



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

# **«ΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ»**

**Πετράτου Διονυσία**

**Παππά Νικολέτα**

**Υπεύθυνος εκπαιδευτικός:**

**Δρ. Δρίτσας Ιωάννης**

**Πάτρα- 2018**



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

SCHOOL OF HEALTH AND CARING PROFESSIONS

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

## **SENIOR THESIS**

### **«AN EMPIRICAL APPROACH OF SUBSTITUTION TREATMENT»**

**Petratou Dionysia**

**Pappa Nikoleta**

**Submitted to Professor**

**Dr.Dritsas Iwannis**

**Patra-2018**

## Περιεχόμενα

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	1
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ.....	5
ABSTRACT.....	6
KEYWORDS.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	10
ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ ΕΠΗΔΙΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	10
2.1 Εισαγωγή.....	10
2.2 Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες.....	12
2.3 Εξαρτησιογόνες Ουσίες.....	13
2.4 Διάδοση των Ψυχοτρόπων Ουσιών.....	15
2.5 Οικονομική κρίση και εξαρτήσεις.....	16
2.6 Ουσιοεξάρτηση στην Ελλάδα.....	18
2.7 Η κατάχρηση ουσιών, κίνδυνοι και αυτοκτονία.....	20
Ανακεφαλαίωση.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ.....	22
Εισαγωγή.....	22
3.1 Το προφίλ του χρήστη.....	22
3.2 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	24
3.3 Το περιβάλλον του χρήστη.....	27
3.3.1 Σχολικό Πεδίο.....	27
3.3.2 Ομάδες συνομηλίκων.....	28
3.4 Ψυχιατρικές διαταραχές.....	30
3.5 Η οικογένεια του τοξικοεξαρτημένου.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> : ΚΥΡΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....	36
4.1 Η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης: εννοιολογική προσέγγιση.....	36
4.1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της θεραπείας.....	36
4.1.2 Θεραπεία: Αλλαγή του τρόπου ζωής.....	36
4.2 Ιστορική αναδρομή στη θεραπεία των εξαρτήσεων.....	38
4.3 Βασικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.....	41
4.3.1 Ιστορική αναδρομή θεραπευτικών μονάδων στην Ελλάδα.....	41
4.3.2 Βασικές μορφές θεραπευτικών δομών/υπηρεσιών.....	41
4.3.3 Βασικοί τύποι θεραπευτικών προγραμμάτων/δομών στην Ελλάδα.....	42

4.4 Στόχοι των βασικών προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης.....	46
4.4.1 Ψυχοκοινωνικά προγράμματα παρέμβασης.....	46
4.4.2 Προγράμματα θεραπείας με υποκατάστατα.....	47
4.4.3 Μονάδες Σωματικής Αποτοξίνωσης.....	49
4.5 Οι βασικές αρχές των θεραπευτικών προγραμμάτων.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Προγράμματα με υποκατάστατα στην Ελλάδα.....	56
5.1 Θεραπεία Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης.....	56
5.2 ΟΚΑΝΑ: Ταυτότητα και σύντομη ιστορία.....	59
5.3 Το Πλαίσιο Λειτουργίας.....	64
5.3.1 Σύντομη παρουσίαση του προγράμματος υποκατάστασης.....	64
5.3.2 Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ.....	64
5.4 Υπηρεσίες μείωσης της βλάβης.....	68
5.4.1 Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης (MABY).....	68
5.4.2 Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων (Σ.Φ.Ε.Α).....	69
5.4.3 Τηλεφωνική Γραμμή SOS 1031.....	71
5.5 Δράσεις Κοινωνικής Επανάταξης.....	72
5.5.1 Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης.....	72
5.5.2 Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ).....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Προγράμματα με υποκατάστατα στην Ευρώπη.....	77
6.1 Εισαγωγή.....	77
6.2 Ιστορική εξέλιξη: Εισαγωγή των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ευρώπη.....	79
6.2.1 Εισαγωγή των ουσιών υποκατάστασης στην Ευρώπη.....	81
6.3 Νέες τάσεις των προγραμμάτων υποκατάστασης στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 <sup>ο</sup> : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ.....	91
7.1 Ιστορική και εννοιολογική προσέγγιση.....	91
7.2 Η Αυτοβοήθεια στην Ελλάδα.....	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 <sup>ο</sup> : ΕΡΕΥΝΑ.....	97
8.1 Σκοπός έρευνας.....	97
8.2 Μεθοδολογία έρευνας.....	98
8.3 Αποτελέσματα έρευνας.....	99
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	107
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	111
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	118

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Γράφημα 6.1 Δομές θεραπείας για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης ανά τύπο παρέμβασης (2000-2015).....	44
Γράφημα 6.10 Δυναμικότητα, εξαρτημένοι που βρίσκονται ήδη υπό θεραπεία και εισαγωγές σε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα (2015) .....	47
Γράφημα 6.3 Διαχρονική τάση του αριθμού των θεραπευομένων για κάθε τύπο παρέμβασης (2002-2015).....	49
Γράφημα 6.5 Δυναμικότητα, εξαρτημένοι που συνεχίζουν τη θεραπεία από το 2014 και εισαγωγές το 2015 σε ΘΜΦΑΕ (2015) .....	67
Γράφημα 6.6 Διαχρονική τάση της δυναμικότητας και του αριθμού των θεραπευομένων στις ΘΜΦΑΕ (2002-2015).....	74
Γράφημα 6.7 Γεωγραφική κατανομή του αριθμού των θεραπευομένων στις ΘΜΦΑΕ(2015) .....	75
Γράφημα 6.8 Διαχρονική τάση του αριθμού των χρηστών που βρίσκονται στη λίστα αναμονής για ένταξη στο πρόγραμμα ΘΜΦΑΕ του ΟΚΑΝΑ ανά γεωγραφική κατανομή (2005-2015).....	76
Πίνακας 2 Εισαγωγή των θεραπειών υποκατάστασης στην Ε.Ε.....	80
Πίνακας 1 Ουσίες υποκατάστασης που χρησιμοποιούνται στην Ε.Ε.....	82
Διάγραμμα 3.3 Τάσεις ως προς το ποσοστό των χρηστών που εισάγονται σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για τα ναρκωτικά ανά κύρια ουσία χρήσης....	84
Διάγραμμα 3.4 Χρήστες σε θεραπεία για τα ναρκωτικά στην Ευρώπη το 2015, ανά πλαίσιο .....	86
Διάγραμμα 3.5 Κάλυψη θεραπείας υποκατάστασης οπιοειδών(ποσοστό εκτιμώμενων χρηστών οπιοειδών υψηλού κινδύνου που επωφελούνται της παρέμβασης).....	88
Διάγραμμα 3.6 Συχνότερα συνταγογραφούμενο φαρμακευτικό υποκατάστατο οπιοειδών.....	89
Διάγραμμα 3.7 Ποσοστό προβληματικών χρηστών οπιοειδών σε θεραπεία (εκτίμηση).....	90

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή για την πολύτιμη καθοδήγησή του κύριο Δρ. Δρίτσα Ιωάννη. Η ολοκλήρωση της εργασίας δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί με την ίδια ευκολία χωρίς την καθοδήγηση του επόπτη μας, αλλά και χωρίς τις γνώσεις και δεξιότητες που αποκομίσαμε από τους υπόλοιπους καθηγητές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Δυτικής Ελλάδος, όλα αυτά τα χρόνια. Με την θέληση για διδασκαλία, την υπομονή και την επιμονή τους καταφέραμε να πάρουμε τα απαραίτητα εφόδια, προκειμένου να διεκπεραιώσουμε την μελέτη και την έρευνα μας

Θερμές ευχαριστίες θα θέλαμε να εκφράσουμε σε όλους τους φοιτητές που δέχτηκαν και αφιέρωσαν χρόνο προκειμένου να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια που τους μοιράστηκαν.

Τέλος, οφείλουμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή μας εργασία στους γονείς μας που μας συμπαράσταθηκαν όλα τα χρόνια της φοίτησης μας στο Α.Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδος.

## ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ

<b>ΕΠΨΥ</b>	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
<b>ΕΚΤΕΠΝ</b>	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά
<b>ΕΚΠΝΤ</b>	Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας
<b>Θ.Φ.Α.Ε</b>	Θεραπεία Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης
<b>ΚΕΘΕΑ</b>	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
<b>ΚΕΕΛΠΝΟ</b>	Κέντρο Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων
<b>Κ.λπ./Κ.τ.λ</b>	Και λοιπά / Και τα λοιπά
<b>ΚΥΕΠ</b>	Κέντρο Υποδοχής Ενημέρωσης και Προσανατολισμού
<b>Ν.</b>	Νόμος
<b>Ν.Δ</b>	Νομικό Διάταγμα
<b>ΟΚΑΝΑ</b>	Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
<b>ΠΟΥ</b>	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
<b>ΦΕΚ</b>	Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως
<b>EMCDDA</b>	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
<b>LAAM</b>	Levacetylmethadol

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία μελετά την παρούσα κατάσταση της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα καθώς επίσης παρουσιάζει τις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ακόμα, επικεντρώνεται στα προγράμματα θεραπευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Απαρτίζεται από δύο μέρη, εκ των οποίων το πρώτο μέρος είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση και το δεύτερο μέρος είναι η ερευνητική διαδικασία.

Το **πρώτο μέρος** και συγκεκριμένα το **πρώτο κεφάλαιο** της παρούσας εργασίας αποτελείται από την εισαγωγή, στην οποία γίνονται αναφορές σχετικές με το πρόβλημα των ναρκωτικών και γενικότερα της ουσιοεξάρτησης. Στο **δεύτερο κεφάλαιο** παρουσιάζεται, πιο αναλυτικά, το πρόβλημα της εξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες καθώς επίσης και επιδημιολογικά στοιχεία που σχετίζονται με το προφίλ του χρήστη.

Στο **τρίτο κεφάλαιο**, αναπτύσσεται ο ορισμός του χρήστη ενώ δίνονται εκτενείς πληροφορίες σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες της ουσιοεξάρτησης και το περιβάλλον του χρήστη, ευρύτερο και μη, το οποίο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο.

Στο **τέταρτο κεφάλαιο**, γίνεται αναφορά στις κύριες θεραπευτικές προσεγγίσεις παρουσιάζοντάς την εφαρμογή τους ανά το πέρασμα των χρόνων. Εν συνεχεία, αναλύονται οι βασικές μορφές θεραπευτικών δομών/υπηρεσιών στην Ελλάδα και οι επιμέρους στόχοι τους. Τέλος, παρουσιάζονται οι βασικές αρχές των θεραπευτικών προγραμμάτων. Το **πέμπτο κεφάλαιο**, επικεντρώνεται στα προγράμματα με υποκατάστατα στην Ελλάδα. Αρχικά, γίνεται αναφορά στο νομοθετικό πλαίσιο που σχετίζεται με τη θεραπεία φαρμακευτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης και εν



συνεχεία παρουσιάζεται αναλυτικά ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ) και το πλαίσιο λειτουργίας του.

Στο **έκτο κεφάλαιο** της πτυχιακής εργασίας γίνεται αναφορά στα προγράμματα με υποκατάστατα στην Ευρώπη και στις επικρατέστερες μορφές θεραπείας στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στο **έβδομο** και τελευταίο **κεφάλαιο** της βιβλιογραφικής μας ανασκόπησης παρουσιάζεται ο ρόλος της Αυτοβοήθειας στην απεξάρτηση και ειδικότερα η Αυτοβοήθεια στην Ελλάδα ως μέθοδος θεραπείας.

Στο **δεύτερο μέρος** της εργασίας παρουσιάζεται η έρευνα που διεξήχθη στο Α.Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας και στο Α.Τ.Ε.Ι Αθηνών παραθέτοντας ερωτηματολόγιο σε φοιτητές, καταγράφοντας έτσι τα αποτελέσματα, τα συμπεράσματα, αλλά και τις προτάσεις μας πάνω στη μάστιγα που έχει κατακτήσει την εποχή μας.

Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα που έχουν συλλεχθεί από την έρευνα σε συσχέτιση με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αλλά και οι προτάσεις μας σχετικά με το παρόν ζήτημα.

## **ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ**

Ουσιοεξάρτηση

Χρήστης

Θεραπεία

Υποκατάστατα

Προγράμματα με υποκατάστατα

## ABSTRACT

The present senior thesis studies the current situation of the drug addiction in Greece as well as presents the basic therapeutic methods. Moreover, focuses on the substitution treatment both in Greece and in the European Union. Our dissertation consists of two main parts, the first contains references regarding with a literature review and the second one contains the research process.

At the **first part**, specifically the **first chapter** consists of the introduction, which is referred to the problems of the drugs and generally to the drug addiction. The **second chapter** presents, in more detail, the problem of drug addiction as well as epidemiological data related to the abuser's profile.

The **third chapter** develops the abuser definition and provides extensive information on the causative factors of addiction and the abuser's environment, wider and not, which plays an important role.

In the **fourth chapter**, reference is made to the main therapeutic approaches presenting their application over the years. Next, we analyze the basic forms of therapeutic structures / services in Greece and their individual objectives. Finally, the basic principles of the treatment programs are presented. The **fifth chapter** focuses on programs with substitutes in Greece. Initially, reference is made to the legislative framework related to the treatment of drug dependence treatment, and the Anti-Drug Agency (O.KA.NA) is then presented in detail and its context.

In the **sixth chapter** of the dissertation, reference is made to programs with substitutes in Europe and the most prevalent forms of treatment. The **seventh** and final **chapter** of our bibliographic review presents the role of Self-help in detoxification and in particular Self-help in Greece as a method of healing.

In the **second part**, the research that was carried out at ATEI of Western Greece and ATEI of Athens by providing a questionnaire to students, recording the results, the conclusions and the proposals about the plague of drugs.

Finally, conclusions are drawn both from the literature review and the research as well as suggestions about the issue, taking into consideration their comparison with the results we have received from the research about the current issue.

## **KEYWORDS**

Drug addiction

Abuser

Treatment

Substitute

Drug treatment services

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα της χρήσης ναρκωτικών έλαβε μέσα στη δεκαετία του 1990 πρωτοφανείς διαστάσεις για την χώρα μας και τα πολιτιστικά μας δεδομένα. Η χρήση παράνομων ουσιών υπερδιπλασιάστηκε στους μαθητές, τριπλασιάστηκε στους νεαρούς ενήλικες, ενώ παράλληλα σημειώθηκε έκρηξη στον αριθμό των εξαρτημένων από ηρωίνη.

Οι υπάρχουσες θεραπευτικές υπηρεσίες φαίνεται να μην επαρκούν, αφού σε όλα σχεδόν τα προγράμματα υπάρχουν άτομα που περιμένουν να έρθει η σειρά τους για θεραπεία για μικρότερο ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που ξεπερνά τα 4 χρόνια για τα προγράμματα μεθαδόνης.

Οι ποικίλες επιπτώσεις από αυτή την κατάσταση είναι εμφανείς για παράδειγμα: εγκληματικότητα, λοιμώδη και άλλα νοσήματα, αποκλεισμός από την εργασία και την ενεργό κοινωνική συνεισφορά. Ακραίο παράδειγμα αποτελούν οι θάνατοι από ναρκωτικά νέων ανθρώπων που ανέρχονται σε περίπου 2 θανάτους κάθε 3 μέρες.

Υπάρχει θεραπεία και αν ναι, ποια προγράμματα είναι πιο αποτελεσματικά; Η θεραπεία με μεθαδόνη είναι πράγματι αποτελεσματική ή μήπως δεν είναι άλλο από μια «ιατρική άδεια» ναρκοεξάρτησης; Υπάρχουν επιστημονικές εξελίξεις στα θέματα της θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων; Μπορούν να βοηθήσουν άνθρωποι που θα επιθυμούσαν να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα και με ποιον τρόπο;

Στην εργασία αυτή προσπαθούμε να απαντήσουμε σε ορισμένα από αυτά τα ερωτήματα. Δίνουμε επίσης σύντομες πληροφορίες για τα προγράμματα που

λειτουργούν στη χώρα μας και που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των εξαρτημένων ατόμων. Σκοπός μας είναι να ενημερώσουμε για τις προσπάθειες που γίνονται και για τα κενά και τις ανάγκες που υπάρχουν.

Σκοπός μας επίσης είναι να κινητοποιήσουμε το ενδιαφέρον όσων είναι διατεθειμένοι να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος, προκειμένου να αξιοποιηθεί κατάλληλα από την πολιτεία η προσφορά τους. Τέλος θέλουμε μέσα από αυτή την εργασία να διαπιστώσουμε εάν τα παιδιά είναι επαρκώς ενημερωμένα για το πρόβλημα που υπάρχει σχετικά με τα ναρκωτικά ή δεν έχουν απολύτως καμία γνώση, γι' αυτό και υπάρχει έξαρση στο πρόβλημα αυτό.

Τα ναρκωτικά σαν φυτά, ήταν γνωστά στον άνθρωπο από χιλιάδες χρόνια. Ο άνθρωπος διέκρινε θεραπευτικές και ιδίως τις αναλγητικές ιδιότητες των ναρκωτικών και τις χρησιμοποίησε για την ανακούφισή του. Στην πορεία της χρήσης τους παρατηρήθηκαν οι παραισθησιογόνες και οι άλλες τους ενέργειες που σχετίζονται με την τοξικομανία.

Έτσι λοιπόν φτάνουμε στο σήμερα στον 20<sup>ο</sup> αιώνα όπου επικρατεί μια κατάσταση απελπιστική. Άλλοτε βέβαια, η χρήση των ναρκωτικών ενδημούσε στον υπόκοσμο. Ήταν το βίτσιο, το καταφύγιο των παρανόμων, των «out» και μάλιστα μιας κάποιας ηλικίας. Σήμερα όμως θερίζει και τον καλό κόσμο, τους «in» και ιδιαίτερα τους νέους και λειτουργεί ως υποκατάστατο του «rock», των «party» και του έρωτα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ, ΕΠΗΔΙΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### 2.1 Εισαγωγή

Μία κοινωνία γνωρίζουμε πως μπορεί να διαιρεθεί σε πολλά στρώματα, άνισα μεταξύ τους, είτε από οικονομικούς είτε πολιτισμικούς λόγους, ακόμα και λόγους υγείας. Οι άνθρωποι έμαθαν να ξεχωρίζουν στην ζωή, τις καταστάσεις, τα ήθη και τα έθιμα, τα πρότυπα κ.ο.κ. Η θρησκεία, το κράτος και οι κυβερνήσεις γενικότερα βοήθησαν στον διαχωρισμό αυτόν, των ανθρώπων.

Οι ομάδες οι οποίες διαφέρουν στο σύνολο που θεωρούμε κανονικό και ξεχωρίζουν από τους υπολοίπους ονομάστηκαν "ευπαθείς κοινωνικές ομάδες" στις οποίες ανήκουν:

- Μακροχρόνια άνεργοι
- Νέοι/ες (18-30 ετών)
- Άτομα άνω των 65 ετών (ηλικιωμένοι)
- Άτομα που εγκατέλειψαν πρόωρα την βασική εκπαίδευση
- Αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών
- Άτομα με αναπηρία:
- Κινητική αναπηρία
- Νοητική υστέρηση
- Κωφλαλία
- Τύφλωση
- Ψυχική ασθένεια
- Άλλες

- Πρόσφυγες, μετανάστες, αιτούντες άσυλο
- Εθνικές, γλωσσικές και πολιτισμικές/ θρησκευτικές μειονότητες
- Ναρκομανείς, αλκοολικοί και απεξαρτημένοι
- Άτομα που βιώνουν βίαη και επιθετική συμπεριφορά - trafficking
- Φτωχοί
- Άστεγοι
- Φυλακισμένοι
- Άλλες (Σημ.: Είναι πολύ πιθανό οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες να διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα τόσο όσον αφορά τα χαρακτηριστικά τους όσο και σε σχέση με το κατά πόσο υπάρχουν ως ομάδες. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι αν αναφερόμασταν συγκεκριμένα στην Ελλάδα, μία άλλη ευπαθής κοινωνική ομάδα που θα μπορούσε να συμπεριλαμβάνεται στις προαναφερθείσες είναι οι Αθίγγανοι. Αντίστοιχα, στην Ωκεανία οι Αβοριγίνες, κ.ο.κ.). (ΝΟΜΟΣ 4019/2011)

## 2.2 Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες

Ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, είναι οι ομάδες οι οποίες δυσκολεύονται να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή, είτε εξαιτίας κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων ή ακόμα και σωματικών ή ψυχικών διαταραχών, είτε εξαιτίας απρόβλεπτων γεγονότων.

Επίσης οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού και στις ειδικές ομάδες πληθυσμού.

- Ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, όπου νοούνται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού που η ένταξή τους στην κοινωνική και οικονομική ζωή εμποδίζεται από σωματικά και ψυχικά αίτια. Σε αυτές ανήκουν άτομα ιδίως με αναπηρίες, με προβλήματα ψυχικής υγείας ή νοητικής υστέρησης, εξαρτημένα ή απεξαρτημένα από ουσίες άτομα.
- Στις ειδικές ομάδες πληθυσμού, νοούνται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού οι οποίες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση ως προς την ομαλή ένταξή τους στην αγορά εργασίας, από οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά αίτια. Σε αυτές ανήκουν ιδίως οι άνεργοι νέοι/ες, οι άνεργοι άνω των πενήντα (50) ετών, οι γυναίκες άνεργες, οι αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών, οι αναλφάβητοι, οι μακροχρόνια άνεργοι, οι κάτοικοι απομακρυσμένων ορεινών και νησιωτικών περιοχών, οι πρόην ή νυν τρόφιμοι φυλακών, οι ανήλικοι παραβάτες, τα άτομα με γλωσσικές ή πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και οι μετανάστες. (ΝΟΜΟΣ 4019/2011)



## 2.3 Εξαρτησιογόνες Ουσίες

Πιο συχνά θα ακούσουμε να αποκαλούνται “ναρκωτικά”, με τον όρο αυτό εννοούμε τις ουσίες εκείνες όπου επηρεάζουν, το νου, το συναίσθημα και την συμπεριφορά του ατόμου που θα κάνει χρήση. Ο όρος που θα χρησιμοποιηθεί είτε για τις ουσίες είτε για τους χρήστες, εξαρτάτε από την αντίληψη και την κοινωνική παρέμβαση που έχει λάβει ο κάθε άνθρωπος.

Παρακάτω θα γνωρίσουμε κάποια από τα ήδη ουσιών που υπάρχουν. Η εξάρτηση των οποίων είναι, άλλων ψυχολογική, άλλων σωματική, κάποιων και τα δύο.

- Ø Τα οπιούχα ή οπιοειδή (μορφίνη, ηρωίνη, μεθαδόνη, ναλοξόνη κ.α.) χρησιμοποιούνται και ως φαρμακευτική αγωγή. Τα οπιούχα προκαλούν πολύ ισχυρή ,ψυχολογική και σωματική εξάρτηση.
- Ø Τα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος (αιθυλική αλκοόλη, βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά, εισπνεόμενα κ.α.) στις ουσίες αυτές προκαλείται ψυχολογική εξάρτηση. Κανείς δεν καταλαβαίνει πως το αλκοόλ βρίσκεται στην καθημερινότητά μας με μεγάλο όμως κίνδυνο εξάρτησης.
- Ø Ψυχοδιεγερτικά (κοκαΐνη, καφεΐνη κ.α.) προκαλούν ψυχολογική εξάρτηση. Ακόμα προκαλούν φαινομενική ευεξία.
- Ø Άλλα εξαρτησιογόνα φάρμακα (νικοτίνη, κανναβινοειδή, ψευδαισθησιογόνα κ.α.) πάλι οι ουσίες αυτές προκαλούν ψυχολογική εξάρτηση χωρίς την παράλληλη σωματικής εξάρτησης. Κάποια φυτά μέσα στα οποία είναι και τα κανναβινοειδή, παρουσιάζουν φαρμακολογική δράση, χρησιμοποιούνται σε πολλά μέρη του κόσμου, κάποιες φορές και στα πλαίσια θρησκευτικών τελετουργιών.

Από τα αρχαιότερα φάρμακα βρίσκουμε τα οπιούχα, τα οποία εμφανίζονται από το 4.000 π.χ. στην κεντρική Ευρώπη. Αναφέρεται το όπιο σε συνδυασμό

με άλλες ουσίες φαρμάκων ή βοτάνων, ως φάρμακο για τις ημικρανίες. Ο φιλόσοφος Διαγόρας και ο Ιπποκράτης ήταν επιφυλακτικοί με τις ουσίες αυτές, επειδή κατά την άποψή τους είναι προτιμότερο να αντέχει κανείς μια επώδυνη κατάσταση, παρά να καταφεύγει σε γιατρικά.

Το αλκοόλ εμφανίστηκε, στην Αίγυπτο, μετά από χυμούς που έφτιαχναν. Το ποσοστό που μπορεί να πάρει κάποιος είναι αρκετό. Αν στο αίμα του έχει πολύ αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει μέχρι το θάνατο.

Τα εισπνεόμενα στην Αγγλία το 1846 εμφανίζονται έντονα, πιστεύοντας πως η ουσίες αυτές μπορούν να καταπολεμήσουν τον αλκοολισμό. Ο καπνός προήλθε από το El Salvador το 1492 και δεν άργησε να εξαπλωθεί σε ολόκληρο τον κόσμο με την βοήθεια των ναυτικών. (Μαρδέλος, 1997)

## 2.4 Διάδοση των Ψυχοτρόπων Ουσιών

Η πρώτη επιστημονική καταγραφή των βοτάνων, που περιέχουν ναρκωτικές ουσίες έγινε στα τέλη του 18ου αιώνα. Οι ψυχοτρόπες ουσίες αυξάνονται κατά πολύ τον 20ό αιώνα, τα οποία δοκιμάζονται ως θεραπευτικά φάρμακα διαφόρων παθήσεων. Η Ιατρική επιστήμη έχει παίξει σημαντικό ρόλο στην φαρμακευτική αγωγή, αφού δίνει πολύ εύκολα φάρμακα πλέον, ακόμα κι αν δεν είναι απαραίτητο. Χρόνο με τον χρόνο όμως, αυξάνεται ο αριθμός των φαρμάκων που πρέπει να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή, επειδή εμφανίζεται ο κίνδυνος της εξάρτησης και υπάγονται στις νομοθετικές <<διατάξεις περί Ναρκωτικών >>. Έπειτα έχει αυξηθεί η παράνομη διακίνηση ουσιών, με την διακίνηση από γνωστούς μέσω στεριάς ή θαλάσσης. Δίνουν συγκεκριμένες δοσολογίες στους χρήστες, και εξηγούν τον τρόπο χορήγησης του κάθε φαρμάκου ή ουσίας ξεχωριστά. Υπάρχουν μεγάλα συμφέροντα στην διακίνηση, χρηματικά κέρδη, αλλά λόγω του ότι διοχετεύονται με παράνομο τρόπο στην αγορά, δεν μπορεί κανείς να ελέγξει εύκολα την ποιότητα του προϊόντος που αγοράζει.

Η κοινή γνώμη αντιδρά στη λέξη «ναρκωτικά» , στους χρήστες και πολύ περισσότερο στην διακίνηση. Αυτό έχει να κάνει με το πως έχουν μεγαλώσει, ποια γνώμη και με τι γνώσεις πάνω στο θέμα. Είναι σημαντικό να ενημερώνεται ο κόσμος και για τέτοια θέματα από τα χρόνια της εκπαίδευσής του ακόμα, έχοντας όμως πάντα κυρίαρχο ρόλο οι δημοσιογράφοι και όλα τα ΜΜΕ. Να τονίσουμε πως πρέπει η πληροφόρηση να είναι υπεύθυνη, αξιόπιστη και συνεπής. Πρέπει να βελτιωθεί σύντομα στην κοινωνία, η ικανότητα διάκρισης ανάμεσα στην απλή χρήση από την κατάχρηση. (Ζαϊμάκης και Κανδυλάκη, 2005)

## 2.5 Οικονομική κρίση και εξαρτήσεις

Η Ελλάδα βρίσκεται σε μία μακρά περίοδο οικονομικής κρίσης με σημαντικές επιπτώσεις σε τομείς της οικονομικής και της κοινωνικής ζωής. Από άλλες χώρες έχουμε δει πως κυρίως οι ασθενέστερες ομάδες όπως είναι, άτομα χαμηλού εισοδήματος, οι χρόνια πάσχοντες, οι μετανάστες, οι χρήστες ουσιών, επηρεάζονται σημαντικά στην δημόσια υγεία καθώς υπάρχουν κακές συνθήκες στέγασης, διαβίωσης και υποσιτισμού, αύξηση ανεργίας και κατάχρηση ουσιών, κατάθλιψη, αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και αυτοκτονιών, προβλήματα υγείας στα παιδιά και στους εφήβους, βία και παραβατικότητα, περιβαλλοντικά προβλήματα, αύξηση της κοινωνικής ανισότητας και παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, υποεκπαίδευση και μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Τα προσωπικά οικογενειακά και κοινωνικά αδιέξοδα που δημιουργεί η κρίση ενισχύουν τους παράγοντες κινδύνου για εξάπλωση της χρήσης, τόσο παράνομων όσο και νόμιμων εξαρτησιογόνων ουσιών, ή άλλων μορφών εθισμού.

Το άγχος, η πίεση και η κατάθλιψη που δημιουργούνται από την κρίση ωθεί πιο εύκολα τα άτομα στην παρανομία και στην χρήση ουσιών, πιστεύοντας οι ίδιοι πως κάτι τέτοιο μπορεί να τους βοηθήσει. Ακόμα η κρίση επιβαρύνει την σωματική και την ψυχική υγεία των χρηστών, ενισχύει την εξάρτηση και την παραβατική συμπεριφορά. Οι υψηλοί δείκτες ανεργίας δυσκολεύουν την εργασιακή και κοινωνική ένταξη των απεξαρτημένων, ενώ με αυτό τον τρόπο το άγχος και η πίεση αυξάνουν τις πιθανότητες υποτροπής στη χρήση. Σημαντικό είναι να αναφερθεί η νοθεία των ουσιών, αφού η χρήση των νοθευμένων ουσιών αυξάνεται όλο και περισσότερων όταν οι χρήστες – κυρίως «οι χρήστες των δρόμων» - δεν έχουν χρήματα και έτσι αγοράζουν τις φθηνότερες ουσίες που θα βρουν. Αποτέλεσμα αυτών είναι η χρήση μείγματος δραστικής ουσίας, σε ποικίλες αναλογίες, των οποίων αρκετά από τα

συμπτώματα να οφείλονται περισσότερο στα προϊόντα με τα οποία είναι νοθευμένα και λιγότερο στη δράση της ουσίας.

Η οικονομική κρίση εμποδίζει σε μεγάλο βαθμό την ανεξάρτηση των ατόμων διότι, οι ίδιοι αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, πέρα από τα προβλήματα ψυχικής υγείας, μετά από μακροχρόνια χρήση εμφανίζονται και σωματικά προβλήματα υγείας. Τα κυριότερα είναι τα προβλήματα υγείας είτε παραμέλησής τους από τους ίδιους τους χρήστες, είτε λόγω του ότι πλέον στα νοσοκομεία μπαίνουν σε λίστες αναμονής με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η εξέταση σε δημόσιους φορείς. Έτσι γίνεται δυσκολότερη αλλά και δαπανηρότερη η θεραπεία.

Έπειτα οι περισσότεροι χρήστες είναι άνεργοι, η ένταξη του ατόμου στην εργασία είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες ανεξάρτησης και πρόληψης της αποτροπής. Η κρίση καθιστά δύσκολη την εύρεση και διατήρηση εργασίας, συνεπώς αυξάνει την παραβατικότητα διατρέχοντας τον κίνδυνο να εισέλθουν βαθύτερα στον κόσμο του εγκλήματος. (ΚΕΘΕΑ, 2011)

## 2.6 Ουσιοεξάρτηση στην Ελλάδα

Εδώ και πολλά χρόνια τα ναρκωτικά είναι παράνομα ως χρήση, καλλιέργεια και εμπόριο. Από την αρχαιότητα βλέπουμε την κάνναβη να χρησιμοποιείται ως φυτό ιερό και στην συνέχεια από τους χίπις. Στην Ελλάδα αν και απαγορευμένο ναρκωτικό όπως και όλα τα άλλα δεν έφυγαν όμως ποτέ, η χρήση τους συνεχίζεται από πολλές ηλικίες. Πολλοί σε κάθε μέρος της Ελλάδας γνωρίζει από ένα σημείο όπου θα συχνάζουν χρήστες και δεν θα πλησιάζει κανείς άλλος.

Μία πανελλήνια έρευνα που πραγματοποίησε το ΕΠΠΨΥ το 2014, στην εφηβική ηλικία (11-16 ετών), οι μαθητές απάντησαν σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο μέσα στην τάξη. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι ένας στους 10 εφήβους ηλικίας 15 ετών ανέφερε ότι έχει κάνει χρήση κάνναβης μία φορά στη ζωή του. Η κάνναβη ήταν η συχνότερη ουσία που ανέφεραν και στην συνέχεια σε χαμηλότερο ποσοστό η χρήση φαρμάκων, οι εισπνεόμενες ουσίες, η χρήση άλλων παράνομων ουσιών (έκσταση ή άλλη συνθετική ουσία), ηρεμιστικά ή υπνωτικά. Τα υψηλότερα ποσοστά κάνναβης ήταν στα αγόρια, ενώ τα κορίτσια ανέφεραν χρήση φαρμάκων εκτός ηρεμιστικών ή υπνωτικών. Συγκριτικά, στα πλαίσια ερευνών από το 2012 – 2014 η χρήση κάνναβης από τους εφήβους αυξήθηκε. Ακόμα άλλη μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009 – 2010 από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων με θέμα την ψυχική υγεία σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό πιθανό θεωρητικό δείγμα του γενικού πληθυσμού της χώρας, ηλικίας 18 – 70 ετών, υπήρξε ποσοστό συμμετοχής 54%. Τα στοιχεία συλλέχτηκαν μέσα από προσωπικές συνεντεύξεις. Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνοντουσαν δύο ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση κάνναβης: για την χρήση έστω μία φορά σε όλη τη ζωή και τη χρήση έστω και μία φορά τις 30 τελευταίες ημέρες. Ως χρήστες ορίστηκαν αυτοί που απάντησαν: τουλάχιστον 10 φορές χρήση σε όλη τους τη ζωή και «ναι» στη χρήση στις τελευταίες 30 ημέρες. Πάλι σε αυτή την

έρευνα, στη χρήση περισσότερο ήταν το ποσοστό στους άντρες από τις γυναίκες.(ΕΠΙΨΥ, 2014)

## **2.7 Η κατάχρηση ουσιών, κίνδυνοι και αυτοκτονία**

Οι κίνδυνοι της κατάχρησης είναι πολλοί, όπως προαναφέρθηκε μπορεί να είναι σωματικοί, ψυχολογικοί αλλά κάποιες φορές και θανατηφόροι. Οι χρήστες ενέσιμων ουσιών μολύνονται συχνότερα και είναι πιο επικίνδυνες από άλλες διαδικασίες χρήσης. Η χρήση της ίδιας σύριγγας από διάφορους χρήστες μεταδίδει αμέσως τη νόσο HIV/AIDS κάτι το οποίο δεν σταματάει τους χρήστες, χρησιμοποιώντας ίδιες σύριγγες κάθε φορά που είναι να πάρουν την δόση τους. Τα στοιχεία σχετικά με την μετάδοση HIV συλλέγονται από το ΚΕΕΛΠΝΟ μέσω του εθνικού συστήματος επιτήρησης HIV/AIDS. Κατά την περίοδο 2011 – 2013 η μολύνσεις που δηλώθηκαν ήταν αυξημένες το 2012 με ενέσιμη χρήση ουσιών, ενώ το 2011 και 2013 ήταν περιορισμένη η μετάδοση του HIV. Σύμφωνα με τα στοιχεία των Θεραπευτικών Μονάδων Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης του ΟΚΑΝΑ και των «στεγνών» προγραμμάτων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, θετικός στο HIV το 2013 ήταν περίπου ένας (1) στους δέκα (10) ενέσιμους χρήστες, με ιστορικό ενέσιμης χρήσης μικρότερο των 2 ετών. Το 2013 ο επιτοπισμός της λοίμωξης ήταν υψηλότερος στην Αθήνα, συγκριτικά με άλλες περιοχές της χώρας.

Βάση μελετών που έγιναν από το πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗΣ γίνεται γνωστό ότι ο κίνδυνος λοίμωξης HIV είναι υψηλότερος όταν οι ενεργοί χρήστες είναι άστεγοι, κάνουν ενέσιμη χρήση καθημερινά, έχουν φυλακιστεί, έχουν κάνει κοινή χρήση σύριγγας τις τελευταίες 30 ημέρες, χρησιμοποιούν συνδυασμό κοκαΐνης και ηρωίνης, δεν έχουν μπει ποτέ σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα και ανήκουν σε διευρυμένο δίκτυο ενέσιμων χρηστών. (ΚΕΘΕΑ, 2011)



## Ανακεφαλαίωση

Η σωστή ενημέρωση είναι σημαντική και για την πρόληψη γενικά και ειδικά. Η γνώση και η πρόληψη αναφέρεται στους χρήστες και μη. Στην Ελλάδα και σε όλη την Ευρώπη, πέρα από τα θεραπευτικά προγράμματα, υπάρχουν και τα προληπτικά προγράμματα. Ένα σοβαρό σκέλος της πρόληψης είναι η σωστή ενημέρωση όχι μόνο για τους κινδύνους που εμπεριέχουν τα ναρκωτικά, αλλά κυρίως για τη σωστή χρήση τους. Πέρα από την ενημέρωση πρέπει να βελτιωθούν και τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν προκειμένου να περιοριστεί η παράνομη παραγωγή και διακίνηση ψυχοτρόπων ουσιών. Είναι καλό να τονιστεί πως οι συνέπειες απεξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες δεν επηρεάζουν μόνο το στενό περιβάλλον των χρηστών, αλλά όλη την κοινωνία γενικότερα αφού οι χρήστες απέχουν από την παραγωγική διαδικασία, απασχολώντας τα συστήματα αστυνόμευσης, δημόσιας υγείας, σωφρονισμού με αποτέλεσμα το κόστος για την κοινωνία να αυξάνεται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>Ο</sup> ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ

### Εισαγωγή

«Τοξικοεξαρτημένος ονομάζεται εκείνος που βρίσκεται σε σωματική ή ψυχική εξάρτηση από κάποια ουσία. Σωματική εξάρτηση υπάρχει όταν ο χρήστης θέλει όχι μόνο να πάρει την δόση του αλλά και να την αυξήσει. Ψυχική εξάρτηση είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία ο χρήστης αισθάνεται έντονα την ανάγκη να πάρει τη δόση του, απλά γιατί και μόνο γιατί αισθάνεται ευφορία» (Παπαπαναγιώτου, 1993 :128).

### 3.1 Το προφίλ του χρήστη

Με βάση έρευνες του ΚΕΘΕΑ, ο περισσότερος πληθυσμός των χρηστών ναρκωτικών είναι άνδρες. Επίσης, οι τρεις στους δέκα είναι από άλλη χώρα καθώς και τέσσερις στους δέκα βρίσκονται υπό το καθεστώς της αστεγίας. Μερικοί από τους χρήστες όμως μπορεί να διαθέτουν στέγη αλλά να μην έχουν ηλεκτρικό ρεύμα και νερό. Έξι στους δέκα μπορεί να αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα, όπως AIDS, Ηπατίτιδα C και η συντριπτική πλειοψηφία δεν ανήκει σε κανέναν ασφαλιστικό φορέα. Οι περισσότεροι χρήστες κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών μέσω συριγγών τις οποίες έπειτα τις μοιράζονται και με άλλα άτομα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπής στα μεταδιδόμενα νοσήματα. ( ΚΕΘΕΑ, 2011 )

Σύμφωνα, λοιπόν , με την σκιαγράφηση των (Αλεξοπούλου και συν.,2014) που προσπάθησαν να εκτελέσουν και με το δείγμα της έρευνας τους που αποτελούνταν από 184 χρήστες ναρκωτικών ουσιών με μέσο όρο ηλικίας τα 35 έτη, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

- 77,2% ήταν άνδρες
- 82,1% είχαν αποκτήσει την ελληνική υπηκοότητα

- 79,3% ήταν Έλληνες
- 79,9% ήταν άνεργοι
- 22,3% είχαν σταματήσει την εκπαίδευση τους

Σχετικά με την λήψη και την συχνότητα χρήσης ουσιών συμπεραίνουμε ότι:

Το 62% του δείγματος που ήταν χρήστες ηρωίνης έκαναν μέσω εισπνοών και το 92,3% καθημερινά έκανε χρήση. Το 50% του δείγματος των χρηστών κοκαΐνης έκαναν μέσω συριγγών. Ο μέσος όρος της ηλικίας που ξεκίνησαν οι χρήστες ουσιών του δείγματος την λήψη ναρκωτικών ήταν τα 55 έτη και ο μέσος όρος της συχνότητας ήταν τα 12 χρόνια. ( Αλεξοπούλου και συν., 2014)

Τα κλινικά χαρακτηριστικά του χρήστη ναρκωτικών ουσιών είναι τα ακόλουθα:

Ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, ανέκφραστο πρόσωπο, τρόμος, βήχας, βρογχίτιδα, μυαλγίες, αϋπνία, σπασμοί, θόλωση της διάνοιας, δακρύρροια, ψυχώσεις, νυσταγμός, σύγχυση, αύξηση ή πτώση πίεσης, άμβλυση της μνήμης και των άλλων ψυχικών λειτουργιών, δυσκοιλιότητα, κώμα- απώλεια συνείδησης, ωχρότητα.

### 3.2 Αιτιολογικοί παράγοντες

Οι αιτίες που οδηγούν οποιοδήποτε άτομο στη χρήση ουσιών αποτελούν σημαντικοί για εκείνον καθώς με βάση τις αιτίες αυτές αντιμετωπίζεται ο χρήστης κυρίως από την κοινωνία. Οι βασικοί παράγοντες που οδηγούν τον άνθρωπο στη χρήση ουσιών είναι κυρίως η περιέργεια, το να επέρχονται σε πειραματισμούς καθώς και η έλξη της απαγόρευσης των ναρκωτικών αλλά αυτό δεν προϋποθέτει ότι θα καταλήξουν στη συστηματική χρήση ουσιών. Είναι απαραίτητο να προσδιοριστεί ότι η νομοθεσία δεν αναγνωρίζει διαφορετικές μορφές για τη χρήση ουσιών. Ωστόσο, σύμφωνα με την Μάτσα οι χρήστες διακρίνονται σε συστηματικούς, περιστασιακούς και ευκαιριακούς. (Μάτσα, 2001)

Σύμφωνα με την (Κουκουτσάκη, 2002) , οι βασικές αιτίες για την έναρξη χρήσης ναρκωτικών ουσιών είναι οι ακόλουθες:

- Ø Βιολογικοί παράγοντες ( γενετικοί)
- Ø Κοινωνικοί και Ψυχολογικοί παράγοντες
- Ø Συναισθηματικά προβλήματα
- Ø Κοινωνικές επαφές με άλλους χρήστες
- Ø Κοινωνική περιθωριοποίηση
- Ø Δυσκολία στις οικογενειακές σχέσεις

Ο ουσιοεξαρτώμενος χρησιμοποιεί τις ουσίες με απώτερο σκοπό να αποδράσει από τα προβλήματα που τον περιβάλλουν αλλά εν τέλει οδηγείται στην εξάρτηση και υποκύπτει στην κυριαρχία τους καθώς διαμορφώνεται σε έναν άνθρωπο χωρίς σκέψη και κοινωνικές επαφές. Όταν το άτομο οδηγηθεί πλήρως στην εξάρτηση των ουσιών,

καταστρέφει οποιαδήποτε οικογενειακή και κοινωνική του σχέση και δεν μπορεί να επιβιώσει εάν δεν έχει διαθέσιμη την ναρκωτική ουσία που επιθυμεί. ( Μάτσα, 2006)

Η εξέλιξη της βιολογίας και συγκεκριμένα με την πρόοδο της γενετικής ιατρικής διαφάνηκε ο σημαντικός ρόλος που κυριαρχεί στο γενετικό υλικό όσον αφορά τις λειτουργίες και τις εκδηλώσεις του κάθε ανθρώπου. Αρκετές μελέτες σχετικά με τον κληρονομικό συντελεστή της εξάρτησης από ουσίες παρουσιάζουν ότι το 5- 10% των ανδρών καθώς και το 25% των γυναικών που διαθέτουν κάποιον χρήστη στην οικογένεια, αρχίζουν να αναπτύσσουν εξάρτηση από τις ουσίες. (Λιάππας ,2011 )

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η εξαρτητική στάση απέναντι στις ναρκωτικές ουσίες δεν βασίζεται σε ένα μόνο γονίδιο, αλλά από διάφορα γονίδια τα οποία έχουν διαφορετικές επιδράσεις το καθένα. Η επίδραση της ουσίας, η διαδικασία κάτω από την οποία λειτουργεί ο εγκέφαλος υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών και η ανοχή που δημιουργεί ο κάθε οργανισμός στην ουσία τείνουν να είναι διαφορετικά από άτομο σε άτομο και διαμορφώνονται από συγκεκριμένα γονίδια. (Kalat, 2012 )

Από έρευνες έχει αποδειχθεί ότι ο γυναικείος πληθυσμός είναι πιο επιρρεπής στις ουσίες σε σύγκριση με τους άνδρες, λόγω του μικρού ποσοστού όγκου αίματος και του μεγάλου ποσοστού συγκέντρωσης λιπώδους ιστού στο σώμα τους. Επιπροσθέτως, η δράση του ενός εκ των δύο ηπατικών ενζύμων που μεταβολίζουν τις ουσίες έχει διαπιστωθεί ότι στις γυναίκες βρίσκεται 70 φορές σε χαμηλότερα επίπεδα από ότι στους άνδρες. (Λιάππας ,2011 )

Επίσης, οι βιολογικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί επικεντρώνονται στην ύπαρξη έμφυτων φυσιολογικών συνθηκών που οδηγούν το άτομο να εξαρτάται από ναρκωτικές ουσίες. Πιο συγκεκριμένα, η εύρεση των ενδορφινών , που αποτελεί μια ειδική κατηγορία νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου με αναλγητική αντίδραση και

μεγάλη συμβολή στην βίωση των εμπειριών, οδήγησε τους ερευνητές στο ότι η πιθανή διαταραχή που μπορεί να συμβεί στο σύστημά τους μπορεί να προκαλέσει στο άτομο την επιθυμία να καταναλώνει ουσίες που να είναι παρόμοιες με αυτές. Έχει διαπιστωθεί πως το όπιο καθώς και τα παράγωγά του έχουν τον ρόλο παρέμβασης στο εγκεφαλικό ενδορφινικό σύστημα. Οι έρευνες αυτές συνδέουν την εξάρτηση με την απουσία ενδορφινών στον εγκέφαλο και επιζητούν γονίδια που είναι υπεύθυνα για την ευαλωτότητα στην εξάρτηση. ( Γαζγαλίδης, 2005)

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις έρευνες τις περισσότερες φορές χαρακτηρίζονται ως αλληλοσυγκρουόμενα. Θα ήταν ωφέλιμο να διεξαχθούν περαιτέρω έρευνες με σκοπό να προκύψουν κοινά και αποδεκτά αποτελέσματα. Παρόλα αυτά, έχει πλέον διασαφηνιστεί ότι στην εξαρτητική συμπεριφορά σπουδαίο ρόλο παίζουν τόσο οι περιβαλλοντικοί και ψυχολογικοί παράγοντες όσο και ένα μοτίβο γενετικών παραγόντων. Η μερίδα συμμετοχής των γενετικών παραγόντων δεν έχει ξεκαθαριστεί αλλά η σημασία του από την κοινωνία , ως γενετικό πρόβλημα, θα αποτελούσε την απάθεια της.

### 3.3 Το περιβάλλον του χρήστη

#### 3.3.1 Σχολικό Πεδίο

Η σχολική μονάδα δεν έχει ως βασικό της ρόλο μόνο την γνωστική ανάπτυξη του ανθρώπου αλλά εν μέρει λειτουργεί ως ένας χώρος δημιουργίας των κοινωνικών σχέσεων του κάθε ατόμου. Είναι ένας μικρόκοσμος που συμπεριλαμβάνει τις αξίες καθώς και την λειτουργία του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος και παίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου. Υπό αυτά τα δεδομένα, ο σχολικός χώρος θα πρέπει να αποτελεί αφετηρία της κοινωνικής ενσωμάτωσης ο οποίος έχει βασικό ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας του εφήβου. ( Γεωργίου,2011)

Η επιρροή του σχολικού χώρου τόσο στη συμπεριφορά όσο και στις σχολικές επιδόσεις του εφήβου μπορούν να χαρακτηριστούν ως θετικές αλλά και αρνητικές. Πιο συγκεκριμένα, ο σχολικός χώρος μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά όσον αφορά το παιδί που αντιμετωπίζει προβλήματα μέσα στην οικογένεια και να του προσφέρει βοήθεια με σκοπό να τα καταπολεμήσει ή να μεγαλοποιήσει τα προβλήματα και να προκαλεί στο παιδί μεγαλύτερη αναταραχή. Οποιαδήποτε μορφή, είτε θετική είτε αρνητική που δέχεται το κάθε παιδί, έχει άμεση σχέση με τις δεξιότητες εκμάθησης, τη στάση των καθηγητών καθώς και των συνομήλικων του. (Παπαγεωργίου, 2007)

Στη σύγχρονη εποχή, το εκπαιδευτικό σύστημα έχει να αντιμετωπίσει μια έντονη κρίση. Η συμβολή του σχολείου σταματάει στην απομνημόνευση των γνώσεων και από την άλλη «σπείρει» τον ανταγωνισμό και την εξατομίκευση. Σύμφωνα με αυτό, λοιπόν, δεν βοηθάει στην αναπαραγωγή της κριτικής σκέψης και δεν του δίνει την ώθηση να διασκεδάσει μέσα από δραστηριότητες και από τις σχέσεις που μπορεί να

αποκτήσει. Αποτέλεσμα όλου αυτού είναι το παιδί να μην δίνει σημασία στο νόημα της ζωής και να ξεκινήσει με απαισιόδοξες σκέψεις για το μέλλον του.

Από την άλλη, ο δάσκαλος σταματάει να φαντάζει ως πρότυπο στα παιδιά και ως μια μορφή καταξιωμένη κοινωνικά με σκοπό να εμπνεύσει και να καθοδηγήσει τους μαθητές. Ο δάσκαλος πλέον αντιμετωπίζεται ως η μορφή που θα πρέπει μόνο να διοχετεύει και να μεταβιβάζει τις γνώσεις του στα παιδιά. Κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας όπου ο δάσκαλος θα χρειαστεί να μετατραπεί σε αδιάφορο ή αυταρχικό άτομο, τότε τα παιδιά χάνουν τον σεβασμό τους απέναντι στους κανόνες του σχολείου και συνάμα στην κοινωνία δεν παρουσιάζει κανένα στοιχείο σεβασμού. (Γεωργίου, 2011)

Η απουσία της δραστηριότητας του σχολείου να εμπλακεί στους ουσιαστικούς του στόχους φέρει μεγάλη ευθύνη στην παρουσίαση παραβατικών συμπεριφορών. Στο πεδίο της παραβατικής συμπεριφοράς συμπεριλαμβάνεται και η χρήση ουσιών. Πολλές φορές η διακίνηση των ουσιών παρατηρούμε ότι συντελείτε μέσα στον σχολικό χώρο

### **3.3.2 Ομάδες συνομήλικων**

Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, το άτομο αντιμετωπίζει με μεγάλη ένταση την διερεύνηση του κοινωνικού περιβάλλοντος. Το παιδί συμμετέχει σε αρκετές κοινωνικές ομάδες και δραστηριοποιείται σε εκδηλώσεις με φίλους και άτομα της ίδιας ηλικίας παρά με άτομα από το οικογενειακό του περιβάλλον. Με αυτό τον τρόπο η κοινωνική ζωή του εφήβου με τον καιρό αναπτύσσεται.

Το παιδί έχει συγκεκριμένους στόχους κατά τους οποίους συναναστρέφεται με άτομα της ηλικίας του. Από την μία πλευρά, προσπαθεί μέσω του συναισθηματικού απογαλακτισμού από την οικογένεια να αναπτύξει την ατομικότητα του. Από την



άλλη, κυριαρχούν ο πειραματισμός και η αναζήτηση νέων συμπεριφορών τα οποία επιτυγχάνονται μέσω της συναναστροφής του με συνομήλικα άτομα που βρίσκονται στην ίδια μεταβατική περίοδο. (Γρίβας, 2002)

Όσα αναφέραμε παραπάνω, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχοσύνθεση του έφηβου. Στην περίπτωση, βέβαια, που οι σχέσεις της οικογένειας με τον έφηβο δεν χαρακτηρίζονται αρμονικές, τότε η παρέα με τους συνομηλικούς στη διαδικασία της κοινωνικοποίησης παρουσιάζεται ως η μόνη ενισχυμένη λύση. Η απουσία της γονικής επιρροής που φαίνεται κατά την εφηβική ηλικία σε συνδυασμό και με τις άσχημες οικογενειακές σχέσεις, δίνουν την ώθηση σε άλλες κοινωνικές ομάδες να αλλοιώσουν και να ανακατευθύνουν τον έφηβο. (Γεωργίου,2011)

Αξίζει να αναφερθεί ότι η αρνητική επίδραση των ατόμων που βρίσκονται στην ίδια ηλικία έχει χαρακτηριστεί ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες παραβατικότητας και παράνομη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Συνήθως η χρήση μιας ουσίας αποτελεί βασικό κανόνα για να ενταχθεί το άτομο στην κοινωνική ομάδα . Με τη χρήση ουσιών το άτομο καταφέρνει την κοινωνική αποδοχή από την ομάδα και μοιράζεται μαζί τους καινούριες εμπειρίες. Επίσης, η χρήση ουσιών ως αποδεικτικό ενότητας, αποδοχής και συντροφικότητας για τα άτομα της ομάδας.

### 3.4 Ψυχιατρικές διαταραχές

Υπάρχουν ορισμένες ουσίες που δημιουργούν μεταβολές στον ψυχικό κόσμο του ανθρώπου. Μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε μεταξύ τους από ένα βασικό γνώρισμα : Απ' αυτές που προκαλούν τοξικομανία, μια κατάσταση στην οποία υπάρχει έντονη ανάγκη συνεχούς αύξησης των δόσεων, δημιουργείται σωματική & ψυχική εξάρτηση και ο οργανισμός δεν είναι εφικτό να λειτουργήσει πια χωρίς την ουσία, και άλλες που δεν προκαλούν αυτή την κατάσταση. Στις πρώτες ανήκουν τα οπιούχα (όπιο, ηρωίνη, μορφίνη και παράγωγα) στις άλλες ανήκουν τα ψυχοδελωτικά ή ψευδαισθησιογόνα.

Οι ψυχικές διαταραχές οι οποίες συχνά εμφανίζονται σε συνδυασμό με την κατάχρηση ουσιών περιλαμβάνουν διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές προσοχής, και αντικοινωνικές διαταραχές της προσωπικότητας.

Τα ναρκωτικά μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν από τους έφηβους ως μέρος μιας προσπάθειας να επαναστατήσουν ενάντια στην εξουσία (όπως τους γονείς ή τους καθηγητές κ.τ.λ.) ή απλά κάποιες φορές υποκύπτουν στην παρότρυνση των συνομηλίκων τους να πειραματιστούν με τα ναρκωτικά. Έτσι, η χρήση ναρκωτικών είναι κοινή ανάμεσα των ανήλικων παραβατών, με άτομα που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, φυγάδες και γενικά παρατηρείται συχνά ανάμεσα σε άτομα τα οποία παρουσιάζουν μια προβληματική – επαναστατική ή ακόμα παραβατική συμπεριφορά (NIDA, 2014).

Η χρήση ναρκωτικών και η αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να είναι στενά συνυφασμένες σε έναν ιστό προκαλώντας σημαντικά προβλήματα για τους νέους. Οι έφηβοι μπορούν να στραφούν σε εγκλήματα, όπως ληστείες, διαρρήξεις ή την

πορνεία για να συνεχίσουν να μπορούν να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Όσοι εμπλέκονται σε τέτοιο τρόπο ζωής συχνά βρίσκουν αποδεκτή τη χρήση ναρκωτικών. Ο φαύλος κύκλος εθισμού που ακολουθεί μπορεί να καταστρέψει τόσο τον χρήστη όσο και την οικογένεια του. (Nasibi, 2003).

Η κατάχρηση ουσιών συχνά εμφανίζεται ταυτόχρονα με άλλες ψυχικές διαταραχές. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το ένα τρίτο όσων αντιμετωπίζουν κάποια ψυχική διαταραχή έχει κάνει κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών ή/και αλκοόλ (Gilvarry, 2000). Όπως θα αναλύσουμε και στη συνέχεια, οι ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με την κατάχρηση ουσιών είναι η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, οι διαταραχές άγχους, η σχιζοφρένεια, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και/ή υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), η διαταραχή διαγωγής, οι διατροφικές διαταραχές και η αυτοκτονική συμπεριφορά.

Οι γυναίκες με εθισμό σε ουσίες τείνουν να έχουν υψηλότερα ποσοστά μείζουσας κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες, με το 60% των διαγνωσθέντων γυναικών να παρουσιάζουν την κατάθλιψη ως δευτερεύων σύμπτωμα και το 16% ως πρωτεύων (Countryman, 2005). Από την άλλη όμως, όσα έφηβα αγόρια διαγιγνώσκονται με μείζουσα καταθλιπτική διαταραχή έχουν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες να εμφανίζουν εξάρτηση σε ουσίες σε σχέση με τους συνομηλίκους τους που δεν έχουν αυτή τη διάγνωση. Πέρα από την κατάθλιψη όμως, και η δυσθυμική συμπεριφορά παρουσιάζεται σε πολλούς εφήβους πριν την έναρξη κατάχρησης ουσιών (Gilvarry, 2000).

Όσον αφορά τη συννοσηρότητα κατάχρησης ουσιών και διατροφικών διαταραχών, αυτή εμφανίζεται κυρίως στα κορίτσια, τα οποία έτσι και αλλιώς έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε σχέση με τα αγόρια. Τα κορίτσια

με διατροφικές διαταραχές και ιδιαίτερα αυτά που παρουσιάζουν βουλιμία έχουν αυξημένες πιθανότητες να κάνουν κατάχρηση αμφεταμινών με σκοπό τη μείωση του βάρους τους. Η ταυτόχρονη παρατήρηση κατάχρησης ή εθισμού σε ουσίες και διατροφικών διαταραχών είναι σπάνια στα αγόρια (Countryman, 2005).

Μια άλλη περίπτωση συννοσηρότητας, η οποία εμφανίζεται συχνά, αφορά στην ταυτόχρονη ύπαρξη συμπτωμάτων σχιζοφρένειας και εθισμού σε ουσίες. Καθώς η σχιζοφρένεια στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζεται στα πρώιμα στάδια της εφηβείας, ορισμένοι από τους εφήβους προσπαθούν να ελέγξουν τα ψυχωτικά συμπτώματα με τη χρήση ουσιών. Η κατάχρηση ουσιών είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις περιπτώσεις σχιζοφρενών ασθενών, καθώς μπορεί να μειώσει ή να εκμηδενίσει την αποτελεσματικότητα της ψυχοφαρμακευτικής αγωγής (Countryman, 2005).

Τέλος, η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι πολύ συχνά παρούσα στις περιπτώσεις εθισμού σε ουσίες. Υπολογίζεται ότι σε ένα ποσοστό της τάξης του 70% όσων έχουν κάνει επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας ήταν χρήστες ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ. Επιπλέον, το ένα τρίτο των εφήβων που έχουν εισαχθεί σε νοσοκομείο μετά από απόπειρα αυτοκτονίας αναφέρουν κατάχρηση ουσιών τουλάχιστον μια φορά κατά τους τελευταίους τρεις μήνες, ενώ το ένα πέμπτο παρουσιάζει συμπτώματα εθισμού σε ουσίες και κυρίως αλκοόλ (Esposito-Smythers&Spirito, 2004). Έρευνες σε άτομα με χρόνια πρόβλημα εθισμού σε ουσίες έχουν δείξει ότι περίπου το 20% των εθισμένων έχουν κάνει τουλάχιστον μία απόπειρα αυτοκτονίας κατά την τελευταία διετία. Σε γενικές γραμμές υπολογίζεται ότι η πιθανότητα να κάνει κάποιος απόπειρα αυτοκτονίας τριπλασιάζεται εάν κάνει και κατάχρηση ουσιών ή παρουσιάζει εθισμό σε ουσίες (Esposito-Smythers&Spirito, 2004).

### 3.5 Η οικογένεια του τοξικοεξαρτημένου

Έρευνες σε οικογένειες ουσιοεξαρτημένων, έχουν δείξει ότι δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο μοντέλο που να περιγράφει τις οικογενειακές σχέσεις. Περιγράφονται ωστόσο ορισμένα χαρακτηριστικά που είναι κοινά στις περισσότερες οικογένειες των ουσιοεξαρτημένων.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, στις οικογένειες των ουσιοεξαρτημένων, παρατηρείται μεγάλη συχνότητα ψυχικών διαταραχών και κυρίως κατάθλιψης, καθώς και χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, όπως αλκοόλ. Υπάρχει επίσης μεγάλη συχνότητα χωρισμών και διαζυγίων και μεγάλος βαθμός ενδοοικογενειακής σύγκρουσης, η οποία συνήθως εκφράζεται με πρωτόγονους τρόπους. Η ένταση καθώς και η βία αποτελούν βασικά στοιχεία της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Η βία ανάμεσα στους γονείς αλλά και προς το παιδί είναι συχνότερη στις οικογένειες των γυναικών τοξικοεξαρτημένων και βιώνετε πολύ πιο τραυματικά (Μάτσα, 2001).

Αυτό που χαρακτηρίζει αυτές τις οικογένειες, στην πλειονότητά τους, είναι η αδυναμία τους να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Οι εν λόγω οικογένειες αισθάνονται στερημένες από αγάπη, στοργή και ενδιαφέρον και αυτή η κατάσταση συναισθηματικής αποστέρησης δημιουργεί στα μέλη μία τρομακτική αίσθηση θυμού. Όμως ο θυμός καταπιέζεται από το φόβο ότι αν εκδηλωθεί θα προκαλέσει ακόμα μεγαλύτερη απόρριψη και έλλειψη αγάπης και αν χαθεί ο έλεγχος μπορεί να πυροδοτήσουν επιθετικές, παρορμητικές πράξεις. Το παιδί αυτής της οικογένειας, λοιπόν, αντί να εκφράσει, άμεσα, ανοιχτά το θυμό του, τον εκφράζει έμμεσα, με τις πράξεις του, κάνοντας χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Σε αντίθεση τώρα με τους άνδρες χρήστες, οι γυναίκες φαίνεται να είναι σε φανερό ανταγωνισμό με τις μητέρες τους, τις οποίες βλέπουν υπερπροστατευτικές και

εξουσιαστικές, ενώ οι πατέρες τους, αναφέρεται ότι είναι παράλογοι, επιεικείς μαζί τους, σεξουαλικά επιθετικοί και συχνά εξαρτημένοι από το αλκοόλ. Επίσης η πιθανότητα αιμομιξίας στην περίπτωση αυτή είναι αρκετά μεγάλη.

Όσον αφορά το ρόλο των γονέων στη χρήση τοξικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένου και του αλκοόλ, όσο και στην πρόληψη και στην απεξάρτηση, είναι καθοριστικός, καθώς σήμερα έχει αποδειχθεί ότι οι πιθανότητες ανάπτυξης μιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών, αυξάνονται μέσα από διαδικασίες μάθησης και μίμησης των πρακτικών της οικογένειας. Από έρευνες έχει βρεθεί ότι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών των γονέων συνδέεται με τη χρήση τοξικών ουσιών από τα παιδιά, ενώ και άλλοι παράγοντες, όπως η έλλειψη επικοινωνίας, συναισθηματικών δεσμών, ορίων, ανεπίλυτων συγκρούσεων και αντιθέσεων μέσα στη οικογένεια συνεισφέρουν προς αυτή την κατεύθυνση.

Η οικογένεια ως ο πρωταρχικός παράγοντας κοινωνικοποίησης, επιδρά στη στάση και συμπεριφορά των νέων μελών της έμμεσα ή άμεσα, καθώς τα μέλη της βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση. Οι έφηβοι που μεγάλωσαν σε οικογένειες όπου γινόταν χρήση ουσιών από τους γονείς, είναι πιο πιθανόν να υιοθετήσουν αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς το οποίο έμαθαν μέσα στην οικογένεια και με το οποίο προσπαθούν να διαχειριστούν τις συναισθηματικές τους δυσκολίες, τις ανησυχίες τους, το άγχος και τα αδιέξοδά τους.

Παρόλα αυτά το φαινόμενο της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, εμφανίζεται και σε οικογένειες όπου κανένας από τους δύο γονείς δεν είναι χρήστης. Θα πρέπει να κατανοήσουμε ότι σε οποιαδήποτε δυσλειτουργική οικογένεια και όχι μόνο στην οικογένεια στην οποία οι γονείς κάνουν χρήση, ο κίνδυνος υιοθέτησης μιας αρνητικής συμπεριφοράς από τα παιδιά είναι αυξημένος. Οποιαδήποτε αρνητική

συμπεριφορά είναι πιθανόν να υιοθετηθεί από τα παιδιά, γιατί η ζωή στις δυσλειτουργικές οικογένειες είναι χαοτική, απρόβλεπτη, τυχαία και χωρίς συνέπεια. Τα παιδιά είναι συχνά παραμελημένα, χωρίς όρια, γίνονται «αποδιοπομπαίοι τράγοι» και έχουν ελάχιστα παραδείγματα σταθερής συμπεριφοράς στα οποία μπορούν να καταφύγουν. Σε αυτή την περίπτωση παρατηρείται έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς και σχέσεις που είναι παθολογικές.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΚΥΡΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ**

### **4.1 Η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης: εννοιολογική προσέγγιση.**

#### **4.1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της θεραπείας.**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο όρος της θεραπείας χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει τη διαδικασία που ξεκινά όταν ένα άτομο έρχεται σε επαφή με τον επαγγελματία υγείας ή με κάποια άλλη υπηρεσία της κοινότητας, την οποία ενδέχεται να συνεχίσει μέσα από διαδοχικές εξειδικευμένες παρεμβάσεις έως ότου επιτευχθεί το ανώτατο δυνατό επίπεδο υγείας και ευημερίας του. Ως κύριο στόχο, προκειμένου να καθίσταται αποτελεσματική, πρέπει να έχει την βελτίωση της ψυχολογικής, σωματικής και κοινωνικής κατάστασης του ατόμου. Συνεπώς να στοχεύει στην ψυχολογική απεξάρτηση και να αποβλέπει στην ανασυγκρότηση της ύπαρξης του ατόμου και στην κοινωνική του επανένταξη. Οι θεραπευτικές δομές είναι εκείνες που είναι υπεύθυνες για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος ή παρέμβασης καθώς επίσης και για την προσφορά της εξειδικευμένης θεραπείας σε χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών.(ΠΟΥ,2010)

#### **4.1.2 Θεραπεία: Αλλαγή του τρόπου ζωής.**

Ειδικότερα ο ορισμός της θεραπείας θα πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένες παρεμβάσεις, οι οποίες να στοχεύουν στην αποτοξίνωση και την αποχή από τις ουσίες, βραχείες παρεμβάσεις ή συμβουλευτική παρέμβαση , δομημένα και ειδικά καταρτισμένα προγράμματα, παρεμβάσεις που να στοχεύουν στη μείωση της βλάβης από τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών καθώς επίσης και παρεμβάσεις στο οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου. Λόγω της πολυπλοκότητας της ουσιοεξάρτησης και των παραμέτρων που την καθορίζουν (βιολογικών,



ψυχοκοινωνικών, οικονομικών, πολιτιστικών κ.α), η θεραπευτική διαδικασία οφείλει να περιλαμβάνει μία ενιαία, πολυδιάστατη προσέγγιση, που να θέτει στο επίκεντρο τον ουσιοεξαρτώμενο ως ένα πρόσωπο που αντιμετωπίζει προβλήματα από τις ουσίες και ως μέρος ενός ευρύτερου συνόλου, οικογενειακού και κοινωνικού. Ως εκ τούτου, ο στόχος της απεξάρτησης και εν τέλει της θεραπείας του ατόμου μπορεί να επέλθει μόνο με την ένταξη του ατόμου σε ένα ειδικά δομημένο θεραπευτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα γίνει ανασυγκρότησή της προσωπικότητας του.(Μάτσα,2001)

Πολλές είναι οι επιφυλάξεις και οι ενδοιασμοί, ωστόσο, που διατυπώνονται συχνά σχετικά με την δυνατότητα του ουσιοεξαρτώμενου να απαλλαγεί από την ανάγκη της οποιασδήποτε ουσίας καθώς επίσης και να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο, βρίσκοντας τον ρόλο που του ταιριάζει και τον κάνει λειτουργικό τόσο για τον ίδιο του τον εαυτό όσο και για τους άλλους.

Βασικό παράγοντα ,λοιπόν, για τη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης αποτελεί καταρχάς το να βρει ο ουσιοεξαρτώμενος το θεραπευτικό πρόγραμμα που του ταιριάζει, καθώς επίσης και να δράσει ο ίδιος αποφασιστικά ως προς την ένταξή του και τη συμμετοχή του σε αυτό. Η ουσιοεξάρτηση αποτελεί έναν τρόπο ζωής, και όχι μία ασθένεια , που διαμορφώνεται από την καταναγκαστική σχέση του ατόμου με τις ουσίες από τις οποίες έχει εξαρτηθεί. Γι αυτό τον λόγο, η θεραπεία απεξάρτησης ισοδυναμεί με την αλλαγή του τρόπου ζωής του εξαρτημένου. Πρόκειται για μία ολιστική διαδικασία που περιλαμβάνει και έναν διαρκή προβληματισμό σχετικά με τις αιτίες, τους λόγους, δηλαδή, που ώθησαν το άτομο σε κάποια κρίσιμη στιγμή της ζωής του να στραφεί στις ουσίες και να εξαρτηθεί από αυτές.(Μάτσα,2001)

## 4.2 Ιστορική αναδρομή στη θεραπεία των εξαρτήσεων.

Η θεραπευτική προσέγγιση της ουσιοεξάρτησης, η οποία πρωτοεμφανίστηκε στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, με κύρια κατάχρηση της ουσίας το όπιο, συνίστατο στη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών (κωδεΐνη, μορφίνη, κοκαΐνη και ηρωΐνη), οι οποίες, στη συνέχεια, δημιούργησαν μία νέα κατηγορία εξάρτησης και εξαρτημένων ατόμων. Για πρώτη φορά το 1914 επιβλήθηκε στις εξαρτητικές ουσίες το νομικό καθεστώς της απαγόρευσης με τη Πράξη Χάρισον, η οποία απαγόρευσε τη χρήση της ηρωΐνης χωρίς ιατρική συνταγή. Έκτοτε, η ηρωΐνη χορηγούνταν μόνον σε ιδιωτικές κλινικές, έως ότου και το κλείσιμό τους το 1973, λόγω της μεγάλης παράνομης διακίνησής της. (Μάτσα, 2001)

Τη δεκαετία του 50', η εξάρτηση αρχίζει να αντιμετωπίζεται ως ψυχική νόσος και οι εξαρτημένοι από ηρωΐνη παραπέμπονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπου και υποβάλλονται σε φαρμακευτική θεραπεία. Το 1943, εμφανίζεται η μεθαδόνη, η οποία αναπτύσσει παρόμοια φαρμακευτική δράση με τη ηρωΐνη και αρχικά κυκλοφορεί ελεύθερα ως ισχυρό αναλγητικό. Το 1967 εισάγονται από τους Dole και Nyswander τα προγράμματα μεθαδόνης για τη θεραπεία της εξάρτησης από την ηρωΐνη. (Μάτσα, 2001)

Παράλληλα, το 1958 αναπτύσσονται θεραπευτικές πρωτοβουλίες από τους ίδιους τους εξαρτημένους, οι οποίες ήταν βασισμένες στην αυτοβοήθεια και στο μοντέλο των Ανώνυμων Αλκοολικών, που πρωτοεμφανίστηκε το 1935. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου οργανισμού αποτέλεσε το κοινόβιο Synanon, ένας αυτοδιαχειριζόμενος και αυτοχρηματοδοτούμενος φορέας, το οποίο είχε ως θεραπευτικό στόχο την αλλαγή μιας ανθρώπινης κοινότητας με εναλλακτικό και αξιακό περιεχόμενο. Παρόμοια θεραπευτικά μοντέλα αποτέλεσαν το Daytop, το Marathon House καθώς επίσης και το Phoenix House. Εν συνεχεία, τα μοντέλα αυτά

ενσωματώθηκαν στο χώρο της ψυχικής υγείας και αποτέλεσαν τη βάση για τη δημιουργία επαγγελματικών δομών απεξάρτησης.(Ζαφειριδης,2009)

Η αιτιολογική προσέγγιση της ουσιοεξάρτησης διχάζεται μεταξύ της νευρολογικής και βιολογικής θεώρησης, η οποία ερμηνεύει το φαινόμενο με αναφορά στους νευροβιολογικούς μηχανισμούς, και της ψυχοκοινωνικής θεώρησης, η οποία επικεντρώνεται στο ψυχικό υπόβαθρο του ατόμου καθώς και στο κοινωνικό – ευρύτερο και μη- περιβάλλον του. Σε οποιαδήποτε περίπτωση, η ουσιοεξάρτηση αποτελεί φαινόμενο μιας εξατομικευμένης διαδικασίας, που έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει συγκεκριμένη συμφωνία ως προς το βαθμό και τον τρόπο επίδρασης των επιμέρους παραγόντων( Πουλόπουλος, 2011).

Οι δύο αιτιολογικές προσεγγίσεις καταλήγουν και σε δύο διαφορετικές θεραπευτικές μεθόδους. Όσον αφορά στη πρώτη, έχει ως βασικό στόχο τη μείωση της χρήσης και την ελαχιστοποίηση της βλάβης. Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση έχει ως προσανατολισμό τη συντήρηση, δηλαδή τη σταθεροποίηση και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ατόμου. Ο συγκεκριμένος τρόπος θεραπείας επικεντρώνεται στη διαχείριση των συνεπειών της εξάρτησης και όχι τόσο στους αιτιολογικούς παράγοντες που οδήγησαν το άτομο στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.(Πουλόπουλος,2005)

Ειδικότερα, σε αυτή τη μορφή θεραπείας υπάγεται η χορήγηση υποκατάστατων ουσιών καθώς επίσης και υπηρεσίες που απευθύνονται σε *ενεργούς χρήστες*, δηλαδή σε αυτούς που δεν έχουν απευθυνθεί ακόμα σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες περιλαμβάνουν δράσεις άμεσης πρόσβασης, όπως παροχή βασικής ιατρικής περίθαλψης, μαθήματα πρώτων βοηθειών, παροχή συρίγγων, εμβολιασμό για μεταδιδόμενα νοσήματα κ.α. Επιπρόσθετα, στο επίπεδο της

παρέμβασης περιλαμβάνεται και η συμβουλευτική, με στόχο τη δημιουργία μιας πρώτης γέφυρας επικοινωνίας και εμπιστοσύνης με τους χρήστες. (Πουλόπουλος, 2005)

Στον αντίποδα βρίσκεται η θεραπευτική μέθοδος των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για την πλήρη απεξάρτηση, η οποία στοχεύει στην αποδέσμευση του εξαρτημένου ατόμου από την ουσία και στην αντιμετώπιση των αιτιών της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Η διερεύνηση των αιτιών της εξάρτησης έχει τη βάση της σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η απεξάρτηση θεωρείται ότι επέρχεται όχι λόγω της σωματικής αποτοξίνωσης αλλά με την ανάκτηση της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου. (Πουλόπουλος, 2011)

Βασική προϋπόθεση και στις δύο περιπτώσεις αποτελεί το να λάβει ο ίδιος την απόφαση να ενταχθεί με τη θέλησή του σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο να του ταιριάζει και μέσα στο οποίο να καταβάλει όλες του τις προσπάθειες. Αξιοσημείωτο είναι ,τέλος, ότι οι διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις ανταποκρίνονται με βάση τις ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων (ηλικία, ιστορικό χρήσης, επιθυμία διακοπής της χρήσης κ.α). (Μάτσα ,2006)

### **4.3 Βασικές θεραπευτικές παρεμβάσεις.**

#### **4.3.1 Ιστορική αναδρομή θεραπευτικών μονάδων στην Ελλάδα.**

Η θεραπευτική προσέγγιση της ουσιοεξάρτησης αρχίζει να διαμορφώνεται δίπλα στη σωφρονιστική με το Ν.Δ. 743/1970, το οποίο αναγνώριζε την εξάρτηση ως αντικειμενική αδυναμία του ατόμου. Η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης με κρατική μέριμνα ξεκινά στην Ελλάδα το 1987, με την ίδρυση του ΚΕ.Θ.Ε.Α και τη ψήφιση του νόμου Ν.1729/1987. Ο νόμος αυτός σηματοδοτεί την μετάβαση από τη τιμωρία στη θεραπεία, αφού μέχρι τότε οι ουσιοεξαρτώμενοι παραπέμπονταν στις φυλακές ή σε ψυχιατρικές κλινικές. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2013)

Το 1993, με τον νόμο Ν. 2161/1993, ιδρύεται ο Ο.ΚΑ.ΝΑ ως όργανο τόσο θεραπευτικό όσο και συντονιστικό και από το 2002 αρχίζει να αναπτύσσεται η θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη. Το 2006 εισάγεται και ως ουσία υποκατάστασης και η βουπρενορφίνη. (ΟΚΑΝΑ, χ.χ)

#### **4.3.2 Βασικές μορφές θεραπευτικών δομών/υπηρεσιών.**

Επιχειρώντας τον προσδιορισμό και την ταξινόμηση των υπηρεσιών κατά των εξαρτήσεων, το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο (ΕΚΠΙΝΤ) ορίζει τη θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων ως «κάθε θεσμοθετημένη δομημένη θεραπεία σε φυσικό περιβάλλον εντός της κοινότητας, το οποίο έχει ως στόχο τη μείωση της χρήσης απαγορευμένων ναρκωτικών ουσιών ή την αποχή από αυτά και εντέλει τη βελτίωση της γενικής υγείας του ουσιοεξαρτώμενου, με τη χρήση συγκεκριμένων ιατρικών ή ψυχοκοινωνικών τεχνικών».

Η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης περιλαμβάνει τις ακόλουθες μορφές υπηρεσιών:

- Ø Προγράμματα με υποκατάστατα
- Ø «Στεγνά προγράμματα» -ψυχοκοινωνικής παρέμβασης
- Ø Σωματική αποτοξίνωση
- Ø Προγράμματα υπό τη μορφή Αυτοβοήθειας

Επιπρόσθετο κριτήριο διάκρισης των θεραπευτικών προγραμμάτων αποτελεί η διαμονή ή μη του ασθενούς εντός του φυσικού περιβάλλοντος του θεραπευτικού προγράμματος. Ως προγράμματα κλειστής διαμονής(*inpatient treatment*) ορίζονται εκείνα στα οποία ο ασθενής περνά τη νύχτα στο θεραπευτικό κέντρο και ως εξωτερικής παρακολούθησης (*outpatient treatment*) εκείνα στα οποία ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία μόνο κατά τη διάρκεια της ημέρας (EMCDDA,2002).

#### 4.3.3 Βασικοί τύποι θεραπευτικών προγραμμάτων/δομών στην Ελλάδα

Όσον αφορά στους βασικούς τύπους θεραπείας για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης που παρέχονται στην Ελλάδα είναι οι εξής: οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (πρόκειται για τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα), η Θεραπεία Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης (ΘΦΑΕ) καθώς και η σωματική αποτοξίνωση.

Οι επίσημα αναγνωρισμένοι φορείς, οι οποίοι παρέχουν τους παραπάνω τύπους θεραπείας στη χώρα μας είναι οι εξής:

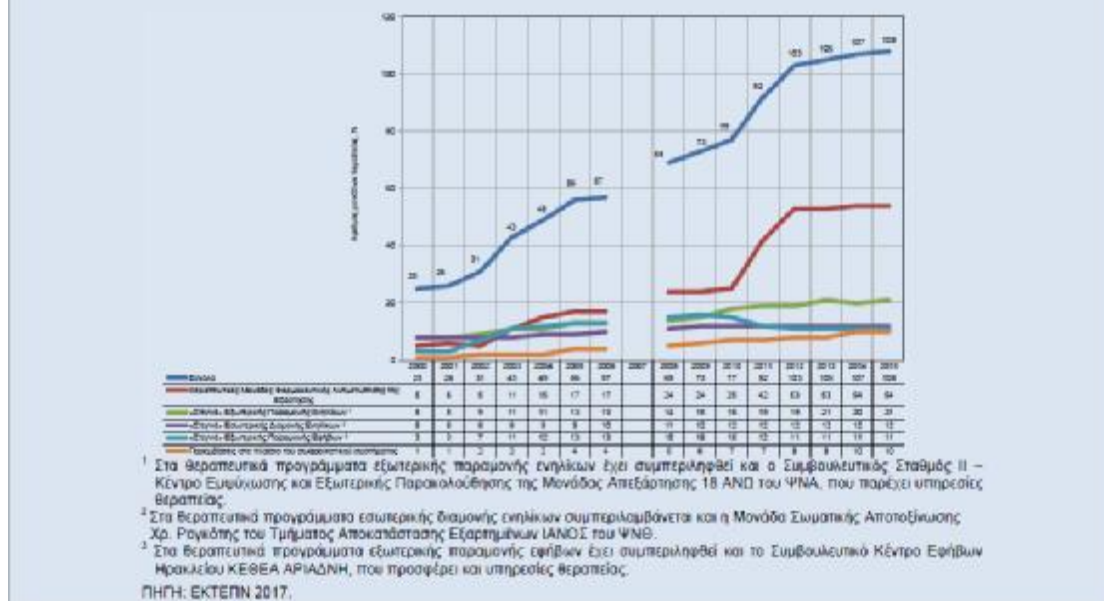
- Ø Ο.ΚΑ.ΝΑ
- Ø ΚΕΘΕΑ
- Ø Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ (ΨΝΑ)
- Ø Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ)
- Ø Αιγινήτειο Νοσοκομείο ( Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών)

- Ø Δημόσια Νοσοκομεία που συνεργάζονται με τον ΟΚΑΝΑ
- Ø Ανεξάρτητο Σωματείο ΘΗΣΕΑΣ-Δήμος Καλλιθέας
- Ø Υπουργείο Δικαιοσύνης Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων  
(Σωφρονιστικά Καταστήματα)

Σύμφωνα με το ΕΚΤΕΠΝ (2017) στην Ελλάδα το 2015 βρίσκονταν σε λειτουργία 108 θεραπευτικά προγράμματα. Ειδικότερα, λειτουργούσαν 54 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης (ΘΦΑΕ ή θεραπείας με υποκατάστατα), εκ των οποίων οι 45 μονάδες ως κύρια ουσία υποκατάστασης χρησιμοποιούν την βουπρενορφίνη ενώ οι 9 δομές τη μεθαδόνη. Επιπρόσθετα, υπάρχουν 44 «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα (11 εσωτερικής διανομής ενηλίκων, 21 εξωτερικής παραμονής ενηλίκων, 11 εξωτερικής παραμονής εφήβων και 1 πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης) καθώς επίσης και 10 θεραπευτικά προγράμματα για φυλακισμένους και αποφυλακισμένους χρήστες (8 «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα και 2 προγράμματα με υποκατάστατα).(ΕΚΤΕΠΝ, 2017)

Αξιοσημείωτη είναι και η λειτουργία της Μονάδας Διπλής Διάγνωσης του Προγράμματος Εναλλακτικής Θεραπείας Εξαρτημένων ΑΡΓΩ, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης(ΨΝΘ), για εξαρτημένα άτομα από ψυχοτρόπες ουσίες με ψυχιατρική συννοσηρότητα. Τέλος, το ΚΕΘΕΑ έθεσε σε λειτουργία το 2015 δύο νέα προγράμματα θεραπείας, το ένα για ενήλικες στην Αθήνα (ΚΕ.Θ.Ε.Α ΔΙΑΒΑΣΗ) και το άλλο για εφήβους στην Πάτρα (ΚΕ.Θ.Ε.Α ΟΞΥΓΟΝΟ).(ΕΚΤΕΠΝ, 2017)

Γράφημα 6.1: Δομές Θεραπείας για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, ανά τύπο παρέμβασης (2000-2015)



Ωστόσο, εκτός από τις ως άνω θεραπευτικές παρεμβάσεις υπάρχουν και οι υπηρεσίες συμβουλευτικής, οι οποίες παρέχονται μέσα από τους φορείς. Συγκεκριμένα, παρέχονται μέσα από τα συμβουλευτικά κέντρα υποδοχής και ενημέρωσης, στα οποία γίνεται η πρώτη επαφή με όσους αναζητούν βοήθεια.

Σύμφωνα με την έκθεση του Εθνικού Κέντρου Παρακολούθησης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) το 2015 λειτούργησαν στην Ελλάδα 43 συμβουλευτικά κέντρα εκ των οποίων 33 απευθύνονταν σε ενήλικες, 8 απευθύνονταν σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες και 2 σε αποφυλακισμένους χρήστες ουσιών. Στα 41 συμβουλευτικά κέντρα, στη περίπτωση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων («στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα), πραγματοποιείται η πρώτη επικοινωνία για θέματα χρήσης ουσιών ενώ ακόμα παρέχονται και οι απαραίτητες προετοιμασίες για την θεραπευτική διαδικασία. Όσον αφορά στο πρόγραμμα ΘΦΑΕ του Ο.ΚΑ.ΝΑ υπάρχουν δύο κέντρα Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού, τα οποία εδρεύουν στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη αντίστοιχα και τα οποία



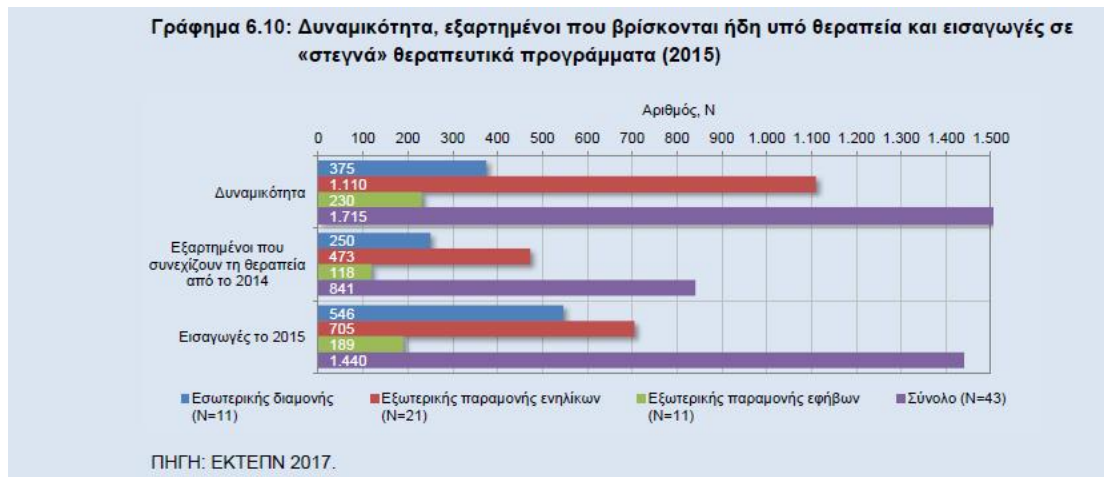
λειτουργούν ως στάδιο προετοιμασίας των ατόμων για την εισαγωγή τους στις μονάδες υποκατάστασης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2017)

#### **4.4 Στόχοι των βασικών προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης.**

##### **4.4.1 Ψυχοκοινωνικά προγράμματα παρέμβασης.**

Ως «στεγνά» ορίζονται εκείνα τα προγράμματα που αντιμετωπίζουν τις εξαρτήσεις χωρίς τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών και βασίζονται σε μία ψυχοκοινωνική προσέγγιση. Τα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης, εσωτερικής διαμονής ή εξωτερικής παραμονής ακολουθούν ένα θεραπευτικό σχήμα, το οποίο αποτελείται από πολλές φάσεις. Συγκεκριμένα, υπάρχει η πρώτη φάση κατά την οποία πραγματοποιείται ενημέρωση, συμβουλευτική και κινητοποίηση για ένταξη σε κάποια δομή θεραπείας, η δεύτερη που επικεντρώνεται στην σωματική αποτοξίνωση και η τρίτη η οποία στοχεύει στην κοινωνική επανένταξη. Τα προγράμματα ψυχοκοινωνικής παρέμβασης έχουν ως κύριο στόχο την πλήρη αποχή από την χρήση ουσιών και τη βελτίωση της υγείας του χρήστη. Επιπλέον, επιδιώκουν τόσο τη βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων και της κοινωνικής λειτουργικότητας του ίδιου όσο και την ενίσχυση των οικογενειακών και κοινωνικών του σχέσεων. (Προεδρικό Διάταγμα 148/2007 - ΦΕΚ 191/Α' / 10.8.2007)

Από τα 43 «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα που βρίσκονται υπό λειτουργία στην Ελλάδα τα μισά (49%) ανήκουν στο ΚΕ.Θ.Ε.Α, τα 8 στο 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ) και τα υπόλοιπα 14 στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης(ΨΝΘ), στον Ο.ΚΑ.ΝΑ καθώς και σε άλλους φορείς. (ΕΚΤΕΠΝ,2017)



Τέλος, αξιοσημείωτη είναι και η προσέλευση των ατόμων κατά το έτος του 2015 στα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Σύμφωνα με τον ΕΚΤΕΠΝ πραγματοποιήθηκαν 1.440 εισαγωγές (63,1%), εκ των οποίων οι μισές (49%) απευθύνονταν στα προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων. Το (37,7%) σημειώθηκε στα προγράμματα εσωτερικής διαμονής ενηλίκων και το υπόλοιπο (13,1%) στην κυρίως θεραπευτική φάση των προγραμμάτων για εφήβους.

#### 4.4.2 Προγράμματα θεραπείας με υποκατάστατα.

Βασικοί στόχοι των θεραπευτικών μονάδων υποκατάστασης αποτελούν η μείωση της χρήσης ουσιών καθώς και των άμεσα ,με τη χρήση, προβλημάτων, όπως της υγείας των χρηστών και της κοινωνικής του λειτουργικότητας. Επιπλέον, η παροχή υποστήριξης στα εξαρτημένα άτομα που αναζητούν βοήθεια καθώς και η διασφάλιση της δημόσιας υγείας από τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών αποτελούν βασικό μέλημα. Κύρια επιδίωξη των θεραπευτικών μονάδων αποτελεί η σταθεροποίηση του τρόπου ζωής των χρηστών , η βελτίωση των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων καθώς και η ανάδειξη του ενδιαφέροντος για εκπαίδευση και περαιτέρω κατάρτιση για άμεση επαγγελματική αποκατάσταση.

Η Θεραπεία Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης (ΘΦΑΕ) διακρίνεται σε δύο βασικούς τύπους , σύμφωνα με την κύρια φαρμακευτική ουσία που χορηγείται: 1) στις μονάδες που εφαρμόζουν τη θεραπεία της εξάρτησης με κύρια ουσία χρήσης τη μεθαδόνη και 2) στις μονάδες που χορηγούν βουπρενορφίνη ως φαρμακευτική ουσία. (ΕΚΤΕΠΝ,2017)

Ο αριθμός θέσεων εισαγωγής εξαρτημένων ατόμων, σύμφωνα με το ΕΚΤΕΠΝ, στα προγράμματα υποκατάστασης το 2015 ανέρχεται στα 1.603 άτομα, από τα οποία το 17,6% αναφέρεται σε μονάδες μεθαδόνης ενώ το υπόλοιπο 82,4% σε μονάδες βουπρενορφίνης.

Αξιοσημείωτο, επίσης αποτελεί το γεγονός ότι κατά τα έτη 2010-2012 ο αριθμός των θεραπευόμενων στα προγράμματα υποκατάστασης σχεδόν διπλασιάστηκε ενώ τα επόμενα χρόνια παρέμεινε σταθερός. Το 2015, το σύνολο των ατόμων που ήταν ενταγμένα στα προγράμματα υποκατάστασης έφτασε τα 10.082 άτομα, με συχνότερα συνταγογραφούμενη υποκατάστατη ουσία τη βουπρενορφίνη. Τέλος, όσον αφορά στη λίστα αναμονής, ο εκτιμώμενος χρόνος αναμονής των χρηστών στο τέλος του 2015 ήταν έως τέσσερα χρόνια στις μονάδες κυρίως της Αττικής, όπου παρατηρείται και ο μεγαλύτερος αριθμός χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών.(ΕΚΠΠΤ,2017)

**Γράφημα 6.3: Διαχρονική τάση του αριθμού των θεραπευομένων για κάθε τύπο παρέμβασης(2002-2015).**



#### 4.4.3 Μονάδες Σωματικής Αποτοξίνωσης.

Οι Μονάδες Σωματικής Αποτοξίνωσης στοχεύουν στην παροχή φαρμακευτικής βοήθειας σε εξαρτημένα άτομα(κυρίως από τη χρήση ηρωίνης) προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα στερητικά συμπτώματα. Η ενημέρωση σε θέματα υγείας ,η πρόληψη της υποτροπής καθώς και η ευαισθητοποίηση και προετοιμασία για τη φάση της θεραπείας αποτελούν βασικούς άξονες των μονάδων. Στην Ελλάδα λειτουργεί μία μόνο εξειδικευμένη δομή σωματικής αποτοξίνωσης, στο πλαίσιο του Τμήματος Αποκατάστασης Εξαρτημένων ΙΑΝΟΣ.

Σύμφωνα με στοιχεία από το ΕΚΤΕΠΝ (2017) το 2015 παρακολούθησαν την Μονάδα Σωματικής Αποτοξίνωσης (DETOX) 286 άτομα. Ωστόσο, ο αριθμός των θέσεων εισαγωγής στη συγκεκριμένη Μονάδα ανέρχεται στα 276 άτομα.

Εν κατακλείδι, το 2015 στην Ελλάδα λειτούργησαν συνολικά 108 θεραπευτικές δομές/προγράμματα και 43 συμβουλευτικά κέντρα για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Συνολικά οι εξαρτημένοι που έλαβαν θεραπεία, κατά το παραπάνω έτος, ανέρχονται στα 13.074 άτομα, από τα οποία τα 10.082 (77,1%) αναζήτησαν

θεραπεία στις Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης ενώ το 19,6% (2.576 άτομα) σε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Τέλος, στα πλαίσια του σωφρονιστικού συστήματος δέχτηκαν θεραπεία 425 άτομα (3,3%).

#### **4.5 Οι βασικές αρχές των θεραπευτικών προγραμμάτων**

Το 2008, το UNODC σε συνεργασία με τον ΠΟΥ όρισε ως ιδανική θεραπευτική μέθοδο την «ολοκληρωμένη πολυεπιστημονική προσέγγιση που περιλαμβάνει διαφοροποιημένες φαρμακολογικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις». Η πολιτική και τα προγράμματα θεραπείας των εξαρτήσεων θα πρέπει να υπακούουν στις ακόλουθες αρχές:

##### **1. Προσβασιμότητα και Διαθεσιμότητα**

Η πρόσβαση στη θεραπεία θα πρέπει να διασφαλίζεται σε όλα τα στάδια της χρήσης ουσιών, δηλαδή να συμπεριλαμβάνει όλες τις περιπτώσεις χρηστών, αυτών που δεν ενδιαφέρονται να σταματήσουν τη χρήση, που υποτροπιάζουν καθώς και αυτών που βρίσκονται υπό συνθήκες κράτησης.

Ειδικότερα ο όρος της προσβασιμότητας και διαθεσιμότητας στα εξειδικευμένα θεραπευτικά προγράμματα περιλαμβάνει, καταρχάς, την άμεση και εύκολη πρόσβαση σε αυτά. Ακόμα, το χαμηλό κόστος συμμετοχής ή και δωρεάν θεραπείας καθώς επίσης και την εύκολη παραπομπή στα προγράμματα από τους ίδιους τους χρήστες. Επιπλέον, πρακτικές που αφορούν τον χρόνο αναμονής των χρηστών, το ωράριο λειτουργίας των υπηρεσιών, τις στρατηγικές παρέμβασης για τη προσέγγιση κρυμμένων πληθυσμών, την εγκατάσταση επαρκών δομών θεραπείας ανά γεωγραφική περιοχή καθώς και την κάλυψη όλων των χρηστών ανεξαρτήτως νομικού ή άλλου καθεστώτος, περιλαμβάνονται στην αρχή της προσβασιμότητας. (UNODC/WHO, 2008)

##### **2. Στοχοθέτηση ειδικών υποομάδων**

Η συγκεκριμένη αρχή αναφέρεται στην στόχευση από τα θεραπευτικά προγράμματα ειδικών υποομάδων που απαιτούν διαφοροποιημένες

προσεγγίσεις. Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει την ανάλογη εκπαίδευση των επαγγελματιών προκειμένου να ικανοποιηθούν σωστά οι ιδιαίτερες ανάγκες των ομάδων αυτών (έφηβοι, γυναίκες, έγκυες, μειονότητες, άτομα με ψυχική συννοσηρότητα).

### **3. Αξιολόγηση του ατόμου**

Η αξιολόγηση ανάλογα με τον τύπο του θεραπευτικού προγράμματος χωρίζεται σε αρχική και περιεκτική και στοχεύει στην εύρεση των προβλημάτων και αναγκών του ατόμου για την ένταξή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Όσον αφορά στην *αρχική αξιολόγηση*, ως σημειωθεί, ότι πρόκειται για μία σύντομη αξιολόγηση, η οποία πραγματοποιείται κατά την πρώτη επικοινωνία του χρήστη με την υπηρεσία και περιλαμβάνει την συμπλήρωση του «Αιτήματος Θεραπείας» και σηματοδοτεί την έναρξη της κινητοποίησης του ατόμου.

Εν αντιθέσει η *περιεκτική αξιολόγηση* πραγματοποιείται μετά από το θεραπευτικό αίτημα και στοχεύει στην εύρεση του καταλληλότερου τύπου παρέμβασης για το άτομο μέσα από τη συλλογή πληροφοριών, οι οποίες καταδεικνύουν τις ιδιαίτερες ανάγκες του.

### **4. Θεραπευτικός Σχεδιασμός, Θεραπευτικός Συντονισμός και Διαχείριση Περιστατικού**

- *Θεραπευτικός Σχεδιασμός* :Πρόκειται για μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, παροχής θεραπείας και αναθεώρησης των αναγκών του ατόμου που συνεχώς μεταβάλλονται. Η διασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς, μέσα από τη δημιουργία του θεραπευτικού σχεδίου, αποτελεί βασική παράμετρο του θεραπευτικού προγράμματος



προκειμένου να ανταποκριθεί στις πολλαπλές ανάγκες των εξαρτημένων.

- *Θεραπευτικός Συντονισμός:* Αποτελεί, βασικό μέρος κάθε δομημένου θεραπευτικού προγράμματος και στοχεύει στην ικανοποίηση των διαφορετικών αναγκών των ατόμων (σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών). Υπάρχουν δύο είδη θεραπευτικού συντονισμού (βασικός-ενισχυμένος) που θα πρέπει να εφαρμόζονται από τις υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες. Ειδικότερα, ο βασικός συντονισμός απευθύνεται σε άτομα με λιγότερο σοβαρά προβλήματα που είναι σε θέση να διατηρήσουν την επαφή με τις υπηρεσίες από μόνα τους. Με βάση τον βασικό συντονισμό θα πρέπει για κάθε άτομο να ορίζεται ένας συγκεκριμένος συντονιστής. Τέλος, απαιτεί ένα γραπτό θεραπευτικό σχέδιο. Στον αντίποδα ο ενισχυμένος συντονισμός απευθύνεται σε άτομα με πιο σύνθετα προβλήματα (π.χ ψυχική συννοσηρότητα) και επιδιώκει την κάλυψη των αναγκών τους μέσα από την παροχή ενός ευρύ φάσματος υπηρεσιών, στα πλαίσια του θεραπευτικού τους προγράμματος.

- *Διαχείριση Περιστατικού*

Περιλαμβάνει την ικανοποίηση όλων των παραπάνω πρακτικών με στόχο τη δημιουργία ενός καλά δομημένου θεραπευτικού προγράμματος που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων.

## **5. Θεραπευτική Δέσμευση και συγκράτηση στη θεραπεία**

Αναφέρεται στη δέσμευση των ατόμων σε ό,τι αφορά τη θεραπεία και την ολοκλήρωσή της (στάδια θεραπείας-θεραπεία συντήρησης) προκειμένου να επιτευχθεί οριστικά η αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης. Βασικοί

παράγοντες για να καταστεί δυνατή η δέσμευση και συγκράτηση των ατόμων στη θεραπεία και οι οποίοι θα πρέπει να εφαρμόζονται από όλες τις θεραπευτικές δομές είναι οι εξής: α) ταχεία ένταξη στο πρόγραμμα, β) ενίσχυση των κινήτρων τους, γ) ενεργό συμμετοχή του ατόμου στη θεραπευτική διαδικασία, δ) εντατική στήριξη των ατόμων από τους επαγγελματίες και ε) δεκτικότητα και ευελιξία των προγραμμάτων.

#### **6. Παρακολούθηση και αξιολόγηση του θεραπευτικού προγράμματος**

Η αρχή αυτή αναφέρεται στην αποτελεσματική και αποδοτική κλινική διακυβέρνηση, η οποία να περιλαμβάνει σαφή πολιτική και πρωτόκολλα, μηχανισμούς αξιολόγησης, επάρκεια οικονομικών πόρων, σωστή οικονομική διαχείριση καθώς επίσης και μηχανισμούς λογοδοσίας. Τέλος κάθε θεραπευτική δομή/πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα σύστημα αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας.

#### **7. Προσωπικό**

Κάθε θεραπευτική δομή/πρόγραμμα θα πρέπει να αποτελείται από εξειδικευμένους επαγγελματίες και με βάση την ειδική εκπαίδευσή τους να γίνεται η κατανομή των καθηκόντων. Ακόμα, απαραίτητη καθίσταται η συνεχής εκπαίδευσης του προσωπικού καθώς και η εποπτεία και στήριξη για τη πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος, θα πρέπει να γίνεται διασαφήνιση του διοικητικού, θεραπευτικού και άλλου προσωπικού μέσα από την διατήρηση οργανογράμματος.

## **8. Κώδικας Δεοντολογίας, υποχρεώσεις και δικαιώματα**

Η συγκεκριμένη αρχή αναφέρεται στα δικαιώματα των μελών του προγράμματος, τα οποία δεν θα πρέπει να καταπατούνται από το προσωπικό των υπηρεσιών. Τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων με βάση τον «Χάρτη Δικαιωμάτων για τα μέλη» οφείλουν να γνωρίζουν το σύνολο των δικαιωμάτων τους καθώς επίσης θα πρέπει να τηρούν και τις ανάλογες υποχρεώσεις από τη στιγμή της ένταξής τους στην υπηρεσία.

Εκτός από τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μελών θα πρέπει να τηρείται και ο κώδικας δεοντολογίας από το προσωπικό της θεραπευτικής ομάδας προκειμένου να διασφαλίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα υπό θεραπεία μέλη (σεβασμός στα ανθρώπινα δικαιώματα και αξιοπρέπεια του θεραπευόμενου, αποφυγή διακρίσεων, δικαίωμα ασθενούς στον αυτοκαθορισμό, εκούσια και όχι καταναγκαστική προσέλευση).

## **9. Κτιριακές εγκαταστάσεις-παροχές**

Τέλος, τα θεραπευτικά προγράμματα προκειμένου να υπακούουν στις αρχές της θεραπείας θα πρέπει να διαθέτουν και επαρκή εξοπλισμό σε σχέση με την υγιεινή, την διαμονή (σε όποιες δομές ισχύει) και την ασφάλεια των μελών της. Αξιοσημείωτη είναι ακόμα η παροχή κατάλληλων κτηριακών εγκαταστάσεων για εκπαιδευτικές, ψυχαγωγικές και εναλλακτικές δραστηριότητες στα πλαίσια της θεραπευτικής διαδικασίας. (Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου, 2010)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Προγράμματα με υποκατάστατα στην Ελλάδα.**

### **5.1 Θεραπεία Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης**

Η θεραπεία υποκατάστασης είναι μια μορφή θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη) και εφαρμόζεται με τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Οι φαρμακολογικές ιδιότητες των ουσιών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία υποκατάστασης διαφέρουν από εκείνες της ηρωίνης. Οι ουσίες αυτές απαιτούν, σε σύγκριση με την ηρωίνη, μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αρχίσει τόσο η δράση όσο και η αποδρομή τους. Αντίθετα, η ηρωίνη προκαλεί, σχεδόν αμέσως μετά τη λήψη της, μια κατάσταση ευφορίας («ανέβασμα») που ακολουθείται, σε σύντομο χρονικό διάστημα, από «πτώση». Έτσι, με τα υποκατάστατα αποφεύγονται οι γρήγορες μεταπτώσεις του θυμικού που προκαλεί η λήψη της ηρωίνης, οι οποίες οδηγούν με τη σειρά τους στην ανάγκη συχνής επανάληψης της χρήσης της. Επιπλέον, τα υποκατάστατα δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, μάλιστα έχουν και την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί, ενώ μειώνουν σημαντικά και την επιθυμία για χρήση.(OKANA,χ.χ)

Στις Θεραπευτικές Μονάδες Υποκατάστασης παρέχεται φαρμακευτική θεραπεία, σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής νοσηρότητας.

Η υποκατάσταση εφαρμόζεται σήμερα σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η θεραπευτική αυτή μέθοδος καλύπτει περίπου τα 2/3 των θέσεων θεραπείας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τα οφέλη της θεραπείας αυτής, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα από τις άλλες χώρες και τη δική μας δείχνουν ότι η θεραπεία υποκατάστασης συμβάλλει στη μείωση της

εγκληματικότητας, των λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά καθώς και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην κοινωνική επανένταξη των θεραπευμένων.(ΕΚΤΕΠΝ,2017)

Η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι πανάκεια, ούτε αποτελεί την ενδεδειγμένη θεραπεία για όλα τα εξαρτημένα από οπιούχες ουσίες άτομα. Για το λόγο αυτό άλλωστε, τίθενται και ορισμένες προϋποθέσεις για να γίνει δεκτό ένα άτομο στη θεραπεία υποκατάστασης στη χώρα μας, όπως η ηλικία και η προηγούμενη προσπάθεια θεραπείας σε «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Είναι προτιμότερο να πετύχει ένα άτομο την πλήρη απεξάρτησή του, από το να παίρνει ένα φάρμακο ενδεχομένως για πολλά χρόνια. Υπάρχουν όμως χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι χρήστες που δεν κατορθώνουν να απεξαρτηθούν στα «στεγνά» προγράμματα (νευροβιολογικές συνιστώσες), και επομένως έχουν ανάγκη από μια θεραπεία μακράς διάρκειας με υποκατάστατα. Στα άτομα αυτά οφείλουμε να παρέχουμε τη θεραπεία που χρειάζονται, όπως το κάνουμε και σε άλλους χρόνιους ασθενείς (π.χ. σε όσους πάσχουν από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία ή σχιζοφρένια).(ΟΚΑΝΑ,χ.χ)

Στην Ελλάδα, από τα τέλη της δεκαετίας του '70, σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των εξαρτημένων, που είχε ήδη παρατηρηθεί στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η αύξηση αυτή καταγραφόταν στους διάφορους δείκτες υπολογισμού της έκτασης του προβλήματος (θάνατοι, συλλήψεις, καταδίκες, κατασχέσεις ναρκωτικών κ.λ.π.), οι οποίοι, ιδιαίτερα μετά το 1985, παρουσίαζαν αλματώδη άνοδο. Η κατάσταση αυτή επιβαρυνόταν από την εμφάνιση του ιού του AIDS και την ταχεία εξάπλωσή του στους χρήστες ηρωίνης ενώ παράλληλα, αυξανόταν και η διάθεση όλων των ναρκωτικών, και ιδιαίτερα της ηρωίνης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, προέκυψε η ανάγκη για αλλαγή της νομοθεσίας στη χώρα μας, ώστε να καταστεί δυνατή η

φαρμακευτική αντιμετώπιση των χρονίως εξαρτημένων από ηρωίνη ατόμων με τη χορήγηση φαρμακευτικών υποκατάστατων («πρόγραμμα υποκατάστασης»). Ο ΟΚΑΝΑ είναι ο μόνος οργανισμός σύμφωνα με τον νόμο, ο οποίος μπορεί να εφαρμόσει προγράμματα υποκατάστασης.

Ειδικότερα, το 1993 με το Νόμο 2161/1993 (ιδρυτικός νόμος του ΟΚΑΝΑ) προβλέπεται η ίδρυση μονάδων υποκατάστασης, ενώ με υπουργική απόφαση (ΓΕΟ/25/6-4-95) προσδιορίζονται οι προδιαγραφές για την ίδρυση και τη λειτουργία Πειραματικών Προγραμμάτων Υποκατάστασης (ΠΠΥ) για εξαρτημένους χρήστες ηρωίνης. Τον Ιανουάριο του 1996, ο ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε το πρώτο στη χώρα μας ΠΠΥ με χορήγηση μεθαδόνης και ίδρυσε τις δύο πρώτες μονάδες υποκατάστασης, μία στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη.(ΟΚΑΝΑ,χ.χ)

## **5.2 ΟΚΑΝΑ: Ταυτότητα και σύντομη ιστορία.**

### **ΟΚΑΝΑ**

#### **Οργανισμός κατά των ναρκωτικών**

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/93 που ψηφίστηκε από το σύνολο του Κοινοβουλευτικού Σώματος και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο ΟΚΑΝΑ έχει ως κύριους σκοπούς:

- το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων
- τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού
- την ίδρυση και την αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.
- Ο ΟΚΑΝΑ από την ίδρυσή του έως σήμερα επιδιώκει να ανταποκριθεί στο διττό του ρόλο ως εθνικού συντονιστικού φορέα και ως φορέα ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης.
- Για τη χάραξη και το συντονισμό της εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, ο ΟΚΑΝΑ συνεργάζεται με φορείς της χώρας καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο,

συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (ΕΚΤΕΠΝ).

- Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης, του ΟΚΑΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση.
- Αυτό που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη.
- Τα φάρμακα αυτά έχουν βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να ελέγξουν ή και να διακόψουν τη χρήση της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών (σιρόπια, παυσίπονα χάπια) και να βελτιώσουν την κατάσταση της υγείας τους. Με τη χορήγησή τους είναι δυνατό να διακόψει κάποιος τη χρήση της ηρωίνης, χωρίς να εμφανίσει στερητικό σύνδρομο και χωρίς να βασανίζεται από την ακατανίκητη επιθυμία να κάνει χρήση ηρωίνης. Η δράση τους διαρκεί πολλές ώρες (ή και μέρες) και εξαφανίζονται οι γρήγορες και απότομες μεταβολές διάθεσης που προκαλεί η ηρωίνη. Επίσης, δεν έχουν την ευφορική δράση της ηρωίνης, έχουν την ιδιότητα να εμποδίζουν την έξαρση της ψυχικής διάθεσης που αυτή προκαλεί και μειώνουν σημαντικά την επιθυμία για χρήση.
- Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά:
  - είναι ελεγχμένα και χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, δεν υπάρχει περίπτωση νοθείας με αδρανείς ή επικίνδυνες ουσίες και μηδενίζεται ο κίνδυνος υπερδοσολογίας (overdose).



- χορηγούνται δωρεάν και δε χρειάζεται να καταφεύγει κανείς στην παρανομία για να τα εξασφαλίσει. Δίνεται έτσι η ευκαιρία να διακοπούν οι δεσμοί με τον κόσμο των ναρκωτικών.
- χορηγούνται υπό μορφή πόσιμου διαλύματος ή ταμπλέτας. Έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι από την ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χρήση της ηρωίνης (αποστήματα, θρομβώσεις, μετάδοση ασθενειών κλπ).
- Στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, παράλληλα με τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Ειδικότερα, παρέχονται:
  - Ιατρικές Υπηρεσίες: Βασική ιατρική φροντίδα, ιατρική παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (AIDS, ηπατίτιδα κλπ), ψυχιατρική περίθαλψη, χορήγηση μεθαδόνης
  - Ψυχολογικές Υπηρεσίες: Ατομική συμβουλευτική, ομάδα αυτοεκτίμησης, πρόληψη υποτροπής
  - Ψυχοθεραπεία: ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπεία
  - Κοινωνικές Υπηρεσίες: Ομάδα κοινωνικών δεξιοτήτων, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική σε θέματα εργασίας
  - Νομικές Υπηρεσίες: Συμβουλές νομικής φύσης.(Εφημερίδα της Κυβερνήσεως,2013)

Στα προγράμματα υποκατάστασης του OKANA γίνονται δεκτά άτομα άνω των 20 ετών, που κάνουν μακροχρόνια χρήση ηρωίνης ή άλλου οπιοειδούς με σωματική και ψυχική εξάρτηση. Όσον αφορά τα άτομα που δεν έχουν συμπληρώσει το 35<sup>ο</sup> έτος της

ηλικίας τους θα πρέπει να υπάρχει σοβαρή προσπάθεια απεξάρτησης, η οποία να αποδεικνύεται μέσω εγκεκριμένης βεβαίωσης. Ακόμα, για να γίνει δεκτό ένα εξαρτημένο άτομο θα πρέπει να αποδεχτεί εγγράφως τους όρους του θεραπευτικού συμβολαίου καθώς επίσης θα πρέπει να γνωρίζει και τις κυρώσεις παραβίασής του. Τέλος, δεν θα πρέπει να υπάρχει βαριά ψυχοπαθολογία που να καθιστά αδύνατη την παρακολούθηση του προγράμματος από το άτομο. (Προεδρικό Διάταγμα 148/2007 - ΦΕΚ 191/Α' / 10.8.2007)

Η διαπίστωση της ανάγκης πλουραλισμού στη θεραπεία των εξαρτημένων, προκειμένου αυτή να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ποικίλες ανάγκες των χρηστών, έδωσε ώθηση στη σταδιακή λειτουργία -από τους προαναφερθέντες και άλλους φορείς- διάφορων τύπων «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων, όπως της ημερήσιας παραμονής ή του τύπου των εξωτερικών ιατρείων, της νυχτερινής διαμονής για τους εργαζόμενους, των ειδικών προγραμμάτων για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική συννοσηρότητα, ή των προγραμμάτων υπό μορφή αυτοβοήθειας. Ο ΟΚΑΝΑ, δημιούργησε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα για ενήλικες και εφήβους και συνεργάζεται με άλλους φορείς για την ανάπτυξη ανάλογων προγραμμάτων.

Σήμερα, περίπου το 1/3 των θέσεων θεραπείας στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτεται από τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Κατά κανόνα, τα «στεγνά» προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα που επιδεικνύουν ισχυρό κίνητρο να θεραπευτούν, είναι νεαρότερα σε ηλικία, και έχουν λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό εξάρτησης. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, πριν αυτά αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

Σήμερα, ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει 57 Θεραπευτικές Μονάδες Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης σε Αθήνα, Πάτρα, Θεσσαλονίκη, Χανιά και Ρέθυμνο. Στη **Λάρισα**, τη **Ρόδο**, τη **Λαμία**, το **Αγρίνιο**, τη **Χαλκίδα**, τη **Λιβαδειά**, το **Βόλο**, την **Πρέβεζα**, την **Κέρκυρα**, την **Κατερίνη**, το **Ηράκλειο**, την **Καλαμάτα**, την **Καβάλα**, την **Κομοτηνή**, την **Αλεξανδρούπολη**, τη **Βέροια**, τις **Σέρρες** ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει από μια (1) Θεραπευτική Μονάδα Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης. Επιπλέον, διαθέτει 4 «στεγνά» Θεραπευτικά Προγράμματα και 2 Θεραπευτικές Μονάδες στις φυλακές του Αγ. Στεφάνου στη Πάτρα και του Κορυδαλλού στην Αθήνα.

Επίσης, ο ΟΚΑΝΑ σε συνεργασία με την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, λειτουργεί στην Αθήνα το «Πρόγραμμα Αθηνά» (Στεγνό Θεραπευτικό Πρόγραμμα Ενηλίκων) και σε συνεργασία με το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης λειτουργεί τα Προγράμματα Προαγωγής της Αυτοβοήθειας (Θεσσαλονίκη, Χανιά, Σητεία, Λάρισα). (ΟΚΑΝΑ,χ.χ)

## 5.3 Το Πλαίσιο Λειτουργίας

### 5.3.1 Σύντομη παρουσίαση του προγράμματος υποκατάστασης.

#### Διαδικασία ένταξης στις Μονάδες Υποκατάστασης

Τα εξαρτημένα άτομα για να γίνουν δεκτά σε κάποιο πρόγραμμα υποκατάστασης θα πρέπει να πληρούν καταρχάς τις προϋποθέσεις ένταξης σύμφωνα με την Αριθμ.Υ5γ/Γ.Π. οικ.100847 14/10/2002 Υπουργικής Απόφασης. Η ένταξη γίνεται με σειρά προτεραιότητας κατάθεσης της αίτησης στον ΟΚΑΝΑ. Στη συνέχεια, τα άτομα προσκαλούνται στην Υπηρεσία Υποδοχής και Ενημέρωσης όπου γίνεται αξιολόγηση του ατομικού φακέλου.

Ωστόσο, υπάρχει και η *ένταξη ατόμων κατ'εξάιρεση*. Οι κατ' εξάιρεση εισαγωγές αποφασίζονται από ειδική επιτροπή ιατρών, η οποία εξετάζει τα δικαιολογητικά του ασθενούς και στη συνέχεια η απόφαση αποστέλλεται για θεώρηση από τον Γενικό Διευθυντή του Οργανισμού. Οι κατ' εξάιρεση εισαγωγές εφαρμόζονται στις περιπτώσεις όπου υπάρχει: 1) νεοπλασία, 2) υποξεία βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα, 3) HIV-AIDS, 4) ενεργό φυματίωση, 5) κίρρωση ήπατος, 6) εγκυμοσύνη και 7) σε άτομα που έχουν συγγενική σχέση με μέλη του Προγράμματος Υποκατάστατων.

### 5.3.2 Δίκτυο Θεραπευτικών Υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ

#### **A. Υπηρεσία Υποδοχής Ενημέρωσης και Προσανατολισμού**

Η Υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την υποδοχή των ασθενών που επιθυμούν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα καθώς επίσης και για την παραλαβή των αιτήσεων συμμετοχής στα θεραπευτικά προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ. Επιπλέον, βασικό της μέλημα αποτελεί η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για όλα τα θεραπευτικά προγράμματα και ειδικότερα για τα προγράμματα φαρμακευτικής

αντιμετώπισης της εξάρτησης μέσα από τη χορήγηση έντυπου υλικού. Ακόμα, η διαχείριση της λίστας αναμονής, η σύγκλιση επιτροπής για τις κατ' εξαίρεση εισαγωγές, η πρόσκληση ατόμων για εισαγωγή στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης καθώς και η τήρηση της σειράς προτεραιότητας αποτελούν υποχρεώσεις της Υπηρεσίας. Τέλος, στα πλαίσιά της γίνεται η εύρεση κενών θέσεων θεραπείας στις διάφορες μονάδες υποκατάστασης, η επικοινωνία με τους υπεύθυνους ιατρούς του προγράμματος για την μετακίνηση ασθενών καθώς και η συνέντευξη και λήψη ιστορικού για το άνοιγμα του φακέλου ασθενούς.(OKANA,2012)

Ας σημειωθεί ότι η Υπηρεσία ταυτίζεται με το Κέντρο Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Στην επαρχία όπου ο αριθμών των εισαχθέντων στο Πρόγραμμα Υποκατάστασης δεν είναι μεγάλος και δεν υπάρχουν εξωτερικές δομές οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται από το προσωπικό των Μονάδων Θεραπείας. Το ΚΥΕΠ στην Αθήνα λειτουργεί από το 2002 ενώ στη Θεσσαλονίκη από το 2011. (ΕΚΤΕΠΝ,2017)

Σύμφωνα με το ΕΚΤΕΠΝ το 2015 στην Αθήνα κατέθεσαν στο ΚΥΕΠ αίτηση για ένταξη σε θεραπεία στο πρόγραμμα του OKANA 524 άτομα, εκ των οποίων το 78% αντιστοιχούσε σε άτομα που έκαναν αίτηση για πρώτη φορά ενώ το 86% ήταν άνδρες. Οι εξαρτημένοι που έκαναν αίτηση για θεραπεία στο πρόγραμμα ήταν στην πλειοψηφία (95%) άνω των 25 ετών. Τέλος, ο αριθμός των αιτήσεων που υποβλήθηκαν το 2015 στο ΚΥΕΠ είναι μειωμένος σε σχέση με το 2014, κατά τη διάρκεια του οποίου είχαν υποβληθεί 605 αιτήσεις.( ΕΚΤΕΠΝ,2017)

Στις αρμοδιότητες του ΚΥΕΠ συγκαταλέγεται ,εκτός από τις υπηρεσίες ενημέρωσης και πληροφόρησης, πρόγραμμα υποστήριξης οικογενειών καθώς επίσης

και η δικτύωση και συνεργασία με θεραπευτικά προγράμματα, κοινωνικούς φορείς, υπηρεσίες υγείας και Μ.Κ.Ο, που ασχολούνται με ευπαθείς ομάδες πληθυσμού.

### **Β. Μονάδα/Πρόγραμμα Βραχείας Διάρκειας (ΜΒΔ/ΠΒΔ)**

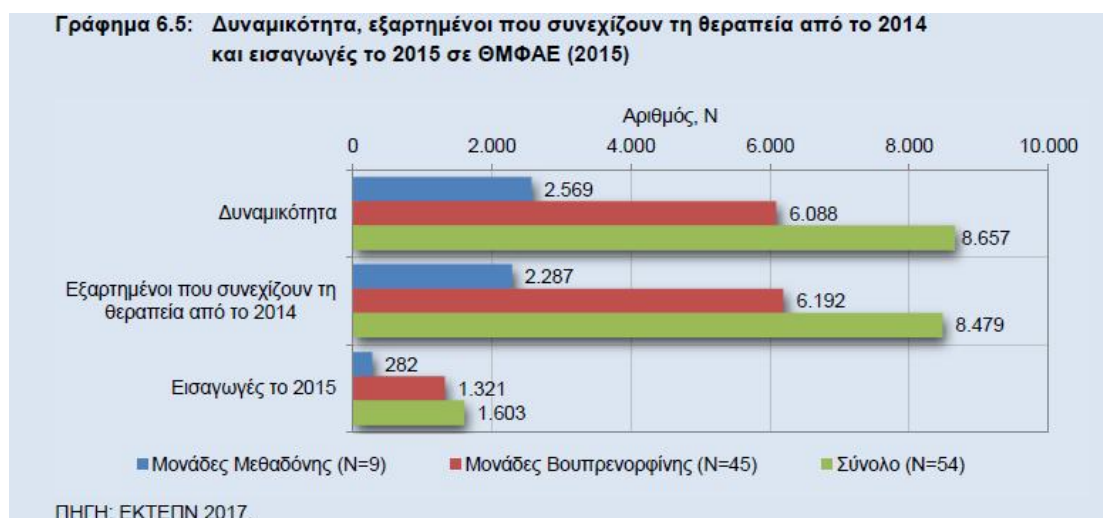
Σε αυτό το στάδιο κατευθύνονται τα άτομα που ξεκινούν τη θεραπεία υποκατάστασης. Αρχικά, γίνεται προσπάθεια χορήγησης βουπρενορφίνης σε άτομα νεότερης ηλικίας ή με λιγότερο βεβαρημένο ιστορικό χρήσης. Παράλληλα, δίνεται ισχυρό κίνητρο στα άτομα να απεξαρτηθούν μέσω της μειωμένης χορήγησης του υποκατάστατου και με παράλληλη ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Σε περίπτωση που το άτομο δεν καταφέρει να απεξαρτηθεί παραπέμπεται σε μονάδες μακράς διαρκείας. Σε αντίθετη περίπτωση παραπέμπονται σε «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα. Το Πρόγραμμα διακρίνεται σε δύο φάσεις, στην *Α' Φάση/Κινητοποίηση*, η οποία έχει διάρκεια 3 μήνες και στη *Β' Φάση/Ψυχοκοινωνική βελτίωση και σταθεροποίηση ή απεξάρτηση* που διαρκεί από 3 έως 12 μήνες.(Μ.Κ.Ε,2011)

### **Γ. Μονάδα/Πρόγραμμα Μακράς Διάρκειας- Συντήρησης(ΜΜΔ/ΠΜΔ).**

Η διάρκεια του συγκεκριμένου προγράμματος δεν έχει περιορισμό. Μετά την σταθεροποίηση του ασθενούς, του χορηγείται η αναγκαία δόση του υποκατάστατου για όσο διάστημα χρειάζεται. Βασική επιδίωξη του Προγράμματος αποτελεί η μείωση της βλάβης.(Μ.Κ.Ε,2011)

Σύμφωνα με το ΕΚΤΕΠΝ (2017) η μακρά διάρκεια παραμονής των θεραπευόμενων στα προγράμματα υποκατάστασης καθώς και η αύξηση του αριθμού των μονάδων κατά τα τελευταία έτη (2012-2015) έχουν ως απόρροια τη μείωση των εισαγωγών κατά 48,3% και την παράλληλη αύξηση των θεραπευόμενων, που

συνεχίζουν την θεραπευτική διαδικασία από το προηγούμενο έτος, κατά 25,1%.(ΕΚΤΕΠΝ,2017)



## 5.4 Υπηρεσίες μείωσης της βλάβης

Όπως αναφέρεται από τον OKANA οι υπηρεσίες μείωσης της βλάβης στοχεύουν στην προσέγγιση και την παροχή βοήθειας στην ομάδα των χρηστών που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων, κυρίως γιατί δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους και δεν έχουν αναπτύξει κίνητρο προκειμένου να ενταχθούν σε αυτά. Η προσέγγιση των ατόμων αυτών μπορεί να γίνει με ειδικά προγράμματα παρέμβασης εκτός δομών, σε χώρους δηλαδή συνάθροισης και συνδιαλλαγής χρηστών («δουλειά στο δρόμο»), καθώς και με υπηρεσίες ελεύθερης εισόδου, οι οποίες δεν θέτουν προϋποθέσεις για την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των χρηστών. (OKANA,χ.χ)

Ο OKANA, αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα ύπαρξης αντίστοιχων δομών στην Ελλάδα, δημιούργησε το 1997 το Κέντρο Βοήθειας, που αργότερα μετονομάστηκε σε *Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης* (M.A.B.Y), την πρώτη υπηρεσία που παρείχε πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ενεργούς χρήστες. (OKANA,χ.χ)

### 5.4.1 Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης (MABY)

Ειδικότερα η MABY OKANA δημιουργήθηκε προκειμένου να παρέχει υπηρεσίες σωματικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κυρίως σε ενεργούς χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών που δεν προσεγγίζουν εύκολα μία υπηρεσία αλλά ούτε και προσεγγίζονται. Επιπλέον, παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε ενεργούς χρήστες που έχουν μεγάλη ανάγκη περίθαλψης καθώς επίσης και πολύ χαμηλό επίπεδο ετοιμότητας ως προς την απεξάρτηση και μείωση της χρήσης. Ανήκει στην κατηγορία των Μονάδων που διεθνώς χαρακτηρίζονται ως Υπηρεσίες Άμεσης Πρόσβασης.



Οι στόχοι της MABY επιτυγχάνονται μέσω: 1) της ειδικής φροντίδας από την υπηρεσία υποδοχής, 2) των υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας που παρέχονται από ειδικά εξοπλισμένα και στελεχωμένα ιατρεία και 3) από τις ιατρικές παρεμβάσεις εκτός της MABY, οι οποίες παρέχονται από τη Κινητή Ιατρική Μονάδα που κινητοποιείται μέσω του 166.( Μικτό Κλιμάκιο Ελέγχου,2011)

#### **5.4.2 Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων (Σ.Φ.Ε.Α)**

Πρόκειται για Ειδική Μονάδα Εφαρμογής, η οποία απευθύνεται σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών που δεν είναι ενταγμένοι αλλά ούτε και επιθυμούν να ενταχθούν σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης. Το προσωπικό του ΣΦΕΑ παρέχει σίτιση, ατομική υγιεινή, ψυχοκοινωνική υποστήριξη των μελών (ατομική και ομαδική), το StreetWork«Δουλειά στο Δρόμο» και το OutreachWork (διασύνδεση-διαμεσολάβηση με υπηρεσίες).(Μ.Κ.Ε,2011)

#### **StreetWork**

Πρόκειται για ομάδες «Δουλειάς στο Δρόμο», οι οποίες λειτουργούν επιτόπια και σε χώρους συνάθροισης των χρηστών «πιάτσες». Στοχεύουν :

- στην παροχή συμβουλευτικής σε θέματα ασφαλούς χρήσης και ασφαλούς σεξ
- στη διανομή υλικού προφύλαξης (σύριγγες, προφυλακτικά, και ασφαλούς χρήσης)
- στην κινητοποίηση των χρηστών για αξιοποίηση των υπηρεσιών της Μονάδας Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης, του Σταθμού Φροντίδας αλλά και των άλλων φορέων
- στην κινητοποίηση των χρηστών για ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

**Δράση Προσέγγισης Χρηστών Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών «Οδηγίες Χρήσης»**

Λόγω της σημαντικής αύξησης του ιού HIV που ανιχνεύτηκε στους ενεργούς χρήστες από την αρχή του 2011, ο OKANA αποφάσισε να προβεί σε περαιτέρω ενέργειες με στόχο τη μείωση της μετάδοσης του ιού και εξάπλωσής του στον υπόλοιπο πληθυσμό. Η δράση αυτή ονομάστηκε «Οδηγίες Χρήσης» και ξεκίνησε τη λειτουργία της το Δεκέμβριο του 2011. Πραγματοποιείται στα πλαίσια του StreetWork, κινητών μονάδων καθώς και σε σημεία διανομής προφυλακτικών και συρίγγων σε ενεργούς χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών. Ο άμεσος στόχος της δράσης είναι ο περιορισμός της εξάπλωσης της μόλυνσης μεταξύ του πληθυσμού των ενεργών χρηστών μέσω της διευκόλυνσης για αποφυγή συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Ο απώτερος στόχος της δράσης είναι η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού των ενδοφλέβιων χρηστών ώστε να απευθυνθούν στα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης και –μέχρι τότε- μόνοι τους να επιδιώκουν και να εξασφαλίζουν καθαρό υγειονομικό υλικό.( OKANA,χ.χ)

**OutreachWork«Δράση εκτός Δομής»**

Προκειμένου να καλυφθούν όσο το δυνατόν καλύτερα οι ανάγκες των χρηστών δημιουργήθηκε η διαδικασία δράσεων OutreachWork(διασύνδεση-διαμεσολάβηση) που έχει ως βασική επιδίωξή της την εντατικότερη διαχείριση των αιτημάτων των μελών-χρηστών καθώς και τη συνεργασία με άλλους φορείς.( Νοσοκομεία, Κέντρα Απεξάρτησης κ.α.). Η Δράση εκτός Δομής αφορά τη μεταφορά και συνοδεία χρηστών, επισκέψεις σε Κοινωνικές Υπηρεσίες για συνεργασία και κινητοποίηση, ευαισθητοποίηση Ιατρικού Προσωπικού, Αστυνομικών, επισκέψεις κατ οίκον για κινητοποίηση ουσιοεξαρτημένων καθώς επίσης και επισκέψεις σε

Νοσοκομεία/Φυλακές για υποστήριξη χρηστών και κινητοποίησή τους για ένταξη σε θεραπευτικά προγράμματα.(Μ.Κ.Ε,2011)

#### **5.4.3 Τηλεφωνική Γραμμή SOS 1031**

Η τηλεφωνική γραμμή του ΟΚΑΝΑ ξεκίνησε να λειτουργεί το Σεπτέμβριο του 2000 και βασικός της στόχος αποτελεί η άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τις ψυχοτρόπες ουσίες και τη χρήση τους καθώς επίσης και η ενημέρωση για το ευρύ δίκτυο υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ. Επιπρόσθετα, προσφέρει εξατομικευμένη συμβουλευτική υποστήριξη βραχείας διάρκειας καθώς επίσης και άμεση βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη σε καταστάσεις κρίσης(σύνδρομο στέρησης, αυτοκτονική συμπεριφορά, πρόληψη υποτροπής).Τέλος, μέσω της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας παρέχει απαντήσεις τόσο στους ίδιους τους χρήστες όσο και στο ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, σε επαγγελματίες του χώρου αλλά και στο ευρύτερο κοινό. (ΟΚΑΝΑχ.χ)

## **5.5 Δράσεις Κοινωνικής Επανάταξης**

### **5.5.1 Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης**

Η διάρκεια του Προγράμματος είναι 12-24 μήνες. Στο πρόγραμμα αυτό εντάσσονται τα άτομα που απέχουν από τις ουσίες ή κάνουν χρήση μεθαδόνης και παραμένουν σταθεροί στο πρόγραμμα για ένα χρόνο τουλάχιστον. Ο κύριος στόχος της Μονάδας είναι να συμβάλλει, μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, στη σταδιακή και ομαλή κοινωνικοποίηση, αλλά και την προώθηση στην αγορά εργασίας των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους στις μονάδες υποκατάστασης και έχουν απεξαρτηθεί. Η διάρκεια του προγράμματος κυμαίνεται από 12 έως 24 μήνες. Σε ειδικό τμήμα της Μονάδας μπορούν να ενταχθούν και θεραπευόμενοι που συνεχίζουν να λαμβάνουν μεθαδόνη, εφόσον παρουσιάσουν σταθερή συμμόρφωση στο πρόγραμμα θεραπείας και έχει εκτιμηθεί ότι είναι ικανοί να διεκδικήσουν και να διατηρήσουν εργασιακή θέση με στόχο την ομαλή κοινωνική επανένταξή τους.

Η Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης παρέχει στα μέλη της ατομική, ομαδική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία καθώς και συνεχή παρακολούθηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας τους. Κατά τη διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα αντιμετωπίζονται επίσης τα ιατρικά προβλήματα των μελών με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή/και παραπομπή σε άλλα νοσηλευτικά πλαίσια. Η χορήγηση ναλτρεξόνης βοηθά τα άτομα που την έχουν ανάγκη για να διατηρηθούν σε κατάσταση απεξάρτησης. (OKANA, χ.χ)

### **5.5.2 Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ)**

Το Εξειδικευμένο Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΕΚΕΚ) του OKANA πιστοποιήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης (ΕΚΕΠΙΣ) το 1998 και έλαβε νέα πιστοποίηση ως Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης

(ΕΚΚΕΕ), το 2002. Παράλληλα με την έδρα του ΕΚΚΕΕ στην Αθήνα, ο ΟΚΑΝΑ δημιούργησε ένα παράρτημα στη Θεσσαλονίκη, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των απεξαρτημένων ή/και υπό απεξάρτηση ατόμων στη Βόρεια Ελλάδα.

Κύριος στόχος του Κέντρου είναι η κατάρτιση και η εξειδίκευση σε ποικίλους επαγγελματικούς τομείς των υπό απεξάρτηση ή των απεξαρτημένων από ουσίες ατόμων, με στόχο την ομαλή επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και την αγορά εργασίας. Παράλληλα το ΕΚΚΕΕ παρέχει συνοδευτικές υποστηρικτικές υπηρεσίες, όπως: ενημέρωση και κινητοποίηση για συμμετοχή στο πρόγραμμα, επαγγελματικό προσανατολισμό, ψυχολογική υποστήριξη για ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και συμβουλευτική για την ενίσχυση κοινωνικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και συναλλαγής με υπηρεσίες, εργοδότες και γενικότερα τον εργασιακό χώρο.(ΟΚΑΝΑ,χ.χ)

Ταυτόχρονα, επιδιώκεται η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών φορέων, των επιχειρήσεων και των εργοδοτών σε θέματα προώθησης στην αγορά εργασίας των καταρτιζόμενων, μέσω και της αξιοποίησης από την πλευρά τους των ειδικών κινήτρων που έχει θεσπίσει η Πολιτεία για την αποτελεσματική επαγγελματική ενσωμάτωση του συγκεκριμένου πληθυσμού.

### **Πορεία Προγραμμάτων Θεραπείας Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης της Εξάρτησης**

Σύμφωνα με έρευνα του ΕΚΤΕΠΝ το σύνολο της δυναμικότητας των μονάδων που παρείχαν ΘΦΑΕ το 2015 ανήλθε στις 8.657 θέσεις. Όσον αφορά στον αριθμό των θεραπευόμενων που παρακολούθησαν τα προγράμματα

υποκατάστασης ήταν 10.082 άτομα, εκ των οποίων τα 2.569 (25,5 %) άτομα εντάχθηκαν σε μονάδες μεθαδόνης ενώ στις μονάδες βουπρενορφίνης ο αριθμός των ατόμων ήταν 7.513 (74,5%). Τέλος, ο αριθμός των εισαχθέντων κατά τη διάρκεια του έτους 2015 ανήλθε στα 1.603 άτομα, από τα οποία το 17,6% αντιστοιχεί σε μονάδες μεθαδόνης και το υπόλοιπο 82,4% σε μονάδες βουπρενορφίνης.

Αξιοσημείωτο αποτελεί, ακόμα, το γεγονός ότι τόσο η δυναμικότητα των μονάδων υποκατάστασης όσο και ο αριθμός των εισαχθέντων κατά τα έτη 2012 έως 2015 παρέμεινε σταθερός, σε αντίθεση με τα προηγούμενα έτη, όπου υπήρχε ανοδική πορεία των μονάδων υποκατάστασης.

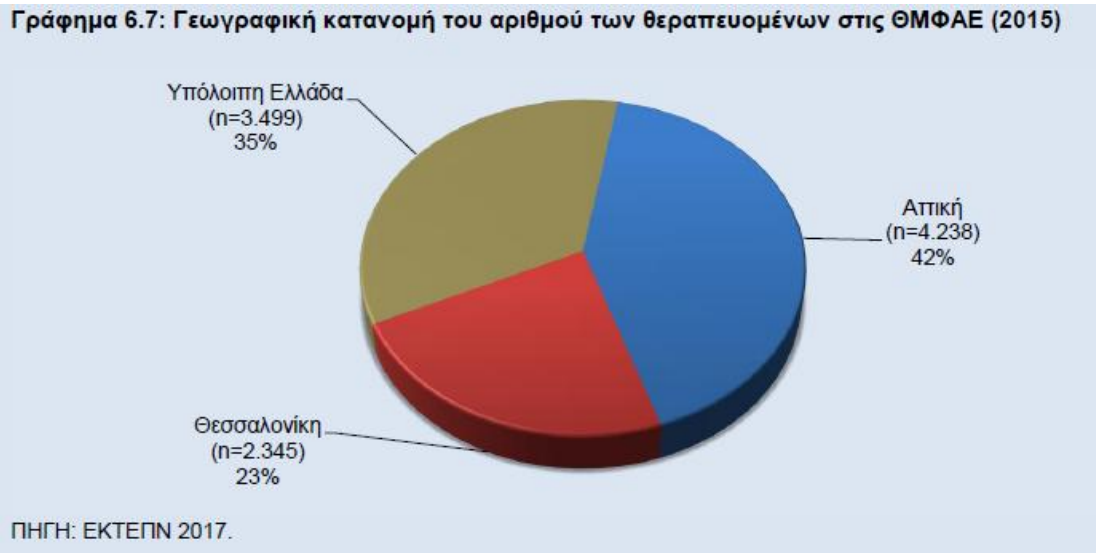


(ΕΚΤΕΠΝ,2017)

Επιπλέον, όσον αφορά στην έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας η πλειονότητα των θεραπευόμενων (83%) στα προγράμματα υποκατάστασης συνέχιζαν τη θεραπεία μέχρι το τέλος του 2015 ενώ οι έξοδοι από τις ΘΜΦΑΕ αντιστοιχούν στο 17% του αριθμού των ατόμων.

Αναφορικά με την γεωγραφική κατανομή των θεραπευόμενων παρατηρείται μεγάλο ποσοστό ( 42% ) συγκέντρωσής τους σε μονάδες

υποκατάστασης της Αττικής κατά το 2015. Ένα μικρότερο ποσοστό 35% βρισκόταν σε άλλες πόλεις της Ελλάδας ενώ το υπόλοιπο 23% αντιστοιχεί σε μονάδες υποκατάστασης της Θεσσαλονίκης.(ΕΚΤΕΠΝ,2017)



## Λίστα αναμονής

Ο αριθμός των αιτήσεων που βρίσκονταν σε εκκρεμότητα στα τέλη Δεκεμβρίου του 2015 ήταν 2.830 αιτήσεις για ένταξη στα προγράμματα υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ, αριθμός αυξημένος κατά 22,4% σε σχέση με το προηγούμενο έτος. Ας σημειωθεί ότι οι περισσότερες αιτήσεις 2.133 αφορούν άτομα που βρίσκονται σε αναμονή για τις 24 μονάδες υποκατάστασης της Αθήνας και του Πειραιά.

Όσον αφορά τη Θεσσαλονίκη η λίστα αναμονής στις 12 μονάδες υποκατάστασης είναι μικρή αφού μόνο 21 άτομα βρίσκονται καταγεγραμμένα για ένταξη στη θεραπεία. Για τις υπόλοιπες 20 μονάδες βουπρενορφίνης που βρίσκονται στη περιφέρεια σε λίστα αναμονής είναι καταγεγραμμένα 676 άτομα. Ωστόσο, η αύξηση του δικτύου των υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ από το 2010 έως το 2012 είχε ως αποτέλεσμα την μείωση της λίστας αναμονής κατά 50%. (ΕΚΤΕΠΝ,2017)

**Γράφημα 6.8: Διαχρονική τάση του αριθμού των χρηστών που βρίσκονται στη λίστα αναμονής για ένταξη στο πρόγραμμα ΘΦΑΕ του ΟΚΑΝΑ, ανά γεωγραφική κατανομή (2005-2015)**



ΠΗΓΗ: ΟΚΑΝΑ 2016.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Προγράμματα με υποκατάστατα στην Ευρώπη

### 6.1 Εισαγωγή

Στην Ευρώπη, οι βασικές μορφές θεραπείας απεξάρτησης, από οπιούχες ουσίες, είναι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών και η σωματική αποτοξίνωση. Ο βαθμός ανάπτυξης των διάφορων τύπων θεραπείας σε κάθε χώρα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της οργάνωσης του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Η θεραπεία απεξάρτησης παρέχεται σε πολλά και διάφορα πλαίσια: εξειδικευμένες μονάδες απεξάρτησης (κέντρα εξωτερικής και εσωτερικής διαμονής), ψυχιατρικές κλινικές και νοσοκομεία, μονάδες σε φυλακές, υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης και ιδιωτικά γραφεία ιατρών.

Η θεραπεία είναι η κύρια παρέμβαση για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ναρκωτικών, όπως η εξάρτηση, ενώ η διασφάλιση καλής πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες θεραπείας αποτελεί βασικό στόχο πολιτικής. Η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας είναι σημαντική τόσο για τη βελτίωση των θεραπειών στις οποίες υποβάλλονται οι χρήστες όσο και για την προσαρμογή των υπηρεσιών, ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις παρατηρούμενες ανάγκες. Η οικειοθελής παραπομπή παραμένει ο συνηθέστερος τρόπος έναρξης θεραπείας. Η συγκεκριμένη μορφή παραπομπής, η οποία περιλαμβάνει επίσης την παραπομπή από συγγενείς ή φίλους, αντιπροσώπευε περίπου το ήμισυ των εισαγωγών σε εξειδικευμένη θεραπεία στην Ευρώπη το 2015. (EMCDDA, 2017)

Στην Ευρώπη οι δύο κύριοι τύποι θεραπείας που προσφέρονται είναι στα κέντρα εξωτερικής παραμονής: οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και η θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών. Η θεραπεία υποκατάστασης συνιστά την επικρατέστερη

θεραπευτική επιλογή για τους χρήστες οπιοειδών στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συνήθως, παρέχεται σε εξειδικευμένα κέντρα εξωτερικής παραμονής, αν και σε κάποιες χώρες παρέχεται και σε κέντρα εσωτερικής παραμονής και όλο και πιο συχνά σε σωφρονιστικά καταστήματα. Επιπρόσθετα, οι ιδιώτες γενικοί ιατροί, συχνά μέσω ρυθμίσεων ομαδικής υποστήριξης διαδραματίζουν ολοένα και σημαντικότερο ρόλο στην παροχή θεραπείας υποκατάστασης. Σήμερα, η θεραπεία υποκατάστασης είναι διαθέσιμη σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρώπης. Τέλος, στην Τουρκία η θεραπεία υποκατάστασης με τη μορφή του συνδυασμού βουπρενορφίνης-ναλοξόνης καθιερώθηκε το 2010.( ΕΚΠΙΝΤ,2017)

## **6.2 Ιστορική εξέλιξη: Εισαγωγή των θεραπευτικών προγραμμάτων υποκατάστασης στην Ευρώπη.**

Η θεραπεία υποκατάστασης πρωτοεμφανίστηκε στην Ευρώπη στο τέλος της δεκαετίας του 60', προκειμένου να αντιμετωπιστεί η αύξηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Λόγω της συνεχώς αυξανόμενης χρήσης, αυξάνονταν σημαντικά σε ορισμένα κράτη και οι υπηρεσίες υποκατάστασης, οι οποίες διαφοροποιούνταν σε μεγάλο βαθμό εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, οι υπηρεσίες υποκατάστασης παρουσίασαν αυξημένη τάση κατά τη δεκαετία του 80' ως «απάντηση» στην αύξηση της επιδημίας του ιού HIV/AIDS. (EMCDDA, 2000)

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή έκθεση του 2000, το 1994-1997 πραγματοποιήθηκε στην Ελβετία ένα πείραμα κατά το οποίο γινόταν συνταγογράφηση ηρωίνης σε άτομα που έκαναν χρόνια χρήση ναρκωτικών ουσιών. Το ελβετικό πείραμα οδήγησε σε συζητήσεις σχετικά με την συνταγογράφηση ηρωίνης σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, μόνο στις Κάτω Χώρες τέθηκε σε εφαρμογή, το 1997, η συνταγογράφηση ηρωίνης. Εν συνεχεία ακολούθησε η Γερμανία, όπου ψηφίστηκε το νομικό πλαίσιο, το οποίο επέτρεπε παρόμοιες δοκιμές το 1999.

Όσον αφορά στη Γαλλία, αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός ότι ξεκίνησε με δοκιμές συνταγογράφησης της βουπρενορφίνης το 1996, πρακτική η οποία υιοθετήθηκε από τη Δανία το 1998 και την Αυστρία το 1997. Εν συνεχεία η συγκεκριμένη πρακτική νομιμοποιήθηκε τόσο στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1999 όσο και στη Γερμανία το 2000. (EMCDDA, 2000)

Το 1994 η Πορτογαλία πειραματίστηκε με την ουσία λέβο-άλφα-ακετύλ-μεθαδόνη (LAAM), δοκιμές οι οποίες διαδόθηκαν τόσο στην Ισπανία το 1997 όσο και στην Δανία το 1998. Τέλος, όσον αφορά την μεθαδόνη, άρχισε να χρησιμοποιείται πειραματικά στην Γερμανία (1995-1999) μέσα στα πλαίσια μια θεραπευτικής

προσέγγισης, η οποία διεξάχθηκε από το Ίδρυμα Θεραπευτικής Έρευνας του Μονάχου (IFT). Η χορήγηση μεθαδόνης σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών είχε ως αποτέλεσμα την μείωση της κατανάλωσης οπιούχων ουσιών καθώς και την βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και ευρύτερων σχέσεών τους. Παρά το γεγονός ότι η μεθαδόνη ως υποκατάστατη ουσία βρισκόταν σε πειραματικό στάδιο και άργησε να εισαχθεί σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, πλέον αποτελεί την πιο διαδεδομένη ουσία στα προγράμματα υποκατάστασης. (EMCDDA,2000)

Από τις αρχές του 2000 όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης άρχιζαν να εφαρμόζουν τα προγράμματα θεραπείας με υποκατάστατα. Ειδικότερα, Κατά τη δεκαετία του 90' ο αριθμός των χρηστών που λάμβαναν θεραπεία υποκατάστασης τριπλασιάστηκε, με αποτέλεσμα το 2000 περισσότεροι από 300.000 χρήστες να λαμβάνουν θεραπεία από υπηρεσίες υποκατάστασης.(EMCDDA,2000)

**Πίνακας 2** Εισαγωγή των θεραπειών υποκατάστασης στην ΕΕ

Χώρα	Εισαγωγή θεραπειών με μεθαδόνη	Εισαγωγή άλλων ουσιών υποκατάστασης (*)
Βέλγιο	1994	Περιστοσιακή χρήση βουπρενορφίνης (²) και διυδροκοκδεΐνης
Δανία	1970	Βουπρενορφίνη (²) (²) και LAAM (αμφότερες το 1998) (²)
Γερμανία	1992	Διυδροκοκδεΐνη (1985), ηρωΐνη (1999) (²), LAAM (1999) και βουπρενορφίνη (2000) (²)
Ελλάδα	1993	Δεν χορηγείται καμία άλλη ουσία
Ισπανία	1983	LAAM (1997)
Γαλλία	1995	Βουπρενορφίνη (1996) (²)
Ιρλανδία	1970	Δεν χορηγείται καμία άλλη ουσία
Ιταλία	1975	Βουπρενορφίνη (1999) (²) (²)
Λουξεμβούργο	1989	Διυδροκοκδεΐνη (1994) (²) και Mephenon® (⁴)
Κάτω Χώρες	1968	Ηρωΐνη (1997) (²)
Αυστρία	1987	Μορφίνη βραδείας επενέργειας (1997) και βουπρενορφίνη (1997) (²) (²)
Πορτογαλία	1977	LAAM (1994) (²)
Φινλανδία	1974	Βουπρενορφίνη (1997) (²)
Σουηδία	1967	Δεν χορηγείται καμία άλλη ουσία
Ηνωμένο Βασίλειο	1968	Βουπρενορφίνη (1999) (²)

Σημειώσεις: (¹) Οι ημερομηνίες αναφέρονται στο έτος κατά το οποίο ελήφθη η πολιτική απόφαση χορήγησης της ουσίας.  
 (²) Η βουπρενορφίνη είναι σε μορφή Subutex® και όχι Temgesic®, καθώς αυτό περιέχει μόνο μικρές ποσότητες της ουσίας.  
 (³) Μόνο δοκιμή.  
 (⁴) Άγνωστη ημερομηνία.

(EMCDDA,2000)

### 6.2.1 Εισαγωγή των ουσιών υποκατάστασης στην Ευρώπη

Αναφορικά με τους χρήστες ναρκωτικών ουσιών που ακολουθούν θεραπεία υποκατάστασης, ας σημειωθεί, ότι χορηγείται μία ουσία, η οποία είτε είναι ίδια με τη ναρκωτική είτε παρόμοια. Οι ουσίες υποκατάστασης, που χρησιμοποιούνται στην Ευρώπη, μπορεί να είναι είτε αγωνιστές, οι οποίοι ενεργοποιούν τους δέκτες οπίου του εγκεφάλου με συνέπεια να προκαλούν την αίσθηση κατανάλωσης ναρκωτικών, είτε αγωνιστές-ανταγωνιστές, οι οποίοι ταυτόχρονα λειτουργούν κατασταλτικά, όσον αφορά την επίδραση άλλων οπιούχων που λαμβάνονται επιπρόσθετα. (EMCDDA,2000)

Οι ουσίες υποκατάστασης που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία κατάχρησης ηρωίνης είναι είτε οπιούχα, ουσίες δηλαδή που παράγονται από το οπιούχο παπαρούνα, όπως η μορφίνη ή η κωδεΐνη καθώς και η ηρωΐνη που παράγεται από μορφίνη, είτε οπιοειδή, τα οποία αποτελούν συνθετικές ουσίες, όπως η βουπρενορφίνη και η μεθαδόνη.

Οι ουσίες υποκατάστασης διαφοροποιούνται ως προς τον τρόπο που χορηγούνται με βάση τις διαφορετικές χρονικές περιόδους κατά τις οποίες επιδρούν. Η ουσία που διαρκεί περισσότερο είναι η λέβο-άλφα-ακετύλ-μεθαδόνη (LAAM), η οποία επαρκεί ακόμα και αν λαμβάνεται τρεις φορές την εβδομάδα. Η μορφίνη βραδείας επενέργειας μπορεί να χορηγείται ανά δύο ημέρες, ενώ η μεθαδόνη και το Mephenon (μεθαδόνη σε μορφή δισκίων) πρέπει να λαμβάνονται καθημερινά. Τέλος, η ηρωΐνη και η διυδροκωδεΐνη χρειάζεται να χορηγούνται τουλάχιστον δύο φορές ημερησίως.

Ο Πίνακας 1 δείχνει πότε άρχισαν να συνταγογραφούνται οι θεραπευτικές ουσίες στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς επίσης προσφέρει μία εικόνα για την ποικιλομορφία των ουσιών που χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατα.

Πίνακας 1

Ουσίες υποκατάστασης που χρησιμοποιούνται στην ΕΕ				
Ουσία υποκατάστασης	Χαρακτηριστικά της ουσίας	Χώρες που αναφέρουν χρήση της ουσίας (1)	Υπολογιζόμενη μέση τιμή θεραπείας ανά εβδομάδα (ευρώ) (2)	Ουσία που χρησιμοποιείται για αποτοξίνωση ή συντήρηση
Βουπρενορφίνη	Ιδιαίτερα μακράς διάρκειας, αγωνιστικό-ανταγωνιστικό οπιοειδές	Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Ιταλία, Αυστρία, Ηνωμένο Βασίλειο	65	Αμφότερες
Διυδροκωδεΐνη	«Ασθενές», βραχείας διάρκειας, ημισυνθετικό αγωνιστικό οπιοειδές	Βέλγιο, Γερμανία, Λουξεμβούργο	40	Αμφότερες
Ηρωΐνη	«Ισχυρό», βραχείας διάρκειας, αγωνιστικό οπιοΐδιο	Κάτω Χώρες, Ηνωμένο Βασίλειο	200	Συντήρηση
LAAM	Ιδιαίτερα μακράς διάρκειας, συνθετικό αγωνιστικό οπιοειδές	Δανία, Γερμανία, Ισπανία, Πορτογαλία	45	Αμφότερες
Μερηπον <sup>®</sup>	Μακράς διάρκειας, συνθετικό αγωνιστικό οπιοειδές	Λουξεμβούργο	8	Αμφότερες
Μεθαδόνη	Μακράς διάρκειας, συνθετικό αγωνιστικό οπιοειδές	Όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ	20	Αμφότερες
Μορφίνη βραδείας επενέργειας	Μακράς διάρκειας, αγωνιστικό οπιοΐδιο	Αυστρία	40	Αμφότερες

Σημώσεις: (1) Δεν περιλαμβάνονται οι ουσίες υποκατάστασης που αναφέρθηκαν σε λιγότερες των 20 περιπτώσεων.  
(2) Συντήρηση του χρήτη με: 8 mg βουπρενορφίνης ημερησίως, 1500 mg διυδροκωδεΐνης ημερησίως, 400 mg ηρωΐνης ημερησίως, 350 mg LAAM την εβδομάδα, 10 δισκία Merhepon<sup>®</sup> ημερησίως, 50 mg μεθαδόνης ημερησίως ή 400 mg μορφίνης βραδείας αποδέσμευσης ημερησίως.

(EMCDDA,2000)

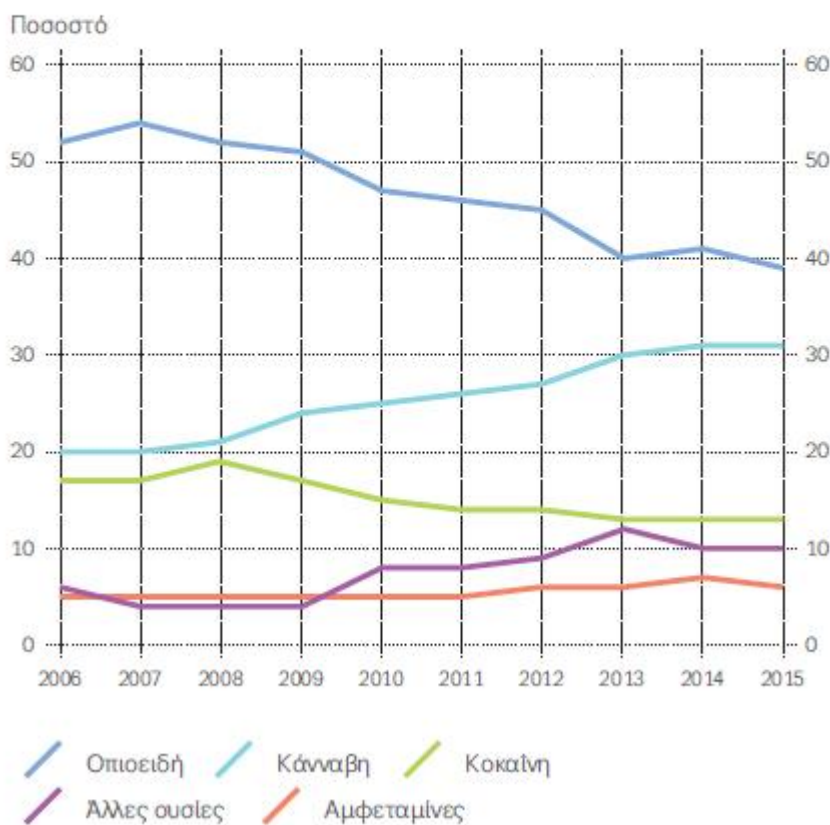
### **6.3 Νέες τάσεις των προγραμμάτων υποκατάστασης στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.**

Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός ότι κατά το έτος του 2015 στην Ευρώπη, παρακολούθησαν θεραπευτικά προγράμματα 1,4 εκατομμύρια χρήστες ναρκωτικών ουσιών (1,6 εκατομμύρια μαζί με τη Νορβηγία και την Τουρκία). Σύμφωνα με το διάγραμμα 3.3, οι χρήστες οπιοειδών αποτελούν την πολυπληθέστερη ομάδα χρηστών που αναζήτησαν θεραπεία σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας, κυρίως υπό τη μορφή θεραπείας υποκατάστασης.

Όσον αφορά τη δεύτερη, κατά σειρά, πολυπληθέστερη ομάδα χρηστών θεραπείας αποτελούν οι χρήστες κάνναβης και έπειτα ακολουθούν οι χρήστες κοκαΐνης. Για τους ως άνω χρήστες, αξιωματικά σημειωθεί ότι η κύρια θεραπευτική επιλογή αποτελούν οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Έκθεση του 2017 για τα ναρκωτικά, οι διαφορές ανάμεσα στις χώρες συχνά είναι πολύ μεγάλες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι οι χρήστες οπιοειδών αντιπροσωπεύουν άνω του 90% των χρηστών, που βρίσκονται σε θεραπεία, στην Εσθονία και κάτω του 5% στην Ουγγαρία.(ΕΚΠΠΝΤ,2017)

### ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3

Τάσεις ως προς το ποσοστό των χρηστών που εισάγονται σε εξειδικευμένα κέντρα θεραπείας για τα ναρκωτικά, ανά κύρια ουσία χρήσης



(ΕΚΠΠΝΤ,2017)

Αναφορικά με το διάγραμμα 3.4 παρατηρούμε ότι η θεραπεία για τα ναρκωτικά στην Ευρώπη παρέχεται ως επί το πλείστον στα πλαίσια της εξωτερικής παραμονής. Οι περισσότεροι χρήστες ναρκωτικών ουσιών είναι ενταγμένοι σε εξειδικευμένα θεραπευτικά προγράμματα εξωτερικής παραμονής και εν συνεχεία επικρατούν τα γενικά κέντρα υγείας. Στις θεραπευτικές δομές των κρατών-μέλη της Ευρώπης περιλαμβάνονται και τα ιδιωτικά ιατρεία γενικών ιατρών, τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη συνταγογράφηση θεραπείας υποκατάστασης, όπως για παράδειγμα στη Γερμανία και τη Γαλλία. Ωστόσο, σε άλλες χώρες όπως στη



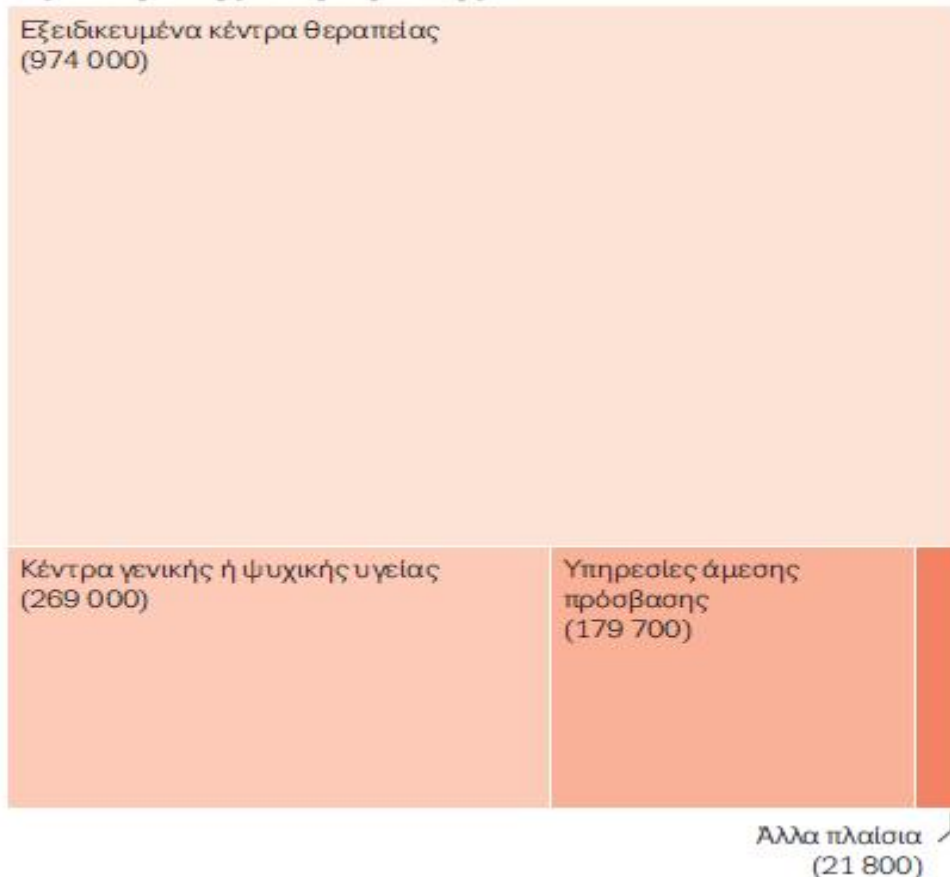
Σλοβενία, βασικό ρόλο καταλαμβάνουν τα κέντρα ψυχικής υγιεινής σε ό,τι αφορά τη παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών.(ΕΚΠΙΝΤ,2017)

Τέλος, σύμφωνα με το ΕΚΠΙΝΤ ένα μικρότερο ποσοστό χρηστών στην Ευρώπη είναι ενταγμένο σε προγράμματα θεραπείας εσωτερικής διαμονής όπως κέντρα ενταγμένα σε νοσοκομεία, θεραπευτικές κοινότητες και εξειδικευμένα κέντρα εσωτερικής διαμονής. Ακόμα, στην Ευρωπαϊκή Έκθεση γίνεται αναφορά και στις παρεμβάσεις θεραπείας που πραγματοποιούνται μέσω του Διαδικτύου, γεγονός που διευκολύνει σε μεγάλο βαθμό την προσέγγιση «προβληματικών» χρηστών , οι οποίοι δεν θα είχαν τη δυνατότητα να μετέχουν σε εξειδικευμένες υπηρεσίες θεραπείας.

### Διάγραμμα 3.4

Χρήστες σε θεραπεία για τα ναρκωτικά στην Ευρώπη το 2015, ανά πλαίσιο

#### Εξωτερικής παραμονής



(ΕΚΠΠΝΤ,2017)

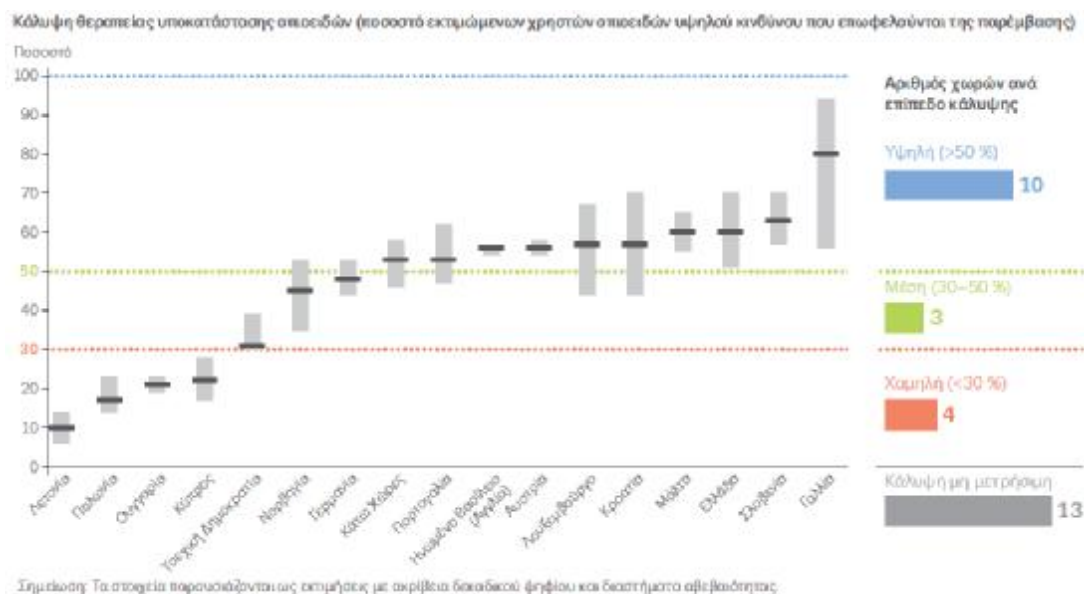
Η θεραπεία υποκατάστασης συνιστά την επικρατέστερη θεραπευτική επιλογή για τους χρήστες οπιοειδών, κατά κανόνα σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Τα διαθέσιμα στοιχεία συνηγορούν υπέρ αυτής της προσέγγισης, καθώς διαπιστώνεται θετική επίδραση όσον αφορά στην παραμονή των ασθενών σε θεραπεία, τη μείωση της χρήσης παράνομων οπιοειδών, τη μείωση των επικίνδυνων συμπεριφορών, τη μείωση της βλάβης και της θνησιμότητας λόγω χρήσης ναρκωτικών. Εκτιμάται ότι 630.000 χρήστες οπιοειδών έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2015 (650.000 μαζί με τη Νορβηγία και

την Τουρκία). Η τάση δείχνει αύξηση των χρηστών έως την κορύφωση του 2010 και ακολουθεί πτώση 6 % έως το 2015. (ΕΚΠΙΝΤ,2017)

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας το διάστημα από το 2010 έως το 2015 παρατηρήθηκε μείωση σε 12 χώρες, οι δε μεγαλύτερες μειώσεις (άνω του 25 %) αναφέρθηκαν στην Ισπανία, την Ουγγαρία, τις Κάτω Χώρες και την Πορτογαλία. Η πτώση μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες που σχετίζονται με τη ζήτηση ή την παροχή θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων της μείωσης του πληθυσμού γηρασκόντων χρόνιων χρηστών οπιοειδών ή αλλαγών στους στόχους θεραπείας σε μερικές χώρες. Σε άλλες χώρες η επέκταση της παροχής θεραπείας συνεχίζεται, καθώς επιδιώκουν να βελτιώσουν την κάλυψη της θεραπείας. Δώδεκα χώρες ανέφεραν αυξήσεις στο διάστημα από το 2010 έως το 2015, συμπεριλαμβανομένων της Λετονίας (157 %), της Φινλανδίας (67 %) και της Ελλάδας (61 %).(ΕΚΠΙΝΤ,2017)

Οι δύο αυτές τάσεις επιβεβαιώνονται στα πιο πρόσφατα στοιχεία (2014–2015), σύμφωνα με τα οποία 12 χώρες αναφέρουν αυξήσεις στον συνολικό αριθμό χρηστών σε θεραπεία υποκατάστασης και 9 αναφέρουν μειώσεις. Από τη σύγκριση με τις τρέχουσες εκτιμήσεις του αριθμού προβληματικών χρηστών οπιοειδών στην Ευρώπη φαίνεται ότι το ήμισυ εξ αυτών υποβάλλεται σε θεραπεία υποκατάστασης, αλλά υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών (βλ.διάγραμμα 3.5).

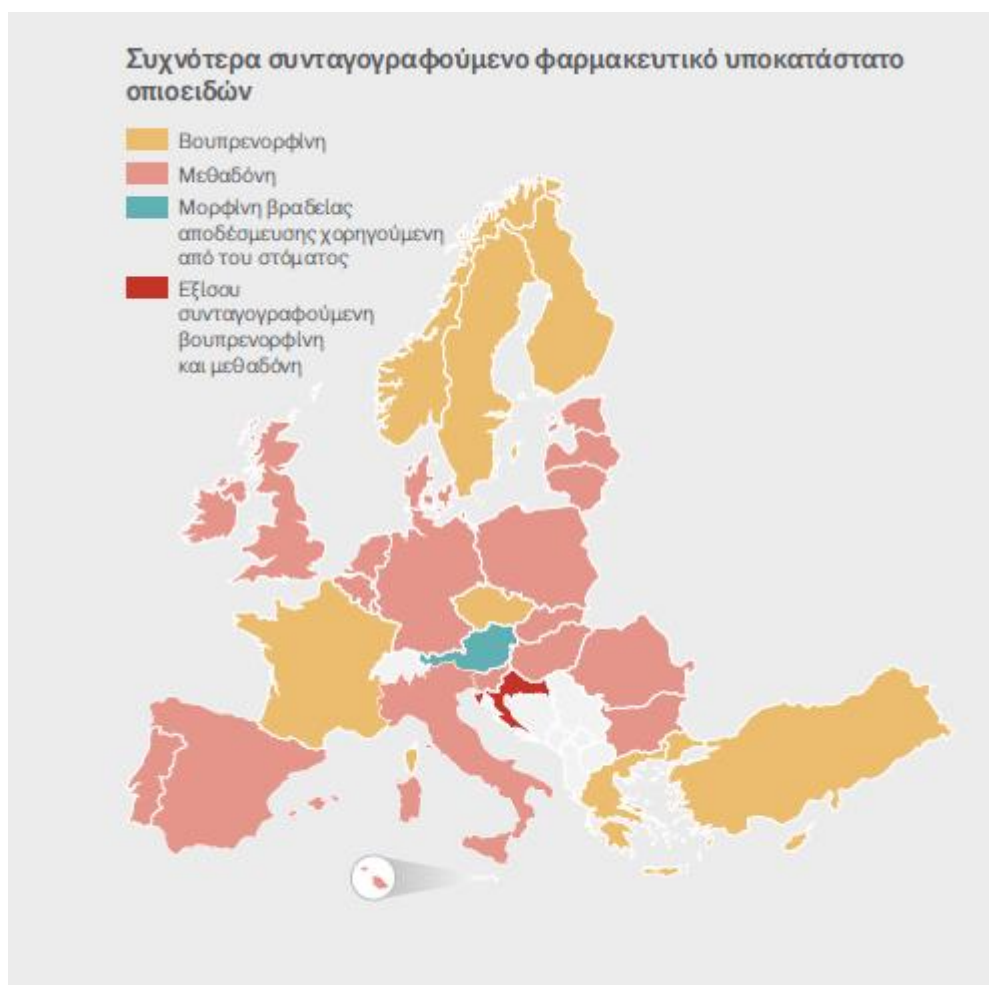
### Διάγραμμα 3.5



(ΕΚΠΙΝΤ,2017)

Επιπρόσθετα, το πιο συχνά συνταγογραφούμενο υποκατάστατο είναι η μεθαδόνη, η οποία χορηγείται στο 63 % (περίπου τα δύο τρίτα) των χρηστών που παρακολουθούν πρόγραμμα υποκατάστασης. Στο 35 % των χρηστών συνταγογραφούνται σκευάσματα με βάση τη βουπρενορφίνη, η οποία είναι η κύρια συνταγογραφούμενη ουσία υποκατάστασης σε 8 χώρες (βλ.διάγραμμα 3.6).

### Διάγραμμα 3.6



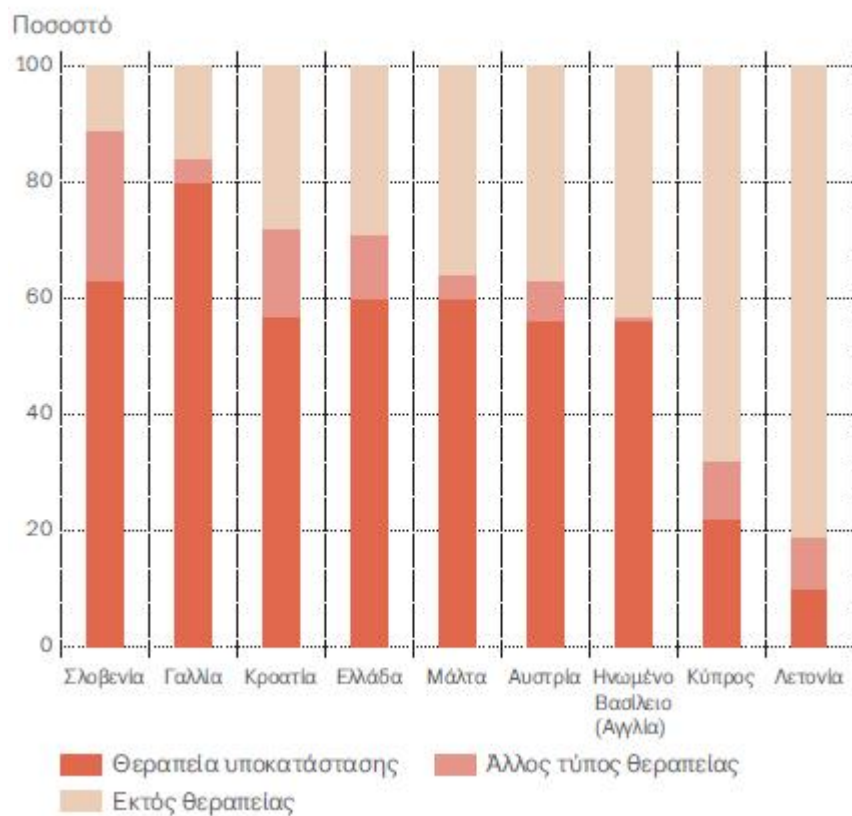
(ΕΚΠΙΝΤ,2017)

Άλλες ουσίες υποκατάστασης, όπως μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης ή διακετυλμορφίνη (ηρωίνη), συνταγογραφούνται πιο σπάνια και υπολογίζεται ότι τις λαμβάνει το 2 % των χρηστών σε πρόγραμμα υποκατάστασης στην Ευρώπη.(ΕΚΠΙΝΤ,2017)

Οι χρήστες οπιοειδών σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες έχουν στη διάθεσή τους και άλλες θεραπευτικές επιλογές, αν και λιγότερο διαδεδομένες από τη θεραπεία υποκατάστασης. Στις 9 χώρες που διαθέτουν στοιχεία, ποσοστό από 1 % έως 26 % του συνόλου των χρηστών οπιοειδών σε θεραπεία λαμβάνει παρεμβάσεις που δεν περιλαμβάνουν υποκατάσταση οπιοειδών (βλ.διάγραμμα 3.7)

### Διάγραμμα 3.7

Ποσοστό προβληματικών χρηστών οπιοειδών σε θεραπεία (εκτίμηση)



(ΕΚΠΙΝΤ,2017)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7Ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ

### 7.1 Ιστορική και εννοιολογική προσέγγιση

Στη δεκαετία του 1930 στις Η.Π.Α εμφανίζονται οι πρώτες ομάδες αυτοβοήθειας των Αλκοολικών Ανώνυμων. Οι ομάδες αυτές, οι οποίες συστάθηκαν από ανθρώπους που οι ίδιοι αντιμετώπιζαν πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ, εισήγαγαν μια σειρά καινοτομιών στο πεδίο της εξάρτησης. Ο εμπλουτισμός της θεραπείας με την εισαγωγή της πνευματικής διάστασης, της αλληλοβοήθειας και της ενεργοποίησης των άμεσα ενδιαφερόμενων οδήγησε σε σύντομο χρονικό διάστημα τις ομάδες των ΑΑ σε μεγάλη ανάπτυξη.

Στο τέλος της δεκαετίας του 1950, ένα πρώην μέλος των Αλκοολικών Ανώνυμων, ο Charles Dederich, ίδρυσε στην Καλιφόρνια το κοινόβιο Synanon για εξαρτημένα άτομα από τα ναρκωτικά. Αυτό αποτέλεσε σημαντική τομή στο πεδίο των ουσιοεξαρτήσεων, καθώς ανέδειξε πολύ σημαντικές διαστάσεις του προβλήματος και των τρόπων επίλυσής του. (Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, 2007)

Ειδικότερα, ο Charles Dederich όταν το 1958 ίδρυσε το κοινόβιο Synanon στη Santa Monica της Καλιφόρνια δεν μπορούσε να φανταστεί τις επιπτώσεις που θα είχε το εγχείρημα αυτό στη θεραπεία των εξαρτήσεων. Πρόκειται για μία πρακτική που άλλαξε τα μέχρι τότε δεδομένα, αφού συνέβαλε στη γένεση των Θεραπευτικών Κοινοτήτων για Εξαρτημένους καθώς επίσης αποτέλεσε τη βάση για τη δημιουργία και ανάπτυξη νέων ψυχοθεραπευτικών ρευμάτων και αντιλήψεων.

Η δημιουργία του αυτοδιαχειριζόμενου και αυτοχρηματοδοτούμενου κοινοβίου κατέρριψε τα μέχρι τότε στερεότυπα για τη θεραπεία εξαρτημένων. Το

Synanonαπομυθοποίησε τη σοβαρότητα του Σωματικού Στερητικού Συνδρόμου χωρίς την παρεμβολή εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Με αυτόν τον τρόπο η βαριά συμπτωματολογία ελαχιστοποιείται. Ακόμα, ο εξαρτημένος δεν γίνεται παθητικός αποδέκτης της θεραπείας αλλά μέσω της ανάληψης προσωπικής ευθύνης και δράσης θεραπεύεται μόνος του. Με μοναδικό γνώμονα τις αξίες της αγάπης, της ισότητας, της στήριξης και της συλλογικότητας τα μέλη του κοινοβίου δημιούργησαν βαθιά ανθρώπινες σχέσεις. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, να δημιουργηθεί ένα κλίμα ηθικής και πνευματικής ανάτασης, το οποίο προσέδιδε στα μέλη ένα νέο νόημα ζωής. (Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, 2007)

Κατά τη δεκαετία του '60 το κοινόβιο Synanon αποτέλεσε το μοναδικό μέρος στον κόσμο, όπου ένας εξαρτημένος μπορούσε να θεραπευτεί οριστικά. Αυτό συνέβαλε στην μεγάλη αποδοχή του από όλο τον επιστημονικό κόσμο. Μέλη του Synanon ανέλαβαν την δημιουργία και λειτουργία κοινοβίων και στην υπόλοιπη Αμερική ενώ κάποια από αυτά δέχτηκαν και επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας για προσωπικό τους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εισαγωγή στοιχείων Θεραπευτικής Κοινότητας στα κοινόβια, πράγμα το οποίο δημιούργησε τη « Θεραπευτική Κοινότητα για Εξαρτημένους».

Συγκριτικά με τα διάφορα κατά καιρούς θεραπευτικά εγχειρήματα, αφενός της επιστημονικής κοινότητας και αφετέρου των άμεσα ενδιαφερόμενων πολιτών που συσπειρώθηκαν σε ομάδες αυτοβοήθειας, υπάρχει μια υπεροχή των ομάδων αυτοβοήθειας. Αυτή η υπεροχή μπορεί να ερμηνευτεί, πιθανόν από το γεγονός ότι η αυτοβοήθεια λειτουργεί ως κινητήρια δύναμη για τους άμεσα εμπλεκόμενους ως προς την ανάληψη της ευθύνης και αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, μέσα σε ένα πλαίσιο συλλογικότητας και αλληλεγγύης. Επιπροσθέτως, το γεγονός ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι αυτοδιαχειριζόμενες και λειτουργούν αποκλειστικά από τα μέλη



και για τα ίδια, χωρίς την παρουσία ειδικών, βοηθά τους συμμετέχοντες στο να μοιράζονται τις προσωπικές τους εμπειρίες και να προσφέρουν αμοιβαία υποστήριξη.

Η αναίρεση της παθητικότητας, η ανάληψη ευθύνης από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους καθώς και η συνάντηση ανθρώπων που συγκροτούν κοινότητες προσώπων, είναι παράγοντες που συμβάλλουν καθοριστικά στην αποτελεσματικότητα των ομάδων αυτοβοήθειας.( Κοινωνία και Ψυχική Υγεία,2007)

## 7.2 Η Αυτοβοήθεια στην Ελλάδα

Οι έννοιες της αυτοβοήθειας και της αλληλεγγύης είναι σε μεγάλο βαθμό συσχετισμένες τόσο με την παράδοση όσο και με τον πολιτισμό της Ελλάδας. Στη σημερινή εποχή, υπάρχουν πολλές μορφές συλλογικής οργάνωσης που αποτελούν δημιουργήματα των άμεσα ενδιαφερόμενων πολιτών. Στην Ελλάδα οι πρώτες ομάδες αυτοβοήθειας για εξαρτημένα άτομα πρωτοεμφανίστηκαν στα τέλη της δεκαετίας του '80. Πρόκειται για ομάδες **12 Βημάτων**, όπως ονομάστηκαν, και ειδικότερα ομάδες Αλκοολικών Ανωνύμων (ΑΑ). Εν συνεχεία, δημιουργούνται ομάδες Нарκομανών Ανωνύμων, Οικογενειών Ανωνύμων και Οικογενειών Αλκοολικών. Η ανάπτυξη τέτοιου είδους ομάδων παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα κατά την δεκαετία του 90' και όλες βασιζόνταν στην φιλοσοφία των 12 Βημάτων. Ωστόσο, κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται στην Ελλάδα μια αύξηση των ομάδων αυτοβοήθειας. Πιο συγκεκριμένα, σήμερα λειτουργούν στην Ελλάδα 83 ομάδες αυτοβοήθειας 12 βημάτων. (Κοινωνία και Ψυχική Υγεία,2007)

Ως Ομάδες των 12 Βημάτων ορίζονται οι ομάδες, οι οποίες βασίζονται σε μια πνευματική προσέγγιση χωρίς ωστόσο να ανήκουν σε κάποια εκκλησιαστική οργάνωση. Ειδικότερα, η Ομάδα Δώδεκα Βημάτων είναι μία ομάδα αλληλοβοήθειας, η οποία έχει οργανωθεί με βάση το πρόγραμμα δώδεκα βημάτων των Αλκοολικών Ανωνύμων (ΑΑ). Πρόκειται για ένα πρόγραμμα που βασίζεται στο ότι το άτομο καθίσταται ανίκανο να ελέγξει τη χρήση του αλκοόλ και κατά συνέπεια και την ίδια του τη ζωή λόγω της κατάχρησης. Γι αυτό τον λόγο παραδίδει τη ζωή του σε μία «ανώτερη δύναμη» και στοχεύει στην επανόρθωση των παλαιότερων σφαλμάτων καθώς επίσης και στην προσφορά αλληλοβοήθειας στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Ακόμα, ένας χρήστης που βρίσκεται «υπό ανάρρωση» με την ένταξή του στο πρόγραμμα δεσμεύεται στο να μην κάνει χρήση ουσιών για μία μέρα κάθε φορά. Οι

ΑΑ ακολουθούν τις «δώδεκα παραδόσεις», βάσει των οποίων επιβάλλεται η ανωνυμία των μελών, η απολιτική στάση καθώς και η οργανωμένη δομή χωρίς ιεραρχία. Ωστόσο, άλλες ομάδες δώδεκα βημάτων διαφοροποιούνται σχετικά με τις δώδεκα παραδόσεις. (ΠΟΥ,2010)

Όσον αφορά στην προαγωγή της αυτοβοήθειας στην Ελλάδα από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ξεκίνησε το 2001 με τη δημιουργία του Προγράμματος Προαγωγής Αυτοβοήθειας. Ως στόχο, η συγκεκριμένη πρακτική είχε την προαγωγή της αυτοβοήθειας ως τρόπου παρέμβασης στην αντιμετώπιση των διαφόρων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και κυρίως του προβλήματος της εξάρτησης. Επιπλέον, βασικό στόχο του Προγράμματος αποτελούσε και η εκπαίδευση των λειτουργών υγείας σε ό,τι αφορά την υποστήριξη δημιουργίας ομάδων αυτοβοήθειας.

Η δημιουργία του Προγράμματος βασίστηκε στον προβληματισμό σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων ενώ η φιλοσοφία του στην κοινωνική και πολιτική διάσταση των αιτιών αυτών των προβλημάτων. Ακόμα, βασίστηκε στην αλλαγή των προτύπων παροχής βοήθειας , στην αναζήτηση νέων μεθόδων παρέμβασης καθώς και στην αλλαγή του ρόλου των λειτουργών υγείας. Ως εκ τούτου, βασικό ζητούμενο αποτελεί η αλλαγή του τρόπου παροχής βοήθειας από το μοντέλο παροχής βοήθειας από τον ειδικό στον πάσχοντα προς το μοντέλο της παροχής βοήθειας για την αυτοοργάνωση. Ο βασικός λόγος πίσω από τη δημιουργία αυτού του Προγράμματος είναι η αναζήτηση νέων τρόπων παρέμβασης στο πεδίο των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και ιδίως του προβλήματος της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες.(Κοινωνία και Ψυχική Υγεία,2007)

Το Πρόγραμμα Προαγωγής Αυτοβοήθειας λειτουργεί από το 2001 στο πλαίσιο του Τμήματος Ψυχολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Το

2008, το Πρόγραμμα λειτούργησε στη Σητεία, από το τέλος του 2012 στα Χανιά και από τον Αύγουστο του 2015 στη Λάρισα με τη συνεργασία του OKANA και τη χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας. Το πρόγραμμα αποτελεί τη μοναδική κρατική πρόταση με ιδιαίτερα χαμηλό κόστος για τον κρατικό προϋπολογισμό καθώς επίσης και τον τρίτο πυλώνα των προτάσεων αντιμετώπισης του προβλήματος της εξάρτησης. Σύμφωνα με την έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ (2017) το 2015 συμμετείχαν στις δράσεις του Προγράμματος συνολικά 508 άτομα που αντιμετώπιζαν προβλήματα εξάρτησης από παράνομες ψυχοτρόπες ουσίες. (ΕΚΤΕΠΝ,2017)

Εν κατακλείδι, οι ομάδες Αυτοβοήθειας διαθέτουν αρκετά πλεονεκτήματα σε σχέση με τις υπόλοιπες παραδοσιακές προσεγγίσεις παρέμβασης. Η ενεργοποίηση των ίδιων των ατόμων σε ό,τι αφορά την ανάληψη ευθυνών από τους ίδιους, αποτελεί βασικό πλεονέκτημα. Τα ίδια τα άτομα μέσα σε πλαίσια συλλογικότητας και αλληλεγγύης υπερβαίνουν τα προβλήματά τους. Τέλος, το γεγονός ότι τα προβλήματα των ατόμων αντιμετωπίζονται ολιστικά και όχι συμπτωματικά καθώς επίσης και το μηδενικό κόστος συμμετοχής συγκαταλέγονται στα θετικά.

Ωστόσο, υπάρχουν και μερικά μειονεκτήματα, τα οποία συνίστατο στην αδυναμία συγκράτησης χρηστών στα πρώτα στάδια της απεξάρτησης, στην αμφιλεγόμενη αξιοπιστία κάποιων ομάδων καθώς επίσης και στην επικινδυνότητα ανάπτυξης ιδεολογίας «γκέτο».

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> : ΕΡΕΥΝΑ

### 8.1 Σκοπός έρευνας

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα στις μέρες μας. Ολοένα και περισσότεροι νέοι πέφτουν θύματα διαφόρων επιτήδειων που το μόνο που τους απασχολεί είναι πόσα χρήματα θα κερδίσουν. Σε σημαντικό αριθμό ατόμων αυτό συνεπάγεται με μακροχρόνιες ταλαιπωρίες που μερικές φορές καταλήγουν ακόμα και σε θάνατο.

Παρ'ότι το θέμα έχει μελετηθεί σε ευρεία έκταση και υπάρχουν πολλές αναφορές στη βιβλιογραφία σχετικά με τις επιπτώσεις της χρήσης των ναρκωτικών ουσιών στη ζωή και στον οργανισμό ενός χρήστη καθώς και στη ζωή των οικείων του, ωστόσο τα γεγονότα γύρω από το συγκεκριμένο θέμα αλλάζουν συνεχώς και γι' αυτό θα πρέπει να μελετάται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις απόψεις των φοιτητών του Α.Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας και του Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας σχετικά με τα ναρκωτικά καθώς και την εξοικειώσή τους με διάφορα θέματα που αφορούν στα ναρκωτικά όπως είναι η χρήση και η αντιμετώπιση των χρηστών. Επίσης, θέλαμε να δούμε τι προτείνουν ως καλύτερη πρόληψη και ως καλύτερη μέθοδος θεραπείας. Αυτή η μελέτη εκτιμάται ότι είναι σημαντική καθώς θα δούμε το επίπεδο ενημέρωσης που υπάρχει στους φοιτητές του Α.Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας και Αθήνας γύρω από το συγκεκριμένο θέμα.

## 8.2 Μεθοδολογία έρευνας

Ως μέσο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο είναι δομημένο με ερωτήσεις κλειστού τύπου κατά κύριο λόγο. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου:

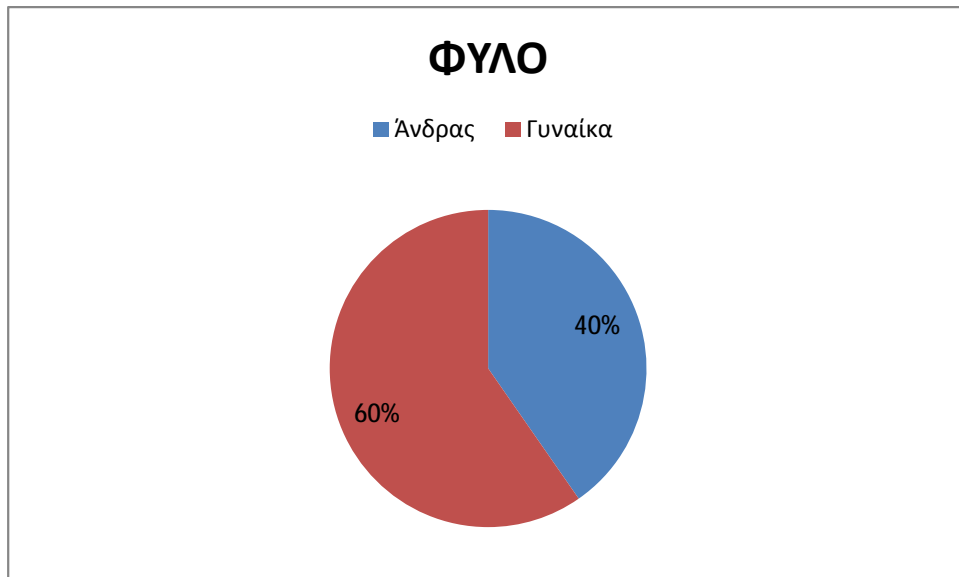
- Παρέχεται για στατιστική ανάλυση και ανίχνευση.
- Είναι προσβάσιμο ώστε να καλυφθεί ένα ευρύ φάσμα απόψεων.
- Είναι σύντομες και συνήθως είναι κατανοητές ώστε να δίνουν απαντήσεις εύκολες για κωδικοποίηση.

Η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είχε ως χρονικό όριο τα 30λεπτά. Το βασικό μεθοδολογικό εργαλείο, το οποίο επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας, είναι ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο απευθυνόταν σε φοιτητές. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε την περίοδο Οκτώβριο 2017. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο Α.Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας και Αθήνας και απαντήθηκαν από 100 φοιτητές που φοιτούν στα παραπάνω ιδρύματα.

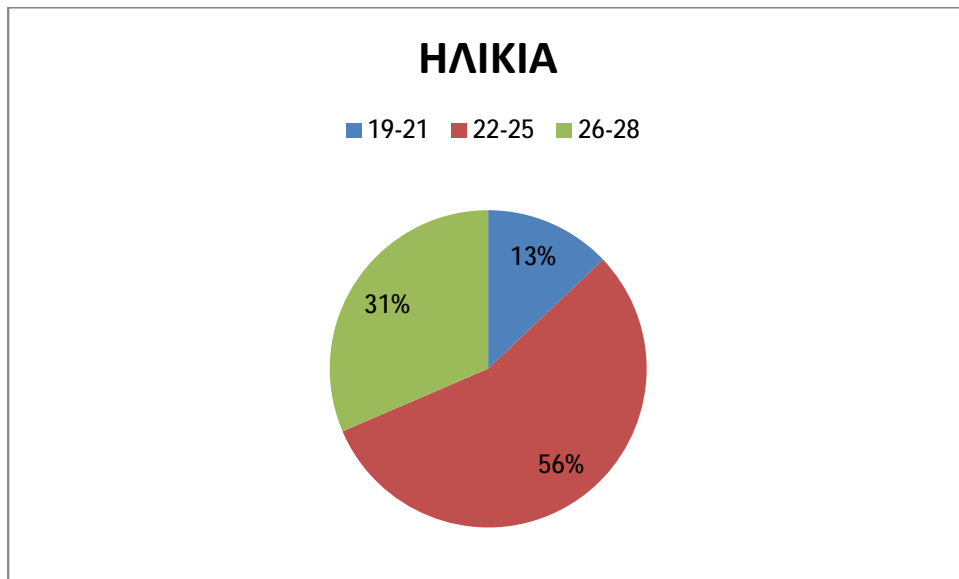
Αφού συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια, κωδικοποιήθηκαν οι απαντήσεις και περάστηκαν σε SPSS με σκοπό να προκύψουν τα ποσοστά. Στη συνέχεια προέκυψαν τα πινακάκια και τα διαγράμματα τα οποία παρατίθενται παρακάτω και σχολιάζονται για την άμεση κατανόηση μέσω αριθμητικών δεδομένων των όσων προέκυψαν από την έρευνα.

### 8.3 Αποτελέσματα έρευνας

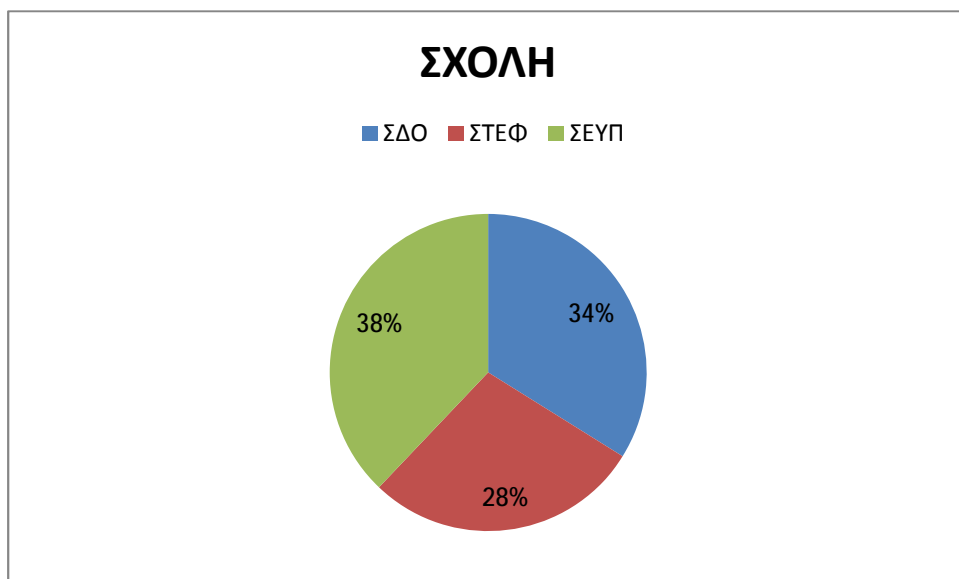
Μετά την κωδικοποίηση των απαντήσεων, στη συνέχεια θα σας παρουσιάσουμε τα ευρήματα της έρευνας σύμφωνα με το αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από εμάς ώστε να υλοποιηθεί η έρευνα.



Στον παραπάνω γράφημα παρατηρούμε το σύνολο του δείγματος που απάντησε στην ερευνά μας. Έτσι βλέπουμε ότι το 60% του δείγματος είναι γυναίκες και το 40% είναι άνδρες.



Σε αυτό το σημείο παρατηρούμε ότι οι ερωτηθέντες που απάντησαν το ερωτηματολόγιο ήταν από 19-21 (13%) από 22-25 (56%) και από 26-28 (31%).

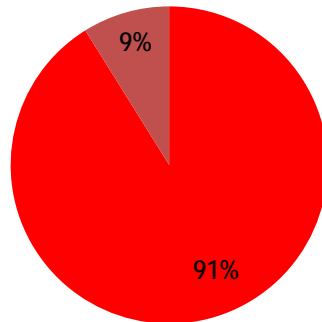


Όσον αφορά τη σχολή φοίτησης, το 34% προερχόταν από τη ΣΔΟ, το 38% από τη ΣΕΥΠ και το 28% από την ΣΤΕΦ.



## ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

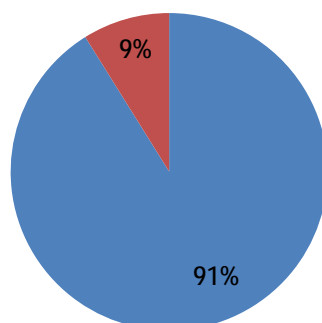
■ ΝΑΙ ■ ΌΧΙ



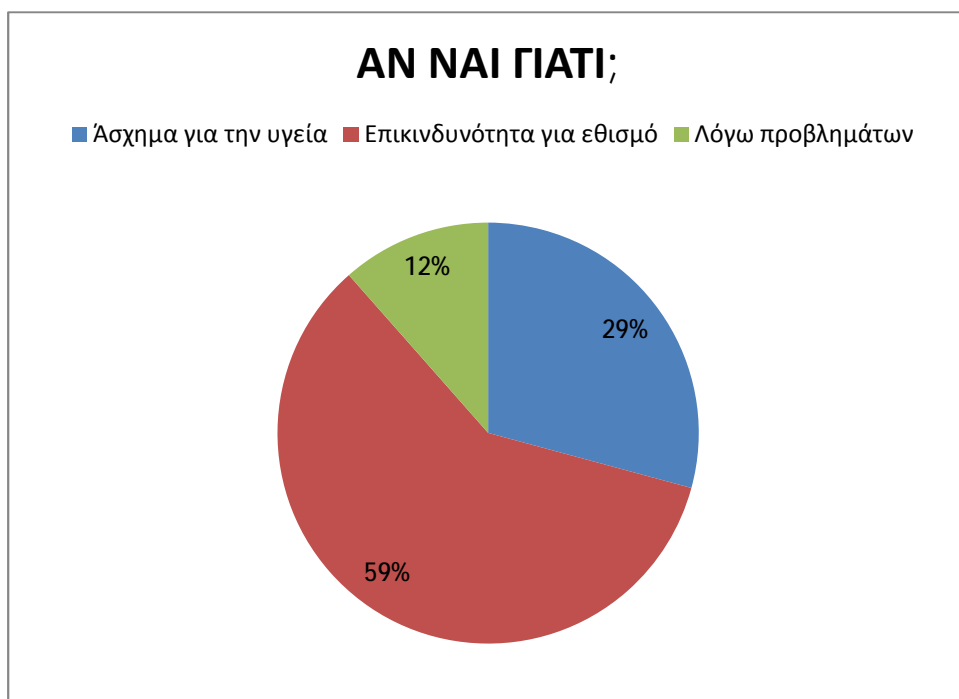
Σχετικά με το αν το δείγμα μας γνωρίζει την επιρροή της χρήσης ουσιών δήλωσαν πως γνωρίζουν την επιρροή στο άτομο το 91% ενώ μόνο το 9% δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν

## ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

■ ΝΑΙ ■ ΌΧΙ



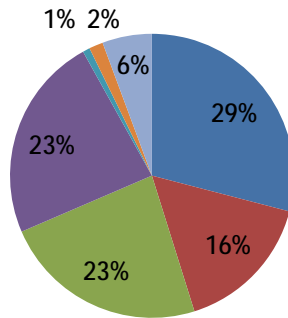
Στο παραπάνω γράφημα βλέπουμε πως το 91% του δείγματος θεωρεί τη χρήση ουσιών επικίνδυνη ενώ μόνο το 9% θεωρεί τη χρήση ουσιών ακίνδυνη.



Σε αυτό το γράφημα βλέπουμε για πιο λόγο θεωρούν οι ερωτηθέντες επικίνδυνη τη χρήση ουσιών. Το μεγαλύτερο ποσοστό (59%) το θεωρεί επικίνδυνο για εθισμό, το 29% πιστεύει ότι είναι άσχημο για την υγεία και μόνο το 12% λόγω προβλημάτων.

## ΑΙΤΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΝΕΩΝ

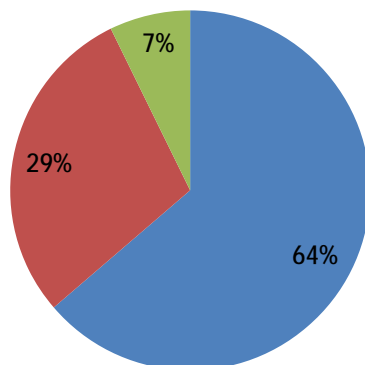
- Περιέργεια
- Αίσθηση ανεξαρτησίας
- Όλα τα παραπάνω
- Άλλο
- Προβλήματα μέσα στην οικογένεια
- Αποφυγή από αδιέξοδα
- Διασκέδαση



Στη παραπάνω πίτα βλέπουμε ποια είναι η αιτία όπου οι νέοι κάνουν χρήση ουσιών. Το 29% των ερωτηθέντων όπου είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύουν ότι το κάνουν από περιέργεια, αμέσως μετά ακολουθεί το 23% που θεωρούν ότι το κάνουν για αποφυγή από αδιέξοδα ή τους δημιουργεί ένα αίσθημα ανεξαρτησίας. Το 16% κάνει χρήση ουσιών για οικογενειακά προβλήματα, το 6% πιστεύει άλλους λόγους που ένας νέος κάνει χρήση ουσιών, μόνο το 2% θεωρεί πως το κάνουν για διασκέδαση και τέλος το μικρότερο ποσοστό (1%) πιστεύει πως η χρήση ουσιών από τους νέους γίνεται για όλους τους παραπάνω λόγους που ήδη αναφέραμε.

## ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

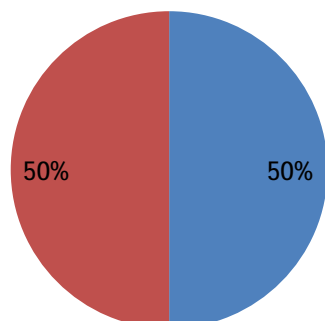
■ Στεγνά προγράμματα ■ Υποκατάστατα ■ Άλλο



Το 64% πιστεύει ότι η αποτελεσματικότερη θεραπευτική λύση για τους ουσιοεξαρτώμενους είναι τα στεγνά προγράμματα , το 29% τα υποκατάστατα ενώ μόνο το 7% θεωρεί ότι υπάρχουν άλλα αποτελεσματικά θεραπευτικά προγράμματα.

## ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

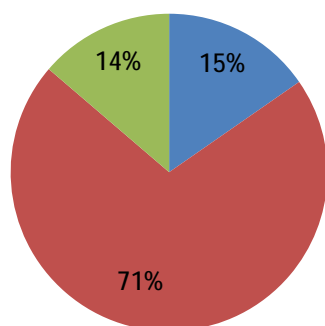
■ ΝΑΙ ■ ΌΧΙ



Στη παραπάνω πίτα βλέπουμε ότι οι μισοί ερωτηθέντες (50%) γνωρίζουν κάποια τηλεφωνική γραμμή βοήθειας ενώ οι άλλοι μισοί (50%) δεν γνωρίζουν.

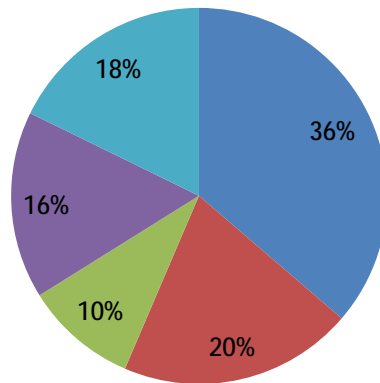
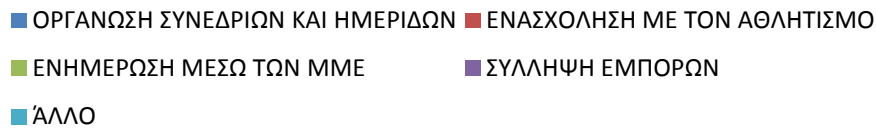
## ΠΟΙΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

■ ΝΑΙ ■ ΌΧΙ ■ ΔΕ ΞΕΡΩ



Σχετικά με την αποτελεσματικότητα ποινικοποίησης της χρήσης ουσιών, το 71% θεωρεί πως δεν είναι αποτελεσματική, το 15% θεωρεί πως είναι αποτελεσματική και το 14% δηλώνει ότι δεν ξέρει αν η ποινικοποίηση είναι αποτελεσματική.

## ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ



Τέλος, σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης που προτείνουν οι ερωτηθέντες το 36% να πραγματοποιούνται συνέδρια και ημερίδες, το 20% θεωρεί ότι θα πρέπει να απασχολούνται μέσω του αθλητισμού, το 16% θεωρεί ότι πρέπει να γίνει σύλληψη των εμπόρων, ενώ το 10% να γίνονται διάφορες ενημερώσεις μέσω των ΜΜΕ και το ποσοστό του 18% θεωρεί πως άλλοι τρόποι θα αποτελούσαν τη καλύτερη αντιμετώπιση στη χρήση ουσιών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την έρευνα που διενεργήθηκε, διαπιστώθηκε ότι η πλειονότητα των φοιτητών του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας και της Αθήνας, αναφέρει πως γνωρίζει τι μπορεί να προκαλέσει η χρήση ουσιών. Ως επί το πλείστον, πιστεύουν πως είναι επαρκώς ενημερωμένοι πάνω σε θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά και την επικινδυνότητά τους.

Αναγνωρίζουν ότι η θεραπεία για τα ναρκωτικά είναι πιο αποτελεσματική σε στεγνά προγράμματα. Θεωρούν ως πρωταρχικό παράγοντα που επηρεάζει τους έφηβους το να δοκιμάσουν κάποια ναρκωτική ουσία από περιέργεια, ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν, σύμφωνα με τους φοιτητές, τα οικογενειακά προβλήματα που τυχόν αντιμετωπίζει ο έφηβος και η επιρροή των φίλων.

Επιπρόσθετα, συμπεραίνουμε ότι πληροφορίες για τα ναρκωτικά, αντλούν κυρίως από την τηλεόραση και γενικά τα ΜΜΕ, όπως επίσης και από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως το ποσοστό των φοιτητών που αντλεί σχετικές πληροφορίες από το σχολικό περιβάλλον, είναι ανησυχητικά μικρό, σε αντίθεση με το ποσοστό αυτών, που θα ήθελαν να αντλούν πληροφορίες από αυτό.

Καταγράφεται, ακόμα, πως η ποινικοποίηση δεν είναι θεμιτό αποτέλεσμα, αλλά η συστηματική και σωστή ενημέρωση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην καταστολή του φαινομένου.

Αξιοσημείωτο αποτελεί, επιπλέον, το γεγονός ότι η πλειοψηφία καταφεύγει για γνώσεις και στοιχεία που αφορούν τα ναρκωτικά από κάθε πιθανή πηγή : ΜΜΕ, γενικά αναγνώσματα, σχολικό, οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Από την έρευνα που διενεργήθηκε, διαπιστώθηκε ότι η μόνη έλλειψη πληροφόρησης που υπήρξε στους ερωτηθέντες είναι το εάν υπάρχει ιστορικό χρήσης ναρκωτικών στο φιλικό τους περιβάλλον καθώς επίσης και το αν οι ίδιοι έχουν δοκιμάσει κάποια ναρκωτική ουσία.

Εν κατακλείδι, διαπιστώσαμε πως οι ίδιοι οι φοιτητές θεωρούν πως είναι επαρκώς ενημερωμένοι πάνω σε θέματα που αφορούν τα ναρκωτικά, υιοθετώντας την άποψη περί διαχωρισμού αυτών σε «σκληρά» και «μαλακά».



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ωφέλιμο θα ήταν να εφαρμόζονται προγράμματα αγωγής υγείας σε κάθε σχολείο, με πληθυσμό – στόχο τους μαθητές (πρωτογενής πρόληψη). Για την αποδοτικότερη υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων, απαιτείται άρτια συνεργασία καθηγητών, γονέων και εκπαιδευτών αγωγής υγείας, κατάλληλη επιλογή στρατηγικής (ψυχοκοινωνικό μοντέλο), καθώς επίσης και σωστή αξιολόγηση των αναγκών, πριν την έναρξη του προγράμματος. Κύριο μέλημα θα πρέπει να είναι να επικεντρώνονται αυτά τα προγράμματα στις νεαρές ηλικίες, διότι εκεί πηγάζει το πρόβλημα της έναρξης χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Γι' αυτό είναι και τόσο σημαντικός ο ρόλος του σχολείου.

Επιπρόσθετα, αναγκαία είναι η συμβουλευτική καθοδήγηση των ομάδων υψηλού κινδύνου (δευτερογενής πρόληψη). Καλό θα αποτελούσε, ακόμα, το γεγονός να ενισχύονται τα θεραπευτικά προγράμματα(τριτογενής πρόληψη), έτσι ώστε να είναι άμεση και επιτυχής η επανένταξη των ατόμων που προσπαθούν να απεξαρτηθούν από τις ναρκωτικές ουσίες .

Ας σημειωθεί ότι σε ό,τι αφορά την νομοθεσία και τις κυρώσεις των παραβάσεων στα θέματα των ναρκωτικών, θα πρέπει ο ρόλος της δικαιοσύνης να είναι άμεμπτος και οι ποινές που αποφασίζονται για τους έμπορους ναρκωτικών να είναι οι δυνατότερες αυστηρές.

Αξιοσημείωτη αποτελεί κατά την γνώμη μας η συνεχής ενημέρωση και ανανέωση εκπαίδευσης γονέων - κηδεμόνων, καθηγητών, ψυχολόγων, εκπαιδευτών υγείας, αστυνομικών και γενικά όλων των φορέων της εκάστοτε Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Παρόλο που διανύουμε περιόδους εκσυγχρονισμού, πολιτικής, πολιτιστικής και οικονομικής αναγέννησης, προσπάθειες εξάλειψης της φτώχειας, της ανεργίας και κάθε μορφής τρομοκρατίας, το πρόβλημα των ναρκωτικών φαίνεται να βρίσκεται στην κορυφή της έξαρσής του. Η αντιμετώπιση του φαινομένου αποτελεί μία δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία εφόσον δεν υπάρχουν επαρκείς προγράμματα και οργάνωση από τους αρμόδιους φορείς. Η δημιουργία νέων κέντρων απεξάρτησης σημαίνει χρησιμοποίηση μεγάλων οικονομικών κονδυλίων.

Το πρόβλημα των ναρκωτικών έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις σε όλο τον κόσμο, με καταστροφικές συνέπειες για την νεολαία όλων των χωρών. Είναι πλέον ένα μεγάλο πρόβλημα και γι' αυτό θα πρέπει να αντιμετωπιστεί κυρίως από το κράτος της κάθε χώρας έτσι ώστε να μειωθεί η προσφορά, η ζήτηση και η βλάβη από τα ναρκωτικά. Στόχοι ,λοιπόν, του κράτους της Ελλάδας θα πρέπει να είναι η μείωση στο ελάχιστο της χρήσης και των θανάτων, ιδιαίτερα των νέων, από ναρκωτικά, η βελτίωση της θεραπείας και της κοινωνικής επανένταξης, η μείωση της διαθεσιμότητας των ναρκωτικών και η ελάττωση του εγκλήματος.

Το πρόβλημα των ναρκωτικών είναι υπόθεση που μας αφορά όλους. Η κατάλληλη προσέγγιση δεν απαιτεί μόνο την κάλυψη μαθητών – εκπαιδευτικών, οικογένειας, αλλά θα πρέπει να επεκτείνεται και στο σύνολο της κοινότητας και ειδικότερα σε όλους αυτούς που παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση χαρακτήρα και συμπεριφοράς των εφήβων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

### Ελληνική βιβλιογραφία

- 1) Αλεξοπούλου, Ν. - Γεωργιάδη, Ε. - Πολυκανδιώτη, Μ. -Κορκοβίλη, Μ. - Μπασέτα, Α. - Μάινα, Α. (2014), «Διερεύνηση του προφίλ των χρηστών ναρκωτικών», Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, Τόμος 1, (1), σελ.:49-53.
- 2) Γαζγαλίδης, Κ. (2005), *Ναρκωτικά» εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης*, Αθήνα : Εξάντας.
- 3) Γρίβας, Κ. (2002), *Οπιούχα Εξάρτηση και Απεξάρτηση- Εγχειρίδιο Αυτοβοήθειας και Αυτοάμυνας*, Αθήνα: Ιανός.
- 4) Γεωργίου, Σ. Ν.(2011) *Σχέση σχολείου- οικογένειας και ανάπτυξη παιδιού, Διάδραση*
- 5) Έκθεση Μικτού Κλιμακίου Ελέγχου(Μ.Κ.Ε) (2011) *Έλεγχος Μονάδων Υποκατάστασης και λοιπών δομών του ΟΚΑΝΑ*, Αθήνα.
- 6) Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΠΝ) (2017) Ετήσια Έκθεση, *Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα*, Αθήνα: ΕΠΨΥ.
- 7) Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας(ΕΚΠΝΤ) (2017) *Ετήσια Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά - Τάσεις και Εξελίξεις*, Λουξεμβούργο : Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- 8) Ζαιμάκης, Γ. – Κανδυλάκη, Α. (2005), *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας*, Αθήνα : Κριτική.
- 9) Ζαφειρίδης, Φ. (2009) *Εξαρτήσεις και Κοινωνία-Ι Θεραπευτικές κοινότητες/ Ομάδες αυτοβοήθειας*, Αθήνα : Κέδρος.

- 10) Κουκουτσάκη, Α. (2002) *Χρήση Ναρκωτικών Ομοφυλοφιλία - Συμπεριφορές μη Συμμόρφωσης μεταξύ ποινικού-ιατρικού ελέγχου*, Αθήνα , : Κριτική.
- 11) Λιάππας, Γ. Α. (2011) *Ναρκωτικά- Εθιστικές ουσίες, Κλινικά προβλήματα, Αντιμετώπιση*, Αθήνα : Πατάκης.
- 12) Μάτσα, Κ. (2001), *Ψάξαμε Ανθρώπους και βρήκαμε σκιές...Το αίνιγμα της τοξικομανίας*, Αθήνα : Άγρα.
- 13) Μάτσα, Κ. (2006) , *Η Περίπτωση Ευρυδίκη* , Αθήνα : Άγρα.
- 14) Μαρδέλος, Μ. (1997), *Εξαρτησιογόνες ουσίες: Φαρμακολογία, τοξικολογία, ιστορία, κοινωνιολογία, νομοθεσία*, Αθήνα : Κριτική.
- 15) Παπαγεωργίου, Ε. (2007) *Εξαρτήσεις στη ζωή μας*, Αθήνα: Παρισιάνος.
- 16) Παπαπαναγιώτου, Κ.Π (1993) *Η επίδραση των ναρκωτικών στη σωματοψυχική υγεία*, Αθήνα, χ.ε
- 17) Πουλόπουλος, Χ. (2011) : *Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις :Οι κοινότητες της αλλαγής*, Αθήνα : Τόπος (Μοτίβο Εκδοτική).
- 18) Πουλόπουλος, Χ. (2005) *Εξαρτήσεις: Οι Θεραπευτικές Κοινότητες*, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

### **Ξενογλώσση βιβλιογραφία**

- 19) Countryman, J. (2005). *Substance Use in Adolescents. Clinical Child Psychiatry*
- 20) European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) (2000) *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Luxembourg. Ανάκτηση από (σελίδες 12-17) :

[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/111/Insight3\\_64348.pdf\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/111/Insight3_64348.pdf_en) [πρόσβαση στις 20 Ιουνίου 2017, 11:30]

- 21) Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2004). *Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research*. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 28 (5), σελ.:77–88. Ανάκτηση από: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1097/01.ALC.0000127417.99752.87/abstract> [πρόσβαση στις 22 Ιουλίου, 19:00]
- 22) European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) (2002) *Classifications of drug treatment and social reintegration and their availability in EU Member States plus Norway*, Lisbon. Ανάκτηση από: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/drug-treatment> [πρόσβαση στις 20 Ιουνίου 2017, 10:30]
- 23) Gilvarry, E.(2000) « Substance Abuse in Young People», The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41 (1), σελ.:55-58 Ανάκτηση από : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1469-7610.00549/abstract> [πρόσβαση στις 23 Ιουλίου, 19:15]
- 24) Kalat, J. W.(2012), *Biological Psychology*, USA: Wadsworth Publishing.
- 25) Nasibi, W.M.W. (2003). *Discipline: Guidance and Counselling in Schools*
- 26) National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2014) *Drugs, Brains and Behavior: The Science of Addiction – Preface* Ανάκτηση από: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface> [πρόσβαση στις 18 Σεπτεμβρίου 2017, 12:00]
- 27) UNODC/WHO (2008) *Principles of drug dependence treatment*, Ανάκτηση από:

<http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf> [πρόσβαση στις 21 Ιουλίου 2017, 18:00]

## **Μεταφρασμένη Βιβλιογραφία**

- 28) European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) (2000) *Substitution treatment*, EMCDDA, σελ. 37-38 (Πίνακες 1 και 2)  
Ανάκτηση από:  
[http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/150/se100\\_1el\\_69423.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/150/se100_1el_69423.pdf) [πρόσβαση στις 10 Μαΐου 2017, 12:15]

## **Ελληνικά Άρθρα**

### **Έγγραφα-αναφορές υπουργείων**

- 29) Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, (2013). Τεύχος πρώτο. Αριθμός φύλλου 74. Μάρτιος
- 30) Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Προεδρικό διάταγμα 148/2007 - ΦΕΚ 191/Α' / 10.8.2007
- 31) Φύλλο Εφημερίδας της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 4019/2011 (ΦΕΚ Α 216 30.9.2011) Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνική Επιχειρηματικότητα και λοιπές διατάξεις.

## **Συνέδρια -Σεμινάρια**

- 32) Αντιναρκωτικό Συμβούλιο Κύπρου (2010), *Οδηγός Θεραπείας*, Κύπρος

## Διαδικτυακές πηγές

33)Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής(ΕΠΨΥ) (2014)  
Ετήσια Έκθεση-Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των  
Οινοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ανάκτηση από:

<http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/Cover.pdf>

[πρόσβαση στις 4 Μαρτίου 2017, 17:15]

34) Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) (2011): *Οικονομική  
κρίση και εξαρτήσεις. Το έργο και η στρατηγική του ΚΕΘΕΑ*. Ανάκτηση από:

<http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/docs/Oikonomikh%20krish%20kai%20exarthseis.pdf> [πρόσβαση στις 16 Μαΐου 2017, 18:00]

35) *Κοινωνία & ψυχική Υγεία* (2007) « *Θεματική Ενότητα-Εξαρτήσεις και  
Αυτοβοήθεια*», (Τεύχος 5<sup>ο</sup> ), Ανάκτηση από: σελ. :18-88

<http://www.selfhelp.gr/wp-content/uploads/vol5.pdf> [πρόσβαση στις 15

Σεπτεμβρίου 2017,18:15]

36)Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών(ΟΚΑΝΑ): *Θεραπεία- Πολιτική του  
ΟΚΑΝΑ στη θεραπεία*. Ανάκτηση από : [http://www.okana.gr/2012-02-03-13-](http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/politikiokanatherapeia)

[07-06/politikiokanatherapeia](http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/politikiokanatherapeia) [πρόσβαση στις 20 Ιουνίου 2017,10:00]

37)Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) : *Κέντρα Υποδοχής  
Ενημέρωσης και Προσανατολισμού* . Ανάκτηση από :

<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/kentraupodoxisenhmerwshs>

[πρόσβαση στις 20 Ιουνίου 2017,10:00]

38)Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ): *Μείωση της Βλάβης-  
Πολιτική του ΟΚΑΝΑ στη Μείωση της Βλάβης*. Ανάκτηση από:

<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/kentraupodoxisenhmerwshs>

[πρόσβαση στις 20 Ιουνίου 2017,10:06]

39) Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ): *Μείωση της Βλάβης-Μονάδα Άμεσης Βοήθειας και Υποστήριξης (MABY)*. Ανάκτηση από: <http://www.okana.gr/meiwshtshsblabhs/monadaamesisboitheias>

[πρόσβαση στις 21 Ιουνίου 2017,10:05]

40) Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ): *Μείωση της Βλάβης-Τηλεφωνική Γραμμή SOS 1031*. Ανάκτηση από:

<http://www.okana.gr/meiwshtshsblabhs/thlefwnikhgrammi> [πρόσβαση στις 21

Ιουνίου 2017, 10:15]

41) Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) *Μείωση της Βλάβης-Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων(ΣΦΕΑ)*. Ανάκτηση από :

<http://www.okana.gr/meiwshtshsblabhs/stathmosfrontidaseksartimenwn>

[πρόσβαση στις 22 Ιουνίου 2017,10:20]

42) Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ): *Κοινωνική Επανάταξη-Μονάδα Κοινωνικής Επανάταξης*. Ανάκτηση από :

<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-16-04/monadeskoinwnikhsepanentakshs>

[πρόσβαση στις 20 Ιουνίου 2017, 10:25]

43) Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ): *Κοινωνική Επανάταξη-Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης (ΕΚΚΕΕ)*.

Ανάκτηση από :

<http://www.okana.gr/2012-02-03-13-16-04/ekseidikeumenakentraekkee>

[πρόσβαση στις 20 Ιουνίου 2017,12:30]

44) Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) (2012) *Πλαίσιο λειτουργίας των θεραπευτικών δομών του ΟΚΑΝΑ*, Αθήνα : ΟΚΑΝΑ.

Ανάκτηση από: <http://www.okana.gr/2012-02-03-13-07-06/therapeutikes->



[monades-farmakeutiks-antimetwpishs-ths-eksarthshs](#) [ πρόσβαση στις 9 Ιουνίου 2017, 12:30]

45) Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) (2010) *Λεξικό για το αλκοόλ και τις λοιπές ψυχοδραστικές ουσίες*, Αθήνα: Βήτα Ανάκτηση από:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/3/9789604520954\\_gre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/3/9789604520954_gre.pdf)

[πρόσβαση στις 15 Ιουλίου 2017, 17:02.]

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

16/12/2017

ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

## ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μελετήσει τις γνώμες και τις απόψεις απέναντι στη χρήση ουσιών των φοιτητών του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας της Πάτρας και του ΑΤΕΙ Πελοπείας. Αποτελεί ερευνητικό υλικό φοιτητών της Κοινωνικής Εργασίας και είναι ανώνυμο. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας!

\* Απαιτείται

1. Φύλο

Να επισημανθεί μόνο μια έλλειψη.

- Γυναίκα  
 Άνδρας

2. Ηλικία

Να επισημανθεί μόνο μια έλλειψη.

- 19-21  
 22-25  
 26-28

3. Σχολή

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- ΣΔΟ  
 ΣΤΕ  
 ΣΕΥΠ

4. 1. Γνωρίζετε τι προκαλεί η χρήση ουσιών; \*

Να επισημανθεί μόνο μια έλλειψη.

- Ναι  
 Όχι

5. 2. Θεωρείτε τη χρήση ουσιών επικίνδυνη; \*

Να επισημανθεί μόνο μια έλλειψη.

- Ναι  
 Όχι

6. 3. Αν ναι, γιατί; \*

Να επισημανθεί μόνο μια έλλειψη.

- Άσχημα για την υγεία  
 Επικινδυνότητα για εθισμό  
 Λόγω προβλημάτων

[https://docs.google.com/forms/d/1VZE1x650x-zC0FuGDNdRfB02wnY\\_VBwkiL6AJTu4/edit](https://docs.google.com/forms/d/1VZE1x650x-zC0FuGDNdRfB02wnY_VBwkiL6AJTu4/edit)

1/2

7. 4. Για ποιο λόγο πιστεύετε ότι οι νέοι κάνουν χρήση ουσιών; \*

Να επισημανθεί μόνο μία έλλειψη.

- Περιέργεια  
 Προβλήματα μέσα στην οικογένεια  
 Αίσθηση ανεξαρτησίας  
 Αποφυγή από αδέλφους  
 Άλλο: \_\_\_\_\_

8. 6. Ποια θεραπευτικά προγράμματα κατά τη γνώμη σας είναι πιο αποτελεσματικά; \*

Να επισημανθεί μόνο μία έλλειψη.

- Στεγνά προγράμματα  
 Υποκατάσταση  
 Άλλο: \_\_\_\_\_

9. 8. Γνωρίζετε κάποια τηλεφωνική γραμμή βοήθειας;

Να επισημανθεί μόνο μία έλλειψη.

- Ναι  
 Όχι

10. 7. Θεωρείτε ότι η παινωκοποίηση της χρήσης είναι αποτελεσματική; \*

Να επισημανθεί μόνο μία έλλειψη.

- Ναι  
 Όχι  
 Δε ξέρω

11. 8. Με ποιους τρόπους πιστεύετε ότι θα αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της χρήσης ουσιών; \*

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.

- Οργάνωση συνεδρίων και ημερίδων  
 Ενασχόληση με τον αθλητισμό  
 Ενημέρωση μέσω των ΜΜΕ  
 Σύλληψη των εμπόρων  
 Άλλο: \_\_\_\_\_