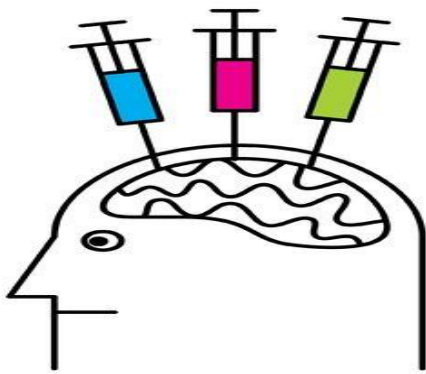




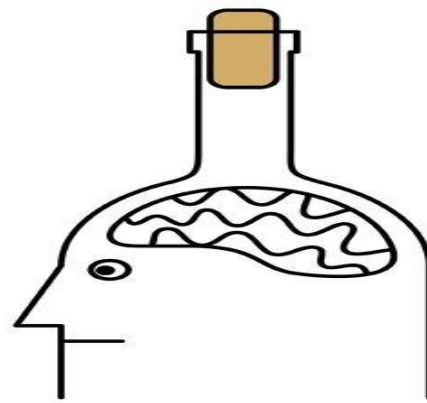
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΣΤΕΓΟΥ ΤΥΠΟΥ»**



ΟΝΟΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:
ΚΙΟΥΤΣΟΚΙΟΖΟΓΛΟΥ ΜΕΡΟΠΗ
ΜΑΡΑΓΓΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΗ



ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΑΤΡΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2017



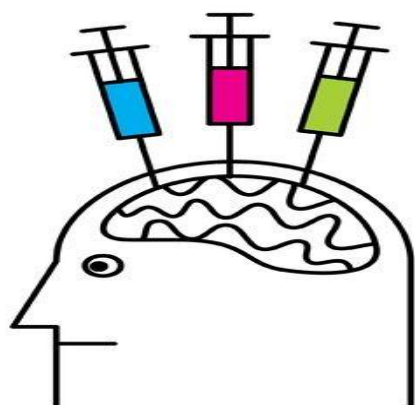
TECHNOLOGY FOUNDATION OF WESTERN GREECE

FACULTY OF HEALTH & WELFARE

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

THESIS

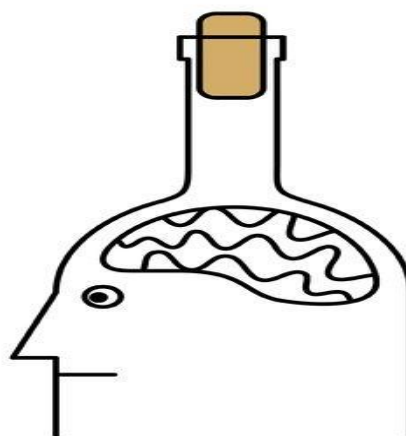
**« AN EMPIRICAL STUDY OF THE OPERATING
CONDITIONS OF DRY TREATMENT
PROGRAMMES »**



STUDENT'S NAME:

KIOUTSOKIOZOGLOU MEROPI

MARANGO ANTIGONI



TEACHER'S NAME:

DRITSAS IOANNIS

PATRAS, FEBRUARY 2017



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΣΤΕΓΟΥ ΤΥΠΟΥ»**

ΟΝΟΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:

ΚΙΟΥΤΣΟΚΙΟΖΟΓΛΟΥ ΜΕΡΟΠΗ

ΜΑΡΑΓΓΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΔΡΙΤΣΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

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

ΠΑΤΡΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2017

Copyright © Κιουτσοκιάζογλου Μερóπη και Μαράγγου Αντιγόνη, 2017.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος – All rights reserved.

Η διπλωματική εργασία της Κιουτσοκιάζογλου Μερόπης και της Μαράγγου Αντιγόνης, εγκρίνεται:

Υπογραφές

1. Καθηγητής (επιβλέπων καθηγητής)

Μέλη εξεταστικής επιτροπής:

2.

3.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για τη διεκπεραίωση αυτής της εργασίας οφείλουμε να ευχαριστήσουμε κάποιους ανθρώπους που μας στάθηκαν και μας βοήθησαν, ο καθένας με τον τρόπο του, για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Αρχικά, τον εποπτεύων καθηγητή της εργασίας μας, κύριο Ιωάννη Δρίτσα για την καθοδήγηση που μας προσέφερε και τη στήριξη.

Έπειτα, θέλουμε να ευχαριστήσουμε το θεραπευτικό προσωπικό των μονάδων θεραπείας στις οποίες πραγματοποιήσαμε την ερευνητική μας μελέτη για τη συμμετοχή τους.

Επίσης, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε ακόμη περισσότερο τους υπεύθυνους των μονάδων για τη συνεργασία τους μαζί μας, αλλά και τους εργαζόμενους στους τομείς ερευνών του ΚΕΘΕΑ και του ΟΚΑΝΑ για τη βοήθεια που μας προσέφεραν και την άριστη επικοινωνία που είχαμε κατά τη διαδικασία του αιτήματος για διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος, ευχαριστούμε ιδιαίτερα τις οικογένειες μας για την υποστήριξη τους στο δρόμο προς την απόκτηση του πτυχίου μας και για την οικονομική τους ενίσχυση στην αγορά βιβλίων που χρειαστήκαμε για αυτή την εργασία.

Αντί Προλόγου

“Τα ναρκωτικά είναι καλά για να ξεφεύγεις από την πραγματικότητα, ενώ η πραγματικότητα είναι τόσο πλούσια, ώστε δεν αξίζει να ξεφεύγεις από αυτήν”.

*Τσάρλυ Τσάπλιν, 1889-1977
Βρετανός ηθοποιός*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσεγγίσει το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης καθώς και τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης στεγνού τύπου στον Ελλαδικό χώρο.

Στην προσπάθεια να επιτευχθεί ο σκοπός της εργασίας μας, στο πρώτο μέρος, το βιβλιογραφικό, αναλύεται το πολυπαραγοντικό φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης στην Ευρώπη και κυρίως στην Ελλάδα και παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία για τη χρήση ουσιών και αλκοόλ. Επιπλέον, σκιαγραφείται το προφίλ του ουσιοεξαρτώμενου και του αλκοολικού, ενώ μελετούνται και οι αιτιολογικές προσεγγίσεις της ουσιοεξάρτησης. Επίσης, γίνεται μια αναφορά στις θεραπευτικές προσεγγίσεις του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης και τα βασικότερα θεραπευτικά μοντέλα. Μελετάται η φιλοσοφία των προγραμμάτων θεραπείας στεγνού τύπου και εξετάζουμε την ψυχική υγεία των εξαρτημένων από τις ψυχοδραστικές ουσίες καθώς και το φαινόμενο της συννοσηρότητας.

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας διερευνά τον τρόπο και τις συνθήκες λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου, μέσω ποσοτικής έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίων ατομικής συμπλήρωσης. Ως δείγμα- πληθυσμός της έρευνας επιλέχθηκε το θεραπευτικό προσωπικό των μονάδων θεραπείας του ΚΕΘΕΑ και του ΟΚΑΝΑ που συμμετείχαν στην ερευνητική μελέτη. Ακόμη, γίνεται αναφορά και στους περιορισμούς που προέκυψαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Η έρευνα έλαβε χώρα στην Αθήνα, στην Πάτρα και στο Βόλο.

Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των συμπερασμάτων και των προτάσεων που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και την ερευνητική μελέτη. Τέλος, ακολουθούν οι βιβλιογραφικές αναφορές και το παράρτημα.

Λέξεις – κλειδιά: Θεραπευτικά προγράμματα στεγνού τύπου, ουσιοεξάρτηση, αλκοολισμός, ψυχική υγεία, θεραπευτικά μοντέλα απεξάρτησης.

SUMMARY

The purpose of this assignment is to approach the phenomenon of substance addiction as well as the detoxing dry release treatment programs in Greece.

In our effort to achieve the goal of our assignment, in the first bibliographic part, is analysed the multivariable phenomenon of substance addiction in Europe and mainly in Greece and statistical data are presented for substance and alcohol abuse. Furthermore the profile of substance addicts and alcoholics is outlined while the causative approaches of substance addiction are studied. In addition to the above, a report concerning treatment approaches of the substance addiction phenomenon, as well as the basic treatment models are also given. On the side, the philosophy of the detoxing dry release treatment programs is studied along with the mental health of the addicts by the psychoactive substances. The phenomenon of comorbidity is also studied.

The research part of this assignment ransacks the way and the conditions that the detox dry release programs function, through quantitative research, using personal questionnaires. As sample of this research, was chosen the treatment staff of KEΘEA and OKANA, who participated in this research. Finally, there is a reference about the restrictions which came up during the conduction of the research. The research took place in the towns of Athens, Patras and Volos.

The assignment is completed with the presentation of the conclusion and the suggestions that came up from the literature review and the research study. Finally, bibliographical references and annex are given.

Key – words : detoxing dry release treatment programs, substance addiction, alcoholism, mental health, basic treatment detox models

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΕΣ
Ευχαριστίες	5
Αντί Προλόγου	6
Περίληψη	7
Summary	8
Γραφήματα	12
Αρκτικόλεξο	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Εισαγωγή	15
Ορισμοί	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ: ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
Εισαγωγή	17
Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης	17
Ανακεφαλαίωση	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ	
Εισαγωγή	29
Το προφίλ του χρήστη γενικά	29
Το προφίλ του αλκοολικού	32
Το προφίλ του ουσιοεξαρτώμενου	36
Ανακεφαλαίωση	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	
Εισαγωγή	38
Γενετικοί- Βιολογικοί παράγοντες	38
Ψυχολογικοί παράγοντες	39
Περιβαλλοντικοί παράγοντες	40
Η ιδιοσυγκρασία του χρήστη	41
Η οικογένεια του χρήστη	42
Ο ρόλος του σχολείου	43
Ο ρόλος της κοινωνίας	44
Ανακεφαλαίωση	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΚΥΡΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	
Εισαγωγή	46
Γενικά για τη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης- Ιστορική αναδρομή χρήσης ουσιών & θεραπείας	46
Μέθοδοι θεραπείας	48
Θεραπευτικά μοντέλα	49
Το μοντέλο της αναγκαστικής θεραπείας	49
Το μοντέλο της Ολλανδίας	50
Το μοντέλο της Βρετανίας	50

Μοντέλο θεραπείας αλκοολικών	51
Λόγοι που διαμορφώνουν τα αποτελέσματα της θεραπείας	52
Ανακεφαλαίωση	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI: Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ «ΣΤΕΓΝΟΥ» ΤΥΠΟΥ	
Εισαγωγή	55
Τα προγράμματα στεγνού τύπου	55
Οι θεραπευτικές κοινότητες	57
Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)	62
Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)	65
Η Μονάδα Απεξάρτησης 18ΑΝΩ	67
Ανακεφαλαίωση	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII: Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ	
Εισαγωγή	70
Η ψυχική υγεία των ουσιοεξαρτώμενων	70
Ανακεφαλαίωση	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
Σκοπός και στόχοι της έρευνας	73
Είδος της έρευνας	73
Ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα	74
Δείγμα- Πληθυσμός- Δειγματοληψία	74
Επιλογή εργαλείων έρευνας	75
Διεξαγωγή της έρευνας	76
Περιορισμοί της έρευνας	77
Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ & ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	
Παρουσίαση αποτελεσμάτων	79
Συζήτηση των αποτελεσμάτων	123
ΚΕΦΑΛΑΙΟ X: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ και ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	
Συμπεράσματα	129
Προτάσεις	132
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	
Ελληνόγλωσση	135
Ξενόγλωσση	137
Ιστοσελίδες	138
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
A Ερωτηματολόγιο	139
B Έγγραφο προς ΚΕΘΕΑ	
B.1 Αίτημα προς τον υπεύθυνο	146
B.2 Σχέδιο έρευνας	148
B.3 Βεβαίωση συμμετοχής σε έρευνα από τον επιβλέπον καθηγητή	151

B.4	Βεβαίωση σπουδών Κιουτσοκιάζογλου	153
B.5	Βεβαίωση σπουδών Μαράγγου	154
B.6	Πρωτόκολλο συμφωνίας με ΚΕΘΕΑ	155
Γ	Επιπλέον έγγραφα προς ΟΚΑΝΑ	
Γ.1	Επιστολή προς κέντρο εκπαίδευσης και εποπτείας	157
Γ.2	Επιστολή προς τους συμμετέχοντες	161
Γ.3	Έντυπο συγκατάθεσης προς τους συμμετέχοντες	162
Δ	Στεγνά θεραπευτικά προγράμματα	163

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΣΕΛΙΔΕΣ

Γραφική παράσταση 1	79
Γραφική παράσταση 2	80
Γραφική παράσταση 3	81
Γραφική παράσταση 4	82
Γραφική παράσταση 5	83
Γραφική παράσταση 6.1	84
Γραφική παράσταση 6.2	84
Γραφική παράσταση 6.3	85
Γραφική παράσταση 6.4	85
Γραφική παράσταση 6.5	86
Γραφική παράσταση 6.6	86
Γραφική παράσταση 6.7	87
Γραφική παράσταση 6.8	87
Γραφική παράσταση 6.9	88
Γραφική παράσταση 6.10	88
Γραφική παράσταση 6.11	89
Γραφική παράσταση 7	89
Γραφική παράσταση 8.1	90
Γραφική παράσταση 8.2	91
Γραφική παράσταση 8.3	92
Γραφική παράσταση 8.4	93
Γραφική παράσταση 8.5	94
Γραφική παράσταση 8.6	95
Γραφική παράσταση 8.7	96
Γραφική παράσταση 8.8	97
Γραφική παράσταση 8.9	98
Γραφική παράσταση 8.10	99
Γραφική παράσταση 8.11	100
Γραφική παράσταση 9	101
Γραφική παράσταση 10	102
Γραφική παράσταση 11	103
Γραφική παράσταση 12	104
Γραφική παράσταση 13	105
Γραφική παράσταση 14	106
Γραφική παράσταση 15	107
Γραφική παράσταση 16	108
Γραφική παράσταση 17.1	109
Γραφική παράσταση 17.2	110
Γραφική παράσταση 17.3	111
Γραφική παράσταση 17.4	112
Γραφική παράσταση 17.5	113
Γραφική παράσταση 17.6	114
Γραφική παράσταση 18	115
Γραφική παράσταση 19	116
Γραφική παράσταση 20.1 & Γραφική παράσταση 20.2	117
Γραφική παράσταση 20.3 & Γραφική παράσταση 20.4	118
Γραφική παράσταση 20.5 & Γραφική παράσταση 20.6	119

Γραφική παράσταση 20.7 & Γραφική παράσταση 20.8	120
Γραφική παράσταση 20.9 & Γραφική παράσταση 20.10	121
Γραφική παράσταση 20.11 & Γραφική παράσταση 20.12	122

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΟ

Ε.Κ.Κ.Ε : *Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών*

Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν : *Ελληνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά*

Ε.Π.Ι.Ψ.Υ : *Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής*

Ε.Σ.Υ : *Εθνικό Σύστημα Υγείας*

ΚΕ.ΘΕ.Α : *Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων*

Ν.Π.Ι.Δ : *Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου*

Ο.Η.Ε : *Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών*

Ο.ΚΑ.ΝΑ : *Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών*

Π.Ο.Υ : *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας*

Υ.Υ.Κ.Α : *Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*

Ψ.Ν.Α : *Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής*

Ψ.Ν.Θ : *Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

Ε.Σ.Ρ.Α.Δ : *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*

Η.Β.Σ.Σ : *Health Behaviour in School – Aged Children*

W.H.O : *World Health Organization collaborative cross – national survey*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάχρηση ουσιών όλων των τύπων αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό και πολυσύνθετο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο μαστίζει εδώ και πολλές δεκαετίες όλες τις χώρες του κόσμου. Για το λόγο αυτό, οι καλά οργανωμένες και συντονισμένες προσπάθειες, τόσο στον τομέα της αποφυγής τέτοιων προβλημάτων όσο και στον τομέα της θεραπείας, είναι αναμφισβήτητα αναγκαίες. Η Ευρώπη ξεκίνησε από νωρίς την προσπάθεια αυτή. Αντίθετα στην Ελλάδα ο σχεδιασμός σε όλα τα επίπεδα άργησε και μόλις τη δεκαετία του 1980 έγινε η αρχή (Ρούσσης, 2009).

Κάθε χώρα υιοθετεί τα θεραπευτικά μοντέλα, που αρμόζουν στον πληθυσμό της και φέρουν τα καλύτερα αποτελέσματα. Στη χώρα μας, ενώ συνεχώς αυξάνεται ο αριθμός των προγραμμάτων «στεγνού» τύπου, πολλοί προτιμούν τα προγράμματα υποκατάστασης (Ρούσσης, 2009).

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι να προσεγγίσει τα θεραπευτικά προγράμματα «στεγνού» τύπου. Για να πραγματοποιηθεί, όμως, αυτό αρχικά θα παρουσιάσουμε το εγχώριο πρόβλημα των ουσιών. Εν συνεχεία, μελετώντας το προφίλ του ουσιοεξαρτώμενου θα ερευνήσουμε τους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν τα άτομα στη διέξοδο μέσω των ναρκωτικών. Επίσης, παρουσιάζοντας τα διάφορα είδη θεραπείας και τα διαφορετικά θεραπευτικά μοντέλα, θα επικεντρωθούμε στη βάση των θεραπειών «στεγνού» τύπου, στις Θεραπευτικές Κοινότητες. Τέλος, εστιάζοντας στην Ελλάδα θα σκιαγραφήσουμε τη δομή και τον τρόπο λειτουργίας των τριών μεγάλων θεραπευτικών κέντρων, του ΚΕΘΕΑ, του ΟΚΑΝΑ και του 18ΑΝΩ.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας μας, θα διερευνήσουμε τον τρόπο και τις συνθήκες λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου σε τρεις πόλεις της χώρας, την Αθήνα, την Πάτρα και το Βόλο.

Η έρευνα που θα πραγματοποιηθεί είναι διερευνητική, ξεκινάει δηλαδή από μια αρχική και πρωτογενή κατανόηση του συγκεκριμένου φαινομένου ενδιαφέροντος, στοχεύοντας στην διερεύνηση των θεραπευτικών προγραμμάτων θεραπείας στεγνού τύπου, με απώτερο σκοπό να κατανοήσουμε το θεραπευτικό έργο των μονάδων. Ακόμη είναι ποσοτική, καθώς χρησιμοποιήσαμε ως εργαλείο έρευνας ερωτηματολόγια ατομικής συμπλήρωσης. Τέλος, ως δείγμα-πληθυσμός της ερευνητικής μελέτης επιλέχθηκε το θεραπευτικό προσωπικό των μονάδων.

Ορισμοί

ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: Σύμφωνα με το ΚΕΘΕΑ ως ναρκωτικό ορίζεται

Οποιαδήποτε ουσία σε υγρή μορφή, σε σκόνη, σε ταμπλέτα, σε φυτική σύσταση, σε σπρέι, που επιδρά στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και αλλάζει την αντίληψη, το συναίσθημα, τη διάθεση, τη συμπεριφορά, τον τρόπο λειτουργίας του σώματος του ατόμου που τα χρησιμοποιεί, κατηγοριοποιείται με τον όρο «ναρκωτικό».

Τα ναρκωτικά ανάλογα με το είδος τους, επηρεάζουν τόσο το σώμα όσο και τον ψυχισμό του ανθρώπου και μπορούν να προκαλέσουν σωματική ή/και ψυχική εξάρτηση.

Ο όρος «ναρκωτικά» δεν περιλαμβάνει μόνο τις παράνομες ουσίες, όπως το χασίς, την ηρωίνη, την κοκαΐνη, το χάπι «έκσταση». Περιλαμβάνει και ουσίες που η χρήση τους είναι νόμιμη. Η χρήση του αλκοόλ και του καπνού είναι απολύτως νόμιμη (για τους ενήλικες) και ενταγμένη στην κοινωνική ζωή, η κατάχρησή τους, όμως, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή εξάρτηση και προβλήματα υγείας.

Η κατάχρηση ηρεμιστικών και αγχολυτικών χαπιών μπορεί, επίσης, να οδηγήσει σε εξάρτηση. Ουσίες εισπνεόμενες, όπως σπρέι, κόλλες, βενζίνη, αέριο από γκαζάκια βουτανίου, φαίνεται να μη συνδέονται με αυτό που λέμε «ναρκωτικό», κατατάσσονται, όμως, στις εξαρτησιογόνες ουσίες (<http://www.kethea.gr>).

ΕΞΑΡΤΗΣΗ: Σύμφωνα με το ΚΕΘΕΑ η εξάρτηση χαρακτηρίζεται

από την έντονη προσήλωση ενός ατόμου προς ένα αντικείμενο ή άλλο άτομο. Ο εξαρτημένος δημιουργεί/επικεντρώνει τη ζωή του γύρω από το αντικείμενο της εξάρτησής του.

Εξάρτηση από ουσίες είναι η κατάσταση απόλυτου εθισμού του ανθρώπου, κατά την οποία κυριαρχείται από την έντονη ανάγκη λήψης της ουσίας. Η σωματική εξάρτηση εμφανίζεται όταν το σώμα του ανθρώπου έχει προσαρμοστεί στην ουσία και αναπτύσσει συμπτώματα όταν σταματήσει τη χρήση (το ονομαζόμενο στερητικό σύνδρομο).

Η ψυχολογική εξάρτηση εμφανίζεται όταν ο άνθρωπος έχει ανάγκη από τη χρήση της ουσίας για να νιώσει καλά, να διώξει το άγχος ή την ψυχική πίεση ή απλά για να νιώθει φυσιολογικός και να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Η ψυχολογική εξάρτηση, σε σύγκριση με τη σωματική, είναι πιο σημαντική και είναι αυτή που απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο για να αντιμετωπιστεί. Δε δημιουργούν όλες οι ουσίες και τις δυο μορφές εξάρτησης (<http://www.kethea.gr>).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΤΕΓΝΟΥ ΤΥΠΟΥ: Όπως ορίζει ο ΟΚΑΝΑ: «Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην εντατική ψυχοκοινωνική θεραπεία, χωρίς τη χρήση υποκαταστάτων και έχουν στόχο την απεξάρτηση των χρηστών από όλες τις ουσίες και την πλήρη κοινωνική επανένταξή τους» (<http://www.okana.gr>).

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ: Ορίζεται ως η συνύπαρξη στο άτομο κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής (ψυχωτικές διαταραχές, κατάθλιψη, διπολικές διαταραχές, διαταραχές πανικού κ.α) και παράλληλα εξάρτησης από ουσίες. Συναντάται επίσης και ως διπλή διάγνωση (Μάτσα, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ : ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Το πρόβλημα της χρήσης ουσιών στην Ελλάδα καθυστέρησε να κάνει την εμφάνισή του σε σχέση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Αλλά ακόμη και τότε τα ποσοστά ήταν πολύ μικρά. Τα τελευταία 10 με 15 χρόνια ο αριθμός των χρηστών έχει διπλασιαστεί και το ηλικιακό όριο έχει κατέβει σημαντικά. Επίσης, τα τελευταία έτη από τη μια παρουσιάζεται μείωση των χρηστών που επιζητούν για πρώτη φορά να εισαχθούν σε πρόγραμμα απεξάρτησης και από την άλλη αύξηση αυτών που έχουν παρακολουθήσει θεραπεία και στο παρελθόν. Ακόμα, η χρήση νέων χημικών ουσιών, κυρίως από το 2015 και έκτοτε δεν είναι αμελητέα. Ως προς τη χρήση αλκοόλ, η ηλικιακή ομάδα έχει κατέβει σημαντικά ενώ παρουσιάζεται και αύξηση των αλκοολικών ανδρών.

Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης

Στην Ελλάδα έως τη δεκαετία του '30, το πρόβλημα της χρήσης ουσιών αφορούσε κάποιες μικρές αριθμητικά και περιθωριακές ομάδες, οι οποίες έκαναν χρήση ινδικής κάνναβης. Αλλά ακόμα και τότε, ο Μεταξάς το 1936, άλλαξε τους νόμους κάνοντάς τους πιο αυστηρούς, συνέδεσε τη χρήση με τα ρεμπέτικα τραγούδια, που τα απαγόρευσε και έστειλε τους ουσιοεξαρτώμενους στην Ίο. Από τότε έως και τα τέλη της δεκαετίας του '70 το φαινόμενο των ναρκωτικών δεν έλαβε μεγάλες διαστάσεις, αν και παρά τους αυστηρούς νόμους, στην πράξη δεν εφαρμόζονταν απόλυτα. Αυτό συνετέλεσε στην περιορισμένη έκταση του προβλήματος των ουσιών έως και τη δεκαετία του '80, όταν εμφανίστηκε το πρόβλημα σε ευρύτερες και διαφορετικές πλέον κοινωνικές ομάδες και κυρίως στους νέους. Το χρονικό πλαίσιο μέσα στο οποίο έκαναν τη δυναμική επανεμφάνισή τους οι ουσίες δεν είναι τυχαίο, αν αναλογιστούμε, ότι στην Ευρώπη τα ποσοστά ήταν πολύ μεγαλύτερα και το γεγονός ότι τότε συνέβαιναν στη χώρα σημαντικές κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές αλλαγές (Μαρσέλος, 1997).

Ο πρώτος νόμος, ολοκληρωμένος και σαφής σύμφωνα με τον οποίο όποιος έκανε χρήση, εμπόριο ή καλλιεργούσε ναρκωτικές ουσίες θα υπόκειντο σε αυστηρές ποινές ήταν ο Ν. 1729 του 1987 (Κότσαλης, 2005).

Την περίοδο από το 1984 έως το 2004 ο αριθμός των ατόμων που έκαναν χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας διπλασιάστηκε. Αξίζει, όμως να αναφέρουμε ότι ακόμα και το έτος 1998, έτος με το μεγαλύτερο ποσοστό χρήσης αποτελεί ένα από τα μικρότερα ποσοστά των ευρωπαϊκών χωρών (ΕΚΤΕΠΝ, 2010).

Την περίοδο από το 2007 έως και το 2015 τα ποσοστά που καταγράφονται για τη χρήση ουσιών δεν έχουν διακυμάνσεις, δεν παρουσιάζουν σημαντικές αλλαγές. Πρέπει μόνο να επισημάνουμε, ότι σε όλη αυτή την περίοδο, τα ποσοστά του 2015 είναι σχεδόν διπλάσια από το 2003. Συγκεκριμένα, 10,6 % το 2015 και 6,5 % το 2003 (Κοκκέβη και συν. 2016).

Το 2014, το ΕΠΙΨΥ πραγματοποίησε «Πανελλήνια έρευνα για τις συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία των εφήβων μαθητών». Σε δείγμα 1320 μαθητών και των δύο

φύλων, με μέσο όρο ηλικίας 15,6 έτη, στη χώρα μας τα ποσοστά χρήσης ινδικής κάνναβης, ακόμα κι αν αυτό έχει συμβεί μια φορά στη ζωή τους, είναι 9,6 % ενώ τα αντίστοιχα άλλων χωρών που συμμετέχουν στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα HBSC/WHO είναι 14,9 % (Κοκκέβη και συν. 2016).

ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΧΡΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ 15 – 64 ΕΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ				
Χώρα	Κάνναβη	Κοκαΐνη	Ενέσιμη χρήση	Προβληματική χρήση
Αυστρία(2004)	7,5	0,9	-	5,4
Γαλλία (2005)	8,6	0,6	-	
Γερμανία (2003)	6,9	1,0	1,7	3,3
Ελλάδα (2004)	1,7	0,1	1,3	2,6
Ισπανία(2005-06)	11,2	3,0	-	8,5
Ιταλία (2005)	11,2	2,2	-	7,9
Μ. Βρετανία (2004)	10,3	2,3	4,2	10,2
Νορβηγία (2004)	4,6	0,8	3,3	-
Ολλανδία (2005)	5,4	0,6	0,9	3,2
Σουηδία (2006)	2,0	-	-	4,5

Πίνακας 1.

Πηγή: E.M.C.D.D.A. 2007, όπως παρατίθεται στο ΥΥΚΑ, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα ναρκωτικά, Αθήνα, 2008

Επειδή, όμως και στην Ελλάδα ο μέσος όρος ηλικίας των νέων που δοκιμάζουν ή κάνουν συστηματική χρήση ουσιών έχει κατέβει γίνονται συνεχώς έρευνες, οι οποίες βοηθούν στην κατανόηση και αντιμετώπιση αυτής της τάσης. Κινούμενο σε αυτό το πλαίσιο το ΕΠΨΥ το 2015 διενήργησε πανελλήνια έρευνα, η οποία είναι και η πιο πρόσφατη, σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση και με τη βοήθεια και τη μερική χρηματοδότηση από τον ΟΚΑΝΑ. Έτσι, η «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές» (Πανελλήνια Έρευνα ESPAD), πραγματοποιήθηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 3202 μαθητών, από 175 σχολεία, ηλικίας 16 ετών. Σύμφωνα με τις ανώνυμες απαντήσεις τους παρουσιάστηκε ότι:

- Το 10,6 % έχει κάνει χρήση έστω και μια φορά κάποιας παράνομης ουσίας, με τα αγόρια να έχουν διπλάσιο ποσοστό χρήσης από τα κορίτσια.
- Η χρήση κάνναβης είναι πιο διαδεδομένη με ποσοστό 9,1 %. Από το ποσοστό αυτό, το 7,5 % προέβη σε χρήση τον τελευταίο χρόνο, ενώ το 4,1 % τον τελευταίο μήνα.

- Χρήση εισπνεόμενης παράνομης ουσίας έκανε το 12,5 %, υπνωτικών και ηρεμιστικών χωρίς ιατρική συνταγή το 4,2 % , το 2,5 % ουσιών ψυχοδραστικών νέου τύπου και άλλων ουσιών το 2 %.
- Επίσης, δε σημειώθηκε διαφορά στα ποσοστά ανάλογα τη γεωγραφική περιοχή (Κοκκέβη και συν. 2016).

	Σύνολο	Αγόρια	Κορίτσια	Αττική	Θεσ/κη	Λοιπές
Οποιαδήποτε παράνομη ουσία 1^η	10,6	14,8***	6,5	11,1	11,4	10,2
Κάνναβη	9,1	12,4***	5,8	9,4	10,6	8,6
«Έκσταση»	1,2	2,0***	0,5	1,6	0,9	1,1
Αμφεταμίνες	1,5	2,2*	0,9	1,7	1,1	1,5
Μεθαμφεταμίνες	0,9	1,3	0,6	1,1	0,3	1,0
Κοκαΐνη	1,3	2,3***	0,4	1,5	1,1	1,3
Κρακ	1,0	1,4*	0,6	1,2	1,4	0,8
Παραισθησιογόνα	1,9	3,0**	0,9	2,0	2,0	0,9
Ηρωίνη	0,7	1,0	0,3	0,5	0,3	0,8
Μαγικά μανιτάρια	1,3	2,0**	0,7	1,6	0,9	1,3
GHB	0,4	0,5	0,3	0,4	0,3	0,4
Κεταμίνη	0,3	0,5	0,2	0,4	0	0,4
Νέες ψυχοδραστικές ουσίες 2^η	2,5	3,5**	1,5	2,8	3,7	2,1
Εισπνεόμενα	12,5	12,5	12,5	12,1	15,1	12,2
Ηρεμιστικά/υπνωτικά 3^η	4,2	4,2	4,1	4,3	4,5	4,0
Ισχυρά οπιοειδή 3^η	1,8	2,0	1,6	1,4	2,3	2,0
Αναβολικά	1,5	2,4**	0,6	1,1	0,6	2,0

Πίνακας 2 : Χρήση ουσιών (έστω και μία φορά στη ζωή) στους εφήβους – μαθητές ηλικίας 16 ετών (Στοιχεία «Πανελλήνια έρευνα στον σχολικό πληθυσμό για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές», 2015)

Σημειώσεις. 1^η Περιλαμβάνει τις ουσίες κάνναβη, έκσταση, αμφεταμίνες, μεθαμφεταμίνες, κοκαΐνη, κρακ, παραισθησιογόνα, ηρωίνη, μαγικά μανιτάρια, GHB, κεταμίνη. 2^η Περιλαμβάνει συνθετικά κανναβινοειδή και συνθετικά διεγερτικά. 3^η Μη- συνταγογραφημένη χρήση. * p <,05. ** p <,01. *** p <,001.

ΠΗΓΗ: Προσαρμογή από Κοκκέβη και συν.2016.

Όσον αφορά τους χρήστες, υψηλού κινδύνου, δηλαδή αυτούς που έστω και μια φορά στη ζωή τους θα προσφύγουν σε κάποια θεραπευτική υπηρεσία ανεξάρτητης για τη χρήση ηρωίνης, για το 2014 ήταν 17.245, με διάστημα εμπιστοσύνης 95 % 15.098 έως 19.781. Κύρια ουσία εξάρτησης ήταν τα οπιοειδή και η ηλικία κυμαινόταν από 15 έως 64 έτη. Αποτελεί το 2,42 %ο του συνολικού πληθυσμού. Ο παρακάτω πίνακας μας παρουσιάζει τη συνολική εκτίμηση βάση τόπου κατοικίας, ηλικίας και φύλου (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

	Εγγραφές	Κρυμμένος Πληθυσμός 1 ^η	Εκτίμηση του συνολικού πληθυσμού Πληθυσμός 95% δ.ε.2 ^η
Σύνολο	3.246	13.999	17.245 15.098– 19.781
Φύλο			
Άνδρες	2.793	11.904	14.697 12.749 – 17.027
Γυναίκες	453	2.101	2.554 1.781 – 3.777
Ηλικία			
15-24	228	780	1.008 640 – 1.706
25-34	1.473	5.818	7.291 6.045 – 8.876
35-64	1.545	7.083	8.628 7.068 – 10.627
Τόπος διαμονής			
Αττική	1.622	7.431	9.053 7.445 – 11.105

Πίνακας 3: Εκτιμήσεις του αριθμού των χρηστών υψηλού κινδύνου με ηλικία 15 – 64 ετών και κύρια ουσία τα οπιοειδή ανά φύλο και ηλικία, έτος 2014.

Σημειώσεις: 1^η Εκτίμηση του αριθμού των χρηστών που δεν καταγράφηκαν σε καμία θεραπευτική υπηρεσία κατά το έτος 2014. 2^η Διάστημα εμπιστοσύνης.

ΠΗΓΗ : ΕΚΤΕΠΝ 2015

Επιπλέον, το γεγονός ότι δε διαφέρει από την αντίστοιχη του 2013, μας δείχνει μια τυπική εικόνα ότι η μείωση που είχε καταγραφεί τα τελευταία έτη δε συνεχίζεται. Επίσης, στον πίνακα παρουσιάζονται οι χρήστες που τον τελευταίο μήνα έκαναν χρήση με ένεση. Το 2013 ήταν 5.284 και το 2014 ήταν 5.120, ποσοστά ίδιου επιπέδου (ΕΚΤΕΠΝ, 2015).

	Εγγραφές	Κρυμμένος Πληθυσμός 1 ^η	Εκτίμηση του συνολικού πληθυσμού	
			Πληθυσμός	95% δ.ε.2 ^η
Σύνολο	1.143	3.977	5.120	4.209 – 6.303
Φύλο				
Άνδρες	1.018	3.891	4.909	3.944 – 6.191
Γυναίκες	124	224	348	248 – 528
Ηλικία				
15-24	85	171	256	159 – 480
25-34	596	2.322	2.918	2.193 – 3.974
35-64	462	1.521	1.983	1.476 – 2.744
Τόπος διαμονής				
Αττική	473	1.799	2.272	1.653 – 3.215

Πίνακας 4: Εκτιμήσεις του αριθμού των χρηστών υψηλού κινδύνου με ηλικία 15 – 64 ετών που έκαναν ενέσιμη χρήση κατά το τελευταίο μήνα ανά φύλο και ηλικία, έτος 2014.

Σημειώσεις: 1^η Εκτίμηση του αριθμού των χρηστών που δεν καταγράφηκαν σε καμία θεραπευτική υπηρεσία κατά το έτος 2014. 2^η Διάστημα εμπιστοσύνης.

ΠΗΓΗ : ΕΚΤΕΠΝ 2015

Εν συνεχεία, από 94 μονάδες θεραπείας, οι οποίες παρείχαν ουσιαστική βοήθεια στη χώρα, μέσω του Δικτύου Αίτησης Θεραπείας του ΕΚΤΕΠΝ, εισήλθαν σε θεραπευτικά προγράμματα 4.740 άτομα. Σε αυτό τον αριθμό δεν έχουν συμπεριληφθεί 605 χρήστες που βρίσκονται σε αναμονή, για την εισαγωγή σε προγράμματα υποκατάστασης στις Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης του ΟΚΑΝΑ. Από το 2002 έως και το 2014 και κυρίως από το 2012 και εφεξής παρουσιάζεται μείωση στον αριθμό των ατόμων που ζήτησαν θεραπεία (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).



Πίνακας 5: Άτομα που εισήλθαν σε θεραπεία για προβλήματα από τη χρήση ουσιών την περίοδο 2002 – 2014, στο σύνολο και ανά τύπο προγράμματος (N).

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2016

Η μείωση που προαναφέρθηκε αφορά τις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο χρήστης ζήτησε πρώτη φορά θεραπεία. Αντίθετα από το 2007 έως το 2014, η είσοδος σε θεραπευτικό πρόγραμμα με ιστορικό παρελθοντικής, προηγούμενης θεραπείας ήταν μεγαλύτερος (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).

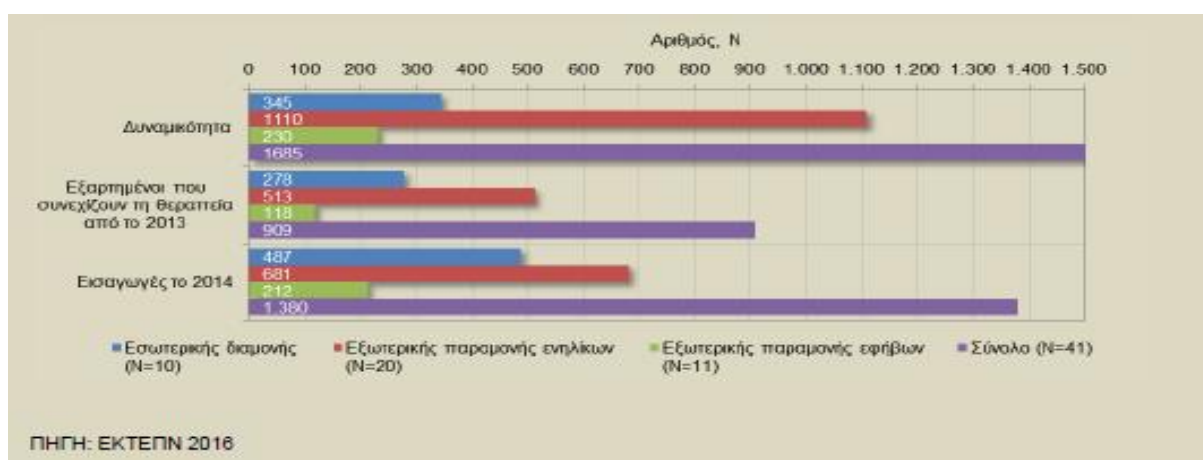
Αριθμός και ποσοστό ατόμων που εισήλθαν σε θεραπεία για προβλήματα από τη χρήση ουσιών την περίοδο 2002 – 2014, ανάλογα με το εάν αφορούν περιπτώσεις πρώτης θεραπείας ή περιπτώσεις με ιστορικό προηγούμενης εισόδου σε θεραπεία.



Πίνακας 6: Αριθμός και ποσοστό ατόμων που εισήλθαν σε θεραπεία- περιπτώσεις πρώτης θεραπείας ή περιπτώσεις με ιστορικό προηγούμενης εισόδου σε θεραπεία.

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2016

Στην Ελλάδα, από τα 43 θεραπευτικά προγράμματα «στεγνού» τύπου που υπάρχουν, τα μισά σχεδόν είναι του ΚΕΘΕΑ, τα 8 του 18 ΑΝΩ και τα 14 ανήκουν στον ΟΚΑΝΑ, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και αλλού. Η δυναμικότητα αυτών των προγραμμάτων θεραπείας, στο βασικό τους στάδιο ήταν 1.685 θέσεις. Οι 1.340 εκ των οποίων ανήκουν σε αντίστοιχα εξωτερικής παρακολούθησης και μόλις οι 345 θέσεις είναι εσωτερικής διαμονής. Επίσης, 2.289 άτομα, από τα οποία τα 909 βρίσκονταν σε θεραπεία από την αρχή του 2014, παρακολούθησαν «στεγνού» είδους θεραπείες. Από τις 1.380 εισαγωγές, το 49,4 % έγινε σε προγράμματα ενηλίκων εξωτερικά, το 35,3% στα ίδια, αλλά εσωτερικής και το 15,3 % σε προγράμματα για νέους και εφήβους (πίνακας 7). Ως προς την ολοκλήρωση και την έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας, το 37,6 % στο τέλος του 2014 δεν είχε ολοκληρώσει το πρόγραμμα. Ακόμα, το 15,7 % ολοκλήρωσε επιτυχώς και το 46,7 % εγκατέλειψαν. Από αυτό το 46,7 %, από αυτά τα 1.064 άτομα δηλαδή, τα 748 αποχώρησαν με δική τους θέληση, στα 237 τους δόθηκε εξιτήριο και τα 75 παραπέμφθηκαν αλλού (πίνακας 8) (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).



Πίνακας 7: Δυναμικότητα, εξαρτημένοι που βρίσκονται ήδη υπό θεραπεία και εισαγωγές σε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα (2014).

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2016



Πίνακας 8: Διαχρονική τάση της δυναμικότητας και του αριθμού των θεραπευόμενων σε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα (2002 – 2014).

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2016

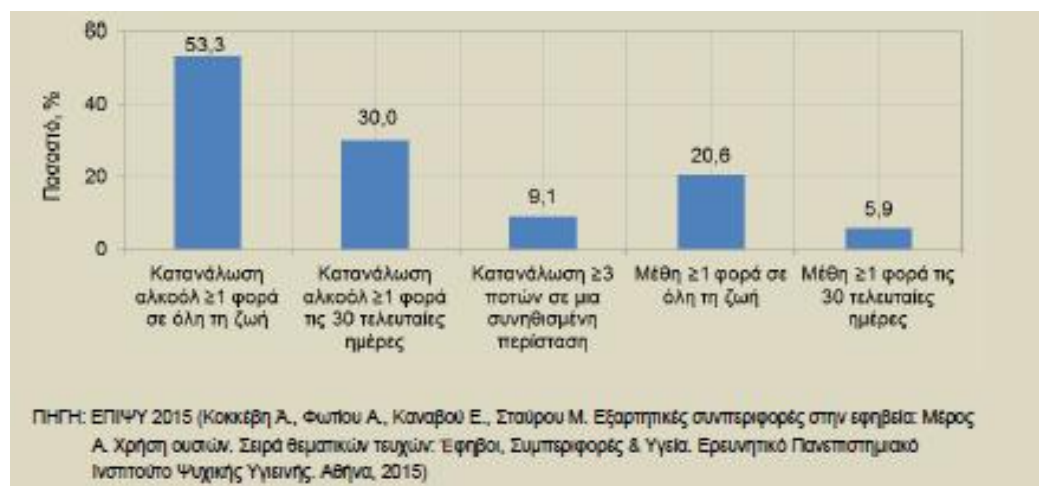
Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του κόσμου, παρατηρείται μια αύξηση στη χρήση νέων ουσιών. Για το λόγο αυτό, το Δίκτυο του Συστήματος Έγκαιρης Προειδοποίησης (ΣΕΠ) του ΕΚΤΕΠΝ, από το 1998, προχωρά στη συλλογή στοιχείων, μέσω των θεραπευτικών υπηρεσιών που διαθέτει, των τοξικολογικών εργαστηρίων και των αστυνομικών και δικαστικών αρχών. Η αύξηση αυτή είναι ιδιαίτερος αισθητή από το 2011. Οι νέες ουσίες, που έχουν εισαχθεί, προέρχονται κυρίως από δύο χημικές ομάδες. Τα συνθετικά κανναβινοειδή, τα οποία μιμούνται τις επιδράσεις της δέλτα-9-τετραυδροκανναβινόλης (THC), που αποτελεί το βασικό συστατικό δράσης της κάνναβης και τη χημική ομάδα των παράγωγων συνθετικών καθινόνων με διεγερτική δράση. Από το 2011 έως το 2015 από τις 38 νεοεισηχθείσες ουσίες που βρέθηκαν στη χώρα μας, οι 15 είναι συνθετικά κάνναβης, οι 12 παράγωγα συνθετικά καθινόνων και οι 5 φαιραιθυλαμίνες. Το 2015 μάλιστα εντοπίστηκε και ο μεγαλύτερος αριθμός σε σχέση με τα υπόλοιπα έτη (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).

ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	ΟΥΣΙΕΣ	N
Συνθετικά Κανναβινοειδή	AB-FUBINACA, 5-Fluoro-AB-Pinaca, MDMB- CHMICA, AB-CHMINACA, CUMYL-5FPINACA, 5F-AKB48, NM-2201, EAM-2201, AM-2201, JWH-018, JWH-210, JWH -122, JWH-073, JWH-250, RCS-4	16
Καθινόνες	MDPBP, Pentedrone, Clephedrone, N-ethylnorpentedrone, 3-FMC, 4- MEC, 3-MMC, Butylone, MDPV, Methylone, Mephedrone, alpha-PVP	12
Φαιραιθυλαμίνες	25B-NBOMe, 25N-NBOMe, 2C-E, 4-FA, 25I-NBOMe	5
Άλλες ουσίες	Modafinil (διεγερτική ουσία), epirocaine (με τοπικά αναισθητικές και διεγερτικές ιδιότητες), GBL	3
Τρυπταμίνη	5-Meo-MiPT (παραισθησιογόνα δράση)	1
Argylcyclohexylamines	Methoxetamine (ευφορική, αναισθητική δράση)	1
ΣΥΝΟΛΟ		38

Πίνακας 9: Νέες Ψυχοδραστικές ουσίες 2011-2015.

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2016

Για τη χρήση του αλκοόλ, σύμφωνα με την «Πανελλήνια Έρευνα για τις συμπεριφορές» που διεξάχθηκε σε έφηβους μαθητές το 2014, στα πλαίσια της παγκόσμιας επιδημιολογικής έρευνας WHO-HBSC από το ΕΠΙΨΥ ρωτήθηκαν 4.141 μαθητές. Οι ηλικίες τους ήταν 11, 13 και 15 ετών και ερευνήθηκε η βαρύτητα και η συχνότητα της κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι ένας στους πέντε μαθητές έχει μεθύσει το λιγότερο μια φορά, ένας στους δέκα ότι το λιγότερο μια φορά έχει καταναλώσει τρία ποτά και ένας στους τρεις είχε πιεί τον τελευταίο μήνα (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).



Πίνακας 10: Συχνότητα / βαρύτητα κατανάλωσης στους εφήβους.

Επιπροσθέτως, από το 2011 έως το 2014 οι γυναίκες που μπήκαν σε θεραπεία παρουσιάζουν μείωση, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός είναι άνδρες. Επίσης, οι περισσότεροι χρήστες αλκοόλ είναι πάνω από 40 ετών και άνεργοι. Περίπου στην παραπάνω ηλικία ζητούν βοήθεια για τη διακοπή της χρήσης, αν και η αρχή γίνεται κατά μέσο όρο στα 30 έτη και τα προβλήματα πρωτοεμφανίζονται στα 37. Ακόμη έχουν αυξηθεί τα ποσοστά πόσης εγχώριων ποτών, όπως τσίπουρο, ούζο, ενώ η κατανάλωση ξένης προέλευσης ποτών, όπως ούισκι, έχει μειωθεί. Κι αυτό, βέβαια, λόγω οικονομικών αιτιολογικών παραγόντων, καθώς η τιμή των δεύτερων είναι πολύ υψηλότερη (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).

Έτη	2011	2012	2013	2014
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ				
Φύλο				
Άνδρες	73,6	71,3	71,1	70,1
Γυναίκες	26,4	28,7	28,9	29,9
Ηλικία				
<40 ετών	37,6	32,4	31,9	27,3
>40 ετών	62,6	67,6	68,1	72,7
Εκπαιδευτικό επίπεδο				
< Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	73,4	76,8	71,3	74,6
Εργασιακή κατάσταση				
Άνεργοι	30,0	29,1	33,1	36,7
Εργαζόμενοι	66,8	63,4	48,9	42,8
Ιθαγένεια				
Αλλοδαποί	10,3	10,4	10,6	10,2
Οικογενειακή Κατάσταση				
Έγγαμοι	46,3	47,3	42,7	39,6

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΧΡΗΣΗΣ

· Κατανάλωση αλκοόλ πριν το θεραπευτικό αίτημα Συχνότητα κατανάλωσης (τελευταίες 30 ημέρες)				
Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	62,0	63,0	64,5	50,8
Λιγότερο συχνά	28,8	30,7	27,6	27,8
Καθόλου	19,2	16,2	18,0	21,7
· Μέση ημερήσια κατανάλωση (μονάδες αλκοόλης)	10,8	10,3	12,3	11,7
· Προτιμώμενο ποτό				
Μπίρα	21,7	22,5	24,4	23,2
Κρασί	29,4	26,9	28,2	32,4
Ούισκι, βότκα, κονιάκ κτλ.	27,1	22,3	20,3	14,3
Ούζο, τσίπουρο ρακί κτλ.	21,7	27,6	26,7	29,4
· Μέση ηλικία καθιέρωσης κατανάλωσης αλκοόλ (έτη)	29,3	30,5	30,6	30,1
· Μέση ηλικία πρώτου θεραπευτικού αιτήματος (έτη)	40,0	40,3	40,3	41,3
· Χρήση παράνομων ουσιών				
Δοκιμή	34,0	37,1	34,7	35,1
Συστηματική χρήση (τελευταίες 30 ημέρες)	4,8	8,5	8,8	7,2
· Κατάχρηση αλκοόλ από μέλη οικογένειας	56,0	62,7	61,2	61,1
· Μέση ηλικία εμφάνισης προβλημάτων σχετιζόμενα με τη χρήση αλκοόλ (έτη)	38,0	38,8	38,9	37,6
· Προβλήματα υγείας από τη χρήση αλκοόλ				
Σωματικής υγείας	20,8	18,9	20,5	21,4
Ψυχικής υγείας	18,6	16,0	18,5	19,6
Σωματικής και ψυχικής υγείας	7,6	7,8	4,8	5,6
· Βίαιη συμπεριφορά				
Λεκτική βία	38,3	38,2	36,5	38,1
Σωματική βία	1,1	0,9	0,9	1,6
Λεκτική και σωματική βία	21,3	23,5	21,8	21,7
· Οδήγηση υπό την επήρεια (πάντα/συχνά)	48,3	49,9	62,8	47,1

Πίνακας 11: Χαρακτηριστικά των ατόμων που εισήλθαν σε θεραπεία (2011-2014).

ΠΗΓΗ: ΕΚΤΕΠΝ 2016

Επίσης, σύμφωνα με τον πίνακα 12 οι έφηβοι προτιμούν την μύρα και η κατανάλωση είναι μηνιαία (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).

Τα ενημερωτικά μέσα Guardian και Fairfax Media σε συνεργασία με ανεξάρτητο οργανισμό έρευνας πραγματοποίησαν μελέτη, για την επιβλαβή χρήση όλων των ουσιών, ναρκωτικά, καπνός, αλκοόλ. Σε αυτή συμμετείχαν από πολλές χώρες 100.000 άνθρωποι. Η Ιρλανδία κατέχει την πρώτη θέση με ποσοστά 10 % για τις γυναίκες και 12 % για τους άνδρες. Η Ελλάδα βρίσκεται μεταξύ της Αυστρίας και της Γερμανίας με ποσοστό 2 % για τους άνδρες και τις γυναίκες (ΕΚΤΕΠΝ, 2016).



Πίνακας 12: Κατανάλωση αλκοόλ στους 15χρονους ανά είδος ποτού.

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ:

Καταλήγοντας διαπιστώνουμε ότι αν και στην Ελλάδα η εισαγωγή των νέων και γενικά των ανθρώπων στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών δεν εμφανίζει τα ποσοστά που παρουσιάζονται σε άλλες χώρες, η αύξηση τους καθώς και η μείωση του ηλιακού ορίου των τελευταίων ετών είναι ιδιαίτερος σοβαρή και ανησυχητική. Αν και η οικονομική κρίση, επέφερε σημαντικές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς, οι χρήστες στράφηκαν σε εγχώρια προϊόντα εθισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ:ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ο χρήστης είναι ένα άτομο ευάλωτο, ανίκανο να διαχειριστεί τα προβλήματα και τον ψυχικό πόνο. Καταφεύγει στην ουσία λόγω της επιδίωξης του κορεσμού, της διέγερσής ή της φαντασίας. Όλα αυτά, όμως, τον οδηγούν αναπόφευκτα σε δυσάρεστες καταστάσεις και οδυνηρά συναισθήματα. Η συναισθηματική λογική επηρεάζει τη συμπεριφορά του και τις κοινωνικές του σχέσεις. Όλα έχουν ως επίκεντρο το αντικείμενο εθισμού. Η όλη εθιστική συμπεριφορά οδηγεί στην κατάρρευση και μόνο η έγκυρη εξωτερική παρέμβαση μπορεί να δώσει λύση. Αρχικά, για τον χρήστη αλκοόλ τα διάφορα επιστημονικά μοντέλα εστιάζουν σε διαφορετικά χαρακτηριστικά του αλκοολισμού και προσπαθούν να αναλύσουν το προφίλ του με διαφορετικό τρόπο. Εν συνεχεία, για το χρήστη ναρκωτικών ουσιών έχουν καταλήξει ότι η έλλειψη αυτοεκτίμησης, ο αυτοκαταστροφικός χαρακτήρας και η δυσπροσαρμοστικότητα στο περιβάλλον και στις επώδυνες καταστάσεις παίζουν σημαίνοντα ρόλο και καθορίζουν τη ζωή του.

Το προφίλ του χρήστη γενικά

Η εξάρτηση, ο εθισμός δεν έχει έναν ακριβή ορισμό . Κάθε άτομο που έμμεσα ή άμεσα επηρεάζεται από αυτόν θα μπορούσε να τον σκιαγραφήσει με έναν δικό του τρόπο. Γενικά, όμως, θα μπορούσαμε να τον περιγράψουμε ως μια απόπειρα του ανθρώπου, μια απεγνωσμένη προσπάθεια να ελέγξει και να διαχειριστεί τις στρεσογόνες και ανεξέλεγκτες καταστάσεις που βιώνει. Όλοι οι άνθρωποι επιζητούμε τη νοητική, πνευματική, ψυχική υγεία και ηρεμία. Ωστόσο, κατά περιόδους ερχόμαστε αντιμέτωποι με δύσκολες καταστάσεις, που μας δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα. Σε αυτές τις στιγμές «πολεμάμε» για να τις αλλάξουμε ή τις βιώνουμε ή προσπαθούμε να βρούμε μια ψεύτικη, παροδική λύση. Οι εθισμένοι, λοιπόν, χρησιμοποιούν το αντικείμενο της εξάρτησής τους, το αλκοόλ ή τις ουσίες ως αντίβαρο για να φτάσουν την επιθυμητή ευτυχία, χαρά και ηρεμία και το πετυχαίνουν. Βέβαια, δεν πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι πρόκειται για μια ασθένεια, που προοδευτικά οδηγεί σε ένα συγκεκριμένο τέλος (Nakken, 1988).

Υπάρχουν τρεις διαφορετικοί τύποι αλλαγής διάθεσης : ο κορεσμός, η διέγερση και η φαντασία. Αρχικά, ο κορεσμός, όσο το άτομο τον βιώνει μέσω της οποιασδήποτε ουσίας ή αλκοόλ, απαλύνει ή και διώχνει τελείως τη λύπη και τον πόνο. Εν συνεχεία, βέβαια, ο πόνος επανέρχεται και τότε πρέπει να αυξήσουν την ποσότητα, η οποία παροδικά τους δημιουργεί την αρχική ψευδαίσθηση. Πρόκειται για ένα φαύλο κύκλο, που οδηγεί σε συναισθήματα πιο οδυνηρά από τα αρχικά (Nakken, 1988).

Έπειτα, η διέγερση, δημιουργεί την αίσθηση ότι το άτομο είναι πολύ ισχυρό κι' αυτό γιατί επηρεάζει το πρωτόγονο ένστικτο της δύναμης. Οι εξαρτημένοι νιώθουν χαρά, καθώς θεωρούν ότι είναι ασφαλείς γιατί κανένας και τίποτα δεν μπορεί να τους επηρεάσει. Και στη συγκεκριμένη περίπτωση όμως, η παντοδυναμία χάνεται και νιώθουν αδυναμία και φόβο. Και οι δύο αυτοί τύποι που περιγράψαμε συνδέονται με την φαντασία και λειτουργούν μέσω αυτής (Nakken, 1988).

Η κατάσταση που δημιουργεί η εξάρτηση ονομάζεται έκσταση. Πρόκειται για μια κατάσταση που δημιουργείται από το ίδιο το άτομο, η οποία του δίνει τη δυνατότητα να ζει

σε έναν κόσμο φανταστικό και να ελέγχει τα αρνητικά και άσχημα συναισθήματά του. Επίσης, η έκσταση δίνει παροδικές, ψεύτικες και απατηλές λύσεις στα προβλήματα, καθώς το άτομο ουσιαστικά ζει σε μια εικονική πραγματικότητα (Nakken, 1988).

Συναισθηματικά, ο εξαρτημένος δημιουργεί έναν κόσμο, ο οποίος λειτουργεί αμυντικά απέναντι στο κοινωνικό σύνολο και στον περίγυρό του. Ενώ, λοιπόν, διανοητικά γνωρίζει ότι οι ουσίες και το αλκοόλ δεν μπορούν να του δώσουν τη διέξοδο που αναζητά, σε όποιο τομέα κι αν βρίσκεται αυτή, η συναισθηματική του λογική, η άκρως αντίθετη της διανοητικής λογικής, τον πιέζει να υποκύψει στον εθισμό, θεωρώντας τον επείγουσα ανάγκη (Nakken, 1988).

Ο εθισμός δημιουργεί στο εξαρτημένο άτομο ουσιαστική αλλαγή των σχέσεων του, τόσο με τον ίδιο του τον εαυτό, όσο και με τους γύρω του. Κι αυτό γιατί προτεραιότητα του εξαρτημένου, είναι η «σχέση του» με την όποιοι τύπου ουσία (αλκοόλ, ναρκωτικά). Η ουσία, λοιπόν, ως το αντικείμενο του εθισμού του τον ωθεί να αντιμετωπίζει και τους υπόλοιπους ανθρώπους ως αντικείμενα χρήσης. Έτσι ο ίδιος αποστασιοποιείται και ο περίγυρός του θυμώνει και απομακρύνεται, ακόμα και απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό, μην υπολογίζοντας τις επώδυνες καταστάσεις, οι οποίες αντιμετωπίζονται ως αντικείμενα και τον καταρρακώνουν. Τέλος, είναι χαρακτηριστικό το συναίσθημα που τους δημιουργείται, ότι τα υλικά πράγματα χρήζουν μεγαλύτερης εμπιστοσύνης από τους ανθρώπους. Αυτό προέρχεται από την εσωτερική τους ανάγκη να έχουν τον πρώτο λόγο σε όλα. Πιστεύουν ότι οι δικές τους ανάγκες, οι δικές τους επιθυμίες και τα δικά τους προβλήματα είναι υπεράνω όλων. Οι φίλοι τους, η οικογένειά τους και οι γνωστοί τους δε το κατανοούν αυτό κι έχουν τα δικά τους άγχη και προβλήματα. Για το λόγο αυτό, πρωτίστως έχει σημασία το αντικείμενο του εθισμού, έπειτα ο εαυτός τους. Οι υπόλοιποι όντας απειλή για την εξάρτησή τους δεν έχουν θέση στον κόσμο τους (Nakken, 1988).

Χαρακτηριστικό όλων των εξαρτημένων ατόμων αποτελεί η σύγχυση που υπάρχει μεταξύ ουσιαστικής σχέσης και έντασης. Κατά την διάρκεια της διαδικασίας του εθισμού, ο εξαρτημένος θεωρεί ότι οι γύρω του, οι υπόλοιποι αλκοολικοί ή ουσιοεξαρτημένοι είναι πραγματικοί του φίλοι και βιώνει τη σχέση του μαζί τους ως βαθιά και ουσιαστική. Όταν, όμως, δεν υπάρχει το αντικείμενο της εξάρτησης κατανοεί ότι δεν είναι κανείς δίπλα του. Η διαφορά αυτή, μεταξύ οικειότητας και έντασης μαθαίνεται στην εφηβεία. Άρα οι εξαρτημένοι ζουν, νιώθουν και φέρονται ως έφηβοι, ζώντας και παλεύοντας με τα εφηβικά προβλήματα (Nakken, 1988).

Το αντικείμενο της εξάρτησης μπορεί πολύ εύκολα να αντικατασταθεί με άλλο αντικείμενο. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να σταματήσει τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και να αρχίσει το αλκοόλ. Πρόκειται για μια ψευδαίσθηση που δημιουργούν, ότι θεραπεύτηκαν ή ότι δεν έχουν πρόβλημα. Ωστόσο, όταν βρεθούν αντιμέτωποι με μια αγχώδη κατάσταση τη λύση την αναζητούν στο αντικείμενο του αρχικού εθισμού τους (Nakken, 1988).

Μπορούμε λοιπόν να παρατηρήσουμε ότι από τη στιγμή που η εξάρτηση εδραιωθεί, το άτομο ακολουθεί κάποια συγκεκριμένα στάδια:

- **Πνευματική εξάρτηση**

Ενώ μέσα του αρχίζει μια βαθιά πνευματική εξάρτηση, το άτομο φέρεται φυσιολογικά στον κοινωνικό του περίγυρο.

- **Συμπεριφοριστική εξάρτηση**

Ο εθισμός γίνεται τρόπος ζωής και το άτομο επαναπροσδιορίζεται σε όλους τους τομείς. Θεωρεί ότι οι γύρω του δεν τον κατανοούν, τον έχουν προδώσει απομονώνεται σταδιακά στον δικό του φανταστικό κόσμο, που τον καλύπτει πνευματικά και συναισθηματικά. Κάθε μέρα, λοιπόν, κατηγορεί τους άλλους, λέει ψέματα, απομακρύνεται και ένα καθημερινό τυπικό τελετουργικό εισβάλλει στη ζωή του. Το εξαρτημένο άτομο χάνει τον έλεγχο της ζωής και την ανθρωπιά του. Οι άνθρωποι σε δύσκολες και μη προβλέψιμες καταστάσεις αναζητούμε ένα τελετουργικό, μια συγκεκριμένη κατάσταση, που μας είναι οικεία και η οποία θα μας προσφέρει ανακούφιση και χαρά. Έτσι και οι εξαρτημένοι θεωρούν πολύ σημαντικό το δικό τους τελετουργικό, το οποίο θα τους οδηγήσει στην ευφορία. Σε αυτό το στάδιο συμπεριφοράς ο εξαρτημένος άνθρωπος νιώθει ντροπή για τον εαυτό του και καθώς δεν μπορεί να τον ελέγξει απομονώνεται περαιτέρω και εγκλωβίζεται στην εξάρτηση.

Επιπλέον ενώ ενοχλείται από τους γύρω του, που δεν ανήκουν στην «ομάδα» του, ταυτόχρονα νιώθει μια μεγάλη ανάγκη κάποιος να τον κατανοήσει, να του συμπαρασταθεί και να τον βοηθήσει. Εν συνεχεία, βέβαια, στην εξέλιξη του προβλήματος σε αυτό το στάδιο ο περίγυρος αποτελεί πρόβλημα γιατί ρωτά, προσπαθεί να βοηθήσει ή αγανακτεί. Έτσι, απλά ο εξαρτημένος τους χειρίζεται ή τους επιτίθεται ανοιχτά. Βαθιά μέσα τους, όμως, νιώθουν πόνο και θλίψη για τον εαυτό τους, και η μόνη ανακούφιση έρχεται με την εξάρτηση. Επιπλέον σε καθημερινό επίπεδο, βιώνουν επικίνδυνες καταστάσεις. Ο φόβος που τους δημιουργείται τους ωθεί σε απατηλές υποσχέσεις για διακοπή. Έτσι, νιώθουν ότι έχουν τον έλεγχο κι ότι μπορούν να ξεκινήσουν από την αρχή. Τότε κατανοούν, ότι έχουν χάσει κάθε έλεγχο, δε διαθέτουν καμιά δύναμη να παλέψουν και η μόνη τους ενέργεια διοχετεύεται στο αντικείμενο εξάρτησης. Το πνευματικό κενό είναι αναμενόμενο (Nakken, 1988).

- **Κατάρρευση**

Στο συγκεκριμένο στάδιο εκτός από το διανοητικό, συναισθηματικό και πνευματικό τέλμα, το οποίο βιώνει ήδη ο εξαρτημένος, έχει να αντιμετωπίσει και τη σωματική κατάρρευση. Η στάση ζωής του πλέον είναι πολύ ακραία και απειλητικά επικίνδυνη. Ο φόβος εναλλάσσεται με τον πόνο και το μόνο που τον αδρανοποιεί είναι ο εθισμός. Κατανοεί, όμως, ότι βρίσκεται πλέον μέσα σε ένα φαύλο κύκλο. Αρχίζει, επίσης, η συναισθηματική κατάρρευση, καθώς οι αντοχές του έχουν εξασθενήσει. Το κλάμα, ο θυμός, η καταπίεση, η οργή, το άγχος που τον διακατέχουν ανεξέλεγκτα σε συνδυασμό με την περιθωριοποίηση ή και την κατακραυγή τον εξουθενώνουν. Παράλληλα η δυνατότητα χειρισμού των ανθρώπων ως αντικείμενα ανάλογα τις ανάγκες του χάνεται με αποτέλεσμα ο περίγυρος του να

συρρικνώνεται. Δίπλα του παραμένουν άνθρωποι από υποχρέωση, από λύπηση, ενοχή ή φόβο. Ο ουσιοεξαρτώμενος τους θεωρεί υπεύθυνους για την κατάστασή του, αιτία των άλυτων προβλημάτων του και σταματά κάθε διαπροσωπική σχέση. Αντίθετα, μέσα του επιζητά την επαφή και στρέφεται στην οικογένεια ή σε κάποιο άλλο οικείο/ αγαπημένο του πρόσωπο. Η στροφή, όμως, αυτή δεν είναι υγιής. Η προσωπική επαφή μεταστρέφεται σε μια μορφή καταπίεσης και πανικού σε κάθε είδους απομάκρυνση. Δε λείπουν, βέβαια, και τα προβλήματα στον εργασιακό χώρο, αφού η εξάρτηση είναι πλέον ολοφάνερη. Τα προβλήματα δε σταματούν εδώ. Τα μεγάλα χρηματικά ποσά που ξοδεύουν για το αντικείμενο του εθισμού τους, τους δημιουργεί οικονομικά ή βιοποριστικά προβλήματα. Γι' αυτό πολλοί στρέφονται στις παρανομίες. Με την πάροδο των χρόνων, τα συσσωρευμένα ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα οδηγούν σε σωματικά. Στο στάδιο της κατάρρευσης αρχίζουν και οι απόπειρες ή οι τάσεις για αυτοκτονία. Κι αυτό, γιατί υποφέρουν, μισούν και νιώθουν ντροπή για τον εαυτό τους. Η πρόσκαιρη ανακούφιση των προβλημάτων που πρόσφερε η εξάρτηση σταματά και η μόνη διέξοδος φαίνεται η αυτοκτονία. Για να ξεφύγει κάποιος από αυτό το στάδιο, καθώς, μόνος του είναι πλέον αδύνατο, χρειάζεται εξωτερική παρέμβαση (Nakken, 1988).

Πριν σκιαγραφήσαμε το προφίλ του αλκοολικού ατόμου και του ουσιοεξαρτώμενου. Είναι απαραίτητο να προηγηθεί ένας ορισμός για τον κάθε ένα χρήστη. Ένας ορισμός που θα μας βοηθήσει να τους κατανοήσουμε καλύτερα.

Το προφίλ του αλκοολικού

Είναι δύσκολο να υπάρξει και δεν είναι και λογικώς ορθό, καθώς οι επιστημονικές έρευνες συνεχώς εξελίσσονται ένας ορισμός για τον αλκοολικό. Για το λόγο αυτό, υπάρχουν τέσσερα μοντέλα, που προσπαθούν να προσεγγίσουν τον όρο και τα οποία επικρατούν ανάμεσα στους διάφορους επιστημονικούς κλάδους (Ποταμιάνος, 2005).

· Ιατρικό μοντέλο

Το συγκεκριμένο μοντέλο εστιάζει στις σωματικές βλάβες που μπορεί να προκαλέσει η κατάχρηση της αλκοόλης. Ήδη από το 1850 άρχισαν να πραγματοποιούνται οι πρώτες μελέτες στην Αμερική. Από τότε έως τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, άρθρα των επιστημών της γενετικής, της φυσιολογίας και της νευροφυσιολογίας προσεγγίζουν τον όρο. Η σύγχρονη, όμως, προσέγγιση του φαινομένου βασίζεται στο βιβλίο «The Disease Concept of Alcoholism», που γράφτηκε το 1960 από τον ψυχίατρο E.U. Jellinek. Μετά την συνεργασία του με τον Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) και μελετώντας τη χρήση αλκοόλ διαπολιτισμικά κατέληξε ότι υπάρχουν από ιατρικής άποψης πέντε είδη εξαρτήσεων από το αλκοόλ :

1. Τύπος Α: η ψυχολογική, χωρίς βιοσωματικά προβλήματα, εξάρτηση.
2. Τύπος Β: η κατάχρηση της αλκοόλης που δημιουργεί σοβαρά σωματικά προβλήματα υγείας.
3. Τύπος Γ: η μη τακτική, αλλά η αυθόρμητη χρήση αλκοόλ, χωρίς να μπορεί να ελεγχθεί.

4. Τύπος Δ: η αδυναμία να απέχει κάποιος από το αλκοόλ.
5. Τύπος Ε: η κατά περιόδους χρήση.

Χάρη στα συγκεκριμένα μοντέλα και στην προσφορά του Jellinek διαμορφώθηκε η άποψη ότι ο αλκοολικός είναι ένας άρρωστος που χρήζει νοσηλείας (Ποταμιάνος, 2005).

· **Ψυχοδυναμικό Μοντέλο**

Στηρίζεται στην ψυχαναλυτική θεωρία του Φρόιντ και των ψυχαναλυτών που υιοθέτησαν τις θεωρίες του, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, από το 1915 και μετά. Έτσι, σύμφωνα με τον Ferenczi (1916) υποβόσκει μια ομοφυλοφιλική τάση. Υιοθετώντας την ίδια άποψη ο Storr (1974) διατύπωσε ότι τόσο οι αλκοολικοί όσο και οι ομοφυλόφιλοι έχουν ένα κοινό σημείο που κάνει τον πρώτο να θεωρείται ψυχοπαθολογικά ότι έχει ομοφυλοφιλικές τάσεις. Το κοινό σημείο αυτών είναι η συναισθηματική ανωριμότητα (Ποταμιάνος, 2005).

Ωστόσο, άλλοι επιστήμονες του κλάδου της ψυχανάλυσης, όπως ο Fenichel (1944) συνέδεσαν τον μη τακτικό, αλλά ανά περιόδους αλκοολικό με το άτομο που πάσχει από μανιοκατάθλιψη. Κι οι δύο βρίσκονται μεταξύ δυο εναλλασσόμενων συμπεριφορών. Ο πρώτος μεταξύ φυσιολογικής και μη χρήσης αλκοόλ κι ο δεύτερος μεταξύ μανίας και κατάθλιψης (Ποταμιάνος, 2005).

Οι περισσότεροι υποστηρικτές του ψυχοδυναμικού μοντέλου, μελετώντας τη συμπεριφορά ενός αλκοολικού ατόμου κατέληξαν σε δύο βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους:

1. Κάλυψη των αναγκών από τους γονείς:

Είναι πολύ συνηθισμένο πολλοί γονείς, από αγάπη, ίσως και από φόβο να υπερκαλύπτουν τα παιδιά τους, να τα υπερπροστατεύουν και να αναλαμβάνουν όλες τις ευθύνες. Λογικό επακόλουθο είναι τα συγκεκριμένα παιδιά ως ενήλικες πλέον, μην έχοντας εξοπλιστεί με αυτοπεποίθηση, με ευθύνες και με τη δυνατότητα να ανταπεξέρχονται και να καλύπτουν μόνοι τις ανάγκες τους, να αντιμετωπίζουν προβλήματα και σε κάθε εμπόδιο που τους παρουσιάζεται να στρέφονται στις καταχρήσεις (Ποταμιάνος, 2005).

2. Καθήλωση σε ένα εφηβικό στάδιο:

Το άτομο παραμένει σε ένα από τα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης της ψυχολογίας του, στο λεγόμενο «στοματικό στάδιο». Για να το διευκρινίσουμε οφείλουμε να πούμε ότι παρουσιάζει μια δυσκολία για ενηλικίωση. Πρόκειται για άτομα με υπερ-εγώ, έντονο εγωκεντρικό χαρακτήρα, με δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, με ανωριμότητα και με έντονη εξάρτηση από την οικογένεια, ιδίως τη μητέρα. Τα συγκεκριμένα άτομα, όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν την καθημερινότητα, να αναλάβουν σημαίνοντες ρόλους νιώθουν έντονες πιέσεις που φθάνουν μέχρι και την εσωτερική ψυχολογική σύγκρουση. Για να αποφύγουν τις ευθύνες καταφεύγουν στη χρήση αλκοόλ (Ποταμιάνος, 2005).

- **Συμπεριφορικό Μοντέλο**

Το μοντέλο αυτό ιστορικά συνδέεται με το Ρώσο Pavlov με τη θεωρία «της κλασικής εξάρτησης», την οποία υποστήριξε ο ψυχολόγος Watson (1919). Μια επιπλέον προσέγγιση του μοντέλου αυτού έγινε από τον Αμερικανό B F Skinner (1938) στα πλαίσια της «συντελεστικής μάθησης». Βάση της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι ότι σε διάφορα ερεθίσματα, ο άνθρωπος συμπεριφέρεται αναλόγως, ακολουθώντας μια φυσιολογική αντίδραση. Έτσι, η εκτεταμένη χρήση αλκοόλ, όταν το άτομο θέλει να έρθει σε μια κατάσταση ευφορίας ή όταν επιθυμεί να διαφύγει των προβλημάτων, μπορεί να οδηγήσει στον αλκοολισμό. Έτσι, το άτομο «μαθαίνει» ότι η χρήση έχει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Στο συγκεκριμένο μοντέλο βασίζεται η κλινική ψυχολογία και η ψυχιατρική (Ποταμιάνος, 2005).

- **Κοινωνιολογικό Μοντέλο**

Στόχο έχει μέσω της έρευνας να εξετάσει τους κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες που οδηγούν στον εθισμό από το αλκοόλ

Με τον όρο αλκοολισμό εννοούμε:

- τη χρήση μεγάλης ποσότητας αλκοόλης
- την επείγουσα ανάγκη η ποσότητα του αλκοόλ συνεχώς να αυξάνεται
- το σύμπτωμα της στέρησης, όταν κάποιος σταματήσει την κατανάλωση

Ο αλκοολικός δεν ενδιαφέρεται για τίποτα στη ζωή. Το επάγγελμα, η οικογένεια, οι καθημερινές χαρές βρίσκονται σε δεύτερη μοίρα. Πρωταρχικό ρόλο έχει το αλκοόλ. Για την εμφάνιση του φαινομένου αυτού, κυρίαρχο ρόλο παίζουν το κοινωνικοπολιτισμικό και το οικογενειακό περιβάλλον. Επιπροσθέτως, η ίδια η προσωπικότητα του ανθρώπου παίζει σημαντικό ρόλο για την εγκατάσταση του εθισμού. Το άτομο νιώθει ανικανοποίητο, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει φόβο, απομόνωση, μοναξιά. Χαρακτηρίζεται από μια τάση για υπέρ-εγώ, έντονη απελπισία και δεν αντέχει τη θλίψη, τον πόνο και την ματαιώση. Κατανοούμε, λοιπόν, ότι οι ψυχικές και οι συναισθηματικές ανάγκες ενός ανθρώπου είναι υπεύθυνες για τη χρήση αλκοόλ. Ουσιαστικά, συνυπεύθυνες, καθώς και άλλες παράμετροι διαδραματίζουν ιδιάζοντα ρόλο: η κληρονομικότητα και γενικά οι δυσκολίες, που όλοι κατά περιόδους καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε. Ως προς την κληρονομικότητα δεν είναι σίγουρο ότι πάντα οδηγεί στην ίδια εθιστική κατεύθυνση (Τσαρούχας, 2000).

Ο σύγχρονος αλκοολικός είναι ένας άνθρωπος περίπου μέσης ηλικίας με πολλές ευθύνες, σε επίπεδο εργασίας και οικογένειας. Πρόκειται για έναν άνθρωπο καθημερινό με φυσιολογική κοινωνική ζωή (Τσαρούχας, 2000).

Σε όλες τις εξαρτήσεις δεν παίζει κυρίαρχο ρόλο το φύλο του ατόμου. Ωστόσο, στον αλκοολισμό ο ανδρικός πληθυσμός είναι μεγαλύτερος από το γυναικείο και ο εθισμός παρουσιάζει κάποιες διαφορές. Οι γυναίκες αν και αργούν χρονικά να αρχίσουν την εξάρτηση, εξαρτώνται πολύ πιο γρήγορα καθώς είναι πιο ευάλωτες εξαιτίας του γαστρικού ADH (Hillemand, 2000).

Το κοινωνικό στίγμα, ο φόβος για κοινωνική κατακραυγή οδηγεί τις περισσότερες γυναίκες να καταναλώνουν αλκοόλ κρυφά. Για να μην αμαυρωθεί η παραδοσιακή εικόνα που έχει, η κατανάλωση γίνεται στο σπίτι, ενώ αν η οικογένεια το γνωρίζει το αποσιωπά. Ακόμα και οι ίδιες έχουν πολύ άσχημη εικόνα για τη γυναικεία μέθη. Επίσης, αν και η εξάρτηση αργεί χρονικά, όπως προαναφέρθηκε, η κατανάλωση ξεκινά σε μικρή ηλικία. Οι γυναίκες χρήστες αλκοόλ είναι, συνήθως, καλλιεργημένες, μορφωμένες, εργάζονται εισπράττοντας υψηλό μισθό και ανύπαντρες (Ποταμιάνος, 2005).

Οι λόγοι που τις ωθούν στην κατάχρηση και στην εξάρτηση είναι το αίσθημα της απώλειας σε όλους τους τομείς, ουσιαστικά στην ίδια τη ζωή, η ανιαρή καθημερινότητα και τα κάθε είδους ψυχικά προβλήματα. Σε πολλές περιπτώσεις έχουν υπάρξει θύματα κακοποίησης σε μικρή ηλικία ή παραμέλησης από τους αλκοολικούς γονείς τους. Ένας άλλος λόγος για να αρχίσουν την εξάρτηση είναι η αιφνίδια εμφάνιση ενός στρεσογόνου γεγονότος. Αυτό σε συνδυασμό με κάποια συναισθήματα που ήδη υπήρχαν ή που αναδύθηκαν ξαφνικά στην επιφάνεια (άγχος, στρες, μοναξιά κ.ά.) οδηγούν στην κατάχρηση. Αν και το διαζύγιο είναι συχνό φαινόμενο, τις περισσότερες φορές οι παντρεμένες έχουν σύζυγο αλκοολικό. Επιπροσθέτως, η σχέση με τους γονείς τους είναι προβληματική κι αυτό τις οδηγεί σε μικρή ηλικία να φύγουν από το σπίτι (Ποταμιάνος, 2005).

Μελετώντας το προφίλ των αλκοολικών γυναικών παρατηρείται, ότι περίπου μετά τα τριάντα χρόνια χρήσης αναζητούν βοήθεια και στρέφονται σε ειδικούς, σε ιδιωτικές κλινικές και ιατρεία και γενικότερα σε κέντρα μέσης κοινωνικής τάξης και υψηλού εισοδήματος. Η ανάγκη, βέβαια, για βοήθεια ξεκινά όταν τα ψυχικά, σωματικά και οικογενειακά προβλήματα βρίσκονται στο ζενίθ. Σίγουρα δεν πρέπει να ξεχνάμε τα παιδιά ή τα βρέφη αυτών των γυναικών που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας (Ποταμιάνος, 2005).

Σε ολόκληρη την Ευρώπη πάρα πολλά παιδιά μεγαλώνουν, ακολουθώντας το γονεϊκό παράδειγμα και υιοθετώντας πολιτισμικές συνήθειες, που εντάσσουν το ποτό στην καθημερινότητα κάθε οικογένειας. Έτσι, αν και η νομοθεσία κάτω των 18 ετών απαγορεύει την κατανάλωση αλκοόλ, η πρώτη επαφή ή η περιστασιακή κατανάλωση αρχίζει στην ηλικία 10-12 ετών. Η τακτική μεταξύ 15-18 ετών. Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι η κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών τη φορά χαρακτηρίζει, κυρίως, τα αγόρια («βαριά κατανάλωση») (Τσαρούχας, 2000).

Δύο είναι οι τύποι των νεαρών ατόμων, που οδεύουν προς τον εθισμό:

1. Ο έφηβος που βιώνει τη δύσκολη περίοδο της ηλικίας:

Ο έφηβος μέσω της κατανάλωσης αλκοόλ νιώθει ότι ταυτίζεται και γίνεται σύνολο με τους συνομήλικούς του και τους μεγαλύτερους. Νιώθει, ότι με αυτό τον τρόπο ενηλικιώνεται. Αυτή η τάση σε συνδυασμό με τα εφηβικά αισθήματα, την τάση για αναζήτηση νέων πραγμάτων, αναζήτηση εμπειριών, μη κατανόηση ή απουσία φόβου για τον κίνδυνο, εναλλασσόμενα ευχάριστα και δυσάρεστα συναισθήματα, βρίσκουν διέξοδο στο ποτό. Αν αυτά συνοδεύονται με ψυχολογικά ή οικογενειακά προβλήματα, κάνουν τη χρήση πιο προσιτή και επικίνδυνη (Hillemand, 2000).

2. Το νεαρό άτομο που βρίσκεται σε «κρίση εφηβείας»:

Πρόκειται για ένα νέο που ανησυχεί και άγχεται για το μέλλον, που ψυχολογικά το αλκοόλ λειτουργεί ως αντίβαρο στην μονοτονία και στην καθημερινότητα. Βγαίνει συχνά, δεν αθλείται, και πιστεύει ότι η αγάπη των γονιών έχει αντικατασταθεί με απαιτήσεις για το παρόν και τη μελλοντική του πορεία. Σε νέους αυτού του τύπου, εάν παρουσιάζουν και ψυχιατρικά προβλήματα, οι αυτοκτονικές τάσεις είναι συχνό φαινόμενο (Hillemand, 2000).

Οι ηλικιωμένοι είναι, επίσης, μια ηλικιακή ομάδα με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ. Περίπου τα 65 έτη είναι μια ηλικία ορόσημο. Η μείωση του εισοδήματος, τα επαγγελματικά βάρη, οι εργασιακές πιέσεις, η απώλεια του συντρόφου, της κοινωνικής θέσης, η μοναξιά, οι ζωτικές ενορμήσεις, το αίσθημα ότι τα χρόνια φεύγουν, συχνά οδηγούν ή σε παύση προηγούμενης κατάχρησης αλκοόλης ή σε επιδείνωση στη χρήση. Ο εθισμός σε αυτή την ηλικία είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος αν λάβουμε υπόψη μας την υγεία, τα σωματικά-ιατρικά προβλήματα και την πιθανή λήψη φαρμάκων (Hillemand, 2000).

Το προφίλ του ουσιοεξαρτώμενου

Ο όρος τοξικομανής ετυμολογικά προέρχεται από τη λέξη τοξικό, που σημαίνει δηλητήριο και τη λέξη μανία, η οποία είναι μια ψυχική διαταραχή. Από την αρχή που εμφανίστηκε υπήρξε όρος με κοινωνικοηθικό και ιατρικό περιεχόμενο. Δήλωνε την κοινωνική μάστιγα των ναρκωτικών και τη νόσο που προέρχεται από την κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών. Σήμερα, η τοξικομανία ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που ταλανίζουν την κοινωνία αλλά και τα εξαρτημένα άτομα. Ο τοξικομανής είναι ένας άνθρωπος υπόδουλος της χρήσης, που σωματικά και ψυχικά την έχει ανάγκη, ενώ παράλληλα θεωρεί ότι έχει τον απόλυτο έλεγχο. Θεωρεί ότι είναι μόνος του, ότι κανείς δεν τον κατανοεί, ότι η ζωή του δεν έχει νόημα. Ο ψυχικός πόνος καταπραΰνεται μόνο με την έντονη παραγωγή σωματικών αισθήσεων. Έχει χάσει την ψυχική του ισορροπία, είναι υπερευαίσθητος και καλύπτει τα όποιου είδους κενά με τα ναρκωτικά. Συνήθως, εξαιτίας της περιέργειας, της αναζήτησης εμπειριών, της γοητείας του κινδύνου και του έντονου ενδοοικογενειακού ελέγχου, στην εφηβεία δοκιμάζει τις ουσίες. Σε αυτές βρίσκει λύση στις δύσκολες καταστάσεις που βιώνει (Μάτσα, 1997).

Επίσης, ο ίδιος έχει μια πολύ κακή εικόνα για τον εαυτό του. Διαθέτει χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει ανεπαρκής, ευάλωτος, αδύναμος, ανικανοποίητος. Θέλει να δραπετεύσει από την προσωπική και κοινωνική ζωή. Ο τοξικομανής στην προσπάθειά του να απαλύνει τα αρνητικά συναισθήματα, τον ψυχικό πόνο προκαλεί στον εαυτό του σωματικό πόνο. Δε σέβεται, δεν εκτιμά τον εαυτό του και τρέπει το σώμα του σε αντικείμενο. Από τη μια σε αντικείμενο βίας (το χαρακώνει, το τρυπάει κ.ά.) και από την άλλη σε πεδίο συγκρούσεων μεταξύ ζωής και θανάτου, εσωτερικών και εξωτερικών συγκρούσεων. Δεν έχει επίγνωση του κινδύνου, που μπορεί να προκαλέσει ο αυτοκαταστροφικός του χαρακτήρας, καθώς τον έλεγχο έχει αναλάβει η ναρκωτική ουσία (Μάτσα, 1997).

Χαρακτηριστικό των τοξικομανών είναι η συνεχής και καθημερινή πρόκληση του κινδύνου (θάνατος από υπερβολική δόση, ιός AIDS, παράνομα κυκλώματα, κάθε είδους ατυχήματα, ιός της ηπατίτιδας κ.ά.). Κατά την έκθεση στον κίνδυνο που προκαλεί στρες, εκκρίνονται ενδορφίνες και έρχεται η ευφορία. Εν συνεχεία, η συναισθηματική-ψυχική αστάθεια παραγκωνίζεται και η μονοτονία του καθημερινού τελετουργικού εγκαθίσταται. Με τον κίνδυνο νιώθει και πάλι ζωντανός, ενώ παράλληλα τον κατακυριεύει ο τρόμος. Ο στόχος

του δεν είναι ο θάνατος. Είναι η αίσθηση αυτονομίας, η κατάργηση των συναισθημάτων (Μάτσα, 2001).

Στο προφίλ των τοξικομανών εντάσσεται η παραβατική συμπεριφορά και η βία. Η παραβατικότητα, οι ληστείες, οι κλοπές, προέρχονται αρχικά από την αντικοινωνική, νευρωτική και ψυχωτική τάση του εξαρτημένου ατόμου. Σε δεύτερο επίπεδο, του αποφέρουν οφέλη και προκαλούν κοινωνικές αντιδράσεις. Ακόμα, η βία εντάσσεται στο αντικοινωνικό πλαίσιο του χαρακτήρα του. Παρουσιάζει αδυναμία προσαρμογής στο κοινωνικό περιβάλλον, καθώς έχει ήδη βιώσει την αποτυχία και την απόρριψη. Αυτή η κοινωνική παθολογία τον οδηγεί στην περιθωριοποίηση. Επιπλέον, με τη βίαιη συμπεριφορά, στόχος του δεν είναι η αυτοϊκανοποίηση λόγω της καταστροφής, λόγω του κακού προς τους άλλους. Επιθυμεί την κυριαρχία, γιατί κατακλύζεται από την ψευδαίσθηση του ανίκητου, του παντοδύναμου. Οι παρορμητικές βίαιες πράξεις, που έχουν ως αντικείμενο ακόμα και τον ίδιο, πολλές φορές αρχίζουν χωρίς καμία αιτία. Αποτελούν μέρος μιας ψυχικής έντασης, που δεν μπορεί να ελέγξει (Μάτσα, 2001).

Ο τοξικομανής σε κατάσταση μέθης, απλά συναναστρέφεται χωρίς ουσία με τους υπόλοιπους ανθρώπους, για να εξασφαλίσει την επόμενη δόση. Δε λειτουργεί ως πολιτικό, κοινωνικό ον, δε σκέφτεται λογικά και είναι απών από όλους τους τομείς. Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι από τη φύση του ο εξαρτημένος από τα ναρκωτικά επιθυμεί τη μύηση των υπολοίπων (Μάτσα, 2001).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ:

Ο αλκοολικός και ο χρήστης ναρκωτικών ουσιών βιώνουν συναισθήματα επώδυνα και σκληρά. Οι συναισθηματικές αλλαγές, η αλλαγή στον τρόπο ζωής και στη συμπεριφορά τους, τους οδηγούν στον εγκλωβισμό στην ναρκωτική ουσία. Η αρχική αίσθηση της ευφορίας και της διέγερσης αντικαθίσταται από ένα συνεχή και καθημερινό αγώνα μεταξύ ζωής και θανάτου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ουσιαστικά τα αίτια της εξάρτησης, είτε πρόκειται για νόμιμες ουσίες είτε για παράνομες, διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τους νευροβιολογικούς παράγοντες και τους ψυχοκοινωνικούς. Η πρώτη αιτιολογική θεώρηση επικεντρώνεται στους νευροβιολογικούς μηχανισμούς, στους νευροδιαβιβαστές και στη σχέση τους με τις ουσίες, στην επίδραση που έχουν αυτές σε κάποια τμήματα του εγκεφάλου και στις σωματικές και οργανικές επιπτώσεις. Τέλος, σε κάποια επίκτητη ή κληρονομική αίτια που κάνει τον άνθρωπο πιο επιρρεπή. Εν αντιθέσει οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επικεντρώνονται στο ρόλο της οικογένειας, του σχολικού περιβάλλοντος, της κοινωνίας γενικότερα. Αλλά και στο ρόλο της προσωπικότητας, της ιδιοσυγκρασίας και της ψυχολογίας του ίδιου του ατόμου.

Γενετικοί- Βιολογικοί παράγοντες

Για πολλά χρόνια οι προσπάθειες επικεντρώθηκαν στην εύρεση των διαφορών σε επίπεδο παθολογίας, ανατομίας, φυσιολογίας κ.ά., στην προσπάθεια γενικότερα για τον εντοπισμό διάφορων βιολογικών αιτιών που ωθούν το άτομο στην ουσιοεξάρτηση. Οι διάφορες μελέτες βασίστηκαν σε έρευνες οικογενειών με δίδυμα ή με υιοθετημένα μέλη (Ποταμιάνος, 2005).

Το 1940 εμφανίστηκε η λεγόμενη «αλλεργική θεωρία», για τον αλκοολισμό συγκεκριμένα, που γρήγορα, όμως, κατέρρευσε. Έτσι, οι επιστήμονες άρχισαν να μελετούν την πιθανότητα κληρονομικότητας. Μελέτησαν παιδιά υιοθετημένα, με βιολογικούς αλκοολικούς γονείς, που δεν είχαν καμία επαφή μαζί τους (Cadoret, 1976, Croodwin, 1976). Εν συνεχεία έρευνες που έγιναν από τους Cadoret & Crath (1977) και Croodwin (1973) έδειξαν ότι αυτά τα παιδιά ήταν πιο επιρρεπή στην κάθε ουσία. Γενικότερα, λοιπόν, παρατηρείται μια ευαλωτότητα σε υιοθετημένα παιδιά, τα οποία, αν και είχαν απομακρυνθεί από το προβληματικό περιβάλλον και μεγάλωναν με άλλη οικογένεια είχαν μια προδιάθεση στον εθισμό. Αυτά τα παιδιά, όταν αντιμετώπιζαν σημαντικά, καταλυτικά γεγονότα στη ζωή τους, όπως ψυχικές διαταραχές, διαζύγιο, απώλεια αγαπημένων προσώπων αυξάνονταν οι πιθανότητες για χρήση ουσιών. Βέβαια, όσο δυνατή κι αν είναι η προδιάθεση, η κληρονομικότητα, το κοινωνικοοικογενειακό περιβάλλον τη μηδενίζει ή την ενισχύει (Ποταμιάνος, 2005).

Η γενετική συμβολή συνεισφέρει το ίδιο και στα δύο φύλα. Επίσης, τα μονοζυγωτικά δίδυμα είχαν υψηλότερο ποσοστό συμβολής για κάθε φύλο απ' ότι τα διζυγωματικά δίδυμα (Ποταμιάνος, 2005).

Σε γενικές, όμως, γραμμές οι βιολογικοί παράγοντες έχουν σχέση με τον οργανισμό του καθενός και τις ιδιότητες της δράσης των ουσιών. Κάθε ουσία έχει κάποια χαρακτηριστικά που καθορίζουν τον τρόπο που διαδίδεται:

1. Το στερητικό σύμπτωμα

Τα στερητικά συμπτώματα οδηγούν αναπόφευκτα τον ουσιοεξαρτώμενο στην επόμενη δόση, για να μπορέσει να αποφύγει τον ψυχικό, σωματικό και ψυχολογικό πόνο (Farrel,1998).

2. Η ταχύτητα δράσης

Όσο πιο γρήγορα δρα η ουσία και όσο πιο έντονα θετικά συναισθήματα ευφορίας δημιουργεί στο χρήστη, τόσο πιο γρήγορα ολοκληρώνεται η δράση της και οδηγεί σε μεγαλύτερη ποσότητα (Farrel,1998).

Όποιο κι αν είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της δράσης, μεγάλο και σημαντικό ρόλο παίζει ο οργανισμός του κάθε ατόμου. Η αντοχή του καθένα, όταν κάνει χρήση καθορίζεται από βιολογικής φύσεως χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα οι Κινέζοι έρχονται πολύ γρήγορα και ευφορία και μέθη, λόγω μιας γενετικής ιδιαιτερότητας του μεταβολισμού. Το γυναικείο φύλο, λόγω γενετικών και οργανικών χαρακτηριστικών δε μπορούν να καταναλώσουν τις ίδιες ποσότητες όσο οι άνδρες. Τέλος, κάποιοι λαοί της Ανατολής, επειδή τους λείπει ένα ένζυμο δε μεταβολίζουν το αλκοόλ (Brook,1996).

Έτσι, οι γενετικές ιδιομορφίες, καθορίζουν τον τρόπο μεταβολισμού των ουσιών και την αντίδραση του σώματος. Οι έρευνες σε αυτό τον τομέα εντείνονται, καθώς η δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι οι βιολογικοί – γενετικοί παράγοντες συνυπάρχουν με άλλους και γίνεται προσπάθεια να εντοπιστεί σε πιο βαθμό από μόνοι τους μας επηρεάζουν (Κουτσελίνη, Σπηλιοπούλου, 1995).

Ως προς τον αλκοολισμό και γενικά τη χρήση ουσιών υπάρχουν πολλές νευροβιοχημικές και γενετικές προσεγγίσεις που χαρακτηρίζονται ως αιτιοπαθογενείς. Αυτοί οι παράγοντες λειτουργούν ως δείγμα τρωτότητας του ατόμου κι όχι ως μοναδικές αιτιολογικές συνιστώσες εξάρτησης. Η συνύπαρξη κι άλλων παραγόντων, όμως, καθιστούν το άτομο πιο ευάλωτο (Hillemand,2001).

Σε αυτά τα άτομα παρουσιάζεται έλλειψη στο ισοένζυμα ADH2. Γενικά τα διαφορετικά επίπεδα στο ADH και στο ALDH προκαλούν ευαλωτότητα ή όχι στις ουσίες (Hillemand,2001).

Ψυχολογικοί παράγοντες

Αν και εκτενή αναφορά της ψυχολογίας του ουσιοεξαρτημένου, που λειτουργεί ως καταλύτης για την εξάρτηση έγινε στο προηγούμενο κεφάλαιο, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι οι ψυχαναλυτές, οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι έκαναν και κάνουν μεγάλη προσπάθεια να τεκμηριώσουν και να εξηγήσουν το φαινόμενο της εξάρτησης κάτω από ένα ψυχολογικό πρίσμα.

Αρχικά, θεωρήθηκε ότι οι ουσίες, οι ψυχοτρόπες ουσίες, συνδέονται με παιδικά τραύματα, με άσχημα παιδικά βιώματα και λειτουργούν ως υποκατάστατο της σεξουαλικής ικανοποίησης. Αυτά, έχουν σαν αποτέλεσμα το άτομο να παραμένει στο στοματικό στάδιο ανάπτυξης. Τα άτομα, λοιπόν, που είναι πιο επιρρεπή στην κατάχρηση, είναι άτομα με βαθιά ή άλυτα ψυχολογικά προβλήματα, με αρνητικά συναισθήματα, με διαταραχή μετατραυματικού στρες, ή άγχος, που πηγάζει από τα παιδικά χρόνια. Η εξάρτηση λειτουργεί σ' αυτούς ως μια αυτοθεραπεία, ως μια προστασία του Εγώ τους και ως μια στιγμή ενίσχυσης των ευχαριστών συναισθημάτων. Ένας από τους υποστηρικτές της θεωρίας, που συνδέει την

κατάχρηση με ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας είναι ο Wurmser (1984). Υποστήριξε ότι η ευαλωτότητα προέρχεται από παιδικά τραύματα, όπως η ψυχολογική, σωματική/σεξουαλική αλλά και κάθε είδους κακοποίηση, η εγκατάλειψη κ.ά. Έτσι, τα τραύματα, καθώς το άτομο από παιδί γίνεται έφηβος και στην συνέχεια ενήλικας, δημιουργούν ενοχή, ντροπή, φόβο, χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος και συναισθηματικές – ψυχολογικές συγκρούσεις (Πουλόπουλος, 2005).

Συγκεκριμένα για τους αλκοολικούς, οι σύγχρονες μελέτες απομακρύνονται από την άποψη που υπήρχε παλαιότερα περί «αλκοολικής προσωπικότητας». Σύμφωνα με την προαναφερθείσα θεωρία άτομα με συγκεκριμένα στοιχεία, με συγκεκριμένη δομή προσωπικότητας είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκπέσουν στο ποτό. Η επινοήση αυτού του τύπου της προσωπικότητας έθετε την κατάχρηση αλκοόλ αναπόφευκτο συμβάν, εξυπηρετώντας τόσο τους ψυχιάτρους και ψυχολόγους όσο και τον ίδιο τον αλκοολικό (Ποταμιάνος, 2005).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Ως περιβαλλοντικά αίτια λογίζονται κάποιοι παράγοντες του περιβάλλοντος που είναι ανεξάρτητοι από το είδος κάθε κοινωνίας.

Αρχικά, ένας σημαντικός περιβαλλοντικός παράγων είναι το επάγγελμα και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες κάποιος εργάζεται. Υπάρχουν, λοιπόν, κάποια επαγγέλματα, που εξαιτίας των κοινωνικών ή ψυχολογικών λόγων είναι οι άνθρωποι πιο επιρρεπείς στις ουσίες. Οι κοινωνικοπεριβαλλοντικοί λόγοι έχουν άμεση σχέση με το επάγγελμα που είναι εκτός σπιτιού, που ο επαγγελματίας ταξιδεύει ή λείπει πολλές ώρες από την οικογένεια και με το επάγγελμα που έχει άμεση σχέση με το ευρύτερο κοινό. Οι ψυχοπεριβαλλοντικοί λόγοι ευαλωτότητας έχουν να κάνουν με τον οριζόντιο ή κάθετο διαχωρισμό στον εργασιακό χώρο, με τις επαγγελματικές συγκρούσεις, με την άνια ή την υπερκόπωση. Ως οριζόντιος διαχωρισμός θεωρείται η μη συνδιαλλαγή στις βαθμίδες ιεραρχίας. Κάθετος διαχωρισμός είναι η εξειδίκευση και η απομόνωση που αυτή επιφέρει (Hillemand, 2000).

Στον εργασιακό χώρο υπάρχουν διάφορες πρωταρχικές αιτίες που καθιστούν τη χρήση εύκολη ή ως ένα σημείο ανεκτή. Η εργασία είναι πλέον αυτοματοποιημένη, δεν απαιτείται όσο παλαιότερα φυσική, σωματική προσπάθεια, απλά επιτήρηση, έλεγχος και προσοχή. Βέβαια, σε αρχικό στάδιο χρήσης κάτι τέτοιο είναι εφικτό. Καθώς, η εξάρτηση θεμελιώνεται ακόμα και η επαγρύπνηση είναι δύσκολη. Επιπλέον, σε ορισμένες των περιπτώσεων, παρατηρείται μια αδιαφορία, μια απανθρωπιά ή μια συννεοχή στο πρόβλημα που μπορεί κάποιος να αντιμετωπίζει. Αυτή η απάθεια των συναδέλφων και του εργοδότη σταματά όταν η εξάρτηση προχωρά σε δεύτερο ή και σε τρίτο στάδιο. Τότε, η αλλαγή στάσης γίνεται απότομα, βίαια, με σκληρό και υποτιμητικό τρόπο. Επέρχεται ο υποβιβασμός ιεραρχίας και θέσης έως και η απόλυση. Ακόμα και μετά τη θεραπεία κάποιου ατόμου, η επιστροφή του στον εργασιακό χώρο μπορεί και πάλι να τον κατακυβερνήσει στις ουσίες. Κι αυτό γιατί επιστρέφοντας νιώθει περιθωριοποιημένος και παραγκωνισμένος (Hillemand, 2000).

Ένα διαφορετικό περιβαλλοντικό αίτιο, άκρως αντίθετο με το προηγούμενο είναι η ανεργία, που μαστίζει όλες τις ηλικιακές ομάδες και κυρίως τους νέους. Οι νέοι ολοκληρώνοντας τον κύκλο σπουδών τους, νιώθουν απογοήτευση και οργή μη μπορώντας να αποκατασταθούν επαγγελματικά μετά από κόπους χρόνων. Τα άτομα αυτά αλλά και οι

εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας , που έχασαν λόγω δεινής οικονομικής κατάστασης τη δουλειά τους είναι πολύ ευάλωτοι (Hillemand, 2000).

Τέλος περιβαλλοντικός παράγοντας θεωρείται η κοινωνική τάξη και η συνακόλουθη οικονομική θέση, που βρίσκεται κάποιος. Έτσι, υπάρχουν δύο τύποι ουσιοεξαρτώμενων:

1. ο τύπος του 19^{ου} αιώνα, που η καθημερινότητά του είναι δυσβάστακτη και θέλει με αυτόν τον τρόπο να αποδράσει από τα προβλήματά του.
2. ο τύπος του 20^{ου} αιώνα, που είναι ο χαρακτηριστικός δυτικού τύπου χρήστης. Είναι αυτός που το βιοτικό του επίπεδο είναι υψηλό, που έχει χρήματα και πολύ ελεύθερο χρόνο να σπαταλήσει (Hillemand, 2000).

Η ιδιοσυγκρασία του χρήστη

Η προσωπικότητα του άτομου παίζει πρωταρχικό ρόλο. Δεν πρέπει, να ξεχνάμε ότι η προσωπικότητα του καθενός διαμορφώνεται από το κοινωνικοοικογενειακό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο μεγάλωσε.

Στοιχεία της προσωπικότητας και της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου που λειτουργούν ως παράγοντες εθισμού είναι:

- ή μη προσαρμοστικότητα, η αδυναμία διαχείρισης και αντιμετώπισης των δυσκολιών της ζωής
- το αίσθημα της μη αυτοεπιβεβαίωσης
- ο ατομικισμός
- οι πολλές ή οι ελάχιστες συγκινήσεις
- ή μη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας (Αβραμίδης, 1994).

Επίσης, αίτιο προσωπικότητας θεωρείται κι όταν κάποιος, νέος κυρίως, όντας, καλο/κακομαθημένος δεν διδάχθηκε την υπομονή, δε διαθέτει δηλαδή ορθές παιδαγωγικές αρχές. Δεν του έμαθαν να αρκείται σε αυτά που έχει, να είναι ολιγαρκής, να δυσκολεύεται να αποκτήσει κάτι. Το άτομο με αυτή την προσωπικότητα επιθυμεί τα πάντα, με εύκολο τρόπο και σε κάθε εμπόδιο καταφεύγει μέσω των ουσιών σε έναν κόσμο ψευδαίσθησης, σε μια ονειρική πραγματικότητα (Αβραμίδης, 1994).

Άλλη προσωπική αίτια χρήσης είναι η επιπολαιότητα, η περιέργεια, η έμμεση διαμαρτυρία ή η λεγόμενη ανακάλυψη, η διεύρυνση της συνείδησης και της πνευματικότητας. Τέλος, το αίσθημα της ανίας και η αντίδραση σε οτιδήποτε (Αβραμίδης, 1994).

Η οικογένεια του χρήστη

Σημαίνων ρόλο, πρωταρχική ευθύνη για την ολοκλήρωση και τη διαπαιδαγώγηση κάθε ατόμου έχει η οικογένεια. Αυτή αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης ή μη, ευάλωτων στις ουσίες ατόμων. Υπάρχουν διάφοροι τύπου, διάφορες μορφές οικογενειών.

Αρχικά, υπάρχουν οικογένειες ασυνεπείς συναισθηματικά, χωρίς ουσιαστικούς δεσμούς μεταξύ των μελών, που στερούνται κατανόησης και αλληλοσεβασμού. Ανάμεσά τους δεν υπάρχει ισορροπία, αρμονία, αγάπη και σεβασμός. Γονείς που στα επικείμενα προβλήματα αποσυντονίζονται, δε συμπαραστέκονται ο ένας στον άλλον. Πολλές φορές νιώθουν απογοήτευση για τις επιλογές και την ζωή που βιώνουν καθημερινά. Επίσης δε διαθέτουν εμπιστοσύνη στις δυνάμεις τους, πίστη στις αρχές και τις αξίες. Η προβληματική συνεννόηση οδηγεί σε τσακωμούς και αυτοαναίρεσεις. Ζητούν από τα παιδιά τους πράγματα που ακόμα και οι ίδιοι δεν τηρούν. Πολλές φορές εξαιτίας των δικών τους κενών και παραλείψεων γίνονται πολλοί επεικεείς ή αυστηροί. Αυτό το είδος οικογένειας λειτουργεί ως αρνητικό πρότυπο προς μίμηση, ως λανθασμένο παράδειγμα και ορισμένες φορές τραυματίζει ανεπανόρθωτα τον ψυχισμό των νεαρών ατόμων με δυσάρεστες για το παρόν και το μέλλον τους συνέπειες (Αβραμίδης, 1994).

Ωστόσο, υπάρχουν και γονείς που πολύ απλά δεν ήταν έτοιμοι ηλικιακά, διανοητικά, πνευματικά, ψυχολογικά να αναλάβουν το σημαντικό γονεϊκό ρόλο. Για το λόγοι αυτό είναι υπερπροστατευτικοί και καταπιεστικοί. Κάτι που με τη σειρά του δημιουργεί στρες, κατάθλιψη, ανωριμότητα, μη ικανότητα διαχείρισης ευθυνών στα παιδιά ή και φυγή από την οικογενειακή θαλπωρή (Αβραμίδης, 1994).

Επιπλέον, σήμερα εμφανίζονται συχνά «οι νέοι τύπου» γονείς, οι οποίοι ανέχονται τα πάντα και αφήνουν τα παιδιά τους ανεξέλεγκτα στο όνομα μιας δήθεν ελευθερίας. Δε λειτουργούν ως καθοδηγητές, ως παιδαγωγοί στα τυχόν προβλήματα και στην καθημερινότητα (Αβραμίδης, 1994).

Επιπροσθέτως, με την πρόοδο της ιατρικής και την εύκολη διαθεσιμότητα των φαρμάκων, υπάρχουν γονείς που χρησιμοποιούν τα φάρμακα για τα παιδιά ή για τον εαυτό τους πολύ συχνά για τον παραμικρό πόνο. Αυτό έχει αντίκτυπο στα παιδιά, καθώς μεγαλώνοντας θεωρούν, ότι στα εμφανιζόμενα προβλήματα, στα αρνητικά συναισθήματα και στις αναποδιές υπάρχει πάντα λύση για να διώξουν τον πόνο. Η ροπή τους προς στις ουσίες είναι εύκολη (Αβραμίδης, 1994).

Τα παιδιά, λοιπόν, όταν δεν υπάρχει ουσιαστική επικοινωνία, εμπιστοσύνη, σταθερότητα, πρότυπα, αξίες, διάλογος με τους γονείς, στρέφονται έξω από την οικία. Παρασύρονται, συμβουλευούνται και ακολουθούν πρόσωπα που μπορεί να αποβούν πολύ επικίνδυνα (Αβραμίδης, 1994).

Στον οικογενειακό παράγοντα για τον εθισμό, σίγουρα δεν πρέπει να παραβλέψουμε και το είδος της οικογένειας που ο ένας ή και δύο γονείς είναι ουσιοεξαρτημένοι. Τα παιδιά, τότε, έχουν πάρα πολλές πιθανότητες να υιοθετήσουν αυτή την τακτική ως πρότυπο ή το ακριβώς αντίθετο. Ακόμα όμως, και τα μέλη που ακολουθούν αντίθετο δρόμο ορισμένες φορές εξελίσσονται σε «συνεξαρτημένα» άτομα. Άτομα, που ελκύονται στη δημιουργία σχέσεων με τη λογική των εξαρτημένων, που ήδη γνωρίζουν. Δηλαδή, στην συνδιαλλαγή τους με άλλους εξαρτημένους χρήστες. Όταν αυτά τα παιδιά αποφασίσουν να παντρευτούν στρέφονται σε κάποιον που τους είναι οικείος. Βέβαια, δε το κάνουν συνειδητά, λειτουργεί το συναισθηματικό τους ασυνείδητο κομμάτι (Nakken, 1988).

Οι εξαρτημένοι γονείς δε διαθέτουν συναισθηματική σταθερότητα και ακλόνητη συμπεριφορά. Κάποιες φορές φέρονται ανεύθυνα και κάποιες άλλες εκδηλώνουν στοργή, αγάπη και αφοσίωση. Αυτή η εξαρτητική λογική υιοθετείται και από τα παιδιά στη ζωή, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και μέσα στην οικογένεια. Από τη μια φέρονται ανάλογα με την ηλικία τους και από την άλλη ως γονείς. Τα συγκεκριμένα νεαρά μέλη της οικογένειας νιώθουν αβεβαιότητα συναισθηματική και συμπεριφοριστική. Βρίσκονται σε σύγχυση και η διαφορετικότητά τους από τους συνομηλίκους τους, τους ωθεί στον εθισμό. Έχουν αυτοκαταστροφικά συναισθήματα τα οποία διογκώνονται όταν όλα βαίνουν καλώς. Επίσης, καταφεύγουν στη φαντασία για να αντιμετωπίσουν το άγχος, τη θλίψη, το φόβο και τον πόνο, που τους προκαλούν τα καθημερινά οικογενειακά συμβάντα (Nakken, 1988).

Η προαναφερθείσα κατάσταση αποτελεί μια μορφή κακοποίησης. Υπάρχει βέβαια και η άμεση κακοποίηση, η ψυχοσυναισθηματική, λεκτική, σωματική, σεξουαλική. Στη συγκεκριμένη περίπτωση το παιδί μαθαίνει ότι τα θέλω, οι ανάγκες του κακοποιητικού γονέα προηγούνται των δικών του. Η κακοποίηση μπορεί να γίνεται ακόμα και μεταξύ των συντρόφων. Αλλά και σε αυτή την περίπτωση, το παιδί ως αυτόπτης μάρτυρας αποκτά χαμηλή αυτοεκτίμηση, απομονώνεται και δεν αναπτύσσεται συναισθηματικά. Βλέπει την οικογένεια να αντιμετωπίζει τα μέλη της ως αντικείμενα χρήσης και οι άμυνες του χαμηλώνουν μπροστά σε ένα μελλοντικό εθισμό (Nakken, 1988).

Τέλος, ένα τυχαίο και οδυνηρό συμβάν ενδοοικογενειακό, ο θάνατος ή η αρρώστια ενός εκ των μελών μπορεί να αποτελέσει αίτιο για την αρχή της εξάρτησης. Πολλές φορές ο υγιής ή ο ζωντανός γονιός δεν επιτρέπει στους υπολοίπους εντός οικογένειας αλλά και εκτός να μιλούν για το θάνατο ή την αρρώστια, ούτε και να εκφράζουν καν τα στενάχωρα συναισθήματά τους. Τρόπος ανακούφισης, αντοχής και αντιμετώπισης η καταφυγή στις ουσίες (Nakken, 1988).

Ο ρόλος του σχολείου

Η εξάρτηση από όποιο τύπο ουσίας φαίνεται ότι έχει άμεση συνέπεια, αντικατοπτρίζεται στο σχολικό χώρο με μη θέληση για μάθηση και με γενικότερες αρνητικές συμπεριφορές, όπως με παραβατικότητα, χαμηλή επίδοση στα μαθήματα, αντικοινωνικότητα, επίθεση, λεκτική ή σωματική προς τους συμμαθητές, με διακοπή, με συχνές απουσίες και αποβολές. Βέβαια, πρέπει να επισημανθεί ότι οι έρευνες και οι μελέτες δεν έχουν καταλήξει ακόμα στο συμπέρασμα αν τα προβλήματα στο σχολικό χώρο, τα οποία οδηγούν αναπόφευκτα σε προβληματική ένταξη των νέων οδηγούν στη χρήση ουσιών ή η χρήση οδηγεί σε σχολικά προβλήματα. Σίγουρα, όμως, υπάρχει μια σχέση, μια σχέση αιτίας-αιτιατού μεταξύ τους (Πουλόπουλος, 2005).

Η κακή σχολική επίδοση είτε λόγω κάποιας διαταραχής ή δυσκολίας είτε λόγω αμέλειας και η ένταξη των νέων σε ομάδες συμμαθητών με «φυσιολογική συμπεριφορά», τους στρέφουν στην ένταξη, στην αναζήτηση της αποδοχής από ομάδες με προβληματική, παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και συνήθειες, εντός και εκτός σχολικού περιβάλλοντα χώρου (Πουλόπουλος, 2005).

Επιπλέον, σίγουρα, το σχολείο επηρεάζεται από την κοινότητα στην οποία εντάσσεται. Ο ρόλος που έχει αυτή, η στάση που κρατά απέναντι στη διακίνηση και στη διαθεσιμότητα ουσιών, η λήψη μέτρων ή η απάθειά της επηρεάζουν τη σχολική κοινότητα και κατά συνέπεια τους μαθητές (Πουλόπουλος, 2005).

Η διακοπή του σχολείου, που συνεχώς αυξάνεται έχει οδηγήσει σε πολλές έρευνες, καθώς η σχέση ουσίας και σχολικού περιβάλλοντος είναι σχέση αλληλοεπηρεαζόμενη, σχέση αιτίας και αιτιατού. Κάθε φορά η αιτία και το αποτέλεσμα εμπλέκονται. Ο Denise Kandel και η Barbara Mensch μετά από σχετική έρευνα, κατέληξαν ότι η χρήση ουσιών σε συνδυασμό με επιπρόσθετους αιτιολογικούς παράγοντες οδηγούν στην εγκατάλειψη του σχολείου. Επίσης, όσο πιο «σκληρή» και «περιθωριοποιημένη» είναι η ουσία χρήσης και όσο νεότερος είναι ο εθισμένος τόσο πιο εύκολα σταματά το σχολείο (Mensch, Kandel, 1988).

Γενικότερα, το σχολείο παίζει σημαίνων ρόλο στην εκδήλωση συμπεριφορών που οδηγούν στη χρήση. Το κλίμα που επικρατεί στο σχολικό περιβάλλον, η διοίκηση του σχολείου και οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να προτρέψουν ή να ενισχύσουν τη χρήση. Ο εκπαιδευτικός και η θέση που του έχουν επιβάλλει μέσα στο σύγχρονο εκπαιδευτικό σύστημα καθορίζει το ρόλο που κατέχει στην αντιμετώπιση των προβληματικών συμπεριφορών που σε συνδυασμό με άλλους αιτιολογικούς παράγοντες πιθανόν θα οδηγήσει στον εθισμό. Οι διδάσκαλοι οφείλουν να αναπτύξουν με υγιή τρόπο την προσωπικότητα του μαθητή, να τελέσουν κοινωνικοποιητικό ρόλο, να χρησιμοποιήσουν τις συγκρούσεις και τα προβλήματα με δημιουργικό και εποικοδομητικό τρόπο (Πουλόπουλος, 2005).

Η ελλιπής ενημέρωση στις σχολικές μονάδες, η ελλειμματικότητα στην πρόληψη από τις κρατικές δομές και μη ουσιαστική προώθηση του μαθήματος της Ψυχικής Υγείας στα σχολεία συντελούν στην ευαισθησία των μαθητών απέναντι στο αλκοόλ και στις ουσίες (Πουλόπουλος, 2005).

Ο ρόλος της κοινωνίας

Η ουσιοεξάρτηση όντας ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο επηρεάζεται και από την εκάστοτε κοινωνία, από τα χαρακτηριστικά κοινωνικά φαινόμενα της σύγχρονης εποχής. Οι διαφορετικοί κοινωνικοί δείκτες οδηγούν με επαγωγικό τρόπο στον εθισμό. Λειτουργούν ως μια εκ των βασικών αιτιών που ωθεί τα άτομα στην κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών (Αβραμίδης, 1994).

Όταν η κοινωνία παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά τα ευαίσθητα στις ναρκωτικές ουσίες και στο αλκοόλ άτομα γίνονται πιο ευάλωτα και ο αριθμός τους αυξάνεται δραματικά. Κάποια εκ των χαρακτηριστικών είναι:

- Όταν η χώρα βιώνει σημαντικές αλλαγές σε κοινωνικό επίπεδο και ανακατατάξεις, σε περιόδους πολέμου, όπου διακυβεύεται η κρατική της υπόσταση, η φτώχεια, η ένδεια, η πείνα και ο πόνος αυξάνονται.
- Η κοινωνική αδικία που οδηγεί στην απογοήτευση και το θυμό.
- Η μαζοποίηση, η αποδοχή του καθετί μοντέρνου και του νέου χωρίς κριτική επεξεργασία, καταλήγει σε κενό ουσίας και οι άνθρωποι απογοητεύονται.
- Ο σκληρός και αμείλικτος ανταγωνισμός.
- Η αμφισβήτηση και η αντίδραση, χωρίς να βασίζονται σε αξίες και αρχές, σε ορθή διαπαιδαγώγηση οδηγεί πολλές φορές στη λήψη ναρκωτικών.

- Οι ηθικές αρχές, τα υψηλά ιδανικά, και η πνευματικότητα εκλείπουν και δεν προωθούνται (Αβραμίδης, 1994).

Επίσης, η εντατική αστικοποίηση, η υπεραφθονία των υλικών αγαθών, ο καταναλωτισμός, η εξάλειψη ουσιαστικών σχέσεων, η αύξηση των διαζυγίων, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η τεχνολογική πρόοδος καθιστούν το άτομο μόνο, απομονωμένο, έρμαιο κακών συμβούλων και εκμεταλλευτών, αγχώδες και ανικανοποίητο. Η εμπλοκή στις ουσίες είναι αναμενόμενη, αν συνυπάρχουν και άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες (Αβραμίδης, 1994).

Είναι γεγονός ωστόσο ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ δυνατότητας πρόσβασης στις ουσίες και στον αριθμό των χρηστών. Επίσης, και οι παράνομες πλέον ουσίες πέραν του αλκοόλ είναι πιο προσιτές οικονομικά, πιο φθηνές. Βέβαια, στην τελευταία ουσία πρέπει ως κοινωνικός παράγων να προστεθεί και η κοινωνική αποδοχή και η μη ποινική δίωξη. Κι όταν λέμε κοινωνική αποδοχή εκτός του οφθαλμοφανές εννοούμε και τη χρήση του ως ένα κοινωνικό τελετουργικό στις φιλικές, οικογενειακές και επαγγελματικές σχέσεις και συναναστροφές. Τέλος, πολλές φορές ο τρόπος διασκέδασης που μας επιβάλλει η σύγχρονη κοινωνία, ένας τρόπος κενός αξιών, επιφανειακός, κάνει τη χρήση να παρουσιάζεται ως η ιδανική λύση στην ανία και στα προβλήματα (Hillemand, 2000).

Ολοκληρώνοντας, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί, κι αυτό αφορά μόνο το αλκοόλ, τη διαφήμιση και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης που παίζουν καταλυτικό ρόλο στην κοινωνία, αποτελούν ένα βασικό χαρακτηριστικό της, άρα έχουν μέρος ευθύνης στον αλκοολισμό. Στόχος των μέσων αυτών είναι η άνοδος των πωλήσεων για οικονομικούς λόγους. Έτσι, από τη μια πλευρά προσφέρουν πρότυπα για μίμηση, τα οποία υιοθετούνται άκριτα από τη νεολαία και από την άλλη διαιωνίζουν ήδη υπάρχουσες λανθάνουσες συμπεριφορές, διατηρώντας μια υποκουλτούρα. Τέλος, συχνά συνδέουν την κατανάλωση της αλκοόλης με σεξουαλικές, κοινωνικές και επαγγελματικές επιτυχίες (Ποταμιάνος, 2005).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ:

Τις τελευταίες δεκαετίες η μελέτη των αιτιολογικών παραγόντων, που οδηγούν έναν άνθρωπο στη χρήση οδήγησε στο διαχωρισμό των αιτιών, των παραγόντων που οδηγούν στον εθισμό. Μελετώντας τους, όμως, διαπιστώνουμε ότι η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Τα αίτια ποικίλουν και εξαρτώνται τόσο από τον οργανισμό του ανθρώπου, όσο κι από την προσωπικότητα και το περιβάλλοντα χώρο στον οποίο μεγαλώνει και δρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: ΚΥΡΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η οργανωμένη προσπάθεια για την πρόληψη, τη θεραπεία και την επανένταξη των χρηστών είναι πολύ σημαντική. Το παγκόσμιο και διαχρονικό πρόβλημα με τις ουσίες, αρχικά κλήθηκαν να αναλάβουν οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι οποίες, όμως, το μεγέθυναν. Τέλη της δεκαετίας του '50 τα πρωτοεμφανιζόμενα κέντρα θεραπείας με υποκατάστατα ή όχι οδήγησαν σε αλλαγές. Οι διακρατικές, σε παγκόσμιο επίπεδο, συμφωνίες είναι επιβεβλημένες, καθώς υπάρχουν διαφορετικές μέθοδοι και απόψεις για την θεραπεία, κυρίως σε ψυχικό επίπεδο. Έτσι, αναπτύχθηκαν τα λεγόμενα «θεραπευτικά μοντέλα», που επικεντρώνονται είτε στη σωματική είτε στην ψυχολογική εξάρτηση. Η αυτοενέργεια του χρήστη, ο χώρος της απεξάρτησης και η στήριξη αποτελούν παράγοντες που διαμορφώνουν το αποτέλεσμα.

Γενικά για τη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης – Ιστορική αναδρομή χρήσης ουσιών και θεραπείας

Το ιδιαίτερο, πολυπαραγοντικό και σύνθετο φαινόμενο της κατάχρησης ουσιών, απαιτεί προσεκτική μέριμνα και φροντίδα, τόσο όσον αφορά την πρόληψη όσο και τη θεραπεία και την επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων. Κι αυτό γιατί, η σύγχυση και τα προβλήματα που προκύπταν από το μη ορθό διαχωρισμό των τριών προαναφερθέντων τομέων στο παρελθόν είχε οδηγήσει σε ποικίλες αμφισβητήσεις. Πιο συγκεκριμένα, αρχικά, η πρόληψη τη δεκαετία του 1960 αφορούσε τον καπνό και το αλκοόλ και τη δεκαετία του 1970 τα ναρκωτικά. Από την άλλη πλευρά τις ίδιες δεκαετίες ως προς την θεραπεία δημιουργούνται στην Αμερική τα προγράμματα μεθαδόνης και οι θεραπευτικές κοινότητες (Ρούσσης, 2009).

Στην Ελλάδα, επειδή η χρήση ουσιών άρχισε να πάρει τις τεράστιες διαστάσεις που είχε στην Αμερική και στην υπόλοιπη Ευρώπη, αλλά και για οικονομικούς και κοινωνικοπολιτικούς λόγους, μόλις τη δεκαετία του 1980, άρχισε η οργανωμένη πρόληψη και θεραπεία του φαινομένου. Αρχικά, την πρόληψη από τις ουσίες αναλάμβανε η κοινότητα, η οποία μέσα σε κλίμα εκφοβισμού, διοργάνωνε ομιλίες ανθρώπων που δούλευαν στην αστυνομία, στις θεραπευτικές κοινότητες, ήταν εθελοντές και καθηγητές σε σχολεία και πανεπιστήμια. Επίσης, την ίδια δεκαετία δημιουργήθηκε η «ΙΘΑΚΗ», το πρώτο θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο επειδή βασίστηκε στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση, είχε ως κέντρο τον κοινωνικό αιτιολογικό παράγοντα. Επειδή, λοιπόν, θεωρούσε ότι η ουσιοεξάρτηση είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα το 1987 ανέλαβε τη δημιουργία παρόμοιων θεραπευτικών προσεγγίσεων μέσω του «ΚΕΘΕΑ» (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων). Στα τέλη του 1980 εθελοντές, καθώς το κράτος ήταν απών, ξεκίνησαν κατά τόπους, τη δημιουργία κέντρων πρόληψης και άλλων προγραμμάτων θεραπείας. Από το 1990 ξεκινάει ένας πιο αυστηρός διαχωρισμός ανάμεσα στην πρόληψη και τη θεραπεία, καθώς και η χρησιμοποίηση θεραπευτικών προγραμμάτων που ανήκουν σε δύο κατηγορίες, στα προγράμματα με υποκατάστατα και σε αυτά χωρίς, τα «στεγνού» τύπου. Μέσα σε αυτό το κλίμα δημιουργείται και ο «ΟΚΑΝΑ», ένα κέντρο πιο οργανωμένης πρόληψης και θεραπείας με τη χρήση υποκατάστατων. Μόλις, λίγα χρόνια πριν, η ψυχοκοινωνική προσέγγιση παραγκωνίζεται για

να δώσει τη θέση της στην ιατροκεντρική προσέγγιση. Επακόλουθο όλων αυτών, η δημιουργία προγραμμάτων με έντονες διαφορές στις μεθόδους, στους επαγγελματίες που απασχολούν και στη γενικότερη προσέγγιση του προβλήματος (Ρούσσης, 2009).

Από την αρχή, σχεδόν, της ύπαρξης του, στον πλανήτη, ο άνθρωπος, λόγω των θεραπευτικών, μεθυστικών και αναλγητικών ιδιοτήτων ανακάλυψε τις ουσίες, οι οποίες σταδιακά έγιναν και μέρος των θρησκευτικών του τελετουργιών (Ρούσσης, 2009).

Συγκεκριμένα, το όπιο ήταν πολύ γνωστό και διαδεδομένο στην αρχαία Ελλάδα, την Αίγυπτο, την Βαβυλώνα και τη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία. Η χρήση του ήταν αποδεκτή από την κοινωνία κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και σιγά σιγά διαδόθηκε στην Μέση Ανατολή, στην Κίνα και σε όλη τη Μεσόγειο. Στη Λατινική Αμερική φυλές, όπως οι Ίνκας χρησιμοποιούσαν τα φύλλα της κοκαΐνης. Από ιστορικές πηγές, όπως ο Ηρόδοτος, μαθαίνουμε ότι ο μανδραγόρας, η ινδική κάνναβη και άλλα οπιούχα αιγυπτιακής προέλευσης χρησιμοποιούνταν ως φάρμακα. Με την πάροδο των αιώνων και κατά το Μεσαίωνα και την Αναγέννηση το όπιο και η κοκαΐνη διαδίδεται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Το 19^ο αιώνα η Αγγλία προμηθεύει με όπιο την Ασία και γρήγορα αρχίζει στην Κίνα η ευρεία του χρήση. Αποτέλεσμα ήταν το 1838-1842 να γίνει ο «Πόλεμος του Οπίου» μεταξύ των δύο αυτών χωρών. Το 1856, εμφανίζεται ως φάρμακο κατά των πόνων η μορφίνη και λίγα χρόνια αργότερα για τους εξαρτημένους από αυτήν, η κοκαΐνη (Ρούσσης, 2009).

Επειδή λίγο πριν τον 20^ο αιώνα το πρόβλημα έχει αρχίσει να γίνεται τεράστιο, το ρόλο της θεραπείας αναλαμβάνουν οι φαρμακευτικές εταιρείες. Συγκεκριμένα, η Bayer το 1898 παρουσιάζει το «υπερ-φάρμακο» της, τη θεραπευτική λύση για τις έως τότε εξαρτήσεις, την ηρωίνη (Ζαφειρίδης, 1986).

Εξαιτίας της πληθώρας των ηρωινομανών και της παρεκτρέπουσας συμπεριφοράς τους, η Αμερική πρώτη προσπάθησε να βρει λύση, με το «Νόμο του Χάρισον» το 1915 για την απαγόρευση των ναρκωτικών ουσιών. Απόρροια, η εμφάνιση παράνομων κυκλωμάτων και η συνέχεια της διακίνησης. Έτσι από το 1919 για τη στέρηση από οπιούχα ναρκωτικά άρχισαν την εμφάνισή τους μια πληθώρα κλινικών και το 1939 στο Τέξας και στο Κεντάκι της Αμερικής ιδρύονται κρατικά νοσοκομεία ως ιδρυματικού τύπου θεραπεία (Λιάππας, 1992).

Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου μια άλλη φαρμακευτική εταιρεία, η γερμανική Hoechst κυκλοφορεί τη μεθαδόνη ως φάρμακο για τους ηρωινομανείς. Το αποτέλεσμα παρόμοιο με το «φάρμακο» της Bayer (Ζαφειρίδης, 1986).

Από τη δεκαετία του '50 και τις αρχές του '60 άρχισαν να ιδρύονται για τη θεραπεία, ακόμα και από αποθεραπευμένους χρήστες, κέντρα, όπου χαρακτηριστικό τους ήταν η αποχή από τις ουσίες και η μακροχρόνια νοσηλεία των χρηστών. Ωστόσο το 1964 έχουμε κάποιες σημαντικές αλλαγές. Άρχισαν να ιδρύονται ειδικά θεραπευτικά κέντρα για νέους, ξενώνες και διάφορες οργανώσεις. Επιπροσθέτως, ως προς τη φιλοσοφία της θεραπείας άρχισε η χρήση άλλων, πέρα των οπιούχων, ουσιών και η υποκατάσταση με μεθαδόνη (Λιάππας, 1992).

Πέρα από την Αμερική, στη Μ. Βρετανία μόλις το 1965 άρχισε ο περιορισμός στους γιατρούς να συνταγογραφούν ελεύθερα αρχικά ηρωίνη και εν συνεχεία οπιούχα και κοκαΐνη, οι οποίοι πλέον χρειάζονταν ειδική άδεια. Οι συνταγές ήταν ένας τρόπος θεραπείας έως την ίδρυση κρατικών νοσοκομείων στο Λονδίνο, όπου πλέον εισήχθη και η μεθαδόνη ως υποκατάστατο (Λιάππας, 1992).

Σταδιακά στην Αμερική και στην Αγγλία η προσπάθεια θεραπείας με μεθαδόνη αποδείχθηκε μάταιη, καθώς η χορηγούμενη δόση δεν ελαττωνόταν και για το λόγο αυτό εμφανίστηκαν προγράμματα θεραπείας με αποχή από ουσίες και υποκατάστατα, όπως οι θεραπευτικές κοινότητες και οι εξωτερικής παρακολούθησης κλινικές. Έτσι, δόθηκε η ελπίδα ότι η χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ μπορεί να θεραπευτεί απλά ή και παροδικά να αντιμετωπισθεί. Οι κοινότητες αυτές, αντιμετωπίζουν την εξάρτηση όχι ως διαταραχή, αλλά ως σύμπτωμα διαταραγμένης προσωπικότητας και συναισθηματικής – ψυχολογικής ασθένειας. Γι' αυτό και ο στόχος τους δεν είναι απλά η θεραπεία από τις ουσίες, αλλά μια αλλαγή σε ολόκληρη τη ζωή, στις αξίες, στον ψυχισμό και στο ίδιο το άτομο. Το άτομο, λοιπόν, είναι συνυπεύθυνο για τη θεραπεία του. Συμμετέχει ενεργά σε όλη τη διαδικασία, συναινεί για αυτή και συνεισφέρει καθημερινά στην κοινότητα. Αρχίζει μια συστηματική, χρονοβόρα και καθημερινή προσπάθεια εφ' όρου ζωής (Γιαννακοπούλου, 1991).

Μέθοδοι θεραπείας

Τα τελευταία τριάντα χρόνια μετά τις διαστάσεις που έχει πάρει το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης γίνονται προσπάθειες για την αντιμετώπισή του σε παγκόσμιο επίπεδο πέραν του τοπικού ενδιαφέροντος. Έτσι, συνεχώς δοκιμάζονται πολλές και διαφορετικές μέθοδοι και τεχνικές θεραπείας με κοινό στόχο, βέβαια, τη διακοπή της χρήσης. Αρχικά, όμως, ο χρήστης αντιμετωπιζόταν ως άρρωστος, ως αθεράπευτος κι αυτό γιατί ο στιγματισμός, η προκατάληψη και η ελλιπής πληροφόρηση από το κράτος και την κοινωνία ήταν έντονη. Άρχισε, λοιπόν, μια διακρατική συνεργασία σε παγκόσμια κλίμακα και κρατικές παρεμβάσεις σε διάφορους ιδιωτικούς φορείς (Πανούσης, 1988).

Η σύγχυση για την αντιμετώπιση της κατάχρησης ήταν αιτιολογημένη, καθώς η εξάρτηση υπάρχει όχι μόνο σε σωματικό αλλά και σε ψυχικό επίπεδο. Η ψυχιατρική επιστήμη με τη χρήση κλασικών θεραπειών εγκλεισμού σε ιδρύματα και η χρήση μόνο ψυχαναλυτικών τεχνικών ή φαρμακευτικών μεθόδων ήταν αποτελεσματική. Σήμερα, θεωρείται ότι το πιο δύσκολο πρόβλημα δε βρίσκεται στη θεραπεία από τη σωματική εξάρτηση, η οποία κρατάει 15-25 ημέρες. Η δυσκολία έγκειται στην αντιμετώπιση των ψυχικών, συναισθηματικών προβλημάτων, στην έλλειψη ουσιαστικής κοινωνικής επαφής, στη συννοσυρότητα και γενικά στα εσωτερικά προβλήματα και στις συναισθηματικές ανάγκες. Επίσης, σήμερα, έχουμε απομακρυνθεί από τα προγράμματα αναγκαστικής θεραπείας. Έτσι, βασικά στοιχεία για τη ουσιαστική αντιμετώπιση του εθισμού είναι η ενεργός συμμετοχή και η κινητοποίηση του χρήστη και η διαμόρφωση και η προσαρμογή του σε ένα νέο τρόπο ζωής κατά την διάρκεια της θεραπείας αλλά και μετά (Ζαφειρίδης, 1986).

Έτσι ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας, η λεγόμενη «θεραπευτική αλυσίδα», περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Την αντιμετώπιση του συνδρόμου της στέρησης, που πρέπει να έχει ως στόχο τη μη δημιουργία άλλων εθιστικών καταστάσεων, όπως γινόταν στο παρελθόν (π.χ. με τη μορφίνη)
2. Τη σωματική απεξάρτηση, την αποτοξίνωση με ή χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων που διαρκεί από 15 έως 25 ημέρες
3. Την ψυχική απεξάρτηση, που είναι και η πιο δύσκολη και χρονοβόρα φάση
4. Την αναδόμηση ψυχικά του ατόμου, τη διαμόρφωση ,δηλαδή, ενός ατόμου, ικανού να αντιμετωπίζει την κοινωνία και τα σύγχρονα προβλήματα, χωρίς άρνηση και φυγή

5. Την κοινωνική επανένταξη, την ένταξή τους στο περιβάλλον από το οποίο ήθελαν να ξεφύγουν
6. Την κοινωνική του αποδοχή (Λιάππας, 1992).

Η λεγόμενη «θεραπευτική αλυσίδα» δεν χρησιμοποιείται από όλα τα προγράμματα θεραπείας καθώς ιστορικά δίνεται βάρος στην σωματική απεξάρτηση, μετατρέποντας ένα πρόβλημα, σύνθετο και πολύπλευρο, σε ιατρικό. Αν και οι μέθοδοι θεραπείας με τα χρόνια θα αλλάξουν και εξαρτώνται από τις κοινωνίες στις οποίες απευθύνονται, μπορούμε να τις χωρίσουμε, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο το 1986, σε δύο βασικές κατηγορίες:

1. Θεραπευτικές μέθοδοι, χωρίς τη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, είναι τα λεγόμενα προγράμματα «στεγνού τύπου», τα οποία βασίζονται σε ψυχοκοινωνικές πρακτικές, δίνουν βάση στην ψυχολογική στήριξη και ανασύνθεση του χρήστη και γίνεται με απότομη ή σταδιακή μείωση της ουσίας της εξάρτησης.
2. Θεραπευτικές μέθοδοι, με τη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, τα οποία είτε έχουν είτε δεν έχουν φαρμακευτικά σχέση με την εξαρτησιογόνα ουσία. Ανάλογα με το πώς εκδηλώνεται το στερεοτικό σύνδρομο, χορηγούνται ουσίες στο κεντρικό νευρικό σύστημα, που προκαλούν συνήθως αντίθετα αποτελέσματα από την ουσία χρήσης και είναι διεγερτικές ή ουσίες καταστολής (Λιάππας, 1992).

Στα συγκεκριμένα θεραπευτικά προγράμματα, αρχικά, ο χρήστης θα πρέπει περίπου έως δέκα ημέρες να απέχει από όλες τις ουσίες. Τότε και μόνο αρχίζουν οι δόσεις του υποκατάστατου, οι οποίες σταδιακά αυξάνονται. Αν και οι δύο είναι τα βασικά υποκατάστατα ο «καθαρός ανταγωνιστής», που δεν έχει άμεση δραστηριότητα και ο «μερικός ανταγωνιστής», με δραστηριότητα παρόμοια με την μορφίνη, σήμερα χρησιμοποιείται η ναλτρεζόνη. Αυτά τα προγράμματα έχουν διάρκεια θεραπείας έως 18 μήνες. Αν και τα θετικά αποτελέσματα των υποκατάστατων είναι έκδηλα στη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση των ουσιοεξαρτώμενων, υπάρχει κίνδυνος να αντιμετωπιστούν από το χρήστη ως το νέο αντικείμενο του εθισμού τους. Επίσης, μια μη ανταγωνιστική ουσία ευρύτατα διαδεδομένη στα προγράμματα είναι η μεθαδόνη (Λιάππας, 1992).

Θεραπευτικά μοντέλα

Το μοντέλο της Αναγκαστικής Θεραπείας

Το συγκεκριμένο μοντέλο βασίζεται στο υποχρεωτικό, εξαναγκαστικό ή εθελούσιο περιορισμό του ατόμου, στο οποίο επιβάλλεται η παραμονή του σε ένα περιβάλλον μακριά από τις ουσίες. Κι αυτό με τη λογική ότι μετά τη θεραπεία θα μπορεί να μείνει μακριά από τον κίνδυνο, καθώς κατά τη φάση της σωματικής απεξάρτησης ο χρήστης είναι αδύνατο να μην υποτροπιάσει, αν δεν υπάρχει πίεση. Στο συγκεκριμένο, χωρίς υποκατάστατα, μοντέλο προγράμματος συμπεριλαμβάνονται οι θεραπευτικές κοινότητες. Οι καταδικασμένοι χρήστες και οι εγκληματίες παρακολουθούν τέτοια προγράμματα, όπου αν δεν ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της κοινότητας ξαναγυρνούν στη φυλακή (Κουκουτσάκη, 1988-89).

Από την επιστημονική πλευρά το μοντέλο αυτό ικανοποιεί τον χαρακτήρα του ουσιοεξαρτώμενου, ο οποίος τείνει τότε προς την ευφορία και τότε προς την ανάγκη για αποχή. Επίσης, η αναγκαστική θεραπεία αντικατοπτρίζει την κοινωνικοπολιτιστική εικόνα που υπάρχει για τους εξαρτημένους, το ότι, δηλαδή, είναι ανίκανοι παντελώς να αντισταθούν στην ουσία, χωρίς προσωπικά κίνητρα για απεξάρτηση. Τέλος, αυτή η θεραπεία ικανοποιεί τους κρατικούς φορείς, δίνοντας την ψευδή εντύπωση στο κοινωνικό σύνολο ότι γίνονται ουσιαστικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, υπάρχει αποτελεσματικότητα μόνο σε χρήστες που η μακροχρόνια νοσηλεία ήταν αναποτελεσματική. Βέβαια, η θετική έκβαση της θεραπείας συνήθως αντιστρέφεται, όταν οι πρώην χρήστες βγουν στην πολιτεία (Ρούσσης, 2009).

Το Μοντέλο της Ολλανδίας

Στο θεραπευτικό μοντέλο της Ολλανδίας παρέχεται θεραπεία σε ηρωινομανείς με τη χρήση υποκατάστατων ουσιών, κυρίως της βουπρενορφίνης και της μεθαδόνης. Οι αντιδράσεις που προκαλούν στο άτομο τα υποκατάστατα αργούν να ξεκινήσουν και να σταματήσουν, μειώνουν την επιθυμία επανάληψης χρήσης και δεν προκαλούν ικανοποίηση, όπως η ηρωίνη. Η θεραπεία δεν έχει στόχο μόνο την σωματική απεξάρτηση αλλά και την ψυχική η οποία πραγματώνεται με κοινωνικοψυχολογική βοήθεια. Επίσης, στοχεύει στη διασφάλιση της κοινωνίας από την μετάδοση ασθενειών. Αυτό επιτυγχάνεται με αρωγή για εκπαίδευση, επαγγελματική αποκατάσταση και για διαπροσωπικές υγιείς κοινωνικές σχέσεις. (Ρούσσης, 2009).

Το Ολλανδικό κράτος θεωρεί ότι, αν κάποιος δεν μπορεί να απέχει από την χρήση, πρέπει να του προσφέρει τη δυνατότητα των υποκατάστατων, για να περιοριστεί ο κίνδυνος των «υγιών» πολιτών. Οι κρατικοί φορείς πιστεύουν, ότι η περιθωριοποίηση των χρηστών τους οδηγεί σε παρεκκλίνουσες συμπεριφορές, τους διαχωρίζει κοινωνικά και αυξάνει την ζήτηση και των ανεφοδιασμό της μαύρης αγοράς. Γι' αυτό η κρατική μέριμνα στοχεύει στην ιατρική και κοινωνική φροντίδα των ουσιοεξαρτώμενων, στα ελεγχόμενα υποκατάστατα, στη διάθεση ινδικής κάνναβης σε ειδικούς χώρους και στην αποποινικοποίηση της χρήσης των απαγορευμένων ουσιών, όχι όμως στην διακίνηση. Έτσι η χρήση «ελαφρών» ναρκωτικών (χασίς, μαριχουάνα, κάνναβη) επιτρέπεται ελεύθερα με τις προϋποθέσεις που αναφέραμε, ενώ η χρήση «σκληρών» ναρκωτικών (κοκαΐνη, ηρωίνη, LSD, αμφεταμίνες) μπορεί να οδηγήσει σε ολιγόωρη κράτηση (Γρίβας, 1990).

Στην Ελλάδα (1993) όπως και σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες επιτράπηκε τελικά το μοντέλο της μεθαδόνης, με περιορισμούς. Έπρεπε ο χρήστης να έχει προσπαθήσει να απεξαρτητοποιηθεί σε «στεγνό» πρόγραμμα θεραπείας ή να είναι χρόνιος χρήστης. Το Ολλανδικό μοντέλο συνέβαλε στη μείωση των μεταδιδόμενων νοσημάτων, των θανάτων, της εγκληματικότητας και βοήθησε στην κοινωνική επανένταξη των ουσιοεξαρτώμενων (Ρούσσης, 2009).

Το μοντέλο της Βρετανίας

Στην Αγγλία εδώ και κάποιες δεκαετίες γίνεται μια προσπάθεια από το κράτος να ελέγχουν τις ουσίες που προκαλούν εξάρτηση. Προσεγγίζοντας το φαινόμενο από ιατρική σκοπιά, οι χρήστες αντιμετωπίζονται ως ασθενείς, ως άρρωστοι, για αυτό και μόνο οι γιατροί μπορούν με όποιο τρόπο κρίνουν πιο αποτελεσματικό να εγκρίνουν την χορήγηση άλλων ουσιών. Από κρατικής πλευράς, η διαδικασία αυτή βοήθησε τους φορείς να γνωρίζουν τον

σχεδόν ακριβή αριθμό των χρηστών και να τους διατηρήσουν μέσα σε κάποια όρια. Ωστόσο, οι ουσίες έξω από το συγκεκριμένο θεραπευτικό μοντέλο, θεωρούνται παράνομες και διώκονται ποινικά (Γρίβας, 1990).

Μοντέλο θεραπείας αλκοολικών

Όπως έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο, ο αλκοολισμός δεν αποτελεί κοινωνική ή εγκληματική εκδήλωση. Είναι ένα είδος ουσιοεξάρτησης και όπως όλες χρήζει θεραπείας. Κατά καιρούς έχουν παρουσιαστεί διάφορα είδη θεραπείας τα οποία αναλόγως τον τρόπο που προσεγγίζουν την εξάρτηση μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες:

1. Ψυχολογική προσέγγιση

Οι σημαντικότερες, οι οποίες έκαναν την εμφάνιση τους τον 20^ο αιώνα είναι οι τεχνικές θεραπείας συμπεριφοράς, οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και θα θεραπευτικά προγράμματα με ειδικού τύπου προσεγγίσεις.

Οι τεχνικές συμπεριφοριστικής θεραπείας και συγκεκριμένα η τεχνική της «αποστροφικής συμπεριφοράς» ήταν οι πρώτες που χρησιμοποιήθηκαν. Μέθοδοι της συγκεκριμένης τεχνικής το ηλεκτροσόκ και διάφορα φάρμακα, όπως το disulfiram. Επίσης, τα τελευταία χρόνια για να βοηθήσουν τον ουσιοεξαρτώμενο να ανταπεξέρχεται με υγιή τρόπο στα καθημερινά προβλήματα, χρησιμοποιούνται η παρρησιαστική θεραπεία, σύμφωνα με την οποία, το άτομο μπορεί να είναι ο εαυτός του και ελευθέρως εκφραζόμενος να εξωτερικεύει τα συναισθήματά του, με την προϋπόθεση, βέβαια, ότι δεν βλάπτει κανέναν και η θεραπεία των κοινωνικών δεξιοτήτων (Ρούσσης, 2009).

Ως προς το ES (ηλεκτροσόκ), με τη μέθοδο αυτή προκαλείται μια παροδική αμνησία στο χρήστη, η οποία όταν τελειώσει, βέβαια, ο ίδιος υποτροπιάζει. Είναι μια μέθοδος που δεν βοηθά το άτομο να κατανοήσει τους αιτιολογικούς παράγοντες που τον οδήγησαν στην εξάρτηση, αλλά δουλεύει με το υποσυνείδητο. Επομένως, η θεραπεία είναι επιφανειακή και παροδική και όχι ουσιαστική (Κουκουτσάκη, 1987-88).

Αντίθετα, στην ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, γίνεται προσπάθεια να βρεθούν τα αίτια και να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που οδήγησαν το άτομο στον εθισμό. Αυτό πραγματώνεται μέσω ατομικής, ομαδικής και οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Στην ατομική, σχεδιάζεται από κοινού το πρόγραμμα θεραπείας, ελέγχονται διάφοροι τύποι πιθανών διαταραχών και το ιστορικό του χρήστη. Η αρχή για την διόρθωση του προβλήματος και την αρχή της απεξάρτησης γίνεται στην ομαδική θεραπεία, στις ομάδες δηλαδή, αυτοβοήθειας, οι οποίες διακρίνονται σε:

- Ιατρικές ομάδες
- Ψυχολογικές ομάδες
- Ομάδες αυτομάθησης
- Ομάδες που κάνουν πράξη το νέο τρόπο ζωής
- Ομάδες εύρεσης εργασίας
- Ομάδες που σχετίζονται με κοινωνικά φαινόμενα

- Ομάδες πρωτοβουλίας πολιτών (Παπαγεωργίου, 1985)

Τέλος στα θεραπευτικά προγράμματα ειδικών προσεγγίσεων ακολουθείται ως επί το πλείστον η θεραπευτική αλυσίδα, δηλαδή η σωματική απεξάρτηση, η ψυχική και κοινωνική ένταξη. Τα κυριότερα είναι οι ομάδες αυτοβοήθειας όπως είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί, οι Θεραπευτικές Κοινότητες, οι Θεραπευτικοί ξενώνες και τα Θεραπευτικά κέντρα (Κουκουτσάκη, 1987-88).

2. Φαρμακολογική προσέγγιση

Κατά την διάρκεια της θεραπείας, γίνεται χρήση χημικών σκευασμάτων, συνήθως του antabuse, του disulfiram και πληθώρα αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Τα antabuse είναι φάρμακο για την αντιμετώπιση του ουρολοιμώξεων, το οποίο, όμως, προκαλεί αποστροφή σε κάθε τι που περιέχει οινόπνευμα. Επίσης το ισχυρότατο disulfiram (προκαλεί αντιδράσεις ακόμα και με το κρασί στο φαγητό) προκαλεί δυσφορία σε συνδυασμό με την αλκοόλη. Χρησιμοποιείται τον πρώτο καιρό αποχής, ενώ αντίθετα τα αγχολυτικά χορηγούνται κατά την αποτοξίνωση (Ποταμιάνος, 1992).

Λόγοι που διαμορφώνουν τα αποτελέσματα της θεραπείας

Εξαιτίας των πολυάριθμων θεραπευτικών προγραμμάτων και των διαφορετικών προσεγγίσεων, η παρέμβαση θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και το κίνητρο του χρήστη για αλλαγή είναι αυτό που θα καθορίσει ουσιαστικά το αποτέλεσμα. Πριν, βέβαια, αποφασίσει ο ίδιος να τερματίσει τη χρήση περνά μέσα από διάφορα στάδια:

- 1^ο στάδιο: σε αυτό το στάδιο η θεραπεία δεν έχει αποτέλεσμα, καθώς ο ίδιος δε δέχεται ότι αντιμετωπίζει πρόβλημα.
- 2^ο στάδιο: αρχίζει η συνειδητοποίηση του προβλήματος και η επιθυμία για αλλαγή. Ως πιο αποτελεσματική θεραπεία, για τον ευρισκόμενο σε αυτό το επίπεδο είναι η ατομική και η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία, που στοχεύουν στα αισθηματικά προβλήματα, στις ψυχολογικές καταστάσεις, στην ενίσχυση των θετικών στοιχείων του χρήστη.
- 3^ο στάδιο: ο εξαρτημένος θέλει, και πολλές φορές προσπαθεί και μόνος του, άμεσα να τερματίσει τη χρήση ουσιών
- 4^ο στάδιο: το άτομο έχει σταματήσει τη χρήση και προσπαθεί να κρατηθεί μακριά από την ουσία. (Λιάππας, 1992)

Το αποτέλεσμα, όμως, σε όποιο στάδιο κι αν βρίσκεται είναι αβέβαιο και εξαρτάται από το είδος και το πόσο εντατικά πραγματώνεται η θεραπεία, από τα χαρακτηριστικά τόσο του χρήστη όσο και του θεραπευτή κι από το χώρο θεραπείας. Έτσι, σύμφωνα με ένα από τα μεγαλύτερα κέντρα έρευνας της Αμερικής, το Drug Abuse Reporting Program, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις κατά σειρά θετικής έκβασης είναι:

- Θεραπευτικές κοινότητες
- Θεραπευτικά προγράμματα στεγνού τύπου
- Προγράμματα με υποκατάστατο τη μεθαδόνη

- Προγράμματα για σωματική απεξάρτηση (Λιάππας, 1992)

Ως προς την εντατικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης έχει παρατηρηθεί ότι οι νεαροί, μικρού χρονικού διαστήματος χρήστες, οι χρήστες δηλαδή που κατέφυγαν για απεξάρτηση πριν το πέρας των τριών πρώτων χρόνων χρήσης καθώς και η συστηματική εντατική θεραπεία είναι τα κλειδιά (Λιάππας, 1992).

Επίσης, σημαντικός είναι ο ρόλος του θεραπευτή, ο οποίος θα πρέπει, χωρίς όμως να εμπλέκεται πολύ ή να κατακρίνει, να κατανοεί τον ουσιοεξαρτώμενο και τον συναισθηματικό του κόσμο. Επίσης, να είναι εκπαιδευμένος, να έχει εμπειρίες και να είναι εξοπλισμένος με υπομονή για τυχόν αποτυχίες. Από την άλλη θετικά χαρακτηριστικά του χρήστη είναι η μη εμπλοκή του σε παρεκκλίνουσες πράξεις, η χρήση ουσίας χωρίς ένεση, η νεαρή ηλικία, η σύντομοι χρόνου εξάρτηση και ένα περιβάλλον οικογενειακό, κοινωνικό που παρέχει βοήθεια και είναι υποστηρικτικό (Λιάππας, 1992).

Τέλος, ο χώρος που γίνεται η θεραπεία, εντός ή εκτός νοσοκομείου ή μέσα σε μια κοινότητα, παίζει ρόλο στην έκβαση του αποτελέσματος. Η θεραπεία εκτός νοσοκομείου είναι μια φθηνή λύση, δύσκολη, όμως, καθώς το άτομο αντιμετωπίζει τους καθημερινούς κινδύνους. Μόνο θετικό, ότι έχει υποστήριξη από τους οικείους. Η ενδονοσοκομειακή θεραπεία είναι ακριβή κι αν δεν στοχεύσει μόνο στην ιατρική, αλλά συνδυαστεί με ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις είναι αποτελεσματικότερη. Καταλήγοντας, οι θεραπευτικές κοινότητες είναι ιδανικές, εφόσον το άτομο δεν πάσχει από συννοσηρότητα και παθολογικά προβλήματα (Λιάππας, 1992).

Στην έρευνα που διεξήχθη από το ΚΕΘΕΑ και παρουσιάστηκε στην επιστημονική περιοδική έκδοση για θέματα εξαρτήσεων, στο τεύχος 14 το 2008 στην Αθήνα με υπεύθυνους την Εριάννα Νταλιάνη (Στατιστικός – Ερευνητής) και την Χριστίνα Σεργιάννη (PhD Ψυχολόγος) , αναδείχθηκε ότι το αποτέλεσμα της θεραπείας επηρεάζεται από το χρόνο παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία. Έτσι, τα άτομα που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα έχουν λίγες πιθανότητες για υποτροπή (Condelli & Hubbard, 1994).

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τις αρχές του 2002 έως τα τέλη του 2005 συμμετείχαν 1496 άτομα που ανήκαν σε προγράμματα εσωτερικής διαμονής ή εξωτερικής παρακολούθησης του ΚΕΘΕΑ. Από τα αποτελέσματα (πίνακας 1) φαίνεται ότι το πόσο σοβαρά είναι τα προβλήματα ψυχικά και μη και το είδος του θεραπευτικού προγράμματος επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Έτσι, η ένταξη σε θεραπεία εξωτερικής παρακολούθησης και ο δείκτης σοβαρότητας των προβλημάτων οδηγούν σε ολοκλήρωση της θεραπείας. Συγκεκριμένα, τον τελευταίο μήνα τα μη σημαντικά προβλήματα από τη χρήση και τα σοβαρά διαχρονικά ψυχικά προβλήματα την επηρεάζουν.

Επίσης, σε πρόβλεψη της ολοκλήρωσης ή μη της θεραπευτικής διαδικασίας οδηγούσε το ιστορικό της οικογένειας και η νομική κατάσταση του χρήστη. Οι χρήστες που παρακολουθούν εξωτερικό πρόγραμμα έχουν λιγότερα προβλήματα κι έτσι οδηγούνται στην απεξάρτηση πιο εύκολα. Επίσης, την αποτελεσματικότητα του προγράμματος επηρεάζουν τα ψυχολογικά προβλήματα, τα απορρέοντα από την ουσία και μη. Το φύλλο δεν επιδρά στο αποτέλεσμα σημαντικά, όσο το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον και του κοινωνικού τύπου προβλήματα (Εξαρτήσεις, Επιστημονική Έκδοση για Θέματα Εξαρτήσεων, τ. 14, Αθήνα 2008).

<i>Κύριες επιδράσεις</i>	<i>Beta</i>	<i>SE</i>	<i>df</i>	<i>Odds Ratio</i>
Τύπος προγράμματος (εξωτερικής παραμονής) ***	1,67	0,43	1	5,33
Χρήση ναρκωτικών (συνθετική τιμή)***	-1,31	0,39	1	0,27
Ψυχική κατάσταση (δείκτης σοβαρότητας)***	-1,22	0,30	1	0,29
<i>Αλληλεπιδράσεις</i>				
Οικογενειακό ιστορικό (συνθετική τιμή) (x) τύπος προγράμματος (εξωτερικής παραμονής)*	-1,14	0,62	1	0,32
Χρήση ναρκωτικών (δείκτης σοβαρότητας) (x) τύπος προγράμματος (εξωτερικής παραμονής)**	-1,99	0,82	1	0,14
Νομική / Δικαστική κατάσταση (δείκτης σοβαρότητας) (x) τύπος προγράμματος (εξωτερικής παραμονής)**	-1,23	0,48	1	0,29
Οικογενειακό ιστορικό (δείκτης σοβαρότητας) (x) τύπος προγράμματος (εξωτερικής παραμονής)**	1,30	0,61	1	3,66
Ψυχική κατάσταση (δείκτης σοβαρότητας) (x) τύπος προγράμματος (εξωτερικής παραμονής) **	1,75	0,70	1	5,75

* $P < 0,1$ ** $P < 0,05$ *** $P < 0,01$

Πίνακας 13

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ:

Ολοκληρώνοντας, πρέπει να επισημανθεί ότι στην Ελλάδα η οργανωμένη προσπάθεια ξεκίνησε πιο αργά, μόλις τη δεκαετία του '80. Σε όλες τις χώρες, όμως, σήμερα η κοινοτική και η κρατική μέριμνα επικεντρώνεται στην καταστολή της χρήσης. Είτε ακολουθούν όλα τα στάδια της «θεραπευτικής αλυσίδας» είτε κάποια από αυτά, προσεγγίζουν την θεραπεία φαρμακευτικά ή ψυχολογικά. Η ανάγκη εξατομικευμένης θεραπείας οδηγεί σε αίσιο αποτέλεσμα.

Κεφάλαιο VI: Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ «ΣΤΕΓΝΟΥ» ΤΥΠΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Τα θεραπευτικά προγράμματα «στεγνού τύπου», δηλαδή αυτά που δεν χρησιμοποιούν υποκατάστατα, δίνοντας βάση στην ψυχική αποκατάσταση προσπαθούν με διαφορετικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, να εντοπίσουν αρχικά την αιτία έναρξης της χρήσης. Η βάση τους είναι η θεραπευτική κοινότητα, που είτε είναι τύπου Synanon είτε τύπου Daytop, έχει διαδοθεί τόσο στην Ελλάδα όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Ανά τον κόσμο, οι ψυχολογικές προσεγγίσεις, τα θεραπευτικά στάδια και οι μέθοδοι είναι ίδιοι. Στην Ελλάδα, προγράμματα στεγνού τύπου λειτουργούν από το ΚΕΘΕΑ, από τον ΟΚΑΝΑ και από το 18ΑΝΩ κυρίως.

Τα προγράμματα στεγνού τύπου

Η θεραπευτική προσπάθεια, κυρίως για τους χρήστες σκληρών ναρκωτικών ουσιών, εκτός των προγραμμάτων υποκατάστασης ή των φαρμακολογικών θεραπειών με άλλου είδους ουσίες (π.χ. κλονιδίνη), περιλαμβάνει και τα «στεγνού τύπου» προγράμματα. Αυτά τα στεγνά προγράμματα θεραπείας βασίζονται στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, χωρίς τη χρήση φαρμακευτικών, ψυχοδραστικών ουσιών. Με κάποιες ψυχοκοινωνικού τύπου θεραπείες επιχειρούν να πετύχουν την ψυχολογική και σωματική αναδόμηση του χρήστη, μέσω της σταδιακής μείωσης ή της απότομης διακοπής της ουσίας. Ως προς την προοδευτική διακοπή ισχύει ο κανόνας, ότι κάθε μέρα παρέχεται κατά 1/10 μειωμένη δόση. Έτσι, η φιλοσοφία των προγραμμάτων «στεγνού τύπου» είναι:

- η μη χορήγηση υποκατάστατων ή άλλων ανταγωνιστικών ουσιών
- ο στόχος είναι το κεντρικό σημείο θεραπείας, ο οποίος είναι η σωματική και ψυχική ανεξάρτηση
- η ψυχολογική και κοινωνική προσέγγιση και ανασύνθεση του χρήστη (<https://www.okana.gr>).

Η χρήση και η εξάρτηση θεωρείται ότι είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, ένα αδιέξοδο με ποικίλα αίτια, πολιτιστικά, πολιτικοκοινωνικά, βιολογικά και περιβαλλοντικά. Πρόκειται για ένα φαινόμενο που στηρίζεται σε κοινωνικοπεριβαλλοντικές δυσλειτουργίες και σε προσωπικά προβλήματα ή ελλείμματα. Ο ουσιοεξαρτώμενος έχοντας βιώσει ή ζώντας μέσα σε ένα εχθρικό περιβάλλον, πολιτικό και κοινωνικό και όντας ο ίδιος ένα συναισθηματικά διαταραγμένο άτομο, προσπαθεί να βρει κάπου διέξοδο. Κι έτσι καταλήγει στη χρήση ουσιών, η οποία τον περιθωριοποιεί και τον αποδομεί ψυχικά ακόμα περισσότερο. Έχοντας αυτή τη θεώρηση ως βασική φιλοσοφία, τα στεγνά προγράμματα δίνουν προτεραιότητα όχι τόσο στη σωματική όσο στην ψυχολογική ανεξάρτηση. Στόχος τους είναι να σταματήσει η χρήση να είναι διέξοδος και να λειτουργεί καταπραυντικά στον ψυχισμό του χρήστη. Επίσης, να βρεθεί η χρονική στιγμή που δημιουργήθηκε το κενό, να ξεπεραστούν τα προσωπικά προβλήματα και οι διαταραγμένες σχέσεις με το περιβάλλον και να αποκτήσει το άτομο μια νέα υγιή ταυτότητα (Μάτσα, 2006).

Στο πλαίσιο των στεγνών θεραπευτικών προγραμμάτων ανήκει η θεραπευτική προσέγγιση μέσω της ψυχοθεραπείας. Πρόκειται για μια μέθοδο, η οποία μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα, κάτω από ορισμένες συνθήκες:

1. ο χρήστης πρέπει να μιλήσει για την εξάρτησή του, να συμμετέχει ενεργά, αναλαμβάνοντας την προσωπική του ευθύνη
2. ο χρήστης πρέπει να θέλει να αποκτήσει ουσιαστική σχέση θεραπείας, μια υγιή σχέση με τον θεραπευτή του (Μαρινοπούλου, 1993).

Επιπρόσθετα, ένα διαδεδομένο μέσο ίασης είναι η οικογενειακή θεραπεία, η οποία στοχεύει στον εντοπισμό και μετά στη παρεμβατική λύση των ενδοοικογενειακών ζητημάτων. Τέτοιου είδους προβλήματα, τα οποία είναι συχνά στις οικίες των χρηστών, είναι οι αλληλοεξαρτητικές σχέσεις των συζύγων, οι εχθρικές ή αντίθετα χαλαρές σχέσεις μεταξύ μητέρας και κόρης ή γιού ουσιοεξαρτώμενου και η αλληλοπρομήθεια των αδελφών χρηστών. Ο στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι:

1. να κατανοήσουν όλοι, ότι μόνο μέσω της ουσιαστικής συνεργασίας ο χρήστης μπορεί να σταματήσει τις ουσίες
2. να πειστούν ότι, για να επιτευχθεί αυτό, πρέπει να υπάρξει στήριξη σταθερή προς τον εθισμένο σε όλη τη διάρκεια του προγράμματος (Λιάππας, 1995).

Βέβαια, στη βάση, στο επίκεντρο των «στεγνών» προγραμμάτων βρίσκονται οι θεραπευτικές κοινότητες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι κοινότητες αυτές αποτελούν ένα οργανωμένο είδος κοινωνίας, που τα άτομα- χρήστες προσπαθούν να επαναπροσδιοριστούν, να επανακοινωνικοποιηθούν, να σταματήσουν τη χρήση και εν τέλει, υποστηριζόμενοι από όμοιούς τους, να αντιμετωπίσουν την πραγματική ζωή (ΠΟΥ, 2010).

Τα θεραπευτικά προγράμματα «στεγνού τύπου» έχουν μια συγκεκριμένη φιλοσοφία και κάποια γενικά χαρακτηριστικά, πέραν των διαφορών τους ως προς τους στόχους, τη διάρκεια και το περιεχόμενό τους. Υπάρχει μια ιεραρχία και χαρακτηρίζονται από ουσιαστική ανάπτυξη σχέσεων, από την αυτοβελτίωση, την αυτογνωσία και τον παραδειγματισμό των υπολοίπων. Βασικό, επίσης, στοιχείο είναι ο επαναπροσδιορισμός, η ανάπλαση, η ανοικοδόμηση του χαρακτήρα. Μέσω της επεξεργασίας των εργασιακών προβλημάτων, προσπαθούν να ωθήσουν το χρήστη, ο οποίος συμμετέχει παντού, να αποκτήσει υπευθυνότητα και να αναλάβει δράση με αυξημένη αρμοδιότητα και ευθύνη. Ακόμα, οι θεραπευτές επιθυμούν η αλληλοβοήθεια και η αλληλεγγύη να πάρουν τη θέση της εύκολης λύσης και της παροδικής απόλαυσης. Όταν επιτευχθούν όλα αυτά, τότε το άτομο ανέρχεται στην ιεραρχία και γίνεται ο ίδιος θεραπευτής της ομάδας (Ζαφειρίδης, 1990).

Οι επικριτές δε λείπουν βέβαια, καθώς υποστηρίζουν ότι η υπερπροστασία, η ιδεατή κοινωνία που έχει στηθεί, δε θωρακίζει τον πρώην χρήστη από τα προβλήματα της πραγματικότητας. Του προσφέρουν έναν παράδεισο, ο οποίος είναι ψεύτικος και η είσοδος του σε αληθινό περιβάλλον θα τον φέρει πάλι αντιμέτωπο με την ουσία (Ζαφειρίδης, 1990).

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα είναι:

1. 18 ΑΝΩ (ΨΝΑ)
2. στον ΟΚΑΝΑ τρία προγράμματα για ενήλικες και τρία για εφήβους

3. πρόγραμμα «ΑΡΓΩ» Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΨΝΘ)
4. προγράμματα του ΚΕΘΕΑ
5. Ανοικτό πρόγραμμα ΘΗΣΕΑΣ (Ευρωπαϊκό πρόγραμμα του δήμου Καλλιθέας)
6. Υπηρεσία πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων με το πρόγραμμα ΙΑΣΩΝ (Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών).

Το θεραπευτικό στάδιο των «στεγνών» προγραμμάτων παρακολούθησαν άτομα εκ των οποίων το 14,5% είχε ξανακάνει αίτηση. Επίσης, ένα εκ των κυριότερων προβλημάτων σε αυτά τα θεραπευτικά προγράμματα είναι το γεγονός ότι η διακοπή, είτε λόγω απόφασης του ίδιου του χρήστη, είτε λόγω των θεραπειών, οι οποίοι διαπιστώνουν παραβάσεις στους κανονισμούς, γίνεται πολύ νωρίς. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι αυτές οι θεραπείες αποτελούν βασική προϋπόθεση, βασικό στάδιο πριν το άτομο οδηγηθεί στην ένταξη σε πρόγραμμα υποκατάστασης (ΕΚΤΕΠΝ, 2010).

Αρχικά, όταν ένας χρήστης είχε διαπράξει ποινικό αδίκημα, αν εντασσόταν σε «στεγνό» πρόγραμμα θεραπείας, αναβαλλόταν η δίκη και αναστέλλονταν οι ποινές. Σταδιακά, αυτό πραγματοποιείται και με τα προγράμματα υποκατάστασης. Από την πλευρά του χρήστη, αν ο ίδιος εκμεταλλευτεί την προσφορά της Πολιτείας και ολοκληρώσει επιτυχώς το πρόγραμμα, μπορεί να απαλλαγθεί οριστικά από οποιαδήποτε ποινή (Ν.2331/1995 & Ν.3459/2006).

Σύμφωνα, με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα ναρκωτικά είναι απαραίτητη η στήριξη και η ενίσχυση των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, καθώς είναι πολύ αποτελεσματικά στη διακοπή της χρήσης και καινοτόμα να προσφέρουν πολλά θετικά στο χρήστη και στο κράτος (ΥΥΚΑ, 2008).

Οι Θεραπευτικές Κοινότητες

Την αρχή των Θεραπευτικών Κοινοτήτων την συναντάμε στη Καλιφόρνια της Αμερικής στο τέλος της δεκαετίας του '50. Συγκεκριμένα, όταν ο Μ. Jones, Άγγλος ψυχίατρος, το 1945 για τη θεραπεία 1000 απόμαχων στρατιωτικών, που παρουσίαζαν διαταραχές ψυχικού τύπου, χρησιμοποίησε τις ομάδες αυτοβοήθειας, στο πλαίσιο κυβερνητικών ιατρικών προγραμμάτων (Ρούσσης, 2009).

Ιστορικά, η πορεία των Θεραπευτικών Κοινοτήτων χωρίζεται σε τρεις γενιές:

1^η.: Θεραπευτική Κοινότητα «Synanon»

2^η.: Θεραπευτική Κοινότητα «Daytop»

3^η.: Θεραπευτική Κοινότητα «ΚΕΘΕΑ»

Η Synanon, η πρώτη Κοινότητα, φτιάχτηκε από τον Charles E. Dederich στην Καλιφόρνια, το 1958. Ο όρος προήλθε από τη συνένωση των λέξεων Symposium και Seminar. Ο Dederich όντας και ο ίδιος εξαρτημένος με το αλκοόλ ξεκίνησε να συμμετέχει στους «Ανώνυμους Αλκοολικούς». Έτσι, σταδιακά δημιούργησε μια δική του ομάδα

συζητήσεων, η οποία περιλάμβανε κάθε τύπου ουσιοεξαρτώμενους και φυλακισμένους στην οποία είχε ρόλο καθοδηγητή. Καθώς, όμως, στην ομάδα συμμετείχαν όλο και περισσότερα μέλη, πήρε τη μορφή πυραμίδας, με ιεραρχημένα και αυστηρά οργανωτικά επίπεδα (Παπαγεωργίου, 1985).

Σήμερα, στην Ευρώπη και στην Αμερική έχει καταλήξει σε μια κοινωφελή εταιρεία, η οποία πέρα των κοινοβίων δραστηριοποιείται σε πολλούς τομείς. Στην Ευρώπη ονομάζονται «Σπίτια Synanon» και η λειτουργία τους βασίζεται στην παραγωγή που γίνεται εσωτερικά. Τα άτομα – χρήστες που εργάζονται στις εργασίες της Κοινότητας, προσφέρουν τα περισσότερα από τα κέρδη τους στο κοινό ταμείο (Παπαγεωργίου, 1985).

Η ιδεολογία, που διέπει το σύνολο αυτής της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι:

- Αυτό, που είναι καλό και σωστό για τον άλλο και για μένα ορθό
- Μόνο η ειλικρίνεια και η αλήθεια μπορεί να μας οδηγήσει στην ελευθερία (Ρούσσης, 2009).

Επίσης, ισχύουν δύο προϋποθέσεις για να εισέλθει κάποιος σε αυτή την κοινωφελή οργάνωση:

- απαγορεύεται η βία, κυρίως η σωματική
- απαγορεύεται η χρήση όλων των ουσιών, ακόμα και του καπνού (Ρούσσης, 2009).

Όλο το προσωπικό είναι πρώην χρήστες, που ανεβαίνουν στην ιεραρχία, εργάζονται στην Κοινότητα και δρουν μιμητικά για τα κατώτερα μέλη. Ακόμα υπάρχει πλήρης ελευθερία καθώς οποιοσδήποτε, θεραπευτής ή θεραπευόμενος, μπορεί να φύγει όποτε το θελήσει. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στη θεραπεία έχουν οι ομάδες εργασίας, οι ομαδικές συζητήσεις, στις οποίες θεραπευτής και θεραπευόμενος εναλλάσσουν ρόλους και οι συνεδρίες, διαρκούν συνεχόμενα από 36 έως 48 ώρες. Οι τελευταίες συμβολίζουν τον καθαρισμό από τη χημική ουσία. Τέλος, ακόμα και τις πρώτες ημέρες εισαγωγής, δε γίνεται χρήση ψυχοφαρμάκων, γιατί θεωρείται ότι όλα προέρχονται από τον ψυχισμό του ουσιοεξαρτημένου και δουλεύοντας πάνω σε αυτό, δε χρειάζεται τίποτα (Παπαγεωργίου, 1985).

Από την άλλη, η Θεραπευτική Κοινότητα Dayton δημιουργήθηκε το 1964, όταν ο πρώην τοξικομανής μέλος του Synanon, David Deitch, ήρθε σε ρήξη με την κοινότητά του. Η αυστηρή οργανωτική δομή του Dayton λειτουργεί ως παγκόσμιο παράδειγμα και έχει απλωθεί παντού. Έχει τη μορφή αλυσίδας και βασίζεται στην εργασία των μελών, πρώην χρηστών. Τα μέλη – χρήστες εισάγονται κατόπιν αυστηρής επιλογής υπό τη μορφή προσωπικής αντιπαράθεσης, με στόχο την εγγύηση ότι ο εξαρτημένος δε θα διακόψει τη θεραπευτική διαδικασία. Η φιλοσοφία του Dayton στηρίζεται στην αρχή ότι η χρήση ουσιών, προέρχεται από τον εσωτερικό κόσμο και το χαρακτήρα του χρήστη και κάτω από ορισμένες συνθήκες αναδύεται ο εθισμός. Η περιθωριοποίησή του ξεκινά από τον ίδιο, όταν θέλει να ξεφύγει από την πραγματικότητα, λόγω της κατάστασης, που τον έχει οδηγήσει η χρήση της ουσίας. Για το λόγο αυτό, στην αρχή ο τοξικομανής απομονώνεται από τον κοινωνικό περίγυρο και εν συνεχεία εισέρχεται σε ένα νέο περιβάλλον, μέσα στο οποίο, αφήνει τον παλιό τρόπο ζωής και δράσης και μαθαίνει ένα νέο. Μια βασική διαφορά με το Synanon είναι ότι δεν επιθυμεί τη μακρόχρονη παραμονή των μελών εντός της κοινότητας, αλλά τους ωθεί να εισέλθουν στην πραγματικότητα, στην κοινωνία.

Η ιδεολογία του Daytop είναι:

- απόλυτη αλήθεια
- αποχή από τις εξαρτήσεις
- αποχή από τη βία (Ρούσσης, 2009)

Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι οι Θεραπευτικές Κοινότητες είναι διαβαθμισμένες ιεραρχικά, κοινοτικές ομάδες, που όλα τα μέλη είναι ίσα, αμοιβαία υπεύθυνα και με το καθήκον να εργάζονται καθημερινά και να προσφέρουν. Η εργασία είναι χειρωνακτικής φύσεως έως και διοικητικές, ανάλογα με τη θέση του μέλους. Υπάρχει μια ανοδική κινητικότητα. Στόχος είναι να μάθει ο πρώην χρήστης να βασίζεται στον ίδιο τον εαυτό του (Ζαφειρίδης, 1990).

Ως προς το προσωπικό, έχει εποπτικό ρόλο στις λειτουργίες, στις δραστηριότητες και στις εργασίες της κοινότητας. Επιπρόσθετα, συμβουλεύει, αναλαμβάνει την ψυχαγωγία, σχεδιάζει τη θεραπεία και προάγει τα κατώτερα μέλη. Ο βασικός αυτός οργανωτικός και κλινικός ρόλος που κατέχει, πηγάζει από την εμπειρία, τα προσόντα και τη γνώση (Ζαφειρίδης, 1990).

Η οδός προς την πλήρη αποκατάσταση περιλαμβάνει κάποια σημαντικά στάδια:

- Κινητοποίηση

Η κινητοποίηση του ίδιου του χρήστη για αλλαγή είναι ουσιώδης και οφείλει να είναι συνεχής, χωρίς διακοπές, ώστε να ανιχνεύονται τα πρόωρα σημάδια για διακοπή της θεραπείας. Η κινητοποίηση γίνεται μέσω της λεκτικής αποδοχής του προβλήματος που αντιμετωπίζει ο εξαρτημένος (De Leon, 1993).

- Αυτοβοήθεια

Η αμοιβαία στήριξη, η αμοιβαία αυτοβοήθεια μεταξύ των μελών της Θεραπευτικής Κοινότητας είναι σημαντική για να επέλθει η αλλαγή στον τρόπο ζωής (De Leon, 1993).

Μέσα από αυτή τη διαδικασία αναδύονται ορισμένες συμπεριφορικές διαδικασίες:

α) στήριξη: η στήριξη στο χρήστη παρέχεται άμεσα μέσω της λεκτικής επιβράβευσης και ενθάρρυνσης για τη δράση και την προσπάθεια κάθε μέλους (De Leon, 1993).

β) ανατροφοδότηση: η ενίσχυση κάθε μέλους οδηγεί το χρήστη στη συνεχή αλλαγή προς την ορθή συμπεριφορά και σε συζητήσεις (De Leon, 1993).

γ) αντιπαράθεση και υπευθυνότητα: τα μέλη και το προσωπικό έρχονται σε αντιπαράθεση με αυτούς που η συμπεριφορά τους ξεφεύγει του στόχου και δεν ανταποκρίνεται στη συνέπεια που αρμόζει εντός της κοινότητας. Με αυτό τον τρόπο δείχνουν υπευθυνότητα για την «οικογένεια» (De Leon, 1993).

δ) μοντέλο – ρόλος: αποτελεί μια παιδευτική, μαθησιακή δραστηριότητα. Κάθε μέλος αναλαμβάνει να επιδείξει την ορθή στάση που αρμόζει στο στόχο της ομάδας. Έτσι, όλοι επιθυμούν να μπορέσουν να γίνουν ένα μοντέλο πόλος. Αποτελεί το παράδειγμα και ταυτόχρονα το κίνητρο για τον δύσκολο αγώνα της αποκατάστασης (De Leon, 1993).

- Κοινωνικότητα:

Η αλλαγή τρόπου ζωής δε μαθαίνεται θεωρητικά, αλλά έμπρακτα συντελείται στην κοινότητα. Η κοινωνική μάθηση δε μπορεί να επιτευχθεί με την απομόνωση, αλλά με την κοινωνική επαφή. Αν το άτομο περιθωριοποιηθεί, απομονωθεί για να διακόψει τη χρήση, τότε όταν εισέλθει στο φυσιολογικό περιβάλλον κινδυνεύει με υποτροπή (De Leon, 1993).

- Η θεραπεία ως σύντομο στάδιο:

Η θεραπευτική διαδικασία είναι σύντομης χρονικής διάρκειας, διετής και προετοιμάζει το άτομο να αντιμετωπίσει τη ζωή και να προετοιμαστεί κατάλληλα για τον καθημερινό αγώνα. Η συνέχιση του προσωπικού αγώνα, η αποκοπή από τις νοσηρές επιρροές και η θωράκιση του «εγώ» πρέπει να συνεχίζεται και μετά τη διαμονή (De Leon, 1993).

Τα θεραπευτικά εργαλεία των Θεραπευτικών Κοινοτήτων ποικίλουν ανάλογα το άτομο και αλλάζουν κατά τη διαδικασία της αποκατάστασης.

Οι βασικές εκπαιδευτικές μέθοδοι είναι:

- Επίγνωση:

Ο χρήστης πρέπει να έχει επίγνωση, να κατανοεί ότι η συμπεριφορά του και τα συναισθήματά του επηρεάζουν την ομάδα. Η εκπαίδευση στην επίγνωση έχει στόχο να κλείσει το κενό ανάμεσα στο σωστό τρόπο που προωθεί η Κοινότητα και σε αυτό που αντιλαμβάνεται ο χρήστης ως ορθό. Κι αυτό, γιατί χαρακτηριστικό γνώρισμα των ουσιοεξαρτημένων είναι ότι δεν έχουν επίγνωση ότι η συμπεριφορά τους έχει αντίκτυπο στους άλλους και ότι η στάση των υπολοίπων τους επηρεάζει. Αυτή η μη κατανόηση της αλληλεπίδρασης στάσεων και συμπεριφορών οφείλεται στη μειωμένη ικανότητα σκέψης, στην απομάκρυνση αυτών των σκέψεων, στην παρορμητική συμπεριφορά ή στην μετατόπιση σκέψεων και προσοχής. Ακόμα, και στο γεγονός ότι δε μπορούν να εκτιμήσουν αντικειμενικά τα θετικά ή αρνητικά χαρακτηριστικά μιας κατάστασης (Λιάππας, 1992).

- Ανοχή -Αντοχή:

Η ανάπτυξη τεχνικών για την ενίσχυση της αντοχής του υπό εξάρτηση ατόμου και ταυτόχρονα η μείωση της ανοχής του, προέρχεται από το γεγονός ότι ο χρήστης έχει μικρή έως καθόλου ανοχή σε οποιοδήποτε αρνητικό συναίσθημα, για το οποίο νιώθει έντονη δυσφορία. Αυτή η ανοχή μπορεί να είναι η βασική αιτία ή το αποτέλεσμα της χρήσης, μιας προδιάθεσης κληρονομικής ή γενετικής, της διαπαιδαγώγησης από την οικογένεια, του φόβου ή της απουσίας ηδονής και διέγερσης ή και ανίας (Λιάππας, 1992).

Για την ενίσχυση της αντοχής και τον περιορισμό της ανοχής στα δυσάρεστα συναισθήματα, η Θεραπευτική Κοινότητα διαχειρίζεται τη δυσφορία, τη στέρηση και τα αρνητικά συναισθήματα των χρηστών με λεκτική κατανόηση και προώθηση της άποψης ότι αυτά αποτελούν τη μετάβαση, το υποχρεωτικό στάδιο από τη χρήση στην απουσία ουσίας (Λιάππας, 1992).

Μια βασική και διαδομένη τεχνική για να αποκτήσουν τα μέλη – χρήστες αντοχή είναι οι ομάδες αντιπαράθεσης (encounter). Η συμμετοχή σε μια τέτοιου τύπου ομάδα βοηθά το προσωπικό και τους υπόλοιπους να εντοπίσουν το μέλος που νιώθει δυσφορία και τα αρνητικά αισθήματα ή την αρνητική συμπεριφορά που οδηγεί στη χρήση. Εν συνεχεία, προσπαθούν ενισχύοντας άλλες συμπεριφορές του να τον ωθήσουν στη γνωστική κατανόηση των δυσάρεστων συναισθημάτων. Στις αντιπαραθετικές ομάδες τα μέλη επιχειρούν να

αυτοπαρουσιαστούν χωρίς δικαιολογίες και υποκρισίες, να πουν την αλήθεια και να εκφράσουν τον εσωτερικό τους κόσμο. Αναμενόμενη είναι, βέβαια, η συνακόλουθη επιθετικότητα και εχθρικότητα, όταν το άτομο αρχίζει να έχει επίγνωση ότι η δική του συμπεριφορά είναι η πηγή των προβλημάτων του. Μέσα στο encounter αναδομείται και επαναπροσδιορίζεται το άτομο. Κατά τη διάρκειά του, απαγορεύεται η χρήση όλων των ουσιών, συμπεριλαμβανομένου και του καπνού, η αυτοπαρουσίαση ως ανώτερος, η σωματική βία, η καταπάτηση και η προσβολή της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας του διπλανού. Επίσης, το προσωπικό πρέπει να ενθαρρύνει τους χρήστες να εξωτερικεύουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, ενώ παράλληλα τους επιτρέπεται η λεκτική επίθεση. Οι ομάδες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν οποιοδήποτε μέλος ή να διαχωρίζονται με βάση το φύλο ή και την εθνικότητα. Επιπρόσθετα, μπορεί να «συζητούν» σιωπηλά ή με επιχειρήματα ή με άλλους μη λεκτικούς τρόπους έκφρασης (Ζαφειρίδης, 1990).

Υπάρχουν ορισμένες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στις συζητήσεις αυτές για καλύτερα αποτελέσματα:

Υπερβολή:

Με αυτό τον τρόπο εξομαλύνονται οι εντάσεις και επέρχεται ισορροπία και ηρεμία

Εχθρικότητα:

Έχει στόχο να οδηγήσει τον αρνητισμό και την αυτοκαταστροφική διάθεση του χρήστη σε ομαλή εκτόνωση

Χτύπημα Karom:

Έχει στόχο να αφήσει ο χρήστης την αμυντική συμπεριφορά και να «ανοιχτεί» στους άλλους

Εμπάθεια:

Βοηθά το χρήστη να ανακαλύψει τις δυνάμεις του και την πραγματικότητα

Ταυτοποίηση:

Ο εθισμένος βγαίνει από το περιθώριο και ανακαλύπτει τον ίδιο του τον εαυτό και το συναισθηματικό του κόσμο (Ζαφειρίδης, 1990).

· Μαραθώνιοι:

Γίνονται μια ή δύο φορές κάθε χρόνο και η διάρκειά του είναι από 24 έως 60 ώρες. Οι πολύωρες συζητήσεις διακόπτονται μόνο για να φάνε και να κοιμηθούν οι συμμετέχοντες. Στόχος των Μαραθωνίων είναι να βγουν στην επιφάνεια τα βιώματα κάθε μέλους, τα αρνητικά και τα δυσάρεστα συναισθήματά του και εν τέλει να μπορέσει ο καθένας να διηγηθεί την προσωπική του ιστορία και να εξωτερικεύσει όλο το συναισθηματικό του κόσμο. Οι φιλίες, το προσωπικό δέσιμο που δημιουργείται στο τέλος είναι πολύ ιδιαίτερο (Ρούσσης, 2009).

· Εντατικές:

Μέσα σε μια ατμόσφαιρα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και αλληλοκατανόησης, γίνονται βραδινές οκτάωρες συναντήσεις, που στοχεύουν στο συναισθηματικό κόσμο και επικεντρώνονται σε προβλήματα, φοβίες, στην οικογένεια των χρηστών και σε άλλα τέτοιου είδους θέματα (Ρούσσης, 2009).

- **Tutorials:**

Είναι εκπαιδευτικές ομάδες που βοηθούν στην προσωπική ανάπτυξη του χρήστη, στην απόκτηση κλινικών, κυρίως, δεξιοτήτων και επαγγελματικών (Ρούσσης, 2009).

- **Probes:**

Πραγματοποιούνται στην αρχή κάθε προγράμματος κι έχουν διάρκεια έως 8 ώρες. Το προσωπικό της Θεραπευτικής Κοινότητας επιθυμεί να αποκτήσει πληροφορίες για την ουσία εξάρτησης κάθε χρήστη, για την οικογένειά του, τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Γενικά, να επικεντρωθεί στο βιογραφικό του χρήστη (Ρούσσης, 2009).

- **Bonding:**

Είναι μια τεχνική που αποβλέπει τα άτομα να υπερνικήσουν, να προσπεράσουν τα συναισθηματικά προβλήματα, που έχουν, λόγω των προβληματικών σχέσεων με τους οικείους τους και να προσεγγίσουν ο ένας τον άλλο ψυχικά. Η ψυχική προσέγγιση πραγματοποιείται μέσω της φυσικής προσέγγισης, όταν ξαπλωμένοι πολύ κοντά ο ένας στον άλλο μιλούν, φωνάζουν, εξωτερικεύουν των εσωτερικό τους κόσμο (Ρούσσης, 2009).

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Το 1982 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με τον Κ. Στεφανή, τον καθηγητή Ψυχιατρικής, αποφάσισε να παίξει ενεργό ρόλο στην αντιμετώπιση των ναρκωτικών στην Ελλάδα. Έτσι, αποφάσισε να υλοποιήσει την πρόταση του Φ. Ζαφειρίδη για ένα πρόγραμμα απεξάρτησης «στεγνού» τύπου, το «Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένα Άτομα», που βασιζόταν στις ιδεολογικές αρχές του Daytop και του Synanon (Ζαφειρίδης, 1986).

Στην αρχή, τα προβλήματα που αντιμετώπισε αφορούσαν την στελέχωση του προσωπικού. Ειδικοί ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και εθελοντές πήγαν στην Ολλανδία σε ανάλογες Θεραπευτικές Κοινότητες για να λάβουν την κατάλληλη κατάρτιση. Αυτή η ομάδα των 17 ατόμων, περιλάμβανε και έναν Έλληνα χρήστη και ήταν η πρώτη επιστημονική ομάδα στην οποία συνεργάζονται ειδήμονες και πρώην χρήστες (Ζαφειρίδης, 1986).

Τον επόμενο χρόνο άνοιξε το Κέντρο Σωματικής Αποτοξίνωσης με στόχους:

- τη σωματική θεραπεία του στερητικού συνδρόμου
- τη Θεραπευτική Κοινότητα σε ένα δεύτερο στάδιο του προγράμματος
- την ενημέρωση για την ιδεολογία και τη λειτουργία της Κοινότητας

Παράλληλα άρχισε τη λειτουργία του ένας Συμβουλευτικός Σταθμός με στόχους:

- τη διαλογή των χρηστών
- την ενημέρωσή τους για τους στόχους και τη λειτουργία των προγραμμάτων
- την κινητοποίηση των ουσιοεξαρτώμενων για συμμετοχή στο πρόγραμμα (Ζαφειρίδης, 1986).

Εν συνεχεία, ο Φ. Ζαφειρίδης δημιούργησε ένα πρότυπο Θεραπευτικής Κοινότητας, που συνδυάζει τη δημοκρατική με την ιεραρχημένη μορφή. Έτσι, το 1983 λειτούργησε η «ΙΘΑΚΗ» στη Θεσσαλονίκη, με 8 μέλη και το 1984 ο Συμβουλευτικός Σταθμός στην ίδια πόλη. Έπειτα, το 1987 έγινε η μετάλλαξή του σε Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, το ΚΕΘΕΑ (Ζαφειρίδης, 1986).

Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), διαθέτει πάνω από 70 μονάδες σε πολλά μέρη της χώρας και περισσότερα από 3.000 μέλη. Στόχος του είναι η πρόληψη, η θεραπεία, η επανένταξη στην κοινωνία, η επαγγελματική και εκπαιδευτική κατάρτιση των μελών. Επίσης, για την επιτυχή έκβαση αυτών συνεργάζεται με την πολιτεία αλλά και με αντίστοιχους φορείς στο εξωτερικό. Επιπρόσθετα, εξειδικευμένοι επιστήμονες και επαγγελματίες που ασχολούνται με την ψυχική υγεία συνεργάζονται με τη μονάδα στον τομέα της έρευνας και της ενημέρωσης. Λειτουργεί ως διάυλος εφαρμογής του «Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης από Ουσίες» στην Ελλάδα και έχει συμβουλευτικό ρόλο στο Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του Ο.Η.Ε. (www.kethea.gr).

Όσον αφορά τους ανθρώπους, που εργάζονται στο ΚΕΘΕΑ, είναι καταλλήλως καταρτισμένοι, επιστήμονες, που δουλεύουν στο ερευνητικό κομμάτι ή επαγγελματίες από το χώρο των κοινωνικών επιστημών ή της ψυχικής υγείας. Όλοι αυτοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, σε διάφορους τομείς, όπως στην επαγγελματική εκπαίδευση, την έρευνα, την υποστήριξη των χρηστών. Βέβαια, στο πλαίσιο των προγραμμάτων θεραπείας, οι εργασίες κάθε μέρα πραγματοποιούνται από τα ίδια τα μέλη. Επίσης, ο εθελοντισμός έχει κυρίαρχο ρόλο. Μεμονωμένα άτομα, υπό συνεχή επίβλεψη, σύλλογοι, οι οικογένειες των μελών, όλοι βοηθούν καθημερινά, είτε προσφέροντας εργασία εντός του προγράμματος είτε εκτός, μέσω της ενημέρωσης και της ευαισθητοποίησης της κοινωνίας (Ρούσσης, 2009).

Ως προς τη θεραπευτική διαδικασία, που αποτελείται από διάφορα στάδια, οι μονάδες θεραπείας είναι:

1. το κέντρο ενημέρωσης και εισαγωγής ή διαφορετικά το λεγόμενο Συμβουλευτικό Κέντρο
2. η Θεραπευτική Κοινότητα
3. το Κέντρο που ασχολείται και στοχεύει στην Κοινωνική επανένταξη

Πιο συγκεκριμένα:

1. Συμβουλευτικό Κέντρο

Αποτελεί την αρχή της θεραπευτικής διαδικασίας και πρόκειται για ένα στάδιο παρακολούθησης της πορείας του χρήστη εκτός της Θεραπευτικής Κοινότητας, με διάρκεια 8-10 εβδομάδων. Το άτομο – χρήστης προετοιμάζεται σωματικά και ψυχολογικά για την εισαγωγή στην φάση του προγράμματος. Δεν επιτρέπεται καμιά χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, ενισχύεται, μέσω της πλήρους ενημέρωσης, η κινητοποίησή του, απασχολείται δημιουργικά, του παρέχεται διατροφή και παραπέμπεται για ιατρικές εξετάσεις (Ρούσσης, 2009).

2. Θεραπευτική Κοινότητα

Ολοκληρώνοντας το προηγούμενο στάδιο των 8-10 εβδομάδων, ο ουσιοεξαρτώμενος για τον επόμενο ένα χρόνο εισάγεται στο στάδιο της Θεραπευτικής Κοινότητας, εσωτερικής διαμονής και συστέγασης με άλλα μέλη ή εξωτερικής παρακολούθησης, μέριμνας και

φροντίδας, όπου το βράδυ φεύγει από την Κοινότητα και επιστρέφει στο χώρο του (Ρούσσης, 2009).

Η συγκεκριμένη φάση του προγράμματος του ΚΕΘΕΑ, αποτελεί την «κολώνα» της ανεξάρτησης, η οποία, όπως προαναφέρθηκε συνδυάζει την «Ιεραρχημένη» και τη «Δημοκρατική Κοινότητα», με έναν ιδιαίτερο τρόπο. Κατά τους πρώτους 9 μήνες, ο χρήστης, ακολουθώντας το ιεραρχημένο μοντέλο, αποβλέπει στην ουσιαστική έκφραση και εξωτερίκευση των συναισθημάτων του, στην κατανόηση του μύθου της μη ικανότητας για θεραπεία και στην εκμάθηση ενός νέου τρόπου διαβίωσης. Όλα αυτά πραγματώνονται χωρίς τη χρήση υποκατάστατων, μέσω μια αυστηρής δομημένης και καταλλήλως σχεδιασμένης πραγματικότητας (ΕΚΚΕ, 1996).

Κατόπιν, ακολουθεί η δημοκρατική φάση της Κοινότητας. Σε αυτό το στάδιο, όντας πιο υπεύθυνος και με στόχο την καλλιέργεια αυτής της υπευθυνότητας, συμμετέχει σε όλα τα προγράμματα θεραπείας, ψυχικής τώρα κατεύθυνσης και απασχολείται επαγγελματικά. Οκτώ ώρες κάθε μέρα εργάζεται σε εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης. Εφόσον, όλα βαίνουν καλώς για τους επόμενους περίπου 5 μήνες, ενώ ζει στην Κοινότητα και συμμετέχει στις Θεραπευτικές ομάδες, εργάζεται εκτός, σε μια θέση εργασίας παρεχόμενη από την Κοινότητα. Μετά την πάροδο άλλων 5 μηνών, μπορεί να φύγει και να κατοικήσει στην πόλη. Έτσι, λοιπόν περνώντας σταδιακά από όλη τη δεύτερη φάση του προγράμματος και μετά από την ενεργό συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες για την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων, την εκπαιδευτική και επαγγελματική κατάρτιση, την προσωπική ανάπτυξη και Θεραπεία, το άτομο – χρήστης επαναπροσδιορίζεται και επανατροφοδοτεί τις σχέσεις με τους οικείους του. Χωρίς, πλέον νομικά προβλήματα, προβλήματα υγείας και με επαγγελματική εκπαίδευση εισάγεται στην τρίτη φάση του προγράμματος (ΕΚΚΕ, 1996).

3. Κοινωνική Επανεκπαίδευση

Στο συγκεκριμένο στάδιο, το ΚΕΘΕΑ στοχεύει στην παροχή επαγγελματικής αποκατάστασης, ώστε το άτομο να μπορέσει να επανενταχθεί στην κοινωνία. Η διάρκεια της φάσης αυτής είναι από 10 έως 12 μήνες και έως τα άτομα να βρουν σπίτι και εργασία, μπορούν να μείνουν σε παρεχόμενους ξενώνες (www.kethea.gr).

Το ΚΕΘΕΑ θεωρεί ιδιαίτερος σημαντική τη συμμετοχή της οικογένειας του χρήστη. Τα Κέντρα Οικογενειακής Υποστήριξης, που λειτουργούν, στηρίζουν τους συντρόφους/συζύγους, τα αδέρφια και τους γονείς του χρήστη και έχουν διάρκεια περίπου όσο και όλη η θεραπευτική διαδικασία. Σημαντικό, επίσης, είναι ότι ακόμα και αν ο χρήστης δεν παρακολουθεί το πρόγραμμα, η οικογένειά του μπορεί να ενημερώνεται, να εκπαιδεύεται κατάλληλα για την αντιμετώπιση, τη διαχείριση και την κινητοποίηση του εθισμένου για την εισαγωγή του σε ένα πρόγραμμα (www.kethea.gr).

Ακόμα, το ΚΕΘΕΑ διαθέτει ερευνητικά τμήματα, που συλλέγουν τα στοιχεία από τις τρεις φάσεις του προγράμματος και τα αξιοποιούν αναλόγως, για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και για την εκπόνηση δημογραφικών στοιχείων. Επιπροσθέτως, διαθέτει εκπαιδευτικά τμήματα, τόσο για την επαγγελματική εκπαίδευση και αποκατάσταση των μελών όσο και την επιμόρφωση του προσωπικού. Τη διοικητική, οικονομική λειτουργία του προγράμματος διαχειρίζονται τα Ειδικά Τμήματα Διοίκησης και Οικονομικών. Τέλος, μια άλλη υπηρεσία που εντάσσεται και την παρέχει το ΚΕΘΕΑ, είναι η συμβουλευτική στήριξη, στο πλαίσιο των σωφρονιστικών ιδρυμάτων, που παρέχεται στους έγκλειστους χρήστες. Κάνοντας χρήση των εναλλακτικών ποινών βάσει νόμου, ενημερώνουν

και κινητοποιούν τους φυλακισμένους για την εισαγωγή τους σε Θεραπευτικές Κοινότητες. Ωστόσο, τα αυτοτελή και ολοκληρωμένα προγράμματα θεραπείας που παρέχουν υπηρεσίες σε έγκλειστους και αποφυλακισμένους, στοχεύουν στην ψυχική και σωματική απεξάρτηση εντός της φυλακής. Εν συνεχεία, τα «Κέντρα Υποδοχής και Επανένταξης» στη Θεσσαλονίκη και στην Αθήνα, μπορούν να δεχτούν τους αποφυλακισμένους (www.kethea.gr).

Ολοκληρώνοντας, πρέπει να επισημάνουμε ότι τα δωρεάν παρεχόμενα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ, που απευθύνονται στους ουσιοεξαρτώμενους και στις οικογένειές τους, ανταποκρίνονται στις προσωπικές ανάγκες του κάθε ατόμου και σχεδιάζονται να καλύπτουν τις απαιτούμενες ανάγκες διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, όπως γυναίκες, μητέρες, έφηβοι, έγκλειστοι σε φυλακές, ενήλικες, μετανάστες. Στοχεύουν στην εθελούσια απεξάρτηση χωρίς υποκατάστατα και στην προσωπική, ενεργό συμμετοχή του μέλους. Σήμερα, λειτουργούν 17 προγράμματα ενηλίκων και 8 προγράμματα νεαρών ενηλίκων – εφήβων (www.kethea.gr).

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

Και ο ΟΚΑΝΑ, εκτός των προγραμμάτων υποκατάστασης, σε συνεργασία με άλλους φορείς και υπηρεσίες, δημιούργησε θεραπευτικά προγράμματα εφήβων και ενηλίκων «στεγνού» τύπου. Το πρώτο τέτοιου είδους πρόγραμμα άρχισε τη λειτουργία του το 1998 στην Πάτρα και είναι το «Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Πάτρας» (Δ.Θ.Υ.Π.). Αποτελεί ένα συνδυασμό ομάδων αυτοβοήθειας, θεραπευτικής κοινότητας και συστηματικής προσέγγισης. Απευθύνεται σε χρήστες ουσιών από 18 έως 40 ετών, χωρίς ψυχιατρικά προβλήματα. Πρόκειται για ένα θεραπευτικό πρόγραμμα εθελούσιο, πολυφασικό, με την ενεργό συμμετοχή όλων των μελών. Για τους χρήστες κατοίκους Πατρών είναι εξωτερικής παρακολούθησης, καθώς το βράδυ επιστρέφουν στο σπίτι τους, ενώ για τα υπόλοιπα μέλη λειτουργούν ξενώνες διαμονής. Αυτοαποκαλείται δίκτυο, γιατί περιλαμβάνει:

- α. Συμβουλευτικό Σταθμό
- β. την Θεραπευτική Κοινότητα «ΓΕΦΥΡΑ»
- γ. Πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης
- δ. Τμήμα με ξενώνες διαμονής
- ε. Οικογενειακό πρόγραμμα (www.okana.gr).

Ο Συμβουλευτικός Σταθμός, αναλόγως του ΚΕΘΕΑ, αποτελεί μια πρώτη επαφή με τον χρήστη, για να τον πείσει να ενταχθεί ή να ενισχύσει την ένταξη και την κινητοποίησή του στη Θεραπευτική Κοινότητα. Η συμβουλευτική διαρκεί 2 με 3 μήνες (www.okana.gr).

Η εισαγωγή στη «ΓΕΦΥΡΑ», είτε στο ανοιχτό τμήμα είτε στο εσωτερικής στέγασης στοχεύει στην απομάκρυνση του χρήστη από την ουσία εξάρτησης, στη βελτίωση της αυτοεικόνας, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ατόμου, στην αυτογνωσία, στη βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων και στην υπευθυνότητα. Επίσης, φροντίζει τις νομικές εκκρεμότητες του χρήστη, βοηθά στην εκπαιδευτική ανάπτυξη των δεξιοτήτων και αντιμετωπίζει τις όποιου τύπου δυσκολίες στη σύναψη σχέσεων και στην αυτοφροντίδα (www.okana.gr).

Ολοκληρώνοντας το πρόγραμμα της Θεραπευτικής Κοινότητας, εάν το επιθυμούν τα μέλη εντάσσονται σε πρόγραμμα Κοινωνικής Δραστηριοποίησης. Αυτό, αποβλέπει στην παγίωση και «νέου εαυτού», του απομακρυσμένου από τις ουσίες, στην κοινωνικοποίησή του, στην απόκτηση δεξιοτήτων, γνώσεων, στην ενίσχυση της αυτοσυντήρησης και διασφάλιση του πλαισίου για την επαγγελματική του αποκατάσταση (www.okana.gr).

Τέλος, το Πρόγραμμα Οικογένειας, που διαρκεί όσο η αποθεραπεία του οικογενειακού μέλους που βρίσκεται υπό εξάρτηση, τα υπόλοιπα μέλη συνεργάζονται καθημερινά και ουσιαστικά με το πρόγραμμα, ώστε να ενισχύεται καθημερινά η κινητοποίηση του εθισμένου. Επίσης, στόχος του προγράμματος είναι η ουσιαστική αυτονόμηση του μέλους και η αυτοδιαχείριση των προβλημάτων του καθώς και η σύναψη αληθινών σχέσεων (www.kethea.gr).

Εκτός των προαναφερθέντων, ο OKANA μετά από συνεργασία με την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, το 1998 μετεξέλιξε το εκεί ευρισκόμενο «Ειδικό Εξωτερικό Ιατρείο για Ουσιοεξαρτώμενα Άτομα» στο «ΑΘΗΝΑ», ένα Θεραπευτικό Πρόγραμμα «στεγνού» τύπου (www.okana.gr).

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα, για άνω των 18 ετών ουσιοεξαρτημένους από ναρκωτικά και αλκοόλ προσφέρει υπηρεσίες έρευνας, επαγγελματικής και εκπαιδευτικής κατάρτισης, πρόληψης, ιατρικής και ψυχιατρικής παρακολούθησης και φροντίδας, θεραπεία (ομαδική, ατομική, οικογενειακή) και ενίσχυση μετά την ολοκλήρωση. Όλες αυτές οι κοινωνικοψυχολογικές και ιατρικές υπηρεσίες προσφέρονται στους ίδιους τους χρήστες και στους συγγενείς αυτών (www.okana.gr).

Ολοκληρώνοντας, ο OKANA, συνεργαζόμενος το 2001 με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ιδρύθηκε το πρόγραμμα «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ». Η αντιμετώπιση των ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων και του εθισμού μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της ενεργοποίησης του χρήστη, της παραμέρισης της παθητικότητας, της αυτενέργειας και της υπευθυνότητας. Αυτά συνοψίζει η προαγωγή της αυτοβοήθειας. Για την υλοποίηση των ανωτέρω γίνονται στα πλαίσια του προγράμματος τα εξής:

- υπάρχει ένα Ανοιχτό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Χρηστών και Οικογενειακών Μελών, γιατί στην πράξη η αυτοβοήθεια ως αντίβαρο των προβλημάτων, έχει προτεραιότητα τις ειλικρινείς σχέσεις, την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού περίγυρου και την ουσιαστική αλλαγή του ατόμου, εσωτερικά αλλά και στον τρόπο ζωής
- γίνεται υποστήριξη στις ήδη υπάρχουσες και δημιουργία νέων ομάδων αυτοβοήθειας, Ανώνυμων Αλκοολικών και Ανώνυμων Нарκομανών
- γίνεται συντονισμένη προσπάθεια να ενημερωθούν, να εκπαιδευτούν και να ευαισθητοποιηθούν, πάνω στην ιδέα της αυτοβοήθειας, επαγγελματίες επιστήμονες
- υποστηρίζεται η δημιουργία και η ενίσχυση ενός κοινωνικού δικτύου, που βασίζεται και υιοθετεί τις αρχές της αυτοβοήθειας
- Μεταφράζονται ξενόγλωσσα βιβλία και παρέχονται από κάθε είδους πηγή πληροφορίες για τη φιλοσοφία της απεξάρτησης και την πραγμάτωσή των ιδεών της (www.okana.gr).

Η Μονάδα Απεξάρτησης 18ΑΝΩ

Ανήκει στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, στο Δαφνί. Πήρε την ονομασία 18Ανω, γιατί η κλινική πτέρυγα των τοξικομανών και των αλκοολικών από το 1969 βρισκόταν στον πάνω (άνω) όροφο του περιπτέρου 18. Αρχικά, η μονάδα 18ΑΝΩ ήταν η μοναδική για την απεξάρτηση του ΕΣΥ και η επίσημη αναγνώριση ήρθε τη δεκαετία του '90. Από το 1995 οι τοξικομανείς χωρίστηκαν και συστεγάζονται σε διαφορετικό χώρο στο Ψυχιατρείο Αθηνών και έως σήμερα αποτελεί τη μεγαλύτερη και πιο οργανωμένη δημόσια μονάδα στη χώρα (www.18ano.gr).

Η φιλοσοφία του 18ΑΝΩ, επηρεασμένη από το αντισυλιακό κίνημα στον τομέα της ψυχιατρικής της δεκαετίας του '80, στηρίζεται στην κοινωνικοπολιτιστική και στην πολιτική προσέγγιση και ωρίμανση του ατόμου κι όχι τόσο στην ιατρική, σωματική απεξάρτηση. Βασίζεται στις αρχές των Θεραπευτικών Κοινοτήτων, από τις οποίες διαφοροποιείται ως προς την χρήση της τέχνης ως βασική μέθοδος, την ισότητα όλων των μελών και την ομαδική και ατομική ψυχοθεραπευτική μέθοδο (Μάτσα, 2010).

Το κέντρο βάρους της θεραπείας είναι η ανακάλυψη και η συνειδητοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων που οδήγησαν στη χρήση ουσιών. Επίσης, βασικό εργαλείο της Θεραπευτικής διαδικασίας αποτελεί η ενσυναίσθηση, το γεγονός ότι ο θεραπευτής και ο θεραπευμένος μοιράζονται τις ίδιες εμπειρίες και βιώνουν τα ίδια συναισθήματα (Μάτσα, 2010).

Όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες του 18ΑΝΩ βρίσκονται στην Αθήνα, αλλά μόνο μια συστεγάζεται στην Ψυχιατρική Κλινική Αθηνών. Το τμήμα των τοξικομανών χωρίζεται σε 6 τομείς:

1^{ος}: Πρόγραμμα 18ΑΝΩ της Ψυχιατρικής Κλινικής Αθηνών

2^{ος}: Πρόγραμμα Αντρών

3^{ος}: Γυναικείο Πρόγραμμα

4^{ος}: Πρόγραμμα για νέους και εφήβους

5^{ος}: Οικογενειακό Πρόγραμμα

6^{ος}: Έρευνα , εκπαίδευση και πρόληψη

7^{ος}: Εξειδικευμένο Κέντρο κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης & σχολείο (τμήμα ενισχυτικής διδασκαλίας) (www.18ano.gr).

Ενώ το τμήμα αλκοολικών περιλαμβάνει 4 δομές.

Το θεραπευτικό του πρόγραμμα περιλαμβάνει:

- Πρόγραμμα ενηλίκων εξωτερικής παρακολούθησης
- Προγράμματα εσωτερικής παρακολούθησης και διαμονής, ένα για άνδρες και ένα μεικτό
- Πρόγραμμα για άτομα με συννοσηρότητα

- Για γυναίκες χρήστες
- Για εφήβους και νέους, εξωτερικής παρακολούθησης
- Πρόγραμμα για κρατούμενους, που λειτουργεί στις φυλακές Κορυδαλλού, το οποίο στηρίζει τους έγκλειστους χρήστες αλλά και προετοιμάζει αυτούς που έχουν εκτίσει την ποινή τους να ενταχθούν στη θεραπευτική διαδικασία
- Πρόγραμμα για πρόσφυγες και μετανάστες, εξωτερικής παρακολούθησης
- Πρόγραμμα, που ασχολείται με τις διατροφικές διαταραχές και την εξάρτηση από το διαδίκτυο (www.18ano.gr).

Ως προς το πρόγραμμα για άτομα με συννοσηρότητα, είναι ένα πρόγραμμα «διπλής διάγνωσης» για χρήστες που πέρα του προβλήματος με την ουσία έχουν και κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής. Αυτούς τους χρήστες, πριν την εισαγωγή τους σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, τους παρακολουθούν ψυχίατροι, οι οποίοι αν το κρίνουν απαραίτητο τους χορηγούν φαρμακευτική αγωγή, η οποία, όμως δεν έχει σχέση με υποκατάστατα. Τα μέλη ωστόσο, που έχουν σοβαρά προβλήματα, παραμένουν, παρακολουθούν και εντάσσονται σε αυτό το πρόγραμμα «ψυχιατρικής νοσηρότητας» (Μάτσα, 2010).

Το ειδικό πρόγραμμα για τις για τις γυναίκες χρήστες ουσιών, είναι εσωτερικής παρακολούθησης και καλύπτει τις γυναίκες που εξαιτίας επιβαρυνμένου ιστορικού δεν μπορούν να ενταχθούν σε πρόγραμμα με άνδρες. Στο πρόγραμμα αυτό υπάρχει κι ένα τμήμα «Ψυχολογικής Απεξάρτησης Γυναικών και Μητέρων», όπου μητέρες που έχουν παιδιά έως 5 ετών μπορούν να τα φέρουν και να μείνουν μαζί τους (www.18ano.gr).

Σε όλους τους διαφορετικούς τύπους προγραμμάτων, η θεραπευτική διαδικασία αποτελείται από τρία στάδια :

1ο στάδιο

Υποδοχή, εμπύχωση, ευαισθητοποίηση

Έχει διάρκεια τριών μηνών και λαμβάνει χώρα στο Συμβουλευτικό Σταθμό, όπου ο χρήστης παρακολουθεί ατομικές καθημερινές συνεδρίες και συμμετέχει σε ομάδες τέχνης. Στόχος είναι το άτομο να εμπεδώσει την απόφασή του να απεξαρτηθεί. Η «υποδοχή» κρατάει 20 ημέρες και τότε στηρίζεται το άτομο για να διατηρήσει την επιθυμία του να σταματήσει τη χρήση. Η «εμπύχωση» εμπεδώνει στον χρήστη την αποχή. Η «ευαισθητοποίηση» αρχίζει εφόσον υπάρχει τουλάχιστον δίμηνη αποχή και περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτικές συναντήσεις με τον προσωπικό θεραπευτή (Μάτσα, 2010).

2ο στάδιο

Απεξάρτηση ψυχολογική

Το άτομο για να αφήσει πλήρως την ουσία εξάρτησης, πρέπει να κατανοήσει τους παράγοντες που τον ώθησαν στην ουσία, να επαναπροσδιοριστεί και να υιοθετήσει ένα νέο τρόπο ζωής. Αυτό πραγματώνεται σε ειδικά τμήματα ψυχολογικής απεξάρτησης, διάρκειας 6 με 7 μήνες. Το άτομο γίνεται μέλος ομάδας και ακολουθεί ένα καθημερινό πολυδιάστατο πρόγραμμα θεραπείας. Όμως, για να ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να δηλώσει την επιθυμία του και να δεσμευτεί για την τήρηση των κανόνων (Μάτσα, 2010).

3ο στάδιο

Επανάταξη

Η κοινωνική επανάταξη του ατόμου, η αποχώρησή του από την εσωτερική διαμονή, η εύρεση στέγης και επαγγέλματος, γίνεται υπό το πρίσμα εξωτερικής παρακολούθησης στα τρία υπάρχοντα για το σκοπό αυτό Κέντρα. Θεωρείται σημαντική η εκπαιδευτική και επαγγελματική κατάρτιση του ατόμου, η έκφραση και η ανακάλυψη των δεξιοτήτων του, οι καλλιτεχνικές δραστηριότητες και η πρόληψη τυχόν υποτροπής (Μάτσα, 2010).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ:

Ολοκληρώνοντας, πρέπει να επισημάνουμε ότι οι Θεραπευτικές Κοινότητες και γενικά τα «στεγνά» προγράμματα δεν αφορούν μόνο στον χρήστη, αλλά όλη την οικογένειά του, στους οποίους παρέχονται οδηγίες και στήριξη. Η μέριμνα τους για αποτροπή της υποτροπής και για κοινωνική επανάταξη είναι πολύ σημαντική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII : Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Οι ουσιοεξαρτώμενοι, όντας άτομα ψυχικά ευαίσθητα επιβαρύνουν με τη χρήση την ψυχική τους υγεία και τον ψυχισμό τους. Ωστόσο, αυτά τα παροδικά, λόγω χρήσης ψυχολογικού τύπου προβλήματα, πρέπει να διαχωρίζονται από το φαινόμενο της συννοσηρότητας, της ήδη ύπαρξης δηλαδή, ψυχικής νόσου. Ο επακόλουθος κοινωνικός διπλός στιγματισμός δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα στη θεραπεία και γενικότερα στη ζωή τους.

Η ψυχική υγεία των ουσιοεξαρτώμενων

Το πρόβλημα με τη χρήση ουσιών γίνεται ακόμα πιο δύσκολο και πιο περίπλοκο όταν είναι «διπλό», όταν δηλαδή συνυπάρχει εξάρτηση από ουσίες και πρόβλημα ψυχικής διαταραχής. Αποδίδεται με τον όρο «διπλή διάγνωση» ή «συννοσηρότητα». Είναι ένα ζήτημα σύνηθες, ένα συχνό φαινόμενο που συναντάται τόσο στους δρόμους, στα στενά των ουσιοεξαρτώμενων και στις φυλακές, όσο και στα ψυχιατρεία και στις κλινικές. Τα εθισμένα άτομα έχουν επιβαρυνμένη ψυχική υγεία, διαταραγμένο ψυχισμό σε μεγαλύτερη συχνότητα από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Κι αυτό, βέβαια, γιατί αφ' ενός οι ουσίες δημιουργούν τέτοιου τύπου προβλήματα και αφ' ετέρου η ήδη ύπαρξη προβλημάτων ψυχικής υγείας οδηγεί κάποιες φορές στην κατάχρηση. Γενικά, έχει παρατηρηθεί ότι όσο η κοινωνική και η οικονομική κρίση εξαπλώνεται, φαινόμενο συχνό στις μέρες μας, τόσο η εμφάνιση διαταραγμένης ψυχικής υγείας και η διάδοση ουσιών αυξάνεται. Επιπροσθέτως, λόγω των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το κράτος, τα κονδύλια που παρέχει στις διάφορες υπηρεσίες, αποκατάστασης, κοινωνικής φροντίδας και στα ψυχιατρεία είναι μηδαμινά. Έτσι, τα ψυχικά ευαίσθητα άτομα βγαίνοντας στον έξω κόσμο και μην αντέχοντας την κοινωνική πίεση και τα προσωπικά τους προβλήματα γίνονται πιο επιρρεπείς στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Μάτσα, 2008).

Υπάρχουν κάποιοι, όπως ο Miller, που υποστηρίζουν ότι πρέπει να γίνεται διαφοροποίηση μεταξύ ψυχικής νόσου και ψυχιατρικών συμπτωμάτων στους ουσιοεξαρτώμενους. Θεωρεί, ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας των εθισμένων είναι παροδικά και κρατούν όσο βρίσκονται υπό την επήρεια των ουσιών. Όταν η ανεξάρτησή τους σταθεροποιηθεί τότε κι αυτά εξαφανίζονται. Έτσι, έχει διαπιστωθεί, ότι, όταν ένα άτομο είναι ουσιοεξαρτώμενο, συνυπάρχουν διαταραχές καταθλιπτικού, συναισθηματικού, φοβικού τύπου και άγχους. Επίσης, είναι συχνή η εμφάνιση κάποιων δευτεροπαθών τύπου διαταραχών, όπως η ανορεξία ή η βουλιμία, η σχιζοφρένεια, οι ψυχωτικές κρίσεις, οι κρίσεις πανικού, οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες, η ευερεθιστότητα και η έλλειψη κινήτρων συνδρομικού τύπου. Πρέπει, ωστόσο, να λάβουμε σημαντικά υπόψιν μας ότι η συννοσηρότητα επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, πέρα της ουσίας χρήσης του ατόμου, όπως από την ίδια την κοινωνία (Μάτσα, 1997).

Η συννοσηρότητα λοιπόν μπορεί να χωριστεί σε τρεις κατηγορίες:

1. Η ουσιοεξάρτηση αποτελεί δευτεροπαθή διαταραχή και τα ψυχικά προβλήματα πρωτοπαθή. Σε αυτή την περίπτωση ο ψυχικά διαταραγμένος άνθρωπος καταφεύγει στη χρήση για αυτοθεραπεία, αυτοίαση (Μάτσα, 2008).

2. Τα ψυχικού τύπου προβλήματα είναι δευτεροπαθή. Γι' αυτό πρέπει να μελετάται το ιστορικό του ατόμου και της οικογένειάς του και ο χρόνος που εμφανίστηκαν τα προβλήματα. Κι' αυτό, γιατί, στη συγκεκριμένη κατηγορία, παρουσιάστηκαν ως συνέπεια κοινωνική, ψυχοσωματική και φαρμακολογική υπό τη δράση των ουσιών (Μάτσα, 2008).
3. Στην τρίτη κατηγορία η ουσιοεξάρτηση και τα ψυχικά προβλήματα δεν έχουν σχέση αιτίας – αιτιατού. Απλά, το ένα πρόβλημα επηρεάζει το άλλο και συνυπάρχουν (Μάτσα, 2008).

Από την άλλη, η χρήση ουσιών και η συνδυαζόμενη ψυχοπαθολογία, υποστήριξε το 1986 ο Meyer (όπως αναφέρει η Μάτσα, 1997) ταξινομούνται σε έξι κατηγορίες:

1. Η ψυχική διαταραχή προϋπάρχει της χρήσης και καθίσταται σοβαρός κινδυνολογικός παράγοντας.
2. Η ψυχοπαθολογία και η κατάχρηση βρίσκονται σε αλληλεπίδραση επηρεάζοντας η μία την άλλη.
3. Ο χρόνιος εθισμός αποτελεί πρόσφορο έδαφος ανάπτυξης ψυχιατρικής διαταραχής.
4. Ο χρόνιος εθισμός επιταχύνει την εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων.
5. Η κατάχρηση και τα προβλήματα ψυχικής υγείας συνυπάρχουν και έχουν ιδιαίτερη σημασία.
6. Η χρήση ουσιών και οι διαταραχές λειτουργούν ανεξάρτητα, χωρίς καμία αιτιολογική σχέση (Μάτσα, 1997).

Πρέπει, επίσης, να γίνει πλήρως κατανοητό, ότι το πρόβλημα της συνύπαρξης ψυχικής διαταραχής και ουσιοεξάρτησης, όντας ένα πρόβλημα πολύπλοκο και πολυδιάστατο υπόκειται σε πολλούς περιορισμούς, οι οποίοι αφορούν τα εξής:

- Τους ψυχιάτρους στις ιδιωτικές και στις δημόσιες κλινικές, οι οποίοι δείχνουν, κυρίως, ενδιαφέρον για την ουσιοεξαρτώμενη συμπεριφορά, παραμερίζοντας τις ψυχιατρικού τύπου εκδηλώσεις. Απόρροια της τακτικής τους είναι η μη ορθή αντιμετώπιση του προβλήματος (Μάτσα, 2008).
- Τους ίδιους τους χρήστες που, αντίθετα με το προηγούμενο, επικεντρώνονται στην ψυχιατρική συμπεριφορά παραμερίζοντας τον εθισμό τους (Μάτσα, 2008).
- Τα εργαλεία και οι μέθοδοι εκτίμησης και αντιμετώπισης των προβλημάτων δεν προσαρμόζονται στους ουσιοεξαρτώμενους και δεν λαμβάνουν υπόψιν ότι από τη μια πλευρά καταστρέφουν, αποδυναμώνουν το άτομο και δημιουργούν ψυχιατρικές διαταραχές και από την άλλη η χρήση καλύπτει πιθανές, ήδη υπάρχουσες, ψυχικού τύπου διαταραχές (Μάτσα, 2008).
- Το χρόνο που γίνεται η ψυχιατρική εξέταση ανίχνευσης της ψυχοπαθολογίας. Κατά την περίοδο κατάχρησης και την περίοδο στέρησης υπάρχει η πιθανότητα παροδικά να εμφανιστούν ψυχιατρικά συμπτώματα (Μάτσα, 2008).
- Τις επιστημονικές έρευνες για τη συννοσηρότητα, οι οποίες λόγω άρνησης των χρηστών, δεν ερευνούν τον ψυχισμό τους και την ψυχοπαθολογία τους και γίνονται κυρίως σε άτομα που εντάσσονται σε προγράμματα μεθαδόνης (Μάτσα, 2008).

- Πολλοί, λοιπόν, συνδέουν τις ουσίες με την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών σε μεγάλες διαστάσεις, προβάλλοντας τη συννοσηρότητα ως μια υπερβολή. Καθρεφτίζεται στο γεγονός αυτό η αντίληψη της κοινωνίας που τα ταυτίζει. Βέβαια, τα άτομα με «διπλό» πρόβλημα υπόκεινται σε ακόμα μεγαλύτερη κοινωνική περιθωριοποίηση με αποτέλεσμα καταστροφικό για την οικογένειά τους και για τους ίδιους (Μάτσα, 2008).
- Οι χρήστες με συννοσηρότητα δεν έχουν που να στραφούν αν αποφασίσουν να απεξαρτηθούν. Δε τους δίνεται η δυνατότητα να προσφύγουν σε υπηρεσίες ψυχιατρικού περιεχομένου ούτε σε κοινότητες θεραπείας. Παραπέμπονται από τη μια υπηρεσία στην άλλη και από ένα πρόγραμμα σε άλλο. Η αποπομπή τους αυτή τους δημιουργεί αντιδραστική και βίαιη συμπεριφορά, που με τη σειρά της ωθεί την κοινωνία στον στιγματισμό. Επιπροσθέτως, τέτοια άτομα συνήθως, έχουν σοβαρά βιοποριστικά ζητήματα και οικογενειακά προβλήματα, με τα οικογενειακά μέλη να είναι χρήστες ουσιών ή να αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές (Μάτσα, 2008).

Λογικό επακόλουθο, η «διπλή διάγνωση» να οδηγεί στο διπλό κοινωνικό στιγματισμό. Καθώς, δεν υπάρχει ουσιαστικό κράτος πρόνοιας, τα κονδύλια μειώνονται κάθε χρόνο και οι υπηρεσίες υποστήριξης αδυνατούν να ανταγωνιστούν τους κερδοσκόπους ιδιώτες, επέρχεται η αυτοκαταστροφή. Μάλιστα, η απεξάρτηση γι' αυτά τα άτομα εξαρτάται από το πόσο σοβαρή είναι η διαταραχή. Όμως, μπορεί να ισχύσει και το άκρως αντίθετο. Όσο μεγαλύτερη είναι η διαταραχή να αυξάνεται και ο χρόνος παραμονής του χρήστη στα θεραπευτικά προγράμματα, μετά από δική του απαίτηση (Μάτσα, 1997).

Ο όρος «συννοσηρότητα» αποφεύγεται να χρησιμοποιείται στις κλινικές και στις θεραπευτικές κοινότητες, λόγω περαιτέρω στιγματισμού. Αλλά σε άτομα που κυριαρχούν τα ψυχοπαθολογικά προβλήματα από τη χρήση, πριν την έναρξη της διαδικασίας της απεξάρτησης δίνεται βάση στην μείωση των ψυχιατρικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων. Καθώς επέρχεται η ύφεση αυτών, μειώνονται και τα ψυχιατρικά φάρμακα. Οι απεξαρτημένοι, πλέον, δεν έχουν ολοκληρωτικά λύσει τα προϋπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα και δεν έχει αποκατασταθεί η ψυχική τους υγεία συνεχίζουν με εξωτερική παρακολούθηση από ειδικούς σε συνεργασία με την οικογένεια. Εν συνεχεία, η ένταξή τους στην κοινωνία, μέσω της επαγγελματικής τους αποκατάστασης έχει ιδιαίτερο ρόλο. Αυτά τα άτομα συνεχίζουν και τη φαρμακευτική αγωγή που τους έχει συστήσει ο ψυχίατρος, αλλάζοντας ή μειώνοντας την, όταν χρειαστεί. Οι σύγχρονες δυνατότητες και η ουσιαστική συνεργασία οικογένειας – πάσχοντα – θεραπευτή οδηγεί στο ποθητό αποτέλεσμα (Μάτσα, 2008).

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ:

Η ,πριν τη χρήση, ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων με τον εθισμό επιβαρύνεται και οδηγεί τα άτομα και τους ειδικούς στην δυσκολία κατά τη διαδικασία της αποθεραπείας. Η συννοσηρότητα είναι ένα δυσδιάκριτο πρόβλημα και ένα πρόβλημα μη αποδεκτό τόσο από τον χρήστη όσο και από την κοινωνία. Οι επιστήμονες και οι ειδικοί οφείλουν να διακρίνουν το είδος των ψυχικών προβλημάτων, αν αυτά προϋπήρχαν ή ήταν επακόλουθα της χρήσης για να οδηγήσουν το άτομο στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός και στόχοι της Έρευνας

Βασικό σκοπό της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων απεξάρτησης στεγνού τύπου. Πιο συγκεκριμένα, μελετάται διαμέσου του θεραπευτικού προσωπικού των κέντρων απεξάρτησης ο τρόπος λειτουργίας των μονάδων και οι τομείς στους οποίους δραστηριοποιούνται οι υπηρεσίες. Πρόθεση μας είναι να εντοπίσουμε σημαντικούς παράγοντες όπου επηρεάζουν την διαδικασία της απεξάρτησης των ατόμων, όσον αφορά τη στελέχωση των μονάδων από θεραπευτές, αν δηλαδή, είναι επαρκής συγκριτικά με το πλήθος των εξυπηρετούμενων, αν το εργατικό δυναμικό της εκάστοτε μονάδας είναι ικανοποιημένο από την αποδοτικότητά τους και σε ποιο βαθμό και τέλος να δοθούν προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία της υπηρεσίας και την μέγιστη αποδοτικότητα του θεραπευτικού τους έργου.

Συγκεκριμένα, μέσα από την εμπειρική μελέτη επιδιώκεται η επίτευξη των παρακάτω στόχων:

- Να συγκεντρώσουμε έγκυρες πληροφορίες μέσω του θεραπευτικού προσωπικού σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου που επισκεφθήκαμε (στελέχωση, ειδικότητα επαγγελματιών, χρόνος προϋπηρεσίας, πληθυσμός ωφελούμενων (χρηστών), τομείς δραστηριοποίησης της μονάδας κ.α.).
- Να διερευνηθούν οι συνθήκες λειτουργίας των μονάδων και κατά πόσο αυτές είναι λειτουργικές για τη μέγιστη αποδοτικότητα του επιθυμητού από τους εργαζόμενους.
- Να εκφράσουν οι επαγγελματίες τις προτάσεις τους για καλύτερη λειτουργία των μονάδων.

Είδος της Έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήσαμε είναι διερευνητική, εννοώντας δηλαδή, την προσπάθεια να αναπτύξουμε μια αρχική και πρωτογενή κατανόηση του συγκεκριμένου φαινομένου ενδιαφέροντος, στοχεύοντας στην διερεύνηση των θεραπευτικών προγραμμάτων θεραπείας στεγνού τύπου, με απώτερο σκοπό να κατανοήσουμε το θεραπευτικό έργο των θεραπευτικών προγραμμάτων «στεγνού τύπου» καθώς και να αποσαφηνίσουμε τυχόν απορίες. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα να ελεγχθεί εκτενέστερα το φαινόμενο ενδιαφέροντος, καθώς και να δημιουργηθούν ερωτήματα και απορίες, οι οποίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε κάποια επόμενη εμπειρική έρευνα (Babbie, 2011).

Επιπλέον, η έρευνα είναι ποσοτική, καθώς τα δεδομένα που προέκυψαν μέσω των ερωτηματολογίων, που επιλέχθηκαν ως εργαλείο έρευνας, είναι μετρήσιμα. Επιλέχθηκε η ποσοτική έρευνα μέσω ερωτηματολογίων ατομικής συμπλήρωσης, καθώς είναι πιο αποτελεσματικά σε πιο ευαίσθητα θέματα όπως είναι η διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου μέσω του θεραπευτικού προσωπικού. Οι ερωτώμενοι, συχνά είναι πιο πρόθυμοι να απαντήσουν σε αμφιλεγόμενα θέματα και ερωτήσεις σε ανώνυμα ερωτηματολόγια ατομικής συμπλήρωσης σε σύγκριση με τις συνεντεύξεις, και κυρίως με τις πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεις (Babbie, 2011).

Ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα

Μέσω της ερευνητικής μας μελέτης, στοχεύουμε αρχικά να γνωρίσουμε καλύτερα τον τρόπο λειτουργίας των μονάδων απεξάρτησης στεγνού τύπου. Επιπλέον, θέλουμε να διαπιστώσουμε αν το μέγεθος της πόλης που διαβεί το άτομο επηρεάζει την έναρξη χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και αν η διάρκεια χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών επιδρά αρνητικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Έπειτα, επιθυμούμε να εξετάσουμε το πλήθος των εξυπηρετούμενων της κάθε μονάδας τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, και ποια είναι η δυναμικότητα της μονάδας σε εξυπηρετούμενους. Ακόμη, σκοπός μας είναι να εξακριβωθεί αν το εργατικό δυναμικό των μονάδων απεξάρτησης στεγνού τύπου είναι επαρκές σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους της εκάστοτε μονάδας, και σε ποιο βαθμό το θεραπευτικό προσωπικό των κέντρων θεραπείας νιώθει ικανοποιημένο αφενός από την απόδοση του προσωπικού τους έργου, και αφετέρου από την αποδοτικότητα του προγράμματος. Μέσω αυτών των ερευνητικών υποθέσεων καταλήγουμε στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Να αποσαφηνιστεί αν και σε ποιο βαθμό η διάρκεια χρήσης ουσιών δυσχεραίνει την θεραπευτική παρέμβαση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
2. Πόσα άτομα μπορεί εξυπηρετήσει η κάθε μονάδα θεραπείας.
3. Ποιος είναι ο αριθμός των χρηστών τη συγκεκριμένη περίοδο.
4. Σε ποιους τομείς δραστηριοποιείται η κάθε θεραπευτική μονάδα απεξάρτησης.
5. Από πόσους επαγγελματίες στελεχώνεται.
6. Ποια είναι η ειδικότητα τους .
7. Αν οι ίδιοι κρίνουν ότι το θεραπευτικό προσωπικό είναι ανάλογο με τον πληθυσμό των εξυπηρετούμενων.
8. Αν το επιστημονικό προσωπικό κρίνει αποτελεσματικό και βοηθητικό το έργο που παρέχει σαν άτομο.
9. Αν και κατά πόσο οι θεραπευτές είναι ικανοποιημένοι από το έργο που προσφέρει η μονάδα στην οποία εργάζονται.
10. Τι θα πρότειναν οι ίδιοι με σκοπό την καλύτερη λειτουργία της υπηρεσίας και την μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα της μονάδας.

Δείγμα – Πληθυσμός – Δειγματοληψία

Ο πληθυσμός που επιλέχθηκε για την πραγμάτωση της έρευνας μας είναι το θεραπευτικό προσωπικό που εργάζεται σε θεραπευτικές μονάδες απεξάρτησης στεγνού τύπου. Επιλέξαμε τους θεραπευτές γιατί αποτελούν ένα αξιόπιστο δείγμα και κρίναμε ότι είναι οι κατάλληλοι για το συγκεκριμένο θέμα της έρευνας μας και για την διεξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων. Επιπλέον, ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που μας ώθησε να επιλέξουμε το θεραπευτικό προσωπικό και όχι τους ωφελούμενους της εκάστοτε υπηρεσίας είναι το γεγονός πως η επαφή μας με τους χρήστες ίσως να ήταν πιο δύσκολη ή ακόμη και αδύνατη, ιδιαίτερα στην Πάτρα και το Βόλο, που είναι πιο μικρές πόλεις. Οι ωφελούμενοι των μονάδων αυτών αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και οι υπηρεσίες για δεοντολογικούς λόγους προστατεύουν την ιδιωτικότητα των ωφελούμενων τους.

Ως δείγμα επιλέχθηκαν επαγγελματίες θεραπευτές, όπως Κοινωνικοί Λειτουργοί, Κοινωνιολόγοι, Ψυχολόγοι, Ψυχοθεραπευτές, Ψυχίατροι, Εμφυλωτές και Ειδικό Θεραπευτές

όπου εργάζονται σε μονάδες θεραπείας στεγνού τύπου στον νομό Αττικής, στον νομό Αχαΐας και στο νομό Μαγνησίας.

Για την πραγματοποίηση της ερευνητικής μας μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένας τύπος μη πιθανοτικής δειγματοληψίας. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα εκπονήθηκε με σκόπιμη δειγματοληψία η δειγματοληψία κατά κρίση. Στη δειγματοληψία αυτή, οι μονάδες που θα παρατηρηθούν επιλέγονται βάσει της κρίσης των ερευνητών, όσον αφορά στο ποιες μονάδες θα είναι πιο χρήσιμες ή πιο αντιπροσωπευτικές. Ακόμη, η μέθοδος αυτή μας δίνει τη δυνατότητα να μελετήσουμε ένα μικρό υποσύνολο ενός μεγαλύτερου πληθυσμού, όπου στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι το επιστημονικό προσωπικό των μονάδων θεραπείας (Babbie, 2011).

Αρχικά, εντοπίσαμε τις μονάδες θεραπείας στεγνού τύπου, στις πόλεις που επιλέξαμε να πραγματοποιήσουμε την ερευνητική μας μελέτη. Έπειτα, αφού είχαμε επιλέξει πως τα ερωτηματολόγια μας θα απευθύνονται αποκλειστικά στο θεραπευτικό προσωπικό των μονάδων, επιλέξαμε τις μονάδες που θα επιθυμούσαμε να επισκεφθούμε για την εκπόνηση της έρευνας, αφ' ενός βάσει της τοποθεσίας που στεγάζονται και αφ' ετέρου βάσει του πληθυσμού- στόχου τους. Δεν συμπεριλάβαμε δηλαδή προγράμματα σε σωφρονιστικά καταστήματα, καθώς αυτό θα διαφοροποιούσε κατά πολύ τα αποτελέσματα της έρευνας μας, λόγω των διαφορετικών συνθηκών λειτουργίας ενός σωφρονιστικού καταστήματος σε σύγκριση με μια μονάδα απεξάρτησης. Επιλέξαμε συνεπώς συμβουλευτικούς σταθμούς, θεραπευτικές κοινότητες διαμονής, θεραπευτικές κοινότητες εξωτερικής παρακολούθησης, κέντρα κοινωνικής επανένταξης και τη μονάδα εφήβων/νέων.

Επιλογή εργαλείων έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι δειγματοληπτική, καθώς περιλαμβάνει τη χρήση ερωτηματολογίου, ένα εργαλείο σχεδιασμένο με σκοπό να αντλεί πληροφορίες που θα χρησιμεύουν στην ανάλυση (Babbie, 2011). Επομένως, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από μια σειρά δομημένων ερωτήσεων, στο οποίο καλούνται να απαντήσουν γραπτά οι ερωτώμενοι. Επιλέχθηκε αυτό το ερευνητικό εργαλείο, καθώς κρίνουμε πως προσφέρει μια πιο άμεση επαφή με το δείγμα της έρευνας, οι ερωτώμενοι μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα (έλλειψη άμεσης επικοινωνίας με εμάς) και απαιτεί μικρό χρονικό διάστημα για τη συμπλήρωσή του. Επιπλέον, είναι κατανοητό για τους συμμετέχοντες και προσφέρει πιο σαφή αποτελέσματα. Το ερωτηματολόγιο, στην πλειοψηφία του περιέχει κλειστού τύπου ερωτήσεις, όπως διχοτομικές ερωτήσεις, στις οποίες ο ερωτώμενος μπορεί να επιλέξει μόνο μία από τις δύο απαντήσεις που του δίνονται, ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, ερωτήσεις βαθμονόμησης (ελάχιστα, πολύ, πάρα πολύ), και ερωτήσεις κατάταξης. Ακόμη, στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν δύο ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που διερευνούν το πλήθος των εξυπηρετούμενων των μονάδων και ένα ερώτημα ανοιχτού τύπου στο τέλος, στο οποίο ζητείται από τους συμμετέχοντες να αναπτύξουν τις προτάσεις τους. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 20 ερωτήσεις που βασίστηκαν στις εξής θεματικές ενότητες:

- α. Δημογραφικά στοιχεία
- β. Χαρακτηριστικά της υπηρεσίας
- γ. Διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας

Διεξαγωγή της έρευνας

Αρχικά, για την διαμόρφωση και την συγκέντρωση της κατάλληλης βιβλιογραφίας της εργασίας μας, επισκεφθήκαμε τη βιβλιοθήκη του Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος, τη Δημοτική βιβλιοθήκη Πατρών, την ηλεκτρονική σελίδα του Ενιαίου Καταλόγου Συνεργατικού Δικτύου Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (<https://opac.seab.gr/>) όπου αναζητήσαμε πτυχιακές και διπλωματικές εργασίες με ανάλογη θεματολογία με σκοπό να μελετήσουμε τις βιβλιογραφικές τους αναφορές και να βρούμε βιβλία, την ηλεκτρονική σελίδα της βιβλιοθήκης του ΚΕΘΕΑ (<http://library.kethea.gr/>) καθώς και την ηλεκτρονική σελίδα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ) και συγκεκριμένα της μονάδας Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) (<http://www.ektepn.gr/>). Ακόμη, λόγω του ότι δεν καταφέραμε να συλλέξουμε την επιθυμητή βιβλιογραφία μέσω των βιβλιοθηκών και των ιστοσελίδων, αγοράσαμε όλη την βιβλιογραφία που χρειαστήκαμε για την υλοποίηση της εργασίας μας με σκοπό να συλλέξουμε τις κατάλληλες πληροφορίες για την ομαλή διεξαγωγή της μελέτης μας. Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, αρχικά εντοπίσαμε τις μονάδες στεγνού τύπου στις πόλεις που επιθυμούσαμε να πραγματοποιήσουμε την ερευνητική μας μελέτη, δηλαδή στην Πάτρα και το Βόλο, που αποτελούν τις πόλεις διαμονής μας, αλλά και την Αθήνα, λόγω του ότι στις δυο προαναφερθείσες πόλεις οι μονάδες στεγνού τύπου είναι μόνο τρεις, οπότε το δείγμα θα ήταν πολύ μικρό. Όσον αφορά την Αθήνα, αφού εντοπίσαμε τις μονάδες που υπάρχουν, επιλέξαμε αυτές που επιθυμούσαμε να επισκεφθούμε με βασικά κριτήρια την περιοχή που βρίσκονται, για να μην είναι εξαιρετικά απομακρυσμένες μεταξύ τους αλλά και του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται. Δεν συμπεριλάβαμε δηλαδή θεραπευτές που εργάζονται σε στεγνά προγράμματα που πραγματοποιούνται σε σωφρονιστικά καταστήματα και προγράμματα που αναφέρονται σε μετανάστες καθώς αυτό ενδεχομένως θα διαφοροποιούσε τα αποτελέσματα της έρευνας και θα τα περιέπλεκε. Επόμενο βήμα μας, ήταν να επικοινωνήσουμε με τις υπηρεσίες, όπου μας πληροφόρησαν πως για την πραγματοποίηση της έρευνας θα χρειαζόταν να πάρουμε έγκριση από τους τομείς έρευνας του ΚΕΘΕΑ, του ΟΚΑΝΑ και του 18 ΑΝΩ. Ακολούθως, επικοινωνήσαμε μαζί τους, τους ενημερώσαμε και εκείνοι με τη σειρά τους μας ζήτησαν μια σειρά εγγράφων, όπως βιογραφικά, βεβαιώσεις σπουδών, βεβαίωση από τον επόπτη μας όπου θα διαβεβαίωνε πως τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς σκοπούς και μόνο, σχέδιο έρευνας, επιστολή προς τον υπεύθυνο του τομέα ερευνών, επιστολή που να επικυρώνει το απόρρητο και την ανωνυμία καθώς και το ερωτηματολόγιο μας. Ο ΟΚΑΝΑ μας ζήτησε δύο επιπλέον έγγραφα που θα επισυνάπτονταν με το ερωτηματολόγιο, μια ενημερωτική επιστολή που θα διασφάλιζε το απόρρητο και ένα έντυπο συγκατάθεσης για τον κάθε συμμετέχοντα στην έρευνα. Αφού αποστείλαμε τα έγγραφα, περιμέναμε την απάντηση τους και ήμασταν σε συνεχή επικοινωνία μαζί τους, καθώς ήταν μια σχετικά χρονοβόρα διαδικασία. Τελικά, καταφέραμε να πάρουμε την έγκριση στο ΚΕΘΕΑ και στον ΟΚΑΝΑ, όχι όμως στο 18 ΑΝΩ του ΨΝΑ όπου η απάντηση τους ήταν αρνητική. Επόμενο στάδιο, ήταν η επικοινωνία μας με τις μονάδες που είχαμε επιλέξει καθώς η έγκριση από τους τομείς έρευνας δεν διασφάλιζε τη συμμετοχή τους στην έρευνα μας, η ενημέρωσή τους και εφ' όσον συμφωνούσαν, κατόπιν συνεννόησης μαζί τους θα ορίζαμε την ημερομηνία χορήγησης και παραλαβής των ερωτηματολογίων. Από τις επτά υπηρεσίες, μόνο το ΚΕΘΕΑ Διάβαση δεν μας έδωσε την επιθυμητή απάντηση. Συνεπώς, στον νομό Αττικής επισκεφθήκαμε τη θεραπευτική μονάδα του ΚΕΘΕΑ «Εν δράσει» (Θεραπευτική Κοινότητα), του ΚΕ.ΘΕ.Α «Παρέμβαση» (Συμβουλευτικό κέντρο Αθήνας - Συμβουλευτικό κέντρο Ραφίνας – Θεραπευτική Κοινότητα Ραφίνας και την Κοινωνική Επανένταξη). Ακόμη, επισκεφθήκαμε την θεραπευτική μονάδα του Ο.ΚΑ.ΝΑ «Ατραπός» (μονάδα Εφήβων/ Νέων). Στον νομό

Αχαΐας επισκεφθήκαμε την θεραπευτική μονάδα του ΚΕ.ΘΕΑ «Οξυγόνο» (Θεραπευτική κοινότητα εξωτερικής παρακολούθησης) και την θεραπευτική μονάδα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. «Γέφυρα» (Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών). Τέλος, στον νομό Μαγνησίας την θεραπευτική μονάδα ΚΕ.ΘΕ.Α «Πιλότος» (Μονάδα θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης). Επισκεφθήκαμε λοιπόν τις μονάδες, δώσαμε τα ερωτηματολόγια στους υπεύθυνους των δομών, μαζί με τις απαραίτητες διευκρινίσεις, και κατόπιν συνεννόησης μαζί τους τα παραλάβαμε τις επόμενες ημέρες. Στον ΟΚΑΝΑ Ατραπός και στο ΚΕΘΕΑ Παρέμβαση, που χρειάστηκε περισσότερος χρόνος, εξαιτίας του ότι πολλοί από το θεραπευτικό προσωπικό απουσίαζαν μας αποστάλθηκαν με courier. Επομένως, η ανάλυση των ερωτηματολογίων έγινε εκτός των χώρων των μονάδων.

Περιορισμοί της έρευνας

Βασικός περιορισμός της έρευνας μας αποτέλεσε το περιορισμένο δείγμα της μελέτης μας. Το θέμα της ερευνητικής μας μελέτης ήταν ιδιαίτερο, και το γεγονός ότι γνωρίζοντας το πόσο δύσκολο είναι να προσεγγίσουμε τους ωφελούμενους των μονάδων ανεξάρτητης ειδικά στην Πάτρα και το Βόλο που είναι πιο μικρές και κλειστές κοινωνίες, επιλέξαμε να απευθυνθούμε αποκλειστικά σε θεραπευτικό προσωπικό, μείωσε σημαντικά τον αριθμό των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Αν ακόμη λάβουμε υπ' όψη την υποστελέχωση που χαρακτηρίζει αρκετές από τις μονάδες που επισκεφθήκαμε, βλέπουμε ότι αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που περιόρισε το μέγεθος του δείγματος που συγκεντρώθηκε.

Ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας για τη συγκέντρωση περισσότερων συμμετεχόντων ήταν οι αρνητικές απαντήσεις που λάβαμε τόσο από το 18 ΑΝΩ, όπου επιθυμούσαμε να επισκεφθούμε δύο μονάδες, όσο και από το ΚΕΘΕΑ Διάβαση.

Επιπροσθέτως, λόγω της διαδικασίας που χρειάστηκε ώστε να καταφέρουμε να εγκριθεί η διεξαγωγή της έρευνας, χρειάστηκε αρκετός χρόνος καθώς υπήρξε καθυστέρηση.

Τέλος, το γεγονός ότι σε όλες τις μονάδες, λόγω του φόρτου εργασίας των επαγγελματιών αλλά και του περιορισμένου χρόνου από πλευράς μας, ιδιαίτερα στις μονάδες της Αθήνας, μας δόθηκε η δυνατότητα να επικοινωνήσουμε και να δώσουμε διευκρινίσεις μόνο στους υπεύθυνους των δομών και όχι σε όλους τους συμμετέχοντες, είχε ως αποτέλεσμα αρκετά από τα ερωτηματολόγια που παραλάβαμε να έχουν κάποιες ερωτήσεις αναπάντητες.

Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση

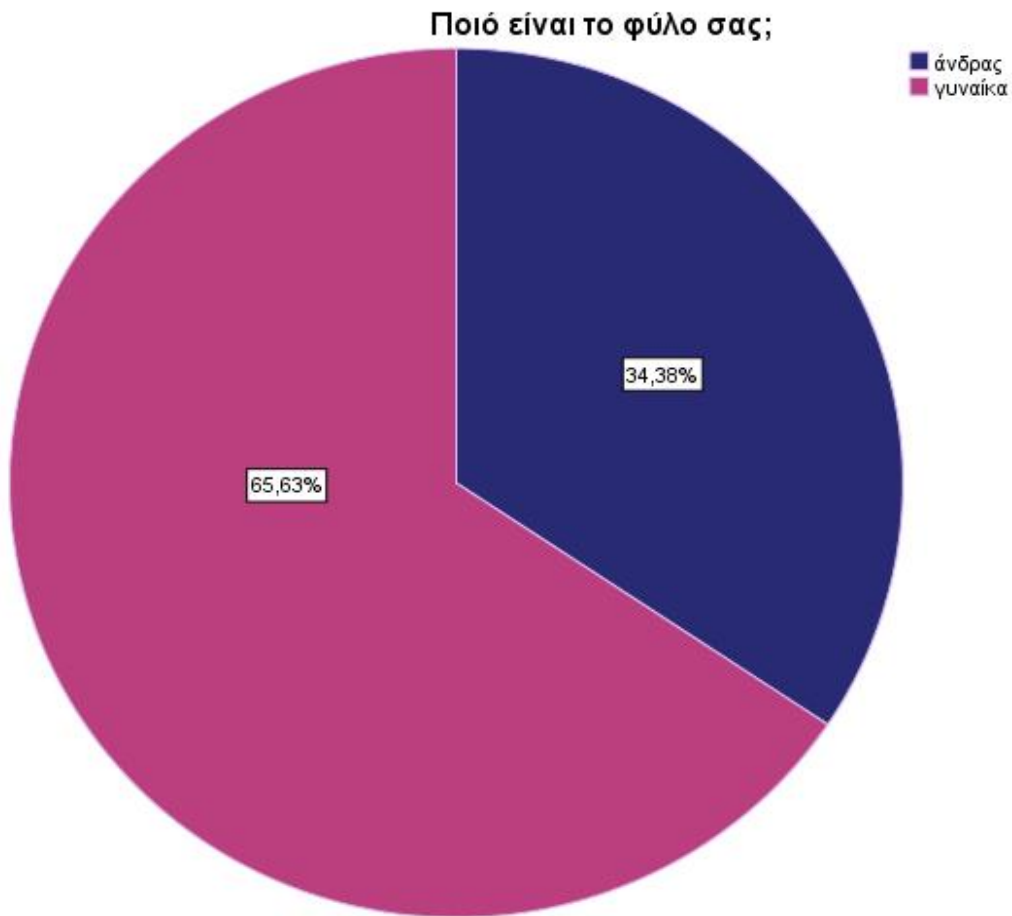
Για την ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν μετά τη συλλογή όλων των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 23. Έγινε αρχικά η εισαγωγή των ερωτήσεων και οι απαιτούμενες κωδικοποιήσεις και έπειτα εισήχθησαν οι απαντήσεις και πραγματοποιήθηκε η ανάλυση των δεδομένων και η δημιουργία των πινάκων και των γραφημάτων για κάθε μια ερώτηση. Τέλος, για την ερώτηση 7 «Από πόσους επαγγελματίες στελεχώνεται η μονάδα; (γράψτε συγκεκριμένα τον αριθμό των εργαζομένων μέσα στο κουτάκι)» λόγω του ότι δεν ήταν δυνατό να αναλυθεί μέσω του SPSS, αναλύθηκε μέσω του Microsoft Excel. Αφού καταμετρήθηκαν οι απαντήσεις των ερωτηθέντων, μετατρέψαμε τα νούμερα σε ποσοστά επί τοις εκατό. Δημιουργήσαμε τον πίνακα, όπου καταχωρήσαμε τα ποσοστά και έπειτα δημιουργήσαμε το ανάλογο γράφημα. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε με κατάλληλα εργαλεία της περιγραφικής

στατιστικής. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συχνοτήτων, μερικών συχνοτήτων, αθροιστικών συχνοτήτων και τα κατάλληλα γραφήματα (ραβδογράμματα και κυκλικά).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ & ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

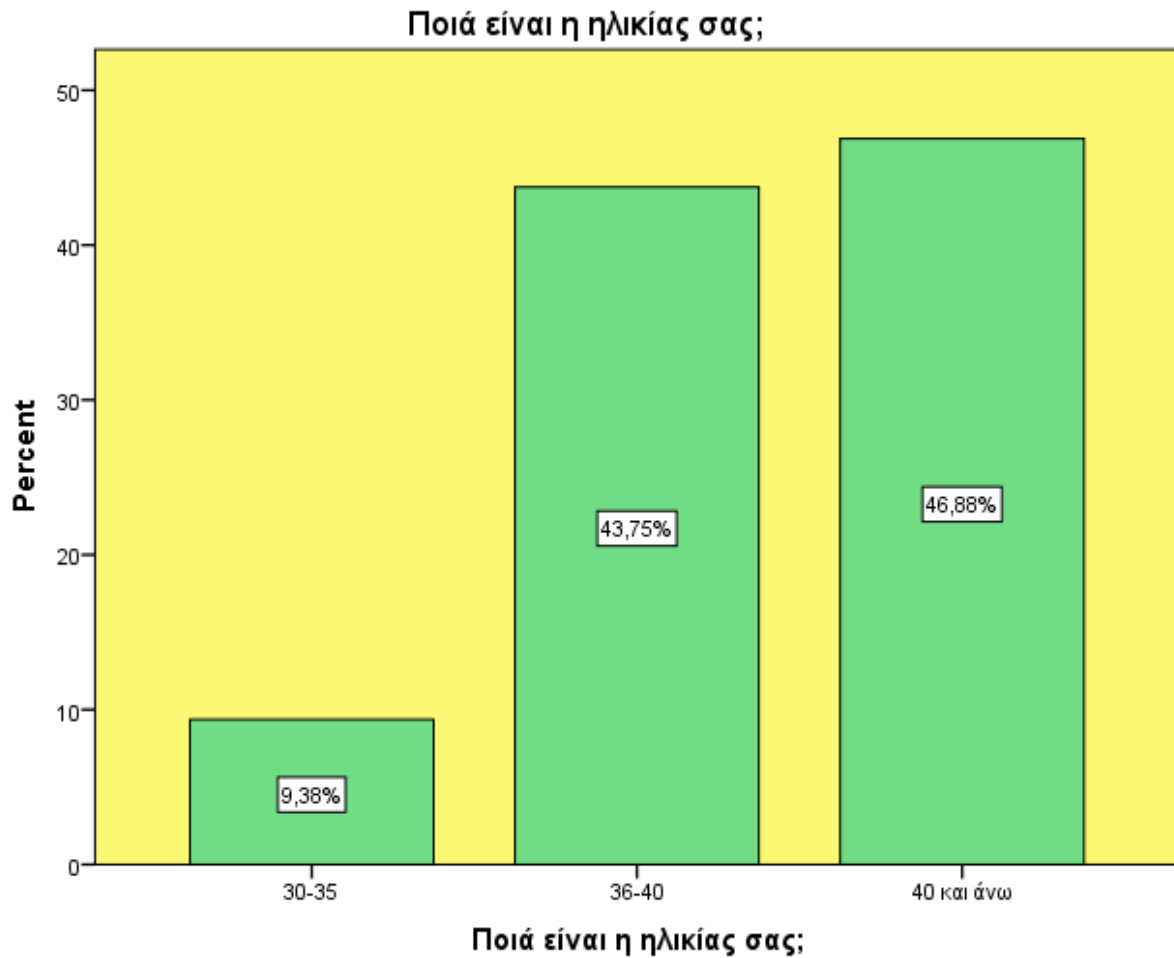
Παρουσίαση αποτελεσμάτων

Γραφική Παράσταση 1 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείων σχετικά με το φύλο τους.



- Το 65,6% (N =21) του δείγματος είναι γυναίκες.
- Το 34,4% (N=11) του δείγματος είναι άνδρες.

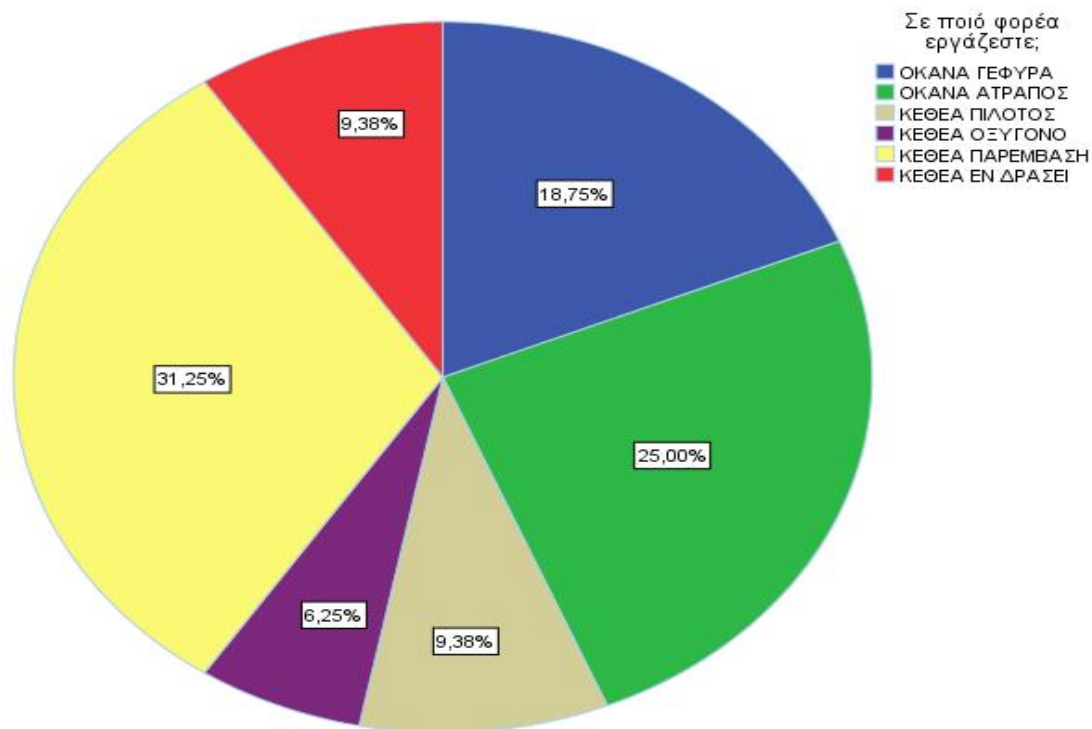
Γραφική Παράσταση 2 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων σχετικά με την ηλικία τους.



- Το 46,9% (N=15) του δείγματος είναι 40 και άνω ετών.
- Το 43,8% (N=14) του δείγματος είναι 36 – 40 ετών.
- Το 9,4% (N=3) του δείγματος είναι 30-35 ετών.

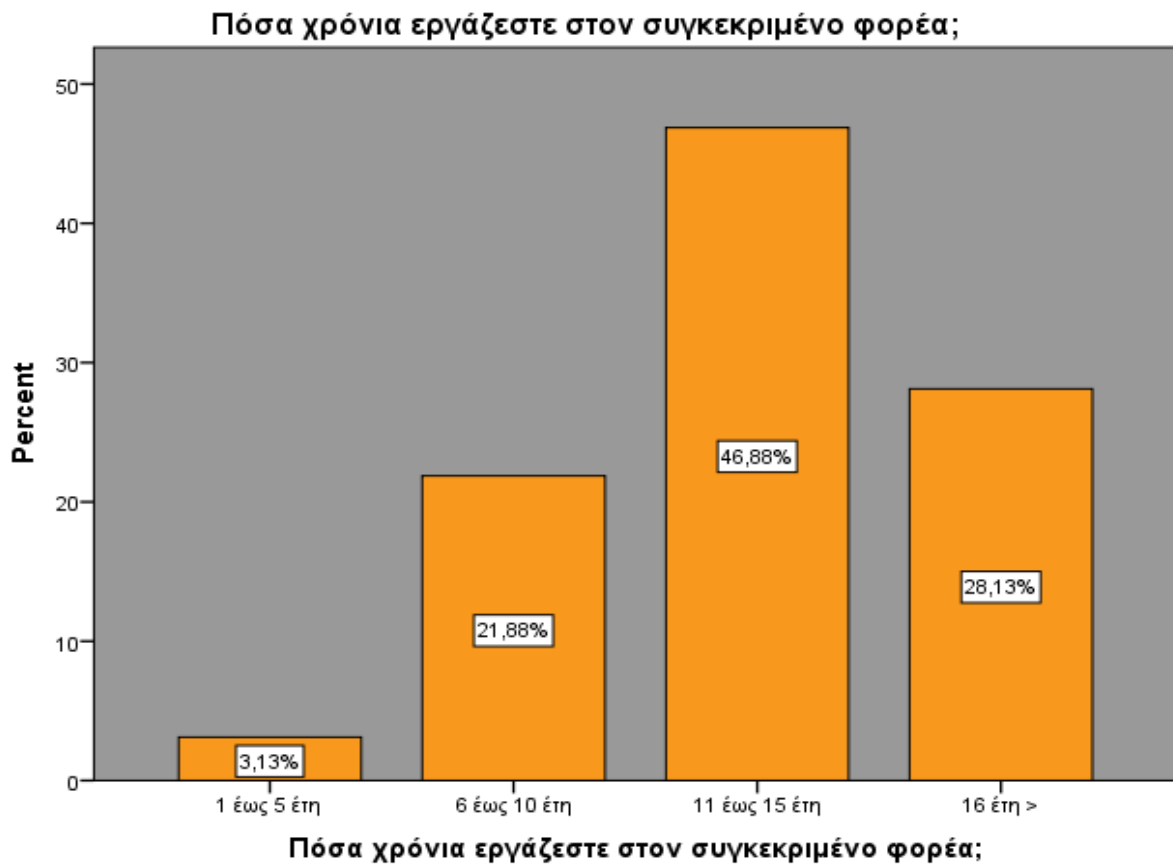
Γραφική Παράσταση 3 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θέσεων σχετικά με τον φορέα που εργάζονται.

Σε ποιο φορέα εργάζεστε;



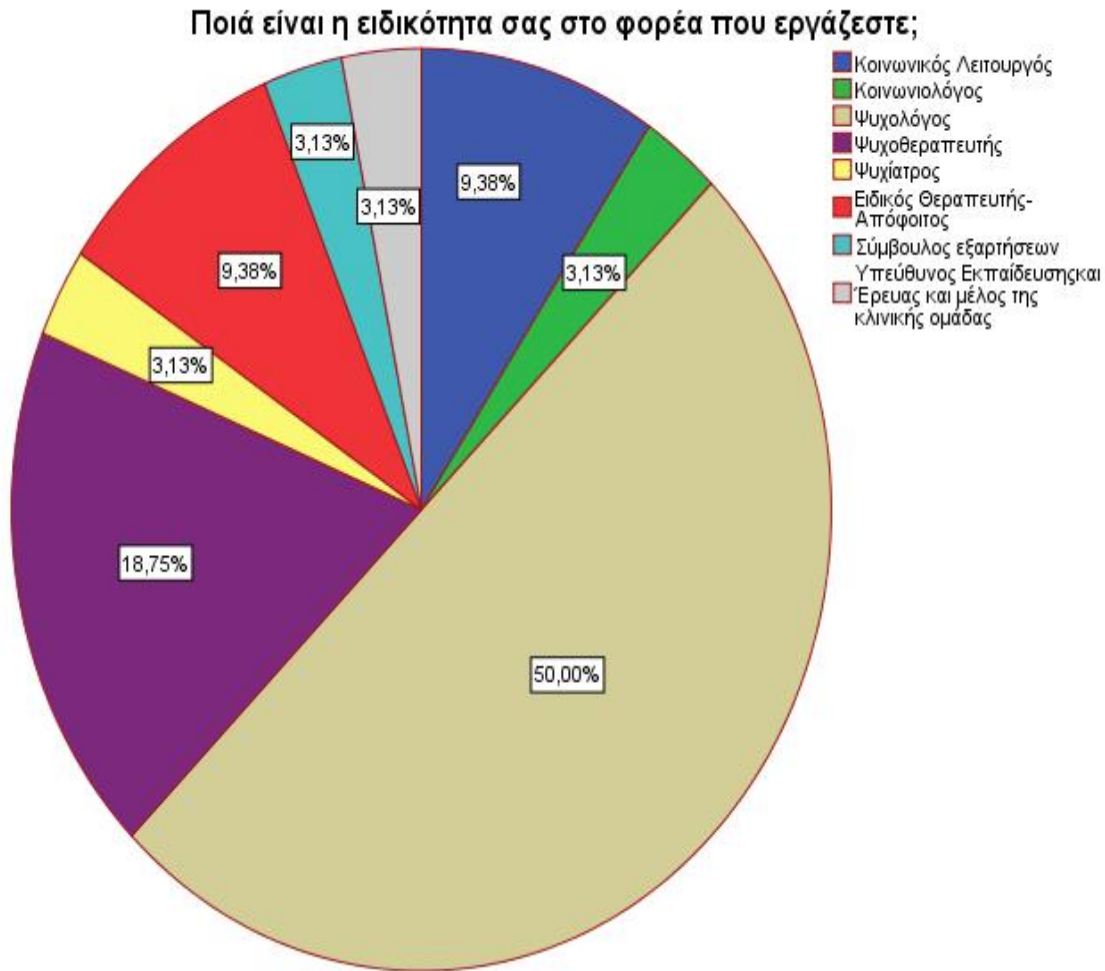
- Το 31,3 (N=10) των ερωτηθέντων εργάζονται στο ΚΕ.ΘΕ.Α Παρέμβαση.
- Το 25% (N=8) εργάζονται στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. Ατραπός.
- Το 18,8% (N=6) εργάζονται στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. Γέφυρα.
- Το 9,4% (N=3) εργάζονται στον ΚΕ.ΘΕ.Α Εν Δράσει.
- Το 9,4% (N=3) εργάζονται στον ΚΕ.ΘΕ.Α Πιλότος.
- Το 6,3% (N=2) εργάζονται στον ΚΕ.ΘΕ.Α Οξυγόνο.

Γραφική Παράσταση 4 : Κατανομή απαντήσεων αναφορικά με το χρονικό διάστημα που εργάζονται στους φορείς.



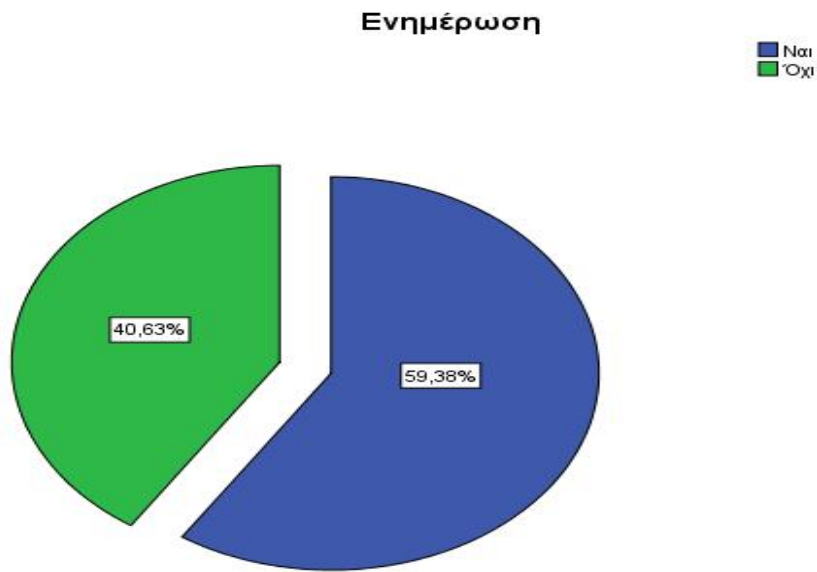
- Το 46,9% (N=15) εργάζεται από 11-15 έτη στο φορέα.
- Το 28,1% (N=9) εργάζεται από 16 έτη και άνω.
- Το 21,9% (N=7) εργάζεται από 6-10 έτη στο φορέα.
- Το 3,1% (N=1) εργάζεται από 1-5 έτη.

Γραφική Παράσταση 5 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείων σχετικά με την ειδικότητα τους στους φορείς που εργάζονται.



- Το 50% (N=16) η ειδικότητα της είναι ψυχολόγοι.
- Το 18,8% (N=6) είναι ψυχοθεραπευτές.
- Το 9,4% (N=3) είναι κοινωνικοί λειτουργοί.
- Το 9,4% (N=3) είναι ειδικοί θεραπευτές-απόφοιτοι του προγράμματος.
- Το 3,1% (N=1) είναι κοινωνιολόγοι.
- Το 3,1% (N=1) είναι ψυχίατροι.
- Το 3,1% (N=1) είναι σύμβουλοι εξαρτήσεων.
- Το 3,1% (N=1) είναι υπεύθυνοι εκπαίδευσης και έρευνας.

Γραφική Παράσταση 6.1 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τον τομέα ενημέρωση.



- Το 59,4% (N=19) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες ασχολείται με την ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ.
- Το 40,6% (N=13) δεν ασχολείται με την ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ.

Γραφική Παράσταση 6.2 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων σχετικά με τον τομέα συμβουλευτική.



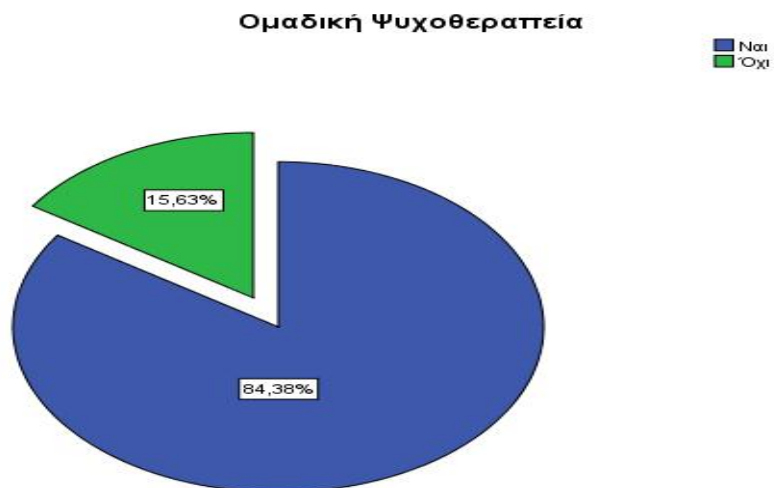
- Το 87,5% (N=28) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες ασχολείται με την ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ.
- Το 12,5% (N=4) δεν ασχολείται με την ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ.

Γραφική Παράσταση 6.3 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων σύμφωνα με τον τομέα ατομική ψυχοθεραπεία.



- Το 75% (N=24) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες ασχολείται με την ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.
- Το 25% (N=8) δεν ασχολείται με την ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Γραφική Παράσταση 6.4 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τον τομέα ομαδική ψυχοθεραπεία.



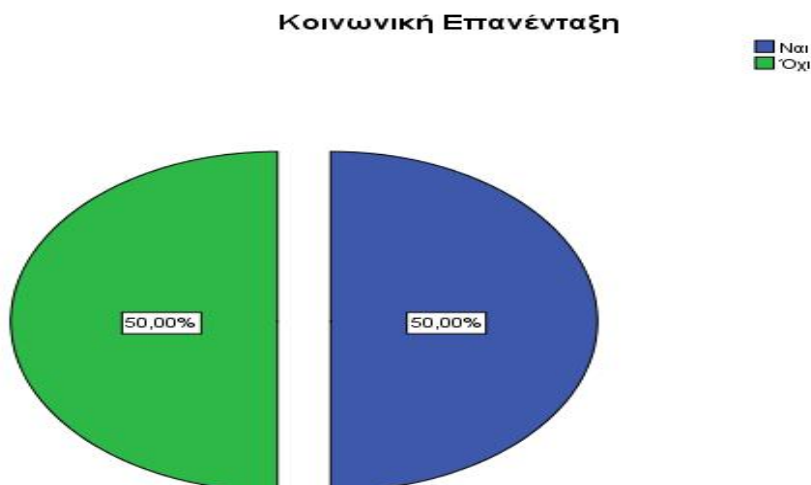
- Το 84,4% (N=27) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες ασχολείται με την ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.
- Το 15,6% (N=5) δεν ασχολείται με την ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Γραφική Παράσταση 6.5 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τον τομέα Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία.



- Το 50% (N=16) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες ασχολείται με την ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.
- Το 50% (N=16) δεν ασχολείται με την ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Γραφική Παράσταση 6.6 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τον τομέα κοινωνική επανένταξη.



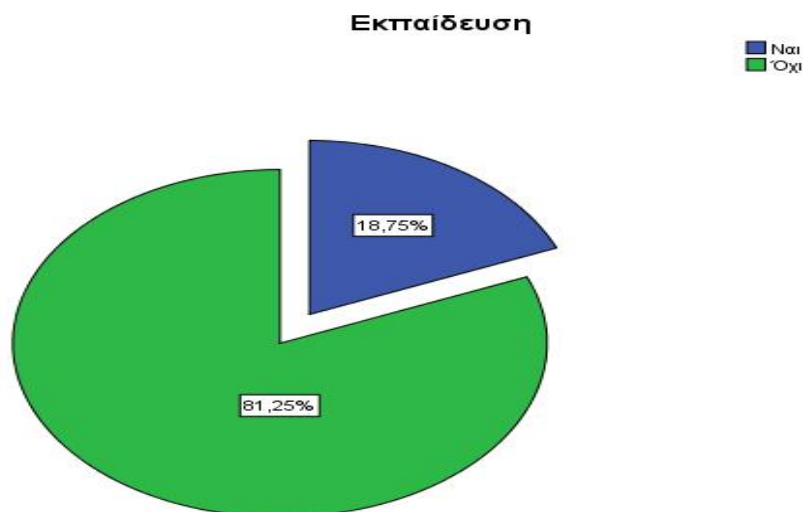
- Το 50% (N=16) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες δραστηριοποιείται στον τομέα της ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ.
- Το 50% (N=16) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ.

Γραφική Παράσταση 6.7 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τον τομέα πρόληψη.



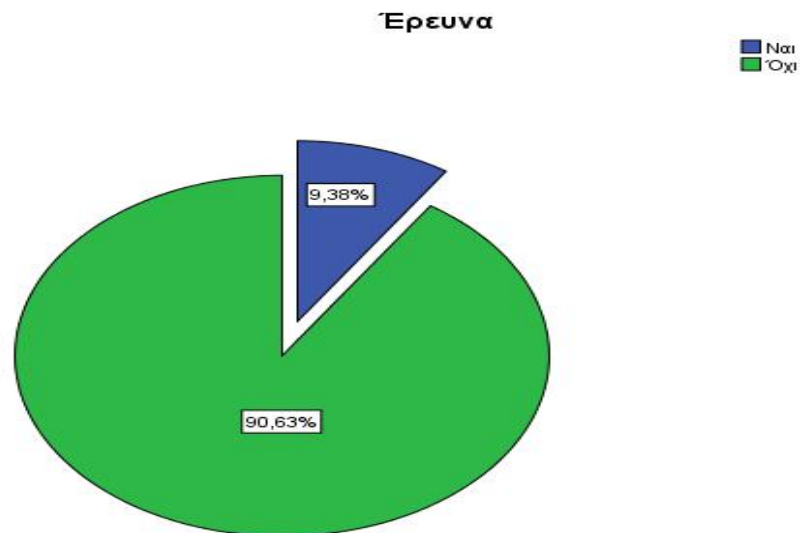
- Το 18,8% (N=6) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες ασχολείται με την ΠΡΟΛΗΨΗ.
- Το 81,3% (N=26) δεν ασχολείται με την ΠΡΟΛΗΨΗ.

Γραφική Παράσταση 6.8 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τον τομέα εκπαίδευση.



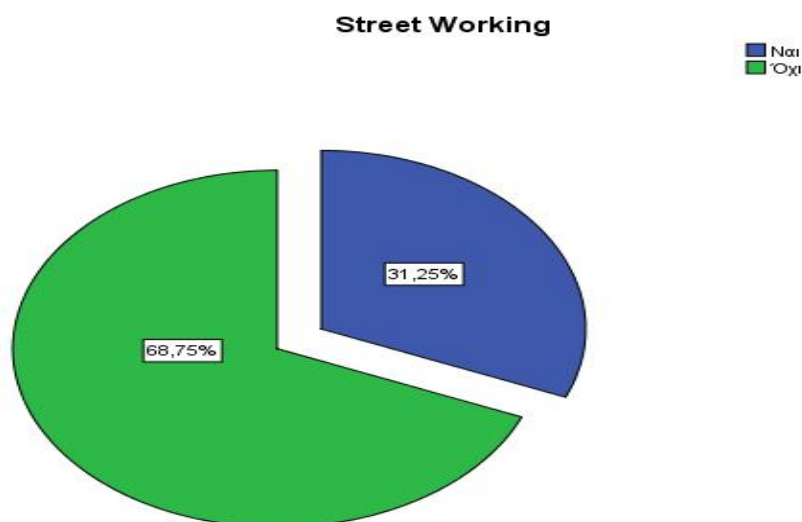
- Το 18,8% (N=6) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες ασχολείται με την ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.
- Το 81,3% (N=26) δεν ασχολείται με την ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.

Γραφική Παράσταση 6.9 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τον τομέα έρευνα.



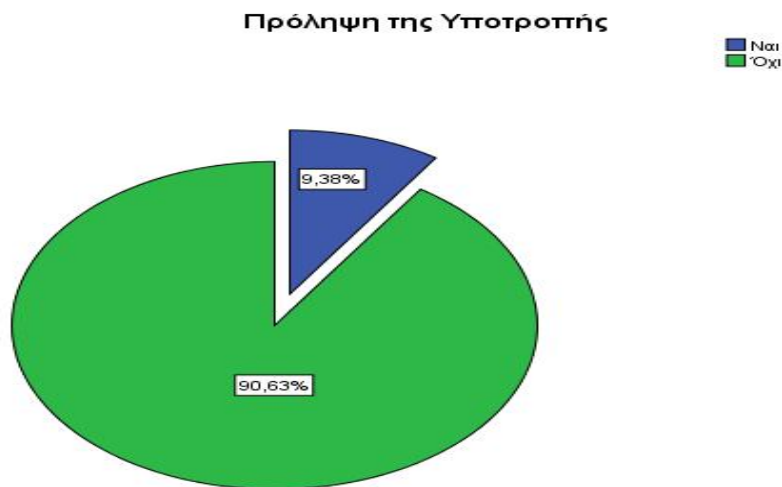
- Το 9,4% (N=3) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες ασχολείται με την ΕΡΕΥΝΑ.
- Το 90,6% (N=29) δεν ασχολείται με την ΕΡΕΥΝΑ.

Γραφική Παράσταση 6.10 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τον τομέα street working.



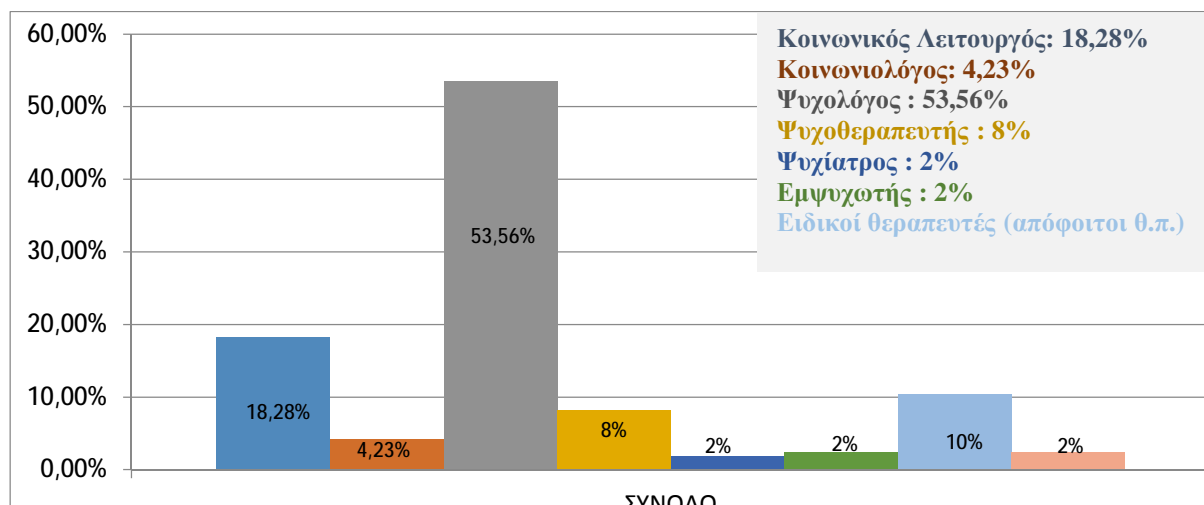
- Το 31,3% (N=10) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες ασχολείται με το STREET WORKING.
- Το 68,8% (N=22) δεν ασχολείται με το STREET WORKING.

Γραφική Παράσταση 6.11 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τον τομέα πρόληψη της υποτροπής.



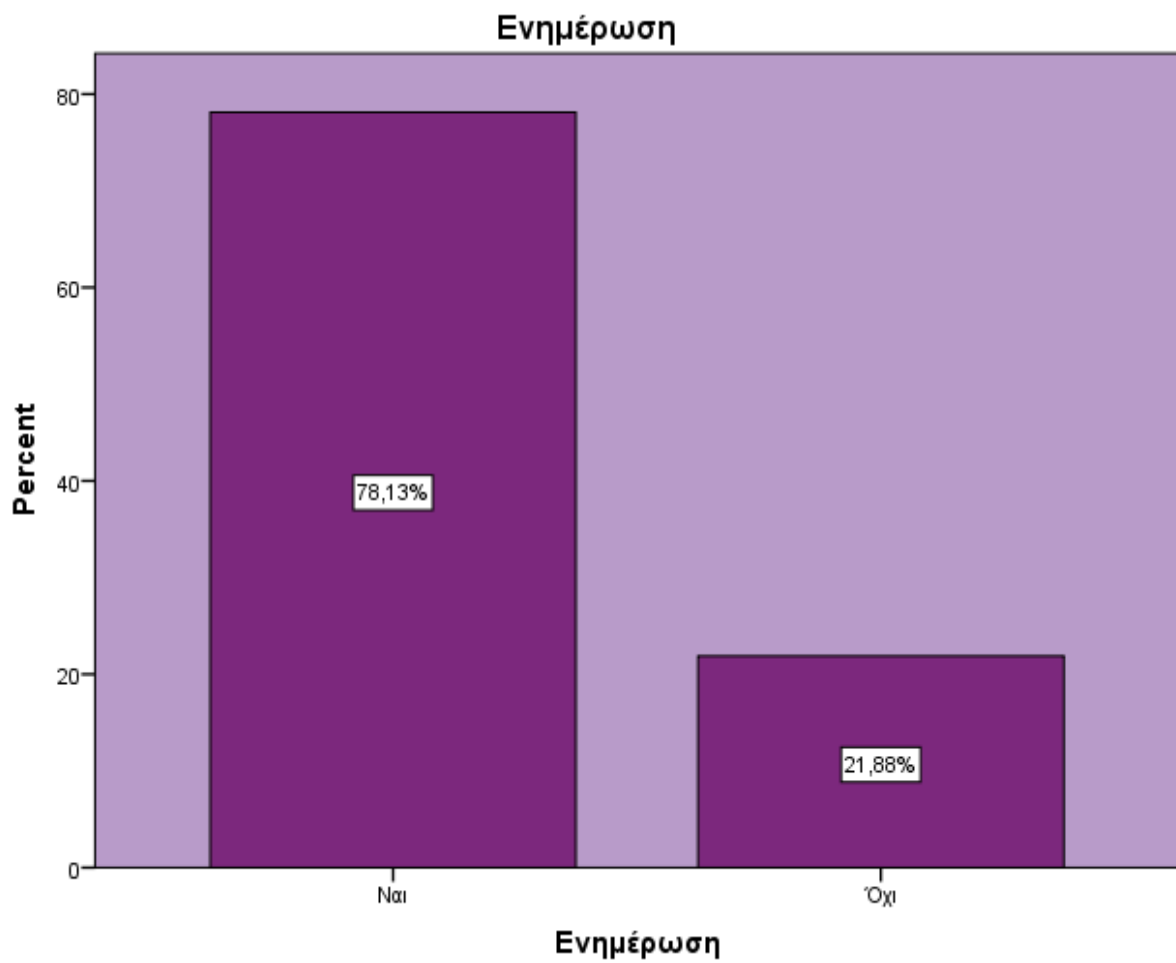
- Το 9,4% (N=3) των επαγγελματιών στις θεραπευτικές μονάδες ασχολείται με την ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ.
- Το 90,6% (N=29) δεν ασχολείται με την ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ.

Γραφική Παράσταση 7 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με την στελέχωση των υπηρεσιών.



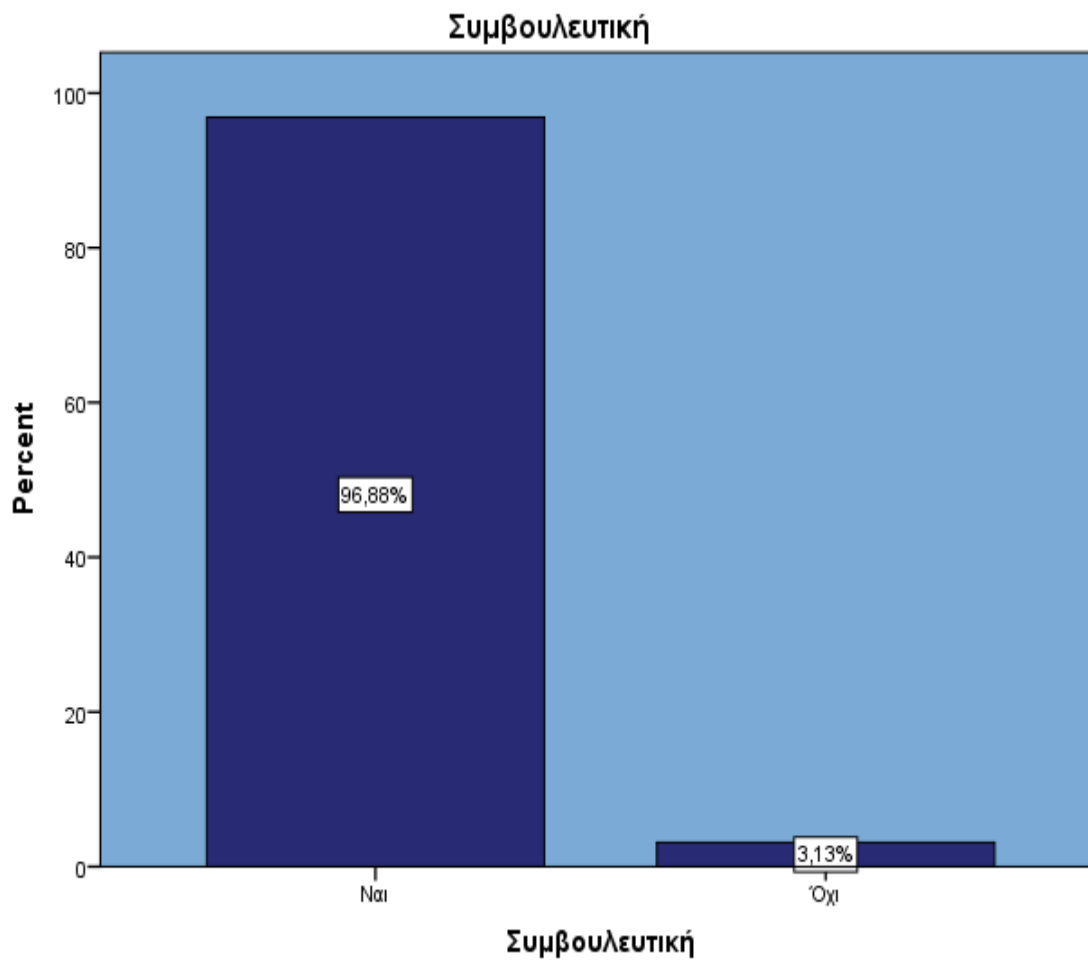
- Το 53,5% των υπηρεσιών αποτελείται από επαγγελματίες ψυχολόγους.
- Το 18,3% από κοινωνικούς λειτουργούς.
- Το 10% από ειδικούς θεραπευτές (απόφοιτοι θ.π.).
- Το 8% από ψυχοθεραπευτές.
- Το 4,2% από κοινωνιολόγους.
- Το 2% από ψυχιάτρους.
- Το 2% από εμφυχωτές.
- Το 2% από ερευνητικό προσωπικό

Γραφική Παράσταση 8.1: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα ενημέρωση.



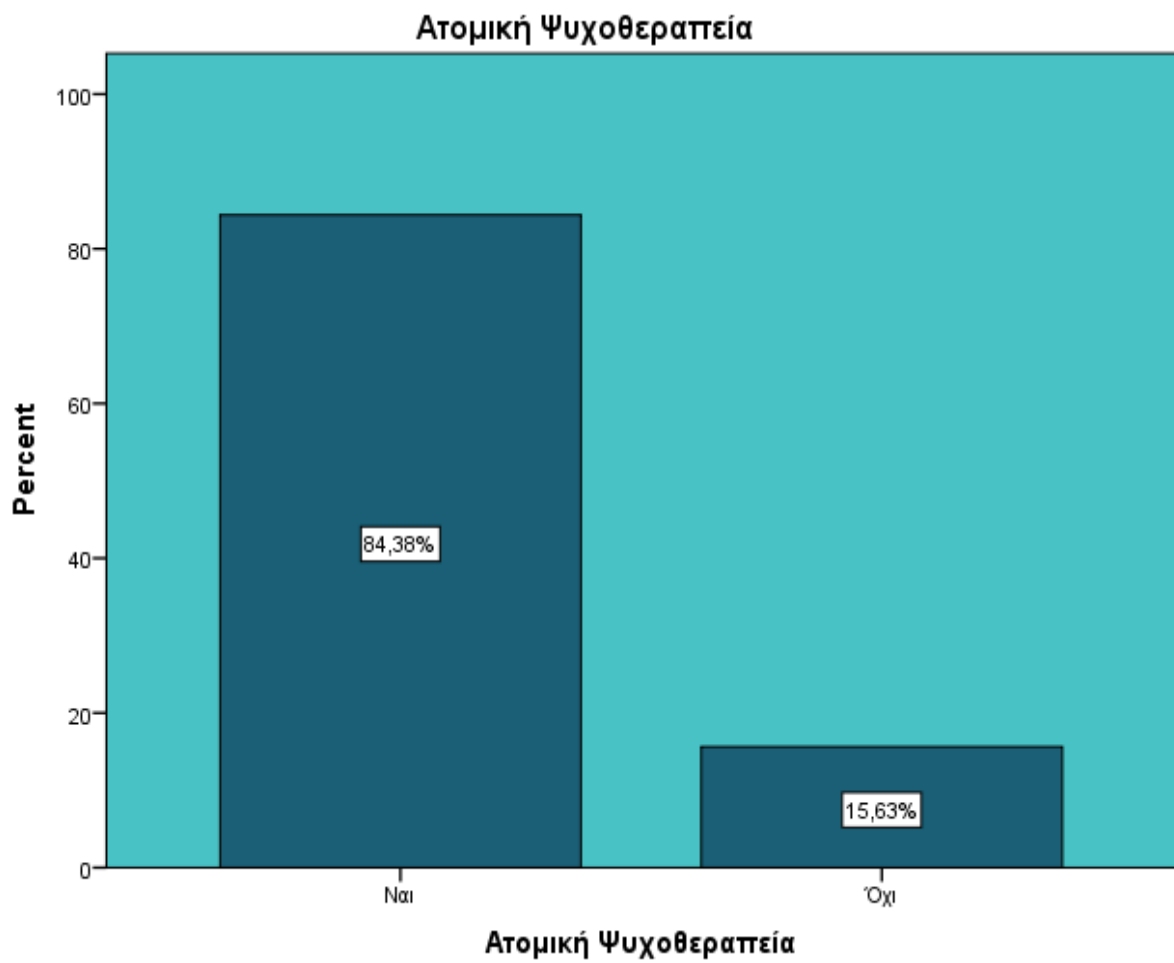
- Το 78,1% (N=25) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα της ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ.
- Το 21,9% (N=7) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ.

Γραφική Παράσταση 8.2: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα συμβουλευτική.



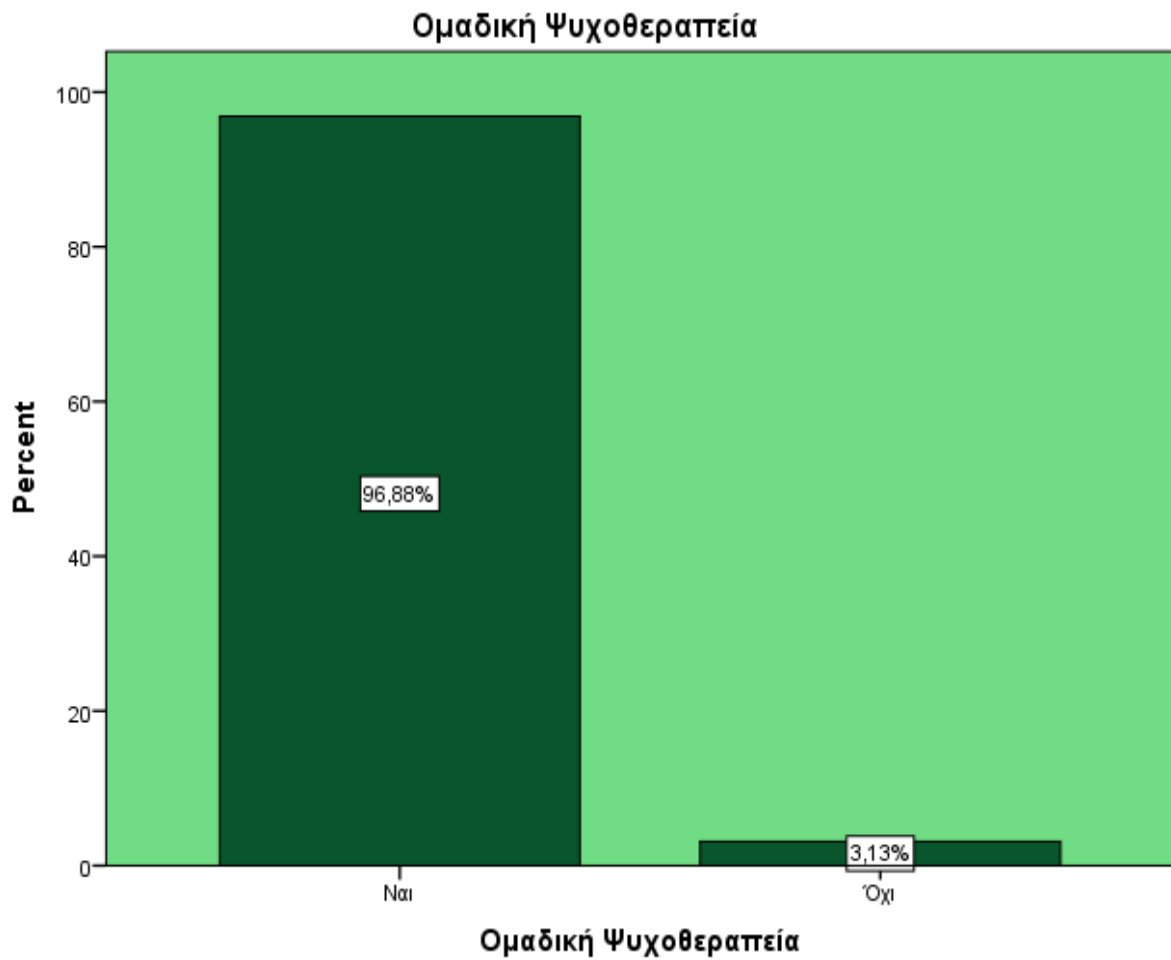
- Το 96,9% (N=31) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα της ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ.
- Το 3,1%(N=1) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ.

Γραφική Παράσταση 8.3: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα ατομική ψυχοθεραπεία.



- Το 84,4% (N=27) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα της Ατομικής Ψυχοθεραπείας.
- Το 15,6% (N=5) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της Ατομικής Ψυχοθεραπείας.

Γραφική Παράσταση 8.4: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα ομαδική ψυχοθεραπεία.



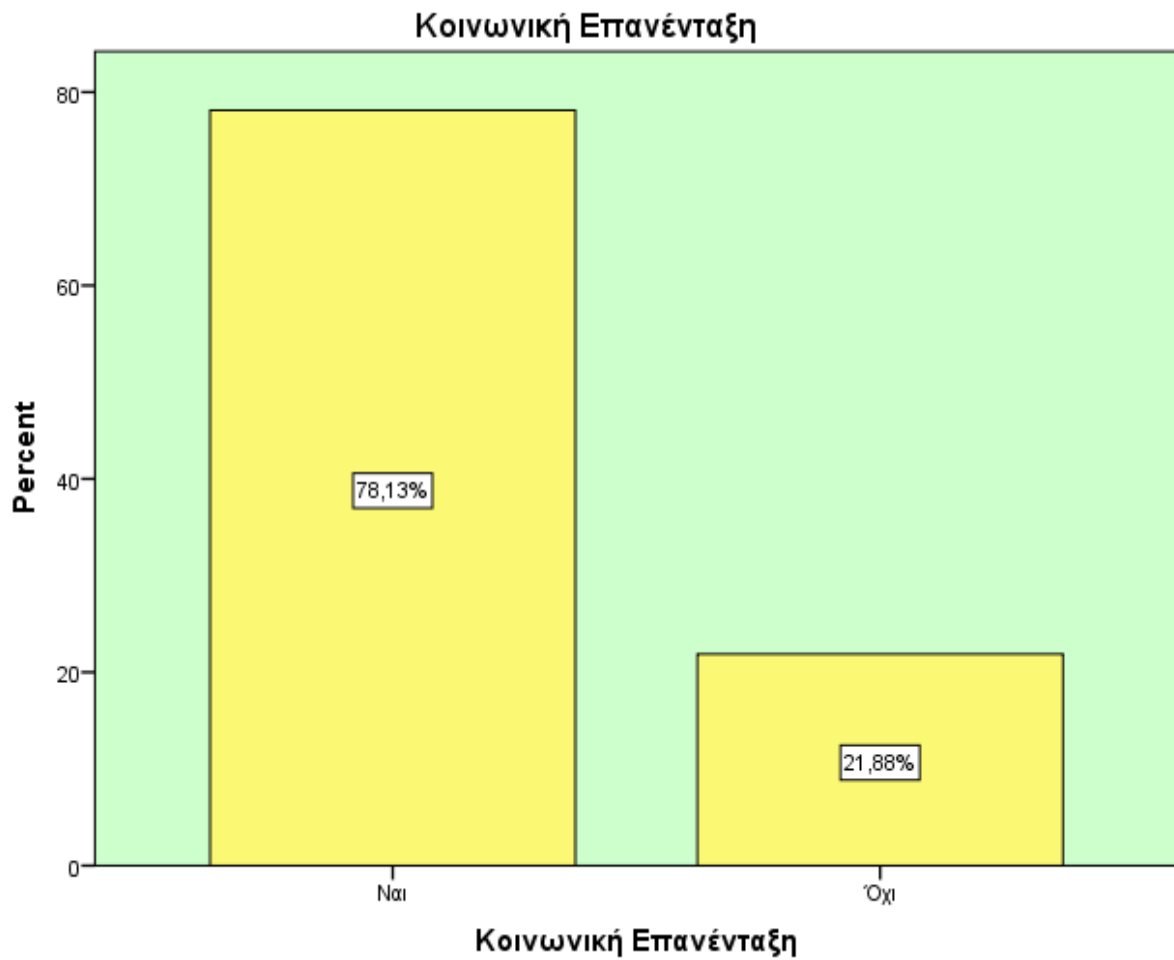
- Το 96,9% (N=31) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας.
- Το 3,1% (N=1) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας.

Γραφική Παράσταση 8.5: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα οικογενειακή ψυχοθεραπεία.



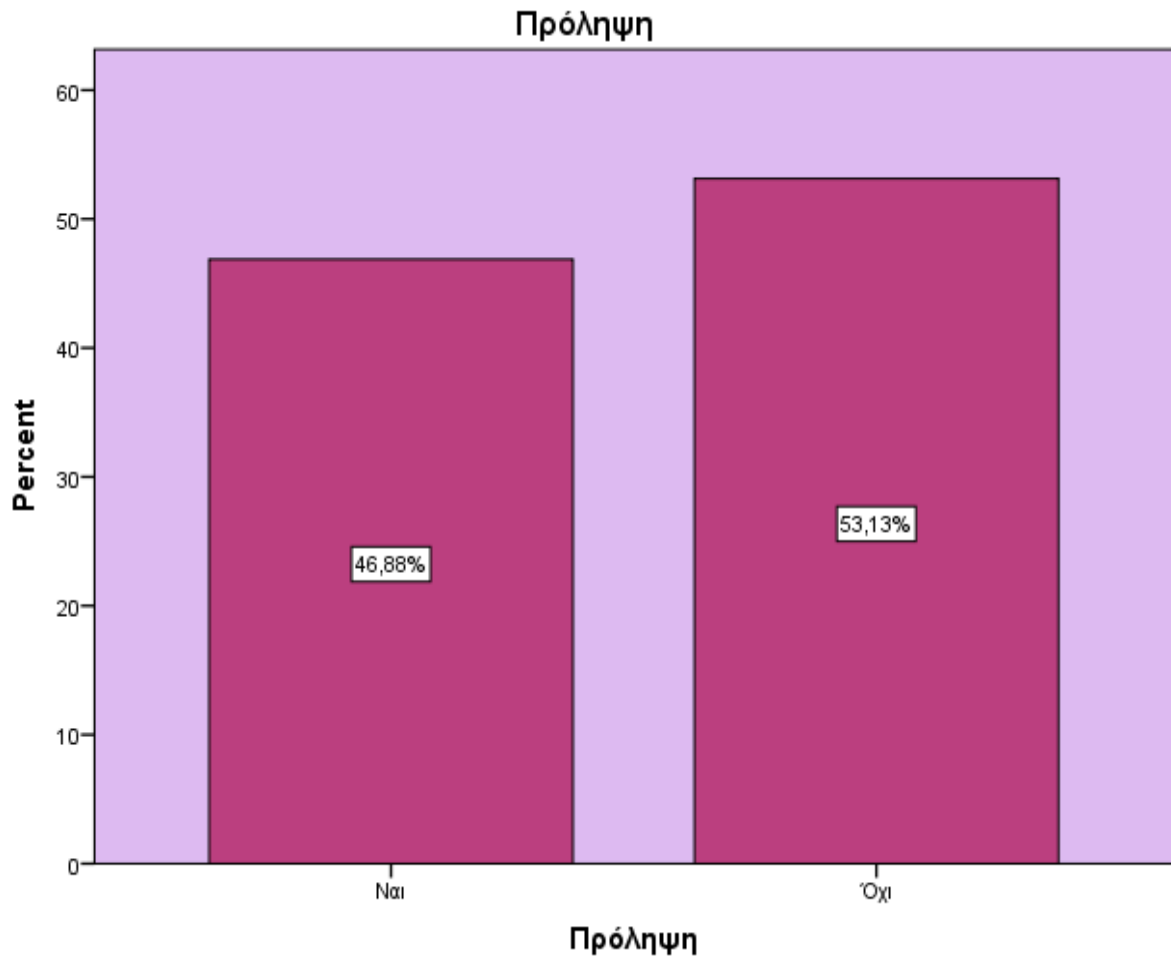
- Το 68,8% (N=22) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα της Οικογενειακής Ψυχοθεραπείας.
- Το 31,3%(N=10) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της Οικογενειακής Ψυχοθεραπείας.

Γραφική Παράσταση 8.6: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα κοινωνική επανένταξη.



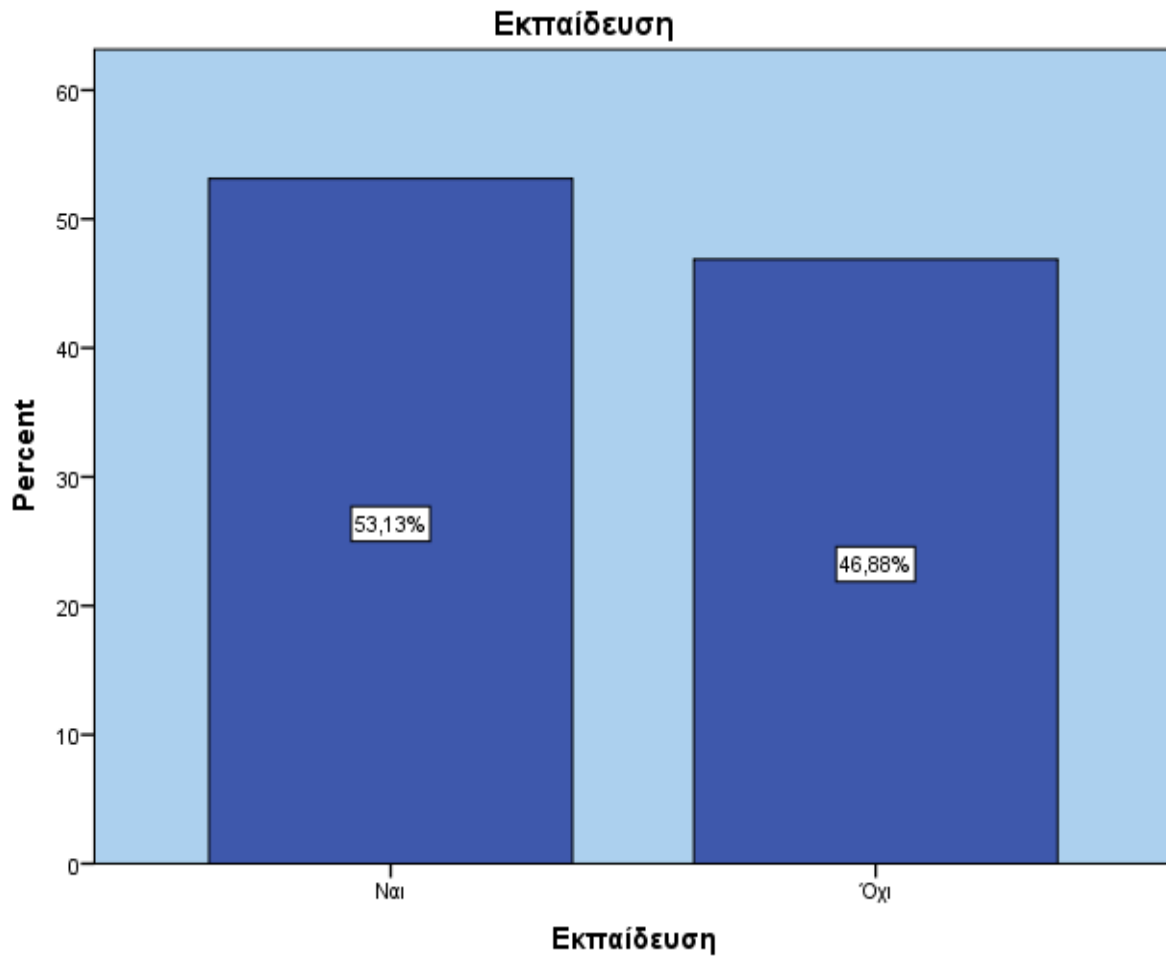
- Το 78,1% (N=25) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα της Κοινωνικής Επανένταξης.
- Το 21,9% (N=7) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της Κοινωνικής Επανένταξης.

Γραφική Παράσταση 8.7: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα πρόληψη.



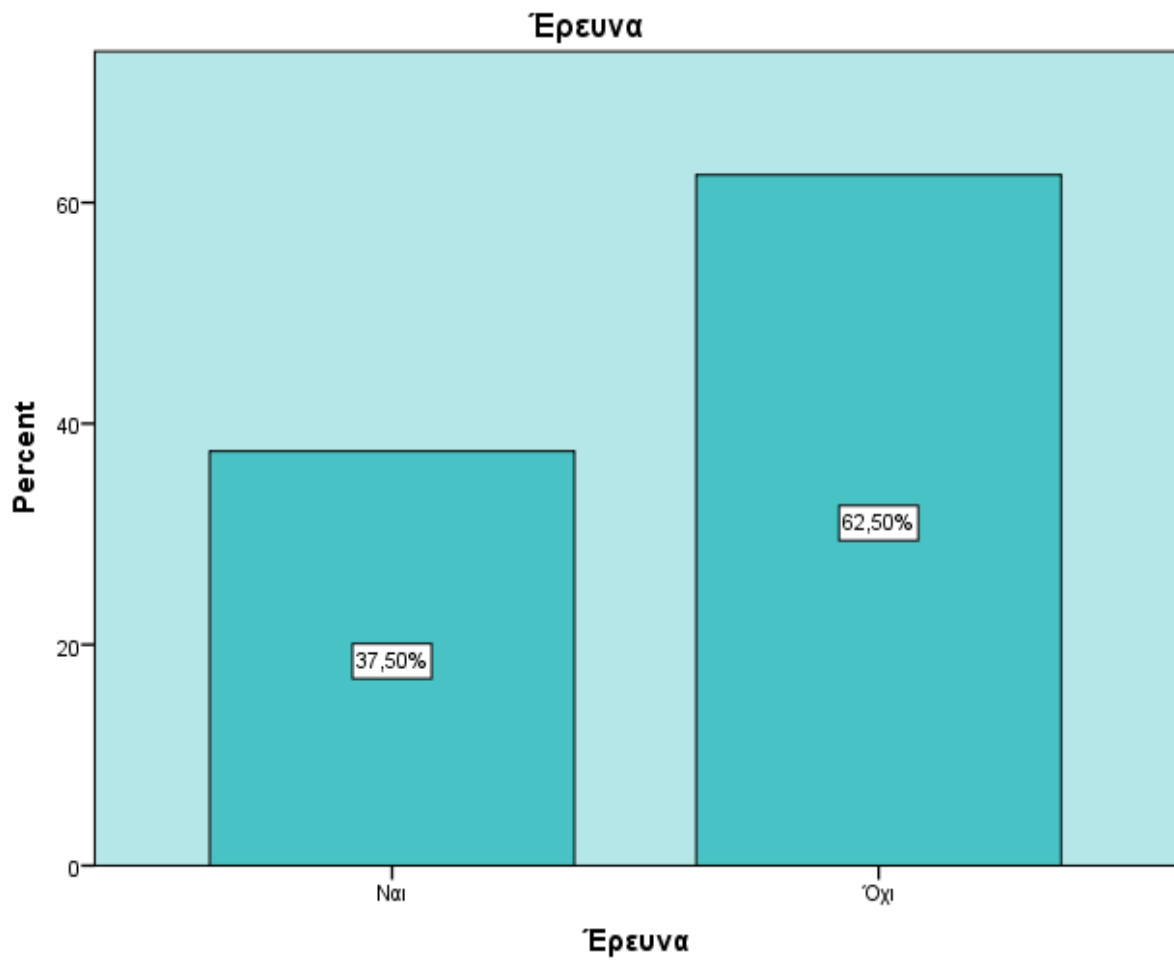
- Το 46,9% (N=15) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα της Πρόληψης.
- Το 53,1% (N=17) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της Πρόληψης.

Γραφική Παράσταση 8.8: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα εκπαίδευση.



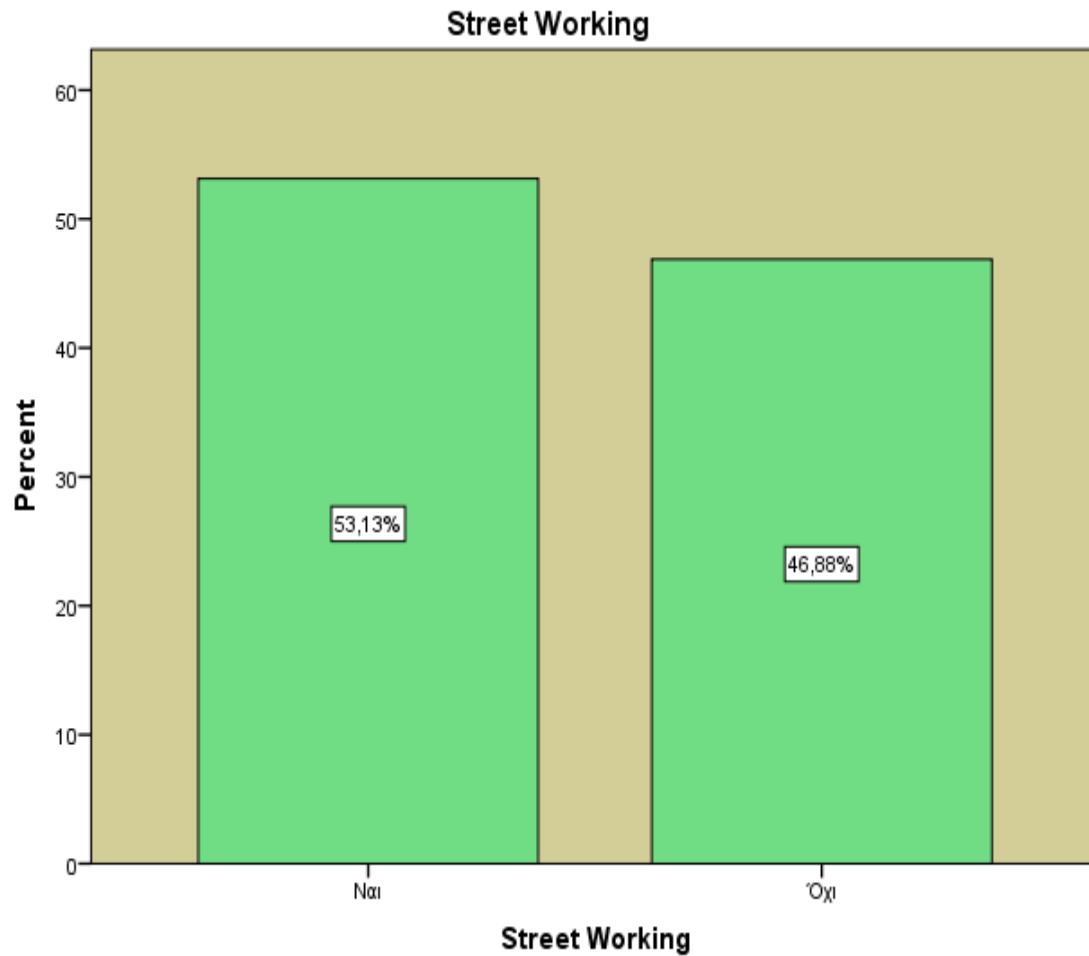
- Το 53,1% (N=17) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα της Εκπαίδευσης.
- Το 46,9% (N=15) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της Εκπαίδευσης.

Γραφική Παράσταση 8.9: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα έρευνα.



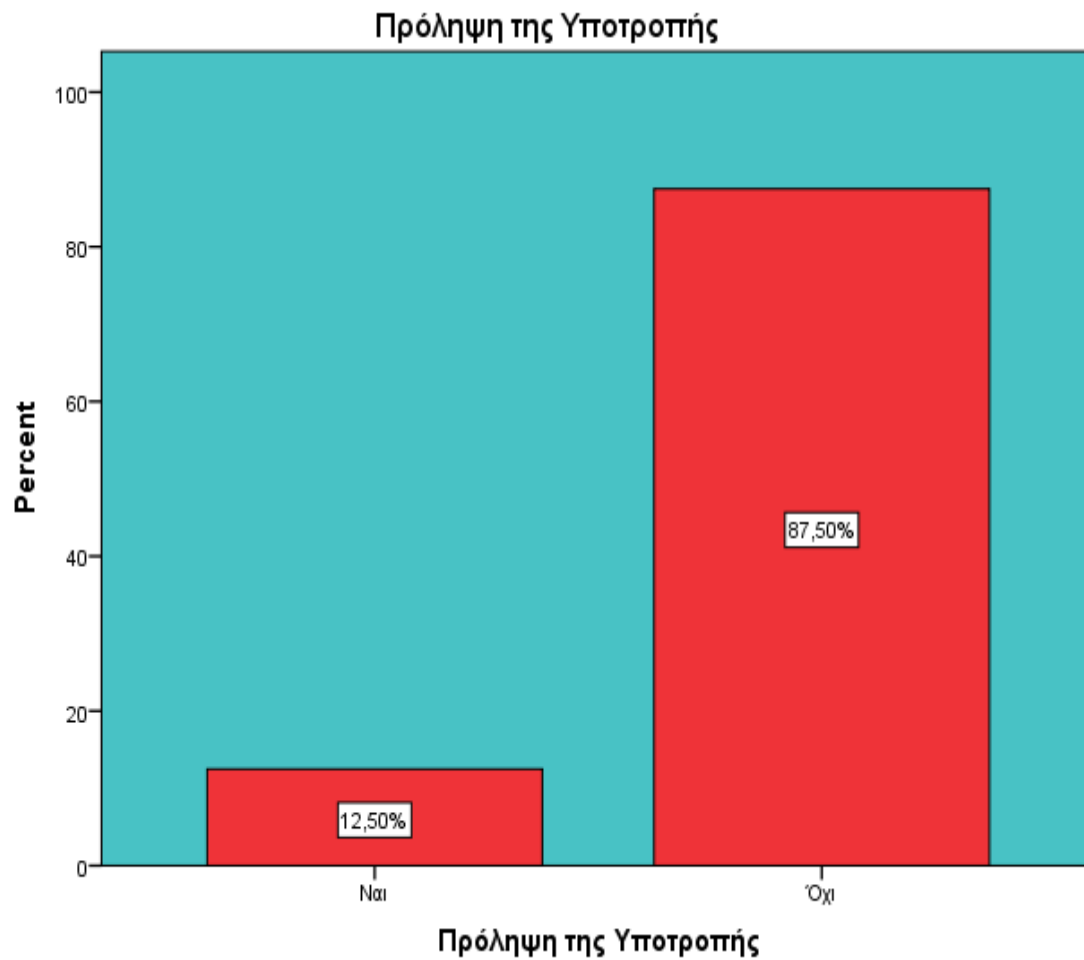
- Το 37,5% (N=12) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα της Έρευνας.
- Το 62,5% (N=20) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της Έρευνας.

Γραφική Παράσταση 8.10: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα Street Working.



- Το 53.1% (N=17) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα του Street Working.
- Το 46.9% (N=15) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα του Street Working.

Γραφική Παράσταση 8.11: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με τον τομέα πρόληψη της υποτροπής.



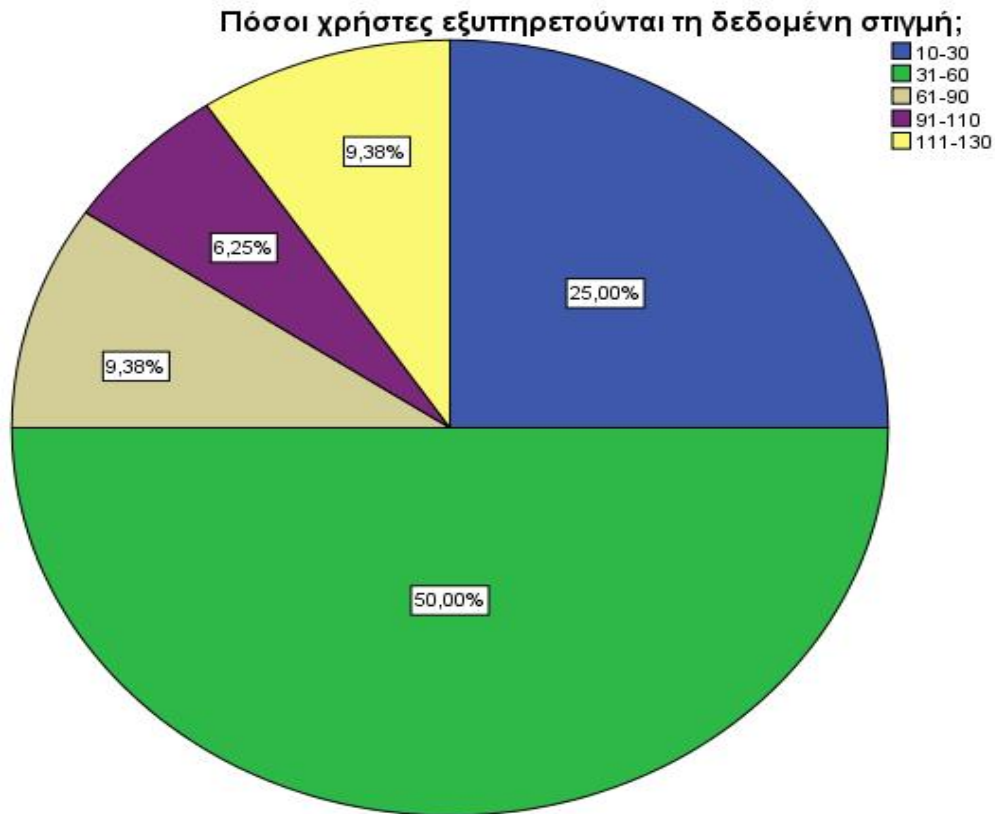
- Το 12,5% (N=4) των θεραπευτικών μονάδων δραστηριοποιείται στον τομέα της Πρόληψης της Υποτροπής.
- Το 87,5% (N=28) δεν δραστηριοποιείται στον τομέα της Πρόληψης της Υποτροπής.

Γραφική Παράσταση 9 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείων αναφορικά με τον αριθμό των χρηστών που μπορούν να εξυπηρετηθούν στα θεραπευτικά προγράμματα.



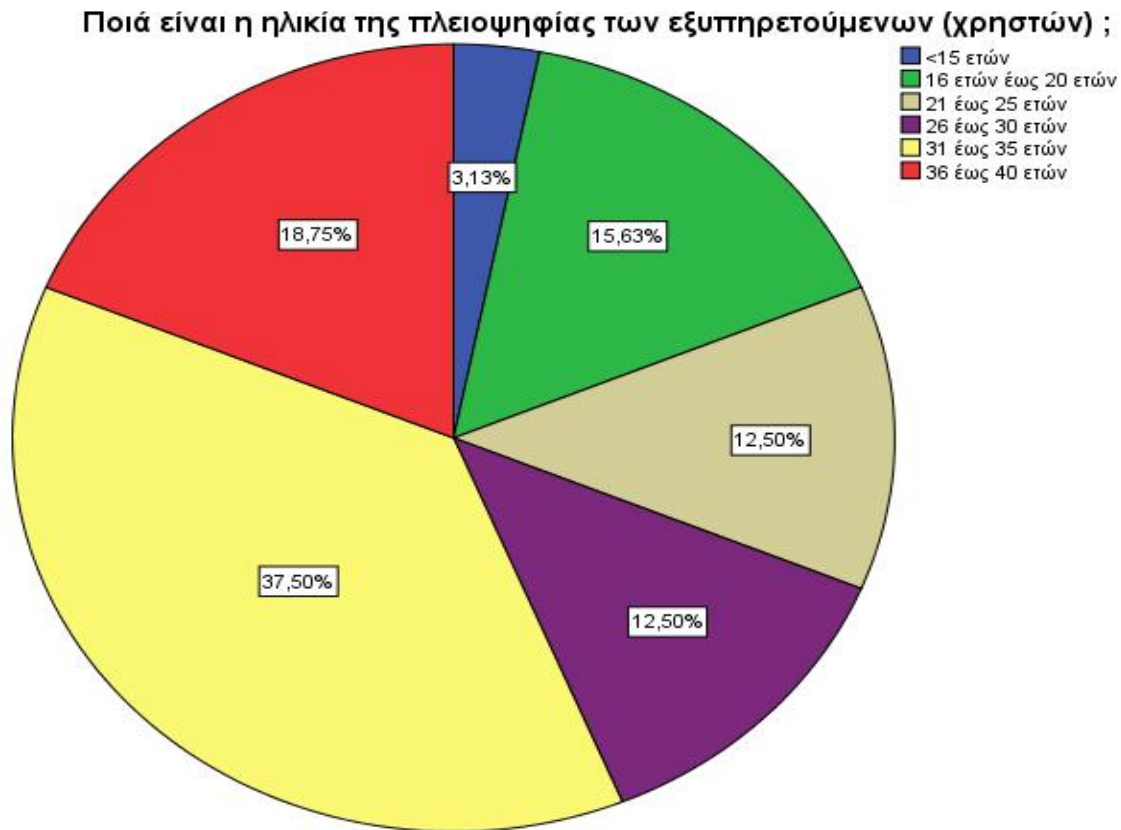
- Το 37,5% (N=12) υποστηρίζουν ότι μπορούν να εξυπηρετηθούν από 31 – 50 άτομα.
- Το 25% (N=8) από 51 – 80 άτομα
- Το 15,6% (N=5) δεν γνωρίζει δεν απαντά
- Το 12,5% (N=4) από 81 – 110 άτομα.
- Το 9,4% (N=3) από 111 – 140 άτομα.

Γραφική Παράσταση 10 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείων αναφορικά με τον αριθμό των χρηστών που εξυπηρετούνται τη δεδομένη στιγμή στα θεραπευτικά προγράμματα.



- Το 50% (N=16) υποστηρίζουν ότι εξυπηρετούνται αυτή τη στιγμή 31-60 χρήστες.
- Το 25% (N=8) 10-30 χρήστες.
- Το 9,4% (N=3) 61-90 χρήστες.
- Το 9,4% (N=3) 111-130 χρήστες.
- Το 6,3% (N=2) 91-110 χρήστες.

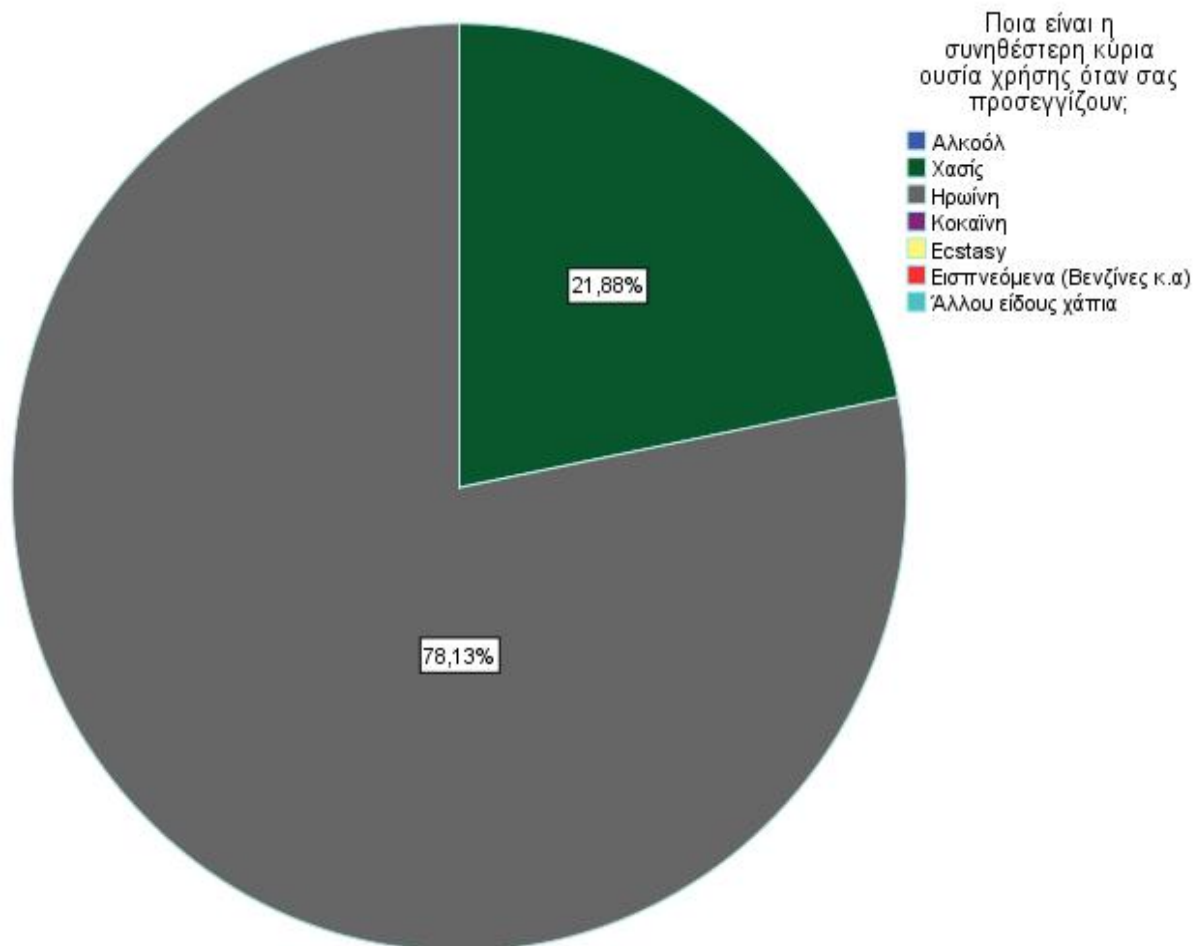
Γραφική Παράσταση 11 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με την ηλικία των χρηστών που εξυπηρετούνται στα θεραπευτικά προγράμματα.



- Το 37,5% (N=12) είναι ηλικίας 31 – 35 ετών.
- Το 18,8% (N=6) είναι ηλικίας 36 – 40 ετών.
- Το 15,6% (N=5) είναι ηλικίας 16 – 20 ετών.
- Το 12,5% (N=4) είναι ηλικίας 21 – 25 ετών.
- Το 12,5% (N=4) είναι ηλικίας 26 – 30 ετών.
- Το 3,1% (N=1) είναι κάτω από 15 ετών.

Γραφική Παράσταση 12 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/θείσων αναφορικά με την συνηθέστερη κύρια ουσία χρήσης όταν προσεγγίζουν τα θεραπευτικά προγράμματα οι χρήστες.

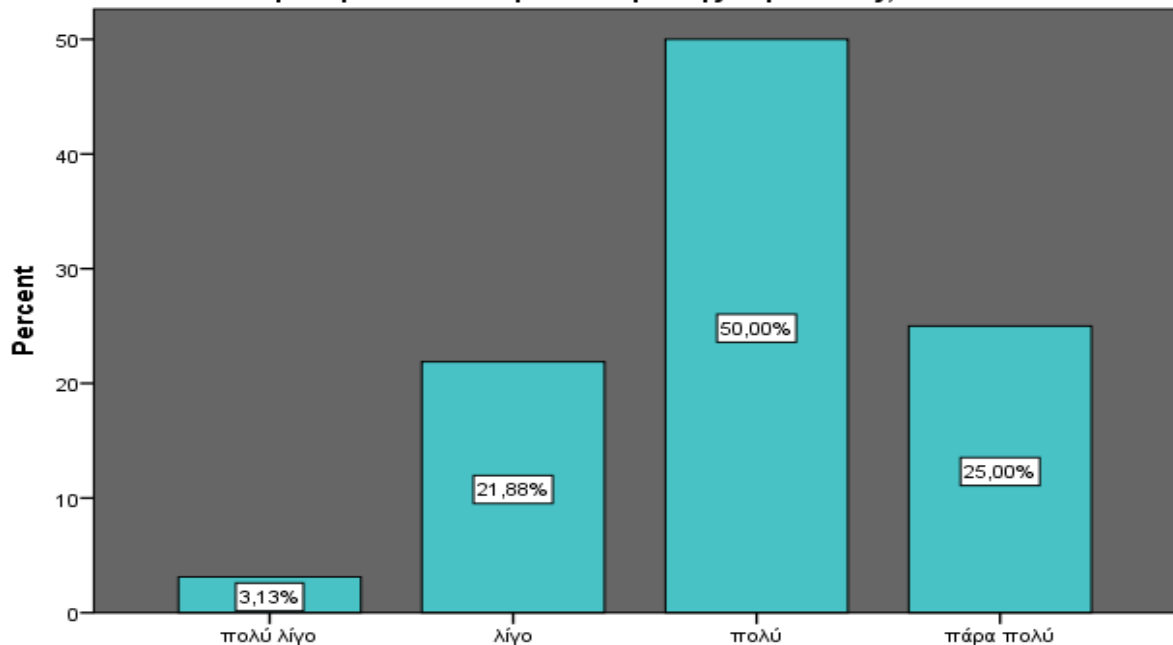
Ποια είναι η συνηθέστερη κύρια ουσία χρήσης όταν σας προσεγγίζουν;



- Το 78,1% (N=25) υποστηρίζει ότι οι χρήστες που τους προσεγγίζουν, κάνουν ηρωίνη.
- Το 21,9% (N=7) κάνει χασίς.

Γραφική Παράσταση 13 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με το κατά πόσο σχετίζεται η διάρκεια χρήσης ουσιών με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

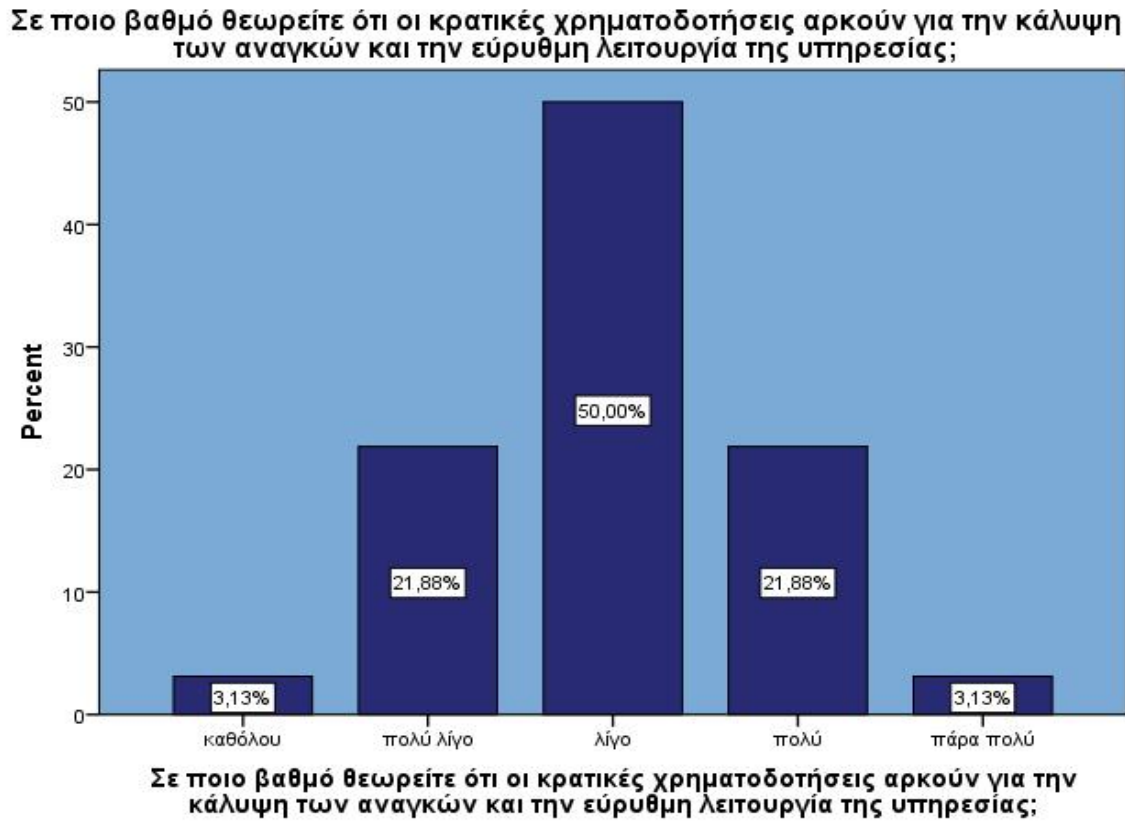
Σύμφωνα με την εμπειρία σας, κατά πόσο σχετίζεται η διάρκεια χρήσης ουσιών με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας;



Σύμφωνα με την εμπειρία σας, κατά πόσο σχετίζεται η διάρκεια χρήσης ουσιών με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας;

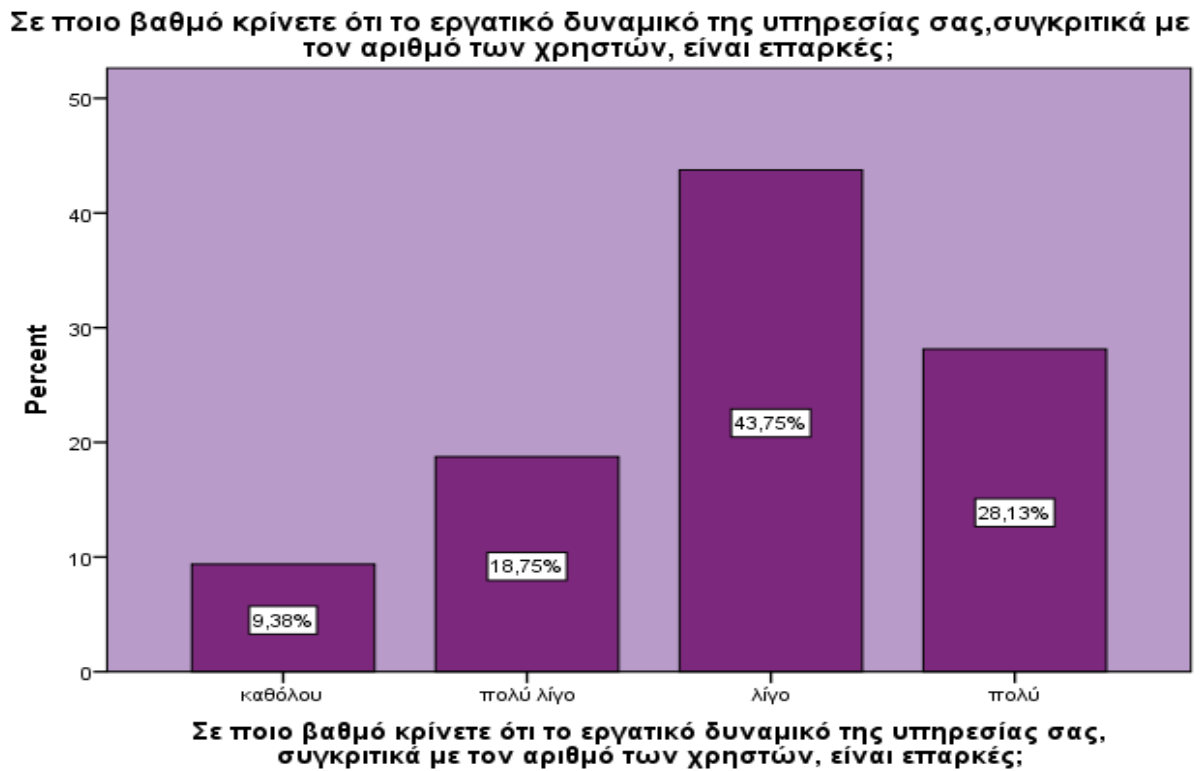
- Το 50% (N=16) θεωρούν ότι σχετίζεται ΠΟΛΥ η διάρκεια χρήσης ουσιών με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
- Το 25% (N=8) θεωρούν ότι σχετίζεται ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ.
- Το 21,9% (N=7) θεωρούν ότι σχετίζεται ΛΙΓΟ.
- Το 3,1% (N=1) θεωρούν ότι σχετίζεται ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ.

Γραφική Παράσταση 14 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με το αν αρκούν οι κρατικές χρηματοδοτήσεις για την κάλυψη των αναγκών και την εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας.



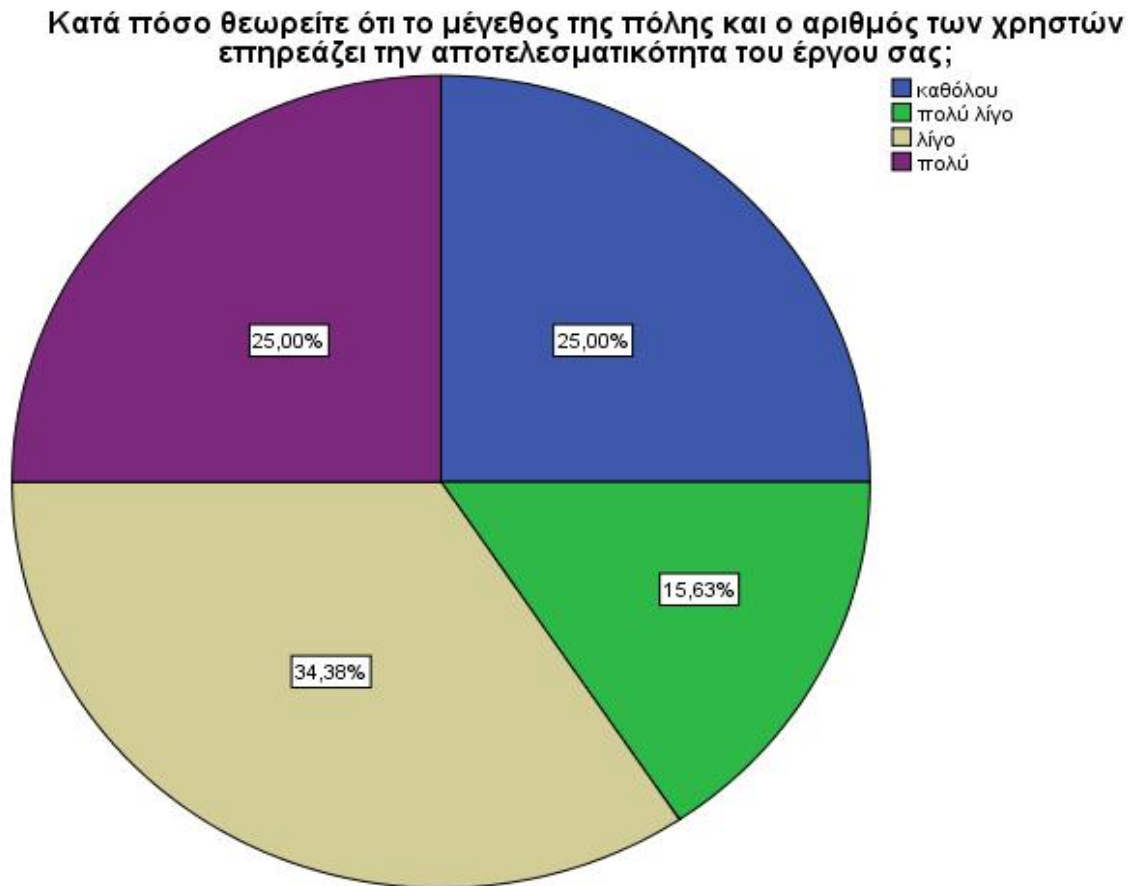
- Το 50% (N=16) θεωρεί ΛΙΓΟ.
- Το 21,9% (N=7) θεωρεί ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ.
- Το 21,9% (N=7) θεωρεί ΠΟΛΥ.
- Το 3,1% (N=1) θεωρεί ΚΑΘΟΛΟΥ.
- Το 3,1% (N=1) θεωρεί ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ.

Γραφική Παράσταση 15 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείων αναφορικά με το αν είναι επαρκές το εργατικό δυναμικό της υπηρεσίας συγκριτικά με τον αριθμό των χρηστών.



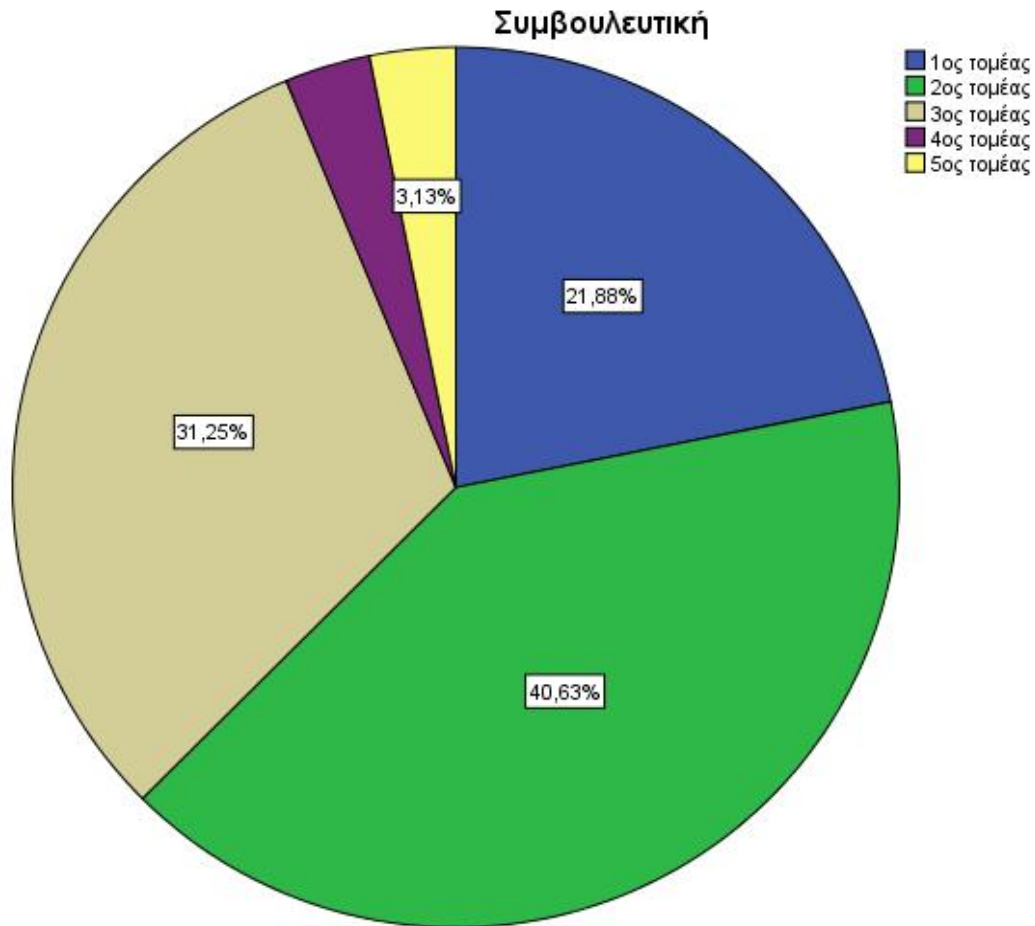
- Το 43,8% (N=14) κρίνει ότι είναι ΛΙΓΟ επαρκές το εργατικό δυναμικό της υπηρεσίας συγκριτικά με τον αριθμό των χρηστών.
- Το 28,1% (N=9) κρίνει ότι είναι ΠΟΛΥ επαρκές.
- Το 18,8% (N=6) κρίνει ότι είναι ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ επαρκές.
- Το 9,4% (N=3) κρίνει ότι δεν είναι ΚΑΘΟΛΟΥ επαρκές.

Γραφική Παράσταση 16 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με το αν επηρεάζει την αποτελεσματικότητα του έργου τους το μέγεθος της πόλης και ο αριθμός των χρηστών.



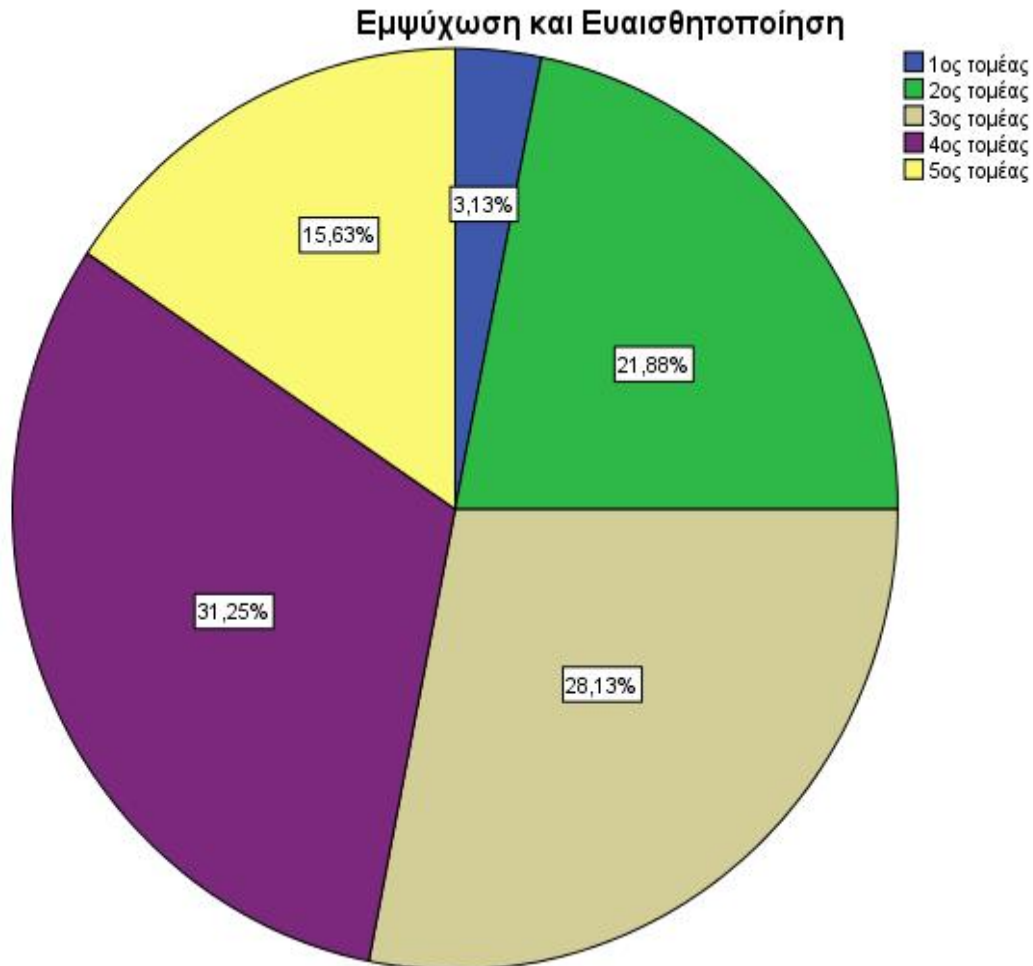
- Το 34,4% (N=11) θεωρεί ότι το μέγεθος της πόλης επηρεάζει ΛΙΓΟ την αποτελεσματικότητα του έργου τους.
- Το 25% (N=8) θεωρεί ότι το μέγεθος της πόλης επηρεάζει ΠΟΛΥ.
- Το 25% (N=8) θεωρεί ότι το μέγεθος της πόλης δεν επηρεάζει ΚΑΘΟΛΟΥ.
- Το 15,6% (N=5) θεωρεί ότι το μέγεθος της πόλης επηρεάζει ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ.

Γραφική Παράσταση 17.1 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείων αναφορικά με τη σειρά κατάταξης των έξι τομέων δραστηριοποίησης των θεραπευτικών μονάδων.



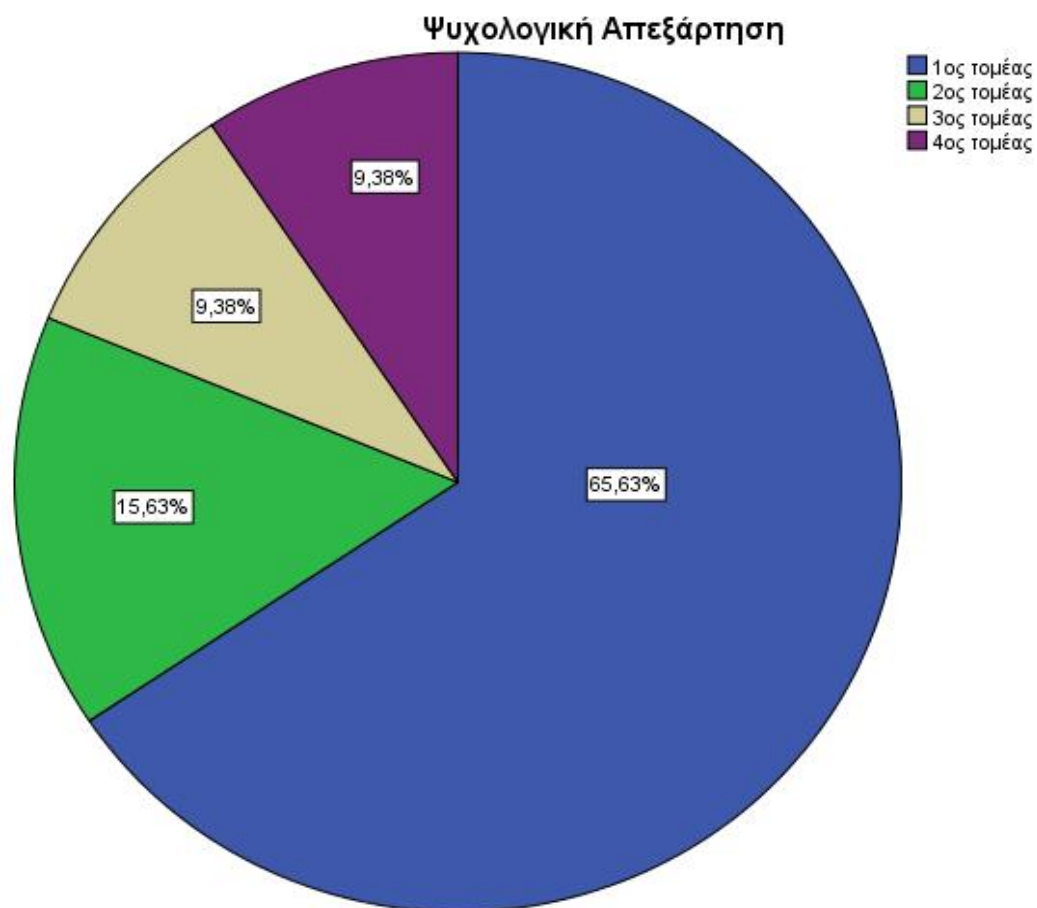
- Το 21,9% (N=7) επέλεξε τη συμβουλευτική ως 1^ο τομέα δραστηριοποίησης.
- Το 40,6% (N=13) επέλεξε τη συμβουλευτική ως 2^ο τομέα δραστηριοποίησης.
- Το 31,3% (N=10) επέλεξε τη συμβουλευτική ως 3^ο τομέα δραστηριοποίησης.
- Το 3,1% (N=1) επέλεξε τη συμβουλευτική ως 4^ο τομέα δραστηριοποίησης.
- Το 3,1% (N=1) επέλεξε τη συμβουλευτική ως 5^ο τομέα δραστηριοποίησης.

Γραφική Παράσταση 17.2: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη σειρά κατάταξης της εμφύχωσης και ευαισθητοποίησης.



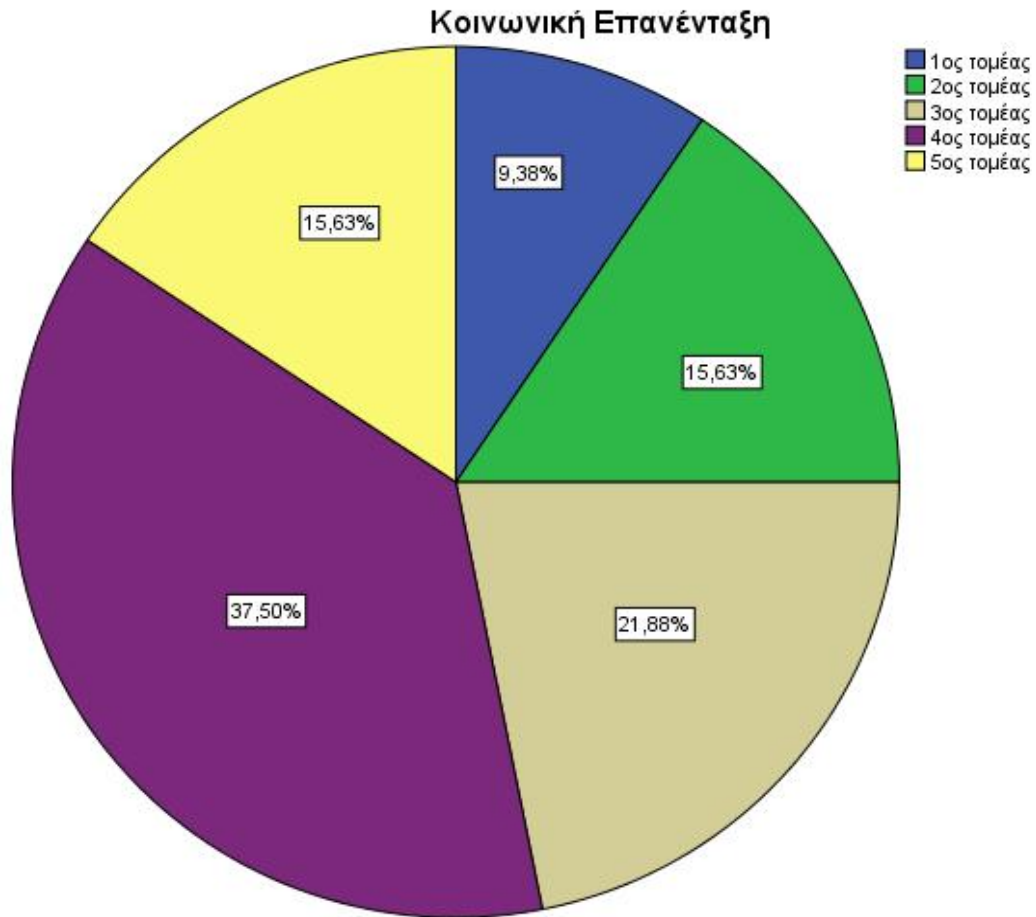
- Το 3,1% (N=1) επέλεξε την εμφύχωση και ευαισθητοποίηση ως 1^ο τομέα.
- Το 21,9% (N=7) επέλεξε την εμφύχωση και ευαισθητοποίηση ως 2^ο τομέα.
- Το 28,1% (N=9) επέλεξε την εμφύχωση και ευαισθητοποίηση ως 3^ο τομέα.
- Το 31,3% (N=10) επέλεξε την εμφύχωση και ευαισθητοποίηση ως 4^ο τομέα.
- Το 15,6% (N=5) επέλεξε την εμφύχωση και ευαισθητοποίηση ως 5^ο τομέα.

Γραφική Παράσταση 17.3 : Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη σειρά κατάταξης της ψυχολογικής απεξάρτησης.



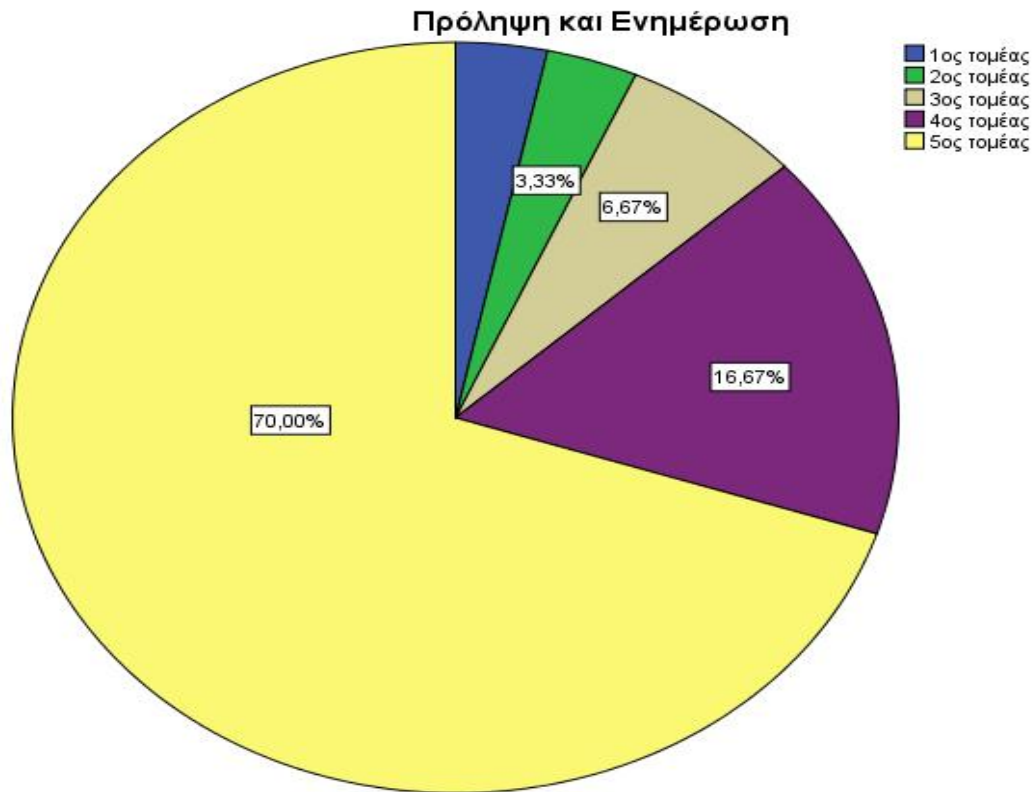
- Το 65,6% (N=21) επέλεξε τη ψυχολογική απεξάρτηση ως 1^ο τομέα.
- Το 15,6% (N=5) επέλεξε τη ψυχολογική απεξάρτηση ως 2^ο τομέα.
- Το 9,4% (N=3) επέλεξε τη ψυχολογική απεξάρτηση ως 3^ο τομέα.
- Το 9,4% (N=3) επέλεξε τη ψυχολογική απεξάρτηση ως 4^ο τομέα.

Γραφική Παράσταση 17.4 : Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη σειρά κατάταξης της κοινωνικής επανένταξης.



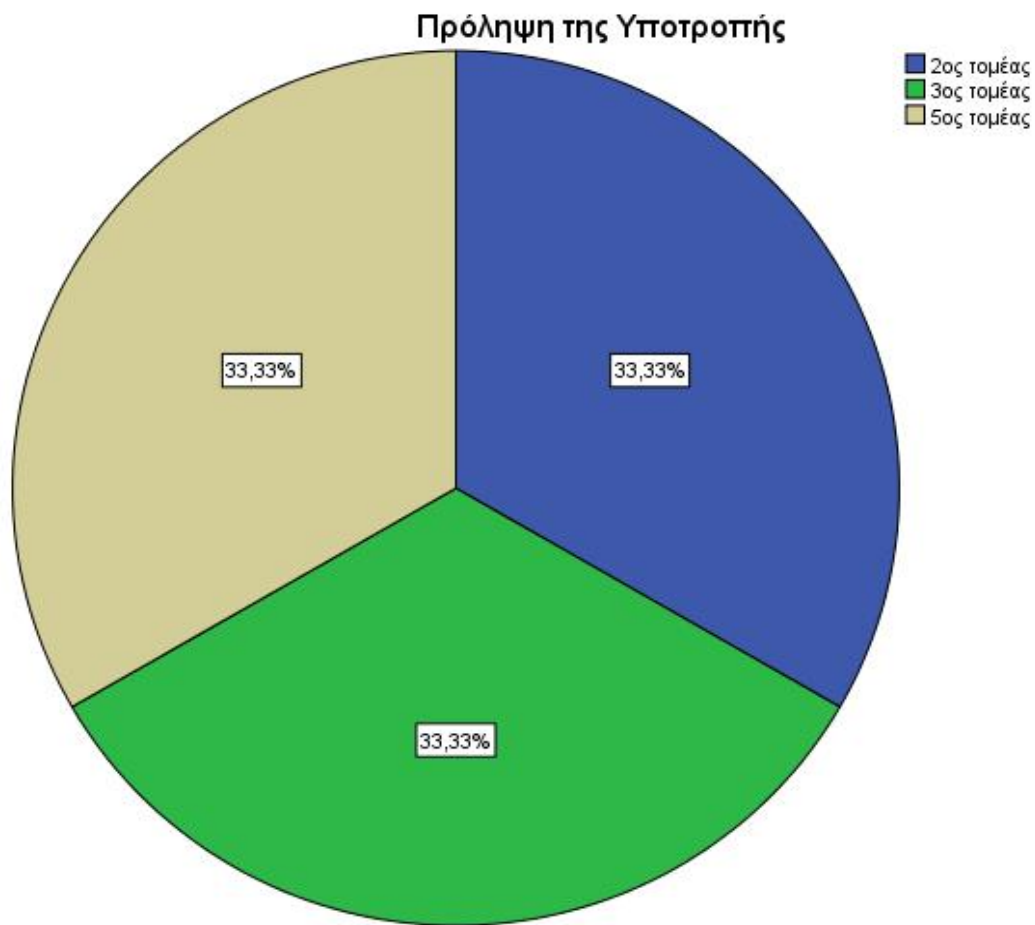
- Το 9,4% (N=3) επέλεξε την κοινωνική επανένταξη ως 1^ο τομέα.
- Το 15,6% (N=5) επέλεξε την κοινωνική επανένταξη ως 2^ο τομέα.
- Το 21,9% (N=7) επέλεξε την κοινωνική επανένταξη ως 3^ο τομέα.
- Το 37,5% (N=12) επέλεξε την κοινωνική επανένταξη ως 4^ο τομέα.
- Το 15,6% (N=5) επέλεξε την κοινωνική επανένταξη ως 5^ο τομέα.

Γραφική Παράσταση 17.5 : Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη σειρά κατάταξης της πρόληψης και ενημέρωσης.



- Το 3,3% (N=1) επέλεξε την πρόληψη και ενημέρωση ως 1^ο τομέα.
- Το 3,3% (N=1) επέλεξε την πρόληψη και ενημέρωση ως 2^ο τομέα.
- Το 6,7% (N=2) επέλεξε την πρόληψη και ενημέρωση ως 3^ο τομέα.
- Το 16,7% (N=5) επέλεξε την πρόληψη και ενημέρωση ως 4^ο τομέα.
- Το 70% (N=21) επέλεξε την πρόληψη και ενημέρωση ως 5^ο τομέα.

Γραφική Παράσταση 17.6 : Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη σειρά κατάταξης της πρόληψης της υποτροπής.



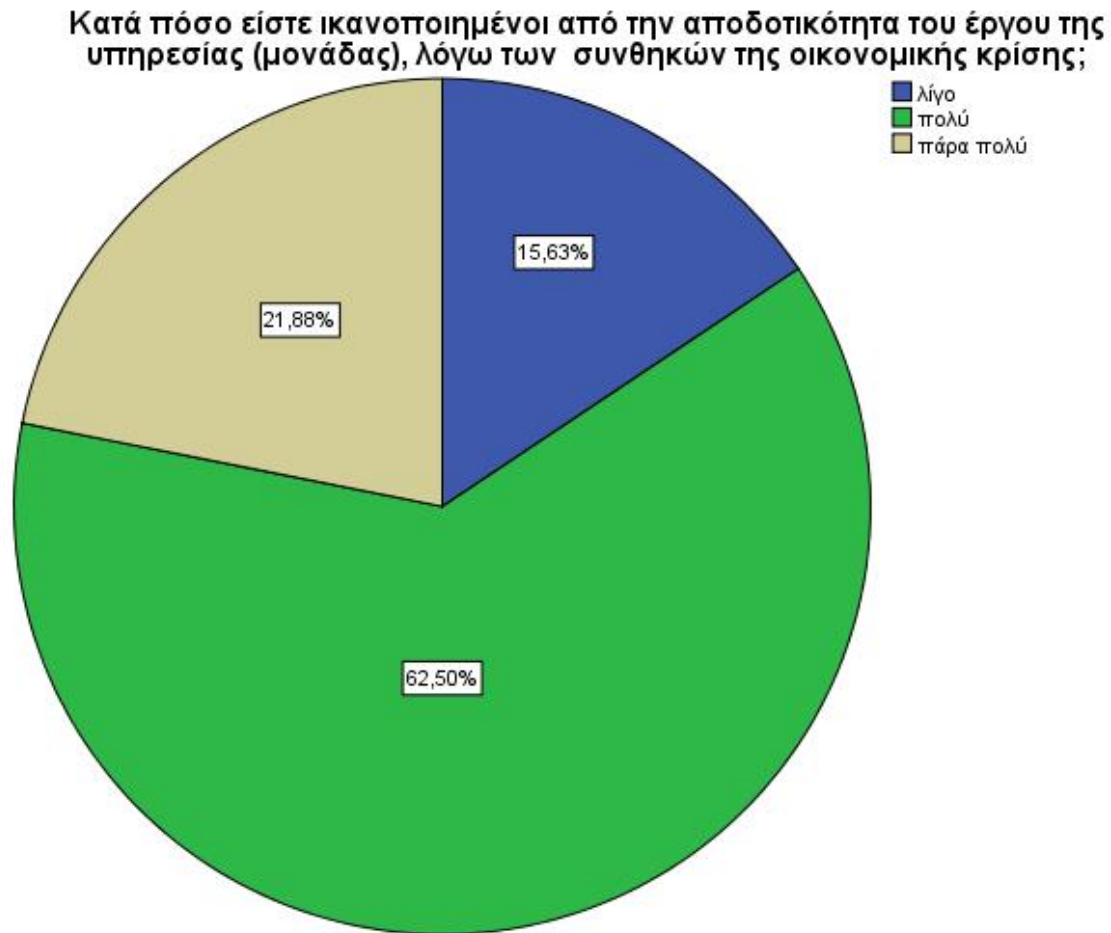
- Το 33,3% (N=1) επέλεξε την πρόληψη της υποτροπής ως 2^ο τομέα.
- Το 33,3% (N=1) επέλεξε την πρόληψη της υποτροπής ως 3^ο τομέα.
- Το 33,3% (N=1) επέλεξε την πρόληψη της υποτροπής ως 5^ο τομέα

Γραφική Παράσταση 18 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείων αναφορικά με το βαθμό που είναι ικανοποιημένοι οι εργαζόμενοι από την αποδοτικότητα του προσωπικού τους έργου.



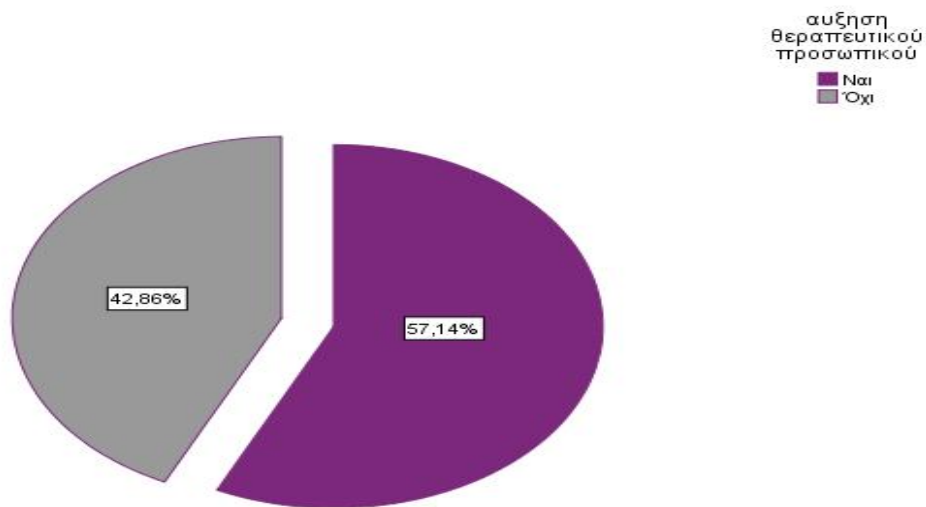
- Το 84,4% (N=27) νιώθει ΠΟΛΥ ικανοποιημένο από την αποδοτικότητα του προσωπικού του έργου.
- Το 9,4% (N=3) νιώθει ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ικανοποιημένο.
- Το 6,3% (N=2) νιώθει ΛΙΓΟ ικανοποιημένο.

Γραφική Παράσταση 19 : Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με το κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του έργου της μονάδας.



- Το 62,5% (N=20) είναι ΠΟΛΥ ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του έργου της υπηρεσίας.
- Το 21,9% (N=7) είναι ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ικανοποιημένοι.
- Το 15,6% (N=5) είναι ΛΙΓΟ ικανοποιημένοι.

Γραφική Παράσταση 20.1: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με την αύξηση θεραπευτικού προσωπικού ως πρόταση για την καλύτερη λειτουργία της μονάδας και τη μέγιστη αποδοτικότητα του έργου τους.



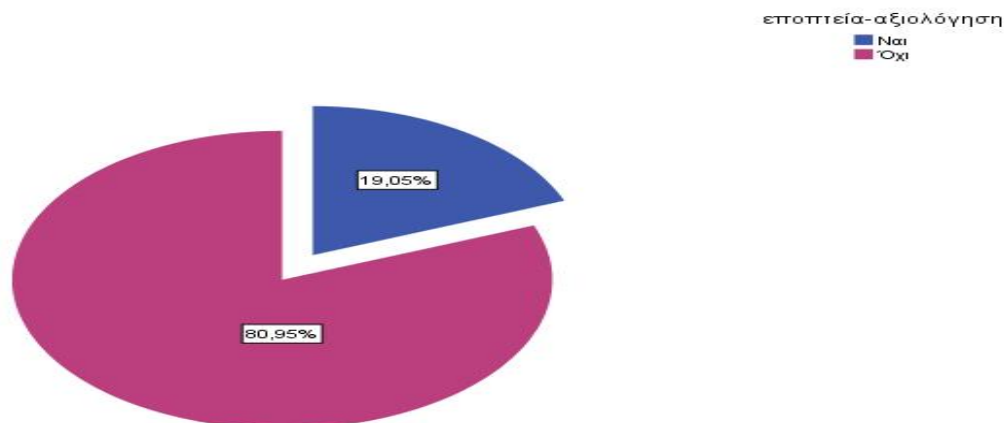
- Το 57,1% (N=12) πρότειναν την αύξηση του θεραπευτικού προσωπικού προσωπικού.

Γραφική Παράσταση 20.2: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με την επιπλέον χρηματοδότηση.



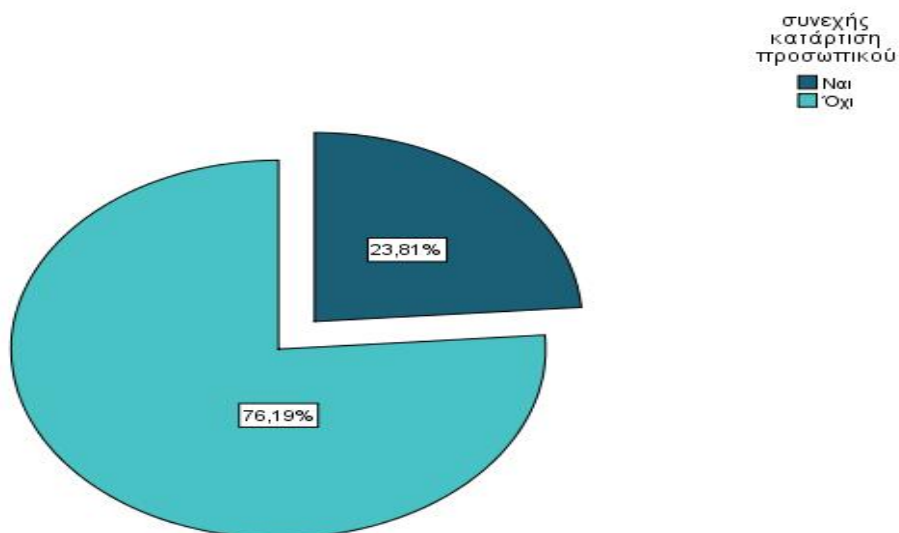
- Το 52,4% (N=11) πρότειναν την επιπλέον χρηματοδότηση.

Γραφική Παράσταση 20.3: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με την εποπτεία-αξιολόγηση.



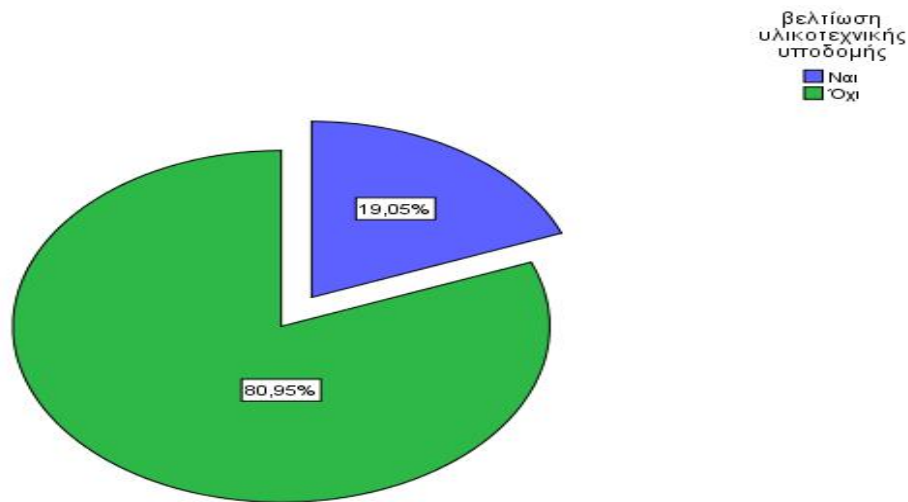
- Το 19% (N=4) πρότειναν την εποπτεία-αξιολόγηση.

Γραφική Παράσταση 20.4: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τη συνεχή κατάρτιση προσωπικού.



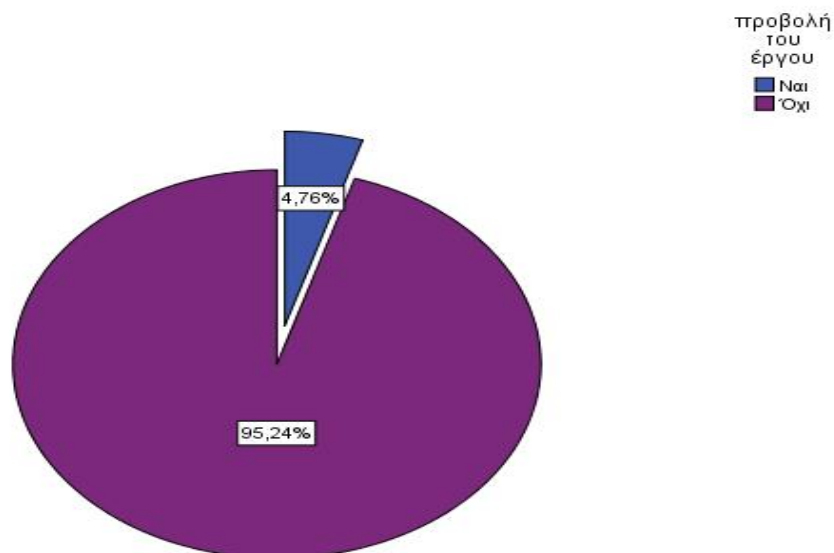
- Το 23,8% (N=5) πρότειναν τη συνεχή κατάρτιση προσωπικού.

Γραφική Παράσταση 20.5: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τη βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής των θεραπευτικών μονάδων.



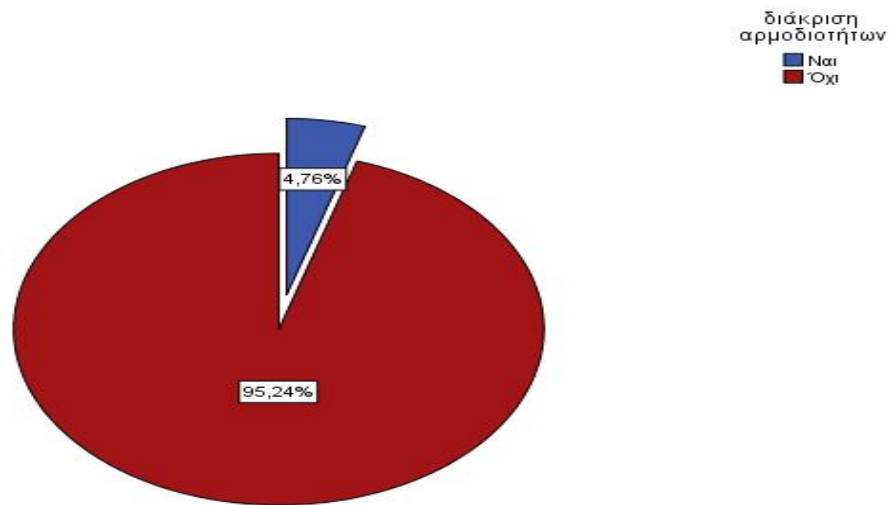
- Το 19% (N=4) πρότειναν τη βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής.

Γραφική Παράσταση 20.6: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τη προβολή του έργου της μονάδας.



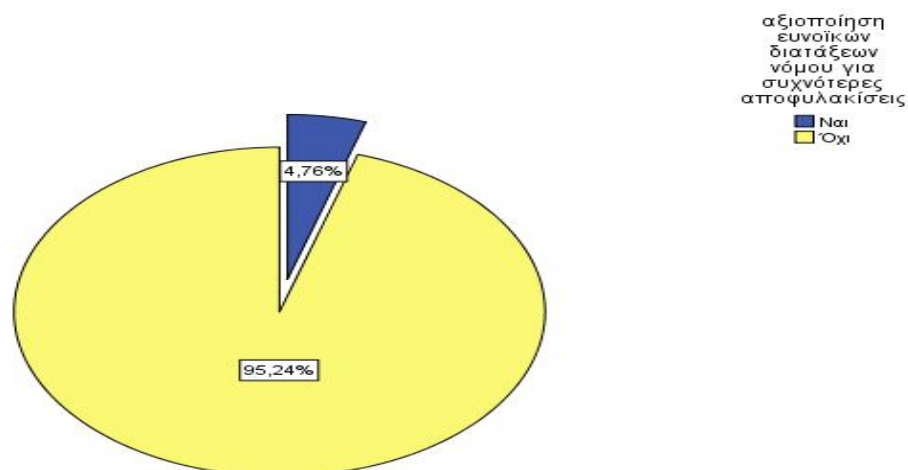
- Το 4,8% (N=1) πρότειναν τη προβολή του έργου της μονάδας.

Γραφική Παράσταση 20.7: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείων αναφορικά με τη διάκριση των αρμοδιοτήτων.



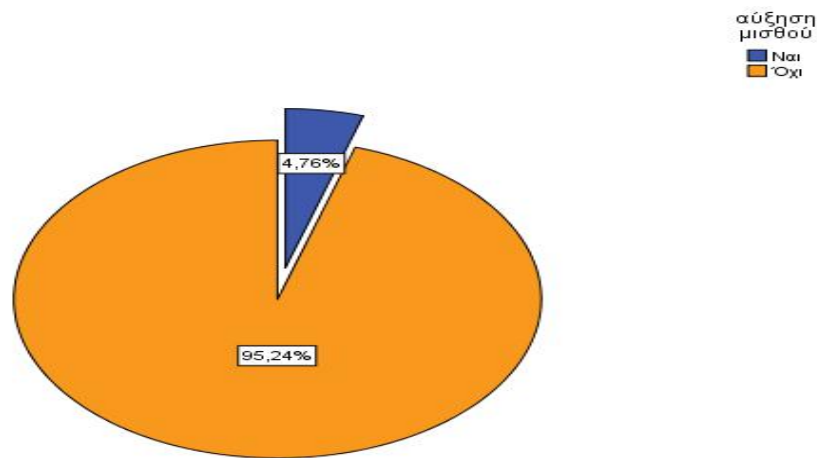
- Το 4,8% (N=1) πρότειναν τη προβολή του έργου της μονάδας.

Γραφική Παράσταση 20.8: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείων αναφορικά με την αξιοποίηση ευνοϊκών διατάξεων νόμου για συχνότερες αποφυλακίσεις.



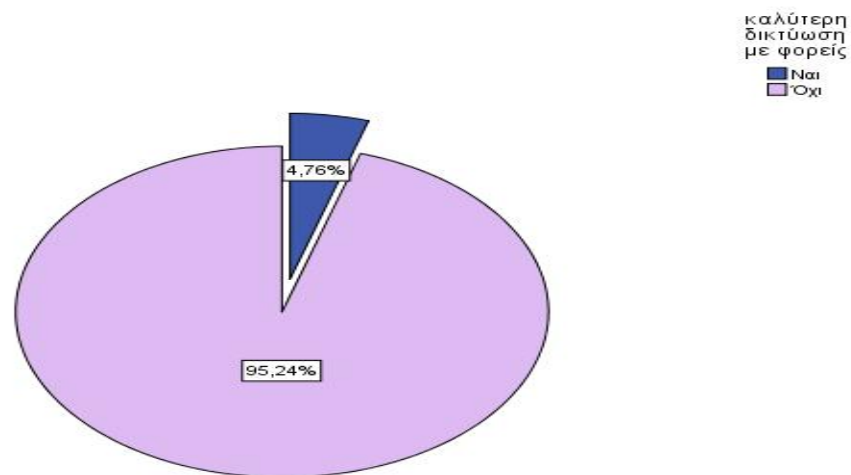
- Το 4,8% (N=1) πρότειναν την αξιοποίηση ευνοϊκών διατάξεων νόμου για συχνότερες αποφυλακίσεις.

Γραφική Παράσταση 20.9: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με την αύξηση μισθού.



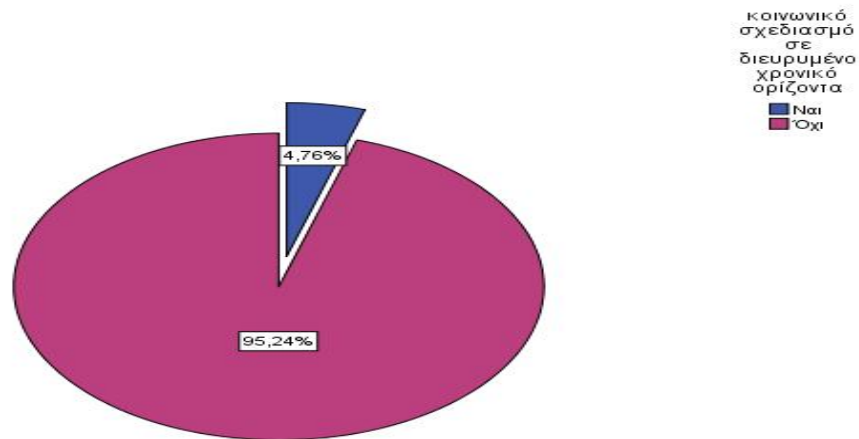
- Το 4,8% (N=1) πρότειναν την αύξηση μισθού.

Γραφική Παράσταση 20.10: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με την καλύτερη δικτύωση με φορείς.



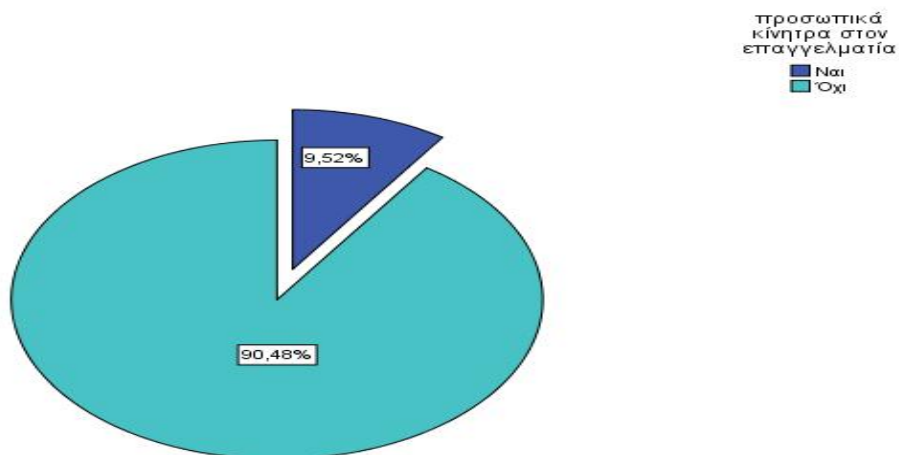
- Το 4,8% (N=1) πρότειναν την καλύτερη δικτύωση με φορείς.

Γραφική Παράσταση 20.11: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με τον κοινωνικό σχεδιασμό σε διευρυμένο χρονικό ορίζοντα.



- Το 4,8% (N=1) πρότειναν τον κοινωνικό σχεδιασμό σε διευρυμένο χρονικό ορίζοντα.

Γραφική Παράσταση 20.12: Κατανομή απαντήσεων των 32 ερωτηθέντων/ θείσων αναφορικά με την πρόταση των επαγγελματιών για προσωπικά κίνητρα στον επαγγελματία.



- Το 9,5% (N=2) πρότειναν τα προσωπικά κίνητρα στον επαγγελματία.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ερευνητική μας μελέτη αποσκοπούσε στη διερεύνηση του τρόπου και των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου. Έλαβε χώρα στο Νομό Αττικής (Αθήνα), στο Νομό Αχαΐας (Πάτρα) και στο Νομό Μαγνησίας (Βόλο). Η ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕ.ΘΕ.Α και του Ο.ΚΑ.ΝΑ και ως πληθυσμός-δείγμα ορίστηκαν οι επαγγελματίες θεραπευτές των μονάδων απεξάρτησης.

Αρχικά, στην έρευνα συμμετείχαν 21 γυναίκες (65,6 %) ενώ το υπόλοιπο 34,4% που συμμετείχε στην έρευνα ποσοστό που αναλογεί σε 11 ερωτηθέντες ήταν άντρες (Γραφική παράσταση 1, σελ. 65).

Επιπλέον, το 46,9 % ,15 ερωτηθέντες του δείγματος δηλαδή, ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία των 40 ετών και άνω. Οι 14 ερωτηθέντες (43,8%) ήταν ηλικίας 36-40 ετών. Τέλος, οι 3 ερωτώμενοι του δείγματος ποσοστό 9,4% ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία των 30-35 ετών. Στις ηλικιακές κατηγορίες των 18-23 ετών, 24-29 ετών δεν άνηκε κανείς από τους ερωτηθέντες (Γραφική παράσταση 2, σελ. 66).

Οι 10 συμμετέχοντες (31,3%) εργάζονται στο ΚΕ.ΘΕ.Α Παρέμβαση, οι 8 (25%) στον Ο.ΚΑ.ΝΑ Ατραπός ενώ 6 από αυτούς (18,8%) στον Ο.ΚΑ.ΝΑ Γέφυρα. Από το ΚΕ.ΘΕ.Α Πιλότος και το ΚΕ.ΘΕ.Α Εν Δράσει συμμετείχαν 3 θεραπευτές ποσοστό που αναλογεί σε 9,4% ενώ από το ΚΕ.ΘΕ.Α Οξυγόνο συμμετείχαν 2 (6,3%) (Γραφική παράσταση 3, σελ.67).

Στην ερώτηση πόσα χρόνια εργάζεστε στο συγκεκριμένο φορέα το 46,9% που αντιστοιχεί σε 15 άτομα απάντησε ότι εργάζονται 11-15 έτη στο φορέα ενώ το 28,1%, 9 άτομα δηλαδή, εργάζονται 16 έτη και άνω, το 21,9% ποσοστό που αναλογεί σε 7 εργαζόμενους απασχολούνται 6-10 χρόνια στο φορέα και 1 άτομο απάντησε 'ότι εργάζεται 1-5 έτη στο φορέα. Η απάντηση « < 1» δεν επιλέχθηκε από κανένα συμμετέχοντα (Γραφική παράσταση 4, σελ.68).

Ακολούθως, το 50%, 16 ερωτηθέντες, είναι ψυχολόγοι, οι 6 (18,8%) είναι ψυχοθεραπευτές ενώ οι ειδικότητες των κοινωνικών λειτουργών και των ειδικών θεραπειών- αποφοίτων των προγραμμάτων επιλέχθηκαν από 3 άτομα το καθένα ποσοστό που αναλογεί σε 9,4%. Τέλος, ποσοστό 3,1% , 1 ερωτηθέντας δηλαδή, εργάζονται ως ψυχίατροι, το άλλο 3,1% ως σύμβουλοι εξαρτήσεων και το τελευταίο 3,1% ως υπεύθυνοι εκπαίδευσης και έρευνας (Γραφική παράσταση 5, σελ.69).

Η έκτη ερώτηση διερευνούσε τους τομείς στους οποίους δραστηριοποιούνται οι θεραπευτές. Με την ενημέρωση ασχολείται το 59,4 % (19 θεραπευτές) ενώ οι 13 (40,6%) δεν απασχολούνται με την ενημέρωση (Γραφική παράσταση 6.1, σελ.70). Το 87,5 % (N=28 ερωτηθέντες) δραστηριοποιούνται στον τομέα της συμβουλευτικής ενώ το 12,5% (N=4) δεν ασχολούνται με τη συμβουλευτική (Γραφική παράσταση 6.2, σελ.70). Συνεχίζοντας, 24 ερωτηθέντες (75%) απάντησαν ότι ένας από τους τομείς εργασίας τους είναι η ατομική ψυχοθεραπεία ενώ το 25% (N=8 ερωτηθέντες) δεν απασχολούνται στον τομέα της ατομικής ψυχοθεραπείας (Γραφική παράσταση 6.3, σελ.71). Με την ομαδική ψυχοθεραπεία ασχολείται το 84,4% (N=27) ενώ το 15,6% (N=5) δεν ασχολείται (Γραφική παράσταση 6.4, σελ.71). Οι μισοί από τους ερωτηθέντες, 16 θεραπευτές δηλαδή που αναλογεί σε ποσοστό 50% απασχολούνται στην οικογενειακή ψυχοθεραπεία ενώ το υπόλοιπο 50% (N=16) όχι (Γραφική παράσταση 6.5, σελ.72). Τα ίδια ακριβώς ποσοστά παρουσιάζονται και στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης (Γραφική παράσταση 6.6, σελ.72). Όσον αφορά την πρόληψη

παρατηρείται ότι μόνο το 18,8% (N= 6) απάντησε θετικά σε σύγκριση με το 81,3% , 26 συμμετέχοντες δηλαδή, που δεν δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόληψης (Γραφική παράσταση 6.7, σελ.73). Εν συνεχεία, τις ίδιες απαντήσεις με την πρόληψη παρατηρούμε και στον τομέα της εκπαίδευσης (Γραφική παράσταση 6.8, σελ.73). Η έρευνα αποτελεί τομέα δραστηριοποίησης για 3 από τους συμμετέχοντες ποσοστό που αναλογεί σε 9,4%, ενώ το εναπομείναν 90,6% (N= 29) δεν ασχολούνται με την έρευνα (Γραφική παράσταση 6.9, σελ.74). Το street working απασχολεί τους 10 από τους 32 ερωτηθέντες (31,3%) συγκριτικά με τους υπόλοιπους 22 (68,8%) όπου το street working δεν αποτελεί έναν από τους τομείς εργασίας τους (Γραφική παράσταση 6.10, σελ.74). Τέλος, μόνο το 9,4 % που αναλογεί σε 3 θεραπευτές απάντησαν ότι δραστηριοποιούνται στην πρόληψη της υποτροπής. Οι 29 από τους ερωτηθέντες (90,6%) δεν δραστηριοποιούνται στην πρόληψη της υποτροπής (Γραφική παράσταση 6.11, σελ.75).

Από την ερώτηση 7 προκύπτει ότι το 53,5% των επαγγελματιών στις υπηρεσίες αποτελείται από επαγγελματίες ψυχολόγους . Οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν το 18,3% των υπηρεσιών. Οι ειδικοί θεραπευτές, οι απόφοιτοι θεραπευτικών προγραμμάτων δηλαδή, αγγίζουν μόλις το 10%. Από την άλλη οι ψυχοθεραπευτές αποτελούν το 8% και οι κοινωνιολόγοι είναι 4,2%. Επιπλέον, οι ψυχίατροι, οι εμψυχωτές και το ερευνητικό προσωπικό από τις απαντήσεις που δόθηκαν δείχνουν να φτάνουν μόλις το 2% των υπηρεσιών (Γραφική παράσταση 7, σελ.75).

Από την ερώτηση σε ποιους τομείς απασχολείται ο φορέας (μονάδα), παρατηρείται ότι από τους 32 συμμετέχοντες, οι 25 ποσοστό που αναλογεί σε 78,1% απάντησαν πως ο φορέας στον οποίο εργάζονται δραστηριοποιείται στον τομέα της ενημέρωσης, ενώ το 21,9% (N=7) υποστηρίζει ότι δεν δραστηριοποιείται ο φορέας που εργάζονται στον τομέα της ενημέρωσης (Γραφική παράσταση 8.1, σελ.76). Στον τομέα της συμβουλευτικής, απάντησαν οι 31 ερωτηθέντες (96,9%) πως η υπηρεσία στην οποία εργάζονται, δραστηριοποιείται, ενώ μόλις 1 ερωτώμενος (3,1%) ότι δεν δραστηριοποιείται σε αυτόν τον τομέα (Γραφική παράσταση 8.2, σελ.77). Στον τομέα της ατομικής ψυχοθεραπείας, οι 27 συμμετέχοντες (84,4%) απάντησαν ότι δραστηριοποιείται ο φορέας στον τομέα αυτόν εν αντιθέσει τους άλλους 5 συμμετέχοντες (15,6%), οι οποίοι απάντησαν ότι δεν δραστηριοποιείται στην ατομική ψυχοθεραπεία (Γραφική παράσταση 8.3, σελ.78). Στην ομαδική ψυχοθεραπεία, υποστηρίζουν οι 31 ερωτηθέντες (96,9%) ότι δραστηριοποιείται ο φορέας τους, ενώ το 3,1% (N=1) ότι δεν δραστηριοποιείται στον τομέα αυτόν (Γραφική παράσταση 8.4, σελ.79). Το 68,8% (N=22) των συμμετεχόντων αναφέρει ότι δραστηριοποιείται στον τομέα της οικογενειακής ψυχοθεραπείας, ενώ το 31,3% (N=10) των ερωτηθέντων, ότι δεν δραστηριοποιείται (Γραφική παράσταση 8.5, σελ.80). Στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης, απάντησαν οι 25 (78,1%) συμμετέχοντες ότι ο φορέας που εργάζονται δραστηριοποιείται, ενώ οι 7 (21,9%) ότι δεν δραστηριοποιούνται σε αυτό τον τομέα (Γραφική παράσταση 8.6, σελ.81). Από τους 32 ερωτηθέντες, οι 15 (46,9%) υποστηρίζει ότι δραστηριοποιείται στον τομέα της πρόληψης, ενώ οι 17 (53,1%) ότι δεν δραστηριοποιείται ο φορέας τους στον τομέα αυτόν (Γραφική παράσταση 8.7, σελ.82). Στον τομέα της εκπαίδευσης, απάντησαν οι 17 (53,1%) συμμετέχοντες ότι οι υπηρεσίες που εργάζονται, δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτόν, ενώ οι άλλοι 15 (46,9%) ότι δεν δραστηριοποιούνται (Γραφική παράσταση 8.8, σελ.83). Ακόμη, οι 12 (37,5%) ερωτηθέντες υποστήριξαν ότι οι υπηρεσίες, στις οποίες εργάζονται απασχολούνται με τον τομέα της έρευνας, ενώ οι υπόλοιποι 20 ερωτηθέντες (62,5%) ότι δεν δραστηριοποιούνται με αυτόν τον τομέα στις υπηρεσίες τους (Γραφική παράσταση 8.9, σελ.84). Επίσης, οι 17 (53,1%) συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι οι μονάδες δραστηριοποιούνται στον τομέα του street working, ενώ οι 15 (46,9%) ερωτηθέντες αναφέρουν ότι δεν δραστηριοποιούνται στον συγκεκριμένο τομέα ((Γραφική παράσταση 8.10, σελ.85). Τέλος, όσον αφορά τον τομέα της πρόληψης της

υποτροπής, οι 28 (87,5%) ερωτηθέντες αναφέρουν ότι δεν δραστηριοποιούνται οι δομές, στις οποίες εργάζονται με τον τομέα αυτόν, ενώ οι 4 (12,5%) συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι δραστηριοποιείται η υπηρεσία στην οποία εργάζονται με τον τομέα της πρόληψης της υποτροπής (Γραφική παράσταση 8.11, σελ.86).

Επιπλέον, στο ερώτημα αναφορικά με τον αριθμό των χρηστών που μπορούν να εξυπηρετηθούν στα θεραπευτικά προγράμματα, οι 12 (37,5%) ερωτηθέντες απάντησαν ότι μπορούν να εξυπηρετηθούν από 31 – 50 άτομα, οι 8 ερωτηθέντες (25%) ότι μπορούν να εξυπηρετηθούν 51 – 80 χρήστες, οι 4 (12,5%) από τους συμμετέχοντες μας απάντησαν ότι μπορούν να εξυπηρετηθούν από 81 – 110 άτομα και οι 3 (9,4%) ότι μπορούν να εξυπηρετηθούν από 111 – 140 άτομα, ενώ μόλις το 15,6% (N=5) επέλεξε την απάντηση δεν γνωρίζω δεν απαντώ (Γραφική παράσταση 9, σελ.87).

Αναφορικά με τον αριθμό των χρηστών που εξυπηρετούνται την δεδομένη στιγμή στα θεραπευτικά προγράμματα, οι 16 (50%) συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι εξυπηρετούνται αυτή τη στιγμή 31 – 60 χρήστες, οι 8 (25%) από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εξυπηρετούνται 10 – 30 χρήστες και 2 (6,3%) υποστήριξε ότι μπορούν να εξυπηρετηθούν από 91 – 110 χρήστες. Ακόμη 3 (9,4%) συμμετέχοντες αναφέρουν ότι μπορούν να εξυπηρετηθούν 61 – 90 χρήστες και άλλοι 3 (9,4%) ερωτηθέντες ότι μπορούν να εξυπηρετηθούν 111 – 130 χρήστες στα θεραπευτικά προγράμματα (Γραφική παράσταση 10, σελ.88).

Στο ερώτημα, ποιά είναι η ηλικία των χρηστών που εξυπηρετούνται στα θεραπευτικά προγράμματα, οι απαντήσεις ήταν οι εξής : οι 12 (37,5%) μας απαντούν ότι οι χρήστες που εξυπηρετούνται στα Θ.Π. είναι ηλικίας από 31 έως 35 ετών, οι 6 (18,8%) συμμετέχοντες μας αναφέρουν ότι οι χρήστες είναι ηλικίας 36 έως 40 ετών ενώ 5 (15,6%) ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι τα άτομα που εξυπηρετούνται είναι ηλικίας από 16 έως 20 ετών. Επιπλέον, το 12,5 % (N=4) υποστηρίζει ότι εξυπηρετούνται άτομα ηλικίας από 21 έως 35 ετών και οι άλλοι 4 (12,5%) ερωτηθέντες μας απάντησαν ότι εξυπηρετούνται άτομα ηλικίας από 26 έως 30 ετών. Τέλος, το 3,1% (N=1) υποστηρίζει ότι τα άτομα που εξυπηρετούνται στα θεραπευτικά προγράμματα είναι ηλικίας κάτω των 15 ετών (Γραφική παράσταση 11, σελ.89).

Αναφορικά με την συνηθέστερη κύρια ουσία χρήσης που πραγματοποιούν οι χρήστες όταν προσεγγίζουν τα θεραπευτικά προγράμματα, οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν οι εξής : οι 25 (78,1%) από τους συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι οι χρήστες που τους προσεγγίζουν κάνουν ηρωίνη, ενώ οι άλλοι 7 (21,9%) συμμετέχοντες ότι οι χρήστες όταν τους προσεγγίζουν κάνουν χασίς. Οι απαντήσεις, οι οποίες δεν επιλέχθηκαν καθόλου, ήταν το αλκοόλ, η κοκαΐνη, η ecstasy, τα εισπνεόμενα (π.χ. βενζίνη κ.α.) και άλλου είδους χάρπια (Γραφική παράσταση 12, σελ.90).

Σύμφωνα με την προσωπική τους εκτίμηση και εμπειρία, το 50% (N=16) των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η διάρκεια χρήσης ουσιών σχετίζεται ΠΟΛΥ με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας των χρηστών, το 25% (N=8) θεωρεί ότι σχετίζεται ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ η διάρκεια χρήσης ουσιών με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας των χρηστών, το 21,9% (N=7) θεωρεί ότι σχετίζεται ΛΙΓΟ, ενώ το 3,1% (N=1) των συμμετεχόντων, θεωρεί ότι σχετίζεται ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ η διάρκεια χρήσης ουσιών με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας των χρηστών ενώ την απάντηση ΚΑΘΟΛΟΥ δεν την επέλεξε κανένας συμμετέχων (Γραφική παράσταση 13, σελ.91).

Επιπροσθέτως, όταν ρωτήθηκαν οι συμμετέχοντες σε ποιο βαθμό θεωρούν ότι οι κρατικές χρηματοδοτήσεις αρκούν για την κάλυψη των αναγκών και την εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας, το 50% (N=16) των συμμετεχόντων θεωρεί ότι καλύπτονται ΛΙΓΟ από τις κρατικές χρηματοδοτήσεις, το 21,9% (7) από τους ερωτηθέντες θεωρούν ότι αρκούν ΠΟΛΥ

οι κρατικές χρηματοδοτήσεις για την κάλυψη των αναγκών και την εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας, ενώ παράλληλα το 21,9% (7) των συμμετεχόντων θεωρεί ότι καλύπτονται ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ από τις χρηματοδοτήσεις του κράτους. Τέλος, το 3,1% (N=1) θεωρεί ότι οι κρατικές χρηματοδοτήσεις αρκούν ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ για την κάλυψη των αναγκών και την εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας ενώ παράλληλα το 3,1% (N=1) θεωρεί ότι οι χρηματοδοτήσεις του κράτους δεν επαρκούν ΚΑΘΟΛΟΥ την κάλυψη των αναγκών και την εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας (Γραφική παράσταση 14, σελ.92).

Σύμφωνα με την ερώτηση, στην οποία τους ζητάμε να μας απαντήσουν σε ποιο βαθμό κρίνουν ότι το εργατικό δυναμικό της υπηρεσίας που εργάζονται, συγκριτικά με τον αριθμό των χρηστών είναι επαρκές, οι απαντήσεις και σε αυτό το ερώτημα ποικίλουν. Συγκεκριμένα, οι 14 από τους 32 ερωτηθέντες κρίνουν ότι είναι ΛΙΓΟ επαρκές το εργατικό δυναμικό συγκριτικά με τις ανάγκες και τον αριθμό των χρηστών, οι 9 (28,1%) συμμετέχοντες θεωρούν ότι είναι ΠΟΛΥ επαρκές το εργατικό δυναμικό, οι 6 (18,8%) ερωτηθέντες κρίνουν ότι είναι ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ το εργατικό δυναμικό, ενώ οι 3 (9,4%) θεωρεί ότι δεν είναι ΚΑΘΟΛΟΥ επαρκές το εργατικό δυναμικό συγκριτικά με τον αριθμό των χρηστών ενώ κανένας δεν απάντησε ότι το εργατικό δυναμικό είναι ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ επαρκές (Γραφική παράσταση 15, σελ.93).

Αναφορικά με το αν επηρεάζει την αποτελεσματικότητα του έργου τους το μέγεθος της πόλης και ο αριθμός των χρηστών, οι 11 (34,4%) μας απάντησαν ότι το μέγεθος της πόλης επηρεάζει ΛΙΓΟ την αποτελεσματικότητα του έργου τους. Οι 8 (25%) συμμετέχοντες θεωρούν ότι το μέγεθος της πόλης επηρεάζει ΠΟΛΥ την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, οι άλλοι 8 (25%) ερωτηθέντες εκτιμούν ότι δεν επηρεάζεται ΚΑΘΟΛΟΥ από το μέγεθος της πόλης η αποτελεσματικότητα του έργου τους, ενώ μόλις οι 5 (15,6%) συμμετέχοντες θεωρούν ότι η αποτελεσματικότητα του έργου τους επηρεάζεται ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ από το μέγεθος της πόλης και τον αριθμό των χρηστών ενώ κανένας δεν επέλεξε τη μεταβλητή ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ (Γραφική παράσταση 16, σελ.94).

Η ερώτηση 17 ζητούσε από τους ερωτηθέντες να κατατάξουν με φθίνουσα σειρά τους τομείς ενασχόλησης τους στις θεραπευτικές μονάδες. Οι απαντήσεις έχουν ως εξής: Το 21,9% (N=7) των ερωτηθέντων επέλεξε τη συμβουλευτική ως 1^ο τομέα δραστηριοποίησης, το 40,6% (N=13) ως 2^ο, 10 από τους ερωτηθέντες (31,3%) την κατέταξαν ως 3^ο τομέα, ενώ 1 (3,1%) ως 4^ο και άλλος 1 (3,1%) συμμετέχοντας τον επέλεξε ως 5^ο τομέα (Γραφική παράσταση 17.1, σελ.95). Όσον αφορά τον τομέα εμπύχωσης και ευαισθητοποίησης το 3,1% (N=1) την επέλεξε ως 1^ο τομέα, το 21,9% (N=7) επέλεξε την εμπύχωση και ευαισθητοποίηση ως 2^ο τομέα, το 28,1% (N=9) επέλεξε τον τομέα αυτό ως 3^ο, το 31,3% (N=10) επέλεξε την εμπύχωση και ευαισθητοποίηση ως 4^ο τομέα ενώ το 15,6% (N=5) κατέταξε τον τομέα ως 5^ο τομέα (Γραφική παράσταση 17.2, σελ.96). Όσον αφορά τον τομέα της ψυχολογικής ανεξάρτησης, το 65,6% (N=21) επέλεξε τη ψυχολογική ανεξάρτηση ως 1^ο τομέα, το 15,6% (N=5) ως 2^ο τομέα, το 9,4% (N=3) επέλεξε τη ψυχολογική ανεξάρτηση ως 3^ο τομέα και το 9,4% (N=3) την επέλεξε ως 4^ο τομέα. Ακόμη, δεν επιλέχθηκε ως 5^ος τομέας από κανέναν (Γραφική παράσταση 17.3, σελ.97). Ακόμη, όταν τους ρωτήθηκε να κατατάξουν με βαθμό προτεραιότητας τον τομέα της κοινωνικής επανένταξης το 9,4% (N=3) επέλεξε την κοινωνική επανένταξη ως 1^ο τομέα, το 15,6% (N=5) επέλεξε ως 2^ο τομέα, το 21,9% (N=7) επέλεξε την κοινωνική επανένταξη ως 3^ο τομέα, το 37,5% (N=12) ως 4^ο τομέα και το 15,6% (N=5) την επέλεξε ως 5^ο τομέα (Γραφική παράσταση 17.4, σελ.98). Επιπλέον, όταν τους ζητήθηκε να κατατάξουν με σειρά προτεραιότητας τον τομέα της πρόληψης και ενημέρωσης, το 3,1% (N=1) επέλεξε την πρόληψη και ενημέρωση ως 1^ο τομέα, το 3,1% (N=1) την επέλεξε ως 2^ο τομέα, το 6,3% (N=2) επέλεξε την πρόληψη και ενημέρωση ως 3^ο τομέα το 15,6% (N=5) την επέλεξε ως 4^ο τομέα και το 65,6% (N=21) επέλεξε την πρόληψη και

ενημέρωση ως 5^ο τομέα (Γραφική παράσταση 17.5, σελ.99). Τέλος, όταν ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να κατατάξουν με φθίνουσα σειρά τον τομέα της πρόληψης της υποτροπής, το 33,3% (N=1) επέλεξε ως 2^ο τομέα, το 33,3% (N=1) επέλεξε την πρόληψη της υποτροπής ως 3^ο τομέα και το 33,3% (N=1) επέλεξε την πρόληψη της υποτροπής ως 5^ο τομέα. Ο συγκεκριμένος τομέας πρόληψη της υποτροπής δεν επιλέχθηκε από κανέναν ερωτηθέντα ως 1^{ος} και ως 4^{ος} τομέας (Γραφική παράσταση 17.6, σελ.100).

Όταν ρωτήθηκαν για τον βαθμό, στον οποίο νιώθουν ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του προσωπικού τους έργου, οι 27 (84,4%) ερωτηθέντες απάντησαν ότι νιώθουν ΠΟΛΥ ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του προσωπικού τους έργου, οι 3 (9,4%) συμμετέχοντες νιώθουν ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ικανοποιημένοι από το προσωπικό του έργου, ενώ μόλις 2 (6,3%) από τους συμμετέχοντες απάντησαν ότι νιώθει ΛΙΓΟ ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του προσωπικού τους έργου αφήνοντας τις επιλογές ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ και ΚΑΘΟΛΟΥ αναπάντητες (Γραφική παράσταση 18, σελ.101).

Επιπλέον, όταν ρωτήθηκαν για τον βαθμό, στον οποίο νιώθουν ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του έργου της μονάδας, οι 20 (62,5%) συμμετέχοντες είναι ΠΟΛΥ ικανοποιημένοι, οι 7 (21,9%) ερωτηθέντες είναι ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ ικανοποιημένοι, ενώ μόλις οι 5 (15,6%) από τους 32 συμμετέχοντες νιώθουν ΛΙΓΟ ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του έργου της υπηρεσίας. Κανείς από τους 32 δεν επέλεξε τις απαντήσεις ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ και ΚΑΘΟΛΟΥ (Γραφική παράσταση 19, σελ.102).

Στο τέλος του ερωτηματολογίου μας, ζητάμε από τους ερωτηθέντες να μας καταγράψουν τις δικές τους προσωπικές προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία της μονάδας και την μέγιστη αποδοτικότητα του έργου τους, οι απαντήσεις που μας έδωσαν είναι οι εξής :

- i. Αύξηση του θεραπευτικού προσωπικού απάντησε το 57,1% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.1).
- ii. Επιπλέον χρηματοδότηση από το Κράτος, το 52,4% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.2).
- iii. Εποπτεία & αξιολόγηση πρότεινε το 19% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.3).
- iv. Συνεχή κατάρτιση του θεραπευτικού προσωπικού επισήμανε το 23,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.4).
- v. Βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής των θεραπευτικών μονάδων, το 19% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.5).
- vi. Προβολή του θεραπευτικού έργου της υπηρεσίας, πρότεινε το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.6).
- vii. Διάκριση αρμοδιοτήτων, το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.7).
- viii. Να αξιοποιηθούν ευνοϊκές διατάξεις νόμου για συχνότερες αποφυλακίσεις των χρηστών, πρότεινε το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.8).
- ix. Η αύξηση μισθού αγγίζει το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.9).
- x. Καλύτερη δικτύωση με άλλους κοινωνικούς φορείς, προτείνει το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.10).
- xi. Κοινωνικό σχεδιασμό σε διευρυμένο χρονικό ορίζοντα, προτείνει το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.11).
- xii. Τέλος, να δίνονται περισσότερα προσωπικά κίνητρα στους επαγγελματίες, προτείνει το 9,5% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.12).

Πρώτο ερευνητικό μας ερώτημα αποτελούσε το κατά πόσο σχετίζεται η διάρκεια χρήσης ουσιών με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας το οποίο απαντήθηκε (το 50% (N=16) θεωρούν ότι σχετίζεται ΠΟΛΥ η διάρκεια χρήσης ουσιών με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, το 25% (N=8) θεωρούν ότι σχετίζεται ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ, το 21,9% (N=7) θεωρούν ότι σχετίζεται ΛΙΓΟ, το 3,1% (N=1) θεωρούν ότι σχετίζεται ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ. Δεύτερο

ερευνητικό ερώτημα ήταν πόσα άτομα μπορεί να εξυπηρετήσει η κάθε μονάδα θεραπείας, που επίσης απαντήθηκε (το 37,5% (N=12) υποστηρίζουν ότι μπορούν να εξυπηρετηθούν από 31 – 50 άτομα, το 25% (N=8) από 51 – 80 άτομα, το 12,5% (N=4) από 81 – 110 άτομα, το 9,4% (N=3) από 111 – 140 άτομα) ενώ το 15,6% (N=5) δεν γνωρίζει δεν απαντά. Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα διερευνούσε ποιος είναι ο αριθμός των χρηστών τη συγκεκριμένη περίοδο το οποίο απαντήθηκε επιτυχώς (το 25% (N=8) απάντησε ότι αυτή τη στιγμή εξυπηρετούνται από τη μονάδα όπου εργάζονται 10-30 χρήστες, το 50% (N=16) απάντησε 31-60 χρήστες, το 9,4% (N=3) υποστήριξε ότι προσφέρει υπηρεσίες ανεξάρτησης σε 61-90 χρήστες, το 6,3% (N=2) σε 91-110 χρήστες, ενώ το άλλο 9,4% (N=3) σε 111-130 χρήστες. Επόμενο ήταν σε ποιους τομείς δραστηριοποιείται η κάθε θεραπευτική μονάδα ανεξάρτησης και απαντήθηκε (βλ. γραφικές παραστάσεις 8.1-8.11). Εν συνεχεία, τα δύο επόμενα ερευνητικά ερωτήματα ερευνούσαν από πόσους επαγγελματίες στελεχώνεται η κάθε μονάδα, και ποια είναι η ειδικότητα τους και απαντήθηκαν επιτυχώς. Το ακόλουθο διερευνούσε αν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι κρίνουν ότι το θεραπευτικό προσωπικό είναι ανάλογο με τον πληθυσμό των εξυπηρετούμενων όπου επιβεβαίωσε ότι είναι δυσανάλογο. Το επόμενο διερευνούσε αν το επιστημονικό προσωπικό κρίνει αποτελεσματικό και βοηθητικό το έργο που παρέχει σαν άτομο και απαντήθηκε και το ακόλουθο ερευνούσε κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από το έργο που προσφέρει η μονάδα στην οποία εργάζονται όπου επίσης απαντήθηκε επιτυχώς. Το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα αναζητούσε τι θα πρότειναν οι ίδιοι με σκοπό την καλύτερη λειτουργία της υπηρεσίας και την μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα της μονάδας το οποίο απαντήθηκε. Άρα καταλήγουμε πως όλα τα ερευνητικά μας ερωτήματα απαντήθηκαν επιτυχώς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ X: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ και ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπεράσματα

Κύριος σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι συνθήκες λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου στον Ελλαδικό χώρο. Για το λόγο αυτό, αρχικά η βιβλιογραφική μας ανασκόπηση στηρίχθηκε στο να μελετήσουμε το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης, ώστε να έχουμε μια ολιστική εικόνα του φαινομένου πριν πραγματοποιήσουμε την ερευνητική μας μελέτη. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση άπτεται του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, μελετώντας την επιδημιολογία του φαινομένου. Αν και τα ποσοστά χρήσης ουσιών στη χώρα μας είναι πολύ μικρότερα σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης, η ραγδαία άνοδος των ποσοστών αυτών μέσα σε λίγα χρόνια σε συνδυασμό με την κατακόρυφη μείωση του μέσου όρου ηλικίας έναρξης της χρήσης και κατάχρησης ουσιών αλλά και τη συνεχή εμφάνιση νέων συνθετικών ουσιών προκαλούν ιδιαίτερη ανησυχία. Δυσοίωνα είναι όμως και τα επιδημιολογικά στοιχεία που άπτονται της χρήσης αλκοόλ, καθώς παρατηρείται να γίνεται συχνή χρήση του ακόμα και από νεαρά άτομα ηλικίας κάτω των 15 ετών. Το αλκοόλ αποτελεί μια νόμιμη ουσία, αυτό όμως δεν την καθιστά λιγότερο εθιστική αλλά και επιβλαβή. Παρόλα αυτά, όσον αφορά την Ελλάδα τα μέτρα πρόληψης της χρήσης αλκοόλ αλλά και πώλησης αυτού σε ανήλικα άτομα είναι αρκετά ελαστικά. Σε συνδυασμό με την άγνοια του κινδύνου κάποιες φορές και την αδιαφορία που επιδεικνύουμε όλοι μας όσον αφορά την χρήση αλκοόλης από ανήλικους φτάσαμε στο σημείο να βλέπουμε τρομακτικά ποσοστά χρήσης αλκοόλ σε παιδιά και εφήβους. Οδηγηθήκαμε σε σημείο η κατανάλωση αλκοόλ από παιδιά να θεωρείται ακίνδυνη και αμελητέα. Να βλέπουμε τους ίδιους τους γονείς των παιδιών ή συγγενικά τους πρόσωπα να τα παροτρύνουν από πολύ μικρή ηλικία να δοκιμάσουν λίγο από το ποτό τους. Να επιτρέπεται σε ανήλικους σε χώρους εστίασης η κατανάλωση αλκοόλ χωρίς κανέναν έλεγχο. Να έχει εξελιχθεί η χρήση αλκοόλ σε ένα μέσο για να διασκεδάσει κάποιος, να γίνει μέρος της παρέας και να εντυπωσιάσει τους συνομήλικους του. Συμπερασματικά, εξίσου ανησυχητική με την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών είναι και η χρήση και κατάχρηση της αλκοόλης και ιδιαίτερα από παιδιά και εφήβους.

Έπειτα, σκιαγραφώντας το προφίλ του ουσιοεξαρτώμενου και του αλκοολικού ατόμου, εμβαθύνοντας στον ψυχικό τους κόσμο και τα συναισθήματα που βιώνουν καθώς και μελετώντας τη συμπεριφορά τους, γίνεται κατανοητή η πολυπαραγοντικότητα της ουσιοεξάρτησης.

Ερευνώντας τους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στην χρήση ουσιών διακρίνουμε αρχικά ένα βασικό διαχωρισμό μεταξύ των νευροβιολογικών παραγόντων και των ψυχοκοινωνικών. Πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί, και εξακολουθούν να πραγματοποιούνται, τόσο για τους γενετικούς- βιολογικούς παράγοντες όσο και για τους ψυχοκοινωνικούς καταλήγοντας στο συμπέρασμα πως ο συνδυασμός τους οδηγεί εν τέλει στην χρήση ουσιών και την εξάρτηση από αυτές. Οι γενετικοί- βιολογικοί παράγοντες μελετούν τον τρόπο που οι ουσίες δρουν στον κάθε οργανισμό, πως λειτουργούν διάφορες γενετικές ιδιομορφίες καθώς και ποιος είναι ο ρόλος της κληρονομικότητας προσπαθώντας να αποδείξουν την αιτιοπαθογένεια του φαινομένου. Εν αντιθέσει οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επικεντρώνονται σε ψυχολογικούς και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες, στην ιδιοσυγκρασία του χρήστη αλλά και στην οικογένεια του καθώς η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα, του οποίου ένα μέλος οδηγείται στην εξάρτηση, η οποία σηματοδοτεί το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον. Ακόμη, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες διερευνούν το ρόλο του

σχολείου και της κοινωνίας ως αιτιολογικούς παράγοντες της ουσιοεξάρτησης επιβεβαιώνοντας ψ τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα των εξαρτήσεων.

Συνεχίζοντας, μελετώντας τα θεραπευτικά μοντέλα απεξάρτησης και τις θεραπευτικές κοινότητες, καθώς και τη φιλοσοφία αυτών, αναδρομικά αρχικά και έπειτα εστιάζοντας κυρίως στις παροντικές τους μεθόδους, κατανοούμε ότι οι θεραπευτικές κοινότητες προσφέρουν ολιστικές υπηρεσίες στους ωφελούμενους τους και τις οικογένειες αυτών. Εστιάζοντας στους 3 βασικούς φορείς απεξάρτησης στη χώρα μας, το ΚΕ.ΘΕ.Α και το 18 ΑΝΩ που δραστηριοποιούνται αποκλειστικά στη «στεγνού τύπου» απεξάρτηση των ουσιοεξαρτώμενων, αλλά και τον Ο.ΚΑ.ΝΑ που λειτουργεί 8 προγράμματα στεγνού τύπου, που στοχεύουν στην απεξάρτηση των ατόμων μέσω της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αυτών και χωρίς τη χορήγηση υποκατάστατων συμπεραίνουμε ότι δουλεύοντας σε ένα ευρύ φάσμα και στοχεύοντας στην ψυχική αποκατάσταση και αναδόμηση του ατόμου, και όχι στη μείωση της βλάβης, καταφέρνουν να καλύψουν την πολυπαραγοντικότητα του φαινομένου. Τέλος, στο βιβλιογραφικό μέρος της εργασίας μας μελετήθηκε η ψυχική υγεία των εξαρτημένων ατόμων. Συγκεκριμένα έγινε μια αναφορά στον διαχωρισμό του φαινομένου της συννοσηρότητας ως αποτέλεσμα της χρήσης και της ήδη υπάρχουσας ψυχικής νόσου. Ωστόσο, καταλήξαμε στο συμπέρασμα, ότι η ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων πριν τη χρήση δύναται να επιβαρύνει το άτομο κατά τη διάρκεια της χρήσης.

Έχοντας μια ολοκληρωμένη εικόνα, από θεωρητική πλευρά, συνεχίσαμε με το ερευνητικό μέρος της μελέτης μας. Πιο συγκεκριμένα, στην εμπειρική μας μελέτη, συμμετείχε το θεραπευτικό προσωπικό του ΚΕ.ΘΕ.Α και του Ο.ΚΑ.ΝΑ. Οι δύο αυτές προς μελέτη υπηρεσίες, αποτελούν Ν.Π.Ι.Δ. με θεραπευτικές δομές σε όλη την Ελλάδα. Πραγματοποιούν ένα θεραπευτικό έργο στον χώρο των εξαρτήσεων, συγκεκριμένα, το ΚΕ.ΘΕ.Α από το 1983 και ο Ο.ΚΑ.ΝΑ από το 1995 με σκοπό την εφαρμογή καινοτόμων μεθόδων στον τομέα της θεραπείας από τις εξαρτήσεις.

Η μελέτη μας, στηρίχθηκε στα εξής ερωτήματα. Αναφορικά με τις ανάγκες της υπηρεσίας στην οποία εργάζονται, αν θεωρούν ότι οι κρατικές χρηματοδοτήσεις αρκούν για την κάλυψη των αναγκών και την καλύτερη λειτουργία της υπηρεσίας, αν κρίνουν ότι το εργατικό δυναμικό της υπηρεσίας που εργάζονται συγκριτικά με τον αριθμό των χρηστών είναι επαρκές, αν θεωρούν ότι το μέγεθος της πόλης και ο αριθμός των χρηστών επηρεάζει την αποτελεσματικότητα του έργου τους, τον τομέα που δραστηριοποιούνται οι επαγγελματίες – θεραπευτές, τον αριθμό αλλά και την ειδικότητα των επαγγελματιών που στελεχώνουν τις μονάδες αυτές καθώς και τους τομείς που δραστηριοποιούνται οι υπηρεσίες.

Επιπλέον, ζητήσαμε να μας ενημερώσουν αναφορικά με κάποια στοιχεία των ουσιοεξαρτώμενων, όπως, πόσοι εξυπηρετούνται αυτή τη στιγμή, ποια είναι η ηλικία των ατόμων που απευθύνονται στα θεραπευτικά προγράμματα στεγνού τύπου και ποια είναι η συννηθέστερη κύρια ουσία χρήσης όταν προσεγγίζουν τις δομές.

Επιπροσθέτως, θέσαμε στους επαγγελματίες ερωτήσεις περισσότερο εμπειρικές, όπως αν σχετίζεται η διάρκεια χρήσης ουσιών με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, σε ποιο βαθμό είναι ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του προσωπικού τους έργου, αν είναι ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του έργου της υπηρεσίας και τέλος τι προτείνουν για την εύρυθμη λειτουργία των μονάδων και την μέγιστη αποδοτικότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας, τη συλλογή και την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέξαμε, καταλήξαμε στα ακόλουθα συμπεράσματα.

Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας, παρατηρούμε ότι το 50% των 32 ερωτηθέντων θεωρεί πως επαρκούν ελάχιστα οι κρατικές χρηματοδοτήσεις, ενώ το 3,1% θεωρεί ότι δεν τους καλύπτουν καθόλου σε αντίθεση με το 25,0% που κρίνει ότι οι εισφορές τους από το κράτος είναι ικανοποιητικές (βλ. Γραφική Παράσταση 14). Αναφορικά με το αν είναι επαρκές το εργατικό δυναμικό της υπηρεσίας συγκριτικά με τον αριθμό των χρηστών που εξυπηρετούνται, το 43,8% πιστεύει πως είναι ελάχιστο το εργατικό δυναμικό στα θεραπευτικά προγράμματα ενώ το 28,1% θεωρεί πως το εργατικό δυναμικό είναι επαρκές για την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού τους έργου (βλ. Γραφική Παράσταση 15).

Αναφορικά με το κατά πόσο το μέγεθος της πόλης και ο αριθμός των χρηστών επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του έργου των μονάδων, το 34,4% απάντησε ότι η αποτελεσματικότητα του επηρεάζεται λίγο, ενώ το 25% θεωρεί πως οι δύο αυτοί παράγοντες επηρεάζουν πολύ την αποδοτικότητα του έργου (βλ. Γραφική Παράσταση 16).

Επίσης, το 50% θεωρεί πως η διάρκεια χρήσης ουσιών σχετίζεται πολύ με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, ενώ μόλις το 3,1% θεωρεί ότι σχετίζεται πολύ λίγο (βλ. Γραφική Παράσταση 13).

Επιπλέον, το 17,7% των 32 επαγγελματιών – θεραπειών δραστηριοποιούνται στον τομέα της συμβουλευτικής ενώ μόλις το 1,9% δραστηριοποιείται στον τομέα της έρευνας και το 1,9% στον τομέα της πρόληψης της υποτροπής (βλ. Γραφική Παράσταση 6).

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, η στελέχωση των υπηρεσιών αποτελείται από ψυχολόγους (53,56%), από κοινωνικούς λειτουργούς (18,28%), από ειδικούς θεραπευτές-απόφοιτους των προγραμμάτων (10%) ενώ οι ειδικότητες του ψυχίατρο, του εμψυχωτή και του ερευνητικού προσωπικού κινούνται σε χαμηλά ποσοστά (2%) (βλ. Γραφική Παράσταση 7).

Από τα αποτελέσματα που συλλέξαμε από τα ερωτηματολόγια, γίνεται φανερό ότι το 13,7% των θεραπευτικών προγραμμάτων στεγνού τύπου δραστηριοποιείται στην συμβουλευτική και την ομαδική ψυχοθεραπεία, ενώ παρατηρούμε ότι μόλις το 1,8% δραστηριοποιείται στον τομέα πρόληψης της υποτροπής. Επιπλέον, το 11,9% ασχολείται με την ατομική ψυχοθεραπεία, ενώ με την ενημέρωση και την κοινωνική επανένταξη ασχολείται το 11,1%. Ακόμη, η οικογενειακή ψυχοθεραπεία λαμβάνει χώρα με 9,7%, η εκπαίδευση και το street working με 7,5% το καθένα, ο τομέας της έρευνας φτάνει μόλις το 5,3% και τέλος η πρόληψη το 6,6% (βλ. Γραφική Παράσταση 8).

Ο μέσος όρος των χρηστών που εξυπηρετείται στις υπηρεσίες που επισκεφτήκαμε στα θεραπευτικά προγράμματα στεγνού τύπου σε Αθήνα, Πάτρα και Βόλο φτάνουν τα 60 άτομα τη δεδομένη στιγμή (βλ. Γραφική Παράσταση 10).

Ένα επιπλέον στοιχείο που προκύπτει από την έρευνα αφορά την ηλικία των χρηστών που απευθύνονται στις θεραπευτικές κοινότητες. Στην πλειοψηφία τους είναι μεταξύ των 31 έως 35 ετών σύμφωνα με το 37,5% των ερωτηθέντων. Ενώ, μόλις το 3,1% των ερωτηθέντων απάντησε ότι τα άτομα που τους προσεγγίζουν είναι κάτω των 15 ετών (βλ. Γραφική Παράσταση 11). Ακόμη, το 78,1% των ερωτηθέντων μας απάντησε πως η συνηθέστερη κύρια ουσία εξάρτησης που αντιμετωπίζουν με τους χρήστες είναι η ηρωίνη και έπεται το χασίς με ποσοστό 21,9% (βλ. Γραφική Παράσταση 12).

Όταν ρωτήθηκαν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι αναφορικά με τον βαθμό ικανοποίησης από την αποδοτικότητα του προσωπικού τους έργου, το 84,4% απάντησε ότι είναι πολύ ικανοποιημένο, το 9,4% είναι πάρα πολύ ενώ μόλις το 6,3% είναι λίγο ικανοποιημένο από την αποδοτικότητα του προσωπικού τους έργου (βλ. Γραφική Παράσταση 18).

Από την άλλη, όταν ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να απαντήσουν πόσο ικανοποιημένοι είναι από το θεραπευτικό έργο της υπηρεσίας που εργάζονται, μας απάντησε το 62,5% ότι είναι πολύ ικανοποιημένο, το 21,9% είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο και το 15,6% είναι λίγο ικανοποιημένο (βλ. Γραφική Παράσταση 19).

Τέλος, η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου μας, είχε ως σκοπό τις προτάσεις από τους ίδιους τους συμμετέχοντες με στόχο την βελτίωση λειτουργίας της υπηρεσίας και την μέγιστη αποδοτικότητα του θεραπευτικού της έργου. Οι απαντήσεις ήταν οι εξής :αύξηση του θεραπευτικού προσωπικού απάντησε το 57,1% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.1),επιπλέον χρηματοδότηση από το Κράτος το 52,4% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.2), εποπτεία & αξιολόγηση πρότεινε το 19% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.3), συνεχή κατάρτιση του θεραπευτικού προσωπικού επισήμανε το 23,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.4), βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής των θεραπευτικών μονάδων, το 19% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.5), προβολή του θεραπευτικού έργου της υπηρεσίας, πρότεινε το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.6), διάκριση αρμοδιοτήτων, το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.7), να αξιοποιηθούν ευνοϊκές διατάξεις νόμου για συχνότερες αποφυλακίσεις των χρηστών, πρότεινε το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.8), αύξηση μισθού πρότεινε το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.9), καλύτερη δικτύωση με άλλους κοινωνικούς φορείς, επεσήμανε το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.10), κοινωνικό σχεδιασμό σε διευρυμένο χρονικό ορίζοντα, προτείνει το 4,8% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.11).Τέλος, να δίνονται περισσότερα προσωπικά κίνητρα στους επαγγελματίες, προτείνει το 9,5% (βλ. Γραφική Παράσταση 20.12).

Παρατηρούμε ότι στη σύγχρονη ιστορία, οι προσπάθειες για τη θεραπεία των εξαρτήσεων αρχικά στηρίχθηκαν στην αντικατάσταση των εξαρτησιογόνων ουσιών με άλλες ουσίες - υποκατάστατα (π.χ. μεθαδόνη). Ωστόσο την δεκαετία του '60, στην Αμερική έγινε η πρώτη προσπάθεια να αντιμετωπιστούν οι ουσιοεξαρτημένοι περισσότερο συνολικά σαν κοινωνικές οντότητες που βρίσκονται σε ρήξη με τον εαυτό τους και την κοινωνία, δημιουργώντας τις πρώτες θεραπευτικές κοινότητες. Από τότε μέχρι και σήμερα, οι προσπάθειες για την μέγιστη αποδοτικότητα των θεραπειών συνεχίζονται καθώς αλλάζουν και οι συνθήκες αλλά και οι ανάγκες που συντηρούν το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης.

Προτάσεις

Δεδομένων των παραπάνω συμπερασμάτων που προέκυψαν από την εμπειρική μας μελέτη σε βιβλιογραφικό αλλά και σε ερευνητικό επίπεδο, την Πανελλήνια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το ΕΠΨΥ (βλ. πίνακας1, σελ.3) αλλά και την αύξηση των νέων ψυχοδραστικών ουσιών σύμφωνα με στοιχεία του Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν (βλ. πίνακας 9, σελ.11) και λαμβάνοντας υπόψιν μας την κοινωνικό-οικονομική κρίση στην οποία βρίσκεται η χώρα, η οποία αποτελεί ένα βασικό παράγοντα ενίσχυσης της ραγδαίας αύξησης αυτών των νέων ουσιών, καταλήγουμε στις ακόλουθες προτάσεις.

Αρχικά, κρίνουμε απαραίτητη την ύπαρξη και την καθολική στήριξη των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου. Σε διεθνές επίπεδο, δεν υπάρχει άλλη ολιστική θεραπεία από τα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα, γεγονός που επιβεβαιώνεται και αδιαμφισβήτητα από την πορεία και τα αποτελέσματα των θεραπευτικών κοινοτήτων τόσο στη χώρα μας όσο και σε διεθνές επίπεδο. Οι θεραπευτικές κοινότητες, αντικρίζοντας το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης ως κοινωνικοψυχικό αλλά και ως πολυπαραγοντικό στοχεύουν στη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων, στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αυτών και την κοινωνική τους επανένταξη και όχι στη διαιώνιση του προβλήματος. Εν αντιθέσει, τα προγράμματα υποκατάστατων, μέσω της χορήγησης υποκατάστατων- ανταγωνιστών (μεθαδόνη κ.α), συνθετικών ναρκωτικών δηλαδή,

δεν αποσκοπούν στην κατάργηση της ουσιοεξάρτησης αλλά στην ελεγχόμενη διαίωνιση τους. Στοχεύουν στη μείωση της βλάβης στο άτομο συντηρώντας όμως την εξάρτηση. Επομένως, γεγονότα ανάλογα με αυτά των τελευταίων ετών, όπου λόγω της οικονομικής κρίσης της χώρας, κινδύνευαν να υποβαθμιστούν και βαθμιαία να πάψουν να υπάρχουν δωρεάν προγράμματα απεξάρτησης στεγνού τύπου θεωρούνται αδιανόητα. Ανεξαρτήτως της οικονομικής κατάστασης της χώρας, καμία περικοπή στους προϋπολογισμούς των θεραπευτικών μονάδων δε δύναται να απειλεί την ύπαρξη των δομών απεξάρτησης, αλλά ούτε και να πάψουν να είναι δωρεάν. Τα προγράμματα απεξάρτησης στεγνού τύπου οφείλουν να συνεχίσουν τη λειτουργία τους απρόσκοπτα.

Ακολούθως, πρόταση μας αποτελεί η στήριξη των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου με κάθε δυνατό τρόπο. Αυτό συμπεριλαμβάνει βεβαίως τη διακοπή των περικοπών που θέτουν σε κίνδυνο τη σωστή λειτουργία των μονάδων και δυσχεραίνουν το έργο των θεραπειών. Προτείνουμε λοιπόν να υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση των μονάδων θεραπείας. Και μια επαρκής χρηματοδότηση διασφαλίζει φυσικά την πλήρη στελέχωση των μονάδων θεραπείας. Η υποστελέχωση αποτελεί ένα φαινόμενο που συναντάται συχνά σε πολλές κρατικά επιχορηγούμενες υπηρεσίες, αλλά και σε άλλου είδους υπηρεσίες. Λαμβάνοντας υπόψη μας και τα αποτελέσματα της έρευνας μας, όπου μια από τις βασικές προτάσεις των επαγγελματιών στις δομές αποτελεί η αύξηση του προσωπικού, η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται. Σε αρκετές από τις δομές, το θεραπευτικό προσωπικό είναι δυσανάλογο του πλήθους των εξυπηρετούμενων, δυσχεραίνοντας το έργο τους και κατ' επέκταση και την αποδοτικότητα της μονάδας ενδεχομένως, και πιέζοντας υπερβολικά το υπάρχον θεραπευτικό προσωπικό.

Ακόμη, δεδομένου ότι η ουσιοεξάρτηση αποτελεί και ένα κοινωνικο-πολιτιστικό φαινόμενο που συνεχώς εξελίσσεται και μεταβάλλεται, επηρεαζόμενο από τις κοινωνικές αλλαγές, την οικονομική κρίση αλλά και την κρίση αξιών που χαρακτηρίζει την εποχή μας, προτείνουμε τη συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση των θεραπειών που εργάζονται στις μονάδες με στόχο την εξέλιξη τους και τη συμπόρευση τους με τα δεδομένα της κοινωνίας και της εποχής.

Συνεχίζοντας, προκειμένου οι υφιστάμενες υπηρεσίες να βελτιωθούν όσον αφορά το πολύτιμο έργο και τις υπηρεσίες που παρέχουν σε χρήστες προτείνονται τα ακόλουθα :

- Εφαρμογή της αξιολόγησης της εξάρτησης, συγκεκριμένα να εκτιμήσουν τις ανάγκες και την θεραπευτική πορεία του ατόμου μέσα από τη συστηματική παρακολούθηση ώστε να αποφευχθούν οι κίνδυνοι υποτροπής
- Η παρακολούθηση των επαγγελματιών για burn out – επαγγελματική εξουθένωση
- Διασύνδεση των στεγνών προγραμμάτων και άλλων υπηρεσιών διευκολύνοντας τόσο τους επαγγελματίες όσο και τους ωφελούμενους των μονάδων κάποιες φορές

Επιπροσθέτως, όσο ουτοπικό και αν ακούγεται, προτείνουμε τη δημιουργία θέσεων εργασίας, έστω και με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, είτε τη συμμετοχή τους σε επιδοτούμενα εκπαιδευτικά σεμινάρια για όλα τα απεξαρτημένα άτομα. Αδιαμφισβήτητα η θεσμοθέτηση του νόμου για υποχρεωτική κατηγορία απεξαρτημένων ατόμων σε προκηρξείς αλλά και η δημιουργία του γραφείου Ε.Κ.Ο (Ευπαθείς Κοινωνικά Ομάδες) στον Ο.Α.Ε.Δ αποτελούν σημαντικά βήματα, παρ' όλα αυτά δεν αρκούν. Οι θέσεις εργασίας που προκηρξούνται είναι ελάχιστες αναλογικά με το πλήθος των απόφοιτων των μονάδων θεραπείας. Αναφορικά με τις θέσεις εργασίας, δεν αναφερόμαστε μόνο για κοινωφελή εργασία και δημόσιες επιχειρήσεις αλλά και στον ιδιωτικό τομέα, χωρίς να υποβόσκουν άλλα κίνητρα όπως είναι η απαλλαγή των

εργοδοτών από τις ασφαλιστικές εισφορές. Δεν νοείται να μιλάμε για κοινωνική επανένταξη των ατόμων όταν δεν υπάρχει επαγγελματική αποκατάσταση αυτών. Όπως επίσης δεν νοείται σε μια κοινωνία του 2017, τα άτομα αυτά να παραμένουν δακτυλοδεικτούμενα και να υπάρχει πάντα ο φόβος και η υποψία έναντι αυτών. Σ' αυτό βέβαια οφείλει να συμβάλλει και η σωστή ενημέρωση της κοινωνίας, η πλήρης ενημέρωση που μπορεί να επιτευχθεί και διαμέσου προγραμμάτων πρόληψης.

Τέλος, βασιζόμενες στην άποψη ότι η ουσιοεξάρτηση αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο, καθώς αφενός η κοινωνία αποτελεί έναν από τους βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες της εξάρτησης και αφετέρου λειτουργεί και ως αποδέκτης του φαινομένου, οφείλει να είναι ένα φαινόμενο που απασχολεί όλη την κοινωνία και όχι κάποιες μερίδες αυτής. Η ίδια η κοινωνία, ο καθένας από εμάς οφείλει να συμμετέχει τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Οι στρατηγικές που εφαρμόζονται κατά καιρούς αγνοούν πολλές φορές τις ιδιαιτερότητες της κάθε κοινωνίας. Μέσω της συμμετοχής των φορέων αλλά και των πολιτών στη λήψη αποφάσεων για στρατηγικές αντιμετώπισης που επικεντρώνονται στην εκάστοτε κοινωνική πραγματικότητα και στοχεύουν στη συλλογική αντιμετώπιση του προβλήματος και στην αποφυγή των συγκρούσεων ανάμεσα σε όσους σχεδιάζουν τις στρατηγικές και όσους τις υλοποιούν, μπορούμε να διαμορφώσουμε στρατηγικές πιο επικεντρωμένες στις ανάγκες του ατόμου και της κοινωνίας που διαβεί αλλά και πιο ρεαλιστικές αφού θα έγκεινται στις παρούσες ανάγκες και θα αποσκοπούν στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα της κάθε κοινωνίας.

Όσον αφορά την ερευνητική μας μελέτη θεωρούμε ότι είναι απαραίτητο να γίνουν και άλλες μελλοντικές έρευνες, ίσως περισσότερο εμπειρικές. Δηλαδή οι επόμενες έρευνες που θα υλοποιηθούν, να γίνουν μέσα στους χώρους των θεραπευτικών δομών, ώστε να έρθουν σε επαφή με την θεραπευτική διαδικασία, προκειμένου να υπάρξει μια ολιστική προσέγγιση όσον αφορά τον τρόπο λειτουργίας των θεραπευτικών προγραμμάτων στεγνού τύπου. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία και τις πληροφορίες που συλλέξαμε μέσα από το βιβλιογραφικό κομμάτι αλλά και την εμπειρία που αποκομίσαμε από το ερευνητικό μέρος της εργασίας μας, θεωρούμε ότι η διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος, θα συμβάλλει στο να βελτιωθούν οι υπηρεσίες τόσο προς το προσωπικό όφελος των ίδιων των επαγγελματιών ως και προς το όφελος των εξυπηρετούμενων τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ:

Αβραμίδης, Α. (1994). *Η Απομυθοποίηση Των Ναρκωτικών... Και Με Ελπίδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ακρίτας.

Γιαννακοπούλου, Σ. (1991). *Μεγάλωσε ή Φύγε*. Αθήνα: Εναλλακτικές εκδόσεις Κομμούνα.

Γρίβας, Κ. (1990). *Ναρκωτικά Και Εξουσία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Εκδοτική.

Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε). (1996). *Αφιέρωμα Στο Κ.Ε.Θ.Ε.Α*. π. Κοινωνική Εργασία, τ.42. Αθήνα.

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.). (2010). *Ετήσια Έκθεση Για Την Κατάσταση Του Προβλήματος Των Ναρκωτικών Και Των Οινοπνευματωδών Στην Ελλάδα*. Αθήνα. Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017, από <http://www.ektepn.gr/>

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.). (2015). *Ετήσια Έκθεση Για Την Κατάσταση Του Προβλήματος Των Ναρκωτικών Και Των Οινοπνευματωδών Στην Ελλάδα*. Αθήνα. Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017, από <http://www.ektepn.gr/>

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα ναρκωτικά και την τοξικομανία (Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν.). (2016). *Ετήσια Έκθεση Για Την Κατάσταση Του Προβλήματος Των Ναρκωτικών Και Των Οινοπνευματωδών Στην Ελλάδα*. Αθήνα. Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017, από <http://www.ektepn.gr/>

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (ΥΥΚΑ). (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης Για Τα Ναρκωτικά 2008-2012*, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αθήνα.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 172 Ν.2331/95. (1995). *Πρόληψη Και Καταστολή Της Νομιμοποίησης Εσόδων Από Εγκληματικές Δραστηριότητες Και Άλλες Ποινικές Διατάξεις*, αρ. 21 παρ.1, της 24^{ης} Αυγούστου 1995.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, ΦΕΚ 103 Ν.3459/06. (2006). *Κώδικας Νόμων Για Τα Ναρκωτικά*, αρ. 31 παρ. 1, της 25^{ης} Μαΐου 2006.

Ζαφειρίδης, Φ. (1986). *Το Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Για Άτομα Εξαρτημένα Από Φαρμακευτικές Ουσίες*. Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας, τ. 71. σελ. 135-140.

Ζαφειρίδης Φ. (1990). Πολιτική Σε Θέματα Πρόληψης-Θεραπείας, *Ημερήσιο Συμπόσιο Για Τα Ναρκωτικά, 4 Μαρτίου 1990*. Αθήνα (Αμφιθέατρο Πολεμικού Μουσείου).

Κοκκέβη Α, Φωτίου Α , Καναβού Ε , Σταύρου Μ. (2014). *Οι Έφηβοι Στην Ελλάδα Και Στις 42 Χώρες Του Προγράμματος HBSC/WHO: Ομοιότητες Και Διαφορές*. Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα. Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017, από http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/PDF/HBSC2014GR_07_diakratika.pdf

- Κότσαλης Λ (2005). Το νομοθετικό πλαίσιο Για Τα Ναρκωτικά, στο *10ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Για Την Επανάταξη Και Την Πολιτική Για Τα Ναρκωτικά, Περιλήψεις*. Κρήτη.
- Κουκουτσάκη Α. (1987-1988). *Μορφές Παρεκκλίνουσας Συμπεριφοράς : Χρήση Ναρκωτικών-Ομοφυλοφιλία*, Πανεπιστημιακή Παράδοση, Τμήμα Κοινωνιολογίας-Τομέας Εγκληματολογίας, Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Αθήνα.
- Κουκουτσάκη Α. (1988-1989). *Παραδόσεις Κριτικής Εγκληματολογίας*, Πανεπιστημιακή Παράδοση, Τμήμα Κοινωνιολογίας - Τομέας Εγκληματολογίας Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Αθήνα.
- Κουτσελίνη Α, Σπηλιοπούλου Χ. (1995). Κοινωνική Εργασία Στο Σχολείο. Πρόληψη Και Καταπολέμηση Της Χρήσης Των Ναρκωτικών Κατά Τη Σχολική Ηλικία, *Πρακτικά Επιμορφωτικού Σεμιναρίου ΙΑΚΕ, 1995*. Αθήνα.
- Λιάππας, Ι. (1992). *Ναρκωτικά. Εθιστικές Ουσίες. Κλινικά Προβλήματα. Αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Λιάππας, Ι. (1995). Θεραπευτικές Προσεγγίσεις Στο Πρόβλημα Της Ουσιοεξάρτησης, *Το Τρίγωνο Της Συνάντησης: Ουσία, Περιβάλλον, Προσωπικότητα: Το Φαινόμενο Της Τοξικοεξάρτησης*. Αθήνα : Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης Και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.).
- Μαρινοπούλου, Μ. (1993). Η Ψυχοθεραπευτική Αντιμετώπιση Του Εξαρτημένου Ατόμου Από Τοξικές Ουσίες (πρόγραμμα- περιλήψεις), *4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Τομέας Ψυχολογίας-Τμήμα Φιλοσοφίας Παιδαγωγικής Ψυχολογίας*, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελληνική Ψυχολογική Εταιρεία.
- Μαρσέλος, Μ. (1997). *Εξαρτησιογόνες Ουσίες. Φαρμακολογία-Τοξικολογία-Ιστορία-Κοινωνιολογία-Νομοθεσία*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Μάτσα, Κ. (1997). *Από Το Ατομικό Στο Συλλογικό Και Αντίστροφα. Η πρόληψη της Υποτροπής*. Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 59, σελ. 49-66.
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε Ανθρώπους Και Βρήκαμε Σκιές... Το Αίνιγμα Της Τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2006). *Η Περίπτωση Ευρυδίκη. Κλινική Της Τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2008). *Ψυχοθεραπεία Και Τέχνη Στην Απεξάρτηση. Το «Παράδειγμα» Του 18 ΑΝΩ*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2010). *Η φιλοσοφία και οι Αρχές Λειτουργίας του 18 ΑΝΩ*, στο Δείκτης Αίτησης Θεραπείας για το έτος 2009, Τμήμα Έρευνας 18 ΑΝΩ. Αθήνα. Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017, από http://www.18ano.gr/wp-content/uploads/2015/03/STOIXEIA_2009.pdf
- Πανούσης, Γ. (1988). Θεραπευτική Κοινότητα: για μια Οριστική Απεξάρτηση από τις Θεραπευτικές Ουσίες, *Το ζητούμενο Στην Εγκληματολογία*. Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας Αντ. Ν.
- Παπαγεωργίου, Ε. (1985). *Οι Εξαρτήσεις Στη Ζωή Μας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Ποταμιάνος, Γρ. (1992). *Νόμιμες Ουσίες Εξάρτησης Αλκοόλ*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

- Ποταμιάνος, Γρ. (2005). *ΑΛΚΟΟΛ Επιστημονικά Δεδομένα Για Τη Χρήση Και Την Κατάχρηση Της Αλκοόλης, Το Σύνδρομο Εξάρτησης Και Τη Θεραπεία*. Αθήνα: Εκδοτικός οίκος Λιβάνη.
- Πουλόπουλος, Χ. (2005). *Εξαρτήσεις-Οι Θεραπευτικές Κοινότητες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ρούσσης, Α. (2009). *Ναρκωτικά. Θεραπεία-Θεραπευτικά Μοντέλα-Θεραπευτικές Κοινότητες*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Τσαρούχας, Κ. (2000). *Η Διεθνής Των Ναρκωτικών*. Αθήνα: Εκδόσεις Αλήθεια.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ:

- Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην Κοινωνική Έρευνα*. (Γ. Βογιατζής, μεταφρ.) Αθήνα : Εκδόσεις Κριτική. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2011).
- Baer E.B & Garpezy B.L. & Mclaughlin R. & Wernick M. (1996). *Stress, Coping Family Conflict and Adolescent Alcohol Use*. New York: Journal of Behavior Medicine. Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017, από <https://www.academia.edu/>
- Condelli W. S. and Hubbard R.L. (1994). *Relationship Between Time Spent in Treatment and Client Outcomes for Therapeutic Communities*. New York: Journal of Substance Abuse Treatment. Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8201630>
- Farrell AD. & Danish SJ. & Howard CW. (1992). *Risk Factors for Drugs Use in Urban Adolescents: Identification and Cross Validation*. New York: American Journal of Community Psychology.
- Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017, από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1415029>
- Hillemand, B. (2007). *Ο Αλκοολισμός*. (Ζ. Κόλλια, μεταφρ.) Αθήνα: Δαίδαλος. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 2000).
- Mensch B.S. & Kandel D.B. (1988, Απρίλιος). Dropping Out of High School and Drug Involvement. *Sociology of Education*. New York: American Sociological Association. Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017, από <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED296041.pdf>
- Nakken, C. (2006). *Το Προφίλ Του Εθισμού. Κατανοήστε Τη Διαδικασία Της Εξάρτησης Και Την Ψυχαναγκαστική Συμπεριφορά*. (Κ. Παναγιωτόπουλος, μεταφρ.). Αθήνα: Ισόροπον . (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1988).
- World Health Organization. (2010). *Λεξικό Για Το Αλκοόλ Και Τις Λοιπές Ψυχοδραστικές Ουσίες*. (Μ. Μ. Μαλλιώρα, επιμελ. Ελληνικής έκδοσης). Αθήνα : Εκδόσεις ΒΗΤΑ. (Το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε το 1994). Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017, από http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/3/9789604520954_gre.pdf

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ:

<http://www.18ano.gr/> (Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017)

<http://www.argothes.gr/> (Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017)

<http://www.ekepsye.gr/web/guest/jason> (Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017)

<http://www.kethea.gr/> (Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017)

<http://www.okana.gr/> (Ανακτήθηκε 23 Ιανουαρίου, 2017)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «Μια εμπειρική μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου», για το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, διεξάγουμε έρευνα με σκοπό τη διερεύνηση του τρόπου και των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων απεξάρτησης στεγνού τύπου. Η έρευνα πραγματοποιείται με τις προδιαγραφές της τήρησης της ανωνυμίας και του απορρήτου.

Οι εκπαιδευόμενες κοινωνικοί λειτουργοί

Κιουτσοκιάζογλου Μερóπη

Μαράγγου Αντιγόνη

Επιβλέπων καθηγητής

Δρίτσας Ιωάννης

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ !!

A. Δημογραφικά Στοιχεία:

1. Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία:

- 18-23 ετών
- 24-29 ετών
- 30-35 ετών
- 36- 40 ετών
- 40 και άνω

3. Σε ποιο φορέα εργάζεστε:

- Ο.ΚΑ.ΝΑ
- ΚΕ.ΘΕ.Α

4. Πόσα χρόνια εργάζεστε στον συγκεκριμένο φορέα :

- < 1 έτος
- 1 έως 5 έτη
- 6 έως 10 έτη
- 11 έως 15 έτη
- > 16 έτη

5. Ποια είναι η ειδικότητα σας στον φορέα που εργάζεστε:

Κοινωνικός Λειτουργός

Κοινωνιολόγος

Ψυχολόγος

Ψυχοθεραπευτής

Ψυχίατρος

Εμφυχωτής

Άλλο _____

6. Σε ποιους τομείς δραστηριοποιείστε στον φορέα (μονάδα) που εργάζεστε (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απαντήσεις).

Ενημέρωση

Συμβουλευτική

Ατομική Ψυχοθεραπεία

Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία

Κοινωνική Επανάταξη

Πρόληψη

Εκπαίδευση

Έρευνα

Street Working

Άλλο _____

B. Χαρακτηριστικά της υπηρεσίας:

7. Από πόσους επαγγελματίες στελεχώνεται η υπηρεσία(μονάδα) (γράψτε συγκεκριμένα τον αριθμό των εργαζομένων μέσα στο κουτάκι) :

Κοινωνικός Λειτουργός

Κοινωνιολόγος

Ψυχολόγος

Ψυχοθεραπευτής

Ψυχίατρος

Εμφυχωτής

Άλλο_____

8. Με ποιους από τους παρακάτω τομείς ασχολείται ο φορέας (μονάδα) (μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από μια απαντήσεις).

Ενημέρωση

Συμβουλευτική

Ατομική Ψυχοθεραπεία

Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία

Κοινωνική Επανάταξη

Πρόληψη

Εκπαίδευση

Έρευνα

Street Working

Άλλο_____

9. Πόσα άτομα (χρήστες) μπορεί να εξυπηρετήσει η υπηρεσία (μονάδα) ;

10. Πόσα άτομα (χρήστες) εξυπηρετούνται αυτή τη στιγμή από την υπηρεσία(μονάδα);

11. Ποια είναι η ηλικία της πλειοψηφίας των εξυπηρετούμενων (χρηστών) ;

- < 15 ετών
- 16 έως 20 ετών
- 21 έως 25 ετών
- 26 έως 30 ετών
- 31 έως 35 ετών
- 36 έως 40 ετών
- 41 έως 45 ετών
- 46 έως 50 ετών
- 50 ετών >

12. Ποια είναι η συνηθέστερη κύρια ουσία χρήσης όταν σας προσεγγίζουν;

- Αλκοόλ Χασίς Ηρωίνη
- Κοκαΐνη Ecstasy Εισπνεόμενα (βενζίνες κ.α.)
- Άλλου είδους χάπια
- Άλλο_____

13. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, κατά πόσο σχετίζεται η διάρκεια χρήσης ουσιών με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ;

Καθόλου	Πολύ λίγο	Λίγο	Πολύ	Πάρα Πολύ

Γ. Διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας:

14. Συγκριτικά με τις ανάγκες της υπηρεσίας (μονάδας) , σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι οι κρατικές χρηματοδοτήσεις αρκούν για την κάλυψη των αναγκών και την εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας (μονάδας) ;

Καθόλου	Πολύ λίγο	Λίγο	Πολύ	Πάρα Πολύ

15. Σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι το εργατικό δυναμικό της υπηρεσίας (μονάδας) που εργάζεστε, συγκριτικά με τον αριθμό των χρηστών, είναι επαρκές ;

Καθόλου	
Πολύ λίγο	
Λίγο	
Πολύ	
Πάρα Πολύ	

16. Κατά πόσο θεωρείτε ότι το μέγεθος της πόλης και ο αριθμός των χρηστών επηρεάζει την αποτελεσματικότητα του έργου σας ;

Καθόλου	
Πολύ λίγο	
Λίγο	
Πολύ	
Πάρα Πολύ	

17. Σε ποιόν τομέα δραστηριοποιείται περισσότερο η υπηρεσία (μονάδα) ; (αριθμήστε από το 1 έως το 5, με σειρά προτεραιότητας, όπου το 1 αντιστοιχεί στον τομέα που δραστηριοποιείται περισσότερο η υπηρεσία κ.ο.κ.)

- Συμβουλευτική
- Εμπνύχωση και Ευαισθητοποίηση
- Ψυχολογική Απεξάρτηση
- Κοινωνική Επανάταξη
- Πρόληψη και Ενημέρωση
- Άλλο _____

18. Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του προσωπικού σας έργου;

Καθόλου	Πολύ λίγο	Λίγο	Πολύ	Πάρα Πολύ

19. Κατά πόσο είστε ικανοποιημένοι από την αποδοτικότητα του έργου της υπηρεσίας (μονάδας) , λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών της οικονομικής κρίσης;

Καθόλου	Πολύ λίγο	Λίγο	Πολύ	Πάρα Πολύ

20. Στοχεύοντας στην καλύτερη λειτουργία της μονάδας και την μέγιστη αποδοτικότητα του έργου σας, τι θα προτείνατε ;

Παράρτημα Β: Έγγραφο προς ΚΕ.Θ.Ε.Α

Β.1: Αίτημα προς τον υπεύθυνο



Προς

τον Υπεύθυνο Τομέα ΚΕΘΕΑ

Δρ. Γεράσιμο Παπαναστασάτο

ΚΕΘΕΑ

Σορβόλου 24, 116 36 Αθήνα

Τηλ. 210 9241993 – 6

Φαξ. 210 9241986

Βόλος, Οκτώβριος 2016

ΘΕΜΑ : «Αίτημα για τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης».

Παρακαλώ όπως εγκρίνετε την διεξαγωγή έρευνας στον Οργανισμό σας με θέμα «Μια εμπειρική μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου». Επισημαίνεται ότι η παρούσα έρευνα, αποτελεί μέρος της συγγραφής της Πτυχιακής μας εργασίας, στο πλαίσιο της φοίτησης μας στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδος , Τμήμα Κοινωνικής εργασίας, στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, υπό την επίβλεψη του καθηγητή Δρίτσα Ιωάννη.

Στόχο της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση του τρόπου και των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου.

Τέλος, έχω λάβει την συγκατάθεση των θεραπευτικών προγραμμάτων για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Παρακαλώ για την εξέταση του αιτήματος μας.

Με εκτίμηση,

Κιουτσοκιάζογλου Μερόπη

Μαράγγου Αντιγόνη

B.2: Σχέδιο Έρευνας:

A. Περιεχόμενο Έρευνας

1. Τίτλος: Μια εμπειρική μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου

2. Σκοπός: Βασικό σκοπό της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων απεξάρτησης στεγνού τύπου. Πιο συγκεκριμένα, μελετάται διαμέσου του θεραπευτικού προσωπικού των κέντρων απεξάρτησης ο τρόπος λειτουργίας των μονάδων, οι τομείς στους οποίους δραστηριοποιούνται οι υπηρεσίες, αν και κατά πόσο η στελέχωση των μονάδων από θεραπευτές είναι επαρκής συγκριτικά με το πλήθος των εξυπηρετούμενων και τέλος σε ποιο βαθμό το εργατικό δυναμικό της εκάστοτε μονάδας είναι ικανοποιημένο από την αποδοτικότητά τους.

Ερευνητικά ερωτήματα/υποθέσεις: Μέσω της ερευνητικής μας μελέτης, θέλουμε να διαπιστώσουμε αν το μέγεθος της πόλης που διαβεί το άτομο επηρεάζει την έναρξη χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και αν η διάρκεια χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών επιδρά αρνητικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Έπειτα, επιθυμούμε να εξετάσουμε το πλήθος των εξυπηρετούμενων της κάθε μονάδας τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, και ποια είναι η δυναμικότητα της μονάδας σε εξυπηρετούμενους. Ακόμη, σκοπός μας είναι να εξακριβωθεί αν το εργατικό δυναμικό των μονάδων απεξάρτησης στεγνού τύπου είναι επαρκές σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους της εκάστοτε μονάδας, και σε ποιο βαθμό το θεραπευτικό προσωπικό των κέντρων θεραπείας νιώθει ικανοποιημένο αφενός από την απόδοση του προσωπικού τους έργου, και αφετέρου από την αποδοτικότητα του προγράμματος. Μέσω αυτών των ερευνητικών υποθέσεων καταλήγουμε στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Να αποσαφηνιστεί αν και σε ποιο βαθμό η διάρκεια χρήσης ουσιών δυσχεραίνει την θεραπευτική παρέμβαση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
2. Πόσα άτομα μπορεί εξυπηρετήσει η κάθε μονάδα θεραπείας.
3. Ποιος είναι ο αριθμός των χρηστών τη συγκεκριμένη περίοδο.
4. Σε ποιους τομείς δραστηριοποιείται η κάθε θεραπευτική μονάδα απεξάρτησης.
5. Από πόσους επαγγελματίες στελεγχώνεται.
6. Ποια είναι η ειδικότητά τους .
7. Αν οι ίδιοι κρίνουν ότι το θεραπευτικό προσωπικό είναι ανάλογο με τον πληθυσμό των εξυπηρετούμενων.
8. Αν το επιστημονικό προσωπικό κρίνει αποτελεσματικό και βοηθητικό το έργο που παρέχει σαν άτομο.
9. Αν και κατά πόσο οι θεραπευτές είναι ικανοποιημένοι από το έργο που προσφέρει η μονάδα στην οποία εργάζονται.
10. Τι θα πρότειναν οι ίδιοι με σκοπό την καλύτερη λειτουργία της υπηρεσίας και την μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα της μονάδας.

3.Χρησιμότητα - αναγκαιότητα της έρευνας: Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς σκοπούς. Μέσω της έρευνας, θα παρουσιασθεί ο τρόπος λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου, το θεραπευτικό προσωπικό που της στελεγχώνει, οι τομείς με τους οποίους ασχολούνται, ο πληθυσμός των χρηστών και θα αποσαφηνιστούν οι συνθήκες λειτουργίας των κέντρων, με σκοπό να προσδιοριστεί αν

κάποιοι παράγοντες δυσχεραίνουν την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας και να διευκρινιστεί τι θα πρότειναν τα ίδια τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

B. Μεθοδολογία της έρευνας

- 1. Διαδικασία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων:** Για τη συλλογή των δεδομένων, θα επισκεφθούμε τις υπηρεσίες έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους, την ημέρα και ώρα που θα μας υποδείξουν (αν χρειαστεί μπορούμε να αφιερώσουμε και δύο ημέρες για τη συλλογή των δεδομένων). Θα παραδώσουμε τα ερωτηματολόγια σε όσους επιθυμούν να συμμετάσχουν και θα δώσουμε όποια διευκρίνιση και περαιτέρω πληροφορία μας ζητηθεί για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ακολουθώντας, σε συνεννόηση με τους συμμετέχοντες, μπορούμε είτε να παραμείνουμε εκεί έως ότου συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, είτε να τους τα παραδώσουμε και να επιστρέψουμε να τα παραλάβουμε. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί 3 έως 5 λεπτά. Η ανάλυση των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί εκτός των χώρων των μονάδων, αφού συγκεντρωθούν όλα τα δεδομένα. Η ανάλυση θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS PASW 23.
- 2. Δειγματοληψία (μέγεθος δείγματος κατά προσέγγιση, τύπος διεξαγωγής έρευνας):** Στα πλαίσια της ερευνητικής μας μελέτης, στόχος μας είναι να επισκεφθούμε 5 θεραπευτικές μονάδες στεγνού τύπου του ΚΕΘΕΑ, 2 του ΟΚΑΝΑ και 2 του 18 ΑΝΩ του ΨΝΑ σε Αθήνα, Πάτρα και Βόλο. Όσον αφορά το ΚΕΘΕΑ, τα προγράμματα που ενδιαφερόμαστε να επισκεφθούμε είναι το ΚΕΘΕΑ Εν Δράσει (Θεραπευτική κοινότητα) , το ΚΕΘΕΑ Διάβαση (Θεραπευτική Κοινότητα εξωτερικής παρακολούθησης) , το ΚΕΘΕΑ Παρέμβαση (Συμβουλευτικό Κέντρο) , το ΚΕΘΕΑ Οξυγόνο (Θεραπευτική κοινότητα εξωτερικής παρακολούθησης) και τέλος το ΚΕΘΕΑ Πιλότος (Μονάδα θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης). Δεδομένου ότι η μελέτη μας αναφέρεται αποκλειστικά στο θεραπευτικό προσωπικό των μονάδων, συνολικά, υπολογίζουμε το δείγμα μας να ανέρχεται στους 50-60 συμμετέχοντες. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα γίνει στους χώρους των υπηρεσιών, στο ωράριο λειτουργίας τους και έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία με τους υπευθύνους των μονάδων, τηρώντας όλες τις προδιαγραφές του απόρρητου και της ανωνυμίας. Η ανάλυση όμως των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί εκτός των χώρων των υπηρεσιών.
- 3. Ερευνητικά εργαλεία:** Το ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί για την εκπόνηση της έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Επιλέχθηκε αυτό το ερευνητικό εργαλείο, καθώς κρίνουμε πως προσφέρει μια πιο άμεση επαφή με το δείγμα της έρευνας, απαιτεί μικρό χρονικό διάστημα για τη συμπλήρωσή του, και προσφέρει πιο σαφή αποτελέσματα. Το ερωτηματολόγιο, στην πλειοψηφία του περιέχει κλειστού τύπου ερωτήσεις, πολλαπλής επιλογής και θέσης σειράς. Ακόμη, στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν δύο ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που διερευνούν το πλήθος των εξυπηρετούμενων των μονάδων και ένα ερώτημα ανοιχτού τύπου στο τέλος, στο οποίο ζητείται από τους συμμετέχοντες να αναπτύξουν τις προτάσεις τους. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τις εξής θεματικές ενότητες:
 - α. Δημογραφικά στοιχεία
 - β. Χαρακτηριστικά της υπηρεσίας
 - γ. Διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας

Γ. Χρονοδιάγραμμα

1. **Χρονική περίοδος έρευνας (εκτιμώμενο διάστημα εφαρμογής):** Η ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την έγκριση από εσάς για τη πραγματοποίησή της. Κατά μέσο όρο, αναμένοντας για μια θετική απάντηση από εσάς, εκτιμούμε ότι η ερευνητική μας μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο διάστημα από 31 Οκτωβρίου έως 8 Νοεμβρίου. Στόχος μας είναι η έρευνα να πραγματοποιηθεί σε μια με δύο ημέρες, οι οποίες θα αποφασιστούν από κοινού με τις υπηρεσίες που θα επισκεφθούμε.
2. **Αναμενόμενη ημερομηνία υποβολής αποτελεσμάτων:** Μετά τη συλλογή των δεδομένων, θα χρειαστούμε κατά μέσο όρο 3-10 ημέρες για την ανάλυση των δεδομένων και την υποβολή των αποτελεσμάτων. Επομένως, εκτιμώμενο διάστημα υποβολής των αποτελεσμάτων υπολογίζεται περίπου μεταξύ 3 έως 13 Νοεμβρίου.

Δ. Βιβλιογραφία:

- Ø Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα* (Γ. Βογιατζής , Μεταφ.). Αθήνα : Κριτική (Το πρωτότυπο έργο δημοσιεύτηκε το 2008).
- Ø Robson, C. (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου: Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές* (Β. Νταλάκου, Κ. Βασιλικού, Μεταφ.) (2^η έκδ.) Αθήνα: Gutenberg (Το πρωτότυπο δημοσιεύτηκε το 1993).

B.3: Βεβαίωση συμμετοχής σε έρευνα από τον επιβλέπον καθηγητή



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**Βαθμός Ασφαλείας
Πάτρα 20-9-2016
Αριθμ. Πρωτ.32720**

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
(Τ.Ε.Ι.) ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**Πρός: ΠΡΟΣ: ΚΕΘΕΑ, ΟΚΑΝΑ ΚΑΙ 18
ΑΝΩ**

**Γραμματεία Κοινωνικής Εργασίας
Μεγ. Αλεξάνδρου 1
Κουκούλι Πάτρας
263 34 Πάτρα
Πληροφορίες : Ελένη Τόγια
Τηλέφωνο: +30 2610 369125
FAX: +30 2610 369
e-mail : koinergasia@teipat.gr**

ΘΕΜΑ: ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ

Αγαπητέ Κύριε/α

Βεβαιώνεται ότι οι κυρίες Μαράγγου Α. και Κιουτσοκιάζογλου Μ. πραγματοποιούν εμπειρική έρευνα με τίτλο: ΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΕΓΝΟΥ ΤΥΠΟΥ στα πλαίσια της Πτυχιακής Εργασίας τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς σκοπούς.

Παρακαλώ θερμά όπως υποστηρίξετε τις προσπάθειες των δύο φοιτητριών μας.

Με Εκτίμηση



Δρ. Δρίτσας Ιωάννης

Επίκουρος Καθηγητής

Πρόεδρος Τμ. ΚΕ

Β.4: Βεβαίωση σπουδών Κιουτσοκιοζογλου:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αρ. Πιστ.: 48321610131057211

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ

Βεβαιώνεται ότι όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Τμήματος, η **ΚΙΟΥΤΣΟΚΙΟΖΟΓΛΟΥ ΜΕΡΟΠΗ** του **ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ** (Α.Μ. 4832) είναι σπουδάστρια του Τμήματος ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ της ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ στο ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.

Βρίσκεται χρονολογικά στο 9^ο εξάμηνο για το ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ εξάμηνο του σπουδαστικού έτους 2016 - 2017.

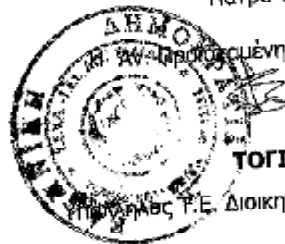
Γράφτηκε για πρώτη φορά στο Τμήμα στις 17/9/2012 στο ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ εξάμηνο του σπουδαστικού έτους 2012-2013

Η ελάχιστη διάρκεια φοίτησης είναι οκτώ (8) εξάμηνα.

Η σπουδάστρια υποχρεούται στο τελευταίο εξάμηνο να πραγματοποιήσει την εξάμηνη πρακτική άσκηση.

Η βεβαίωση χορηγείται μετά από αίτησή της για κάθε νόμιμη χρήση.

Πάτρα 13/10/2016



Υπογραφή Γραμματέως Τμήματος

ΤΟΓΙΑ ΕΛΕΝΗ

Υπογράφει Τ.Ε. Διοικητικού-Λογιστικού Α' βαθμού

Μεγάλου Αλεξάνδρου 1 Κοικιά Πάτρα 263 34
Τηλ.: 2610-369-174 E-mail: koinergasia@telwest.gr

B.5: Βεβαίωση σπουδών Μαράγγου:



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αρ. Πιστ.: 48291610131056820

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΣΠΟΥΔΩΝ

Βεβαιώνεται ότι όπως προκύπτει από τα στοιχεία του Τμήματος, η **ΜΑΡΑΓΓΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΗ του ΑΝΔΡΕΑ** (Α.Μ. 4829) είναι σπουδάστρια του Τμήματος ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ της ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ στο ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.

Βρίσκεται χρονολογικά στο 9^ο εξάμηνο για το ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ εξάμηνο του σπουδαστικού έτους 2016 - 2017.

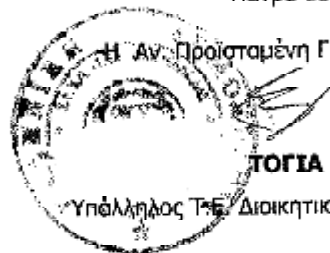
Γράφτηκε για πρώτη φορά στο Τμήμα στις 17/9/2012 στο ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ εξάμηνο του σπουδαστικού έτους 2012-2013

Η ελάχιστη διάρκεια φοίτησης είναι οκτώ (8) εξάμηνα.

Η σπουδάστρια υποχρεούται στο τελευταίο εξάμηνο να πραγματοποιήσει την εξάμηνη πρακτική άσκηση.

Η βεβαίωση χορηγείται μετά από αίτησή της για κάθε νόμιμη χρήση.

Πάτρα 13/10/2016



Η Αν. Προϊσταμένη Γραμματείας Τμήματος

ΤΟΓΙΑ ΕΛΕΝΗ

Υπόλληλος Τ.Ε. Διοικητικού-Λογιστικού Α' βαθμού

Μεγάλου Αλεξάνδρου 1 Κουκούλι Πάτρα 263 34

Τηλ.: 2610-369-174 E-mail: koinergasia@telwest.gr

B.6: Πρωτόκολλο συμφωνίας με ΚΕ.Θ.Ε.Α:



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην Αθήνα σήμερα, 4 Νοεμβρίου 2016, μεταξύ:

- Α) του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, εκπροσωπούμενου από τον κ. Γεράσιμο Παπαναστασάτο, Υπεύθυνο του Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ
και
Β) της κας. Μερόπης Κιουσκοκίζογλου και Αντιγόνης Μαράγγου, φοιτήτριες στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας Δυτικής Ελλάδος, συμφωνήθηκαν και έγιναν αμοιβαία αποδεκτά τα ακόλουθα που αποτελούν τους όρους της συνεργασίας

Το ΚΕΘΕΑ αποδέχεται την αίτηση της κας Κιουσκοκίζογλου και Μαράγγου και στο εξής καλούμενες «οι ερευνήτριες», να πραγματοποιήσουν μελέτη με θέμα «Μια εμπειρική μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου», καθώς και επεξεργασία δεδομένων τα οποία σύμφωνα με το σχέδιο που έχει κατατεθεί, συνίσταται στα εξής:

1. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του τρόπου και των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου, με συμμετέχοντες εργαζόμενους των προγραμμάτων ΚΕΘΕΑ Εν Δράσει, ΚΕΘΕΑ Διάβαση, ΚΕΘΕΑ Παρέμβαση, ΚΕΘΕΑ Πιλότος και ΚΕΘΕΑ Οξυγόνο.
2. Η μελέτη έχει ως στόχο να προσπαθήσει να απαντήσει ερωτήματα σχετικά με το κατά πόσο το μέγεθος της πόλης που διαβεί το άτομο σχετίζεται με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, να αποσαφηνιστεί αν και σε ποιο βαθμό η διάρκεια χρήσης ουσιών δυσχεραίνει τη θεραπευτική παρέμβαση καθώς και το πόσα άτομα μπορεί εμψυχηθεί η κάθε μονάδα και ποιος είναι ο αριθμός των εξυπηρετούμενων τη συγκεκριμένη περίοδο. Επίσης, εάν το προσωπικό κρίνει αποτελεσματικό και βοηθητικό το έργο που παρέχει σαν άτομο και σαν υπηρεσία και προτάσεις για μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα μονάδας.
3. Η μεθοδολογία της συγκεκριμένης έρευνας που θα ακολουθηθεί για την υλοποίηση της εργασίας θα στηριχθεί στην συμπλήρωση ερωτηματολογίου που περιέχει κλειστού τύπου ερωτήσεις, πολλαπλής επιλογής και θέσης σειράς. Επίσης υπάρχουν ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τις εξής θεματικές ενότητες: α. δημογραφικά στοιχεία, β. χαρακτηριστικά της υπηρεσίας, γ. διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας.
4. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 50 άτομα, θεραπευτές που δουλεύουν σε 5 θεραπευτικές μονάδες του ΚΕΘΕΑ, καθώς και 2 του ΟΚΑΝΑ και 2 του ΙΒ ΑνωΨΝΑ.
5. Ως χρόνος διεξαγωγής της έρευνας ορίζεται το διάστημα 10 έως 21 Νοεμβρίου 2016.
6. Εποπτεύων για το σύνολο της εργασίας είναι ο Γεράσιμος Παπαναστασάτος, Υπεύθυνος του Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ.

7. Οι ερευνήτριες δεσμεύονται να παραδώσουν ηλεκτρονικό και έντυπο αντίγραφο της ολοκληρωμένης τελικής εργασίας στο ΚΕΘΕΑ για την ενημέρωση του αρχείου του.
8. Οι ερευνήτριες δεσμεύονται για το απόρρητο των στοιχείων τα οποία θα συλλέξουν κατά τη διαδικασία της έρευνας σύμφωνα με τις αρχές και τον Κώδικα Δεοντολογίας του ΚΕΘΕΑ όπως και τον Κώδικα Δεοντολογίας Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων που ισχύει στο ΚΕΘΕΑ.
9. Οι ερευνήτριες δεσμεύεται να σέβονται και να τηρούν τους κανονισμούς του ΚΕΘΕΑ όσο βρίσκονται στους χώρους του.
10. Οι ερευνήτριες δεσμεύονται και σφείλουν να συμμορφώνονται στις ειδικές συνθήκες και κανονισμούς που επιβάλλουν τα θεραπευτικά προγράμματα εφόσον έρχονται σε επαφή με αυτά.
11. Οι ερευνήτριες δεσμεύονται να αναφέρουν στην εργασία τους και σε οποιαδήποτε δημοσίευση ή δημοσιοποίηση της εργασίας αυτής ότι τα στοιχεία συλλέχτηκαν με την συνεργασία του ΚΕΘΕΑ.
12. Το ΚΕΘΕΑ διατηρεί το δικαίωμα να αξιοποιήσει μέρος ή το σύνολο της εργασίας με σαφή αναφορά ότι πρόκειται για εργασία της ερευνήτριας στο πλαίσιο της συνεργασίας.
13. Το ΚΕΘΕΑ διατηρεί το δικαίωμα να μην επιτρέψει τη με οποιονδήποτε τρόπο δημοσιοποίηση μέρους ή του συνόλου της εργασίας ή δεδομένων, εφόσον διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει πρόνοια προστασίας της ταυτότητας των συμμετεχόντων ασκώντας κάθε νόμιμη ενέργεια σε περίπτωση μη συμμόρφωσης των ερευνητριών.
14. Το ΚΕΘΕΑ διατηρεί μονομερώς το δικαίωμα λύσης της συμφωνίας και της απαγόρευσης της συνέχισης της έρευνας αν δεν τηρηθεί κάποιος από τους παραπάνω όρους.

ΟΙ ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΕΣ

Κριστοκίτουσ Ανλου Μερότη

 Νάρεγγου Αντιγόνη


Ο ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ
 ΤΟΜΕΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΕΘΕΑ

 Γεράσιμος Παπαναστασάτος

Παράρτημα Γ: Επιπλέον έγγραφο προς Ο.ΚΑ.ΝΑ

Γ.1: Επιστολή προς κέντρο εκπαίδευσης και εποπτείας

Βόλος, 2016

ΠΡΟΣ

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

(ΟΚΑΝΑ)

ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ

Ευδόξου 25, Αθήνα 117 43

Τηλέφωνο: 210-9215713

Προς

Την Βιβλιοθηκονόμο Κέντρου

Εκπαίδευσης και εποπτείας ΟΚΑΝΑ

Πάντου Ηλιάνα

Αξιότιμη Κυρία

Σας γνωστοποιούμε ότι επιθυμούμε να πραγματοποιήσουμε την ερευνητική μας μελέτη στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, με θέμα « Μια εμπειρική μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου». Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας των δομών θεραπείας στεγνού τύπου. Τα αναμενόμενα οφέλη θα είναι για εμάς, αφενός η χρήση των πληροφοριών που θα συγκεντρώσουμε για την πτυχιακή μας εργασία και αφ' ετέρου η επαφή μας με τις μονάδες απεξάρτησης και το θεραπευτικό προσωπικό που εργάζεται στις δομές αυτές. Καθώς και η απόκτηση εμπειρίας και γνώσεων σχετικά με την χρήση ουσιών και την θεραπευτική απεξάρτηση. Η χρήση των αποτελεσμάτων της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς σκοπούς.

Σας δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η χρήση στοιχείων από τις βάσεις του Οργανισμού θα χρησιμοποιηθούν μόνο για εκπαιδευτικούς σκοπούς και μέσα στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας και σε καμία άλλη περίπτωση.

Αναφορικά με την προσέγγιση των υποκειμένων του δείγματος, θα επιθυμούσαμε να επικοινωνήσουμε τηλεφωνικώς εμείς μαζί τους, έχοντας λάβει την έγκριση από εσάς και να τους ενημερώσουμε σχετικά με την ερευνητική διαδικασία που θα συμμετέχουν. Η προσέγγιση των ερωτώμενων θα πραγματοποιηθεί εντός των Μονάδων Θεραπείας, αλλά η

επεξεργασία και η ανάλυση δεδομένων θα πραγματοποιηθεί εκτός των χώρων αυτών και του ωραρίου εργασίας τους.

Επιπλέον, σας γνωστοποιούμε ότι τα στοιχεία, στα οποία επιθυμούμε να έχουμε πρόσβαση είναι μόνο τα δημογραφικά στοιχεία των εργαζομένων (π.χ. φύλο, ηλικία, επάγγελμα κ.ο.κ.), τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας (π.χ. με ποιους τομείς ασχολείται ο φορέας, από ποιους επαγγελματίες στελεγχώνεται κ.ο.κ.) καθώς και την διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας του φορέα (π.χ. αν οι εργαζόμενοι κρίνουν ότι το εργατικό δυναμικό της υπηρεσίας σας, συγκριτικά με τον αριθμό των χρηστών, είναι επαρκές κ.ο.κ.). Για αυτό το λόγο σας καταθέτουμε το ακριβές ερευνητικό πρωτόκολλο, προκειμένου να συγκεκριμενοποιηθούν τα εξής :

Η Δομή και το περιεχόμενο των ερευνητικών εργαλείων :

Τίτλος: Μια εμπειρική μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου

Σκοπός: Βασικό σκοπό της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων απεξάρτησης στεγνού τύπου. Πιο συγκεκριμένα, μελετάται διαμέσου του θεραπευτικού προσωπικού των κέντρων απεξάρτησης ο τρόπος λειτουργίας των μονάδων, οι τομείς στους οποίους δραστηριοποιούνται οι υπηρεσίες, αν και κατά πόσο η στελέχωση των μονάδων από θεραπευτές είναι επαρκής συγκριτικά με το πλήθος των εξυπηρετούμενων και τέλος σε ποιο βαθμό το εργατικό δυναμικό της εκάστοτε μονάδας είναι ικανοποιημένο από την αποδοτικότητά τους.

Ερευνητικά ερωτήματα/υποθέσεις: Μέσω της ερευνητικής μας μελέτης, θέλουμε να διαπιστώσουμε αν το μέγεθος της πόλης που διαβεί το άτομο επηρεάζει την έναρξη χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και αν η διάρκεια χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών επιδρά αρνητικά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Έπειτα, επιθυμούμε να εξετάσουμε το πλήθος των εξυπηρετούμενων της κάθε μονάδας τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, και ποια είναι η δυναμικότητα της μονάδας σε εξυπηρετούμενους. Ακόμη, σκοπός μας είναι να εξακριβωθεί αν το εργατικό δυναμικό των μονάδων απεξάρτησης στεγνού τύπου είναι επαρκές σε σύγκριση με τους εξυπηρετούμενους της εκάστοτε μονάδας, και σε ποιο βαθμό το θεραπευτικό προσωπικό των κέντρων θεραπείας νιώθει ικανοποιημένο αφενός από την απόδοση του προσωπικού τους έργου, και αφετέρου από την αποδοτικότητα του προγράμματος. Μέσω αυτών των ερευνητικών υποθέσεων καταλήγουμε στα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Να αποσαφηνιστεί αν και σε ποιο βαθμό η διάρκεια χρήσης ουσιών δυσχεραίνει την θεραπευτική παρέμβαση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
2. Πόσα άτομα μπορεί εξυπηρετήσει η κάθε μονάδα θεραπείας.
3. Ποιος είναι ο αριθμός των χρηστών τη συγκεκριμένη περίοδο.
4. Σε ποιους τομείς δραστηριοποιείται η κάθε θεραπευτική μονάδα απεξάρτησης.
5. Από πόσους επαγγελματίες στελεγχώνεται.
6. Ποια είναι η ειδικότητα τους .
7. Αν οι ίδιοι κρίνουν ότι το θεραπευτικό προσωπικό είναι ανάλογο με τον πληθυσμό των εξυπηρετούμενων.
8. Αν το επιστημονικό προσωπικό κρίνει αποτελεσματικό και βοηθητικό το έργο που παρέχει σαν άτομο.
9. Αν και κατά πόσο οι θεραπευτές είναι ικανοποιημένοι από το έργο που προσφέρει η μονάδα στην οποία εργάζονται.
10. Τι θα πρότειναν οι ίδιοι με σκοπό την καλύτερη λειτουργία της υπηρεσίας και την μέγιστη δυνατή αποδοτικότητα της μονάδας.

Χρησιμότητα - αναγκαιότητα της έρευνας: Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς σκοπούς. Μέσω της έρευνας, θα παρουσιασθεί ο τρόπος λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου, το θεραπευτικό προσωπικό που της στελεχώνει, οι τομείς με τους οποίους ασχολούνται οι θεραπευτικές μονάδες απεξάρτησης, ο πληθυσμός των χρηστών και θα αποσαφηνιστούν οι συνθήκες λειτουργίας των κέντρων, με σκοπό να προσδιοριστεί αν κάποιοι παράγοντες δυσχεραίνουν την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας και να διευκρινιστεί τι θα πρότειναν τα ίδια τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

Η Μεθοδολογία της έρευνας :

- 1. Διαδικασία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων:** Για τη συλλογή των δεδομένων, θα επισκεφθούμε τις υπηρεσίες έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους, την ημέρα και ώρα που θα μας υποδείξουν (αν χρειαστεί μπορούμε να αφιερώσουμε και δύο ημέρες για τη συλλογή των δεδομένων). Θα παραδώσουμε τα ερωτηματολόγια σε όσους επιθυμούν να συμμετάσχουν και θα δώσουμε όποια διευκρίνιση και περαιτέρω πληροφορία μας ζητηθεί για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ακολουθώντας, σε συνεννόηση με τους συμμετέχοντες, μπορούμε είτε να παραμείνουμε εκεί έως ότου συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, είτε να τους τα παραδώσουμε και να επιστρέψουμε να τα παραλάβουμε. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί 3 έως 5 λεπτά. Η ανάλυση των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί εκτός των χώρων των μονάδων, αφού συγκεντρωθούν όλα τα δεδομένα. Η ανάλυση θα πραγματοποιηθεί με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS PASW 23.
- 2. Δειγματοληψία (μέγεθος δείγματος κατά προσέγγιση, τόπος διεξαγωγής έρευνας):** Στα πλαίσια της ερευνητικής μας μελέτης, στόχος μας είναι να επισκεφθούμε 5 θεραπευτικές μονάδες στεγνού τύπου του ΚΕΘΕΑ, 2 του ΟΚΑΝΑ και 2 του 18 ΑΝΩ του ΨΝΑ σε Αθήνα, Πάτρα και Βόλο. Όσον αφορά τον ΟΚΑΝΑ, τα προγράμματα που επιθυμούμε να επισκεφθούμε είναι το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών «Γέφυρα» στην Πάτρα και την μονάδα Εφήβων/Νέων «Ατραπός» στην Αθήνα. Δεδομένου ότι η μελέτη μας αναφέρεται αποκλειστικά στο θεραπευτικό προσωπικό των μονάδων, συνολικά, υπολογίζουμε το δείγμα μας να ανέρχεται στους 50-60 συμμετέχοντες. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα γίνει στους χώρους των υπηρεσιών, στο ωράριο λειτουργίας τους και έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία με τους υπευθύνους των μονάδων, τηρώντας όλες τις προδιαγραφές του απόρρητου και της ανωνυμίας. Η ανάλυση όμως των δεδομένων θα πραγματοποιηθεί εκτός των χώρων των υπηρεσιών.
- 3. Ερευνητικά εργαλεία:** Το ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί για την εκπόνηση της έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Επιλέχθηκε αυτό το ερευνητικό εργαλείο, καθώς κρίνουμε πως προσφέρει μια πιο άμεση επαφή με το δείγμα της έρευνας, απαιτεί μικρό χρονικό διάστημα για τη συμπλήρωσή του, και προσφέρει πιο σαφή αποτελέσματα. Το ερωτηματολόγιο, στην πλειοψηφία του περιέχει κλειστού τύπου ερωτήσεις, πολλαπλής επιλογής και θέσης σειράς. Ακόμη, στο ερωτηματολόγιο υπάρχουν δύο ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που διερευνούν το πλήθος των εξυπηρετούμενων των μονάδων και ένα ερώτημα ανοιχτού τύπου στο τέλος, στο οποίο ζητείται από τους συμμετέχοντες να αναπτύξουν τις προτάσεις τους. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τις εξής θεματικές ενότητες:
 - α. Δημογραφικά στοιχεία
 - β. Χαρακτηριστικά της υπηρεσίας
 - γ. Διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας

Χρονοδιάγραμμα

3. **Χρονική περίοδος έρευνας (εκτιμώμενο διάστημα εφαρμογής):** Η ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την έγκριση από εσάς για τη πραγματοποίηση της. Κατά μέσο όρο, αναμένοντας για μια θετική απάντηση από εσάς, εκτιμούμε ότι η ερευνητική μας μελέτη θα πραγματοποιηθεί στο διάστημα από 31 Οκτωβρίου έως 8 Νοεμβρίου. Στόχος μας είναι η έρευνα να πραγματοποιηθεί σε μια με δύο ημέρες, οι οποίες θα αποφασιστούν από κοινού με τις υπηρεσίες που θα επισκεφθούμε.
4. **Αναμενόμενη ημερομηνία υποβολής αποτελεσμάτων:** Μετά τη συλλογή των δεδομένων, θα χρειαστούμε κατά μέσο όρο 3-10 ημέρες για την ανάλυση των δεδομένων και την υποβολή των αποτελεσμάτων. Επομένως, εκτιμώμενο διάστημα υποβολής των αποτελεσμάτων υπολογίζεται περίπου μεταξύ 3 έως 13 Νοεμβρίου.

Η διαδικασία διασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών :

Η διαδικασία διασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών θα πραγματοποιηθεί με μια επιστολή προς τον συμμετέχοντα στην έρευνα, στην οποία θα αναφέρεται η διαδικασία διασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών και της διασφάλισης των προσωπικών του δεδομένων. Επιπλέον θα τους δοθεί και ένα έγγραφο συγκατάθεσης για τον συμμετέχοντα στην έρευνα, στην οποία θα δηλώνει ότι έχει ενημερωθεί πλήρως για την ερευνητική διαδικασία. Αυτά τα δύο έγγραφα θα δοθούν μαζί με τα ερωτηματολόγια στους ερωτώμενους.

Δηλώνουμε ότι ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών θα αναφερθεί ως πηγή για την υλοποίηση της ερευνητικής μας εργασίας.

Τέλος, δηλώνουμε ότι μετά την ολοκλήρωση της ερευνητικής μας μελέτης, θα καταθέσουμε στο πρωτόκολλο του OKANA, το τελικό μας κείμενο.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων
και ελπίζουμε το αίτημα μας να υλοποιηθεί με την διευθέτησή σας.

Γ.2: Επιστολή προς τους συμμετέχοντες

Αξιότιμε/η Κύριε/α,

Σας γνωστοποιούμε ότι επιθυμούμε να πραγματοποιήσουμε την ερευνητική μας μελέτη στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, με θέμα « Μια εμπειρική μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των μονάδων θεραπείας στεγνού τύπου». Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση των συνθηκών λειτουργίας των δομών θεραπείας στεγνού τύπου. Ονομαζόμαστε Κιουτσοκιάζογλου Μερόπη και Μαράγγου Αντιγόνη και είμαι φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος. Σας δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η συμμετοχή σας στην ερευνητική διαδικασία πραγματοποιείται σύμφωνα με τις προδιαγραφές του απορρήτου και της ανωνυμίας. Οι πληροφορίες που θα συλλέξουμε θα χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς σκοπούς και για κανέναν άλλο σκοπό. Η συμμετοχή σας για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί 2 έως 5 λεπτά. Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη για εμάς.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Οι σπουδάστριες
Κιουτσοκιάζογλου Μερόπη
Μαράγγου Αντιγόνη

Γ.3: Έντυπο συγκατάθεσης προς τους συμμετέχοντες

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ ΣΤΗΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος _____, _____,
δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως για τον σκοπό της έρευνας, την ερευνητική διαδικασία
καθώς και για την διασφάλιση των προσωπικών μου δεδομένων.

Η συναίνεση στις ανωτέρω διαδικασίες αποτελεί προϋπόθεση για τη συμμετοχή του
ερωτώμενου στην εν λόγω ερευνητική διαδικασία σύμφωνα με τις διατάξεις περι Προστασίας
Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα.

Ο συναινών

(Ημερομηνία – Υπογραφή)

Παράρτημα Δ : Στεγνά θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην εντατική ψυχοκοινωνική θεραπεία, χωρίς τη χρήση υποκατάστατων και έχουν στόχο την απεξάρτηση των χρηστών από όλες τις ουσίες και την πλήρη κοινωνική επανένταξή τους. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, ακόμα και για αυτά που τελικά θα αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (ΣΤΕΓΝΑ)

ΑΤΤΙΚΗ

1. [ΚΕΘΕΑ - ΠΛΕΥΣΗ](#) Ιστοσελίδα του Δικτύου Έγκαιρης Παρέμβασης ΠΛΕΥΣΗ του ΚΕ.Θ.Ε.Α για έφηβους χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους. Λειτουργεί στην Αττική από τον Μάιο του 1996. Απευθύνεται τόσο σε εφήβους έως 21 ετών, οι οποίοι κάνουν πειραματική, περιστασιακή, ή και πιο συστηματική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, όσο και στις οικογένειές τους. Υπηρεσίες παρέχονται επίσης στους νέους που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τη χρήση του Διαδικτύου και στις οικογένειές τους (<http://www.kethea.gr/>).
2. [ΚΕΘΕΑ - ΣΤΡΟΦΗ](#) Ιστοσελίδα του Δικτύου Υπηρεσιών ΣΤΡΟΦΗΣ, του ΚΕ.Θ.Ε.Α. για έφηβους χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους. Λειτουργεί στην Αττική από το 1988. Απευθύνεται τόσο σε εφήβους έως 21 ετών, οι οποίοι κάνουν συστηματική χρήση & κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών ή είναι εξαρτημένοι από αυτές, όσο και στις οικογένειές τους (<http://www.kethea.gr/>).
3. [ΚΕΘΕΑ - ΔΙΑΒΑΣΗ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1990 στην Αθήνα. Απευθύνεται σε ενήλικους χρήστες ουσιών και στις οικογένειές τους. Υπήρξε το πρώτο πρόγραμμα ημερήσιας εξωτερικής παρακολούθησης ενηλίκων στην Ελλάδα. Προέκυψε από την ανάγκη παροχής υπηρεσιών σε εξαρτημένους που είναι κοινωνικά ενταγμένοι (<http://www.kethea.gr/>).
4. [ΚΕΘΕΑ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ είναι θεραπευτικό πρόγραμμα για χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, απευθύνεται σε άτομα άνω των 21 ετών και τις οικογένειές τους και στοχεύει στην απεξάρτηση, στην εκπαίδευση και στην κοινωνική επανένταξη των μελών του (<http://www.kethea.gr/>).
5. [ΚΕΘΕΑ - ΝΟΣΤΟΣ/ΕΞΑΝΤΑΣ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ – ΕΞΑΝΤΑΣ, με έδρα τον Πειραιά, αποτελεί ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών για τη θεραπεία και πρόληψη της εξάρτησης. Σήμερα καλύπτει τις ανάγκες ενηλίκων και εφήβων χρηστών ναρκωτικών και των οικογενειών τους με μονάδες στον Πειραιά, την Ελευσίνα και τη Μυτιλήνη (<http://www.kethea.gr/>).
6. [ΚΕΘΕΑ – MOSAIC](#) Το ΚΕΘΕΑ MOSAIC προσφέρει εξατομικευμένη ενημέρωση, συμβουλευτική, ψυχολογική στήριξη και φροντίδα της υγείας σε εξαρτημένους μετανάστες, προετοιμάζοντας όσους το επιθυμούν για ένταξη σε διαδικασία ψυχικής απεξάρτησης. Καλύπτει επίσης ευρύτερες ανάγκες κοινωνικής φροντίδας και υποστήριξης των εξαρτημένων, μέσα από δικτύωση με υπηρεσίες, νομική ενημέρωση, μαθήματα ελληνικών κ.ά. (<http://www.kethea.gr/>).
7. [ΚΕΘΕΑ - ΑΛΦΑ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ έχει έδρα την Αθήνα και απευθύνεται σε άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τις «νόμιμες» εξαρτήσεις - οι οποίες συχνά δεν αναγνωρίζονται ως πρόβλημα: το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια. Το πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ παρέχει εξατομικευμένη θεραπεία σε εξωτερική βάση (<http://www.kethea.gr/>).

8. [ΚΕΘΕΑ - ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ με έδρα την Αθήνα απευθύνεται σε φυλακισμένους και αποφυλακισμένους χρήστες ουσιών. Στο Ψυχιατρικό Κατάστημα, τις Δικαστικές και τις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού, στον Ελεώνα Θηβών και στο Νοσοκομείο Κρατουμένων Κορυδαλλού «Άγιος Παύλος», το ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ πραγματοποιεί προγράμματα συμβουλευτικής υποστήριξης κρατουμένων. Στόχος τους είναι η ενημέρωση γύρω από την εξάρτηση και τη θεραπευτική της αντιμετώπιση, η μείωση της βλάβης που έχει προκληθεί από τη χρήση και η προετοιμασία για ένταξη σε θεραπευτική δομή εντός ή εκτός φυλακής -εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις που θέτει ο νόμος (<http://www.kethea.gr/>).
9. [ΚΕΘΕΑ – ΕΞΕΛΙΞΙΣ](#) Λειτουργεί από το 1995 στην Αθήνα με κυρίως στόχο την παροχή υπηρεσιών σε χρήστες που δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε διαδικασία απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης ή είναι περιθωριοποιημένοι και αποκομμένοι από τις κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει δημιουργήσει ένα πολύπλευρο δίκτυο υπηρεσιών μέσω του οποίου έρχεται σε επαφή με εξαρτημένα άτομα που συχνά έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες (άστεγοι, εκδιδόμενες γυναίκες, εθνικές μειονότητες). Οι μονάδες του ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ βρίσκονται στις περιοχές των Εξαρχείων και της Ομόνοιας με στόχο τη διευκόλυνση της πρόσβασης του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται στις υπηρεσίες του (<http://www.kethea.gr/>).
10. [ΑΤΡΑΠΟΣ](#) Ο ΟΚΑΝΑ δημιούργησε το 2002 στην Αθήνα, τη Μονάδα Εφήβων/Νεαρών Ενήλικων «Ατραπός» με σκοπό την προώθηση ενός εναλλακτικού μοντέλου ζωής που δεν περιλαμβάνει τη χρήση ουσιών. Η «Ατραπός» απευθύνεται: Σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες έως 24 ετών, ανεξαρτήτως φύλου, θρησκείας ή εθνικότητας που κάνουν πειραματική, περιοδική ή συστηματική χρήση νόμιμων και/ή παράνομων ουσιών. Σε οικογένειες εφήβων/νέων που κάνουν χρήση ουσιών και στο ευρύτερο περιβάλλον τους. Σε φορείς της ευρύτερης κοινότητας (σχολεία, αθλητικούς συλλόγους, κ.ά) που έρχονται σε επαφή με εφήβους και αντιμετωπίζουν περιστατικά χρήσης ουσιών, με στόχο την ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας (<http://www.okana.gr/>).
11. [Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ](#) Το «στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα «Αθηνά» προέκυψε από τη συνεργασία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με τον ΟΚΑΝΑ. Ξεκίνησε τη λειτουργία του το Μάιο του 1998 και αποτελεί μετεξέλιξη του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου για Ουσιοεξαρτημένα Άτομα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών που λειτουργούσε από το 1988. Απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ ηλικίας άνω των 18 ετών καθώς και στις οικογένειες και τους συγγενείς των χρηστών (<http://www.okana.gr/>).
12. [Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης, ΟΚΑΝΑ](#) Οι παρεμβάσεις των υπηρεσιών της Μονάδας Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης είναι παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης από τη χρήση ουσιών και στοχεύουν στην πρόληψη και την κάλυψη των άμεσων αναγκών υγείας καθώς και στην πρόληψη της διάδοσης νοσημάτων, όπως οι ηπατίτιδες, το AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η ΜΑΒΥ, με τα ειδικά εξοπλισμένα και στελεχωμένα ιατρεία της παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίοι έχουν ανάγκη από εξειδικευμένη περίθαλψη. Οι δραστηριότητες των υπηρεσιών της Μονάδας είναι εξαιρετικά σημαντικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι οι ενεργοί χρήστες είναι ιδιαίτερα δύσκολοι ασθενείς και πολλές φορές είναι ανεπιθύμητοι στις υπηρεσίες παροχής υγείας (<http://www.okana.gr/>).
13. [Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων, ΟΚΑΝΑ](#) Ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων, που ξεκίνησε να λειτουργεί τον Απρίλιο του 2003, αποτελεί ένα οικείο, φιλικό και ασφαλές περιβάλλον ποικίλων δραστηριοτήτων, το οποίο παρέχει σε ενεργούς χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών -που δεν είναι ενταγμένοι σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα- τη δυνατότητα να καλύψουν βασικές ανάγκες

υγιεινής και ασφάλειας, να λάβουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη για να επιτύχουν θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά τους και να απασχοληθούν δημιουργικά σε ποικίλες δραστηριότητες (<http://www.okana.gr/>).

14. Πρόγραμμα Απεξάρτησης, ΘΗΣΕΑΣ Η ανοιχτή θεραπευτική κοινότητα «Θησέας», ξεκίνησε να λειτουργεί από το 1990 στον δήμο Καλλιθέας, είναι μια δημοτική πρωτοβουλία που στοχεύει στην καταπολέμηση του προβλήματος. Το πρόγραμμά διαρκεί περίπου δύο χρόνια. Η απεξάρτηση πραγματοποιείται μέσω της ψυχοθεραπείας, εργοθεραπείας και δραματοθεραπείας. Επιπλέον, λειτουργούν ομάδες φωτογραφίας, χειροτεχνίας (κοσμήματα, κεριά), ζωγραφικής, χορού και δραματοθεραπείας (<http://www.okana.gr/>).
15. Υπηρεσία Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτητικών Καταστάσεων (Πρόγραμμα «Ιάσων») Η Υπηρεσία δέχεται ψυχικά πάσχοντες με εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες ή/και αλκοόλ ηλικίας 11-65 ετών από όλη την επικράτεια με συμμετοχή μέλους της οικογένειας ή συγγενούς. Στο πλαίσιο της διαγνωστικής αξιολόγησης και θεραπευτικής προσπέλασης διενεργούνται εργαστηριακές εξετάσεις ούρων προκειμένου για την ανίχνευση ψυχοδραστικών ουσιών. Το Πρόγραμμα Απεξάρτησης περιλαμβάνει Συμβουλευτικό Σταθμό και Κέντρο Ημέρας. Η θεραπευτική προσέγγιση συνίσταται σε ενημέρωση, πρόληψη και αντιμετώπιση της εξάρτησης, των συνεπειών της χρήσης (μετάδοσης ανοσοκατασταλτικών νοσημάτων, μείωσης προσδόκιμου ζωής), συμπεριφοριστική προσέγγιση, υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Εξετάζεται η φαρμακευτική αντιμετώπιση συνοδών ψυχικών νοσημάτων (<http://www.ekepsye.gr/web/guest/jason>).
16. Μονάδα Απεξάρτησης 18ΑΝΩ – Ψ.Ν.Α Μονάδα Απεξάρτησης Αλκοολικών – Τοξικομανών 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής άρχισε να λειτουργεί από το 1969 έως το 1995 που χωρίστηκε σε δύο ανεξάρτητα τμήματα Αλκοολικών και Τοξικομανών τα οποία βρίσκονται πλέον σε ξεχωριστά κτίρια μέσα στο νοσοκομείο. Το 1993 ξεκίνησε η λειτουργία του 10ου Περιπτέρου ως τμήμα Σωματικής Αποτοξίνωσης το οποίο έπαψε να λειτουργεί το 1997 ενώ από τότε έως σήμερα λειτουργεί εκεί το πρόγραμμα απεξάρτησης αλκοολικών. Η μονάδα απεξάρτησης των ουσιοεξαρτώμενων χωρίζονται σε τέσσερις υποτομείς :

1^ος Υποτομέας:

- [Συμβουλευτικός Σταθμός Αντρών \(Α\)](#)
- [Τμήμα Εμψύχωσης – Ευαισθητοποίησης](#)
- [Πρόγραμμα Φυλακών](#)
- [Πρόγραμμα Υποδοχής Μεταναστών](#)
- [Ανοιχτό Πρόγραμμα](#)
- [Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Αντρών \(Α' κλειστό\)](#)
- Κοινωνική Επανάταξη Αντρών (Α)

2^ος Υποτομέας :

- [Συμβουλευτικός Σταθμός Αντρών \(Β\)](#)
- [Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Αντρών \(Β' κλειστό\)](#)
- [Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης Αντρών \(Γ' κλειστό\)](#)
- Κοινωνική Επανάταξη Αντρών (Β)
- Ξενώνας Κοινωνικής Επανάταξης Αντρών

3^ος Υποτομέας :

- Κέντρο Υποδοχής Εξαρτημένων Γυναικών
- Ειδικό Πρόγραμμα Γυναικών (Κλειστό)
- Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων και Παιδιών
- Κοινωνική Επανένταξη Γυναικών και Μητέρων
- Ξενώνας Κοινωνικής Επανένταξης Γυναικών

4^{ος} Υποτομέας :

- Τμήμα Εφήβων Νέων
- Κέντρο Ημέρας Εφήβων – Νέων
- Ανοιχτή Γραμμή Βοήθειας
- Κέντρο Συμβουλευτικής Γονέων, Εφήβων – Νέων
(<http://www.18ano.gr>)

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

1. [ΚΕΘΕΑ - ΙΘΑΚΗ](#) Ιδρύθηκε το 1983 με τη δημιουργία της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας για χρήστες ουσιών στην Ελλάδα. Η επιτυχής λειτουργία του άνοιξε τον δρόμο για την θεραπεία και κοινωνική επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων στην χώρα μας. Είναι πρόγραμμα διαμονής για ενήλικες χρήστες και τους γονείς τους (<http://www.kethea.gr/>).
2. [ΚΕΘΕΑ - ΑΝΑΔΥΣΗ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΑΝΑΔΥΣΗ λειτουργεί στη Θεσσαλονίκη από το 2001 και καλύπτει όλη την περιοχή της Βόρειας Ελλάδας. Υποστηρίζει εφήβους και νέους (13-21 χρονών) που κάνουν περιστασιακή ή συστηματική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και τις οικογένειές τους (<http://www.kethea.gr/>).
3. [ΚΕΘΕΑ - ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής, ψυχολογικής υποστήριξης και επανένταξης σε φυλακισμένους και αποφυλακισμένους χρήστες ουσιών στη Βόρεια Ελλάδα. Το Κέντρο Υποδοχής και Επανένταξης του ΚΕΘΕΑ ΠΡΟΜΗΘΕΑΣ απευθύνεται σε αποφυλακισμένους από όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα της χώρας. Πρόκειται για θεραπευτικό πρόγραμμα ημερήσιας φροντίδας με στόχο την απεξάρτηση και την ομαλή κοινωνική επανένταξη. Στο πλαίσιο του λειτουργούν ομάδες κινητοποίησης για θεραπεία, ομάδες θεραπείας και ομάδες επανένταξης. Παρέχεται επίσης υποστήριξη και ενημέρωση για νομικά και εργασιακά θέματα, δυνατότητα εκπαίδευσης στο Εναλλακτικό Σχολείο του ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ, καθώς και συμβουλευτική σε άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος των αποφυλακισμένων (<http://www.kethea.gr/>).
4. [ΚΕΘΕΑ - Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γονέων](#)
Δημιουργήθηκε το 2001 και προσφέρει υπηρεσίες σε εξαρτημένους γονείς παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Δίνει τη δυνατότητα ένταξης σε μακροχρόνια θεραπευτική διαδικασία, παρέχοντας, συγχρόνως, λύση στο θέμα της φύλαξης και φροντίδας των παιδιών. Το πρόγραμμα είναι εξωτερικής παρακολούθησης και οι γονείς μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται και να μένουν στο σπίτι τους. Για τις ώρες που είναι απασχολημένοι (εργασία, θεραπευτικές διαδικασίες) υπάρχει ειδικά διαμορφωμένος χώρος φύλαξης και δημιουργικής απασχόλησης των παιδιών. Εκεί προσφέρονται δραστηριότητες οργανωμένου παιχνιδιού, κουκλοθέατρου, θεατρικού παιχνιδιού, μουσικοκινητικής και εικαστικών (<http://www.kethea.gr/>).
5. [Μονάδες Εξαρτήσεων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης](#)
Ψυχοκοινωνικός - Θεραπευτικός και Συμβουλευτικός Σταθμός για Άτομα Εξαρτημένα από Αλκοόλ, Φάρμακα και Τυχερά Παιχνίδια. Τμήμα Αποκατάστασης

Τοξικοεξαρτημένων. Εναλλακτικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα "ΑΡΓΩ". Μονάδες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (<http://www.argothes.gr>).

6. Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας στο Αριστοτέλιο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Είναι ερευνητικό πρόγραμμα υπό την εποπτεία του τομέα Κοινωνικής και Κλινικής Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) (<http://www.okana.gr/>).

ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ – ΘΡΑΚΗ

1. ΚΕΘΕΑ - ΚΙΒΩΤΟΣ Το ΚΕΘΕΑ ΚΙΒΩΤΟΣ δημιουργήθηκε ύστερα από αιτήματα φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης της Ανατολικής Μακεδονίας και της Θράκης. Έχει τη δυνατότητα να προσφέρει υπηρεσίες σε διαφορετικές εθνικές και θρησκευτικές ομάδες, με γνώση και σεβασμό απέναντι στα πολιτισμικά και γλωσσικά τους χαρακτηριστικά. Στο πλαίσιο του ΚΕΘΕΑ ΚΙΒΩΤΟΣ λειτουργούν τρία Συμβουλευτικά Κέντρα, στην Καβάλα, στην Αλεξανδρούπολη και στην Κομοτηνή, τα οποία στεγάζονται σε κτήρια παραχωρημένα από τις τοπικές δημοτικές αρχές. Τα Κέντρα προσφέρουν στους χρήστες ναρκωτικών υπηρεσίες ενημέρωσης, συμβουλευτικής υποστήριξης και τη δυνατότητα προετοιμασίας των ενδιαφερόμενων για ένταξη σε Θεραπευτική Κοινότητα. Το 2009 ξεκίνησε στην Καβάλα η λειτουργία Θεραπευτικής Κοινότητας σε κτήριο παραχωρημένο από το δήμο, ώστε να μην χρειάζεται οι εξαρτημένοι να μετακινούνται σε άλλη πόλη για να ενταχθούν στην κύρια φάση θεραπείας. Επίσης, στην Αλεξανδρούπολη παρέχονται υπηρεσίες θεραπείας σε εργαζόμενους χρήστες ναρκωτικών (<http://www.kethea.gr/>).

ΘΕΣΣΑΛΙΑ

1. ΚΕΘΕΑ – ΕΞΟΔΟΣ Το ΚΕΘΕΑ ΕΞΟΔΟΣ λειτουργεί από το 1989 στη Λάρισα. Παρέχει υπηρεσίες κινητοποίησης για θεραπεία, θεραπείας, εκπαίδευσης-κατάρτισης και κοινωνικής επανένταξης, καθώς και υπηρεσίες οικογενειακής συμβουλευτικής και υποστήριξης. Διαθέτει Συμβουλευτικό Κέντρο στη Λάρισα, όπου γίνεται η προετοιμασία για ένταξη στη Θεραπευτική Κοινότητα διαμονής ΕΞΟΔΟΣ (60 θέσεων), η οποία βρίσκεται λίγο έξω από την πόλη. Στη Λάρισα λειτουργούν επίσης το Κέντρο Κοινωνικής Επανεκπαίδευσης και το Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης του προγράμματος (<http://www.kethea.gr/>).
2. ΚΕΘΕΑ - ΠΙΛΟΤΟΣ Στην απεξάρτηση εφήβων και ενηλίκων στοχεύει από το 2003 το ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ στο Βόλο. Επιμέρους στόχοι του προγράμματος είναι η ενίσχυση της αυτο-αποτελεσματικότητας των μελών, η επανασύνδεσή τους με την εκπαίδευση, η εργασιακή τους ένταξη, η δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους, καθώς και η βελτίωση της επικοινωνίας και της λειτουργικότητας του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (<http://www.kethea.gr/>).
3. Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας Λάρισας Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας Λάρισας παρέχει ολοκληρωμένη υποστήριξη σε ανθρώπους με πρόβλημα εξάρτησης από νόμιμες (αλκοόλ) και παράνομες (ναρκωτικά) ψυχοτρόπες ουσίες και σε μέλη του συγγενικού και φιλικού τους περιβάλλοντος. Η ένταξη και ο χρόνος εμπλοκής του ατόμου στις δράσεις του προγράμματος εξατομικεύεται με βάση τη διαθεσιμότητα και τις ανάγκες του ίδιου του ατόμου στη δεδομένη χρονική στιγμή (<http://www.selfhelp.gr/>).

ΚΡΗΤΗ

1. [ΚΕΘΕΑ - ΑΡΙΑΔΝΗ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ, με έδρα την πόλη του Ηρακλείου, διαθέτει ένα ευρύ δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Κρήτη για ενήλικες και έφηβους χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους. Στο Ηράκλειο για τους ενήλικες λειτουργούν Συμβουλευτικό Κέντρο, Θεραπευτική Κοινότητα, Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης και Κέντρο Οικογενειακής Υποστήριξης. Επίσης, για τα μέλη του που προέρχονται από άλλες περιοχές της Κρήτης, το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ διαθέτει Ξενώνα φιλοξενίας. Το 2003 δημιουργήθηκε και η Μονάδα Εφήβων, προκειμένου να ανταποκριθεί στα αιτήματα υποστήριξης από εφήβους και οικογένειες. Στις δράσεις του ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ περιλαμβάνεται και η λειτουργία προγραμμάτων στις Δικαστικές Φυλακές Χανίων και Νεάπολης, στην Κλειστή Φυλακή Ν. Αλικαρνασσού και στις Αγροτικές Φυλακές Αγιάς Χανίων. Σε συνέχεια αιτημάτων της τοπικής κοινωνίας και σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, δημιουργήθηκαν τα τελευταία χρόνια Συμβουλευτικά Κέντρα για χρήστες ουσιών και τις οικογένειές τους και σε άλλους νομούς της Κρήτης, στον Άγιο Νικόλαο και τα Χανιά (<http://www.kethea.gr/>).
2. [Πρόγραμμα Πολλαπλής Παρέμβασης Ρεθύμνου](#) Το Θεραπευτικό «Πρόγραμμα Πολλαπλής Παρέμβασης» μαζί με τη Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης Ρεθύμνου αποτελούν το Τοπικό Δίκτυο Παροχής Υποστήριξης Ρεθύμνου του ΟΚΑΝΑ. Το «Πρόγραμμα Πολλαπλής Παρέμβασης» ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Ιούνιο του 2012 και αποτελεί μετεξέλιξη της Μονάδας Εφήβων Ρεθύμνου (η οποία λειτουργούσε από το 2003) και του Συμβουλευτικού Σταθμού Ενηλίκων Ρεθύμνου (ο οποίος λειτουργούσε από το 2009). Είναι ένα στεγνό θεραπευτικό πρόγραμμα εξωτερικής παραμονής και απευθύνεται σε έφηβους και ενήλικες χρήστες ναρκωτικών και αλκοόλ όλων των ηλικιών καθώς και στις οικογένειές τους (<http://www.okana.gr/>).
3. [Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας στα Χανιά](#) Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας Χανίων βασίζεται στην δωδεκαετή εμπειρία λειτουργίας του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας Θεσσαλονίκης, το οποίο αποτελεί τη μοναδική κρατική πρόταση υποστήριξης των πρωτοβουλιών αλληλοβοήθειας των άμεσα ενδιαφερομένων πολιτών στην αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης και άλλων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (<http://www.selfhelp.gr>).
4. [Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας στη Σητεία](#) Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας Σητείας είναι ένα πρόγραμμα υπό την εποπτεία του Τομέα Κοινωνικής και Κλινικής Ψυχολογίας του Τμήματος Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.). Ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2008 με την υποστήριξη και τη χρηματοδότηση της Αστικής μη Κερδοσκοπικής Εταιρίας «Κόντρα» και από το 2010 του Δήμου Σητείας. Από το 2013 το Πρόγραμμα χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) (<http://www.selfhelp.gr>).
5. [Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών Χανίων](#) Το δίκτυο θεραπευτικών υπηρεσιών Χανίων περιλαμβάνει: Ιατρείο Εφήβων: έχει ως στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων (ναρκωτικά, αλκοόλ, internet κ.τ.λ.) και το Αλκοολογικό Ιατρείο: έχει ως στόχο τη ψυχική και σωματική απεξάρτηση ατόμων εξαρτημένων από το αλκοόλ, άνω των 18 ετών, με κύρια θεραπευτική προσέγγιση την ψυχοθεραπεία. Στοχεύει, επίσης, στην θεραπευτική παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον δίνοντας τη δυνατότητα να συμμετέχουν συγγενείς στην

ψυχοθεραπευτική διαδικασία και στην αποκατάσταση του ατόμου (<http://www.okana.gr/>).

ΠΑΤΡΑ

1. [ΚΕΘΕΑ - ΟΞΥΓΟΝΟ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ στην Πάτρα δημιουργήθηκε το 2002, ύστερα από αίτημα της τοπικής αυτοδιοίκησης. Παρέχει υπηρεσίες ενημέρωσης, συμβουλευτικής, απεξάρτησης και επανένταξης στους έφηβους και νεαρούς ενήλικες της πόλης με πρόβλημα χρήσης ουσιών από ψυχοτρόπες ουσίες, καθώς και υποστήριξη στις οικογένειές τους. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε θέματα εκπαίδευσης και επαγγελματικής απασχόλησης (<http://www.kethea.gr/>).
2. [ΓΕΦΥΡΑ](#) Το Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών «Γέφυρα» του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) λειτουργεί στην Πάτρα από τον Οκτώβριο του 1998. Δημιουργήθηκε με δεδομένο την αναγκαιότητα που υπήρχε στην Νοτιοδυτική Ελλάδα για παροχή δυνατότητας απεξάρτησης σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών. Οι θεραπευμένοι ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία μεταξύ 18-40 ετών (<http://www.kethea.gr/>).

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

1. [ΚΕΘΕΑ - ΗΠΕΙΡΟΣ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΗΠΕΙΡΟΣ δημιουργήθηκε το 2007 μετά από αίτημα των φορέων της πόλης. Σήμερα διαθέτει ένα δίκτυο θεραπευτικών υπηρεσιών στα Ιωάννινα, την Ηγουμενίτσα και την Άρτα που μπορεί να αντιμετωπίσει ολοκληρωμένα το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών (<http://www.kethea.gr/>).

ΚΑΛΑΜΑΤΑ

1. [ΚΕΘΕΑ - ΚΥΤΤΑΡΟ](#) Το ΚΕΘΕΑ ΚΥΤΤΑΡΟ, με έδρα την Καλαμάτα, λειτουργεί από το 2009 με στόχο να καλύψει τις ανάγκες των εξαρτημένων χρηστών ναρκωτικών και των οικογενειών τους στη νότια Πελοπόννησο. Είναι θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής και απευθύνεται σε ενήλικες (<http://www.kethea.gr/>).

ΜΥΤΙΛΗΝΗ

1. [ΚΕΘΕΑ - ΜΥΤΙΛΗΝΗ](#) Μονάδα Συμβουλευτικής και Επανένταξης του ΚΕΘΕΑ στη Μυτιλήνη δημιουργήθηκε το Νοέμβριο του 2008 και απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών και τις οικογένειές τους. Η Μονάδα λειτουργεί σε κτήριο που έχει παραχωρήσει η Νομαρχία Λέσβου (<http://www.kethea.gr/>).