να εργάζεται. Εάν εργάζεται, θα είναι στα αρχικά στάδια της εξάρτησης. Εάν προχωρήσει η εξάρτηση, σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να εργαστεί, είτε είναι αλκοολικός, είτε κάνει κατάχρηση άλλων ουσιών. Γιατί, πρώτα απ' όλα, μπαίνει η ζωή του μέσα στον κύκλο των ουσιών, αυτό που τον ενδιαφέρει είναι να βρει τις ουσίες, και τίποτα άλλο. Δεν τον ενδιαφέρουν οι σχέσεις, δεν έχει στόχους, δεν έχει σκοπούς στη ζωή του, και μια εργασία έχει οπωσδήποτε απαντήσεις, ωράρια, κανόνες, υποχρεώσεις, ιεραρχίες κ.ά. Και το τελευταίο πράγμα που σκέφτεται ένας εξαρτημένος είναι η εργασία, είτε είναι ελεύθερος επαγγελματίας, είτε είναι υπάλληλος, είτε είναι καλλιτέχνης. Από τη στιγμή που θα εγκατασταθεί η εξάρτηση, μετά από λίγο καιρό μιλάμε για μια παρακμή. Υπάρχουν πολλοί επώνυμοι, οι οποίοι όταν εγκαταστάθηκε για τα καλά η εξάρτηση στον οργανισμό τους, οδηγήθηκαν ή στο θάνατο, ή "έσβησε το άστρο τους". Και συμπληρώνει ότι: "ένας άνθρωπος ο οποίος ή λειτουργεί ή είναι εξαρτημένος με τις ουσίες, ουσιαστικά, αυτό που κάνει τι είναι; Εμπλέκεται στη λογική και τις διαδικασίες των ουσιών και χάνει τις ανθρώπινες σχέσεις. Δεν έχει σχέσεις ουσιαστικές, πάρε-δώσε ανθρώπινο. Αυτό χάνεται. Μπορεί να έχει σχέση με κάποια άτομα, η οποία έχει ατονίσει, την οποία όμως δεν μπορούμε να την αποδεχθούμε ως υγιή. Δεν λειτουργεί".

Στην ερώτηση, αν και σε ποιο βαθμό υπάρχει βοήθεια από το φιλικό περιβάλλον προς τον εξαρτημένο, ο κ. Στυλιάρης, είπε ότι: "Ένας που είναι εξαρτημένος, έχει διαμορφώσει σ' εκείνη τη φάση ένα περιβάλλον φιλικό, το οποίο είναι κι αυτό εξαρτημένο, ή έχουν μια εμπλοκή με τις ουσίες, που δεν μπορεί να τον βοηθήσει. Αλλά φιλικά περιβάλλοντα που είχε πριν από την εξάρτηση, τον έχουν απομονώσει, γιατί δεν μπορούν να κάνουν διαφορετικά. Για παράδειγμα πάρε τη δική σου παρέα. Είσαστε 5-6 παιδιά, αγόρια - κορίτσια, και ένα από αυτά τα άτομα είναι αλκοολικός. Τον φέρνετε στο σπιτί σας; Τον καλείτε σε πάρτι; Τον εμπιστεύεστε να οδηγήσει μηχανάκι κι εσείς να είσαστε συνεπιβάτες; Κάνετε ταξίδι μαζί του; Πρώτα απ' όλα σκέφτεστε ότι, έστω πως θέλω να πάω πέντε ημέρες διακοπές, άμα είναι από το πρωί μέχρι το βράδυ μεθυσμένος, θα χάσω τις διακοπές μου. Άμα τον καλέσω σ' ένα πάρτι, στα πρώτα πέντε με δέκα λεπτά της ώρας, θα γίνει "τύφλα" στο μεθύσι, άρα θα μου χαλάσει το πάρτι και δεν θα περάσω καλά. Ή σίγουρα δεν θα δουλεύει, οπότε σίγουρα θα ζητάει χρήματα απ' τους άλλους. Οπότε αναγκάζεται και η παρέα για να επιβιώσει σαν παρέα, να τον απομονώσει. Κι αυτός,

αν πραγματικά θέλει την παρέα, θα πει: "Η την παρέα, ή την ουσία". Είναι κάποιοι που επιλέγουν την παρέα. Κατά τη γνώμη μου, αυτό είναι το πιο ωραίο πράγμα. Κάποιοι είναι σε μια φάση που δεν μπορούν να κάνουν μια θετική επιλογή και τελικά κάνουν μια αρνητική: την ουσία, την ηρωίνη. Οπότε, ξεκόβουν από την υγιή παρέα και πηγαίνουν σε μια άλλη, που μπορούν να επιβιώσουν. Είναι η "πρεζοπαρέα", που τους αποδέχεται ως "πρεζάκια" κι όταν θα πάνε κάπου θα είναι όλοι μαστουρωμένοι".

Για το πώς επιδρά πάνω στο εξαρτημένο άτομο η αντιμετώπιση της οικογένειας, του φιλικού και του εργασιακού περιβάλλοντος, ο κ. Στυλιάρης είπε ότι: "Σαφώς, υπάρχουν πολλά προβλήματα, γιατί όταν είσαι μέσα στην εξάρτηση, δεν σε νοιάζει τίποτα άλλο παρά η ουσία. Εάν δε δεχτείς μια ισχυρή πίεση, είτε από την οικογένεια, είτε από κάποια σημαντικά πρόσωπα για εσένα, είτε από την αστυνομία (δικαστήριο), είτε επειδή έχεις πρόβλημα με την υγεία σου, είτε έχει εξασθενήσει ο οργανισμός σου, είτε δεν δεχθείς κάποιο ισχυρό σοκ, δεν υπάρχει κίνητρο για κάποιο άτομο ώστε να πάει για θεραπεία. Οπότε, μιλάμε ότι κάποιος εξωγενής παράγοντας ή κάποιος άλλος παράγοντας που αφορά την υγεία του, θα λειτουργήσει ως κινητήρια δύναμη, ως σημείο αναφοράς, για να τον πιέσει να ξεκινήσει τη θεραπεία. Συνήθως, το οικογενειακό περιβάλλον ναι μεν τον έχει μπλοκάρει σε μία κατάσταση μέσα στις ουσίες, απ' την άλλη όμως και το οικογενειακό περιβάλλον είναι αυτό που πρώτο ξεκινάει τη διαδικασία της απεξάρτησης. Επιτυχημένη απεξάρτηση θεωρώ, όχι μόνο αυτή που θα κάνει ο εξαρτημένος, αλλά κι αυτή την καινούρια κατάσταση που θα δεχτεί η οικογένειά του. Γιατί, αν η οικογένεια συσχετίζεται με την εξάρτηση ενός ατόμου (δηλαδή έχει κι αυτή ένα μερίδιο στην εξάρτηση επειδή δεν λειτουργούσε για παράδειγμα Χ, Ψ, Ω ως οικογένεια), έχει ακόμα ένα μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης και συμμετοχής στην απεξάρτηση. Ειδικά στην Ελλάδα, αυτό που ονομάζουμε "οικογένεια", παίζει έναν πάρα πολύ μεγάλο ρόλο και σε πολλές περιπτώσεις αυτή είναι που ουσιαστικά βοηθάει τον εξαρτημένο ν' απεξαρτηθεί. Η δικιά μου εμπειρία είναι ότι, μπορούμε να μιλήσουμε για απεξάρτηση ενός ατόμου, χωρίς να δούμε αυτό καθ' εαυτό το άτομο, μόνον όταν η οικογένειά του έλθει και συνεργαστεί. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα μπορούμε να μιλάμε για μηχανισμούς οι οποίοι αντιστρέφονται. Πώς γίνεται αυτό; Για παράδειγμα, όταν μπαίνει κάποιο εξαρτημένο άτομο για θεραπεία γιατί έχει πολύ άσχημη υγεία ή έχει δικαστήρια που τον πιέζουν ή έχει διωχθεί έξω από τους κόλπους της οικογένειας, τότε παρατηρείται κάποιο γύρισμα προς τα πίσω από την πλευρά της οικογένειας. Δηλαδή, είναι σαν η οικογένεια να λέει πως δεν το θέλει να είναι απεξαρτημένος. Γι' αυτό το λόγο, θα πρέπει να συνεργαστείς με όλη την οικογένεια, τουλάχιστον με τους γονείς και τα αδέρφια (αν υπάρχουν), ώστε όλη η οικογένεια ν' αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνεί, συμπεριφέρεται κ.λπ. Σαφώς, η θεραπευτική πορεία ενός ατόμου δεν είναι ομαλή πάντοτε. Μπορεί να έχει πολλές διακοπές (δηλαδή υποτροπές), δυσκολίες ή να σταματάει σε κάποια σημεία. Αλλά το πιο δύσκολο είναι η επανένταξή του. Γιατί; Επειδή, εάν πέντε - δέκα χρόνια είμαι στην εξάρτηση και όλοι έχουν μάθει να με βλέπουν ως "ο Γιώργος το πρεζάκι" και με έχουν απομονώσει, ξαφνικά αν βρεθώ μπροστά τους και τους πω ότι απεξαρτήθηκα, υπάρχει μια δικαιολογημένη δυσπιστία. Αν έχω συνηθίσει τον άλλο για ένα τόσο μεγάλο χρονικό διάστημα να είναι ρεμάλι, να γυρνάει από δω κι από εκεί, να κλέβει, να εκπορνεύεται, υπάρχει πρόβλημα για το ποιός εγγυάται την αλλαγή. Εάν έχουν "τραυματιστεί" οι σχέσεις των κοινωνικών ομάδων με τον απεξαρτημένο, είναι δύσκολο να "γιατρευτεί" κάτι τέτοιο. Για παράδειγμα, όταν τον απέλυσαν από την εργασία του ως αλκοολικό ή ως εξαρτημένο, υπάρχει μεγάλη δυσπιστία για το αν πραγματικά έχει αλλάξει, ώστε να τον εμπιστευτούν πάλι. Έχουμε σοβαρό πρόβλημα με την επανένταξη, γιατί όσον αφορά τη θεραπεία, μπορεί να κλειστεί κάποιος σ' ένα θεραπευτικό πρόγραμμα (κλειστό πρόγραμμα) και να βοηθηθεί, όσο μπορεί.

Βγαίνοντας, όμως, από το θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να ζήσει μέσα σε μια κοινωνία να μιλήσει με κάποιους ανθρώπους, να κάνει οικογένεια, να εργαστεί. Κι εκεί είναι το πρόβλημα".

Γενικότερα, όσον αφορά το ζήτημα της κοινωνικής επανένταξης, ο κ. Στυλιάρης είπε ότι: "Όλα τα θεραπευτικά προγράμματα χρήσιμο είναι να έχουν και τομέα επανένταξης. Γιατί, από τη στιγμή που θα κριθεί ότι κάποιος έχει απεξαρτηθεί, έχει να εισχωρήσει μέσα σε μια οικογένεια, να εργασθεί μέσα σ' έναν ορισμένο χώρο, να ξαναμπει μέσα σε μια παρέα, σε μια γειτονιά, σε ένα σόι. Αυτό σημαίνει ότι, όλοι αυτοί πρέπει να έχουν δεχτεί το καινούργιο μήνυμα κι επειδή ο ίδιος δεν επαρκεί για να τους το δώσει (είτε γιατί δεν μπορεί, είτε γιατί δεν θέλει), χρειάζεται ένα "μεσολαβητή" που θα διευκολύνει αυτή την προσέγγιση. Θα κάνει, μεν, τα βήματα ο απεξαρτημένος προς τις κοινωνικές ομάδες ή δεσμούς να τον δεχθούν, αλλά θα πρέπει δε, κι αυτές να κάνουν ένα βήμα για να τον δεχθούν. Δεν είναι μονοσήμαντο. Πρέπει να δεχθούν και οι δύο πλευρές. Στην Ελλάδα, φτιάχτηκαν οι θεραπευτικές Κοινότητες, δίνοντας βάρος στο θεραπευτικό τους ρόλο τα πρώτα χρόνια της λειτουργίας του. Όταν "έστρωσαν" οι ρυθμοί στα θεραπευτικά προγράμματα, έριξαν βάρος στην επανένταξη. Συγκεκριμένα, ο "ΘΗΣΕΑΣ" είχε ένα 5χρονο πιλοτικό πρόγραμμα, το οποίο δυστυχώς τώρα δεν υπάρχει. Ήταν ο πρώτος ως σωματείο που μίλησε και δούλεψε για την επανένταξη. Δηλαδή για το ποιες είναι οι ανάγκες ενός απεξαρτημένου στο θέμα της υγείας, παιδείας, σχέσεων, ελεύθερου χρόνου κ.ά. Εκεί εργαστήκαμε και νομίζω ότι πετύχαμε. Η πιο καλή απόδειξη είναι ότι τα άλλα θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία δεν είχαν "επανένταξη", υιοθέτησαν τις περισσότερες από τις δράσεις του "ΘΗΣΕΑ" κι έτσι λειτουργούν τώρα. Βέβαια, εμείς δεν είμαστε θεραπευτικό κέντρο ή θεραπευτική Κοινότητα (κλειστή ή ανοικτή), κάνουμε όμως θεραπεία, κυρίως μέσα από την οικογένεια. Δηλαδή, συνεργαζόμαστε με γονείς και με εξαρτημένα άτομα, αλλά το κύριο βάρος το ρίχνουμε στην οικογένεια".

Όσον αφορά την παροχή βοήθειας για την επίτευξη της επανένταξης από τους κρατικούς και κοινωνικούς φορείς, ο κ. Στυλιάρης είπε: "Έχω την αίσθηση ότι στην Ελλάδα δεν μπορούμε να μιλήσουμε για κράτος ή για φορείς που παρέχουν τέτοιου είδους βοήθεια. Εγώ τουλάχιστον μιλάω για πρόσωπα τα οποία είναι σε κάποιους φορείς ή σε κάποιες κρατικές υπηρεσίες. Δηλαδή, βρίσκουμε έναν άνθρωπο ο οποίος είναι ευαίσθητοποιημένος σε διάφορα θέματα (ανθρώπινα, κοινωνικά, κοινωνικά κινήματα κ.ά.) και μ' αυτόν συνεργαζόμαστε ως πρώτο βήμα, ώστε να εμπλακεί και ο φορέας τον οποίο εκπροσωπεί. Όσες φορές πήγαμε γενικά και αόριστα, να βρούμε κάποια υπηρεσία ή φορέα ή οργανισμό, αυτό το "γενικά και αόριστα", δεν είχε κανένα αποτέλεσμα. Κι αυτό, γιατί είναι γνωστό ότι πάρα πολλά πράγματα στην Ελλάδα δεν λειτουργούν. Η επανένταξη είναι έξω από το οπτικό πεδίο και τις προτεραιότητές τους. Γενικά, δεν έχουν κανένα λόγο να εμπλακούν σε τέτοιους είδους διαδικασίες. Γι' αυτό αναγκαστήκαμε να γάζουμε για ανθρώπους "κλειδιά" που έχουν περισσότερες ευαισθησίες και λιγότερες αρμοδιότητες. Αυτοί ήταν που πραγματικά μας βοήθησαν. Μετά είναι και κάτι άλλο: Αν πάμε σε κάποιο φορέα (κρατικό - δημόσιο - ιδιωτικό) και πούμε ότι είμαστε "αυτοί" και θέλουμε μια συνεργασία, μπορεί να μας απαντήσουν να πάρουμε τον "τάδε υπάλληλο", προκειμένου να τον ξεφορτωθούν. Ο "τάδε" υπάλληλος αν δεν θέλει πραγματικά, θα κάνει μια αγγαρεία κι αν "αύριο - μεθαύριο" τον μεταθέσουν ή τον απολύσουν ή τον προάγουν, τότε τι θα γίνει; Χάνεται η επαφή σου μ' αυτόν τον φορέα. Όταν, όμως, υπάρχει ένας άνθρωπος που ο ίδιος το θέλει, εκφράζει κάποιες ανάγκες για μια τέτοια επικοινωνία μαζί μας, όποια θέση και να του αλλάξεις, αυτός θα κρατήσει την επαφή μαζί μας. Άρα, θα μπορέσει να λειτουργήσει μέσα στο φορέα του υπέρ της επανένταξης των απεξαρτημένων. Γι' αυτό κι εμείς

δουλεύουμε περισσότερο με ανθρώπους συγκεκριμένους, που έχουν κάποια θέση που μπορεί να βοηθήσει. Βέβαια, δεν το πετυχαίνουμε πάντα'.

Για τη διάσταση του προβλήματος της εξάρτησης στη χώρα μας "δεν είναι ξεκαθαρισμένα τα πράγματα. Τα όποια στοιχεία υπάρχουν, αποτελούν προσωπικές προσεγγίσεις. Εγώ δεν διαδέτω καμία προσέγγιση. Με άλλα λόγια, τί σημαίνει ότι έχουμε πρόβλημα με την εξάρτηση στην Ελλάδα; Πρώτα απ' όλα, όταν ένα φαινόμενο είναι παράνομο, δε μπορείς να το καταγράψεις. Ένα άλλο πρόβλημα είναι, ποιές παράμετροι είναι αυτές που μας ενδιαφέρουν καθώς και αν αυτές φτάνουν (για παράδειγμα, αρκεί μόνον η παράμετρος των ατυχημάτων;). Τελικά, η εικόνα αυτή είναι πάρα πολύ θολή και απέχει εξ ίσου πάρα πολύ από την πραγματικότητα. Το "γιατί" μπορεί εύκολα ν' απαντηθεί αν ξεκινήσει κανείς από το ερώτημα: Μπορούμε να καταγράψουμε ένα παράνομο φαινόμενο σε πανελλαδική κλίμακα; Ή έχει ασχοληθεί κανείς για να μπορεί να το καταγράψει; Η απάντηση είναι πως κάτι τέτοιο είναι πολύ δύσκολο. Ωστόσο, κάποιες προσπάθειες που έγιναν από μεμονωμένα άτομα είναι μέχρι αστείες, ενώ κάποιες άλλες που έγιναν από πανεπιστήμια εκφράζουν το μερικό κι όχι το γενικό. Δεν υπάρχει καθαρή εικόνα στην Ελλάδα για το ποιά είναι το πρόβλημα. Το πρόβλημα, όμως, είναι πολύ μικρότερο απ' ό,τι το παρουσιάζουν τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (Μ.Μ.Ε.) Κάποιοι μύθοι που κυκλοφορούν, βολεύουν, είτε τους δημοσιογράφους, είτε τους πολιτικούς, είτε τους "διαχειριστές" του προβλήματος. Δεν μπορούμε να μιλάμε ότι στην Ελλάδα υπάρχουν 200.000 εξαρτημένοι από ηρωίνη ή 100.000. Είναι πολύ λιγότεροι. Όταν βγαίνουν και λένε στα Μ.Μ.Ε. ότι στην Ελλάδα υπάρχουν 80.000 εξαρτημένοι από ηρωίνη, ποιάς τους μέτρησης; Τελικά, στην Ελλάδα δεν μπορούμε να μιλάμε για επιστημονική έρευνα σχετικά με την ακριβή καταγραφή του αριθμού των εξαρτημένων. Η ουσία τελικά είναι ότι δεν γνωρίζουμε πόσοι είναι οι χρήστες, οι κατα-χρήστες και πόσοι οι εξαρτημένοι. Ότι υπάρχει γύρω απ' αυτό το ζήτημα είναι μια αυδαιρεσία. Εκτός όμως αυτού, όταν ακούγονται μεγάλα νούμερα, υπάρχει και μεγάλος πανικός, ο οποίος δε βοηθάει στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Σ' άλλες χώρες, επειδή το πρόβλημα έχει παρουσιαστεί πριν 10 ή 20 χρόνια, όπου υπάρχουν άλλες δομές (ιατροκοινωνικές) αλλά κι άλλες αντιλήψεις, το πρόβλημα της εξάρτησης έχει προσεγγισθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια. Πάντως, το ζήτημα της ακριβούς προσέγγισης του αριθμού των εξαρτημένων της χώρας μας δε είναι το σημαντικότερο. Βέβαια, η "Διακομματική Επιτροπή της Βουλής" είχε πει ότι είναι το σημαντικότερο πρόβλημα που απασχολεί την ελληνική κοινωνία. Δεν νομίζω ότι ισχύει κάτι τέτοιο. Υπάρχουν άλλα, πολύ σημαντικότερα προβλήματα", μας είπε ο κ. Στυλιάρης.

Κατά πόσο είναι εφικτή η ανταλλαγή και η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων που εφαρμόζονται από χώρα σε χώρα, ο κ. Στυλιάρης είπε ότι: "Δεν είναι απλά εφικτή, αλλά είναι και υποχρεωτική και αναγκαία η συνεργασία αυτή. Αρκεί να λάβουμε υπόψιν ότι κάθε χώρα έχει διαφορετικές πολιτιστικές, κοινωνικές ή οικονομικές συνθήκες και δομές. Αν δεν δούμε τις ιδιαιτερότητες μέσα από τις οποίες λειτουργεί η κάθε χώρα ξεχωριστά, δεν θα μπορέσουμε να δούμε κάποια σημαντικά πράγματα. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα όταν μιλάμε για θεραπεία, έχουμε πάντοτε στο μυαλό μας και την οικογένεια. Δεν νομίζω, όμως, ότι στην Νορβηγία ή στην Ολλανδία σε μια αντίστοιχη περίπτωση, να έχουν στο οπτικό τους πεδίο την οικογένεια. Γιατί; Επειδή εκεί ο δεσμός της οικογένειας βρίσκεται σε άλλη φάση, απ' ό,τι βρίσκεται στην Ελλάδα. Οπότε, σε οποιαδήποτε συνεργασία κι αν κάνουμε με άλλες χώρες, θα πρέπει να βλέπουμε κάποιες ιδιαιτερότητες, ακόμα και πολιτιστικές, όχι μόνο για την οικογένεια και τη δομή της. Δηλαδή, τί ήδη και έθιμα επικρατούν, αν είναι αστικά κέντρα ή αγροτικές περιοχές, αν είναι μετανάστες κ.ά. Όλα αυτά παίζουν μεγάλο ρόλο. Για παράδειγμα, σε ένα πρόγραμμα

απεξάρτησης μεταναστών, θα χρειαστούν άλλα πράγματα απ' ό,τι θα χρειαστούν σ' ένα πρόγραμμα απεξάρτησης γηγενών ευπόρων οικογενειών, αφού ο μετανάστης έχει ν' αντιμετωπίσει "χιλιάδες" άλλα προβλήματα (γλώσσας, κατοικίας, υγείας, άδειας παραμονής, προσαρμογής λόγω των συνηθειών που κουβαλάει απ' την πατρίδα του κ.ά.) ενώ ένας γηγενής αστός είναι ριζωμένος σε μια κοινωνία και τους δεσμούς της. Αυτός μπορεί να λειτουργήσει διαφορετικά μέσα στην εξάρτηση και στην απεξάρτηση."

Όσον αφορά το επόμενο ερώτημα, δηλαδή αν υπάρχει συνεργασία του προγράμματος "ΘΗΣΕΑΣ" με την ευρύτερη κοινότητα και τους κοινωνικούς φορείς της περιοχής σε θέματα πρόληψης και ευαισθητοποίησης, ο κ. Στυλιάρης είπε: "Υπάρχει και το θεωρούμε αναγκαίο, διότι κάνουμε ένα πρόγραμμα πρόληψης σε γυμνάσια της Καλλιθέας και παρατηρούμε ότι πάρα πολλοί πελάτες μας οι οποίοι είναι εξαρτημένοι έρχονται γιατί κάποιοι καθηγητές που ευαισθητοποιήθηκαν μέσα από αυτό το πρόγραμμα της πρόληψης ή και συμμαθητές τους, τους είπαν "δεν πας στο "ΘΗΣΕΑ" γιατί μπορούν να σε βοηθήσουν;" Αυτό, βέβαια, δεν γίνεται μόνο με τα σχολεία, αλλά και με τους συλλόγους, εκκλησίες καθώς και με άλλες τοπικές επιτροπές και συλλόγους. Απ' την άλλη, για να λειτουργήσει αποτελεσματικά ένα τέτοιο πρόγραμμα πρέπει να έχεις και μία δικτύωση. Δεν μπορείς να λειτουργήσεις ξεκομμένος. Η δικτύωση αυτή περιλαμβάνει κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς φορείς που θα σε στηρίζουν και θα συνεργαστείς μαζί τους, θα κάνεις κοινά προγράμματα και εκδηλώσεις. Ο "ΘΗΣΕΑΣ", από τότε που άρχισε να λειτουργεί (1988), επεδίωξε να έχει μια δικτύωση με όσο το δυνατόν περισσότερους φορείς, κυρίως μ' αυτούς που ασχολούνται με τη νεολαία. Έτσι, πετύχαμε να έχουμε ένα αρκετά σημαντικό και μεγάλο δίκτυο φορέων - συνεργατών. Τα αποτελέσματα μόνο δετικά ήταν και μπορεί να είναι, διότι όλοι οι φορείς είναι ευαισθητοποιημένοι άνθρωποι. Αυτοί κατανοούν ότι, στο "ΘΗΣΕΑ" μπορούν να βοηθηθούν κάποιοι άνθρωποι και να συνεργαστούν. Η συνεργασία αυτή λειτουργεί πάρα πολύ καλά. Έχουμε την αίσθηση ότι, εάν ένα πρόγραμμα θέλει να λειτουργήσει, πρέπει να το στηρίζει η τοπική κοινωνία. Για παράδειγμα, ας φανταστούμε τί προβλήματα αντιμετωπίζει κάποιος που προσπαθεί να φτιάξει ένα καινούριο πρόγραμμα σε μία περιοχή όταν οι κάτοικοι ξεσηκωθούν και πουν πως δεν το θέλουν για τον α' ή β' λόγο. Γιατί έτσι έχουν μάθει από την τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τις εφημερίδες ή μπορεί να έχουν σχηματίσει μια αντίληψη ότι η γειτονιά ή η περιοχή τους θα υποβαθμιστεί ή ότι η επικινδυνότητα και η εγκληματικότητα θα πάρουν άλλες διαστάσεις εκεί. Ωστόσο, ο "ΘΗΣΕΑΣ" δεν αντιμετώπισε τέτοιο πρόβλημα στην Καλλιθέα, διότι από την πρώτη στιγμή φροντίσαμε να ενταχθούμε ομαλά μέσα στη συγκεκριμένη γειτονιά, να έχουμε καλές σχέσεις με τους επαγγελματίες της περιοχής, τους γείτονες. Κυρίως, να μην έχουμε τριβές, όχι γιατί έχουμε κάτι το άσχημο στη λειτουργία μας, αλλά γιατί ο κόσμος "κουβαλάει" πολλά πράγματα, όπως στερεότυπα και προκαταλήψεις. Όλα αυτά μπορούσαν κάποια στιγμή να εκφραστούν αρνητικά. Παρ' όλα αυτά, δεν είχαμε καμία διαμαρτυρία από τους κατοίκους της περιοχής ή από τους επαγγελματίες, αφού γύρω - γύρω, υπάρχει μια σειρά από μαγαζιά. Αυτό σημαίνει ότι η δικτύωσή μας λειτούργησε και μας βοήθησε, ώστε να μπορούμε να δουλεύουμε στην Αραπάκη 33 ("ΘΗΣΕΑΣ")."

Όσον αφορά τη συμβολή της οικογένειας και του σχολείου στην πρόληψη, ο κ. Στυλιάρης είπε: "Αρχικά, όσον αφορά το δεσμό της οικογένειας, θα πρέπει να δούμε την κάθε μια ξεχωριστά. Σίγουρα παίζει ένα καθοριστικό ρόλο. Η λειτουργία της οικογένειας συσχετίζεται άμεσα με τη συμπεριφορά των παιδιών. Γι' αυτό, όταν θέλουμε ν' αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα της εξάρτησης, εργαζόμαστε κυρίως με την οικογένεια: πώς λειτουργεί, ποιά είναι η δομή της, ποιοι είναι οι ρόλοι της, ποιά τα όριά της κ.λπ. Όμως, αν κάθε ξεχωριστή οικογένεια δεν απευθυνθεί, είτε για την πρόληψη, είτε για την

αντιμετώπιση του θέματος, δεν μπορείς να συνεργαστείς μαζί της. Δεν νομίζω ότι με εκπομπές από την τηλεόραση ή με άρθρα στις εφημερίδες και τα περιοδικά μπορείς να την βοηθήσεις. Όμως, αυτό μπορεί να γίνει με το σχολείο. Δεν είμαι υπέρ του να υπάρχει το μάθημα "ναρκωτικά" ή "εξαρτήσεις" κ.λπ. Πιστεύω, όμως, ότι με κάποιες βιωματικές προσεγγίσεις, μπορούν και οι εκπαιδευτικοί και οι μαθητές, να βλέπουν κάποια πράγματα που αφορούν τη ζωή και την καθημερινότητά της. Όχι απλώς ενημερωτικά "τι είναι τα ναρκωτικά", ή "τι επιδράσεις έχουν στον οργανισμό" ή "τι αισθάνεσαι όταν τα παίρνεις" και τέτοιες απλίες, αλλά με δραστηριότητες, πολιτιστικές, κοινωνικές, οικολογικές, κάθε παιδί ή κάθε ομάδα παιδιών θα μπορέσει να προσεγγίσει και μια σειρά άλλων ζητημάτων. Έτσι, θα επιτευχθεί το ζητούμενο: το να μάθουν τα παιδιά και μέσα από το σχολείο να χαίρονται τη ζωή τους και να μην είναι έρμαιο. Να μπορούν να παίρνουν τις αποφάσεις τους, επιλέγοντας για τη ζωή και το μέλλον τους μ' έναν θετικό τρόπο. Στην Ελλάδα, γενικότερα, εδώ και 2-3 χρόνια προσπαθούν να γίνει κάτι σχετικό μ' αυτό στο σχολείο. Αλλά έτσι όπως λειτουργεί το εκπαιδευτικό σύστημα συνολικά, από τους βρεφονηπιακούς σταθμούς μέχρι τα μεταπτυχιακά, δεν ευνοεί. Για παράδειγμα, είναι ένα σύστημα που λειτουργεί ανορθολογικά. Δεν στηρίζεται στο δεσμό της διαρκούς επιμόρφωσης και δεν υπάρχουν επαγγελματίες της ψυχικής υγείας που να συνεργάζονται με δημοτικά, γυμνάσια, λύκεια. Όταν τύχει κάτι σε κάποιο σχολείο, οι καθηγητές ή θα κάνουν "την παλαβή" (δηλαδή ότι δεν το είδαν) ή θα πανικοβληθούν ή θα αντιδράσουν μ' έναν τρόπο ο οποίος τις περισσότερες φορές δεν ενδείκνυνται. Εάν σε κάθε σχολική μονάδα υπήρχαν κοινωνικοί επιστήμονες ή ειδικοί στην ψυχική υγεία, οι οποίοι και θα έχουν καλή σχέση με τους εκπαιδευτικούς και με τους μαθητές αλλά και με τους γονείς, θα μπορούσαν τέτοια φαινόμενα να τα προβλέγουν, να τα αντιμετωπίσουν αλλά και να συνεργαστούν για την ομαλοποίηση τέτοιων καταστάσεων. Πώς είναι δυνατόν να απαιτούμε από ένα μαθηματικό ή από ένα γυμναστή να ξέρει τί σημαίνει ναρκωτικά και πώς θα τ' αντιμετωπίσει; Γι' αυτό χρειάζεται να εισχωρήσουν και άλλες ειδικότητες στο χώρο της εκπαίδευσης, όπως κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι, οικογενειακοί θεραπευτές, σύμβουλοι οικογενειών κ.λπ., οι οποίοι θα μπορέσουν να παίξουν το ρόλο τους, ρόλο τον οποίο δεν μπορούν να τον παίξουν οι καθηγητές, γιατί εκτός των άλλων δεν έχουν ούτε την κατάλληλη εκπαίδευση, ούτε την κατάλληλη εμπειρία, αλλά και πληρώνονται για να κάνουν άλλη δουλειά".

Για τη νομική αντιμετώπιση των εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και για τους χρήστες και για όσους εμπλέκονται στο θέμα της εξάρτησης (παραγωγούς, εμπόρους, διακινητές κ.ά.), ο κ. Στυλιάρης εξέφρασε μία καθαρά προσωπική γνώμη, την οποία απ' ό,τι μας ξεκαθάρισε έχει διατυπώσει και δημόσια από το 1990-91. Επίσης, τόνισε ότι αναλαμβάνει πλήρως την ευθύνη για όσα θα μας πει γύρω απ' αυτό το ζήτημα. Πιο συγκεκριμένα μας είπε: "Θεωρώ πως το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι κοινωνικό και ταυτόχρονα ψυχικό πρόβλημα της εποχής μας. Το πρόβλημα αυτό δεν υπήρχε από καταβολής κόσμου. Ωστόσο, υπήρχαν ναρκωτικά, αλλά όχι το πρόβλημα. Νομίζω ότι, τελικά το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι ένα σύμπτωμα της κοινωνίας. Πρόκειται, δηλαδή, για ένα σύμπτωμα κοινωνικής ψυχοπαθολογίας, όσο αφορά το κοινωνικό επίπεδο, κι αν θέλεις, είναι ένα σύμπτωμα δυσλειτουργίας κάποιων ανθρώπων ή κάποιων οικογενειών.

Η γνώμη μου ως ψυχοθεραπευτής είναι ότι, το σύμπτωμα δεν το ποινικοποιώ. Για παράδειγμα, όταν ένα παιδί έχει πρόβλημα δυσλεξίας, δεν το ποινικοποιώ, αλλά απλώς το στηρίζω και το βοηθάω να την ξεπεράσει. Όταν ένα παιδί έχει κάποιες φοβίες δεν τις ποινικοποιώ, αλλά προσπαθώ να το βοηθήσω να τις νικήσει. Ή αν κάποιος κάνει μία απόπειρα αυτοκτονίας, δεν την ποινικοποιώ, αλλά προσπαθώ να δω το "γιατί" και

σταδιακά τον στηρίζω, ώστε να μην την επαναλάβει. Άρα, δεν είναι σωστό να ποινικοποιούνται τα μυχοκοινωνικά θέματα. Αυτά τα αντιμετωπίζεις με άλλους τρόπους. Πώς; Με ιατροκοινωνικές, συμβουλευτικές, θεραπευτικές υπηρεσίες. Έτσι, πρέπει να αποποινικοποιηθεί η χρήση όλων των ουσιών, αλλά αυτό δεν μπορεί να γίνει μόνο σε μία χώρα ή μόνο σε μία περιοχή. Πάντως, αν θα γίνει κάτι τέτοιο, που αργά ή γρήγορα θα γίνει, θα πρέπει να αφορά ένα "μπλοκ" χωρών. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να γίνει σε επίπεδο Ευρώπης. Αυτό είναι σκόπιμο, προκειμένου να αποφευχθούν μια σειρά αρνητικά φαινόμενα, όπως του ναρκωτουρισμού για παράδειγμα, καθώς και άλλα πολλά. Από την άλλη, όταν μια χώρα ή μια ομάδα χωρών για 10ετίες λειτουργεί με την ποινικοποίηση και ξαφνικά στρέφονται προς την αποποινικοποίηση, πρέπει να προβλεφθεί το μεσοδιάστημα προσαρμογής στις νέες συνθήκες. Επίσης, αυτό που θα πρέπει να διευκρινίσουμε, είναι ότι, άλλο είναι το εμπόριο κι άλλο η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Και αυτά τα θέματα, όπως άλλωστε κι όλα τα προαναφερθέντα, χρειάζονται διάλογο. Ο διάλογος είναι αναμφισβήτητο κάτι το οποίο στερούμαστε στην ελληνική κοινωνία. Διάλογος, όμως, ειλικρινής και ανοιχτός ανάμεσα στην επιστημονική κοινότητα, που τις περισσότερες φορές παραμένει απραγματοποίητος. Συνήθως, θγαίνει κάποιος και λέει ότι όλοι οι άλλοι είναι "επικίνδυνοι" ή κάποιοι άλλοι ισχυρίζονται πως οι α' ή οι β' δεν έχουν ανθρωπιστική αντιμετώπιση για το ζήτημα. Εγώ πιστεύω ότι βλέπουμε το όλο ζήτημα από μια σκοπιά ανθρωπιστική, αλλά πολλές φορές είμαστε παγιδευμένοι σε κάποια σχήματα του παρελθόντος. Ας κάνουμε ένα διάλογο σε κοινωνικά - πολιτικά - επιστημονικά πλαίσια και κάπου θα καταλήξουμε. Αλλά τουλάχιστον να ξεκινήσει ένας διάλογος. Η θέση μου σ' αυτό το διάλογο είναι υπέρ της αποποινικοποίησης της χρήσης. Εμένα δεν με ενδιαφέρει ούτε ο έμπορος, ούτε ο μικροέμπορος, ούτε ο διακινητής, αλλά γιατί ένας νέος άνθρωπος κάνει χρήση ουσιών. Και σαφώς δεν κάνει χρήση για "πλάκα". Κάνει χρήση γιατί θέλει να "κουκουλώσει" κάποια προβλήματα που τον έχουν φέρει σε μια πολύ δύσκολη θέση. Το ζήτημα δεν είναι για παράδειγμα, το ότι παράγονται ναρκωτικά σε μία χώρα. Αλλωστε, αυτά παράγουν και οι φαρμακευτικές εταιρείες. Έτσι, γεννιέται το ερώτημα γιατί η φαρμακευτική εταιρεία να θεωρείται νόμιμη και οι καλλιεργητές της κόκας στη Βενεζουέλα ή στη Βολιβία να είναι παράνομοι; Ναρκωτικό είναι και το αλκοόλ. Πάρα πολλοί Έλληνες, ειδικά στην επαρχία, έχουν αμπέλια, τα καλλιεργούν και φτιάχνουν κρασί από μόνοι τους. Και αυτό είναι μια παραγωγή ναρκωτικών. Επειδή έχουμε αλκοολικούς σημαίνει πως θα πρέπει να καταργήσουμε και την παραγωγή;

Όλα αυτά είναι θέματα τα οποία δεν τα αντιμετωπίζουμε νηφάλια, και αν την παραπάνω τοποθέτηση την εκφράσω σε ένα σύλλογο γονέων ενός σχολείου θα κατακρίδω. Τότε ίσως να χαρακτηριστώ απ' αυτούς ως "έμπορος" ή ως "επικίνδυνος".

Ο κ. Στυλιάρης αναφερόμενος στις σημαντικότερες προσδοκίες όπως αυτές εκφράζονται από τα εξαρτημένα άτομα, τόσο από το "ΘΗΣΕΑ", όσο και από την αντιμετώπισή του κοινωνικού συνόλου, είπε: "Η προσδοκία ενός εξαρτημένου ατόμου είναι να βρίσκει τη δόση του και τίποτα άλλο. Βέβαια, μιλάμε για ένα άτομο το οποίο είναι εξαρτημένο. Στην περίπτωση αυτή, προσδοκά από το κοινωνικό σύνολο να του δίνει χρήματα για να βρίσκει τη δόση του. Αυτά ισχύουν σε ένα πρώτο στάδιο.

Όταν απευθυνθεί σ' εμάς ένα εξαρτημένο άτομο, μπορεί να το κάνει για πολλούς λόγους. Ο πρώτος λόγος είναι για να του δώσουμε κάποιο χαρτί που να αποδεικνύει ότι αυτός συνεργάζεται μαζί μας, ώστε να μην πάει στη φυλακή. Ένας άλλος λόγος είναι για να του δώσουμε εμείς υποκατάστατα ή ηρεμιστικά ή ό,τι άλλο. Ένας τρίτος λόγος είναι για να δουν οι γονείς του χρήστη ότι αυτός συνεργάζεται μαζί μας και κατ' επέκταση να πάγουν να τον πιέζουν. Βέβαια, υπάρχουν και αυτοί που θέλουν πραγματικά να διακόψουν τη χρήση ουσιών. Όμως, αυτό θα γίνει, αφού έχουν δεχθεί κάποια πίεση από την

οικογένεια ή από κάποιο περιβάλλον και δυσκολεύονται σε ένα τόσο μεγάλο βαθμό, που χρειάζονται από κάπου να "πιαστούν" και να συνεργαστούν. Μόνοι τους δεν μπορούν σαφώς.

Όταν ξεκινήσει τη θεραπεία του ένα εξαρτημένο άτομο, σαφώς προσδοκά από το θεραπευτικό πρόγραμμα ή από τους θεραπευτές, να τον στηρίζουν σ' αυτή τη μεταβατική φάση που περνάει: από την εξάρτηση στην απεξάρτηση. Κάτι τέτοιο, άλλωστε, προσδοκά και από το κοινωνικό σύνολο. Πάντως, αυτό δεν είναι κάτι το εύκολο, γιατί εάν για παράδειγμα, έχουν μάθει εμένα εδώ και δέκα χρόνια να με βλέπουν ως πρεζάκια, να κλέβω, να σπάω, να είμαι ανέντιμος, να είμαι "μαστούρας", ξαφνικά δεν μπουν να δεχθούν τον καινούργιο μου ρόλο. Και για όλους αυτούς τους λόγους πρέπει να τους πείσω ότι στον καινούργιο μου ρόλο θα είμαι συνεπής. Άρα, οι προσδοκίες του εξαρτημένου που βρίσκεται σε φάση απεξάρτησης μπορεί να είναι πολλές και σημαντικές. Όμως πρέπει να πείσει πραγματικά τους άλλους για τις προθέσεις του, δηλαδή ότι δεν πρόκειται για κάποιο "τρικ", ώστε να τους ξεγελάσει, αλλά ότι είναι απόφαση ζωής και πως γι' αυτή θα παλέψει'.

Ολοκληρώνοντας την ομιλία του ο κ. Στυλιάρης, αναφέρθηκε στο επίπεδο το οποίο βρίσκεται η διεπιστημονική συνεργασία ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων, τόσο μεταξύ των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων που εφαρμόζονται και λειτουργούν στην Ελλάδα, όσο και με προγράμματα άλλων χωρών, λέγοντας ότι: "Στην Ελλάδα το επίπεδο διεπιστημονικής συνεργασίας ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων υπάρχει, αλλά είναι χαλαρό. Γιατί; Διότι το κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα προσπαθεί "να σταθεί στα πόδια του". Και αυτό δεν είναι εύκολο πράγμα, αφού για να στήσεις στη χώρα μας ένα πρόγραμμα σημαίνει πάρα πολλά πράγματα. Από την άλλη, δεν υπάρχει το νομικό πλαίσιο που να κατοχυρώνει μια σειρά τέτοιων λειτουργιών. Άρα, έχουμε και ένα νομοθετικό κενό στην Ελλάδα για το πώς γίνεται η θεραπεία. Επίσης, υπάρχει μεγάλη έλλειψη χώρων ή τόπων όπου θα δίνει το Υπουργείο Υγείας τα κονδύλια. Πάντως, αν υποθέσουμε ότι ξεπερνιούνται όλα αυτά τα εμπόδια, υπάρχουν τα επαγγελματικά συνέδρια τα οποία γίνονται κάθε δύο χρόνια, κάποιες συναντήσεις και συνέδρια τα οποία δημιουργούν τα προγράμματα και καλούν κάποιους άλλους κ.λπ. Τώρα υπάρχει και ο "Επαγγελματικός Σύλλογος ΙΘΑΚΑ", όπου μέσα απ' αυτόν, πολλά τέτοια θέματα, θα συζητηθούν.

Πάντως, αργά ή γρήγορα, το επίπεδο της συνεργασίας θα είναι ποσοτικά και ποιοτικά πιο ανεβασμένο."



Ο.ΚΑ.ΝΑ. ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	: ΕΡΕΣΣΟΥ 40, ΕΞΑΡΧΕΙΑ, 106 81 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	: 33.04.265 - 71
ΗΜ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ	: 20-11-1997
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ	: κ. ΔΟΥΖΕΝΗΣ

Σύμφωνα με τον κύριο Δουζένη, "η αποστολή του Πειραματικού Προγράμματος Υποκατάστασης" (Π.Π.Υ) είναι: α) η αποτοξίνωση, β) η μείωση των κινδύνων που συνεπάγεται η χρήση και γ) η κοινωνική επανένταξη του χρήστη. Η διάρκεια του προγράμματος δεν έχει καθοριστεί, ενώ σ' αυτό γίνονται δεκτοί μακροχρόνιοι εξαρτημένοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρώνης άνω των 22 ετών, μακροχρόνιοι εξαρτημένοι ενδοφλέβιοι χρήστες ηρώνης, που πάσχουν από απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια, αλλά και χρήστες συγγενείς Α' βαθμού με άτομα που έχουν γίνει δεκτά στο Π.Π.Υ. Η δυναμικότητα του Π.Π.Υ. σε θέσεις είναι 200. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες αφορούν τη χορήγηση μεθαδόνης, καθώς και ιατρικές, ψυχιατρικές, ψυχολογικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Επίσης, λειτουργεί και ένας ξενώνας".

Όσον αφορά την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από το οικογενειακό, φιλικό και εργασιακό του περιβάλλον, ο υπεύθυνος ομιλητής μας είπε: "Η οικογένεια του εξαρτημένου χρήστη υποφέρει λόγω της κατάστασης και συμπεριφοράς του. Έτσι, κυρίως στο τελικό στάδιο, εγκαταλείπει, αδιαφορεί και περιδωριοποιεί το χρήστη. Οι φίλοι που δεν κάνουν χρήση, εγκαταλείπουν αργά ή γρήγορα το χρήστη στην τύχη του, ενώ το εργασιακό περιβάλλον, απορρίπτει τον χρήστη γιατί η συμπεριφορά του δεν συμβαδίζει με την εργασία. Συνήθως ο εξαρτημένος χρήστης είναι ασυνεπής, λέει ψέματα, κλέβει κ.λπ. Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισής του, επιδρά αρνητικά τόσο στη ψυχολογία / συμπεριφορά, θεραπευτική πορεία καθώς και στην κοινωνική του επανένταξη. Ωστόσο, το Π.Π.Υ. στηρίζει τους ασθενείς του προκειμένου να βρουν εργασία, είτε μόνοι τους, είτε μέσω του Ο.Α.Ε.Δ., σεμιναρίων κ.λπ."

Ο κ. Δουζένης κρίνοντας αξιολογικά την παροχή βοήθειας για την επίτευξη της επανένταξης, από τους κρατικούς και κοινωνικούς φορείς, είπε: "Η βοήθεια στον τομέα της επανένταξης είναι από ανεπαρκής μέχρι ελάχιστη. Δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμα οι δομές οι οποίες θα τη διευκόλυναν.

Το πρόβλημα της εξάρτησης στη χώρα μας είναι σοβαρό, ενώ παράλληλα δεν έχουν αναπτυχθεί όσο θα έπρεπε τα προγράμματα μεθαδόνης (απεξάρτησης). Στην Ελλάδα δεν υπάρχει πρόγραμμα συντήρησης." Έτσι σκιαγραφήθηκε η διάσταση που παρουσιάζει το πρόβλημα της εξάρτησης στη χώρα μας και το επίπεδο της θεραπευτικής αντιμετώπισης των εξαρτημένων ατόμων σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Βέβαια, στο ερώτημα αν είναι εφικτή η ανταλλαγή και η συνεργασία, τόσο των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων που εφαρμόζονται από χώρα σε χώρα, όσο και του Π.Π.Υ. με την ευρύτερη κοινότητα και τους κοινωνικούς φορείς σε θέματα πρόληψης, ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης, εμπλοκής των πολιτών, εκδηλώσεων, δραστηριοτήτων κ.ά., η απάντηση ήταν σαφώς περισσότερο καθησυχαστική. Πιο συγκεκριμένα ο κ. Δουζένης τόνισε: "Πιστεύω πως η ανταλλαγή και η συνεργασία των διάφορων θεραπευτικών προγραμμάτων που εφαρμόζονται από χώρα σε χώρα είναι εφικτή.

Ειδικότερα, όσον αφορά τη συνεργασία του Π.Π.Υ. με την ευρύτερη κοινότητα και τους κοινωνικούς φορείς, αυτή υλοποιείται μέσω του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.), ο οποίος αναπτύσσει ένα δίκτυο πρόληψης με όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς πανελλαδικά. Βέβαια, το δίκτυο αυτό, δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητά του, αλλά σίγουρα προσπαθεί να καλύψει ένα τεράστιο κενό στον τομέα της πρόληψης".

Για το ρόλο του θεσμού της οικογένειας και του σχολείου στον τομέα της πρόληψης, ο κ. Δουζένης είπε: "Η οικογένεια, το σχολείο, οι παρέες, το νόημα της ζωής κ.λπ., είναι σημαντικότεροι παράγοντες για την πρόληψη. Δεν θεωρώ ότι μπορώ να απαντήσω για προσπάθειες κ.λπ., γιατί δεν είναι στον τομέα μου. Απαντήσεις γι' αυτό θα λάβετε από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ."

Η τοποθέτηση του κ. Δουζένη για τη νομική αντιμετώπιση των εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και για τους χρήστες και για όσους εμπλέκονται στο θέμα της εξάρτησης (παραγωγούς, εμπόρους, διακινητές κ.ά.) είναι ότι: "Οι χρήστες δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως εγκληματίες για θέματα ναρκωτικών. Κατά τη γνώμη μου θα πρέπει να υπάρξει αποποινικοποίηση του χρήστη όσον αφορά την κατοχή μικροποσοτήτων ναρκωτικών".

Ωστόσο, όταν θέσαμε το ζήτημα της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών γενικότερα, ρωτώντας αν μια τέτοια κίνηση θα ωφελήσει ή όχι την Ελλάδα, η απάντηση ήταν αρνητική. Συγκεκριμένα, ειπώθηκαν τα εξής: "Δεν πιστεύω ότι η αποποινικοποίηση των ναρκωτικών θα ωφελήσει. Δεν πιστεύω ότι η συζήτηση για αποποινικοποίηση σ' ένα κράτος ωφελεί γενικά".

Από το συγκεκριμένο πρόγραμμα, σύμφωνα με την εμπειρία του κ. Δουζένη, τα εξαρτημένα άτομα "προσδοκούν την απεξάρτηση και ζητούν την κοινωνική επανένταξη". Από το κοινωνικό σύνολο προσδοκούν "να γίνουν δεκτοί στους κόλπους του, επιτυγχάνοντας την κοινωνική τους επανένταξη".

Τέλος, όσον αφορά το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται η διεπιστημονική συνεργασία ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων στην Ελλάδα αλλά και η συνεργασία, επικοινωνία και χάραξη κοινής πορείας ανάμεσα στα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζονται και λειτουργούν στη χώρα μας και σ' αυτά άλλων χωρών, ο κ. Δουζένης είπε: "Η διεπιστημονική συνεργασία βρίσκεται σ' ένα όχι ικανοποιητικό, αλλά και όχι απογοητευτικό επίπεδο στη χώρα μας. Δεν νομίζω ότι στην Ελλάδα αναπτύσσεται ιδιαίτερα η συνεργασία μεταξύ θεραπευτικών προγραμμάτων. Αυτό το αποδίδω σε φιλοσοφικές - θεωρητικές διαφωνίες και παρωπίδες".



ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΩΝ -
ΑΛΚΟΟΛΙΚΩΝ (18 & ΑΝΩ)
ΤΜΗΜΑ ΕΦΗΒΩΝ - ΝΕΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 19, 106 80 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 3638.833, 36.38.895
ΗΜ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ : 24-11-1997
ΥΠΕΥΘΥΝΗ : κ. ΚΑΡΒΟΥΝΗ ΘΕΟΔΩΡΑ (Κοινωνική Λειτουργός)

Το "Τμήμα Εφήβων - Νέων (Τ.Ε.-Ν.) της Μονάδας Απεξάρτησης (Μ.Α.) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α.) ξεκίνησε να λειτουργεί το Φεβρουάριο του 1993. Η ανάγκη δημιουργίας του, προέκυψε μέσα από τη λειτουργία του Προγράμματος Ενηλίκων. Κατέφθαναν ολοένα και περισσότερα νεαρά άτομα, καθώς και οι γονείς τους, μας λέει η κ. Καρβούνη, για βοήθεια σε σχέση με τη χρήση/κατάχρηση ουσιών. Η θεραπευτική ομάδα της Μ.Α. έκρινε ότι η πολύ νεαρή ηλικία είχε ορισμένες ιδιαιτερότητες που απαιτούσαν μια διαφορετική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Ο στόχος του Τ.Ε.-Ν. είναι να βοηθήσει τα νεαρά άτομα να κατανοήσουν τους λόγους, τις αιτίες που τα οδήγησαν στη χρήση / κατάχρηση. Η προσέγγιση είναι ψυχοθεραπευτικού χαρακτήρα και πραγματοποιείται μέσα από ατομική και ομαδική παρακολούθηση. Με τους γονείς ο στόχος είναι να τους βοηθήσει να συνειδητοποιήσουν το δικό τους ρόλο σ' αυτή την κρίσιμη κατάσταση.

Απώτερος σκοπός είναι η απεμπλοκή των νεαρών και της οικογένειας γύρω από το πρόβλημά μέσα από την ανάδειξη μιας νέας οπτικής γύρω απ' τη ζωή τους και μέσα από εγκατάσταση μιας υγιούς συμπεριφοράς.

Η θεραπευτική διαδικασία στηρίζεται στην εδελοντική συμμετοχή των ατόμων, είναι ανοικτή (δηλαδή δεν παρέχει διαμονή) και διαρκεί περίπου 1 1/2 χρόνο.

Στο Τ.Ε.-Ν., επίσης, απευθύνονται : οποιοσδήποτε που θα ήθελε να μάθει κάτι για το θέμα της χρήσης / κατάχρησης ουσιών με σκοπό την πρόληψη, επαγγελματίες (κοινωνικοί λειτουργοί, δικηγόροι, εκπαιδευτικοί, δημοσιογράφοι κ.ά.).

Η κ. Καρβούνη ερωτώμενη αναφορικά με το ποιά είναι η αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από το οικογενειακό, φιλικό και εργασιακό τους περιβάλλον, είπε: "Κατ' αρχήν, επισημαίνουμε ότι δεν είναι όλοι, όσοι κάνουν χρήση ουσιών, εξαρτημένα άτομα. Η εξάρτηση έρχεται σταδιακά. Πολύ συχνά οι έφηβοι και τα νεαρά άτομα είναι σε προηγούμενα της εξάρτησης στάδια. Η οικογένεια συνηθίζει να στέκεται υπερπροστατευτικά απέναντι στα "εξαρτημένα" άτομα κι αυτό στερεί απ' τα ίδια την υπευθυνότητα, που είναι απαραίτητη προϋπόθεση της ανήλικης ζωής. Η αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από το φιλικό τους περιβάλλον άλλοτε χαρακτηρίζεται από αμηχανία, άλλοτε από συμπόνια κι άλλοτε από ανεκτικότητα. Συχνά, πάντως, με διαλεκτική, κατανοητική διάθεση. Αν η συμπεριφορά του εξαρτημένου είναι απρεπής, αυτό οδηγεί σε διακοπή της φιλικής σχέσης. Πάντως, το εργασιακό περιβάλλον του εξαρτημένου, τον αντιμετωπίζει με καχυποψία και προκατάληψη. Στον ιδιωτικό τομέα

διώκονται συχνά τα εξαρτημένα άτομα, ενώ στο δημόσιο καλύπτονται. Αν ο νέος βρίσκεται ακόμη στο σύστημα της εκπαίδευσης, πολύ εύκολα επικρατεί ο στιγματισμός".

Για τον τρόπο που επιδρά πάνω στο εξαρτημένο άτομο η παραπάνω αντιμετώπιση αναφορικά με την ψυχολογία / συμπεριφορά, θεραπευτική πορεία και επανένταξή του, η κ. Καρβούνη είπε: "Η υπερπροστατευτικότητα, η ανοχή, ο στιγματισμός απ' την πλευρά του όποιου περιβάλλοντος, συντηρεί το φαινόμενο της χρήσης. Συνεπώς, ο χρήστης εμμένει στη χρήση. Αν έχει ξεκινήσει τη θεραπεία, η θεραπευτική του πορεία μπορεί ν' ανατραπεί, ενώ, τέλος, η κοινωνική του επανένταξη μπορεί να καθυστερήσει ή να διαταραχθεί".

Η βοήθεια του Τ.Ε.-Ν. στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης περιγράφεται ως εξής: "Θεωρούμε ότι οι έφηβοι - νέοι βρίσκονται σε διαδικασία ένταξης στην κοινωνική ζωή κι όχι επανένταξης, εφ' όσον η επανένταξη προϋποθέτει αποκοπή απ' την κοινωνική ζωή. Το Τ.Ε.-Ν. στηρίζει (και στοχεύει) την ολοκλήρωση και συνέχιση της εκπαίδευσης, την επαγγελματική κατάρτιση / αποκατάσταση, τη σύνδεση με τις υπάρχουσες κοινωνικές δομές".

Η παροχή βοήθειας για την επίτευξη της επανένταξης από τους κρατικούς και κοινωνικούς φορείς, κρίνεται από την κ. Καρβούνη ως "ανεπαρκής και αριθμητικά και ποιοτικά, με την έννοια ότι οι άνθρωποι που τη στελεχώνουν δεν είναι ευαισθητοποιημένοι σε σχέση με τους χρήστες και τις ανάγκες τους".

Ενώ η κ. Καρβούνη αρνήθηκε να δώσει κάποια απάντηση στο ερώτημα που αφορά τη διάσταση που παρουσιάζεται το πρόβλημα της εξάρτησης στην Ελλάδα (στα πλαίσια της Ευρώπης), αντιθέτως, ερωτώμενη για το αν πιστεύει πως είναι εφικτή η ανταλλαγή και η συνεργασία των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων από χώρα σε χώρα, είπε: "Ναι, μέσω των διαφόρων επιστημονικών δραστηριοτήτων".

Θετική ήταν και η απάντηση που μας έδωσε στο ερώτημα για το αν υπάρχει συνεργασία του Προγράμματός τους με την ευρύτερη κοινότητα και τους κοινωνικούς φορείς σε θέματα πρόληψης, ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης, εμπλοκής των πολιτών, εκδηλώσεων, δραστηριοτήτων κ.ά. Συγκεκριμένα μας είπε: "Αυτό που γίνεται κυρίως, είναι η προσπάθεια να επιτευχθεί διάλογος ώστε να αποσαφηνιστούν λανθασμένες εντυπώσεις, να δοθεί σωστή και έγκυρη ενημέρωση, επειδή θεωρούμε δεδομένο ότι υπάρχει παραπληροφόρηση, αλλά και ευαισθητοποίηση ως προς τον τρόπο προσέγγισης των χρηστών εξαρτημένων".

Για το ρόλο που θα πρέπει να παίζουν οι δεσμοί της οικογένειας και του σχολείου στο θέμα της πρόληψης, η κ. Καρβούνη είπε πως θα πρέπει να είναι "πρωταρχικός", λόγω του "χώρου" και του "χρόνου" που καταλαμβάνουν στη ζωή του νεαρού ατόμου. "Είναι οι δεσμοί που είναι υπεύθυνοι για την ψυχική, συναισθηματική και κοινωνική διάπλαση του ατόμου. Μέχρι πρόσφατα, οι προσπάθειες προς την πρόληψη ήταν διάσπαρτες κινήσεις. Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) έχει αναλάβει συστηματικά το έργο πρόληψης και κάνει σοβαρές κινήσεις προς αυτή την κατεύθυνση. Το Τ.Ε.-Ν. έχει αναλάβει ένα σοβαρό μέρος αυτού του έργου".

Η γνώμη της κ. Καρβούνη για τη νομική αντιμετώπιση των εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και για τους χρήστες και για όσους εμπλέκονται στο θέμα της εξάρτησης, αποδόθηκε έτσι: "Σα θεραπευτικός χώρος, ισχυριζόμαστε ότι το νομικό σκέλος είναι μόνον ένας παράγοντας που δημιουργεί επιπλέον προβλήματα". Επιπρόσθετα, δίνοντας απάντηση στο ερώτημα που αφορά την προσωπική της θέση στο ζήτημα της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών, τόνισε: "Το φαινόμενο της χρήσης / εξάρτησης, δημιουργήθηκε πριν τη δραστηριοποίηση του νομικού συστήματος και συνεπώς δεν πρόκειται να λυθεί με τις όποιες νομικές αλλαγές".

Οι σημαντικότερες προσδοκίες των εξαρτημένων ατόμων από το Τ.Ε.-Ν., περιγράφονται χαρακτηριστικά από την κ. Καρβούνη ως εξής : *"Αυτό που αρχικά διατυπώνουν τα εξαρτημένα άτομα είναι να τους βρεθεί μια "μαγική" λύση, μέσα από την οποία θ' απεξαρτηθούν και θ' απεμπλακούν από τις δυσάρεστες και πιεστικές συνθήκες στις οποίες έχουν βρεθεί. Στην πορεία, αυτό διαφοροποιείται ανάλογα με το κάθε άτομο και την ιδιαιτερότητά του". Όσον αφορά τις προσδοκίες τους από το κοινωνικό σύνολο, αυτές περιγράφονται με δυο λόγια : "Ανθρώπινη και εξατομικευμένη μεταχείριση".*

Τέλος, η κ. Καρβούνη μας διαφώτισε για το επίπεδο της διεπιστημονικής συνεργασίας, του εν λόγω Προγράμματος, ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων, αλλά και για την πιθανή συνεργασία, επικοινωνία και χάραξη κοινής πορείας, ανάμεσα στα θεραπευτικά προγράμματα της χώρας μας καθώς και με προγράμματα άλλων χωρών. *"Στο Τ.Ε.-Ν. η θεραπευτική προσέγγιση στηρίζεται στη διεπιστημονική συνεργασία, διότι αναγνωρίζεται ότι το άτομο αποτελεί μία βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα. Υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία με τα άλλα θεραπευτικά προγράμματα γύρω από διάφορα θέματα. Κάθε χώρος όμως, διατηρεί τη δική του προσέγγιση ακριβώς επειδή έχει επικρατήσει η άποψη ότι πρέπει να υπάρχουν πολλές, διαφορετικές, εναλλακτικές, θεραπευτικές λύσεις. Το ίδιο ισχύει και με τα προγράμματα του εξωτερικού".*



ΚΕ.ΘΕ.Α.
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ "ΙΘΑΚΗ"

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΣΙΝΔΟΣ - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 57 400
ΤΗΛΕΦΩΝΟ : (031) - 79.81.39 - 79.76.62 - 79.86.94
ΗΜ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ : 2-12-1997
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ
(εκπρόσωπος Ιθάκης - υπεύθυνη έρευνας)

Παρίση

Η θεραπευτική κοινότητα ΙΘΑΚΗ δημιουργήθηκε το Δεκέμβριο του 1983 και άνοιξε το δρόμο για τη λειτουργία και άλλων κοινοτήτων στη χώρα μας. Αυτή τη στιγμή, στην κοινότητα βρίσκονται 72 περίπου μέλη και μαζί με το θεραπευτικό προσωπικό καταβάλουν προσπάθειες για την απεξάρτησή τους από φαρμακευτικές ουσίες ή αλκοόλ, αλλά και για την κοινωνική, ψυχοσυναισθηματική και δημιουργική τους εξέλιξη, με τελικό στόχο την κοινωνική τους επανένταξη. Οι θεραπευτές του Προγράμματος (εκτός από πρώην χρήστες) είναι από διάφορες επιστημονικές ειδικότητες και ακολουθούν την όλη θεραπευτική διαδικασία του προγράμματος, αποδεχόμενοι τις αρχές, τις μεθόδους καθώς και τους στόχους του, αναλαμβάνοντας ο καθένας κάποιο ρόλο.

Οι κύριοι στόχοι του προγράμματος σε σχέση με τα μέλη του, είναι : α) Η σωματική και ψυχική τους απεξάρτηση, β) η επαγγελματική τους εκπαίδευση, γ) η κοινωνική τους ευαισθητοποίηση, δ) η επιμόρφωση και πολιτιστική δραστηριοποίησή τους, ε) η δραστηριοποίησή τους για θέματα πρόληψης καθώς και άλλων πολιτιστικών και οικολογικών παρεμβάσεων προς την ευρύτερη κοινότητα.

"Η θεραπευτική κοινότητα ΙΘΑΚΗ αποτελεί μια αυτοδιαχειριζόμενη και αυτοδιοικούμενη κοινότητα που απευθύνεται σε εξαρτημένους χρήστες φαρμακευτικών ουσιών. Οι καθημερινές ανάγκες διαβίωσης καλύπτονται από τα ίδια τα μέλη, χωρίς την απασχόληση βοηθητικού προσωπικού. Το προσωπικό έχει ένα ρόλο καθαρά θεραπευτικό και υποστηρικτικό.

Στόχος δεν είναι μόνο η απεξάρτηση από τις φαρμακευτικές ουσίες, αλλά και η προσωπική ανάπτυξη και αλλαγή του ατόμου μέσα από διαδικασίες μάθησης δεξιοτήτων και προσωπικών ικανοτήτων, για ένα νέο τρόπο ζωής, διαφορετικό από τη ζωή της χρήσης.

Βασικές αρχές της θεραπείας είναι ότι το θεραπευτικό πρόγραμμα έχει χαρακτήρα εθελοντικό, ο χρήστης πρέπει ο ίδιος να θέλει ν' αλλάξει, είναι "στεγνός", δηλαδή δεν στηρίζεται στη θεραπεία μέσω υποκατάστατου.

Η λειτουργία της ΙΘΑΚΗΣ διέπεται απ' τις αρχές της ειλικρίνειας, εντιμότητας, εμπιστοσύνης, αλληλοβοήθειας και σεβασμού. Η λειτουργία της στηρίζεται σε τρεις βασικούς κανονισμούς : 1. Απαγορεύεται η χρήση ουσιών αλκοόλ, 2. Απαγορεύεται η άσκηση βίας σε ανθρώπους / αντικείμενα και 3. Απαγορεύονται οι σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ των μελών.

Το όλο πρόγραμμα της Κοινότητας, περιλαμβάνει:

Α. Το θεραπευτικό πρόγραμμα

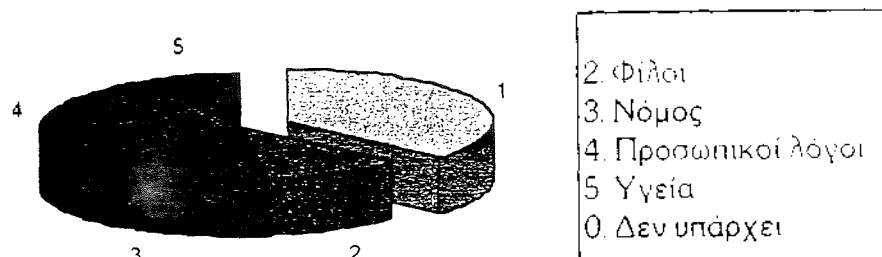
Προσωπική ανάπτυξη, ομάδες αυτοβοήθειας, ασκήσεις κοινωνικών δεξιοτήτων, ομάδες αυτογνωσίας.

Β. Το επιμορφωτικό πρόγραμμα

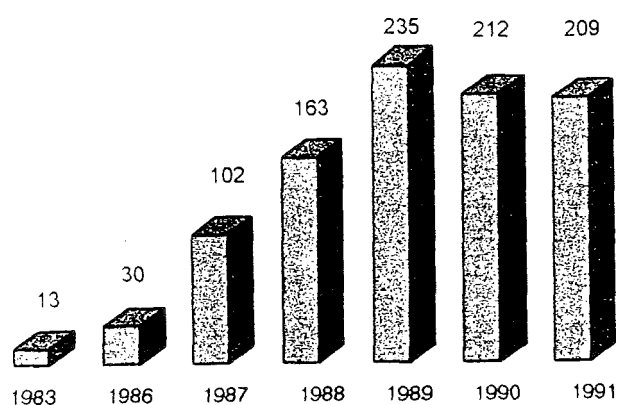
Μαθήματα γλώσσας, μαθήματα μαθηματικών, μαθήματα ιστορίας και φυσικής

ΠΙΝΑΚΑΣ

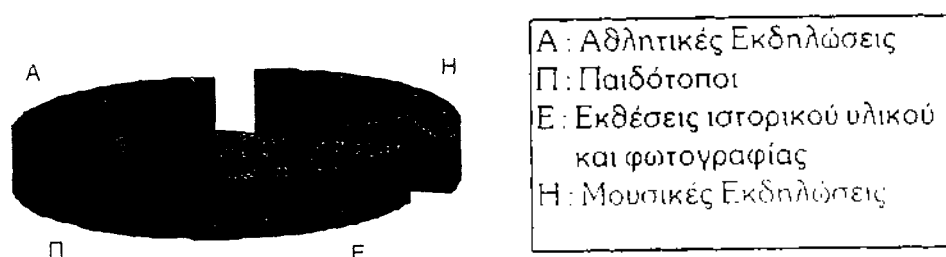
ΚΙΝΗΤΡΟ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ



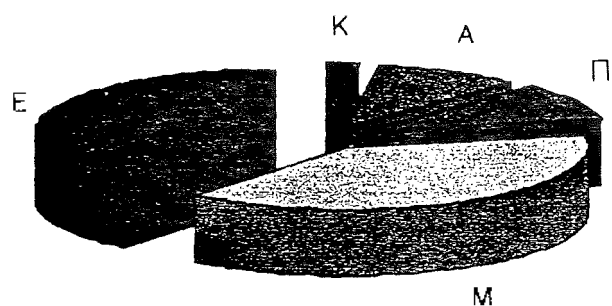
Προσέλευση Νέων Οικογενειών - Θεσσαλονίκη 1985 - 1991



ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΕ Η Θ. Κ. "ΙΘΑΚΗ"



ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΕ Η Θ.Κ. "ΙΘΑΚΗ"



Κ: Κινηματογράφος
συμμετείχαν 1.200 άτομα
Α: Αθλητικές Εκδηλώσεις
συμμετείχαν 5.000 άτομα
Π: Παιδότοπος
συμμετείχαν 5.000 άτομα
Ε: Εκθέσεις (φωτογραφίας,
ιστορικού υλικού):
συμμετείχαν 20.000 άτομα

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΠΟΥ ΕΙΧΕ Η Θ.Κ. "ΙΘΑΚΗ" ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ



Είς τοπικής αυτοδιοίκησης (20% των συνεργασιών της Θ.Κ. "ΙΘΑΚΗ")
Ιστορικό Πανεπιστήμιο (15% των συνεργασιών της Θ.Κ. "ΙΘΑΚΗ")

Μιδευτικοί (15% των συνεργασιών της Θ.Κ. "ΙΘΑΚΗ")
Λογικές Οργανώσεις της Θεσσαλονίκης (16% των συνεργασιών της Θ.Κ. "ΙΘΑΚΗ")
Λιτέχνες, μουσικοί, φωτογράφοι (15% των συνεργασιών της Θ.Κ. "ΙΘΑΚΗ")
Ιητικές Κοινότητες (20% των συνεργασιών της Θ.Κ. "ΙΘΑΚΗ")

Η κ. Οικονομίδου μιλώντας για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από την οικογένεια, τους φίλους και το εργασιακό τους περιβάλλον, είπε: "Ως επί το πλείστον, τα εξαρτημένα άτομα, όσο είναι στη χρήση, έχουν φίλους μη καθαρούς. Οπότε η φιλία τους δεν στηρίζεται στην ειλικρίνεια, στο σεβασμό, στην εμπιστοσύνη. Αναπτύσσουν απλά σχέσεις συμφέροντος. Αυτό που τους δένει είναι μόνο η χρήση ουσιών. Τα μέλη της κοινότητας συνειδητοποιούν το ότι δεν είχαν πραγματικούς φίλους και ένας από τους στόχους τους είναι να δημιουργήσουν καινούριους, πραγματικούς φίλους.

Όσον αφορά την οικογένεια, συνήδως οι σχέσεις των εξαρτημένων ατόμων με την οικογένειά τους, είναι προβληματικές και εντείνονται ακόμα περισσότερο τα προβλήματα όταν συνειδητοποιούν ότι το παιδί τους είναι στη χρήση. Αντίθετα, με την εισαγωγή του εξαρτημένου ατόμου στην κοινότητα, οι σχέσεις βελτιώνονται. Η οικογένεια προσπαθεί να στηρίξει τις προσπάθειες του παιδιού της για απεξάρτηση. Υπάρχουν γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα οικογένειας με σκοπό να ενημερωθούν, τόσο για τις ουσίες και την εξάρτηση, όσο και για το πώς να στηρίζουν το παιδί τους. Επίσης, μέσα από τα προγράμματα οικογένειας με τη βοήθεια του θεραπευτή παρέχεται βοήθεια για την ανάπτυξη δεξιοτήτων ώστε να ενισχύεται ο οικογενειακός δεσμός".

Ο μεγάλος ρόλος που παίζει η κοινωνική επανένταξη στη θεραπευτική αντιμετώπιση του εξαρτημένου ατόμου, κατέχει σαφώς ιδιαίτερη θέση στην ΙΘΑΚΗ. "Για να ολοκληρώσει ο χρήστης το πρόγραμμα, αφού διαμένει στην κοινότητα γύρω στους 12 μήνες, συνεχίζει στη φάση της επανένταξης (διάρκειας 12 μηνών). Στη φάση της επανένταξης γίνεται μια προσπάθεια ομαλής απομάκρυνσης του μέλους από το δομημένο και προστατευμένο σύστημα της κοινότητας. Η βοήθεια προσανατολίζεται στα εξής:

- α.** Διαπίστωση και γνωριμία με τα προσωπικά προβλήματα.
- β.** Γνωριμία με τα οικογενειακά προβλήματα και προσπάθεια επαναπροσδιορισμού των οικογενειακών σχέσεων.
- γ.** Ανάπτυξη ενός ασφαλούς υποστηρικτικού περιβάλλοντος έξω από τη θεραπευτική κοινότητα.
- δ.** Επαγγελματική εκπαίδευση - προσανατολισμός- σύμφωνα με τις ανάγκες, δεξιότητες των μελών.
- ε.** Συνέχιση της εκπαίδευσης σε σχολείο, πανεπιστήμιο, ή άλλα εκπαιδευτικά Ινστιτούτα.
- στ.** Δημιουργία υγιών σχέσεων με την οικογένεια ή τους φίλους.

Πάντως, το κύριο πρόβλημα που έχουν ν' αντιμετωπίσουν οι πρώην χρήστες είναι το πρόβλημα της ένταξής τους στην αγορά εργασίας. Οι όροι ένταξής τους είναι δυσμενείς διότι η αγορά εργασίας δεν είναι ανοιχτή. Από την άλλη, τ' απεξαρτημένα άτομα έχουν ν' αντιμετωπίσουν μια σειρά από προβλήματα, αφού τις περισσότερες φορές το μορφωτικό τους επίπεδο είναι πολύ χαμηλό, δεν έχουν κάποια ειδίκευση, δεν έχουν λευκό ποινικό μητρώο, ενώ υπάρχουν και εργοδότες που δεν απασχολούν στην επιχείρησή τους πρώην εξαρτημένους διότι έχουν προκατάληψη.

Μέσω του Ο.Α.Ε.Δ., υπάρχουν κάποια προγράμματα επιχορήγησης εργοδοτών για τη δημιουργία θέσεων εργασίας για απεξαρτημένα άτομα, όπως επίσης, και μέσω κάποιων επιδοτούμενων ευρωπαϊκών προγραμμάτων. Αυτά όμως δεν είναι αρκετά. Καλό θα ήταν οι διάφοροι κοινωνικοί και κρατικοί φορείς να αναπτύξουν μια πολιτική τέτοια, ώστε να συμβάλει στην άρση του κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι κοινωνικοί και κρατικοί φορείς καλό θα ήταν να δημιουργήσουν ένα δίκτυο υποστήριξης των απεξαρτημένων με βάση τις υπάρχουσες ανάγκες τους και να ευαισθητοποιήσουν την κοινή γνώμη".

Όσον αφορά τη συνεργασία του προγράμματος ΙΘΑΚΗ με την ευρύτερη κοινότητα και τους κοινωνικούς φορείς σε θέματα όπως η πρόληψη, η ευαισθητοποίηση, η

ενημέρωση, η εμπλοκή των πολιτών, οι εκδηλώσεις, οι δραστηριότητες κ.ά., η κ. Οικονομίδου λέει : "Η ευρωπαϊκή πραγματικότητα απαιτεί την οργάνωση διακρατικών δικτύων για την ανταλλαγή της εμπειρίας και τεχνογνωσίας και την υλοποίηση προγραμμάτων παρέμβασης.

Ως πρόγραμμα η ΙΘΑΚΗ, και σε συνεργασία με τα άλλα προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. συμμετέχουμε σε θέματα έρευνας και εφαρμογής παράλληλων πιλοτικών προγραμμάτων σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Συγκεκριμένα, εφαρμόζονται στο πρόγραμμά μας δύο ερωτηματολόγια, το "Europassi"-- και το "Ρομπιδου" (τα οποία διεξάγονται πιλοτικά και σε άλλες 11 χώρες), τα οποία μας δίνουν πληροφορίες γύρω από το προφίλ των χρήσεων καθώς και στοιχεία που μπορούν να συγκριθούν και με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης, υπάρχει συνεργασία με την ευρύτερη κοινότητα, την τοπική αυτοδιοίκηση, τα σχολεία, τους πολιτιστικούς φορείς, τις οικολογικές οργανώσεις, τα Ανώτατα και Ανώτερα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα. Σκοπός αυτής της επικοινωνίας, είναι να έρχεται η θεραπευτική κοινότητα ΙΘΑΚΗ σε άμεση επαφή με την κοινωνία, έτσι ώστε και τα μέλη της δραστηριοποιούνται κοινωνικά αλλά και το κοινωνικό σύνολο να τα γνωρίζει και να συνειδητοποιεί καλύτερα τα προβλήματα της εξάρτησης. Οι διάφορες συνεργασίες που έχουν γίνει, κρίνονται επιτυχημένες.

Πάνω σ' αυτές τις συνεργασίες, η ΙΘΑΚΗ στηρίζεται κατά πολύ στην προσπάθειά της για το θέμα της πρόληψης. Σήμερα, είναι κοινώς αποδεκτό, ότι η πρόληψη είναι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση στο πρόβλημα των ναρκωτικών.

Το πρόγραμμα ΙΘΑΚΗ συνεργάζεται ενεργά με άλλους φορείς και με την τοπική αυτοδιοίκηση αναπτύσσοντας διάφορες δραστηριότητες :

- Συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση για την οργάνωση ομιλιών με θέμα τα ναρκωτικά.

- Συμμετοχή σε ομιλίες και εκδηλώσεις συλλογών - σωματείων.

- Οργάνωση καλλιτεχνικών εκδηλώσεων.

- Παρουσίαση της δουλειάς των ομάδων θεάτρου, κρούσεων σε περιοχές όπου το πρόβλημα χρήσης είναι ορατό.

- Διοργάνωση τουρνουά μπάσκετ, βόλεϊ, με αθλητικά σωματεία. (Τελευταία έγινε ένας αγώνας ποδοσφαίρου με την τροχαία και την ασφάλεια).

Η διαρκής επαφή του προγράμματος ΙΘΑΚΗ με την ευρύτερη κοινωνία, έχει στόχο να συντελέσει στην εξάλειψη της άγνοιας και επιφύλαξης με την ποία αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών.

Πρώην χρήστες μέλη του θεραπευτικού προγράμματος, συμμετέχουν και στην κινητή μονάδα ενημέρωσης "Πήγασος". Στόχοι των δραστηριοτήτων της μονάδας, είναι:

- α.** Η σωστή και αντικειμενική ενημέρωση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

- β.** Η ενεργοποίηση των πολιτικών στην κατεύθυνση της αντιμετώπισης του προβλήματος.

- γ.** Παροχή ερεθισμάτων και μηνυμάτων για δημιουργική διαχείριση ελεύθερου χρόνου.

- δ.** Ευαισθητοποίηση της τοπικής αυτοδιοίκησης, ώστε να αναλάβει ενεργό ρόλο στην αναχαίτιση του προβλήματος χρήσης.

Κατά την 5ετή λειτουργία της Κινητής Μονάδας Ενημέρωσης "Πήγασος", αποδείχτηκε ότι η συμμετοχή των πρώην χρηστών είχε πολύ σημαντικά οφέλη :

- Κατ' αρχήν, γίνεται σαφές στο κοινό η επιτακτική ανάγκη για πρόληψη μέσα από την προσωπική αφήγηση και εμπειρία των πρώην χρηστών.

- Καταρρίπτονται οι μύθοι και η παραπληροφόρηση γύρω από τις αιτίες, τη φύση και την έκταση του προβλήματος της χρήσης.

- Παράλληλα, δίνονται οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος απ' τους πρώην χρήστες.

Τέλος, η συμμετοχή των πρώην χρηστών σε διάφορες εκδηλώσεις, η παρουσίαση διαφόρων ομάδων θεάτρου κ.λπ., ή ακόμη και συμμετοχή των πρώην χρηστών σε διαφόρους αγώνες μπάσκετ, βόλεϊ κ.λπ., εμπεριέχει και το αισιόδοξο μήνυμα ότι υπάρχουν εναλλακτικές προτάσεις για έναν τρόπο ζωής δημιουργικό.

Πολύ σημαντική είναι και η προσφορά των πρώην χρηστών στην πρόληψη ιδιαίτερα στους νέους, με τους οποίους έχουν πολλά κοινά σημεία, καθώς βρίσκονται στο ξεκίνημα της νέας τους ζωής. Μπορούν να εμπνεύσουν τους νέους με την προσωπική τους στάση, να υιοθετήσουν δημιουργικούς τρόπους επίλυσης στα προβλήματα και τα συναισθηματικά τους αδιέξοδα.

Κατά την κ. Οικονομίδου, η στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος, για να βοηθηθεί ο εξαρτημένος, δεν θα πρέπει να είναι ούτε αδιάφορη ή απορριπτική, αλλά ούτε και ανεκτική. Πάντως, η "ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ή μη του προβλήματος εξάρτησης ουσιών. Σε οικογένειες όπου οι σχέσεις είναι προβληματικές, μπαίνουν και οι βάσεις για η δημιουργία ευάλωτων παιδιών. Αντίθετα, σε οικογένειες όπου οι σχέσεις είναι ξεκάθαρες και οριοδετημένες, υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των μελών και ο κίνδυνος της εξάρτησης είναι μικρότερος. Τα προγράμματα πρόληψης που απευθύνονται στις οικογένειες, έχουν ως στόχο την ενημέρωση των γονέων σχετικά με τις ουσίες και τη βελτίωση της ποιότητας των οικογενειακών σχέσεων. Ιδιαίτερο βάρος δίδεται στην ανάπτυξη του προγράμματος οικογενειακής θεραπείας, διότι υποστηρίζεται ότι υπάρχει αβεβαιότητα ως προς το αποτέλεσμα της θεραπείας, άρα και της επανένταξης όταν το απεξαρτημένο άτομο επιστρέφει στο ίδιο παθογόνο περιβάλλον από το οποίο προήλθε".

"Αναφορικά με το νόμο "περί ναρκωτικών", θα πρέπει να γίνεται αυστηρός διαχωρισμός μεταξύ των μεγαλεμπόρων και των απλών χρηστών. Παράλληλα όμως, κρίνεται δετικό στοιχείο το ότι ο νόμος δίνει την ευκαιρία στον χρήστη που συλλαμβάνεται να θεραπευτεί σε πρόγραμμα του ΚΕ.Θ.Ε.Α". Σχετικά με τις προσδοκίες των μελών από την κοινότητα, η κ. Οικονομίδου μας λέει: "Στην αρχή, λόγω της άσχημης μυχολογικής κατάστασης, όλοι θέλουν μια γρήγορη και έτοιμη λύση. Όταν όμως μπου στο πρόγραμμα συνειδητοποιούν ότι πρόκειται περί αλλαγής τρόπου ζωής, συμβιβάζονται και αποδέχονται όλες τις θεραπευτικές διαδικασίες.

Οι άλλοι τομείς δραστηριότητας της ΙΘΑΚΗΣ συνοπτικά είναι οι εξής :

Α. ΚΕΝΤΡΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ : Κύριος στόχος είναι η επαφή, ενημέρωση, κινητοποίηση των χρηστών για θεραπεία - πρόληψη - ενημέρωση για το πρόβλημα της εξάρτησης ουσιών. Ο τομέας αυτός εντάσσεται στις μονάδες της ΙΘΑΚΗΣ και λειτουργεί από το 1985.

Β. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ : Η παρέμβαση του προγράμματος αυτού στην οικογένεια έχει πολλαπλούς στόχους όπως : α) Στήριξη και φροντίδα της οικογένειας ανεξάρτητα της πορείας του χρήστη, β) Βοήθεια ώστε να γνωρίσει το πρόβλημα της χρήσης και της επικινδυνότητάς του, γ) Κινητοποίηση των γονέων για τροποποίηση της στάσης τους απέναντι στον χρήστη και απέναντι στη ζωή, δ) Δημιουργία καινούριων σχέσεων, ε) Πρόληψη σε σχέση με τα άλλα μέλη της οικογένειας.

Γ. ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ : Αποτελεί το τελευταίο στάδιο του προγράμματος της θεραπευτική κοινότητας ΙΘΑΚΗ. Στην ομάδα κοινωνικής επανένταξης, εντάσσονται τα μέλη τα οποία έχουν ολοκληρώσει τη δομημένη φάση της

θεραπευτικής κοινότητας και αναλαμβάνουν σταδιακά την ευθύνη της ζωής και των επιλογών τους.

Οι στόχοι της κοινωνικής επανένταξης είναι : α) Η ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος έξω από τη θεραπευτική κοινότητα, β) Η συναισθηματική στήριξη των μελών για την ομαλή τους απομάκρυνση από την κοινότητα, γ) Η δημιουργία υγιών σχέσεων με την οικογένεια, φίλους και συνεργάτες τους δ) Η επαγγελματική τους εκπαίδευση σύμφωνα με τις επιθυμίες, ανάγκες και τις δεξιότητές τους, ε) η συνεχιζόμενη προσωπική αλλαγή και εξέλιξη με την τροφοδότηση θετικών ερεθισμάτων στη ζωή.

Δ. ΤΟ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟ ΚΑΦΕΝΕΙΟ "ΧΡΩΜΑ" : Είναι μια μονάδα αρκετά διαφορετική από τις προηγούμενες. Βρίσκεται στην καρδιά της Θεσσαλονίκης, είναι ανοιχτή για όλους και αποτελεί ένα μείγμα μουσικής, καφενείου και πολιτιστικού κέντρου. Αυτός ο χώρος δίνει μια διαφορετική άποψη για τη δημιουργικότητα, τη συλλογικότητα, τη διασκέδαση, συντελώντας έμμεσα στο θέμα της πρόληψης".

Η κ. Οικονομίδου κλείνοντας τη συνέντευξής της δεν λησμόνησε να τονίσει, όπως και οι περισσότεροι συνάδελφοί της, ότι "το σωματικό στερητικό σύνδρομο δεν είναι το κύριο πρόβλημα στη θεραπεία της εξάρτησης. Το πρόβλημα είναι η ψυχολογική απεξάρτηση. Η αλλαγή, δηλαδή, της νοοτροπίας και του τρόπου ζωής της χρήσης. Κατά τη διάρκεια της απεξάρτησης απαιτείται μια διαδικασία ψυχοκοινωνικής ωρίμανσης και ανάπτυξης του ατόμου. Στη διάρκεια αυτής της διαδικασίας τα άτομα παραμένουν ευάλωτα σε πρόσωπα, μέρη, συναισθήματα, γεγονότα. Πρέπει να μάθουν να προσαρμόζονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις χωρίς ουσία. Δυσκολεύονται να θέσουν προσωπικούς κανόνες και όρια. Δυσκολεύονται να ελέγξουν τα δικά τους όρια. Δυσκολεύονται να γνωρίσουν και να εμπιστευτούν τους ανθρώπους. Αισθάνονται ενοχές για το παρελθόν τους. Οι προσδοκίες των εξαρτημένων ατόμων στηρίζονται στο να ξεπεράσουν τις παραπάνω δυσκολίες.

Η απεξάρτηση από τις ουσίες απαιτεί χρόνο και αλλαγές, όχι μόνο σε ορισμένες συμπεριφορές του ατόμου, αλλά συνολική αλλαγή στον τρόπο σκέψης, στον τρόπο ζωής. Αυτή είναι και η βασική προσδοκία που περιμένει το άτομο από το πρόγραμμα".



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "ΝΟΣΤΟΣ"

ΚΕΝΤΡΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΜΙΝΩΟΣ & ΜΙΧΑΗΛ ΑΡΧΑΓΓΕΛΟΥ, ΘΕΡΙΣΣΟΣ,
ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ 713 04
ΤΗΛΕΦΩΝΟ : (081) 261026
ΗΜ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ : 11-12-1997
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΜΙΧΑΗΛ ΣΚΟΥΛΑΣ

Ο κ. Σκουλάς μιλώντας για την αποστολή, το σκοπό αλλά και τον τρόπο λειτουργίας του Προγράμματος "ΝΟΣΤΟΣ" είπε: *"Η αποστολή του Κέντρου μας είναι να συμβάλει σε συνεργασία, όπου αυτό είναι εφικτό, με τους υπόλοιπους αρμόδιους φορείς της τοπικής Κοινότητας (Κρήτη) και στους τρεις τομείς που αφορούν τις εξαρτησιογόνες ουσίες (πρωτογενή, δευτερογενή, τριτογενή πρόληψη). Οι τρόποι λειτουργίας βασίζονται στην ατομική συμβουλευτική, συνεντεύξεις κινητοποίησης, ενημερωτικές ομάδες, ομάδες αυτοβοήθειας, οικογενειακές συνεδρίες και ομάδες οικογενειών".*

Για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από την οικογένεια, το φιλικό και το εργασιακό τους περιβάλλον, ο κ. Σκουλάς είπε: *"Με βάση την εμπειρία μας στην Κρήτη, η οικογένεια είναι ανεκτική συνεχώς και διευρύνει τα όρια ανοχής και αντοχής της απέναντι στο εξαρτημένο άτομο. Το φιλικό περιβάλλον σταδιακά περιθωριοποιεί τον εξαρτημένο και αυτό συνήθως γίνεται όταν πλέον ο χρήστης εγκαταλείψει τα προσχήματα και αδιαφορήσει για τις σχέσεις του. Σε σχέση με το εργασιακό περιβάλλον, αυτό αντιδρά μόνο όταν η συνεργασία λόγω της χρήσης γίνει εντελώς δυσλειτουργική και έχουν εξαντληθεί κάποιες ευκαιρίες που έχουν δοθεί".*

Ρωτώντας τον κ. Σκουλά πώς επιδρά η παραπάνω αντιμετώπιση αναφορικά με την ψυχολογία / συμπεριφορά, θεραπευτική πορεία και κοινωνική επανένταξη του εξαρτημένου χρήστη, είπε: *"Η ανοχή και η ακινησία της οικογένειας παρατείνει την αναβολή απόφασης για θεραπεία, από τη μια, και, από την άλλη, καθυστερεί την κοινωνική περιθωριοποίησή του. Η απόρριψη από το φιλικό και εργασιακό περιβάλλον, συνήθως λειτουργεί θετικά και δημιουργεί αίτημα θεραπείας, όμως λειτουργεί αντιστρόφως ανάλογα αν η στάση αυτή συνεχίζεται στη φάση της επανένταξης μετά τη θεραπεία".*

Η βοήθεια του Προγράμματος "ΝΟΣΤΟΣ" στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης, περιλαμβάνει κατά τον κ. Σκουλά *"ατομικές συναντήσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα, υποστηρικτικές ομάδες, οικογενειακές συνεδρίες, σεμινάρια σε θέματα εργασίας, εκπαίδευσης, υγείας, νομικών θεμάτων, μικρή χρηματική βοήθεια καθώς και έναν ξενώνα".*

Κρίνοντας αξιολογικά την ποιότητα της παρεχόμενης βοήθειας από τους κρατικούς και κοινωνικούς φορείς, για την επίτευξη της κοινωνικής επανένταξης, ο κ. Σκουλάς είπε: *"Οι υπηρεσίες που παρέχονται (επιδόματα, δάνεια κ.λπ.) διευρύνονται συνεχώς, αλλά υπάρχουν περιθώρια για ποιοτική αναβάθμισή τους".*

Για τη διάσταση που παρουσιάζεται το πρόβλημα της εξάρτησης στη χώρα μας, στα πλαίσια της Ευρώπης, όσο και για το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται η θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες αλλά και αν είναι εφικτή η ανταλλαγή και η συνεργασία των διαφόρων προγραμμάτων που

εφαρμόζονται από χώρα σε χώρα, ο υπεύθυνος ομιλητής μας είπε: "Σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό χώρο, τα τελευταία δύο χρόνια, δεν πρέπει να υπάρχουν μεγάλες διαφορές, αφού όλοι οι δείκτες επισημαίνουν σημαντικές αυξήσεις σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και μείωση της ηλικίας έναρξης χρήσης. Πάντως, οι υπηρεσίες που παρέχονται στον τομέα της θεραπείας στην Ελλάδα είναι ικανοποιητικές και καλύτερες από αυτές που παρέχονται σε μερικές Ευρωπαϊκές χώρες. Πιθανόν να χρειάζεται περισσότερος πλουραλισμός των Προγραμμάτων. Βέβαια, η ανταλλαγή και η συνεργασία είναι εφικτή, και ήδη ο φορέας εδώ και αρκετά χρόνια, έχει επαφές με διάφορα θεραπευτικά προγράμματα στην Ιταλία, Ολλανδία και Αγγλία".

Ο κ. Σκουλάς, μιλώντας ειδικότερα για τη συνεργασία του Προγράμματος "ΝΟΣΤΟΣ" με την ευρύτερη κοινότητα και τους κοινωνικούς της φορείς, για θέματα που άπτονται των δραστηριοτήτων του, είπε: "Συνεργασία με την ευρύτερη κοινότητα υπάρχει και επιδιώκεται, χωρίς όμως να έχει φτάσει η ποιότητά της στις ανάλογες προσδοκίες μας. Αυτό κυρίως οφείλεται στον κακό συντονισμό μεταξύ των φορέων, στην κακή ενημέρωση σε σχέση με το πρόβλημα και την αιτιολογία του, καθώς και στους μικροανταγωνισμούς μεταξύ τους".

Ωστόσο, εξαιρετική θέση κατέχουν οι δεσμοί της οικογένειας και του σχολείου στο θέμα της πρόληψης. Αυτό φάνηκε από την απάντηση που δόθηκε από τον κ. Σκουλά σε ανάλογη ερώτηση, σύμφωνα με την οποία "ο ρόλος της οικογένειας και του σχολείου είναι πράγματι πρωταρχικός. Και οι δύο αυτοί δεσμοί, παρόλο που το πρόβλημα ήταν αναμενόμενο, αιφνιδιάστηκαν και βρέθηκαν απροετοίμαστοι να το αντιμετωπίσουν. Οι ενέργειες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι τώρα, γίνονται είτε από συγκυριακές πρωτοβουλίες (ακατάλληλους ομιλητές, φεστιβαλικού τύπου εκδηλώσεις, κ.λπ.), είτε από φορείς της τοπικής κοινότητας, κυρίως Υπουργείο, Δήμος κ.λπ., οι οποίοι, παρ' όλες τις φιλόδοξες εξαγγελίες τους, οδηγούνται τελικά κάτω από τη δημοσιουπάλληλική νοοτροπία σε εκφυλισμό".

Η γνώμη του κ. Σκουλά για τη νομική αντιμετώπιση των εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και για τους χρήστες και για όσους εμπλέκονται στο θέμα της εξάρτησης (παραγωγούς, εμπόρους, διακινητές κ.λπ.), είναι: "Η νομική πλευρά του θέματος δεν είναι ούτε στην προτεραιότητα, ούτε και στην αρμοδιότητα των θεραπειών. Για τους θεραπευτές, ελάχιστη σημασία έχει εάν ο εξαρτημένος είναι χρήστης νομίμων ή παρανόμων εξαρτησιογόνων ουσιών. Η νομική διάσταση του θέματος, αφορά κυρίως την κοινωνία συνολικά και την πολιτεία και σαφώς θέλει μεγάλη προσοχή για κάτι τέτοιο. Σαφώς, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι κοινωνικές συγκυρίες".

Στο ειδικό ερώτημα αναφορικά με το ζήτημα της αποποινικοποίησης των ναρκωτικών καθώς κι αν μια τέτοια ενδεχόμενη κίνηση στην Ελλάδα θα ωφελούσε ή όχι, ο κ. Σκουλάς είπε με ιδιαίτερο τρόπο: "Η ίδια η πραγματικότητα (αυξανόμενος αριθμός χρηστών) έχει αποποινικοποιήσει τη χρήση ως ένα βαθμό. Από εκεί και πέρα, οποιαδήποτε αλλαγή των νόμων, θα πρέπει να εκτιμήσει, όπως είπαμε και παραπάνω, την ισχύουσα κοινωνική συγκυρία, τη δεδομένη στιγμή καθώς και τις μελλοντικές πιθανά παρενέργειές της".

Όσον αφορά τις προσδοκίες των εξαρτημένων ατόμων, από το Πρόγραμμα "ΝΟΣΤΟΣ", αλλά και γενικότερα από το κοινωνικό σύνολο, ο κ. Σκουλάς είπε πως "οι προσδοκίες των εξαρτημένων δεν έχουν μια τυπική για όλους εικόνα. Εξαρτώνται, όπως και για άλλες κοινωνικές ομάδες, από την κοινωνική τους προσέλευση, οικονομική κατάσταση, εκπαίδευση, ηλικία και φύλο".

Ολοκληρώνοντας ο κ. Σκουλάς, τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου της συνέντευξης, αναφέρθηκε στο επίπεδο το οποίο βρίσκεται η διεπιστημονική συνεργασία

ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων, αλλά πολύ περισσότερο για τον αδιαμφισβήτητο ρόλο της στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης. Καταλήγοντας τόνισε πως "η διεπιστημονική συνεργασία επιβλήθηκε από το ίδιο το πρόβλημα, αφού δεν συγχωρεί "αυθεντίες" και "μάγους". Τα τελευταία δύο χρόνια, προγράμματα και ειδικότητες επιστημόνων, παραδέχτηκαν ότι κανείς δεν μπορεί να "σηκώσει" μόνος του το πρόβλημα και πως η συνεργασία επιβάλλεται".



ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ "ΠΡΟΤΑΣΗ" (ΓΙΑ ΕΝΑΝ ΑΛΛΟ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ)

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ 104 & ΠΕΝΤΑΝΑΣΣΗΣ - ΠΑΤΡΑ
ΗΜ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ : 8-12-1997
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΒΑΣΙΛΗΣ ΠΑΣΣΑΣ (Πρόεδρος Κίνησης
"Πρόταση", Ιατρός-Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών)

"Η ΠΡΟΤΑΣΗ" νομικά είναι ένας σύλλογος υπαγόμενος στις διατάξεις του Ν.Δ. 1111/72. Ξεκίνησε να λειτουργεί το φθινόπωρο του 1988 στην Πάτρα και συγκεκριμένα στο σχολικό συγκρότημα της Αγυιάς. Η πρωτοβουλία ανήκε σε μερικούς γονείς, καθηγητές και μαθητές του σχολείου. Σύνθημα αυτής της πρώτης επιτροπής ήταν : "Η πρόληψη πρέπει να ξεκινάει από το σχολείο και να εξαπλώνεται σ' όλη την κοινωνία". Στη συνέχεια, και αφού αυξήθηκαν τα μέλη της κίνησης, ανεξάρτητα από ηλικίες και επαγγέλματα, η "ΠΡΟΤΑΣΗ" έφτιαξε καταστατικό και έγινε Σύλλογος με ανώτατο όργανο τη Γενική Συνέλευση και με επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Η Γενική Συνέλευση συναντάται δύο φορές το χρόνο και ο ρόλος της είναι ο απολογισμός και προγραμματισμός του έργου. Το Διοικητικό Συμβούλιο εκλέγεται για δυο χρόνια και λειτουργεί συντονιστικά και διευκολυντικά ως προς το έργο της "ΠΡΟΤΑΣΗΣ".

Η "ΠΡΟΤΑΣΗ" πιστεύει ότι οι λόγοι που ωθούν στην οποιαδήποτε εξάρτηση είναι κοινωνικοί και τα αίτια βρίσκονται στις δομές της κοινωνίας. Έτσι, η εξάρτηση είναι ένα οξύ κοινωνικό φαινόμενο άμεσα και στενά συνδεδεμένο με το "σύγχρονο τρόπο ζωής", τον άκρατο υπερακαταναλωτισμό και την κρίση των κοινωνικών αξιών. Γι' αυτή την κατάσταση, έχει όλη η κοινωνία το μερίδιο της ευθύνης. Για να μειωθεί, λοιπόν, η ζήτηση της χρήσης από τους νέους, πρέπει να μειωθούν οι ευνοϊκοί παράγοντες που οδηγούν ευάλωτες προσωπικότητες στην εξάρτηση. Αυτό σημαίνει, ότι πρέπει να προωθηθεί ένας άλλος τρόπος ζωής, όπου ο άνθρωπος θα στηρίζει την ευτυχία στην προσωπικότητά του και στις ανθρώπινες σχέσεις και όχι στις ουσίες. Τα μέλη της "ΠΡΟΤΑΣΗΣ" αγωνίζονται για να ανατραπεί αυτή η κοινωνική αντίληψη και πρακτική. Προβάλλουν ένα άλλο θετικό τρόπο ζωής. Βοηθάνε στην ανάπτυξη και εκδήλωση των συναισθημάτων και την ανάδειξη αξιών όπως η αγάπη, η αλληλεγγύη, η μετριοφροσύνη, η ειλικρίνεια, η τιμιότητα, η συνέπεια, η υπευθυνότητα, αξίες που έχουν καταρρακωθεί.

Στόχοι λοιπόν της "ΠΡΟΤΑΣΗΣ" είναι: α) Ανάπτυξη οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης, σ' όλη την κοινωνία (οικογένεια, συλλόγους, φορείς, υπηρεσίες), β) ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης στα σχολεία και στήριξη πρωτοβουλιών που αναπτύσσονται σ' αυτά, γ) ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση όλης της τοπικής κοινωνίας για ανάληψη ευθύνης και ενεργό συμμετοχή στην πρόληψη, δ) αντιμετώπιση κοινωνικών αιτιών που οδηγούν στην εξάρτηση, ε) κινητοποίηση χρηστών για ένταξή τους σε θεραπευτικά προγράμματα, στ) στήριξη οικογενειακού περιβάλλοντος χρηστών, ζ) εκπαίδευση στελεχών πρόληψης με σεμινάρια, συνέδρια κ.λπ.

Για την υλοποίηση των παραπάνω στόχων, τα μέλη της "ΠΡΟΤΑΣΗΣ" συμμετέχουν σε ομάδες. Αυτό, κυρίως γίνεται για απόκτηση κοινών εμπειριών, για ουσιαστική επικοινωνία και έμπρακτη συλλογική συμμετοχή στην πρόληψη. Κατ' αυτό τον τρόπο λειτουργούν οι παρακάτω ομάδες :

1. ΟΜΑΔΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

- α. Α' βάθμιας Εκπαίδευσης :** Υλοποιεί ενημερώσεις διάρκειας δύο διδακτικών ωρών με μη παραδοσιακούς τρόπους μάθησης σε τμήμα Ε' και ΣΤ' Δημοτικού. Προγράμματα Αγωγής Υγείας, διάρκειας 15 διδακτικών ωρών στις ίδιες τάξεις.
- β. Β' βάθμιας Εκπαίδευσης :** Υλοποιεί προγράμματα Αγωγής Υγείας σε τμήμα της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, διάρκειας 3 χρόνων σε τρία διαφορετικά σχολεία, με τη συνεργασία του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ενημερώσεις διάρκειας 2 διδακτικών ωρών σε τμήματα Γυμνασίου - Λυκείου της περιοχής. Προγράμματα αγωγής υγείας στα πλαίσια της περιβαλλοντολογικής εκπαίδευσης.
- γ. Ενημερώσεις Ενηλίκων :** Υλοποιούνται εκπαιδευτικά σεμινάρια για γονείς. Ενημερώσεις σε συλλόγους γονέων, εκπολιτιστικούς συλλόγους και άλλους κοινωνικούς φορείς.
- δ. Δημοσίων Σχέσεων :** Διοργανώνει εκδηλώσεις, ασχολείται με συνεντεύξεις ενημερωτικές, για τις δραστηριότητες της "ΠΡΟΤΑΣΗΣ". Ραδιοφωνικές εκπομπές για μετάδοση μηνυμάτων πρόληψης.
- ε. Έντυπου Υλικού :** Εκδίδει έντυπο υλικό της Κίνησης, έχοντας παράλληλα την ευθύνη για τον τρόπο μετάδοσης μηνυμάτων πρόληψης μέσα από αυτά.

2. ΟΜΑΔΕΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

- α. Φωτογραφίας, β. Μουσικής, γ. Θεάτρου, δ. Περιβάλλοντος** (προστασία περιβάλλοντος, εκδρομές, δένδροφυτεύσεις), **ε. Αθλητισμού.**

Τον Ιανουάριο του 1994 η "ΠΡΟΤΑΣΗ" νοίκιασε ένα κτίριο, όπου θα λειτουργεί σαν στέκι νέων και σαν χώρος στέγασης των ομάδων δημιουργικής απασχόλησης.

Στον τομέα της θεραπείας η "ΠΡΟΤΑΣΗ" συνεργάζεται με το ΚΕ.Θ.Ε.Α. . Υπάρχει συμφωνία εξ' αρχής, το ΚΕ.Θ.Ε.Α. να οργανώσει και να λειτουργήσει στην Πάτρα ένα Κέντρο Ενημέρωσης και μια ΑΝΟΙΧΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ για την κάλυψη των αναγκών της περιοχής. Για το λόγο αυτό, λειτουργεί εδώ και τρία χρόνια ομάδα αυτοεκπαίδευσης χρηστών και οικογενειακού περιβάλλοντος χρηστών. Γίνονται ατομικά ραντεβού με χρήστες και με τις οικογένειές τους, έπειτα από δική τους εθελοντική προσέλευση, με σκοπό την κινητοποίηση των χρηστών, σ' έναν οργανωμένο θεραπευτικό πλαίσιο. Τα ραντεβού τα υλοποιούν μέλη της "ΠΡΟΤΑΣΗΣ", ειδικώς εκπαιδευμένα σε μονάδες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. .

"Γενικά", μας λέει ο κ. Πασσάς, "η "ΠΡΟΤΑΣΗ" στοχεύει στην πρόληψη με τρόπο σοβαρό και σωστό, όπως έχουν παραδεχτεί και επαγγελματίες της πρόληψης. Η "ΠΡΟΤΑΣΗ" είναι ένας συνδυασμός επαγγελματικού και εθελοντικού έργου, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι κάτι το ερασιτεχνικό. Η "ΠΡΟΤΑΣΗ" πιστεύει ότι η πρόληψη γίνεται με ολοκληρωμένα προγράμματα παιδαγωγικού χαρακτήρα, μεγάλης χρονικής διάρκειας, στα οποία ο νέος καλείται να αναπτύξει υπευθυνότητα, πρωτοβουλία και υγιείς σχέσεις. Αυτά τα προγράμματα, γίνονται κυρίως στα σχολεία και υλοποιούνται από καθηγητές ειδικά ειδικευμένους και από επιστήμονες. Γι' αυτό στην πρόληψη κατά της εξάρτησης, θα πρέπει να προΐσταται το Υπουργείο Παιδείας. Η Αγωγή Υγείας δεν θα πρέπει να αποτελέσει ένα ακόμα μάθημα, αλλά να περάσει με άλλες ελκυστικές μορφές στους μαθητές για να είναι μια σημαντική παιδαγωγική διαδικασία, που προωθεί θετικές στάσεις ζωής. Παράλληλα, θα πρέπει να υλοποιούνται προγράμματα σ' όλη την κοινωνία, σε επίπεδο οικογένειας, γειτονιάς κ.ά".

Η αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από την οικογένειά τους, σύμφωνα πάντα με τον κ. Πασσά, εμφανίζεται κάπως έτσι : "Η οικογένεια του χρήστη παρά τον πανικό που νιώθει αρχικά, προσπαθεί να τον στηρίξει (συνήθως ο χρήστης έχει την

“ικανότητα” να χειρίζεται την οικογένεια του), είναι διαθέσιμη για εκπαίδευση όταν απογοητευθεί από εύκολες λύσεις και συνεργάζεται στην κινητοποίησή του. Όσον αφορά το φιλικό περιβάλλον του χρήστη, “αυτό στέκεται με συμπάθεια στο πρόβλημα, αλλά ο χειρισμός συνήθως είναι λανθασμένος. Η προκατάληψη βέβαια, που υπήρχε τα προηγούμενα χρόνια, τελευταία όλο και μειώνεται”. Τέλος, όσον αφορά την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων από το εργασιακό τους περιβάλλον, ο κ. Πασσάς λέει πως “συνήθως τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν απόρριψη στο χώρο αυτό”.

Όσον αφορά την επίδραση που έχει στο εξαρτημένο άτομο, αυτή η αντιμετώπιση αναφορικά με την ψυχολογία / συμπεριφορά του, την θεραπευτική του πορεία καθώς και την επανένταξή του, ο κ. Πασσάς τονίζει το ρόλο της οικογένειας στο σημείο αυτό, λέγοντας ότι “η οικογένεια εφ’ όσον εκπαιδευτεί, επιδρά θετικά και καθοριστικά στην ψυχολογία του χρήστη. Αν δεν είναι εκπαιδευμένη, δεν βοηθά. Οι φίλοι και οι εργοδότες επιδρούν άμεσα αρνητικά, αλλά έμμεσα καταλήγουν σε θετική επίδραση με την έννοια ότι η απόρριψη πιέζει το χρήστη να προσεγγίσει θεραπευτικά προγράμματα. Ο ρόλος της οικογένειας, εφ’ όσον και αυτή παρακολουθεί παρόμοιο πρόγραμμα, είναι πολύ σημαντικός για τη θεραπευτική πορεία του χρήστη. Επίσης, η ύπαρξη κοινωνικής δομής, κοινωνικών υπηρεσιών και φορέων που έχουν οργανωθεί να στηρίζουν και να διευκολύνουν την κοινωνική τους επανένταξη, έχει θετική επίδραση”.

Η βοήθεια της “ΠΡΟΤΑΣΗΣ” στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης, σύμφωνα με τον κ. Πασσά, διαμορφώνεται με τον εξής τρόπο : “Η “ΠΡΟΤΑΣΗ” δέχεται άτομα που έχουν ολοκληρώσει θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. ή του “18 και Άνω” και τα διευκολύνει σε συνεργασία και δημιουργική απασχόληση. Επίσης, ευαισθητοποιεί φορείς και επιχειρήσεις”.

Ο κ. Πασσάς ασκώντας μια κριτική στην παροχή βοήθειας για την επίτευξη της επανένταξης των εξαρτημένων ατόμων από τους κρατικούς και κοινωνικούς φορείς, είπε: “Η βοήθεια που παρέχουν οι κρατικοί φορείς είναι μικρή έως ανύπαρκτη. Δρα θετικά, μόνο το πρόγραμμα του Ο.Α.Ε.Δ. ενώ οι υπόλοιπες υπηρεσίες κυρίως παραπέμπουν σε κοινωνικούς φορείς. Η βοήθεια που προσφέρουν οι κοινωνικοί φορείς είναι η μεγαλύτερη δυνατή, αλλά σε πολύ πιο χαμηλό επίπεδο από τις ανάγκες”.

Η δήλωση του κ. Πασσά σχετικά με ποιά διάσταση παρουσιάζεται το πρόβλημα της εξάρτησης στη χώρα μας στα πλαίσια της Ευρώπης, ήταν ότι “υπολείπεται από πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Υπάρχει όμως μια δυναμική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, κυρίως ως κουλτούρα χρήσης”. Επίσης, για το στάδιο που βρίσκεται η θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων, σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, είπε: “Ο αριθμός των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι μικρός και κυρίως δεν υπάρχει μεγάλος πλουραλισμός διαφορετικών θεραπευτικών προσεγγίσεων. Πιστεύω ότι βρισκόμαστε στην τελευταία θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση”.

Στο ερώτημα αν είναι εφικτή η ανταλλαγή και η συνεργασία των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων που εφαρμόζονται από χώρα σε χώρα, ο κ. Πασσάς δήλωσε πως “είναι εφικτή”.

Ο κ. Πασσάς δίνοντας απάντηση στο ερώτημα αν υπάρχει συνεργασία της “ΠΡΟΤΑΣΗΣ” με την ευρύτερη κοινότητα και τους κοινωνικούς φορείς σε θέματα πρόληψης, ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης, εμπλοκής των πολιτών, εκδηλώσεων, δραστηριοτήτων κ.ά., τόνισε : “Υπάρχει συνεργασία, κυρίως με το Δήμο, εκπαιδευτικούς φορείς αλλά και με άλλους σε διαφορετικό επίπεδο. Η συνεργασία είναι αναγκαία και χρειάζεται καθαρό πλαίσιο. Στον τομέα αυτό, έχουμε πλούσια εμπειρία και γι’ αυτό γ’ αποτελέσματα τόσο στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, είναι αξιόλογα”.

Για το ρόλο της οικογένειας και του σχολείου στο θέμα της πρόληψης, ο κ. Πασσάς είπε: *"Η οικογένεια πρέπει ν' αποτελεί το επίκεντρο της πρόληψης και αμέσως μετά ο χώρος των εκπαιδευτικών. Επικεντρώνουμε και στις δύο αυτές κατηγορίες μέσα στη σχολική κοινότητα, υλοποιώντας διαφορετικά εκπαιδευτικά προγράμματα σε ομάδες γονιών και εκπαιδευτικών. Πιστεύουμε πως μόνο η μακρόχρονη εκπαίδευση σε ομάδες μετά από βιωματικές διεργασίες έχει ουσιαστικά αποτελέσματα".*

Για τη νομική αντιμετώπιση των εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και για τους χρήστες και για όσους εμπλέκονται στο θέμα της εξάρτησης (παραγωγούς, εμπόρους, διακινητές κ.ά.), ο κ. Πασσάς υπογράμμισε: *"Πιστεύουμε πως δεν πρέπει ν' αναγάζεται σε πρωτεύον θέμα. Είναι δευτερεύον, που βοηθά στην αντιμετώπιση συμπτωμάτων και κυρίως τη δυσκολία διάθεσης και διακίνησης ουσιών. Το πρωτεύον για εμάς είναι η μείωση της ζήτησης".*

Όσον αφορά το ζήτημα της αποποινικοποίησης ή μη των ναρκωτικών στη χώρα μας, ο κ. Πασσάς είπε κατηγορηματικά: *"Θεωρώ τελείως λάθος η Ελλάδα μονομερώς να κάνει τέτοια κίνηση. Πιστεύω ότι όποια απόφαση ληφθεί θα πρέπει να εντάσσεται μέσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, και θα πρέπει να διευκολύνει κι όχι να οξύνει τη δυνατότητα πρόσβασης σε ουσίες".*

Οι προσδοκίες των εξαρτημένων ατόμων από τη συγκεκριμένη "Κίνηση" καθώς και από το κοινωνικό σύνολο, περιγράφονται από τον κ. Πασσά έτσι: *"Τα εξαρτημένα άτομα δεν προσδοκούν πολλά, αλλά συνήθως πιέζονται από το περιβάλλον. Προσδοκούν διευκόλυνση στη χρήση ή την αντιμετώπιση συμπτωμάτων. Μερικοί, όμως, είναι αποφασισμένοι να θεραπευτούν και θέλουν υπηρεσίες".*

Κλείνοντας τη συνέντευξή του, ο κ. Πασσάς απαντώντας στο ερώτημα σε τί επίπεδο βρίσκεται η διεπιστημονική συνεργασία ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων είπε: *"Δεν έχω σαφή εικόνα. Η εντύπωσή μου είναι ότι τα θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα συνεργάζονται, αλλά σε μικρό βαθμό. Η "ΠΡΟΤΑΣΗ" συνεργάζεται με το Υπουργείο Παιδείας, το ΚΕ.Θ.Ε.Α., το Τμήμα Ψυχολογίας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, και άλλους 25 φορείς πρόληψης και θεραπείας απ' όλη την Ελλάδα. Σε τοπικό επίπεδο, η "ΠΡΟΤΑΣΗ" συνεργάζεται με τους εξής φορείς: Δήμο Πάτρας, Ιατρικό Σύλλογο, Δικηγορικό Σύλλογο, Φαρμακευτικό Σύλλογο, Ε.Ε.Σ., Ε.Λ.Μ.Ε., Παιδαγωγικό Τμήμα Πανεπιστημίου Πάτρας, Τμήμα Περιβαντολογικής Εκπαίδευσης, Β' Βάθμιας Εκπαίδευσης, Διδασκαλικό Σύλλογο, Τ.Ε.Ι. Κοινωνικής Εργασίας".*



ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΒΑΣ. ΣΟΦΙΑΣ 72, ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛΕΦΩΝΟ : 72.20.458 - 72.25.109
ΗΜ. ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ : 12-12-1997
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
(Κοινωνική Λειτουργός)

→ Πρόγραμμα
1998

Το "Ειδικό Εξωτερικό Ιατρείο για Εξαρτημένα Ατομα" του Αιγινήτειου λειτουργεί από το 1987.

Τα κριτήρια για την παραπομπή στο Ειδικό Εξωτερικό Ιατρείο ασθενών με προβλήματα κατάχρησης τοξικών ουσιών, είναι:

- α) Ηλικία μικρότερη των 40 ετών (όσον αφορά τοξικομανείς).
- β) Εθελοντική προσέλευση.
- γ) Όχι βαρείες ψυχοπαθητικές διαταραχές.
- δ) Ύπαρξη στοιχειώδους κινήτρου από μέρους του χρήστη για απεθισμό.
- ε) Όχι τρέχουσες εκκρεμότητες νομικού τύπου.
- στ) Όχι περιπτώσεις ασθενών με ψυχωσικού τύπου διαταραχές και δευτερογενή χρήση τοξικών ουσιών.

Έτσι, "ασθενείς κατάλληλοι για παραπομπή είναι κάθε άτομο με πρόβλημα κατάχρησης τοξικής ή άλλης ουσίας (οινόπνευμα, ελάσσονα πρεμιστικά, χασίς, οπιοειδή). Το Ειδικό Εξωτερικό Ιατρείο λειτουργεί κάθε Τετάρτη. Οι παραπομπές γίνονται μέσω των Εξωτερικών Ιατρείων ή άμεσα με κατ' ευθείαν συνεννόηση μέσω του υπευθύνου των Εξωτερικών Ιατρείων (τηλ. 72.20.458). Το Ειδικό Εξωτερικό Ιατρείο, εκ του σχεδιασμού και της όλης δομής τους, λειτουργεί μόνο για εξωτερικούς ασθενείς και δεν παρέχει δυνατότητες για εσωτερική νοσηλεία.

Υπεύθυνοι του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου είναι:

1) Γιάννης Λιάππας (Ψυχίατρος), 2) Βαλέρια Πομίνη (Ψυχολόγος) και η υπεύθυνη ομιλήτριά μας. Οι κύριοι σκοποί του διακρίνονται:

1. Στην παροχή συμβουλευτικού έργου.

Το πρόγραμμα διαθέτει έναν κατάλληλο χώρο στον οποίο παρέχει ενημέρωση και σωστή καθοδήγηση στο χρήστη αλλά και στο άμεσο περιβάλλον του. Θεωρεί δε, αυτή την πληροφόρηση άμεση ανάγκη λόγω της υπάρχουσας μυθολογίας και παραπληροφόρησης γύρω από το θέμα χρήσης και κατάχρησης ουσιών. Ειδικότερα, το πρόγραμμα προσπαθεί:

- α) Να ενημερώσει υπεύθυνα το χρήστη και το άμεσο περιβάλλον του γύρω από τις υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες.
- β) Να μετριάσει τη δυσπιστία και τους φόβους του εξαρτημένου και να τον προετοιμάσει για τη συμμετοχή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα.
- γ) Να σχεδιάσει τη θεραπευτική αντιμετώπιση με βάση τις ιδιαιτερότητες του χρήστη, δίνοντας άμεση προτεραιότητα στις άμεσες θεραπευτικές ανάγκες (όπως σωματική ή ψυχική απεξάρτηση, ψυχοθεραπευτική παρέμβαση κ.ά.).

2. Στην παροχή θεραπευτικού έργου.

Στην προσπάθεια του θεραπευτικού χειρισμού ενός εξαρτημένου, το πρόγραμμα θέτει στόχους που τους διακρίνει στους άμεσους και στους μακροπρόθεσμους. Στους άμεσους, μπορούμε να πούμε ότι υπάγονται η άμεση εισαγωγή στην ειδική νοσοκομειακή μονάδα για την αντιμετώπιση έντονου στερητικού συνδρόμου ή οξείας ψυχοσκόμορφης αντίδρασης, προσπάθεια μείωσης ή διατήρησης τουλάχιστον σταθερής δόσης κ.ά. . Σαν μακροπρόθεσμοι στόχοι μπορούν να θεωρηθούν : Η τέλεια και σταθερή αποχή από τοξικές ουσίες και η γενικότερη κοινωνική επανένταξη του χρήστη. Επιπρόσθετα, ο στόχος μπορεί να είναι και παραπαικτικός. Το πρόγραμμα λαμβάνει σοβαρά υπόψιν ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός τρόπος θεραπευτικής προσέγγισης για όλους τους χρήστες. Έτσι, το πρόγραμμα μπορεί να προτείνει ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό δρόμο, όπως η Ειδική Μονάδα Αποτοξίνωσης ή Θεραπευτικής Κοινότητας είτε σε Τμήμα Ψυχοθεραπείας του ίδιου του Εξωτερικού Ιατρείου.

3. Στην παροχή προληπτικού έργου.

Πίστη του Προγράμματος είναι ότι η σωστή κατευθυνόμενη ενημέρωση αποτελεί συχνά ένα πολύ αποτελεσματικό μέσο για την καταστολή και την πρόληψη του φαινομένου των "τοξικών" ουσιών. Η προσπάθεια ενημέρωσης θα πρέπει να ξεκινάει από το προσωπικό του συμβουλευτικού σταθμού και να επικεντρώνεται σε ομάδες νέων, υψηλού κινδύνου, καθώς και σε επαγγέλματα που έρχονται σε επαφή μ' αυτές τις ομάδες. Η ενημέρωση αυτή, θα πρέπει να στοχεύει στην διαμόρφωση τριών κυρίως παραμέτρων:

α) Στη γνώση γύρω από το θέμα "χρήση τοξικών ουσιών".

β) Στις κοινωνικές τοποθετήσεις χρηστών και κοινού γύρω από το θέμα.

γ) Στις συμπεριφορές και ενέργειες που ενισχύουν ή αποτρέπουν συμπεριφερσιολογικά μοντέλα που επιδρούν θετικά ή αρνητικά πάνω στο πρόβλημα της χρήσης τοξικών ουσιών.

Επίσης, στο θέμα της πρόληψης το Πρόγραμμα έχει αναπτύξει δραστηριότητες που στοχεύουν στην ενημέρωση του κοινού γύρω από το πρόβλημα της εξάρτησης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ως προς αυτό είναι η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε σχολεία του Υμηττού, που εκτός από ερευνητικό είχαν και προληπτικό χαρακτήρα.

Το Πρόγραμμα δέχεται ενδιαφερόμενους μια φορά την εβδομάδα, έπειτα από ραντεβού. Τα ραντεβού της χρονικής περιόδου 1990 - 1993, βάσει στατιστικών στοιχείων του Προγράμματος, δείχνουν :

ΧΡΟΝΟΣ	ΡΑΝΤΕΒΟΥ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΟΥΣΙΕΣ	ΑΛΚΟΟΛ
1990	175	132	43	126	49
1991	154	115	39	129	25
1992	152	118	34	100	52
1993	155	146	9	91	64

Στα παραπάνω ραντεβού, περιλαμβάνονται και οι πρώτες συναντήσεις αλλά και οι επανεξετάσεις αυτών που τα κλείνουν. Επίσης, ο αριθμός των ατόμων που κλείνουν τα ραντεβού αυτά και τελικά έρχονται, κυμαίνεται γι' αυτά τα τέσσερα χρόνια από 42 - 50 άτομα το χρόνο (μέσος όρος). Αυτό συμβαίνει, κυρίως επειδή οι χρήστες δείχνουν μια ασυνέπεια σε σχέση με τα ραντεβού τους.

Το Πρόγραμμα ασχολείται και με τις οικογένειες των εξαρτημένων. Στα πλαίσια του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου, λειτουργεί κάθε Τρίτη πρόγραμμα "Θεραπείας

Οικογένειας", το οποίο και προσπαθεί να αντιμετωπίσει προβλήματα που υπάρχουν. στις οικογένειες των χρηστών. Η βοήθεια προς την οικογένεια δίνεται με την προϋπόθεση ότι ο χρήστης θα συμφωνήσει για κάτι τέτοιο".

Η κ. Παπαβασιλείου λέει ότι: "Όταν η οικογένεια είναι συνεργάσιμη με το πρόγραμμα, βοηθιέται και ο χρήστης στην προσπάθεια που κάνει για απεξάρτηση και επανένταξη. Υπάρχουν οικογένειες που ακολουθούν το πρόγραμμα, υπάρχουν και άλλες που δεν ακολουθούν. Η σχέση τους με το χρήστη είναι συνήθως ή απορριπτική, ή υπερπροστατευτική ή και το χειρότερο καμιά φορά παρεμβατική, διευκολύνοντας αυτή τη χρήση".

Όσον αφορά το θέμα της κοινωνικής επανένταξης του χρήστη, η κ. Παπαβασιλείου λέει πως "το Πρόγραμμα λόγω της φύσης του αλλά και των σκοπών του, λειτουργεί παραπεμπτικά και υποστηρικτικά (ψυχολογική υποστήριξη, συμβουλευτική)".

Για τις διαστάσεις του φαινομένου της εξάρτησης, η κ. Παπαβασιλείου εκφράζει την άποψη ότι η "χρήση ουσιών είναι λιγότερη, αλλά παρουσιάζει αυξητική τάση", καθώς και ότι "εξαπλώνεται σαν μόδα".

Σχετικά με τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται στη χώρα μας, η κ. Παπαβασιλείου θεωρεί ότι έγιναν τα τελευταία χρόνια πολλά και θετικά βήματα. Χαρακτηριστικά μας λέει ότι: "Από το τίποτε υπάρχουν σήμερα πολλές υπηρεσίες που προσφέρουν θεραπευτικό έργο". Επίσης, επισημαίνει το γεγονός ότι υπάρχει συνεργασία με άλλα ευρωπαϊκά προγράμματα. Τέλος, για το θέμα αυτό, δηλώνει "υπέρ των στεγνών προγραμμάτων".

Στο θέμα της πρόληψης η κ. Παπαβασιλείου πιστεύει πως θα πρέπει "τα νέα προληπτικά προγράμματα να επικεντρώνονται στην εκπαίδευση και στην εξάσκηση των ατόμων και όχι στη στεία πληροφόρηση. Η όλη προσπάθεια θα πρέπει τελικά να αποσκοπεί στην ανάπτυξη θετικών μηχανισμών του ατόμου, που θα του επιτρέπουν ν' αντισταθεί στη χρήση ουσιών και θα μπορέσει να χρησιμοποιήσει άλλους τρόπους άμυνας για ν' ανταπεξέλθει στα προβλήματά του. Οι προσπάθειες πρόληψης θα πρέπει να επικεντρώνουν την προσοχή τους στην οικογένεια, στο σχολείο και στους ίδιους τους εφήβους".

Αναφορικά με τη χρήση των παράνομων ουσιών, η κ. Παπαβασιλείου, μας είπε χαρακτηριστικά ότι "κανείς δεν άρχισε με σκληρά ναρκωτικά όπως η ηρωίνη, για παράδειγμα, αλλά με "μαλακά", όπως χασίς".

Για τις προσδοκίες των χρηστών που ζητούν τη βοήθεια του Προγράμματος, η κ. Παπαβασιλείου μας λέει: "Αρχικά, ζητούν να θεραπευτούν άμεσα, (κυρίως σωματικά). Αργότερα, αρχίζουν σιγά - σιγά να εκφράζουν την επιθυμία τους για διατήρηση της καλής τους λειτουργίας και την αποκατάσταση των διαταραγμένων διαπροσωπικών τους σχέσεων, με οικογένεια, φίλους, συνεργάτες, λόγω της εξάρτησής τους".

Η κ. Παπαβασιλείου μας λέει ότι υπάρχει συνεργασία σε θετικά επίπεδα με άλλα θεραπευτικά προγράμματα. Επίσης, στο σημείο αυτό, κρίνουμε σωστό να αναφέρουμε συμπληρωματικά, ότι το Πρόγραμμα στοχεύει και στο θέμα της έρευνας. Συγκεκριμένα, προσπαθεί για την ύπαρξη χώρων, όπου ο χρήστης τοξικών ουσιών θα μπορούσε να αποτανθεί ζητώντας βοήθεια. Αυτοί οι χώροι θα βοηθούσαν ακόμα και στο θέμα συνεργασίας νοσοκομείου και χρηστών. Το κυριότερο, θα έδιναν μεγαλύτερες ευκαιρίες στο ειδικευμένο προσωπικό του νοσοκομείου, όσον αφορά την έρευνα, καθώς και την κατανόηση πάνω στα προβλήματα των χρηστών και γενικότερα της εξάρτησης.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μέσα από τη μελέτη και την εμπειρική προσέγγιση των θεραπευτικών μοντέλων, καταλήγουμε στα πολυπόθητα συμπεράσματα.

Όλα δείχνουν ότι στην Ελλάδα αναπτύσσεται μια σχετικά ικανοποιητική εικόνα γύρω από το ζήτημα της θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων. Τα τελευταία 8-10 χρόνια παρατηρήθηκε η δημιουργία πολλών θεραπευτικών προγραμμάτων, κρατικών και μη, που στοχεύουν στην απεξάρτηση των χρηστών υιοθετώντας και εφαρμόζοντας, το καθένα ξεχωριστά, μια δική του θεραπευτική πορεία. Ιδιαίτερα, λοιπόν, μετά το 1987 με την εφαρμογή του νόμου 1729/87 για την "Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις", όπως αυτός τροποποιήθηκε τελικά από το νόμο 2161/93, παρέχεται η δυνατότητα για θεραπεία στο χρήστη, ενώ παράλληλα ιδρύονται θεραπευτικά μοντέλα που υιοθέτησαν προγράμματα με σκοπό τη θεραπευτική αντιμετώπιση του χρήστη.

Κοινό σημείο όλων των θεραπευτικών προγραμμάτων, με μοναδική εξαίρεση το "Πειραματικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης", είναι ότι ακολουθούν "στεγνά" προγράμματα χωρίς χορήγηση υποκαταστάτων. Ωστόσο, κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα εμφανίζεται ν' ακολουθεί δική του θεραπευτική πορεία και κατεύθυνση, η οποία παρουσιάστηκε παραπάνω.

Γενική τοποθέτηση όλων των πλαισίων αλλά και θεραπευτικό στόχο αποτελεί ο δεσμός της οικογένειας. Σ' αυτόν αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι η θεραπεία στη χώρα μας δεν περιορίζεται, αποκλειστικά κι μόνο στον ίδιο το χρήστη, αλλά στοχεύει σε μια γενικότερη επέμβαση στο οικογενειακό του περιβάλλον. Έτσι, εμφανίζεται να προέχει, κυρίως, η ψυχολογική υποστήριξη καθώς και ενδυνάμωση όλων όσων εμπλέκονται στο πρόβλημα της εξάρτησης.

Όσον αφορά την έκταση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα, όλα τα θεραπευτικά προγράμματα, μέσω των εκπροσώπων τους, συμφωνούν ότι αυτή παρουσιάζει αυξητική τάση, χωρίς όμως να είναι σε θέση να δώσουν ακριβή στατιστικά στοιχεία, αφού εκλείπουν ετήσιες οργανωμένες επιδημιολογικές έρευνες στο χώρο αυτό.

Τα θεραπευτικά προγράμματα εμφανίζονται να διατηρούν κοινή αντίληψη όσον αφορά την επικοινωνία, τη συνεργασία καθώς και τη διασύνδεσή τους. Εκφράζουν επιθυμία για προσπάθεια συνεργασίας μέσω κοινωνικών δραστηριοτήτων, εκδηλώσεων κ.ά. Ωστόσο, κάποια θεραπευτικά μοντέλα υποστηρίζουν ότι το δικό τους πρόγραμμα αποτελεί το ιδανικό και το πιο αποτελεσματικό. Στο σημείο αυτό, διαφαίνεται μια αδυναμία για κοινή συμπίεση προς τον κοινό στόχο, που είναι η απεξάρτηση των ατόμων. Ουσιαστικά, τα θεραπευτικά πλαίσια έχουν την ανάγκη της Πολιτείας, αλλά και την έμπρακτη υποστήριξή της. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την παροχή υλικοτεχνικής υποδομής, την επαρκή στελέχωση, καθώς και την προσαρμογή του νόμου στις νέες κοινωνικές επιταγές. Επίσης, απαιτούν την ειλικρινή συνεργασία με την Πολιτεία σ' ένα σταθερό και προγραμματισμένο επίπεδο, σύμφωνα με το οποίο οι ρόλοι θα είναι ξεκαθαρισμένοι και σεβαστοί σε όλους. Η θέση των προγραμμάτων απέναντι στο νόμο, δεν υπήρξε απόλυτη, αλλά γενικά δόθηκαν απαντήσεις οι οποίες δεν εκφράζουν ακραίες τοποθετήσεις. Κοινή τοποθέτηση όλων είναι ότι, η εξάρτηση αποτελεί ένα πολυδιάστατο ζήτημα και ότι δεν μπορεί ως τέτοιο να αντιμετωπιστεί μονομερώς, είτε με

την καταστολή, είτε με την αποποινικοποίηση. Επίσης, κοινή υπήρξε και η άποψη πως, η πρόληψη και η εξάλειψη των αιτιολογικών παραγόντων της ουσιοεξάρτησης θα πρέπει να τεθεί στην πρώτη γραμμή του ενδιαφέροντος.

Σημείο ταύτισης αποτελεί και το ζήτημα της πρόληψης, η οποία σύμφωνα με τις γνώμες των εκπροσώπων των προγραμμάτων θα πρέπει να είναι συντονισμένη, οργανωμένη και στηριγμένη πάνω σε τρεις βασικούς άξονες : α) Οικογένεια, β) Σχολείο και γ) Τοπική Αυτοδιοίκηση. Στη βασική αυτή τοποθέτηση κρύβεται και το θέμα της προσωπικής ευθύνης του κάθε ένα από εμάς. Γι' αυτό άλλωστε, πρέπει να συνειδητοποιήσει ο απλός πολίτης ότι το θέμα αφορά ολόκληρη την κοινωνία. Συνεπώς, δεν θα πρέπει να ενεργοποιούνται μόνον οι "ειδικοί", αλλά όλο το κοινωνικό σύνολο. Η πρόληψη, λοιπόν, πρέπει να στραφεί στην κοινωνία, παίρνοντας τη μορφή κοινωνικών παρεμβάσεων κι όχι τη μορφή της στείρας και της απλής ενημέρωσης.

Συμπέρασμα, επίσης, αποτελεί ότι τα θεραπευτικά προγράμματα είναι κατά το πλείστον συγκεντρωμένα στα μεγάλα αστικά κέντρα (όπως Αθήνα, Θεσσαλονίκη), καθώς κι ότι δεν επεκτείνονται ισομερώς σε όλη την Ελληνική Επικράτεια. Επιπρόσθετα, ως αδυναμία των θεραπευτικών προγραμμάτων μπορεί να θεωρηθεί η έλλειψη αποτελεσματικής οργάνωσης στον τομέα της ενημέρωσης του κοινωνικού συνόλου ως προς την εργασία που πραγματοποιούν. Αποτέλεσμα αυτής είναι ο απλός πολίτης να αγνοεί την προσφορά, το πρόγραμμα ή, πολλές φορές, ακόμα και την ύπαρξή τους.

Γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι, η θεραπεία της εξάρτησης στη χώρα μας έχει πραγματοποιήσει πολλές προόδους και προσπαθεί να προσαρμοστεί στα νέα κοινωνικά δεδομένα.

Τα θεραπευτικά προγράμματα στοχεύουν στην ψυχολογική απεξάρτηση των πελατών τους. Βέβαια, μέχρι να κατακτήσει η χώρα μας τον πολυπόθητο πλουραλισμό στη θεραπεία και κατ' επέκταση να μπορέσει να καλύψει όλες τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες καθώς και τις προσδοκίες των ατόμων που επιθυμούν να ξεφύγουν από τις ουσίες, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν πολλές προσπάθειες και οργανωμένες κινήσεις. Συγκεκριμένα, το ζήτημα της κοινωνικής επανένταξης θα πρέπει να τύχει ιδιαίτερης προσοχής και ν' αποτελεί το επισφράγισμα κάθε επιτυχημένης θεραπείας. Συνεπώς, ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, για να χαρακτηριστεί ολοκληρωμένο και επιτυχημένο, θα πρέπει να επαναφέρει άτομα που θα χαίρουν της πλήρους αποδοχής, υποστήριξης και αλληλεγγύης από το κοινωνικό σύνολο.



ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΚΑΙ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης, Αθανάσιος**. *Η αλήθεια για τα ναρκωτικά*. Εκδ. Ακρίτας, Αθήνα, χ.χ.
- Αγοραστήδης, Χ., Ρογκότης Χ., Βαλάσης Ι., Παπαδημητρίου Ε., Ψαράς Ν.** .
Επιδημιολογικά στοιχεία του αλκοολισμού και της τοξικομανίας στην Ελλάδα, στη δεκαετία 1979-88. Πρακτικά 7ου Βορειοελλαδικού Ιατρικού Συνεδρίου, Θεσσαλονίκη, 1992, σελ. 308-310.
- Αλεβίζος, Βασίλης**. Τα ναρκωτικά ως ιατρικό πρόβλημα, στα πρακτικά του Α' Σεμιναρίου για τους εκπαιδευτικούς Μέσης Εκπαίδευσης (25 και 26 Ιανουαρίου 1992) με θέμα "πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών : Ο ρόλος του σχολείου και των εκπαιδευτικών", εκδ. Επιτροπή Ρεθύμνης Πρόληψης και Αντιμετώπισης ναρκωτικών, Ρέθυμνο, Ιανουάριος 1993, σελ. 50-61
- Altichieri, D.P.** "Parents'association" στο *Know Theyself.Evolutionary Course of the Therapeutic Communities:The Third Generation.Proceedings of the 13th World Conference of Therapeutic Communities.Athens,Greece 1990*,σελ. 57-59
- Αναγνωστοπούλου, Τάνια**. Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία της εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες, στα πρακτικά του Α' Σεμιναρίου για τους εκπαιδευτικούς Μέσης Εκπαίδευσης (25 και 26 Ιανουαρίου 1992) με θέμα "Πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών : Ο ρόλος του σχολείου και των εκπαιδευτικών εκ. Επιτροπή Ρεθύμνης Πρόληψης και Αντιμετώπισης ναρκωτικών, Ρέθυμνο, Ιανουάριος 1993, σελ. 32-35.
- Arnao Giancarlo**. *Το δίλημμα ηρωίνη* . εκδ. Αθήνα 1995
- Αστυνομική Επιθεώρηση**. *Η μάστιγα των ναρκωτικών. Στατιστικά στοιχεία για τα ναρκωτικά στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ιανουάριος 1996, σελ. 12-13
- Βασιλειάδης Νικόλαος**. *Εξαρτημένοι χρήστες ηρωίνης και μεθαδόνη.Μύθοι και πραγματικότητα*. εκδ. Ελληνικό Τμήμα Διεθνούς Εταιρείας Κοινωνικής Αμυνας, Αθήνα .χ.χ.
- Βίννικοζ, Ντ.** . "Ο θάνατος και ο φόνος στη διαδικασία της εφηβείας" στο βιβλίο *Το παιδί, το παιχνίδι και η πραγματικότητα*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1988, σελ. 242-251
- Βουλή των Ελλήνων**. *Έκθεση για την κατάσταση στις ελληνικές φυλακές και στις δυνατότητες βελτίωσης του σωφρονιστικού συστήματος της χώρας*. Αθήνα, Ιούλιος 1994

Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς. Ενημερωτικό Φυλλάδιο για τα ναρκωτικά
Αθήνα, 1996

Γιαννακοπούλου Σμάρω. Μεγάλωσε ή φύγε. Εναλλακτικές εκδόσεις "Κομμούνα"
Αθήνα, Μάιος 1991

Γκίνης, Ιωάννης. Φάκελος Ναρκωτικά, Β' εκδ., εκδ. Βασδέκης, Αθήνα

Γρίβας, Κλεάνθης. Αποδιοπομπαίος Τράγος. εκδ. Μαλλιάρης, Θεσσαλονίκη.
1982, σελ. 123-140

Γρίβας, Κλεάνθης. Ναρκωτικά : Το τμήμα της καταστολής. Το Ελληνικό αδιέξοδο.
Ο Ολλανδικός δρόμος και η άλλη πρόταση. Εκδοτική Θεσσαλονίκης, 1991

Γρίβας, Κλεάνθης. Ναρκωτικά και Εξουσία. Εκδ. Μαλλιάρης, Θεσσαλονίκη, 1990

Γρίβας, Κλεάνθης. Οπιούχα. Μορφίνη - Ηρωίνη - Μεθαδόνη. Εκδ. Νέα Σύνορα -
Λιβάνη, Αθήνα, 1995

Δαρδαβέσης, Θ. "Επιδημιολογικά στοιχεία για την τοξικομανία στην Ελλάδα κατά
την περίοδο 1980-1989" (Επιδημιολογική μελέτη). Π. Ελληνική Ιατρική,
τεύχ. 59, Αθήνα, 1993, σελ. 231-240

Δαρδαβέσης, Θ. "Ηλικίες έναρξης χρήσης, συχνότητα και είδη
χρησιμοποιούμενων τοξικομανιογόνων ουσιών". π. Ιατρική Παιδεία, τ. 1,
τεύχ. 1, Αθήνα, 1993, σελ. 112-120

Δασκαλάκης, Ηλίας. Μεταχείριση Εγκληματία. Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα -
Κομοτηνή, 1985

De Leon George. The Therapeutic Community and behavioral science (μεταφρ.
Τσάφου Ελένη), ΚΕ.Θ.Ε.Α, Οκτώβριος 1993

Δήμος Αθηναίων. Πρακτικά Ημερίδας με θέμα : "Δραστηριότητες και
πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης". Παλαιό
Δημαρχείο, 20 Οκτωβρίου 1994

Διεθνής Αντιαπαγορευτική Ένωση (L.I.A.) Ναρκωτικά : Η άλλη πρόταση. Εκδ.
Νέα Σύνορα - Λιβάνη, Αθήνα, χ.χ.

Δοξιάδη, Ανθή. "Η εφηβεία σαν οικογενειακή κρίση", στο βιβλίο Ο έφηβος και η
οικογένεια (Δύο συμπόσια), (Επιμέλεια Α. Δοξιάδη - Τριπ. Εύη
Ζαχαροπούλου), εκδ. Εστία, Αθήνα, 1985, σελ. 117-137

Dreyefus F.G., Marx R., Poindevin R. Γενική Ιστορία της Ευρώπης. Η Ευρώπη
από το 1848 μέχρι σήμερα", τόμ. 6ος, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1990

Εγκυκλοπαίδεια ΥΓΕΙΑ. "Ο ενήλικος και το περιβάλλον" τ. 3ος, εκδ. Δομική, Αθήνα, 1989

Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.). π. Κοινωνική Εργασία, τεύχ. 42 (Απρίλιος - Μάιος - Ιούνιος), Αθήνα, 1996

Εθνικό Συμβούλιο κατά των ναρκωτικών. Πανελλήνια Συνδιάσκεψη κατά των ναρκωτικών. Αθήνα, 7-8 Μαΐου 1988, σελ. 107-113

Ellickson, Ph., Bell, R. . Prospects for preventing drug use among young adolescents. (μετάφρ. Τσάρου Έλενα - Τσιώρα Σωτηρία - Τμήμα Ενημέρωσης ΚΕ.Θ.Ε.Α.), ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αθήνα, Ιούλιος 1993.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο για τη Δεύτερη Έκθεση σχετικά με τη μείωση της ζήτησης ναρκωτικών. Βρυξέλλες, 25 Μαΐου 1992

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.). Πρώτη Έκθεση του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν 1996. Ελληνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά (ΕΚ.ΤΕ.Π.Ν.), Αθήνα, 1996

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Εξεταστική Επιτροπή για το πρόβλημα των ναρκωτικών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Έκθεση σχετικά με τα πορίσματα της έρευνας. Σεπτέμβριος 1986

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχ. 1. ΦΕΚ 144 Ν. 1729/87 (της 7 Αυγούστου 1987)

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχ. 1 ΦΕΚ 119 Ν. 2161/93 (της 26 Ιουλίου 1993)

Jaffe J., Peterson R., Hodgson R. Ναρκωτικά-Τσιγάρο-Αλκοόλ. Προβλήματα και απαντήσεις. εκδ. Ψυχολογίας, Αθήνα 1986

Ζαγούρα, Σταυρούλα. Οι παράγοντες της τοξικομανίας. Εισήγηση σε σεμινάριο της "ΠΡΟΤΑΣΗΣ", Πάτρα, 8-5 Μαρτίου 1993

Ζαμπελής, Γεράσιμος. Τα ναρκωτικά πέρασαν στα σχολεία μας . Εκδ. Φωτοδότες, Αθήνα,

Ζαφειρίδης, Φοίβος. Πρόταση για την οργάνωση της θεραπείας των τοξικομανών στην Ελλάδα. ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αύγουστος 1982

Ζαφειρίδης, Φοίβος. Τοξικομανία ή σωστότερα εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες. Εισήγηση για το Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Αγωγής Υγείας 6-10 Οκτώβρη 1984

Ζαφειρίδης, Φοίβος. "Το Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για άτομα εξαρτημένα από φαρμακευτικές ουσίες". π. *Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας*, τεύχ. 71 (Οκβ. - Νοέμβρ.-Δεκ.), Αθήνα, 1986, σελ. 135-140

Ζαφειρίδης, Φοίβος. *Βασικές θέσεις στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτητικών ουσιών.* Πανελλήνια ενημερωτική συνάντηση για τα ναρκωτικά, Στάδιο Ειρήνης και φιλίας, Αθήνα, 3, 4, 5 Μαρτίου 1989.

Ζαφειρίδης, Φοίβος. *Πολιτική σε θέματα Πρόληψης - Θεραπείας.* Ημερήσιο Συμπόσιο για τα ναρκωτικά, Αμφιθέατρο Πολεμικού Μουσείου, 4 Μαρτίου 1990

Ζαφειρίδης, Φοίβος. *Θεραπευτικές Κοινότητες : Το ιεραρχημένο μοντέλο.* Εισήγηση στο 1ο Συμπόσιο για Θεραπευτικές Κοινότητες (10-13/12/87)

Herbert D. , Kleber M.O. *Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά.* ΚΕ.Θ.Ε.Α., χ.χ.

Θέου, Κούλα. "Η Μεθαδόνη στοίχημα ζωής;", π. D & A. SPIRIT, τεύχ. 27, ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αθήνα, Μάιος 1996, σελ. 38

ΘΗΣΕΑΣ - Σωματείο. *Πρόγραμμα αντιμετώπισης της εξάρτησης.* Ενημερωτικό Φυλλάδιο, Αθήνα, 1996

Καλαρρύστης, Γιώργος. *Και έφηβοι και χρήστες ναρκωτικών : Απαντήσεις στο πρόβλημα της χρήσης ουσιών από εφήβους στην Ελλάδα βαδίζοντας προς το έτος 2000, στα πρακτικά του 2ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου για την αποκατάσταση*

Καπρίνης, Γ. "Εξάρτηση από ουσίες : Είναι απαραίτητη η επιστημονική αλήθεια για μια σωστή πρόληψη;", π. *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής*, Α' τόμος Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνας, 1994, σελ. 225-228 και την πολιτική σε θέματα ναρκωτικών με θέμα "Η θεραπευτική κοινότητα στην Ευρώπη του 1995. Η Ευρώπη σε μεταβατικό στάδιο. Η θεραπευτική κοινότητα σε μεταβατικό στάδιο;", Θεσσαλονίκη, 28/5 - 2/6/1995

Κέντρο θεραπείας εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ. Θ. Ε. Α.), *Απολογισμός 1995 - Πίνακες ΚΕ.Θ.Ε.Α. (τμήμα ενημέρωσης),* Αθήνα 1996

Κοεμτζόπουλος, Λ., Ζαφειρίδης, Φ., Παρασκευόπουλος, Ν., Πασχαλίδης, Φ. . *Το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών. Η ψυχολογική, κοινωνική και νομική άποψη.* Εκ.δ Αντ. Ν. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1989

Κοκκέβη, Άννα. "Η χρήση νόμιμων και παρανόμων ουσιών στην εφηβεία". π. *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, τ. 2ος, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1988, σελ. 358-379

Κοκκέβη, Α., Μαδιανού, Δ., Στεφανής, Κ. . Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η χρήση ουσιών στο μαθητικό πληθυσμό. τ. 2ος, εκδ. Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1988

Κοκκέβη, Άννα. "Η πρόληψη της τοξικομανίας : Μύθος ή πραγματικότητα;" . π. *Ψυχολογικά Θέματα*, τ. 1ος, τεύχ. 4ο, Αθήνα, 1988

Κοκκέβη, Α., Μοστριού, Α., Τερζίδου, Μ., Δαρβίρη, Χ., Λεντάκη, Ε., Στεφανής, Κ. . "Διερεύνηση ψυχοκοινωνικών αναγκών εφήβων μαθητών και η σημασία τους στην ανάπτυξη προγράμματος για την πρόληψη της χρήσης ναρκωτικών". π. *Ψυχολογικά Θέματα*, τ. 1ος, τεύχ. 1ο, Αθήνα, 1988, σελ. 51-65

Κοκκέβη, Άννα. "Παράγοντες Κινδύνου στη Χρήση Ψυχοδραστικών Ουσιών από τους Μαθητές" στο βιβλίο *Εφηβεία. Προσδοκίες και αναζητήσεις*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1991, σελ. 119-131

Kokkevi, A., A follow - up study of drug addicts in Greece. Preliminary Results. Proceeding of the communicative epidemiology Work Groups. National Institute of Drug Abuse, Athens, December, 1992.

Kokkevi, A., Liappas, J., Boukouvala, V., Alevizou S., Anastasopoulou E., Stefanis C. . Criminality in a sample of drug abusers in Greece. *Drug and Alcohol Dependence*. Athens, 1993.

Κοκκέβη, Α., Στεφανής, Κ. . Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η διαχρονική πορεία της χρήσης. Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό και στο μαθητικό πληθυσμό. Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., Αθήνα, 1994

Κοντοπούλου, Ε., Μπούκης, Δ. . "Συγκριτική μελέτη των θανάτων από ναρκωτικά στην Ελλάδα". π. *Θέματα προληπτικής Ψυχιατρικής*, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994, σελ. 253-256

Κουκουτσάκη, Αφροδίτη. Η θεραπευτική μεταχείριση του τοξικοεξαρτημένου εγκληματία από την άποψη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, στα πρακτικά του 42ου Διεθνούς Σεμιναρίου Εγκληματολογίας με θέμα "Η στέρηση της ελευθερίας στο ποινικό σύστημα και τα δικαιώματα του ανθρώπου", εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1991, σελ. 301-310

Κουκουτσάκη, Αφροδίτη. ΤοξικοΕξάρτηση : Μία νόσος ηθικού χαρακτήρα, στα πρακτικά του Συνεδρίου της L.I.A. (Διεθνούς Αντιαπαγορευτικής Ένωσης, με θέμα "ναρκωτικά. Η άλλη πρόταση", εκδ. Νέα Σύνορα - Λιβάνη, Αθήνα, 1991

Κουκουτσάκη, Αφροδίτη. Μορφές παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Παραδόσεις 1993-1994, Πάντειο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Κούτρας, Β., Υφαντής, Θ., Καφετζόπουλος, Ε., Μαρσέλος, Μ. . "Χρήση ναρκωτικών από μαθητές της Μέσης Εκπαίδευσης" (ερευνητική εργασία) π. Ιατρική, Νο 61, 1992, σελ. 398-403

Κουτσελίνης, Αντώνης, "Εφηβεία και ναρκωτικά". π. *Materia medica Greca*, τ. 6ος, τεύχ. 1ο, Φεβρουάριος 1978, σελ. 3-5

Κουτσελίνης, Αντώνης. "Το πρόβλημα των ναρκωτικών στον Ευρωπαϊκό χώρο" π. *Materia Medice Greca*, τ. 17ος, τεύχ. 4ο, Αθήνα, 1989, σελ. 273-278

Κουτσελίνης, Α., Πούλος Α. "Ναρκωτικά". Νεώτερα στοιχεία και απόψεις". π. Ιατρική, τεύχ. 59, Αθήνα, 1991, σελ. 28-39

Λιάππας, Ιωάννης. *Ναρκωτικά. Εθιστικές ουσίες. Κλινικά προβλήματα. Αντιμετώπιση.* Εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1992

Λιάππας, Ιωάννης. *Ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με την αιτιολογία της αυτοεξάρτησης.* Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, 1993

Λιάππας, Ιωάννης. "Ουσιοεξάρτηση και πρόληψη". π. Απόψεις (περιοδική έκδοση του συνόλου εκπαιδευτικών λειτουργιών του κολεγίου Αθηνών), παράρτημα 7ο (πρακτικά εβδόμου διημέρου εκπαιδευτικού προβληματισμού, Αθήνα 17-18 Οκτωβρίου 1992), Αθήνα, 1994, σελ. 88-95

Λιάππας, Ιωάννης. "Θεραπευτικές προσεγγίσεις στο πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης". π. *Το τρίγωνο της συνάντησης. Ουσία - Περιβάλλον - Προσωπικότητα. Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης*, ΕΕΤΑΑ, 1995, σελ. 118-135

Leikin Celia . "Η διάγνωση και θεραπεία του αλκοολισμού ". π. *Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας*. Τεύχ. 71ο (Οκτ.-Νοεμβρ.-Δεκέμβριος) , Αθήνα 1986

Μαδιανού Δ., Μαδιανός, Μ., Κοκκέβη, Α., Στεφανής, Κ. . *Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα. Η χρήση ουσιών στο γενικό πληθυσμό.* τ. γ', εκδ. Ψυχιατρική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1988

Μαλιώρη, Μ., Κορτουσού, Ε., Οικονομίδη, Θ., Καφετζοπούλου, Β. . "Παράγοντες που συντελούν στην πρόληψη της τοξικομανίας" π. *Εγκέφαλος* (Δελτίο της Ελληνικής Νευρολογικής και Ψυχιατρικής Εταιρείας), Νο 18, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα, 1981, σελ. 6-11

Μαλλιώρη, Μελπομένη. *Χρήση νομίμων και παρανόμων τοξικών ουσιών από Έλληνες μαθητές στο Μόναχο.* Διδακτορική Διατριβή, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα, 1989.

Μαλλιώρη Μ., Μητσικώστα Δ., Κοκκέβη Α., Οικονόμου Μ., Στεφανής Κ.
"Συντελεστές ψυχιατρικής νοσηρότητας σε χρήστες τοξικών ουσιών
ενδοφλεβίως" π. Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής (Τόμος Α'), Κέντρο
Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994

Μαλλιώρη Μ., Μητσικώστας Δ., Κατσουλίδου Α., Χατζάκης Δ., Στεφανής Κ.
"HIV αντισώματα σε χρήστες τοξικών ουσιών" π. Ιατρική, τομ. 66ος (Ιούλιος-
Δεκέμβριος), Αθήνα, 1994

Μάνος Νίκος. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής εκδ. University studio Press,
Θεσσαλονίκη 1988

Μάνος, Βασίλης. "Αιτίες που γεννούν και μεγαλώνουν το πρόβλημα των
ναρκωτικών" στο βιβλίο *Ναρκωτικά. Κοινωνικά αίτια. Πρόληψη, Θεραπεία*,
εκδ. Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα, 1990. σελ. 175-198

Μαρινοπούλου, Μαρία. Η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του εξαρτημένου
ατόμου από τοξικές ουσίες, στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής
Έρευνας, (ΕΛΨΕ), Θεσσαλονίκη, 27-30 Μαΐου 1993, σελ. 143

Μαρινοπούλου, Μαρία. "Η χρήση τοξικών ουσιών στην περίοδο της εφηβείας και
η αντιμετώπισή της στα πλαίσια της Μονάδας - απεξάρτησης του Ψ.Ν.Α.",
π. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 42, σ. 36

Μαρκοπούλου, Μαρία. Πρόταση Ζωής. Ομιλία κατά τη διάρκεια διημέρου για τη
σύσταση Οργανισμού κατά των ναρκωτικών της Δυτικής Αττικής, Αθήνα,
18-19 Νοεμβρίου, 1989

**Μαρσέλος, Μ., Κούτρας, Β., Υφαντής, Θ., Καφετζόπουλος, Ε., Φραγκίδης, Χ.
Μαλαμάς, Μ.** "Χρήση και κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών από μαθητές
της Μέσης Εκπαίδευσης". π. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τεύχ.
71ο, Αθήνα, 1988

Μαρσελος, Μ., Φραγκίδης, Χ. Τα ναρκωτικά στα σχολεία, ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1988,
σελ. 145-166

Μαρσέλος, Μάριος. "Η Μυθολογική διάσταση των νεανικών θανάτων από
ναρκωτικά". π. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 27, Αθήνα, 1989, σελ. 53-68

Μάρσελος Μ. Ναρκωτικά, Φαρμακολογία και Τοξικολογία των Εξαρτη-σιογόνων
Ψυχοτρόπων Ουσιών, Αθήνα 1986

Ματζίβης Κ. Κυριάκος. Ναρκωτικά :Το βλέμμα της Μέδουσας. Πύργος Ηλείας
1997

Μάτσα, Κ., Σραστινάκης Σ., Παπαδή, Μ., Σφηνάκη, Μ. "Πρόληψη της
Τοξικομανίας, η απομυθοποίηση ενός φαινομένου". π. *Τετράδια
Ψυχιατρικής*, NO 41, 1993, σελ. 73-77

Μάτσα, Κατερίνα. "Ο τοξικομανής στο ρόλο του εξιλαστήριου θύματος της οικογένειας και της κοινωνίας" π. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 45, 1994, σελ. 83-92

Μάτσα, Κατερίνα. "Δυνατότητες και δυσκολίες της Κοινωνικής Επανάταξης των απεξαρτημένων. Η πρόληψη της υποτροπής. Μια πρόκληση για τη ναρκωμένη κοινωνία". π. *Τετράδια Ψυχολογίας*, Νο 46, 1994, σελ. 82-92

Μάτσα, Κατερίνα. "Εφηβος και χρήση ουσιών. Η κρίση της μετάβασης στην ενήλικη ζωή". π. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 49, 1995, σελ. 125-129

Μεσημέρης, Σταμάτη. *Η ψυχολογία των ναρκομανών*. εκδ. Ταμασός, Αθήνα

Μεσημέρης, Σταμάτης. "Ναρκωτικά και ιδεολογία των φυγών και των ψευδαισθήσεων" στο *Ναρκωτικά. Κοινωνικά αίτια. Πρόληψη. Θεραπεία*. Εκδ. Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα 1990, σελ. 117-120

Μουστάκης, Γεώργιος. *Σκοτώνουν τους νέους με τα ναρκωτικά*. Εκδ. Ο.Λ.Μ.Ε., Αθήνα, 1980

Μπούκης, Δημοσθένης. "Τα ναρκωτικά σήμερα". π. *Focus : Σύγχρονη Ιατρική Ενημέρωση*, Νο 2, Αθήνα, Δεκέμβριος 1989, σελ. 19-29

Νικολόπουλος, Φίλιππος. *Η απαξιωμένη κοινωνία και η εξαρτημένη προσωπικότητα του νέου*, στα πρακτικά του Α' Σεμιναρίου για τους εκπαιδευτικούς Μέσης Εκπαίδευσης (25 και 26 Ιανουαρίου 1992) με θέμα "πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών : Ο ρόλος του σχολείου και των εκπαιδευτικών", εκδ. Επιτροπή Ρεθύμνης Πρόληψης και Αντιμετώπισης ναρκωτικών, Ρέθυμνο, Ιανουάριος 1993, σελ. 19-27

Οικονομόπουλος, Γιώργος. *Νάρκωση και απεξάρτηση*. Εκδ. Κοινότητα, Αθήνα, 1988

Οικονομόπουλος, Γιώργος. "Μια ελευθεριακή μέθοδος απεξάρτησης σε μια υποταγμένη κοινωνία". π. *BABEΛ*, τεύχ. 109ο, Αθήνα, Μάιος 1990

Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.), 6η Σύνοδος Επιτροπής κατά των ναρκωτικών του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του Ο.Η.Ε., 11-20 Φεβρουαρίου 1980.

Οργανισμός Κατά Των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) Πειραματικό Πρόγραμμα Υποκατάστασης (Π.Π.Υ.), Αθήνα, Νοέμβριος 1995

Παιονίδης, Α., Αχλαδάς, Χρ. . "Η χρήση κοινών ευφραντικών ουσιών και ναρκωτικών σε μαθητές της Β' και Γ' τάξης Λυκείου". π. *Παιδιατρική*, τ. 47ος, τεύχ. 2-3 (Μάρτιος - Ιούνιος) 1984, σ. 124 - 129

Παιονίδης, Α., Αχλαδάς Χρ., Σύρμου, Ε. . "Η χρήση κοινών ευφραντικών ουσιών, αναλγητικών και ναρκωτικών. Συγκριτική μελέτη σε εργαζόμενους και μη μαθητές λυκείου". π. *Ελληνική Ιατρική*, τ. 51ος, τυχ. 1 - 6, Αθήνα, 1985, σελ. 215-222

Παναγιωτοπούλου, Ματίνα. "Ναρκωτικά : Πρόληψη. Σημερινή πραγματικότητα. Προτάσεις". Στο *Ναρκωτικά. Κοινωνικά αίτια. Πρόληψη. Θεραπεία*. Εκδ. Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα, 1990, σελ. 228-244

Πανελλήνια Συντονιστική Επιτροπή κατά των Ναρκωτικών (ΠΑ.Σ.Ε.Ν.), *Ναρκωτικά και ελληνική νεολαία. Έκδοση Πανελλαδικής Ένωση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Π.Ε.Δ.Π.)*, Αθήνα, 1985

Πανούσης, Ιωάννης. "Θεραπευτική Κοινότητα : για μια οριστική απεξάρτηση από τις φαρμακευτικές ουσίες" στο βιβλίο *Το "ζητούμενο" στην Εγκληματολογία*. εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή, 1988, σελ. 247-258

Παπαναστασίου, Ν., Σπυρόγλου, Σ., Γιατράς, Κ. . *Ναρκωτικά και Τοξικομανία*. Έκδοση 1η, Αθήνα, Ιούλιος 1980

Παπαγεωργίου, Ευάγγελος. *Εξαρτήσεις στη ζωή μας*. Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 1985

Παπαδή, Μ., Σφηνάκη, Μ., Λάλος, Ν., Μάτσα, Κ. . "Κοινωνική Επανάταξη : Μια δύσκολη φάση του προγράμματος απεξάρτησης" π. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 43, 1994, σελ. 124-128

Παπαδόπουλος, Νικόλαος. *Διαδικασία και παράγοντες χρήσης των ναρ-κωτικών - Αντιμετώπιση*, στα πρακτικά του Α' Σεμιναρίου για τους εκπαιδευτικούς Μέσης Εκπαίδευσης (25 και 26 Ιανουαρίου 1992) με θέμα "Πρόληψη της χρήσης Ψυχοδραστικών ουσιών : Ο ρόλος του σχολείου, και των εκπαιδευτικών", εκδ. Επιτροπή Ρεθύμνης Πρόληψης και Αντιμετώπισης ναρκωτικών, Ρέθυμνο, Ιανουάριος 1993, σελ. 28-31

Παρασκευόπουλος, Νίκος. *Η καταστολή της χρήσης ναρκωτικών στην Ελλάδα*. (Έκδοση Β'), εκδ. Εξάντας, Αθήνα, 1996

Παρασκευόπουλος Νίκος . "Ποινική ευθύνη από αυτοκαταστροφικές πράξεις". π. *Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας*, τεύχ. 3-4, Αθήνα 1989

Περαντζάκη, Ιωάννα. *Προσδιορισμός ανομικών παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν στη χρήση ναρκωτικών*. Παραδόσεις 1996, Πάντειο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ποταμιανός Γρηγόρης . *Νόμιμες ουσίες εξάρτησης Αλκοόλ*. εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1992

Πουλόπουλος, Μπάμπης. "Κοινωνική πρόνοια και κοινωνίες υπηρεσίες στην απεξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες". π. *Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας*, τεύχ. 104ο (Ιαν. - Φεβρ. - Μάρτιος), Αθήνα, 1995, σελ. 51-58)

Σούγκαρμαν, Μ., Ζαφειρίδης, Φ. . Οι θεραπευτικές Κοινότητες : απάντηση στα ναρκωτικά. Εκδ. Κομμούνα, Αθήνα, Δεκέμβριος 1990

Σπινέλλη, Καλλιόπη. Η γενική πρόληψη των εγκλημάτων. Θεωρητική και εμπειρική διερεύνηση μορφών κοινωνικού ελέγχου. εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα. Αθήνα - Κομοτηνή, 1982

Στασινός, Δημήτρης. "Τηλεόραση και σύνδρομο προβληματικής συμπεριφοράς παιδιών σχολικής ηλικίας" στο βιβλίο *τηλεόραση και επικοινωνία* εκδ. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 1980

Τριλίβα, Σοφία. Η συμβολή της οικογένειας στην εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες. στα πρακτικά του Α' Σεμιναρίου για τους εκπαιδευτικούς Μέσης Εκπαίδευσης (25 και 26 Ιανουαρίου 1992) με θέμα "Πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών : Ο ρόλος του σχολείου και των εκπαιδευτικών", εκδ. Επιτροπής Ρεθύμνης Πρόληψης και Αντιμετώπισης Ναρκωτικών, Ρέθυμνο, Ιανουάριος 1993, σελ. 36-39

Τσαούσης, Δημήτρης. "Τα ναρκωτικά στο κοινωνικό πρόβλημα". π. *Εκλογή Θέματος Κοινωνικής πρόνοιας* (Αύγουστος 1981)

Τσαρούχας, Κώστας. Η Διεθνής των Ναρκωτικών. Εκδ. Δωδώνη, Αθήνα, 1981

Τσάφου Ελένη. Συγκεντρωτικά στοιχεία για το 10ετές έργο του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), ΚΕ.Θ.Ε.Α., Αθήνα, Μάρτιος 1994

Τσέγκος, Γ., . Το πρόβλημα των ναρκωτικών, σε *L.I.A. (Διεθνής Αντιαπαγορευτική Κίνηση κατά των Ναρκωτικών)*, πρακτικά συνεδρίου, 1991, σελ. 146-150

Τσίλη, Σωσώ. "Τοξικομανία : Μια άλλη προσέγγιση" π. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*. εκδ. Ε.Κ.Κ.Ε., τεύχ. 66ο, Αθήνα, 1987

Τσίλη, Σωσώ. Η τοξικομανία ως ιδεολογικό διακύβευμα. Η περίπτωση της Ελλάδας. Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα, 1995

Τσίλη, Σωσώ. "Τοξικομανείς και κοινωνικός αποκλεισμός", στο *Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*. τ. 2ος Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα, 1996, σελ. 113-131

Τσιλιχρήστος, Νικόλαος. Ναρκωτικά. Μύθος και πραγματικότητα : Εκδ. Θεωρία, Αθήνα, 1984

- Τσιλιχρήστος, Νικόλαος**. *Ναρκωτικά. Όχι, η Ιθάκη δεν είναι εδώ*. Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1984
- Φαρσεδάκης, Ιάκωβος**. *α' Παραβατικότητα και κοινωνικός έλεγχος των ανηλίκων*. Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1985
- Φαρσεδάκης, Ιακ.**. "Το σχέδιο νόμου για τα ναρκωτικά. Μερικές πρώτες σκέψεις" στο βιβλίο *Η κοινωνική αντίδραση στο έγκλημα και τα όριά της*. Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1991, σελ. 231-235
- Φαρσεδάκης, Ιακ.**, Συλίκος, Γ., *Ναρκωτικά. Νομική και Εγκληματολογική διάσταση στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1995
- Φίλιας, Βασίλης**. *Δεκατέσσερα δοκίμια κοινωνιολογίας*. Εκδ. Μπουκουμάνης, Αθήνα 1991
- Φίλιας, Βασίλης**. "Ναρκωτικά : Κοινωνιολογικά αίτια της χρήσης των στη σύγχρονη καπιταλιστική κοινωνία". π. *Επικαιρότητα*, Αθήνα, χ.χ. .
- Φίλιας, Βασίλης**. "Η τραγική εγκατάλειψη της νεολαίας", εφ. *Έθνος*, 18 Ιανουαρίου 1990
- Φλουρής, Γιώργος**. *Αυτοαντίληψη - Συμβουλευτική*, στα πρακτικά του Α' Σεμιναρίου για τους εκπαιδευτικούς Μέσης Εκπαίδευσης (25 και 26 Ιανουαρίου 1992) με θέμα "Πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών . ο ρόλος του σχολείου και των εκπαιδευτικών", εκδ. Επιτροπή Ρεθύμνης Πρόληψης και Αντιμετώπισης ναρκωτικών, Ρέθυμνο, Ιανουάριος 1993, σελ. 63-71
- Φωστέρη, Μάρθα**. *Μια ανοιχτή θεραπευτική Κοινότητα : Το δημιουργικό μας όραμα*, στο 2ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο για την αποκατάσταση και την πολιτική σε θέματα ναρκωτικών με θέμα "Η Ευρώπη κατά των ναρκωτικών", Θεσσαλονίκη, 28/5 - 2/6/1995
- Φωστέρη, Μάρθα**. "Η πρόταση της Θεραπευτικής Κοινότητας "ΙΘΑΚΗ" " στο βιβλίο *Ναρκωτικά : Κοινωνικά αίτια. Πρόληψη. Θεραπεία*. Εκδ. Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα, 1990, σελ. 317-329
- Φωστέρη, Μ., Πανόπουλος, Τ.**. "Πόλη και ναρκωτικά" στα πρακτικά του 3ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου Θεραπευτικών Κοινοτήτων, (Μιλάνο 27-30 Απριλίου), 1990, σ. 1-6
- Χαΐδου, Ανθοζωή**. *Το θεωρητικό και θεσμικό πλαίσιο του κοινωνικού ελέγχου των ανηλίκων*. Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1989

Χαΐδου Ανθοζωή "Τοξικομανία: Η ουτοπία της πρόληψης" π. Το τρίγωνο της συνάντησης: Ουσία-Περιβάλλον -Προσωπικότητα Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. ΕΕΤΑΑ. Αθήνα 1995

Χαΐδου Ανθοζωή Τοξικομανία Η ουτοπία της Πρόληψης ΕΕΤΑΑΑ, 1995

Χαΐδου Ανθοζωή. "Ναρκωτικά : Τρέχουσα Νομοθεσία και διεθνείς τάσεις" π. Το τρίγωνο της συνάντησης. Ουσία - περιβάλλον - Προσωπικότητα Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. ΕΕΤΑΑ, 1995

Χείλαρη, Ελεάνα. "Εφηβος, γονέας, ομήλικος, χρήση, κατάχρηση, εξάρτηση". π. Το τρίγωνο της συνάντησης. Ουσία - Περιβάλλον - Προσωπικότητα. Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης. ΕΕΤΑΑ, 1995, σελ. 34-53

Herbert D., Kleber M.O. Θεραπεία των εθισμένων στα ναρκωτικά. ΚΕ Θ.Ε.Α., χ.χ.

Χουρδάκη, Μαρία. Ναρκωτικά - Πρόληψη. εκδ. Χουρδάκη Μαρία, Αθήνα, 1992

Χρήστου, Πέτρος. "Ναρκωτικά : Μια απόπειρα προσδιορισμού των αιτιών του προβλήματος και η κατάσταση στην Ελλάδα", στο βιβλίο *Ναρκωτικά - Κοινωνικά αίτια - Πρόληψη - Θεραπεία*. Εκδ. Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα, 1990, σελ. 81-96

Χρήστου, Π., Ανυφαντάκη, Ε. . Πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών Πρόγραμμα στο σχολείο, στα πρακτικά του Α' Σεμιναρίου για τους εκπαιδευτικούς Μέσης Εκπαίδευσης (25-26 Ιανουαρίου 1992) με θέμα "Πρόληψη της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών : Ο ρόλος του σχολείου και των εκπαιδευτικών". Εκδ. Επιτροπή Ρεθύμνης Πρόληψης και Αντιμετώπισης ναρκωτικών, Ρέθυμνο Ιανουάριος 1993, σελ. 5-7

