



*Πανεπιστήμιο Πειραιώς
Τμήμα
Οικονομικής Επιστήμης*

*Τ.Ε. Ι. Πειραιά
Τμήμα
Διοίκησης Επιχειρήσεων*



ΜΕΜΟΛΙ ΣΕΒΑΣΤΗ

**«ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ Η
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ»**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2009

ΜΕΜΟΛΙ ΣΕΒΑΣΤΗ

**«ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ Η
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ»**

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2009

MEMOLI SEVASTI

**«DEALING WITH DRUG PROBLEM:
THE ROLE OF THERAPEUTIC COMMUNITIES
IN
REHABILITATION»**

Postgraduate Degree Dissertation

PIRAEUS, 2009

ΜΕΜΟΛΙ ΣΕΒΑΣΤΗ

**«ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ
ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ»**

Επόπτης :

Οικονόμου Χαράλαμπος

Λέκτορας Παντείου

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης**

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω τον Λέκτορα Παντείου κ. Οικονόμου Χαράλαμπο, για την επίβλεψη της όλης προσπάθειας, την καθοδήγησή του και τις παραινέσεις του.

Επίσης, για τη βοήθεια τους στη συλλογή στοιχείων και πληροφοριών για την παρούσα εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω τους:

- Παπαναστασάτο Γεράσιμο, Υπεύθυνο Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ
- Τρίαντο Πέτρο, Υπεύθυνο Τμήματος Αξιολόγησης του Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ,
- Θεοδορίδου Κατερίνα, Τμήμα Αξιολόγησης του Τομέα Έρευνας ΚΕΘΕΑ,
- Χριστοφίλη Τζίνη, Τμήμα Εκδόσεων και Βιβλιοθήκης ΚΕΘΕΑ.

Επιθυμώ ακόμη να ευχαριστήσω από καρδιάς τους φίλους και συναδέλφους:

- Βολτή Φραντζέσκα, ΚΕΘΕΑ Εξέλιξις,
- Κατσούλη Αλεξία, Μονάδα Μακράς Διάρκειας ΟΚΑΝΑ,
- Καψωμενάκη Αντωνία, ΚΕΘΕΑ Εξέλιξις,
- Μιχαλοπούλου Χρυσούλα, ΚΕΘΕΑ Εξέλιξις,
- Πάτση Πωλίνα, ΚΕΘΕΑ Εξέλιξις και
- Τσουμάκο Ιωάννη, Μονάδα Μακράς Διάρκειας ΟΚΑΝΑ,

οι οποίοι είναι καταξιωμένοι επαγγελματίες του χώρου των ουσιοεξαρτήσεων και η συμβολή τους για την επιτυχή διεκπεραίωση της εν λόγω εργασίας υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης αποτελεί μείζον κοινωνικό πρόβλημα με σοβαρές προεκτάσεις σε πολλούς τομείς όπως η δημόσια υγεία, η δικαιοσύνη, η παραγωγή εργασίας, το οποίο λαμβάνει ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια. Οι διαστάσεις του πολυπαραγοντικού αυτού φαινομένου είναι ιδιαίτερα σοβαρές όχι μόνο για το ίδιο το άτομο και την οικογένεια του, αλλά και την κοινωνία στο σύνολο της, καθώς η χρήση εθιστικών ουσιών συνεπάγεται σωρεία αρνητικών συμπεριφορών όπως η περιθωριοποίηση και εξαθλίωση των εξαρτημένων ατόμων, η έξαρση της εγκληματικότητας και η μετάδοση μολυσματικών ασθενειών.

Η παρούσα διπλωματική εργασία, η οποία πραγματοποιείται στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση της Υγείας» του Πανεπιστημίου Πειραιά και του ΤΕΙ Πειραιά, έχει ως στόχο την παρουσίαση του πολυπαραγοντικού προβλήματος της χρήσης των εξαρτησιογόνων ουσιών στις μέρες μας. Αρχικά περιγράφονται οι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες που ευθύνονται για την εκδήλωση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης και στη συνέχεια παρουσιάζονται δράσεις και πολιτικές κατά των ναρκωτικών σε παγκόσμιο επίπεδο.

Τα ευρήματα που προκύπτουν από την έρευνα της σχετικής με την τοξικοεξάρτηση βιβλιογραφίας, τη συγκέντρωση στοιχείων και πληροφοριών από το διαδίκτυο, αλλά και από την παρατήρηση στον χώρο εργασίας μου, αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα του ρόλου των θεραπευτικών κοινοτήτων ως μοντέλου θεραπείας στην απεξάρτηση από εξαρτησιογόνες ουσίες. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί τόσο στο εξωτερικό όσο και την Ελλάδα προκύπτει ότι, οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, καθώς στοχεύουν όχι μόνο στην απεξάρτηση από τα ναρκωτικά, αλλά και στην αλλαγή του τρόπου ζωής των ατόμων και στην επανένταξη τους στην κοινωνία.

Οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελούν μια ευπαθή κοινωνική ομάδα που περιθωριοποιείται, στιγματίζεται αρνητικά και έχει να αντιμετωπίσει πολλά προβλήματα τα οποία απορρέουν από την εμπλοκή τους με τις ουσίες (ανεργία, προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, νομικά προβλήματα, κ.ά.). Η εργασιακή μου εμπειρία τα τελευταία επτά χρόνια στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων έχει συμβάλει σημαντικά στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της χρήσης ουσιών, καθώς και στη συνειδητοποίηση της σημαντικής προσφοράς των θεραπευτικών

κοινοτήτων στην απεξάρτηση από τα ναρκωτικά. Η παρούσα εργασία παρουσιάζει το μοντέλο θεραπείας των κοινοτήτων, οι οποίες παρέχουν μια ολιστική θεραπευτική παρέμβαση, με στόχο την αποτελεσματική αντιμετώπιση της εξάρτησης από εθιστικές ουσίες, μέσα από την ενεργή συμμετοχή των ατόμων στη θεραπεία, την ανάληψη ευθυνών και την αλλαγή του τρόπου ζωής τους.

Λέξεις κλειδιά: ουσιοεξάρτηση, εξαρτησιογόνες ουσίες, θεραπευτικές κοινότητες, απεξάρτηση

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ABSTRACT

Drug addiction is a very serious social problem which affects many aspects of life such as public health, justice, production and has been increasing rapidly for the last decades. The use of addictive substances, not only affects the addictive person and its family, but the whole society, because it results severe negative behaviours such as high criminality, outlaw activities and spreading infective diseases.

The dissertation at hand, which was written in fulfilment of the requirements of the Postgraduate Programme in Health Administration jointly run by the University of Piraeus and the T.E.I. of Piraeus, seeks to outline the multi-faceted issue of the use of addictive substances at present. This postgraduate essay presents the possible causative factors in drug addiction as long as with actions and politics against drugs, globally.

The findings presented in this dissertation, which are the result of research in the existing bibliography on drug addiction, online information and observation in my working environment, point out the importance of the role that therapeutic communities play in dealing with this problem. According to research which took place abroad as well as in Greece, the role of therapeutic communities is stressed out as one of the most effective therapeutical approaches in drug addiction, because they target, not only to rehabilitate from drugs but also to motivate their members to adopt a new way of life and re-enter the society.

Drug addicts are a very sensitive group, which tend to be out of the society, they face negative criticism and many other problems (unemployment, physical and mental health problems, law problems, etc.), which come from their implication with addictive substances. My professional experience in the field of drug addiction in the last seven years has stimulated an in-depth understanding of this phenomenon, as well as enhanced awareness regarding the valuable contribution that therapeutic communities have in combating this problem.

This postgraduate essay presents the treatment model of therapeutic communities which provide their members with an holistic therapeutic approach. The goals of this approach focus in dealing with addictive substances effectively through the active and responsible participation of their members in therapy, in order to achieve change in their lives.

Key-words: drug addiction, addictive substances, therapeutic communities, rehabilitation

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή έχει ως αντικείμενο την καλύτερη κατανόηση του προβλήματος των ναρκωτικών, το οποίο επιφέρει σοβαρές αρνητικές συνέπειες όχι μόνο για το εξαρτημένο άτομο και την οικογένεια του, αλλά και την ευρύτερη κοινωνία. Επίσης στην παρούσα εργασία περιγράφεται ο ρόλος των θεραπευτικών κοινοτήτων, οι οποίες αποτελούν, σύμφωνα με έρευνες, ένα από τα πιο αποτελεσματικά μοντέλα θεραπείας στην απεξάρτηση από εξαρτησιογόνες ουσίες.

Δεδομένου ότι το πρόβλημα των ναρκωτικών αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται βασικοί ορισμοί για την καλύτερη κατανόησή του. Οι ορισμοί περιλαμβάνουν την επεξήγηση εννοιών όπως είναι η χρήση, η εξάρτηση, το σύνδρομο στέρησης αλλά και μια κατηγοριοποίηση των εξαρτησιογόνων ουσιών σε κατασταλτικές, διεγερτικές ουσίες, κ.λπ., που αποτελούν σημαντικά θεραπευτικά εργαλεία για την αποτελεσματική θεραπεία των ουσιοεξαρτήσεων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται αιτιολογικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν τα άτομα στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, όπως η ιδιοσυγκρασία και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, το οικογενειακό περιβάλλον, οι επιρροή των ομοτίμων, αλλά και οι γενικότερες κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζουν και εξελίσσονται τα άτομα. Επίσης, στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται διεθνείς και ευρωπαϊκοί οργανισμοί με επικεντρωμένη δράση στην αντιμετώπιση του φαινομένου των εξαρτήσεων σε παγκόσμιο επίπεδο.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται οι φορείς, τα προγράμματα και οι δράσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα μας, όπως προβλέπεται από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά των ναρκωτικών, ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά οι θεραπευτικές κοινότητες, καθώς και το πως ξεκίνησε και καθιερώθηκε το συγκεκριμένο μοντέλο θεραπείας στην αντιμετώπιση των ναρκωτικών. Παράλληλα, παρουσιάζεται η φιλοσοφία του θεραπευτικού μοντέλου, τα κριτήρια συμμετοχής και η αποτελεσματικότητα του στην θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης.

Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), που αποτελεί τον πρώτο οργανισμό για την απεξάρτηση στην Ελλάδα και έχει πυρήνα την πρώτη ελληνική θεραπευτική κοινότητα «ΙΘΑΚΗ». Το ΚΕΘΕΑ περιλαμβάνει θεραπευτικές κοινότητες σε όλη την Ελλάδα, καθώς και ένα

δίκτυο θεραπευτικών υπηρεσιών με σημαντικές δράσεις στην πρόληψη, θεραπεία και κοινωνική επανένταξη των αποφοίτων των θεραπευτικών προγραμμάτων του. Το μοντέλο θεραπείας των προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ στοχεύει όχι μόνο στην απεξάρτηση από ουσίες αλλά και στην αλλαγή του τρόπου ζωής του εξαρτημένου ατόμου μέσα από ολιστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, ώστε αφού το άτομο ολοκληρώσει το θεραπευτικό πρόγραμμα να ενταχθεί στον κοινωνικό ιστό ως ισότιμο μέλος με τους υπόλοιπους συνανθρώπους του.

Η παρούσα διπλωματική εργασία αναδεικνύει τη σημαντική προσφορά των θεραπευτικών κοινοτήτων στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, η οποία πλήττει τα τελευταία χρόνια όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και εξαπλώνεται με ραγδαίο ρυθμό στους εφήβους που αποτελούν πιο ευαίσθητη και ευπαθή κοινωνική ομάδα. Η καταπολέμηση του φαινομένου των ναρκωτικών αποτελεί επιτακτική ανάγκη για τις σύγχρονες κοινωνίες, για το λόγο αυτό θεραπευτικές παρεμβάσεις όπως το μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων, ένα από τα πιο αποτελεσματικά μοντέλα θεραπείας στην απεξάρτηση, αποτελούν σημαντική θεραπευτική προσέγγιση στο πρόβλημα των ναρκωτικών και η ανάγκη για την ανάπτυξη τους καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική.

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	Κ.Ν.Σ.
ΔΙΑΙΘΥΛΑΜΗ ΤΟΥ ΛΥΣΕΡΓΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ	LSD
Δ9-ΤΕΤΡΑΥΔΡΟΚΑΝΝΑΒΙΝΟΛΗ	THC
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	ΕΚΤΕΠΙΝ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	ΕΠΠΨΥ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΕΘΝΩΝ	ΟΗΕ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ	ΟΚΑΝΑ
ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ	ΚΕΘΕΑ
ΕΝΩΣΗ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΩΝ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΕΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΕΝΑΕ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	ΔΥΠΕ
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΕΣΥ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ	ΚΕΚ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΕΘΕΑ	ΣΠΟΚ
ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ	ΑΑ
ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΝΑΡΚΟΜΑΝΕΙΣ	ΑΝ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ	Δ.Σ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	v
Περίληψη.....	vi
Περίληψη Αγγλική.....	vii
Πρόλογος	x
Συντομεύσεις.....	xii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ.....	1
1.Ορισμοί	2
1.1.Ναρκωτικά	2
1.2.Μορφές χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών	3
1.3.Στερητικό σύνδρομο.....	3
1.4.Ανοχή ή αντοχή	4
1.5.Τοξίκωση.....	4
1.6.Σύνδρομο εξάρτησης	4
1.7. Κατηγορίες εξαρτησιογόνων ουσιών.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....	8
2.1.Προφίλ Εξαρτημένου ατόμου.....	8
2.2.Αιτιολογικοί παράγοντες στην ουσιοεξάρτηση.....	10
2.2.1.Γενετικοί παράγοντες	12
2.2.2.Ο ρόλος των νευροδιαβιβαστών	14
2.2.3.Ψυχολογικοί παράγοντες	16
2.2.4.Ιδιοσυγκρασία	18
2.2.5. Ο ρόλος της οικογένειας	21
2.2.6.Ο ρόλος του σχολείου	23
2.2.7. Η πίεση των ομότιμων	25
2.2.8.Οι κοινωνικές συνθήκες.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΔΙΕΘΝΩΣ.....	27
3.1.Διεθνείς Πολιτικές για τα Ναρκωτικά	30
3.1.1. Διεθνείς οργανισμοί.....	30
3.2. Ευρωπαϊκή Πολιτική για τα Ναρκωτικά.....	34

3.2.2. Ευρωπαϊκοί οργανισμοί.....	39
3.2.3. Η Ομάδα του Δουβλίνου.....	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....42

4.1. Εθνική Πολιτική κατά των ναρκωτικών.....	45
4.2. Προγράμματα κατά των Ναρκωτικών.....	48
4.2.1. Εθνικοί οργανισμοί κατά των Ναρκωτικών.....	49
4.2.2. Το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.).....	56
4.2.3. Η Διακομματική Κοινοβουλευτική Επιτροπή για τα Ναρκωτικά.....	56
4.2.4. Διατομεακή Συνεργασία	56
4.3. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ ΩΣ ΜΟΝΤΕΛΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ

ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....60

5.1 Εισαγωγή.....	60
5.2. Ιστορική αναδρομή.....	64
5.2.1.Οι πρώτες θεραπευτικές κοινότητες: δημοκρατικές και ιεραρχημένες	64
5.2.3.Ανάπτυξη του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ευρώπη.....	68
5.3. Βασικές Αρχές των θεραπευτικών κοινοτήτων.....	71
5.3.1.Μέθοδος θεραπείας.....	71
5.3.2.Τρόπος λειτουργίας των θεραπευτικών κοινοτήτων: στόχοι και κριτήρια συμμετοχής.....	76
5.3.3.Θεραπευτικές φάσεις και δραστηριότητες των θεραπευτικών κοινοτήτων	80
5.4. Η αποτελεσματικότητα του μοντέλου θεραπείας.....	85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ

ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ.....95

6.1.Εισαγωγή.....	95
-------------------	----

6.2. Γενικές Αρχές θεραπευτικών προγραμμάτων ΚΕΘΕΑ.....	97
6.3.Μοντέλο θεραπείας ΚΕΘΕΑ.....	99
6.4.Κοινωνικο – δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που προσεγγίζουν τα θεραπευτικά προγράμματα ΚΕΘΕΑ.....	102
6.5.Αποτελεσματικότητα του ΚΕΘΕΑ ως μοντέλο θεραπείας στην απεξάρτηση.....	105
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	109
Παράρτημα.....	113
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	116
Βιβλιογραφία - Πηγές	127

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Η ραγδαία εξάπλωση της χρήσης των ναρκωτικών στον πληθυσμό σε ολοένα μικρότερες ηλικίες, αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες ένα από τα μεγαλύτερα και δυσεπίλυτα προβλήματα των σύγχρονων κοινωνιών διεθνώς. Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο και πολυεστιακό, καθώς παράγοντες τόσο ατομικοί, οικογενειακοί, όσο και κοινωνικοί επηρεάζουν τη συχνότητα, την ένταση αλλά και τη χρονική διάρκεια της εξάρτησης, η οποία εγκαθίσταται ως τρόπος ζωής στα εξαρτημένα άτομα.

Τα τελευταία χρόνια η εμφάνιση του φαινομένου των ναρκωτικών λαμβάνει ολοένα και περισσότερο αυξητικές τάσεις, καθώς η παγκοσμιοποίηση, οι εμπορικές συναλλαγές μεταξύ των κρατών, το χαμηλό κόστος και η ευρεία διαθεσιμότητα ψυχοδραστικών ουσιών, συμβάλλουν στη ραγδαία εξάπλωση του φαινομένου. Παράλληλα, το πολυπαραγοντικό φαινόμενο της εξάρτησης από εθιστικές ουσίες είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τις κοινωνικές συνθήκες και το περιβάλλον στο οποίο ζει και μεγαλώνει το άτομο και επιπλέον επηρεάζεται από πολλές μεταβλητές τόσο σε ατομικό, οικογενειακό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Αποτελεί κοινή παραδοχή πλέον ότι τα προβλήματα μιας κοινωνίας όπως η ανεργία, η ακρίβεια, η αύξηση της εγκληματικότητας, η αποξένωση, η έλλειψη θετικών προτύπων, η μονομερής αναζήτηση του κέρδους, ο ατομικισμός κ.λπ. που χαρακτηρίζουν κυρίως τις σύγχρονες κοινωνίες, αποτελούν παράγοντες που διογκώνουν το πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης στα άτομα. Παράλληλα με τις κοινωνικές συνθήκες, διάφοροι ατομικοί παράγοντες συντελούν σε σημαντικό βαθμό στην εγκατάσταση του προβλήματος της εξάρτησης καθιστώντας τα άτομα ευάλωτα, κοινωνικά αποξενωμένα και με μια σωρεία προβλημάτων (υγείας, νομικά, εργασιακά, κ.λπ.) που απορρέουν από τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.[1]

Τα ναρκωτικά συνιστούν ένα οξύτατο κοινωνικό πρόβλημα με προεκτάσεις σε όλους τους τομείς της ζωής των ατόμων (υγεία, δικαιοσύνη, εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις, κ.λπ.). Η αποτελεσματική αντιμετώπιση και θεραπεία του

πολυπαραγοντικού φαινομένου της ουσιοεξάρτησης πρέπει να επικεντρώνεται στο άτομο, να κατανοεί τις ανάγκες του και να του δίνεται η δυνατότητα μέσα από μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση να απαγκιστρωθεί από τη μάζιγα των ναρκωτικών και να ξαναφτιάξει τη ζωή του ελεύθερος πια από ουσίες.

1.ΟΡΙΣΜΟΙ

Για την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης, κρίνεται απαραίτητη η περιγραφή ορισμένων βασικών εννοιών και ορισμών οι οποίοι χρησιμοποιούνται διεθνώς στον επιστημονικό τομέα της ψυχικής υγείας και των ουσιοεξαρτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, στον τομέα της ψυχικής υγείας και στο επιστημονικό πεδίο των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, οι διαγνώσεις πραγματοποιούνται με βάσει ορισμούς, που έχουν καθορίσει δυο διεθνή διαγνωστικά και ταξινομητικά συστήματα:

1. το «Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Διανοητικών Διαταραχών» («Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)») και
2. ο «Διεθνής Κώδικας Ταξινόμησης Νόσων» (« International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD)»).

Η σπουδαιότητα των παραπάνω διεθνών συστημάτων - τα οποία ανανεώνουν διαρκώς τα στοιχεία τους με βάσει τα νέα δεδομένα και τις έρευνες που πραγματοποιούνται στον τομέα της ψυχικής υγείας – είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς αποτελούν σημαντικά εργαλεία των επαγγελματιών υγείας (ψυχικής υγείας, ουσιοεξαρτήσεων, ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνιολόγων, νοσηλευτών, κ.λπ.).[2]
Πιο αναλυτικά, παρακάτω περιγράφονται ορισμοί που αποτελούν χρήσιμα εργαλεία στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων

1.1. Ναρκωτικά

Με τον όρο ναρκωτικά νοούνται γενικά ουσίες με διαφορετική χημική δομή και διαφορετική χημική δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), από διεγερτική μέχρι κατασταλτική, αλλά με κοινό γνώρισμα την ιδιότητα να μεταβάλλουν τη σωματική και την ψυχική κατάσταση του ατόμου και να προκαλούν εξάρτηση, διαφορετικής φύσεως, ψυχική ή και σωματική, ποικίλου βαθμού. Ο όρος ναρκωτικά δεν είναι βέβαια δόκιμος για όλες τις ουσίες. Για το λόγο αυτό, ο όρος που

έχει προταθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι «εξαρτησιογόνες ουσίες».

[3]

1.2. Μορφές χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών[4]

Η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών μπορεί να εμφανίζει τις ακόλουθες μορφές:

- **Απλή ή περιστασιακή χρήση**, αποτελεί μια κατάσταση αρκετά συνηθισμένη, η οποία δεν καταλήγει σε κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες.
- **Επιβλαβής χρήση**, σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Κώδικα Ταξινόμησης Νόσων, (ICD-10), πρόκειται για βλαπτικό τρόπο χρήσης. Η βλάβη είναι δυνατόν να είναι σωματική (π.χ. AIDS, ηπατίτιδα C), ή ψυχική (π.χ. επεισόδια καταθλιπτικής διαταραχής).
- **Κατάχρηση**, είναι η κατάσταση κατά την οποία το άτομο χρησιμοποιεί την εξαρτησιογόνο ουσία σχεδόν καθημερινά και για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (π.χ. ένα μήνα).
- **Εξάρτηση**, μπορεί να είναι ψυχολογική, σωματική ή και τα δύο:
 1. **Ψυχολογική εξάρτηση**, χαρακτηρίζεται από την επιθυμία συνεχούς χρήσης ή κατάχρησης της εξαρτησιογόνου ουσίας και από τη συνεχή αύξηση της δόσης για να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα,
 2. **Σωματική ή φυσική εξάρτηση**, είναι η κατάσταση εκείνη του οργανισμού κατά την οποία εκδηλώνονται διάφορα σωματικά και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όταν μειωθεί ή διακοπεί απότομα η λήψη της μακροχρόνιας λαμβανόμενης εξαρτησιογόνου ουσίας από το άτομο.

1.3. Στερητικό σύνδρομο

Περιλαμβάνει ένα σύνολο σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, τα οποία ποικίλουν σε ένταση και εμφανίζονται όταν η χρήση μιας ουσίας, η οποία έχει προκαλέσει στο άτομο σωματική εξάρτηση, διακόπτεται ή μειώνεται σε σημαντικό βαθμό. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από έντονες διαταραχές διάφορων φυσιολογικών λειτουργιών, που εκδηλώνονται από την ψυχική και τη σωματική σφαίρα και είναι χαρακτηριστικές για κάθε είδος ουσίας (διεγερτική, κατασταλτική, κ.λπ.).

Η έναρξη και η πορεία του συνδρόμου στέρησης έχουν συγκεκριμένη χρονική διάρκεια. Ο χρόνος εμφάνισης του στερητικού συνδρόμου εξαρτάται από το χρόνο ημίσειας ζωής της ουσίας και το ρυθμό μεταβολισμού της στον οργανισμό κάθε χρήστη, ενώ η ένταση των συμπτωμάτων είναι συνήθως ανάλογη της ποσότητας και του συνολικού χρόνου χρήσης της εξαρτησιογόνου ουσίας από το άτομο. Συνήθως τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου είναι αντίθετα από αυτά που προκαλεί η δράση της λαμβανόμενης ουσίας. Τα έντονα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης υποχωρούν με την αποχή από τη χρήση της εξαρτησιογόνου ουσίας, ενώ ηπιότερου τύπου συμπτωματολογία παραμένει συνήθως για μερικές εβδομάδες.[5]

1.4 Ανοχή ή αντοχή

Είναι η μείωση της ανταπόκρισης ενός οργανισμού στη φαρμακολογική δράση μιας ουσίας, μετά τη συνεχή χρήση της. Συνεπώς, για να βιώσει το άτομο το επιθυμητό αποτέλεσμα πρέπει να λαμβάνει συνεχώς αυξανόμενες δόσεις της εξαρτησιογόνου ουσίας.[6]

1.5 Τοξίκωση (overdose)

Είναι η κλινική εικόνα που προκύπτει από την υπερβολική χρήση μιας ουσίας σε δόσεις που είναι αδύνατον για τον οργανισμό να τις αντιμετωπίσει και μπορεί να οδηγήσει σε κωματώδη κατάσταση και τελικά στο θάνατο.[7]

1.6 Σύνδρομο εξάρτησης

Σύμφωνα με τον Διεθνή Κώδικα Ταξινόμησης Νόσων (ICD-10), πρόκειται για ένα φάσμα φυσιολογικών, νοητικών και συμπεριφορικών εκδηλώσεων, όπου η χρήση κάποιας ουσίας για ένα συγκεκριμένο άτομο αποκτά πολύ πιο μεγάλη σημασία από ότι άλλες συμπεριφορές, οι οποίες παλιότερα είχαν άλλη αξία για το άτομο αυτό. Χαρακτηριστικό γνώρισμα του συνδρόμου εξάρτησης είναι η συχνά ακατανίκητη επιθυμία για εξεύρεση και χρήση ψυχοτρόπων ουσιών με ή χωρίς ιατρική συνταγή.

Τα φαινόμενα που σχετίζονται με τη χρήση, την κατάχρηση ή την τελική εγκατάσταση της εξάρτησης σχετίζονται με το περιβάλλον του χρήστη, την προσωπικότητα του και τη φύση της ουσίας ή των ουσιών (πολυτοξικομανία) που χρησιμοποιεί. Η διάγνωση της διαταραχής όμως, πρέπει να κατηγοριοποιείται, όταν

αυτό είναι δυνατόν, σύμφωνα με τη χρήση της πιο συχνής ουσίας ή ομάδας ουσιών που χρησιμοποιείται. Οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών κατηγοριοποιούνται στο Διεθνή Κώδικα Ταξινόμησης Νόσων (ICD-10) με τον παρακάτω τρόπο:

1. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση οινόπνευματών ποτών
2. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση οπιοειδών
3. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση κανναβοειδών
4. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση ηρεμιστικών ή υπνωτικών χαπιών
5. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση κοκαΐνης
6. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση άλλων διεγερτικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένης της καφεΐνης
7. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση ψευδαισθησιογόνων
8. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση καπνού
9. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση πτητικών διαλυτικών ουσιών
10. Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς οφειλόμενες σε πολλαπλή χρήση ψυχοδραστικών ουσιών και σε χρήση άλλων ουσιών.[8]

1.7.Κατηγορίες Εξαρτησιογόνων ουσιών[9]

Το κοινό γνώρισμα των εξαρτησιογόνων ουσιών είναι η ιδιότητά τους να μεταβάλλουν τη σωματική και την ψυχική κατάσταση του ατόμου προκαλώντας εξάρτηση, ψυχική ή και σωματική. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει κατηγοριοποιήσει τις εξαρτησιογόνες ανάλογα με τη δράση που προκαλούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) του ατόμου που τις χρησιμοποιεί. Πιο αναλυτικά, οι εξαρτησιογόνες ουσίες διακρίνονται σε:

1. Κατασταλτικές ουσίες:

- i. Μορφίνη,*
- ii. Ηρωίνη,*
- iii. Βενζοδιαζεπίνες,*

οι οποίες προκαλούν ισχυρή αναλγησία, που συνοδεύεται από αίσθημα έντονης ευφορίας, έχουν ηρεμιστική και αγχολυτική δράση και παράλληλα προκαλούν καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ).

2. Διεγερτικές ουσίες:

- i. Κοκαΐνη,*
- ii. Αμφεταμίνες,*

οι οποίες αυξάνουν την ένταση όλων σχεδόν των ευχάριστων αισθημάτων, ενώ οι χρήστες αναφέρουν ότι με τη χρήση κοκαΐνης βελτιώνεται σημαντικά η διάθεσή τους, γίνονται πιο ομιλητικοί, πιο κοινωνικοί και οξύνονται οι αισθήσεις τους, ειδικά η όραση, η ακοή, και η αφή, αποκτούν δε μεγαλύτερη ενέργεια και αισθάνονται ότι είναι ακούραστοι. Προκαλούν επίσης σημαντική εγρήγορση, παρατεταμένη αϋπνία και ανορεξιογόνο δράση.

4. Παραισθησιογόνα – Ψευδαισθησιογόνα:

- i. Διαιθυλαμίδη του λυσεργικού οξέος («LSD»),*

αποτελεί κύριο εκπρόσωπο της κατηγορίας αυτής, η οποία περιλαμβάνει τις γνωστές και ως «ψυχεδελικές» ουσίες, οι οποίες έχουν την ικανότητα να επηρεάζουν την αντίληψη, την σκέψη, το συναίσθημα και τις αισθήσεις

5. Προϊόντα της Κάνναβης:

- i. Χασίς,*
- ii. Μαριχουάνα,*
- iii. Χασιέλαιο,*

σήμερα θεωρείται η πιο διαδεδομένη παράνομη εξαρτησιογόνος ουσία σε όλο τον κόσμο. Τα προϊόντα της κάνναβης καπνίζονται είτε μέσε σε αυτοσχέδια τσιγάρα είτε σε ειδικές εστίες (λουλάδες), μπορούν όμως να ληφθούν και από το στόμα, μασώμενα ή μέσα σε γλυκά.

6. Εισπνεόμενες ουσίες:

- i. διαλυτικά χρωμάτων ,κόλλες, βενζίνη,*
- ii. σπρέι*

iii. χλωροφόρμιο, κλπ.,

οι οποίες λαμβάνονται αποκλειστικά με εισπνοή και είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς στα παιδιά και σε νεαρούς εφήβους.

Οι παραπάνω ορισμοί καθώς και η κατηγοριοποίηση των ψυχοδραστικών ουσιών, αποτελούν σημαντικά διαγνωστικά και θεραπευτικά εργαλεία για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Βοηθούν τον επαγγελματία που εργάζεται στο χώρο των ουσιοεξαρτήσεων στα στάδια της θεραπείας της εξάρτησης που αφορούν :

- αρχικά στην αναγνώριση του βαθμού εγκατάστασης της ουσιοεξάρτησης στο εξαρτημένο άτομο (περιστασιακή χρήση, κατάχρηση, εξάρτηση) και στη συνέχεια,
- στην κατανόηση της συμπεριφοράς του χρήστη που απορρέει από την εμπλοκή του με τις ουσίες (επιθετικότητα, παραβατική συμπεριφορά), η οποία όσο προχωράει στη θεραπεία το εξαρτημένο άτομο υποχωρεί και μεταβάλλεται ριζικά.

Όσο προχωράει η παρούσα διπλωματική εργασία περιγράφονται βασικά στάδια του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης, ώστε ο αναγνώστης να κατανοήσει το σοβαρό αυτό πρόβλημα, το οποίο επηρεάζει συνολικά τα άτομα, είτε άμεσα (χρήστης, οικογένεια χρήστη, κ.λπ.) είτε έμμεσα (συμμαθητές χρήστη, συνάδελφοι χρήστη, γείτονες χρήστη, κ.λπ.), αλλά και την κοινωνία γενικότερα (εργασιακή απασχόληση, δημόσια υγεία, δικαιοσύνη, κ.λπ.).

Επίσης, στόχος της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας είναι να αναδείξει μια από τις αποτελεσματικές θεραπευτικές μεθόδους της ουσιοεξάρτησης, που αποτελούν, διεθνώς, οι θεραπευτικές κοινότητες. Καθώς, το φαινόμενο των ναρκωτικών, μέσα από μια κατάλληλη, ανθρωποκεντρική και ολιστική θεραπεία, μπορεί να καταπολεμηθεί και να ανακουφίσει όχι μόνο το εξαρτημένο άτομο, αλλά και την ευρύτερη κοινωνία στην οποία ζει και αναπτύσσεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία περιγράφει το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης σε ενήλικα άτομα, καθώς και το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι θεραπευτικές κοινότητες στην απεξάρτηση και την επανένταξη του πρώην εξαρτημένου ατόμου στον κοινωνικό ιστό. Κρίνεται σκόπιμο για την καλύτερη κατανόηση της πορείας εγκατάστασης της ουσιοεξάρτησης στο άτομο, η περιγραφή ορισμένων χαρακτηριστικών του εξαρτημένου ατόμου, τα οποία έχουν προκύψει από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί διεθνώς, αλλά και στη χώρα μας, προκειμένου να αντιμετωπιστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το φαινόμενο των ναρκωτικών.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονίσουμε ότι, τα άτομα χρησιμοποιούν τις εξαρτησιογόνες ουσίες για πολλούς και διαφορετικούς λόγους, δεν υπάρχει δηλαδή μια συγκεκριμένη αιτία που να αποτελεί κοινό κριτήριο για την έναρξη της χρήσης ουσιών σε όλα τα άτομα, παρόλα αυτά πολλοί ερευνητές, μέσα από έρευνες σε εξαρτημένα άτομα, έχουν προσδιορίσει αρκετούς αιτιολογικούς παράγοντες που συνδέονται με την εγκατάσταση της εξάρτησης ως τρόπου ζωής στα άτομα.

2.1. Προφίλ εξαρτημένου ατόμου

«Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί έκφραση ενός κανακευμένου τρόπου ζωής. Τα άτομα τα χαρακτηρίζει η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ευθυνοφοβία, η απόδοση ευθυνών για αυτά που τους συμβαίνουν είτε σε άλλους είτε σε εξωτερικές από αυτά καταστάσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να θέτουν υψηλούς στόχους από τη μια, αλλά από την άλλη να μην κοπιάζουν για την κατάκτησή τους»[10].

Τα άτομα κάνουν χρήση ναρκωτικών για ποικίλους λόγους, είτε για να ξεφύγουν από τα προβλήματά τους είτε για να «ναρκώνουν» τις αισθήσεις τους και να μη βιώνουν δυσάρεστα και δύσκολα γι' αυτά συναισθήματα, όπως είναι ο φόβος, η οργή, ο θυμός, οι ενοχές, κ.λπ. Σε άλλες περιπτώσεις πάλι, άτομα χαμηλών τόνων χρησιμοποιούν τα ναρκωτικά για να γίνονται περισσότερο κοινωνικά και συμμετοχικά και να μπορούν με ευκολία να προσεγγίσουν άλλα άτομα του ίδιου ή και του αντίθετου φύλου.

Άλλοι πάλι, χρησιμοποιούν ναρκωτικά για να μιμηθούν φίλους ή ακόμα και να πειραματιστούν με διάφορες ουσίες, καθώς λόγω του χαμηλού κόστους και της ευρείας διαθεσιμότητας τους, μπορούν να τα προμηθευτούν με μεγάλη ευκολία. Τα νεαρά άτομα αρχίζουν συνήθως τη χρήση ουσιών σε ηλικία 15 ή 16 ετών, καπνίζοντας χασίς, πίνοντας αλκοόλ ή παίρνοντας χάπια. Ένας σημαντικά μεγάλος αριθμός από τα παιδιά αυτά δε θα σταματήσει στην απλή δοκιμή εθιστικών ουσιών, αλλά θα εισάγει τελικά στη ζωή του τη χρήση ουσιών, για να καταλήξει αργότερα στην πολυτοξικομανία .[11]

Το φαινόμενο της ουσιοεξάρτησης είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό. Αρχικά πρέπει να αποσαφηνίσουμε τι εννοούμε χρησιμοποιώντας τη φράση «χρήστης ψυχοδραστικών ουσιών». Η έννοια «χρήστης» χρησιμοποιείται με πολλούς τρόπους και περιλαμβάνει πολλές πληθυσμιακές κατηγορίες, όπως έφηβους περιστασιακούς χρήστες, χρόνια εξαρτημένους, έγκλειστους σε σωφρονιστικά καταστήματα αλλά και άτομα που χρησιμοποιούν τις ουσίες για καθαρά ψυχαγωγικούς λόγους. Η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα των σύγχρονων κοινωνιών και οι εξηγήσεις που έχουν δοθεί για την αιτιολογία της τοξικοεξάρτησης είναι πολλές και ενίοτε αλληλοσυγκρουόμενες.

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχουν βιολογικοί (γενετικοί) και περιβαλλοντικοί (οικογενειακοί, σχολικοί, κοινωνικοί, κ.λπ.) παράγοντες που επιδρούν στη συμπεριφορά του ατόμου και άρα ευθύνονται σε σημαντικό βαθμό και για την εκδήλωση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης. Παράλληλα, κάποιοι διερευνούν το ρόλο των νευροδιαβιβαστών (π.χ. ντοπαμίνη) που σχετίζονται με την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και με ποιον μηχανισμό προκαλούν την εκδήλωση μορφών εξάρτησης, όπως για παράδειγμα τον αλκοολισμό.

Στον τομέα των ψυχολογικών παραγόντων έχουν δοθεί διάφορες ερμηνείες για την ουσιοεξάρτηση από ερευνητές διεθνώς, οι οποίες βοηθούν στην κατανόηση του φαινομένου και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η κατάχρηση ουσιών είναι αποτέλεσμα μιας περίπλοκης αλληλεπίδρασης και ενός συνδυασμού ψυχολογικών, κοινωνικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.[12]

Η πορεία κάθε ατόμου στη χρήση αλλά και οι συνθήκες χρήσης, διαφοροποιούνται τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και μεταξύ των εξαρτημένων ατόμων

κατά τη διάρκεια του χρόνου. Για το λόγο αυτό, κάθε περίπτωση χρήσης ουσιών ή εξάρτησης είναι πρέπει να αντιμετωπίζεται από τους επαγγελματίες του χώρου της ουσιοεξάρτησης και των εμπλεκόμενων φορέων (θεραπευτικά προγράμματα, δημόσια υγεία, δικαιοσύνη, κ.λπ.) ως μοναδική και προσαρμοσμένη ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του εξαρτημένου ατόμου. Παρακάτω περιγράφονται αιτιολογικοί παράγοντες που οδηγούν στην ουσιοεξάρτηση, όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες και μελέτες, οι οποίοι αποτελούν σημαντικά εργαλεία για τη θεραπεία της εξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες.

2.2. Αιτιολογικοί παράγοντες στην ουσιοεξάρτηση

Το πρόβλημα της κατάχρησης ουσιών αποτελεί διεθνώς ένα από τα πλέον πολύπλοκα και δυσεπίλυτα προβλήματα, τα οποία πρέπει να αντιμετωπίσουν οι σύγχρονες κοινωνίες. Μπορεί η καταπολέμηση του φαινομένου των ναρκωτικών να είναι δύσκολη και χρονοβόρα, παρόλα αυτά μια ολιστική και σε βάθος θεραπευτική αντιμετώπιση σε πολλά επίπεδα (ατομικό, ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό), μπορεί να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα.

Αρχικά, είναι σημαντικό να ορίσουμε πότε η χρήση μιας ουσίας είναι προβληματική, με αποτέλεσμα να απορρέουν από αυτή μια σωρεία αρνητικών, τόσο για το άτομο όσο και την κοινωνία, συμπεριφορών. Τα διαγνωστικά κριτήρια, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Διανοητικών Διαταραχών (DSM), για την εξάρτηση του ατόμου από ψυχοτρόπες ουσίες, περιγράφονται παρακάτω:

- ✓ Επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών με συνέπεια την αποτυχία να εκπληρώσει το άτομο σημαντικές υποχρεώσεις στην εργασία, το σχολείο, ή το σπίτι (π.χ., επαναλαμβανόμενες απουσίες ή κακή απόδοση εργασίας) σχετιζόμενες με τη χρήση ουσιών.
- ✓ Επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών σε καταστάσεις στις οποίες είναι εξαιρετικά επικίνδυνο (π.χ., οδηγώντας ένα αυτοκίνητο).
- ✓ Σχετιζόμενα με τη χρήση ουσιών νομικά προβλήματα (π.χ., συλλήψεις για την ουσία, παραβατική συμπεριφορά).

- ✓ Επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών παρά την επιδείνωση κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούν τα αποτελέσματα της χρήσης ουσιών.
- ✓ Λήψη μεγάλων δόσεων της ουσίας για σημαντικά μεγάλο χρονικό διάστημα
- ✓ Εμφάνιση ανοχής στην ουσία.
- ✓ Εκδήλωση στερητικού συνδρόμου μετά από μείωση ή διακοπή της ουσίας
- ✓ Έκπτωση σε επαγγελματικούς, ψυχαγωγικούς και κοινωνικούς τομείς του ατόμου, λόγω της χρήσης της ουσίας
- ✓ Αδυναμία του ατόμου να ελαττώσει ή να διακόψει την χρήση της ουσίας.

Παράλληλα, οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την χρήση ουσιών και συντελούν στην εγκατάσταση της εξάρτησης ως τρόπου ζωής στα άτομα, είναι πολυδιάστατοι και επηρεάζονται από πολλές μεταβλητές: γενετικοί – βιολογικοί, οικογενειακοί, σχολικοί και επιρροή ομότιμων, καθώς και διάφορες κοινωνικές συνθήκες.

Για την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης καθώς και για την εύρεση των αιτιολογικών παραγόντων που οφείλονται για την εκδήλωση του φαινομένου, ασχολούνται πολλοί ερευνητές τις τελευταίες δεκαετίες. Στόχος των ερευνών είναι να απαντήσουν σε ερωτήματα που συνδέονται με την χρήση ουσιών όπως, αν το φαινόμενο είναι χαρακτηριστικό της οικογένειας που ζει και μεγαλώνει το άτομο, αν υπάρχει κληρονομικός κίνδυνος εμφάνισης του φαινομένου, αν ναι με ποιους μηχανισμούς κληρονομείται στις επόμενες γενιές, κ.λπ.. Άλλα πάλι ερωτήματα με τα οποία ασχολούνται διάφοροι ερευνητές, αφορούν σε ποιον βαθμό επηρεάζουν και συμβάλλουν στην εκδήλωση του φαινομένου των ναρκωτικών διάφοροι περιβαλλοντικοί (οικογένεια, σχολείο, ομότιμοι) και κοινωνικοί παράγοντες (ανεργία, βία, εγκληματικότητα).

Παρακάτω περιγράφονται αιτιολογικοί παράγοντες οι οποίοι, σύμφωνα με μελέτες, επιδρούν σημαντικά στην εκδήλωση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης στα άτομα, με στόχο την καλύτερη κατανόηση του φαινομένου των ναρκωτικών, αλλά και την αντιμετώπιση σωρείας προβλημάτων που απορρέουν τόσο από την ίδια την χρήση ουσιών (π.χ. μολυσματικές νόσοι), όσο από τις προβληματικές συμπεριφορές που αναπτύσσει το εξαρτημένο άτομο (π.χ. βία, παραβατικές δραστηριότητες). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, η κατανόηση των μηχανισμών και

των αιτιών που οδηγούν τα άτομα στην εγκατάσταση της ουσιοεξάρτησης ως τρόπου ζωής, οδηγεί στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων μεθόδων αντιμετώπισης και θεραπείας του προβλήματος των ναρκωτικών.

2.2.1. Γενετικοί παράγοντες

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχουν βιολογικοί (γενετικοί-αναπτυξιακοί) παράγοντες που επιδρούν στη συμπεριφορά του ατόμου, και μπορούν να οδηγήσουν τα άτομα στην εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες. Σύμφωνα με μελέτες σε δίδυμα παιδιά αλκοολικών γονέων που υιοθετήθηκαν σε μικρή ηλικία από ανάδοχες οικογένειες χωρίς πρόβλημα με αλκοόλ, ένα ποσοστό των παιδιών ανέπτυξε μελλοντικά πρόβλημα εξάρτησης. Παρόλο που, δεν έχουν απομονωθεί κάποια γονίδια τα οποία να αποδεικνύεται ότι σχετίζονται άμεσα με την εγκαθίδρυση της τοξικοεξάρτησης, υπάρχουν όμως, αρκετές ενδείξεις – σύμφωνα με τους ερευνητές - ότι οι πιθανότητες να εμπλακεί κάποιος με τις ουσίες είναι αυξημένες, όταν οι βιολογικοί του γονείς είχαν επίσης πρόβλημα κατάχρησης ουσιών.

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με έρευνες, οι γενετικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του αλκοολισμού, επομένως είναι λογική και η υπόθεση ότι διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο και στην εμφάνιση της κατάχρησης άλλων ουσιών. Εξάλλου, το ποσοστό παράλληλης εμφάνισης αλκοολισμού και τοξικοεξάρτησης είναι ιδιαίτερος υψηλό, καθώς κυμαίνεται από το ελάχιστο 30% ως το μέγιστο 51%, όπου τοξικοεξαρτημένα άτομα κάνουν παράλληλη κατάχρηση αλκοόλ ή είναι εξαρτημένα από αυτό, ενώ συγγενείς αλκοολικών έχουν συχνά προβλήματα κατάχρησης άλλων ουσιών ή και το αντίθετο.[13]

Κάποιες μελέτες επίσης, παρουσιάζουν ότι ένα ποσοστό 50% των τοξικοεξαρτημένων έχουν συγγενείς πρώτου ή δευτέρου βαθμού με διάγνωση αλκοολισμού, ενώ άλλες δείχνουν ότι η κατάχρηση ουσιών, ο αλκοολισμός, η κατάθλιψη και η αντικοινωνική συμπεριφορά είναι ιδιαίτερα αυξημένες στα αδέρφια εξαρτημένων. Παράλληλα, η διεξαγωγή ερευνών αποκλειστικά σε υιοθετημένα παιδιά, τα οποία είχαν αποχωριστεί τους βιολογικούς τους γονείς αμέσως μετά τη γέννησή τους, δείχνουν ότι η κατάχρηση ουσιών σχετίζεται άμεσα με την αντικοινωνική συμπεριφορά την οποία παρουσίαζαν οι βιολογικοί τους γονείς. Επιπλέον, τα προβλήματα χρήσης αλκοόλ στους βιολογικούς γονείς αποτελούν

βασικό παράγοντα πρόβλεψης της κατάχρησης ουσιών ακόμα και σε υιοθετημένα παιδιά, τα οποία δεν έχουν στοιχεία αντικοινωνικής προσωπικότητας.[14]

Ιδιαίτερα σημαντική είναι επίσης η «μελέτη διδύμων για την κατάχρηση ουσιών» που πραγματοποίησε το 2001, το Ίδρυμα Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας και Γενετικής του Χάρβαρντ σε συνεργασία με τα μέλη του «Μητρικού Διδύμων της εποχής του Βιετνάμ». Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε περισσότερους από 8.000 διδύμους άνδρες που υπηρέτησαν στο στρατό των Ηνωμένων Πολιτειών μεταξύ των ετών 1965 και 1975, και στη συνέχεια ερωτήθηκαν σε συνέντευξη για τη χρήση νόμιμων (νικοτίνη, αλκοόλ) και παράνομων ουσιών (μαριχουάνα, ηρωίνη/οπιούχα, κατασταλτικά, διεγερτικά, διεγερτικά).

Γενικά, οι μελέτες διδύμων είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για τη μελέτη της ουσιοεξάρτησης και για τη διερεύνηση του ρόλου των γονιδίων σε αυτήν, καθώς οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι έχουν 100% κοινά γονίδια και οι διζυγωτικοί έχουν κοινό, κατά μέσο όρο, το 50% των γονιδίων τους. Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας δείχνουν μεταξύ άλλων ότι, η κατάχρηση ποικίλων παράνομων φαρμακευτικών ουσιών, μπορεί να συνδέεται με μια ευαλωτότητα του ατόμου ως προς την κατάχρηση μιας συγκεκριμένης ουσίας, η οποία επηρεάζεται σημαντικά από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Επιπλέον, σύμφωνα με τη μελέτη, πρόσθετες γενετικές επιδράσεις σε επίπεδο προσωπικότητας, όπως το να είναι κάποιος «ανοιχτός» σε νέες εμπειρίες, η ρύθμιση των συναισθημάτων ενός ατόμου, η δυσανοχή στην ανία, η αποφυγή βλάβης, κ.λπ., επηρεάζουν τη διακύμανση της χρήσης σε κάθε άτομο. Ακόμη, οι γενετικά επηρεαζόμενες πλευρές της ανθρώπινης φυσιολογίας, όπως ο μεταβολισμός και οι ρυθμοί απορρόφησης των διαφόρων ουσιών, είναι δυνατό να επηρεάζουν και αυτοί την ευαλωτότητα ενός ατόμου απέναντι στη χρήση φαρμακευτικών ουσιών. Επίσης, με βάση τη μελέτη αυτή φαίνεται ότι οι υποκειμενικές (θετικά ή αρνητικά) επιδράσεις της ουσίας για παράδειγμα της μαριχουάνας σε ένα άτομο, είναι κληρονομήσιμες. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη δείχνει ότι οι υποκειμενικές επιδράσεις μπορεί να αποτελούν συστατικό των μηχανισμών με τον οποίο τα γονίδια επηρεάζουν τη χρήση μαριχουάνας στα άτομα.[15]

Σύμφωνα με μια άλλη μελέτη που πραγματοποίησε το Ίδρυμα Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας και Γενετικής του Χάρβαρντ, προκύπτει ότι ένας υψηλός βαθμός

ευαιωτότητας αναφορικά με την εξάρτηση από τα οπιοειδή και την κοκαΐνη, είναι κληρονομήσιμος. Βέβαια είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονίσουμε ο εθισμός ενός ατόμου σε μια ουσία είναι μια νοσηρή κατάσταση, η οποία για την εξήγησή της χρειάζονται να ληφθούν υπόψη οι αλληλεπιδράσεις που υφίστανται μεταξύ των γονιδίων και του περιβάλλοντος.

Αναφορικά με τη γενετική προδιάθεση, αξίζει να σημειωθεί ότι, πολύ πιθανά προκύπτει από τη συνδυασμένη επίδραση αρκετών γονιδίων και όχι κάποιου μοναδικού γονιδίου. Πιο συγκεκριμένα, σε μελέτη που αξιολόγησε 231 δείκτες σε εξαρτημένους από το αλκοόλ, τα οπιοειδή, την κοκαΐνη ή την κάνναβη και 61 μάρτυρες, μαζί με 1267 ενήλικες συγγενείς πρώτου βαθμού και των δυο ομάδων, προκύπτουν σημαντικά συμπεράσματα. Πιο αναλυτικά, το ποσοστό εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες μεταξύ των συγγενών των εξαρτημένων από οπιοειδή ήταν 20,5%, από κοκαΐνη 14,9% και από κάνναβη 21,3%, ενώ το ποσοστό εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες μεταξύ των συγγενών των μαρτύρων ήταν μόλις 3,5%. Συνολικά η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε οκταπλάσιο κίνδυνο εθισμού μεταξύ των συγγενών των εξαρτημένων ατόμων, καθώς επίσης και ότι η κυρίαρχη ουσία εξάρτησης (οπιοειδή) είχε οικογενή εμφάνιση (familial).

Παρόλο βέβαια που, η μελέτη αυτή αποδεικνύει ότι ο εθισμός είναι κληρονομικός, δεν μπορεί όμως να εξακριβώσει σε ποιο βαθμό η οικογενής μεταβίβαση (familial transmission) απορρέει από τα γονίδια του ατόμου και σε ποιο βαθμό επηρεάζεται από το μοιραζόμενο περιβάλλον (shared environment) στο οποίο ζουν τα άτομα.[16] Γενικά οι μελέτες για τον γενετικό καθορισμό του εθισμού σε ουσίες περιλαμβάνουν μελέτες οικογενειών, μελέτες υιοθεσίας και μελέτες διδύμων ατόμων. Τα τελευταία χρόνια πολυάριθμες γενετικές επιδημιολογικές μελέτες καταλήγουν σε ασφαλή συμπεράσματα στο ότι η κληρονομησιμότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση διαταραχών που σχετίζονται με τον εθισμό από ουσίες (addictive disorders).[17]

2.2.2. Ο ρόλος των νευροδιαβιβαστών

Οι ενδογενείς νευροδιαβιβαστικές ουσίες επιδρούν στην εγκεφαλική λειτουργία και γενικότερα στην συμπεριφορά των ατόμων, τόσο σε φυσιολογικές συνθήκες όσο και κατά την διάρκεια εγκεφαλικών δυσλειτουργιών. Αρκετές μελέτες,

που έχουν πραγματοποιηθεί τόσο σε πειραματόζωα όσο και στον άνθρωπο, έχουν δείξει ότι οι εξαρτησιογόνες ουσίες επιδρούν και ενεργοποιούν τα εγκεφαλικά συστήματα ανταμοιβής, αυτά δηλαδή που διαμεσολαβούν για να βιώσει κάποιος ηδονή-ευχαρίστηση. Πιο συγκεκριμένα, η λήψη εθιστικών ουσιών αυξάνει την απελευθέρωση ενδογενών ουσιών του εγκεφάλου, οι οποίες, επηρεάζουν την ψυχική διάθεση και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Παράλληλα, μια άλλη ομάδα νευροδιαβιβαστών (ενδορφίνες – εγκεφαλίνες), είναι παρόμοιες με τα οπιοειδή και επηρεάζουν τις αισθήσεις του ατόμου σχετικά με τον πόνο και την ευχαρίστηση. Πιο συγκεκριμένα, έχουν ισχυρή αναλγητική δράση και παράγονται αυτόματα ως απάντηση του οργανισμού σε επώδυνα ή αγχογόνα συναισθήματα, ενώ συνδεδεμένες με ειδικούς νευροποδοχείς μπλοκάρουν το μήνυμα του πόνου στο νευρικό σύστημα.[18] Επίσης, οι υποδοχείς ντοπαμίνης επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου που σχετίζεται με την «επιδίωξη της ευχαρίστησης», καθώς επίσης και με την παρορμητική επιθετική συμπεριφορά. Η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη ακόμη, επηρεάζουν το λεγόμενο «σύστημα ανταμοιβής» του εγκεφάλου (brain reward system).

Πιο συγκεκριμένα, το λεγόμενο «σύστημα ανταμοιβής», συμμετέχει στην επιδίωξη της ευχαρίστησης και της ευφορίας, στην επιβίωση και τη διαίωσιση των ειδών και επιπλέον, ευθύνεται για τη λήψη φαρμακευτικών ουσιών και τον εθισμό. Ορισμένοι ερευνητές, διατυπώνουν την υπόθεση ότι, οι μηχανισμοί που συμμετέχουν στο «σύστημα ανταμοιβής» του εγκεφάλου, είναι οι ίδιοι μηχανισμοί του εγκεφάλου που επηρεάζονται από τη λήψη εξαρτησιογόνων ουσιών.[19] Η χρήση φαρμακευτικών ουσιών μπορεί να προκαλέσει ανοχή, εξάρτηση, εθισμό ή απόσυρση. Η ανοχή είναι ένας από τους αντισταθμιστικούς μηχανισμούς του εγκεφάλου που μειώνουν βαθμιαία την επίδραση των φαρμάκων, και επομένως απαιτείται διαρκώς η λήψη μεγαλύτερης ποσότητας για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.[20]

Ορισμένοι ερευνητές διατυπώνουν την υπόθεση ότι, σε ορισμένα άτομα το σύστημα αυτό των ενδορφινών δυσλειτουργεί, με αποτέλεσμα να καταφεύγουν τα άτομα αυτά στη χρήση οπιοειδών για να μπορέσουν να «ισορροπήσουν». Πιο αναλυτικά, στα άτομα που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, παρατηρείται ότι η ηρωίνη και τα άλλα οπιοειδή αντικαθιστούν τις ενδορφίνες στους υποδοχείς του εγκεφάλου του ατόμου που λαμβάνει τις ουσίες αυτές. Η διακοπή της χρήσης των

οπιοειδών και της ηρωίνης, όμως, προκαλεί στο νευρικό σύστημα μια δυσλειτουργία, η οποία επηρεάζει τον οργανισμό σωματικά και ψυχολογικά. Πιο συγκεκριμένα το άτομο βιώνει έντονο συναισθηματικό άγχος, φοβίες, σε επίπεδο ψυχολογικό, ενώ σε επίπεδο σωματικό παρατηρούνται μυαλγίες, αρθραλγίες εφιδρώσεις, συνάχι, διάρροιες και έμετοι, εικόνα δηλαδή «στερητικού συνδρόμου». Τα παραπάνω συμπτώματα υποχωρούν μετά την πάροδο λίγων ημερών, μέχρι οι νευροδιαβιβαστές να αποκτήσουν την ισορροπία τους μετά τη διακοπή λήψης οπιοειδών.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονίσουμε ότι, σε περιπτώσεις χρόνιας συστηματικής κατάχρησης μεγάλων ποσοτήτων, είναι δυνατόν να εγκατασταθούν ορισμένες δύσκολα αναστρέψιμες νευροπροσαρμογές. Αυτό το συμπέρασμα ερμηνεύει -σύμφωνα με έρευνες- και παρέχει θεωρητική τεκμηρίωση, για την ανάγκη λήψης εξωγενώς οπιούχων (ηρωίνη, μεθαδόνη, βουπρενορφίνη, κ.ά.) στα εξαρτημένα άτομα, είτε μέσω οργανωμένων θεραπευτικών προγραμμάτων είτε μέσω της μαύρης αγοράς.[21]

Οι μελέτες δείχνουν επίσης, ότι υπάρχει κάποια κληρονομική βάση στην κατάχρηση ουσιών, αλλά ο βαθμός της γενετικής επίδρασης δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί επαρκώς, ενώ είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι γενετικοί παράγοντες δεν έχουν τον ίδιο βαθμό κρισιμότητας σε όλα τα άτομα.. Σύμφωνα με τους ερευνητές ο ρόλος των γονιδίων στην ουσιοεξάρτηση αφορά κυρίως τις τροποποιήσεις στη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα την εκδήλωση ενός φάσματος συναισθηματικών διαταραχών, διαταραχών άγχους και ποικίλων διαταραχών που σχετίζονται με την εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες.[22]

2.2.3. Ψυχολογικοί παράγοντες

Σχετικά με την ερμηνεία του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης έχουν ασχοληθεί πολλοί ερευνητές, οι οποίοι προσπαθούν να ερμηνεύσουν και να αποσαφηνίσουν τις αιτίες εκδήλωσής του. Οι ψυχολογικοί παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση του φαινομένου είναι ποικίλοι και συνήθως περιλαμβάνουν τις εσωτερικές διεργασίες (σκέψεις, συναισθήματα), τα χαρακτηριστικά συμπεριφορών που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών (αναζήτηση της ουσίας), αλλά και τις διαπροσωπικές κοινωνικές δεξιότητες που χαρακτηρίζουν το άτομο.

Πιο συγκεκριμένα οι βασικοί προδιαθεσικοί παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωση του φαινομένου είναι οι εξής:

- Διανοητική ικανότητα
- Ενσυναίσθηση, διορατικότητα, ικανότητα διαχείρισης συναισθημάτων,
- Προσωπικό σύστημα κανόνων – αξιών
- Αυτοεκτίμηση, αυτοσεβασμός, αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας
- Δεξιότητες επικοινωνίας
- Ικανότητα προσαρμογής
- Δεξιότητες προγραμματισμού και επίλυσης προβλημάτων
- Ικανότητα λήψης αποφάσεων και αντίστασης σε αρνητικές επιρροές
- Θετικές και αρνητικές εμπειρίες ζωής
- Συμπεριφορές, αξίες και αντιλήψεις σχετικά με τη χρήση ουσιών [23]

Αξίζει να αναφέρουμε ότι, υπάρχουν πολλές απόψεις για τις αιτίες που οδηγούν τα άτομα στη χρήση ουσιών, ανάλογα με τις διάφορες θεωρητικές σχολές (ψυχαναλυτική, συμπεριφορική, κ.λπ.). Πιο συγκεκριμένα, ορισμένοι εκπρόσωποι της ψυχαναλυτικής σχολής, αποδίδουν την χρήση των ναρκωτικών σε τραυματικές εμπειρίες των ατόμων στην πρώιμη παιδική τους ηλικία. Συγκεκριμένα, ο Wurmser διατυπώνει το 1984 τη θεωρία ότι, η ουσιοεξάρτηση έχει τις ρίζες της στα παιδικά τραύματα και αναφέρεται ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου το παιδί εκτίθεται σε ασυνήθιστα νοσηρές καταστάσεις βίας, σεξουαλικής κακοποίησης, εγκατάλειψης, σκληρότητας, ψεύδους, προδοσίας, κ.λπ.. Επίσης, τέτοια γεγονότα έρχονται να δημιουργήσουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή έντονες συναισθηματικές εσωτερικές συγκρούσεις και άγχος, ενώ παράλληλα τα άτομα αποστρέφονται κάθε μορφή εξουσίας και εκδηλώνουν πολλές μορφές επαναστατικότητας.

Άλλες μελέτες που διενεργήθηκαν σε εφήβους έδειξαν ότι, οι έφηβοι με πρόβλημα κατάχρησης αλκοόλ είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση σε ποσοστό που έφθανε το 32% για τις γυναίκες και το 39% για τους άνδρες, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά σε μια ομάδα μη χρηστών ήταν 5% για τις γυναίκες και 3% για τους άνδρες. Παρόμοια στοιχεία προκύπτουν και από άλλες έρευνες, όπου τα περιστατικά σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης μεταξύ των ατόμων που έχουν πρόβλημα κατάχρησης ουσιών είναι από 2 έως και 5 φορές περισσότερα από ότι για τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν πρόβλημα κατάχρησης. Επίσης, ποιοτική μελέτη που

διενεργήθηκε στην Ελλάδα σε γυναίκες χρήτριες ουσιών έδειξε ότι, σε ποσοστό 20% οι γυναίκες έκαναν χρήση μαζί με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους, ενώ ποσοστό 80% των γυναικών εγκατέλειψε την οικογένειά τους σε ηλικία 14-18 ετών, αφού είχε ήδη υποστεί σεξουαλική κακοποίηση.

Η χρήση ουσιών αποτελεί για τα άτομα το μέσο αποφυγής των αρνητικών συναισθημάτων και καταστάσεων που βιώνουν στην πορεία της ζωής τους και αδυνατούν να διαχειριστούν με τρόπο υπεύθυνο, λειτουργικό και αποτελεσματικό. Επίσης ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο παίζει το είδος της ουσίας που χρησιμοποιεί το κάθε άτομο, καθώς οι χρήστες ηρωίνης αναζητούν την ηρεμιστική δράση της ουσίας ως ανακούφιση στην επιθετικότητα που αισθάνονται, ενώ οι χρήστες κοκαΐνης χαρακτηρίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από προϋπάρχουσα χρόνια κατάθλιψη την οποία προσπαθούν να αντιμετωπίσουν.[24]

2.2.4. Ιδιοσυγκρασία

Σχετικά με την προσωπικότητα κάθε ατόμου έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες, αναφορικά δε με την χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αναφέρουμε παρακάτω ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά που παρατηρούνται στα εξαρτημένα άτομα. Πιο αναλυτικά, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συχνά συναντούμε σε εξαρτημένα άτομα είναι το άγχος, η κατάθλιψη και η ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση, καθώς αποτελούν ελλειμματικές ψυχικά προσωπικότητες που δεν έχουν κατορθώσει να αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας και δυσκολεύονται να διαμορφώσουν υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Παράλληλα, τα άτομα εμφανίζουν μια έλλειψη τάσης συμμόρφωσης σε κανόνες και τείνουν να «σπάνε» και να ξεπερνούν τα όρια, είναι συναισθηματικά ασταθή και ευμετάβλητα, ενώ είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική η δυσκολία τους να ελέγχουν τις παρορμήσεις τους. [25]

Αρκετοί ερευνητές αναφέρονται στο θέμα της ιδιοσυγκρασίας (temperament), η οποία αφορά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου, τη νοητική του υπόσταση και τη δημιουργία ενός συγκεκριμένου τύπου προσωπικότητας. Παράλληλα, η ιδιοσυγκρασία έχει συνδεθεί με γενετικούς παράγοντες, στους οποίους σύμφωνα με κάποιους μελετητές οφείλεται το 40% έως 60% της προσωπικότητας του ατόμου, αλλά και με επιδράσεις που επιδέχεται το άτομο στην πρώιμη παιδική του ηλικία. Αξίζει να τονίσουμε ότι, ενώ τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας εμφανίζουν

σχετική σταθερότητα στο χρόνο και στις συνθήκες, ωστόσο είναι δυνατόν να επηρεαστούν από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Σύμφωνα πάλι με κάποιες μελέτες, έφηβοι που κάνουν κατάχρηση ουσιών, και ιδιαίτερα καπνού, αλκοόλ, μαριχουάνας και οπιούχων, εμφανίζουν στην παιδική ηλικία συμπτώματα του συνδρόμου της «δύσκολης ιδιοσυγκρασίας». Πιο συγκεκριμένα, ως σύνδρομο της «δύσκολης ιδιοσυγκρασίας» ορίζουμε την συμπεριφορά ενός παιδιού, η οποία χαρακτηρίζεται από κακή διάθεση, δυσκολίες προσαρμογής σε νέες καταστάσεις, έλλειψη συγκέντρωσης, έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις σε ερεθίσματα και διαταραχές σε βασικές βιολογικές λειτουργίες όπως είναι η διατροφή και ο ύπνος.

Επίσης, η υπερκινητικότητα και η ελλειμματική προσοχή στην παιδική ηλικία έχουν συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών στην εφηβεία. Η περίοδος της εφηβείας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εξέλιξη του ατόμου, στη διάρκεια της οποίας το άτομο προσπαθεί να βρει την ταυτότητά του, να κατανοήσει τον κόσμο γύρω του και να προσαρμοστεί σε αυτόν. Αξίζει να τονίσουμε ότι, κατά τη διάρκεια της εφηβείας ενεργοποιούνται διάφοροι μηχανισμοί με στόχο την προσαρμογή του ατόμου στις αναπτυξιακές απαιτήσεις, ενώ διάφοροι ψυχολογικοί και γνωστικοί παράγοντες επιδρούν στη διαδικασία απόκτησης της νέας ταυτότητας του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, οι παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην αναπτυξιακή διαδικασία του ατόμου είναι οι εξής:

- η ψυχολογική πίεση,
- η (μη) αυτοεκτίμηση,
- η (μη) αυτοαποτελεσματικότητα και η (μη) ματαίωση των προσδοκιών,

οι οποίοι συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την εκδήλωση προβληματικών συμπεριφορών.

Μια άλλη έννοια που χρησιμοποιείται συχνά και έχει συνδεθεί με συγκεκριμένες δραστηριότητες στις οποίες το άτομο καλείται να ανταποκριθεί, είναι η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας. Πιο αναλυτικά, η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζει τα άτομα σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής τους, καθώς σχετίζεται με την πεποίθηση του ατόμου ότι διαθέτει τις απαραίτητες ικανότητες ώστε να μπορεί να αλλάξει μια βλαπτική για την υγεία του συμπεριφορά (π.χ. διακοπή του καπνίσματος), εφόσον το επιθυμεί. Στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας έχει ιδιαίτερη αξία, καθώς

συμβάλλει στην πρόληψη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και στην απεξάρτηση, αλλά και στη συντήρηση της αποχής από τη χρήση ουσιών και την πρόληψη της υποτροπής.[26]

Μια άλλη έννοια ιδιαίτερα σημαντική, που καλείται να αντιμετωπίσει ο επαγγελματίας στο χώρο των εξαρτήσεων είναι αυτή της συννοσηρότητας, καθώς η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών μπορεί να συμβάλλει στην εκδήλωση ή την επιδείνωση της χρήσης ουσιών. Πιο συγκεκριμένα, η συννοσηρότητα ορίστηκε το 1995 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ως «η συνύπαρξη στο ίδιο άτομο μιας διαταραχής οφειλόμενης στη χρήση ψυχοδραστικής ουσίας και μιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής».

Η αξιολόγηση της συννοσηρότητας στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς θα οδηγήσει σε διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση του ατόμου, αφού εκτός από τη χρήση απαιτείται θεραπεία και για τη ψυχική διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, η αμερικανική επιδημιολογική έρευνα για το αλκοόλ και τις συναφείς καταστάσεις (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), καθορίζει με σαφήνεια τη σχέση ανάμεσα στις διαταραχές λόγω χρήσης ναρκωτικών και τις διαταραχές της προσωπικότητας, λαμβάνοντας υπόψη ότι περίπου οι μισοί από τους χρήστες ναρκωτικών πάσχουν από μία τουλάχιστον διαταραχή της προσωπικότητας.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι, στα δείγματα των εξαρτημένων από ναρκωτικά ασθενών που μελετήθηκαν, οι διαταραχές της προσωπικότητας (50-90 %) αποτελούν την κυρίαρχη μορφή συννοσηρότητας, και ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά οι συναισθηματικές διαταραχές (20-60 %) και οι ψυχωτικές διαταραχές (15-20 %). Αναφορικά με τα ευρωπαϊκά δεδομένα που είναι διαθέσιμα, προκύπτει ότι, το 14-96 % των περιπτώσεων παρουσιάζει διαταραχές της προσωπικότητας, με κυρίαρχες μορφές τις αντικοινωνικές και τις οριακές διαταραχές, ενώ η κατάθλιψη αφορά το 5-72 % των περιπτώσεων και οι αγχώδεις διαταραχές το 4-32 % των περιπτώσεων. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τις πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι, η ψυχοπαθολογία συνήθως προηγείται της χρήσης ναρκωτικών. Παράλληλα, στις περιπτώσεις πρώιμης έναρξης της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, αλλά και μακροχρόνιας συνεχούς χρήσης, η πρόγνωση των ψυχιατρικών προβλημάτων τείνει να επιδεινώνεται.

Λόγω της αλληλεπίδρασης και της μερικής ή ολικής επικάλυψης των παραπάνω συνδρόμων, σε ένα εξαρτημένο άτομο, μπορεί να συνυπάρχουν εκτός τις συνδεόμενες με τις ουσίες διαταραχές μια ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές.[27]

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σε εξαρτημένα άτομα πρέπει να έχουν χαρακτήρα ολιστικό και να λαμβάνουν υπόψη όλα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, ώστε να σχεδιάζεται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η πορεία απεξάρτησης του ατόμου. Σε περιπτώσεις εξαρτημένων ατόμων με συννοσηρότητα απαιτείται πολυεπιστημονική θεραπευτική προσέγγιση, η οποία να στοχεύει όχι μόνο στην αντιμετώπιση της εξάρτησης, αλλά και στην θεραπεία-αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής από την οποία πάσχει το άτομο. Με ολιστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις επιτυγχάνονται καλύτερα αποτελέσματα σε συντομότερο διάστημα, με αποτέλεσμα να ανακουφίζονται όχι μόνο τα πάσχοντα άτομα αλλά και η κοινωνία στο σύνολό της.

2.2.5. Ο ρόλος της οικογένειας

Διάφοροι οικογενειακοί παράγοντες τόσο στην παιδική όσο και την εφηβική ηλικία, είναι ιδιαίτερα σημαντικοί στην εκδήλωση διαταραχής χρήσης ουσιών. Πιο συγκεκριμένα, προβλήματα μέσα στην οικογένεια όπως οικονομική δυσπραγία, ανεργία, διαμονή σε τόπο με αναταραχές και εγκληματικότητα, έλλειψη σταθερότητας και συγκρούσεις μεταξύ των μελών, αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες για την εκδήλωση χρήσης ουσιών. Επιπλέον, σε διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις όπου οι γονείς αδυνατούν είτε να θέσουν όρια στα παιδιά τους είτε να θέσουν ξεκάθαρα τις προσδοκίες τους από αυτά, προκαλούνται δυσαρμονικές καταστάσεις με αποτέλεσμα την αποδιοργάνωση των παιδιών, και την έλλειψη πειθαρχίας, επικοινωνίας και θετικής σχέσης ανάμεσα στα παιδιά και τους γονείς.[28]

Παράλληλα, η κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών από τον ένα ή και τους δύο γονείς, ή από τα μεγαλύτερα αδέρφια μπορεί να είναι καθοριστικός στην έναρξη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και αλκοόλ στην εφηβεία, καθώς σήμερα έχει αποδειχτεί η συσχέτιση της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη χρήση ουσιών μέσα από διαδικασίες μάθησης και μίμησης των πρακτικών της οικογένειας. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι η αυξημένη χρήση ουσιών από τους εφήβους συνδέεται με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών από τους γονείς, ενώ παράγοντες όπως η έλλειψη

επικοινωνίας, συναισθηματικών δεσμών, ορίων, οι ανεπίλυτες συγκρούσεις και οι αντιθέσεις μέσα στην οικογένεια, συμβάλλουν σημαντικά στην εκδήλωση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης.

Σε ποιοτική έρευνα που διενεργήθηκε ταυτόχρονα το 2001 σε τρεις ευρωπαϊκές χώρες (Ιταλία, Ελλάδα, Δανία) προκύπτει ότι, οι χρήστες ουσιών στη διάρκεια της εφηβείας τους αντιμετώπισαν κάποιο σοβαρό οικογενειακό πρόβλημα, όπως διαζύγιο γονέων, μετανάστευση, φυσική ή συναισθηματική απουσία του πατέρα, ή παρακολούθησαν περιστατικά σωματικής και λεκτικής κακοποίησης της μητέρας. Παράλληλα, οι περισσότεροι χρήστες που συμμετείχαν στην παραπάνω έρευνα ανέφεραν επίσης ότι από την παιδική τους ηλικία είχαν έρθει σε επαφή με τη χρήση ουσιών, ενώ ποσοστό 50% δήλωσε ότι έχει αδέρφια χρήστες, ή συγγενείς αλκοολικούς ή χρήστες παράνομων ουσιών.

Οι έφηβοι που μεγαλώνουν σε οικογένειες όπου οι γονείς κάνουν χρήση ουσιών, έχουν περισσότερες πιθανότητες από άλλους να υιοθετήσουν αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς, ως τρόπο ζωής, αφού αυτό διδάχτηκαν μέσα στους κόλπους της οικογένειάς τους και το έχουν ως πρότυπο για να αντιμετωπίσουν τυχόν συναισθηματικές δυσκολίες, ανησυχίες, άγχος, αδιέξοδα και διάφορα προβλήματα. Παράλληλα, σε ορισμένες οικογένειες καθώς η χρήση ουσιών αποτελεί μέρος της οικογενειακής ζωής, έχει ως αποτέλεσμα τα μέλη της να δυσκολεύονται να δεχθούν αλλαγές ή να προσαρμοστούν σε νέες καταστάσεις.

Σε πολλές περιπτώσεις πάλι, η οικογένεια χρησιμοποιεί ασυνείδητα το πρόβλημα της χρήσης ουσιών, ώστε να δώσει προσωρινές λύσεις στα διάφορα προβλήματα που την απασχολούν. Παράλληλα, η χρήση ουσιών μπορεί να αποτελεί την αιτία ή το αποτέλεσμα της οικογενειακής δυσλειτουργίας. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι, στην Ελλάδα σημαντικό ποσοστό των χρηστών ψυχοτρόπων ουσιών (32,7%) ξεκινά τη θεραπεία του λόγω οικογενειακών πιέσεων. Επομένως, είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος της οικογένειας για την προτροπή, την υποστήριξη και την ενδυνάμωση του εξαρτημένου ατόμου είτε ασκώντας πίεση στο άτομο να αναζητήσει θεραπεία είτε για υποστηρίζοντας το στη διάρκεια της θεραπευτικής πορείας του.[29]

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι το οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην έναρξη της χρήσης ουσιών στα άτομα, είτε

μέσα από ένα πλαίσιο αρνητικών συμπεριφορών όπως οι οικογενειακές συγκρούσεις, η κοινωνική απομόνωση, η χρήση ουσιών από τους γονείς, η κακοποίηση, συναισθηματική, λεκτική ή σωματική. Από την άλλη πλευρά βέβαια, η ύπαρξη θετικών, συνεχόμενων, ουσιαστικών σχέσεων μέσα στο γονεϊκό περιβάλλον, οι ρεαλιστικά υψηλές γονεϊκές προσδοκίες, η ενεργή συμμετοχή των παιδιών στη ζωή και τις υποχρεώσεις της οικογένειας, το θετικό γονεϊκό πρότυπο, η ύπαρξη ορίων και κανόνων, θα ενδυναμώσουν συναισθηματικά το άτομο, θα το βοηθήσουν να αναπτυχθεί ομαλά και να επιβιώσει στη ζωή του χωρίς την χρήση ουσιών.[30]

2.2.6. Ο ρόλος του σχολείου

Το σχολείο αποτελεί ένα μεγαλύτερο από την οικογένεια σύνολο, μέσα στο οποίο τα άτομα μόνα τους αλλά και σε ομάδες, θέτουν στόχους για την κατάκτηση των οποίων πρέπει να κοπιήσουν και να δουλέψουν τόσο ατομικά όσο και ομαδικά για να τους πετύχουν. Τα παιδιά πρέπει να παρακολουθούν τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, να εργάζονται και να οργανώνονται για να ανταποκριθούν στις καθημερινές υποχρεώσεις τους, και να μαθαίνουν μέσα από τις εκπαιδευτικές διαδικασίες και την καθοδήγηση των δασκάλων – καθηγητών, να κατακτούν τους στόχους τους και να αλληλεπιδρούν αρμονικά με τους συμμαθητές τους.

Το σχολείο αποτελεί θεμελιώδη κοινωνικό θεσμό μέσα στο πλαίσιο του οποίου διαπαιδαγωγείται ο μαθητικός πληθυσμός και παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ομαλή ανάπτυξη των ατόμων αλλά και των κοινωνιών γενικότερα, καθώς μέσα από τους κόλπους του προέρχονται οι μελλοντικοί πολίτες κάθε χώρας. Για να μπορεί το σχολείο κατορθώσει τον στόχο του, τη δημιουργία δηλαδή ωρίμων, υπεύθυνων και σκεπτόμενων ατόμων, πρέπει να κατανοεί και να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του μαθητή και να λειτουργεί υποστηρικτικά και βοηθητικά, ώστε να μπορεί να βοηθήσει έναν αδύναμο μαθητή ή έναν μαθητή με κάποιες μαθησιακές δυσκολίες.

Από την άλλη πλευρά, η αρνητική συμπεριφορά που εκφράζεται στο σχολικό περιβάλλον, η αποξένωση του σχολείου από τους μαθητές, η ύπαρξη εχθρικού κλίματος μεταξύ μαθητών και καθηγητών στο σχολείο, η έλλειψη ξεκάθαρων σχολικών κανόνων και η ύπαρξη ορίων, το βάρος του μαθητή από μια σχολική αποτυχία, μπορεί να οδηγήσει σε έναρξη της χρήσης και της κατάχρησης ουσιών.

Παράλληλα, η πρόωρη εγκατάλειψη του σχολείου σε μικρή ηλικία, το σκασιαρχείο η περιθωριοποίηση, που παρατηρείται κυρίως σε μαθητές που προέρχονται από χαμηλά οικονομικό-κοινωνικά στρώματα και από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες με διάφορες πολιτισμικές (θρησκευτικές ή γλωσσικές) ιδιαιτερότητες ή από μαθητές με μαθησιακά προβλήματα, οδηγεί σε παραβατική συμπεριφορά που συνδέεται με χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.[31]

Η χρήση και κατάχρηση ουσιών έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται με μια αρνητική συμπεριφορά, η οποία εκφράζεται και στο σχολικό περιβάλλον. Παράλληλα, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών που παρατηρείται στην περίοδο της εφηβείας, συνδέεται και με άλλου τύπου αρνητικές συμπεριφορές όπως η διακοπή από το σχολείο και η εκδήλωση παραβατικών συμπεριφορών από τα άτομα. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η αιτιολογική σχέση μεταξύ του σχολείου και την έναρξη χρήσης ουσιών από τα άτομα δεν έχει διευκρινιστεί σε μεγάλο βαθμό. Δεν είναι δηλαδή γνωστό σε ποιο βαθμό η χρήση ναρκωτικών οδηγεί σε προβληματική συμπεριφορά στο σχολείο και σε ποιο βαθμό η αδυναμία ένταξης ενός εφήβου στο σχολείο μπορεί να αποτελεί αιτία έναρξης της χρήσης ουσιών.

Μια μελέτη σε εφήβους έδειξε ότι, η κακή σχολική επίδοση και η απόρριψη του ατόμου από τους συμμαθητές του στο σχολείο, οδήγησε τα συγκεκριμένα άτομα να ενταχθούν σε ομάδες εφήβων με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, καθώς εκεί γινόντουσαν αποδεκτά. Η συμμετοχή των εφήβων σε ομάδες με παρεκκλίνοντα χαρακτηριστικά, έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα να αποκόπτονται όλο και περισσότερο από το σχολικό περιβάλλον, να κάνουν συχνές απουσίες, οι επιδόσεις τους στα μαθήματα να χειροτερεύουν και να εμπλέκονται όλο και πιο πολύ στη χρήση ουσιών. Σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος και την ευρεία διαθεσιμότητα εξαρτησιογόνων ουσιών στο σχολικό περιβάλλον, παρατηρούνται υψηλά ποσοστά χρήσης και διακίνησης ουσιών.[32] Στόχος του σχολείου πρέπει να αποτελεί η στήριξη των μαθητών, ο περιορισμός και η εξάλειψη, αν είναι δυνατόν, τη σχολική διαρροής μαθητών, καθώς είναι φαινόμενα που μπορεί να οδηγήσουν στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

2.2.7. Η πίεση των ομότιμων

Ο άνθρωπος είναι από τη φύση του κοινωνικό ον και η ανάγκη του να ανήκει και να αποτελεί μέλος κάποιας ομάδας τον διακρίνει σε όλους τους τομείς της ζωής του. Ειδικότερα, στην φάση της εφηβείας, το άτομο διανύει μια κρίσιμη για αυτό περίοδο, καθώς περνάει από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση και προσπαθεί να βρει την ταυτότητά του, να αποκτήσει φίλους και να συνάψει σχέσεις με το αντίθετο φύλλο. Σε αυτή τη φάση της ζωής του το άτομο νιώθει πολύ έντονα την ανάγκη να ανήκει σε μια ομάδα, η οποία έχει τις ίδιες αξίες και τους ίδιους στόχους με αυτό.[33] Μελέτες προοπτικής δείχνουν ότι, η χρήση ουσιών από τους ομότιμους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα επικινδυνότητας, καθώς το άτομο μπορεί να αρχίσει τη χρήση προκειμένου να γίνει αποδεκτό στην ομάδα και να αποδείξει ότι μπορεί να ανταποκριθεί στα κριτήρια που έχουν τεθεί από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.

Βέβαια, στην εκδήλωση της διαταραχής χρήσης ουσιών συντελούν και άλλοι παράγοντες (ατομικοί, οικογενειακοί, κ.λπ.), όμως η πίεση των ομότιμων θεωρείται σημαντική γιατί, σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτοί διαμορφώνουν τη στάση των μελών της ομάδας απέναντι στις ουσίες (θετική ή αρνητική), διευκολύνουν την πρόσβαση σε αυτές και σε αρκετές περιπτώσεις ενισχύουν τη συμπεριφορά της χρήσης ή της κατάχρησης. Οι ομότιμοι μπορεί να λειτουργήσουν ως πρότυπο για τον έφηβο, το οποίο μπορεί να μιμηθεί, και αν οι ομότιμοι κάνουν χρήση ουσιών, τότε το άτομο τείνει να υιοθετεί τον ίδιο τρόπο ζωής ως προς τη χρήση ουσιών.[34]

2.2.8. Οι κοινωνικές συνθήκες

Η συμπεριφορά των ατόμων αναφορικά με τη χρήση ή την κατάχρηση ουσιών, επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το ευρύτερο περιβάλλον και τις κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζουν και εξελίσσονται. Πιο συγκεκριμένα, η έλλειψη συγκεκριμένης πολιτικής ή κανόνων σε σχέση με τις ουσίες, ανεπαρκές σύστημα επιβολής του νόμου, ευρεία διαθεσιμότητα των ουσιών μέσα στο άμεσο περιβάλλον όπως: φίλοι, οικογένεια, γειτονιά, σχολείο, δρόμος, δημόσιοι χώροι, κ.λπ., αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου για την εύρεση και χρήση τόσο νόμιμων (π.χ. αλκοόλ) όσο και παράνομων ουσιών (π.χ. ηρωίνη, χάπια, κοκαΐνη, κ.λπ.).[35]

Σύμφωνα με ορισμένους μελετητές, οι κοινωνικές συνθήκες αποτελούν σημαντικό παράγοντα όχι μόνο για τη γένεση της εξάρτησης στα άτομα, αλλά και για την εκδήλωση άλλων φαινομένων, όπως οι αυτοκτονίες και η παραβατική συμπεριφορά. Παράλληλα, οι έντονες κοινωνικές αναταραχές και οι μεγάλες ανισότητες, κυρίως σε οικονομικό επίπεδο, μεταξύ των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων μπορούν να προκαλέσουν το φαινόμενο της «κοινωνικής ανομίας». Το κοινωνικό αυτό φαινόμενο εκφράζεται με κρίση των αξιών και επηρεάζει τις σχέσεις των ατόμων τόσο σε οικογενειακό όσο και κοινωνικό επίπεδο. Ο Fromm¹ αναφέρεται το 1942 στην ηθική μοναξιά που βιώνουν τα άτομα που ζουν στις σύγχρονες αναπτυγμένες κοινωνίες όπου επικρατεί ανομία. Με αυτή την έννοια η κατάχρηση ουσιών πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σύμπτωμα μιας δυσλειτουργικής κοινωνίας, η οποία οδηγεί ορισμένα μέλη της στο περιθώριο στιγματίζοντας τα.

Τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα αποτελούν μια από τις κοινωνικές ομάδες που βιώνουν τις συνέπειες του κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού. Κάθε άτομο ή ομάδα ατόμων που διαφοροποιείται κοινωνικά, θεωρείται ότι παραβιάζει τα αποδεκτά κοινωνικά πρότυπα, και δεν καλύπτει τις προσδοκίες της πλειοψηφίας ως προς τα χαρακτηριστικά που θα έπρεπε να έχει. Σύμφωνα με τον Goffman², άτομα με ιδιαιτερότητες: σωματικές, χαρακτηρισιολογικές, φυλετικές, θρησκευτικές, κ.ά., εντάσσονται σε κατηγορίες οι οποίες υφίστανται τον κοινωνικό στιγματισμό και πολύ συχνά τον κοινωνικό αποκλεισμό. Ιδιαίτερα μεγάλη έκταση του κοινωνικού προβλήματος παρατηρείται στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου τα ποσοστά ανεργίας είναι πολύ υψηλά και η περιθωριοποίηση μεγάλων κοινωνικών ομάδων αντικατοπτρίζει τις κυρίαρχες κοινωνικές συνθήκες, οι οποίες συμβάλλουν στην εμφάνιση και στο βαθμό έντασης του φαινομένου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις χώρες της Μεσογείου, της Βόρειας Ευρώπης και της Αμερικής, τόσο σε σχέση με την επικράτηση ουσιών στους εφήβους όσο και στις άλλες ηλικιακές ομάδες. Για παράδειγμα σύμφωνα με στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ, η δοκιμή κάνναβης τουλάχιστον μια φορά στη ζωή κυμαίνεται από 7- 10% στην Πορτογαλία και στη Φιλανδία, ενώ φθάνει στο 30% στο Ηνωμένο Βασίλειο και στο 36,9% στις ΗΠΑ, οι οποίες παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με οποιαδήποτε χώρα της

¹ Κοινωνικός Ψυχολόγος – Ψυχαναλυτής (1900-1980)

² 73^{ος} Πρόεδρος της Αμερικανικής Κοινωνικής Εταιρείας

Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ στην Ελλάδα τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται από 10 έως 12%. Επίσης, η προβληματική χρήση ουσιών (ενέσιμη ή μακροχρόνια συστηματική χρήση οπιούχων, κοκαΐνης ή και αμφεταμινών) καθώς και η ενέσιμη χρήση παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών.[36]

Ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα αποτελεί η διαθεσιμότητα της κάθε ουσίας και η δημιουργία κουλτούρας που «ευνοεί» τη χρήση. Όταν για παράδειγμα, μια ουσία είναι εύκολα διαθέσιμη, συνήθως αυξάνεται και η διάδοσή της. Παράλληλα, η χρήση της ουσίας από διαφορετικές κοινωνικές ομάδες καθορίζει τον τρόπο λήψης της και το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα χρησιμοποιείται. Επίσης, η αυστηρή νομοθεσία κατά της χρήσης ουσιών χωρίς αντικειμενικά κριτήρια, μπορεί να συντελέσει στη δημιουργία «παράνομων» και μη αποδεκτών κοινωνικά ομάδων, που αναγκάζονται να ζουν στο περιθώριο για να εξασφαλίσουν την ουσία. Επιπρόσθετα, η διάθεση σε υψηλές τιμές των παρανόμων ψυχοτρόπων ουσιών οδηγούν τους χρήστες, λόγω οικονομικής δυσπραγίας σε μια σειρά από παραβατικές πράξεις (κλοπές, ληστείες, κ.ά.), προκειμένου να εξασφαλίσουν χρήματα για τη δόση τους. Με αυτό τον τρόπο περιθωριοποιούνται ακόμη περισσότερο, στιγματίζονται, και η έννοια «τοξικομανής» ταυτίζεται με την έννοια «εγκληματίας». [37]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΔΙΕΘΝΩΣ

Η μάστιγα των ναρκωτικών συνιστά ένα ιδιαίτερα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα κράτη, οι κυβερνήσεις τους, οι κοινωνίες και οι πολίτες τους τόσο σε εθνικό όσο και παγκόσμιο επίπεδο. Η ραγδαία ανάπτυξη του φαινομένου των ναρκωτικών έχει ενισχυθεί τα τελευταία χρόνια από τα «ανοιχτά» σύνορα, την ελευθερία διακίνησης προσώπων, αγαθών και οικονομικών κεφαλαίων και την εκμηδένιση των γεωγραφικών αποστάσεων, στα οποία έχει οδηγήσει η παγκοσμιοποίηση. Όλα τα κράτη επηρεάζονται από το φαινόμενο αυτό, καθώς παρατηρείται συνεχής αύξηση της παγκόσμιας ζήτησης για παράνομα ναρκωτικά, ενώ πίσω από τη διακίνηση τους βρίσκονται εγκληματικές οργανώσεις που καρπώνονται τεράστια οικονομικά κέρδη. Αξίζει να αναφέρουμε ότι η Παγκόσμια Έκθεση για τα Ναρκωτικά του ΟΗΕ (2008) επισημαίνει τον κίνδυνο για την πολύ πρόσφατη άνοδο στην προσφορά ναρκωτικών.

Πιο συγκεκριμένα, το 2007 στο Αφγανιστάν σημειώθηκε ρεκόρ σε σοδειά οπίου, με συνέπεια η παγκόσμια παράνομη παραγωγή οπίου να διπλασιαστεί σε σχέση με το 2005. Βέβαια, οι περισσότερες καλλιέργειες οπίου (80%) βρίσκονται σε 5 νότιες επαρχίες της χώρας, όπου οι «Ταλιμπάν» αποκομίζουν σημαντικά κέρδη από τα ναρκωτικά, ενώ στην υπόλοιπη χώρα η καλλιέργεια οπίου είτε βρίσκεται στο τέλος της είτε μειώνεται σε χαμηλά επίπεδα. Παράλληλα, παρόμοια κατάσταση επικρατεί και στην Κολομβία, όπου η καλλιέργεια της κόκας αυξήθηκε κατά 27% το 2007, αν και παραμένει περίπου 40% χαμηλότερη από το 2000. Πιο συγκεκριμένα, η παραγωγή των φύλων της κόκας και της κοκαΐνης επικεντρώνεται κυρίως σε 10 δήμους (το 5% από τους 195 δήμους της χώρας) στους οποίους παράγεται σχεδόν η μισή ποσότητα κοκαΐνης (280 μετρικοί τόνοι) και βρίσκεται υπό τον έλεγχο ανταρτών.[38]

Επίσης, αναφορικά με την παραγωγή κάνναβης, η παγκόσμια αγορά είναι σταθερή ή ακόμη και λίγο πεσμένη. Πιο συγκεκριμένα, η παραγωγή κάνναβης υπολογίζεται ότι είναι 8% χαμηλότερη σε σχέση με το 2004, ενώ η παραγωγή χασίς υποχώρησε κατά περίπου 20% ανάμεσα στα έτη 2004 και 2006. Ωστόσο έχουν παρατηρηθεί ανησυχητικά στοιχεία όπου στο Αφγανιστάν παράγονται μεγάλες ποσότητες χασίς, πιθανώς μεγαλύτερες και από αυτές, που καλλιεργούνται στο

Μαρόκο, ενώ στα αναπτυγμένα κράτη, η παραγωγή σε κλειστό χώρο παρουσιάζει αυξητικές τάσεις, όπου το μέσο επίπεδο της ψυχότροπης ουσίας (THC) σχεδόν διπλασιάστηκε στην αγορά των ΗΠΑ μεταξύ των ετών 1996 και 2006, από το 4,6% στο 8,8%.[39]

Η αύξηση του προβλήματος των ναρκωτικών σε παγκόσμιο επίπεδο καθώς και η σύνδεση του με το διεθνώς οργανωμένο έγκλημα κάθε μορφής (διαφθορά, λαθρεμπόριο ανθρώπων, ξέπλυμα χρήματος, χρηματοδότηση ένοπλων συρράξεων και τρομοκρατικών πράξεων κ.α.), αποτελεί οξύτατο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα διάφορα κράτη. Η διεθνής κοινότητα απασχολείται ολοένα και περισσότερο για την ριζική αντιμετώπισή του, ενώ κατά το διάστημα των τελευταίων 40 ετών, έχει επιτελεστεί σημαντικό έργο, τόσο σε επίπεδο δημιουργίας μηχανισμών καταπολέμησης, όσο και παραγωγής νομοθετικού και κοινωνικού έργου σε παγκόσμιο επίπεδο.[40]

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος διεθνώς, απαιτούνται συντονισμένες δράσεις και συνολικές προσπάθειες, καθώς και μετατόπιση της αντιμετώπισης του προβλήματος τόσο σε επίπεδο δημόσιας υγείας (μολυσματικές νόσοι) όσο σε κοινωνικό επίπεδο (εγκληματικότητα, ρατσισμός, περιθωριοποίηση) και όχι μόνο η μονοδιάστατη λειτουργία ελεγκτικών και κατασταλτικών μηχανισμών.[41] Είναι επίσης απαραίτητο τα κράτη να τηρούν ετήσια στατιστικά στοιχεία για τα ναρκωτικά και πληροφορίες σχετικές με τις παράνομες δραστηριότητες που συνοδεύουν τη διακίνηση τους. Παράλληλα είναι αναγκαία η τήρηση αρχείων σχετικά με τις μολυσματικές νόσους που σχετίζονται με την προβληματική χρήση εξαρτητικών ουσιών, ώστε να λαμβάνονται μέτρα για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας των ατόμων.

Η αξιολόγηση των στοιχείων αυτών από τους αρμόδιους φορείς οδηγεί στη συναγωγή συμπερασμάτων και στη λήψη απαραίτητων μέτρων με στοχευμένη θεραπευτική δράση, καθώς και ενδυνάμωση των απαιτούμενων παρεμβάσεων, ανάλογα με τις ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων, από τις κυβερνήσεις των κρατών.[42] Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφονται βασικοί φορείς και θεσμικά όργανα που επιλαμβάνονται του προβλήματος των ναρκωτικών σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο, με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του.

3.1. Διεθνείς Πολιτικές Κατά των Ναρκωτικών

Οι πολιτικές που εφαρμόζονται διεθνώς για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών επικεντρώνονται από τη μια πλευρά στην πάταξη του οργανωμένου εγκλήματος, το οποίο είναι συνυφασμένο με τα ναρκωτικά και έχουν ως επί το πλείστον κατασταλακτικό χαρακτήρα, ενώ από την άλλη πλευρά στοχεύουν στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που επίσης απορρέουν από την χρήση εθιστικών ουσιών, έχουν ανθρωποκεντρικό, προληπτικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Πιο αναλυτικά, στο πλαίσιο του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών λειτουργούν οι παρακάτω οργανισμοί, οι οποίοι συντονίζουν την υλοποίηση διεθνών συμβάσεων (π.χ. Ενιαία Σύμβαση για Ναρκωτικές Ουσίες, Σύμβαση για τις ψυχότροπες Ουσίες, κ.λπ.) και επιβλέπουν την ορθή ερμηνεία και εφαρμογή τους από τα κράτη μέλη. Από αυτούς τους οργανισμούς το Διεθνές Συμβούλιο Ελέγχου των Ναρκωτικών (INCB) και το Γραφείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά και το Έγκλημα (UNODC), είναι οι κυριότεροι διεθνείς οργανισμοί που ασχολούνται με το πρόβλημα των ναρκωτικών παγκοσμίως.

Παράλληλα ασχολούνται για την αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), ο Οργανισμός Κατά Το AIDS (UNAIDS), ο Οργανισμός Τροφίμων και Γεωργίας (FAO), η Διεθνής Τράπεζα (World Bank) και η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR). Αξίζει να τονιστεί ότι, πραγματοποιείται σε ετήσια βάση η Σύνοδος της Επιτροπής των Ηνωμένων Εθνών για τα Ναρκωτικά, με στόχο την αξιολόγηση των παρεμβάσεων σε παγκόσμιο επίπεδο, την εναρμόνιση των μεθόδων και των προσεγγίσεων του προβλήματος με τις εξελίξεις και τα νέα δεδομένα στον τομέα της ουσιοεξάρτησης.

3.1.1. Διεθνείς οργανισμοί[43]

Οι οργανισμοί οι οποίοι επιλαμβάνονται του γενικότερου προβλήματος των ναρκωτικών στο πλαίσιο του ΟΗΕ, είναι οι εξής:

ο **Γραφείο για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών και την πρόληψη του Εγκλήματος** (ODCCP: Office for Drug Control and Crime Prevention). Ιδρύθηκε το 1997, εδρεύει στη Βιέννη και είναι το ανώτατο διεθνές επιτελικό όργανο. Το ODCCP συνεπικουρείται στο έργο του από δύο εξειδικευμένα όργανα :

α) Το Πρόγραμμα για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (UNDCP: United Nations Drug Control Programme) και,

β) Το Κέντρο για την πρόληψη του Εγκλήματος (CICP: Centre for International Crime Prevention).

Για την επίτευξη των στόχων του το UNDCP συνεργάζεται σε επιχειρησιακό επίπεδο και με άλλους οργανισμούς όπως η Interpol, η World Customs Organization και η World Health Organization, ενώ παράλληλα έχει θέσει στην υπηρεσία του άλλα προϋπάρχοντα όργανα του ΟΗΕ όπως την **Επιτροπή Ναρκωτικών (CND)** και έχει αναπτύξει επί μέρους Προγράμματα ανά θέμα όπως:

- **το Παγκόσμιο Πρόγραμμα κατά του Ξεπλύματος Χρήματος (GPML: Global Programme against Money Laundering)**, που παρέχει εκπαίδευση για τον τρόπο συλλογής πληροφοριών και τη δημιουργία εθνικών υπηρεσιών πληροφοριών για το οικονομικό έγκλημα,
- **το Παγκόσμιο Πρόγραμμα Στατιστικών (GAP: Global Assessment Programme)** και
- **το Πρόγραμμα Νομικής Βοήθειας (LAP: Legal Assistance Programme)**, που παρέχει εκπαίδευση και νομοτεχνική βοήθεια στα κράτη μέλη.

ο **Η Επιτροπή Ναρκωτικών Ουσιών CND: Commission on Narcotic Drugs)**

Ιδρύθηκε το 1946 από το **ECOSOC** (Economic and Social Council of United Nations), με κύριο αντικείμενο να αποφασίζει εάν μία νέα ουσία πρέπει να συμπεριληφθεί στους «Πίνακες Ελέγχου», αλλά κυρίως αποτελεί το κεντρικό όργανο διαμόρφωσης πολιτικής και συντονισμού των εργασιών του Προγράμματος για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (UNDCP).

ο **Το Διεθνές Συμβούλιο Ελέγχου Ναρκωτικών (INCB: International Narcotics Control Board)**

Ιδρύθηκε από την «Ενιαία Σύμβαση» του 1961 και τέθηκε σε λειτουργία το 1968. Τα 13 μέλη, που το απαρτίζουν, το υπηρετούν σε προσωπική βάση και όχι υπό την ιδιότητα του εκπροσώπου κάποιας κυβέρνησης ή κάποιου οργανισμού. Αποτελεί διεθνές όργανο δικαστικού ελέγχου για την παρακολούθηση της εφαρμογής των διεθνών συμβάσεων.

ο **Το Κέντρο για την Πρόληψη του Διεθνούς Εγκλήματος (CICP: Centre for International Crime Prevention)**

Ιδρύθηκε το 1997, εδρεύει στη Βιέννη και αποτελεί το κυριότερο όργανό του ΟΗΕ για την πρόληψη του διεθνούς οργανωμένου εγκλήματος κάθε μορφής (ναρκωτικά, διαφθορά, ξέπλυμα χρήματος, λαθραία μετανάστευση, εμπόριο ανθρώπων, τρομοκρατία). Για το λόγο αυτό, συνεργάζεται στενά με τις κυβερνήσεις μέσω εξειδικευμένων προγραμμάτων που έχει θέσει στην υπηρεσία του, όπως:

- το **Παγκόσμιο Πρόγραμμα κατά της Διαφθοράς (GPAC: Global Programme Against Corruption)**,
- το **Παγκόσμιο Πρόγραμμα κατά του Οργανωμένου Εγκλήματος (GPAOC: Global Programme Against Organised Crime)**,
- το **Παγκόσμιο Πρόγραμμα για παράνομη διακίνηση προσώπων (GPATHB: Global Programme Against Trafficking in Human Beings)**.

ο **Η Επιτροπή για την Πρόληψη του Εγκλήματος και Ποινικής Δικαιοσύνης (UNCCPCJ: UN Commission on Crime Prevention and Criminal Justice)**

Η Επιτροπή αυτή συνίσταται από 40 μέλη, αποτελεί διευθυντικό όργανο του Κέντρου για την Πρόληψη του Διεθνούς Εγκλήματος και ανήκει οργανικά στο ECOSOC. Κύριο έργο της είναι η διαμόρφωση διεθνών πολιτικών και επιχειρησιακών δράσεων βάσει μηχανισμών ανταλλαγής πληροφοριών).

ο **Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO: World Health Organization)**

Ιδρύθηκε το 1948 και αποτελεί τον μοναδικό οργανισμό που ασχολείται με όλες τις κατηγορίες ψυχοτρόπων ουσιών, ανεξάρτητα από τη νομική τους φύση στους εξής τομείς:

- Πρόληψη και μείωση των αρνητικών συνεπειών από τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών τόσο σε επίπεδο υγείας όσο και σε κοινωνικό επίπεδο,
- Μείωση της ζήτησης των ψυχοτρόπων ουσιών για μη ιατρική χρήση και

- Κατηγοριοποίηση των ψυχοτρόπων ουσιών, με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση τους από τα κράτη μέλη.

Οι παραπάνω δράσεις συντονίζονται από το τμήμα Ψυχικής Υγείας και Κατάχρησης Ψυχοτρόπων Ουσιών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, με στόχο την ορθότερη θεραπευτική αντιμετώπιση και τις κατάλληλες προσεγγίσεις για τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών που συνδέονται με την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες.[44]

ο **Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες**(UNHCR: The UN Refugee Agency)

Ιδρύθηκε το 1951 από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, εδρεύει στη Γενεύη και παρέχει προστασία στους πρόσφυγες του κόσμου. Κύρια αρμοδιότητά της αποτελεί η διασφάλιση του σεβασμού στα θεμελιώδη δικαιώματα των προσφύγων, ο έλεγχος για συμμόρφωση των κυβερνήσεων με το διεθνές δίκαιο και η παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από συνεργασίες με εθνικούς και μη κυβερνητικούς φορείς πραγματοποιείται η δωρεάν παροχή τροφής, νερού, στέγης, ιατρικής περίθαλψης και η θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης στους πληθυσμούς προσφύγων.[45]

ο **Οργανισμός κατά του AIDS (UNAIDS : The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)**

Παρακολουθεί την εξάπλωση του ιού του AIDS, η οποία λαμβάνει επιδημική μορφή σε ορισμένες χώρες (Αφρική) και αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τα εξαρτημένα άτομα που κάνουν κυρίως ενδοφλέβια χρήση ουσιών. Λόγω αύξησης των κρουσμάτων της νόσου ήδη από το 1998 σε χώρες της Αφρικής, της Ανατολικής Ευρώπης και την Κεντρικής Ασίας, ο Οργανισμός κατά του AIDS πραγματοποιεί σειρά μέτρων σε κυρίως επίπεδο πρόληψης, αλλά και σε επίπεδο θεραπείας και εκπαίδευσης τόσο των πασχόντων ατόμων όσο και των κοινωνιών γενικότερα. [46]

Ο ρόλος των διεθνών φορέων και οργανισμών είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης, καθώς απαιτούνται δράσεις σε όλα τα επίπεδα (νομικό, δημόσιας υγείας, κοινωνικό) για την

καλύτερη και ορθότερη αντιμετώπιση του πολυπαραγοντικού φαινομένου της ουσιοεξάρτησης, το οποίο λαμβάνει αυξητικές τάσεις τα τελευταία χρόνια.

3.2. Ευρωπαϊκή Πολιτική για τα Ναρκωτικά

Η Ευρωπαϊκή Ένωση που αριθμεί την παρούσα χρονική περίοδο 27 κράτη μέλη, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών θέτει στρατηγικές με συγκεκριμένους στόχους σε τομείς όπως η μείωση της ζήτησης και της προσφοράς, τα ζητήματα διεθνούς συνεργασίας, έρευνας, πληροφόρησης και αξιολόγησης των απαραίτητων ληφθέντων δράσεων. Αξίζει να τονιστεί ότι, η ουσιοεξάρτηση και το παράνομο εμπόριο ναρκωτικών αποτελούν παγκόσμια φαινόμενα με σοβαρές συνέπειες σε όλους τους κοινωνικούς τομείς. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των θανάτων που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών είναι ιδιαίτερα υψηλό (σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά, μεταξύ των ετών 1990 και 2004, έχασαν τη ζωή τους από υπερβολική δόση 6.500 με 9.000 εξαρτημένα άτομα το έτος), οι μολυσματικές νόσοι που προκύπτουν από την ενδοφλέβια χρήση (AIDS, ηπατίτιδες) είναι σε υψηλά επίπεδα σε πολλά κράτη, ενώ το οργανωμένο έγκλημα που απορρέει από τη διακίνηση παράνομων ναρκωτικών λαμβάνει αυξητικές τάσεις συνεχώς.[47]

Η χάραξη ενιαίων στρατηγικών καταπολέμησης των ναρκωτικών απαιτεί τη συνεργασία μεταξύ των αρμόδιων ευρωπαϊκών οργανισμών και των κρατών μελών, ώστε να επιτυγχάνονται αποτελέσματα σε όλα τα επίπεδα: πρόληψη, θεραπεία, επανένταξη, καταστολή του οργανωμένου εγκλήματος, κ.λπ. Πιο αναλυτικά, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Ελσίνκι υιοθέτησε το Δεκέμβριο του 1999 τη «Γενική Στρατηγική» της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Φέιρα τον Ιούνιο του 2000 ενέκρινε το «Σχέδιο Δράσης Κατά των Ναρκωτικών» της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο οποίο αναλύονται επί μέρους δράσεις για τα έτη 2000-2004. Επίσης, η νέα στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά για τα έτη 2005-2012, που εγκρίθηκε από τη Σύνοδο Κορυφής τον Δεκέμβριο του 2004, αποτελεί συνέχεια της προηγούμενης (2000-2004) και ορίζει το πλαίσιο, τους στόχους και τις προτεραιότητες δύο διαδοχικών τετραετών σχεδίων δράσης (2005-2008 και 2009-2012) που καταρτίζονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η στρατηγική αυτή αποτελεί τμήμα του συνολικού προγράμματος «της

Χάγης» με στόχο την διασφάλιση της ελευθερίας, της ασφάλειας και της δικαιοσύνης των πολιτών στην Ευρωπαϊκή Ένωση.[48]

Πιο συγκεκριμένα, ο ρόλος της νέας στρατηγικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι συμπληρωματικός στις εθνικές πολιτικές των κρατών μελών για τα ναρκωτικά, ώστε να επιτυγχάνεται η αποτελεσματικότερη διαχείριση του προβλήματος, καθώς και η αποδοτικότερη χρήση των διαθέσιμων πόρων για την υλοποίηση πολιτικής κατά των ναρκωτικών από τα κράτη μέλη. Παράλληλα, τα κράτη μέλη λαμβάνουν δράσεις σε τοπικό, περιφερειακό και διακρατικό επίπεδο, με στόχο την αποτελεσματική αντιμετώπιση του πρόβλημα της ουσιοεξάρτησης. Παράλληλα, σημαντικά εργαλεία στη χάραξη πολιτικών και στη λήψη νέων δράσεων αποτελούν οι ετήσιες εκθέσεις του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα ναρκωτικά και τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Αστυνομικής Υπηρεσίας για τις εγκληματικές δραστηριότητες σε ευρωπαϊκό επίπεδο, καθώς παρουσιάζουν απαραίτητα στατιστικά στοιχεία που απεικονίζουν την κατάσταση σχετικά με τα ναρκωτικά, ανά κράτος μέλος. Σύμφωνα με τους στόχους της νέας στρατηγικής, στο τέλος του 2012 θα πρέπει να έχει συντελεστεί πρόοδος σε όλες τις δράσεις που έχουν τεθεί ανά τομέα. Αυτό θα επιτευχθεί μέσα από παρεμβάσεις σε επίπεδο εθνικό, μέσα από συνεργασίες των χωρών μελών ή στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε συνεργασία με τρίτες χώρες και διεθνείς οργανισμούς, όπως το Συμβούλιο της Ευρώπης και τα Ηνωμένα Έθνη. [49]

Επίσης, βασική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελεί η μείωση της χρήσης των ναρκωτικών και ειδικότερα της προβληματικής χρήσης, και σε αυτό στοχεύουν οι εθνικές στρατηγικές και τα σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά όλων των κρατών μελών, των υποψηφίων χωρών και της Νορβηγίας. Παράλληλα, η πρόληψη και η μείωση των επιβλαβών συνεπειών που απορρέουν από τη χρήση ναρκωτικών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, αποτελεί επίσης κοινό στόχο σε όλες τις χώρες. Ένα άλλο κοινό χαρακτηριστικό μεταξύ των κρατών μελών, αποτελεί η «συνολική» προσέγγιση, τόσο σε επίπεδο παρεμβάσεων για τη μείωση της προσφοράς ναρκωτικών όσο σε επίπεδο παρεμβάσεων για τη μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών. Παράλληλα, είναι ευρέως διαδεδομένη η «ασόρροπη» προσέγγιση, η οποία στοχεύει στο να δοθεί προτεραιότητα τόσο στη μείωση της προσφοράς όσο και

της ζήτησης. Τα παραπάνω στοιχεία αποτελούν κοινές δράσεις των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την καταπολέμηση των ναρκωτικών.

Αντίθετα, το σύνολο και τα είδη των ψυχοτρόπων ουσιών που περιλαμβάνονται στις εθνικές στρατηγικές για τα ναρκωτικά είναι ένας τομέας στον οποίο παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Πιο συγκεκριμένα, για το 2006 παρατηρούνται ορισμένες διαφορές στα σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά στις εξής χώρες: στην Πολωνία και την Πορτογαλία περιλαμβάνουν μόνο τα παράνομα ναρκωτικά, στην Ελλάδα και τη Βόρεια Ιρλανδία του Ηνωμένου Βασιλείου περιλαμβάνουν τα παράνομα ναρκωτικά και το αλκοόλ, ενώ στην Τουρκία περιλαμβάνονται όλες τις εθιστικές ουσίες. Επίσης η Σουηδία εφαρμόζει ταυτόχρονα δύο σχέδια δράσης, ένα για το αλκοόλ και ένα για τα παράνομα ναρκωτικά. Παράλληλα, τα τελευταία χρόνια, ορισμένες χώρες κατευθύνονται προς ενοποίηση των πολιτικών τους για τα νόμιμα και τα παράνομα ναρκωτικά (π.χ. Γερμανία, Γαλλία).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι εθνικές στρατηγικές των κρατών μελών για τα ναρκωτικά επικεντρώνονται κυρίως στους τομείς της πρόληψης, της θεραπείας, της κοινωνικής επανένταξης, της μείωσης των επιβλαβών συνεπειών που απορρέουν από τη χρήση ουσιών και της μείωσης της προσφοράς. Οι διαφορές που παρατηρούνται στη χάραξη στρατηγικής για τα ναρκωτικά μεταξύ των κρατών μελών, προκύπτουν από τα διαφορετικά χαρακτηριστικά ως προς το μέγεθος του προβλήματος των ναρκωτικών, αλλά και από την ποικιλομορφία των κοινωνικών πολιτικών και των πολιτικών στον τομέα της υγείας στην Ευρώπη. Πιο συγκεκριμένα, στα περισσότερα κράτη μέλη υπάρχουν συντονιστικοί μηχανισμοί για τα ναρκωτικά τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο.

Σε εθνικό επίπεδο υπάρχει συνήθως μια διυπουργική επιτροπή για τα ναρκωτικά, η οποία συνεργάζεται είτε με την αρμόδια εθνική υπηρεσία συντονισμού για τα ναρκωτικά είτε με τον υπεύθυνο συντονισμού για τα ναρκωτικά, ο οποίος ελέγχει όλες τις απαραίτητες ενέργειες και δράσεις σε καθημερινό επίπεδο. Οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αφορούν κυρίως τον τρόπο σύνδεσης των συντονιστικών μηχανισμών που επιλαμβάνονται του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο με τα συντονιστικά όργανα που δραστηριοποιούνται σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο. Πιο αναλυτικά, σε χώρες με

ομοσπονδιακή δομή όπως είναι το Βέλγιο και η Γερμανία, χρησιμοποιούνται κάθετα συστήματα συντονισμού τα οποία επιτρέπουν τη συνεργασία μεταξύ των φορέων συντονισμού που λειτουργούν ανεξάρτητα. Σε άλλες χώρες πάλι όπως είναι η Φινλανδία και η Πορτογαλία, οι εθνικοί φορείς συντονισμού για τα ναρκωτικά εποπτεύουν τα όργανα που δρουν σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο. [50]

Για τη διεκπεραίωση των στόχων της στρατηγικής που θέτουν τα σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά, απαιτείται συντονισμός των δράσεων, ο οποίος εφαρμόζεται σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης από την Οριζόντια Ομάδα «Ναρκωτικά»(OON). Παράλληλα, σε επίπεδο κρατών μελών οι εθνικοί φορείς για ναρκωτικά συμβάλλουν στην εκτέλεση των σχεδίων δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μέσα από την υλοποίηση και εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων. Αξίζει να τονιστεί ότι, καθώς η ραγδαία εξάπλωση του φαινομένου των ναρκωτικών αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα και δυσεπίλυτα προβλήματα των πολιτών της Ευρώπης, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη διασφάλισης της ασφάλειας και της υγιούς διαβίωσης των πολιτών της ευρωπαϊκής κοινωνίας.

Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Ναρκωτικά, η Ευρωπαϊκή Ένωση αριθμεί περίπου δύο εκατομμύρια προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών, ενώ η χρήση ναρκωτικών ανάμεσα στους νέους βρίσκεται σε σημαντικά υψηλά επίπεδα. Παράλληλα, το ποσοστό κρουσμάτων HIV/AIDS μεταξύ των ενδοφλέβιων κυρίως χρηστών προκαλεί ανησυχία σε πολλά κράτη μέλη. Για το λόγο αυτό, κρίνεται σκόπιμη μια διακρατική, πολυεπίπεδη και διατομεακή συνεργασία μεταξύ των χωρών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου.

Αρχικά, πραγματοποιείται ο προσδιορισμός των στόχων της στρατηγικής για τα ναρκωτικά σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, στη συνέχεια τα κράτη θεσπίζουν εθνική στρατηγική και ένα ή περισσότερα σχέδια δράσης για τα ναρκωτικά, εναρμονισμένα με τη στρατηγική και τα σχέδια δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παράλληλα, τίθεται ένα συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα για την επίτευξη των παραπάνω στόχων από τους επιφορτισμένους με το έργο αυτό φορείς και στο τέλος πραγματοποιείται αξιολόγηση των δράσεων από αρμόδια όργανα με τη βοήθεια ορισμένων δεικτών αξιολόγησης. Ο τομέας αξιολόγησης των στρατηγικών και των σχεδίων δράσης για τα ναρκωτικά, είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς στοχεύει στη βελτίωση συνολικά της αποτελεσματικότητας των δράσεων σε επίπεδο Ευρωπαϊκής

Ένωσης, αλλά και στη λήψη νέων μέτρων περισσότερο αποτελεσματικών με σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα, την υγεία και την ίση αντιμετώπιση όλων των πολιτών. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιείται η υλοποίηση ετησίων εκθέσεων από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την πορεία των εθνικών στρατηγικών και τα σχέδια δράσης, των κρατών μελών σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά και άλλους φορείς.

Παράλληλα η Οριζόντια Ομάδα «Ναρκοτικά», συνεργάζεται σε θέματα για τα ναρκωτικά και με άλλες Ομάδες Εργασίας του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου, όπως η Ομάδα Εργασίας Αστυνομικής Συνεργασίας, η Ομάδα Εργασίας Τελωνειακής Συνεργασίας, η Ομάδα Εργασίας Δημόσιας Υγείας και η Πολυτομεακή Ομάδα για το οργανωμένο έγκλημα, με στόχο την αποτελεσματικότερη και συνολική αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Επίσης, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή με την έκδοση της «Πράσινης Βίβλου» για την υγεία, στοχεύει στην ενίσχυση της συμμετοχής της Κοινωνίας των Πολιτών στην αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. Από την άλλη πλευρά τα κράτη μέλη υποχρεούνται να συντάσσουν ετήσιες εκθέσεις προς την Οριζόντια Ομάδα «Ναρκοτικά» και να παρέχουν τη δυνατότητα στην Κοινωνία των Πολιτών να διατυπώνει απόψεις για την καταπολέμηση του φαινομένου των ναρκωτικών. Παράλληλα, τα κράτη μέλη είναι επιφορτισμένα να συντάσσουν ετήσιες εκθέσεις προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, σχετικά με τη λειτουργία των εθνικών δομών (οργανισμών, φορέων) που είναι επιφορτισμένες με το συντονισμό των δράσεων κατά των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο. [51]

Οι παραπάνω ενέργειες τόσο σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο σε επίπεδο κρατών μελών, σε συνδυασμό με τη χρήση στατιστικών στοιχείων και πληροφοριών, όπως είναι για παράδειγμα οι δείκτες αναζήτησης θεραπείας και διαθεσιμότητας θεραπευτικών αγωγών, οι δείκτες διάδοσης του HIV/AIDS, της ηπατίτιδας C και άλλων λοιμωδών νοσημάτων ή ο δείκτης αριθμού θανάτων συνδεδεμένων με τα ναρκωτικά, που παρέχονται από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά, αποτελούν σημαντικά εργαλεία για την αξιολόγηση των δράσεων για τα ναρκωτικά και τη χάραξη νέων πιο αποτελεσματικών στρατηγικών.

Η συνεχής αξιολόγηση των στρατηγικών και των σχεδίων δράσεων σε ετήσια βάση αλλά και σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, παρουσιάζει την πραγματικότητα σχετικά με την πορεία αντιμετώπισης του φαινομένου των ναρκωτικών και παρέχει

χρήσιμες πληροφορίες σε πολλούς τομείς που επηρεάζονται από το φαινόμενο των ναρκωτικών. Πιο συγκεκριμένα, σε έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής με θέμα «Το παγκόσμιο πρόβλημα των ναρκωτικών, δέκα χρόνια μετά» που πραγματοποιήθηκε για την εξέλιξη των παγκόσμιων αγορών παράνομων ναρκωτικών από το 1998 έως το 2007, παρουσιάζονται σημαντικά στοιχεία σχετικά με το συνολικό μέγεθος της αγοράς των παράνομων ναρκωτικών στα κράτη μέλη. Τα συμπεράσματα που προκύπτουν αναδεικνύουν τη δυσκολία εξαγωγής συνολικών εκτιμήσεων, λόγω έλλειψης αξιόπιστων στοιχείων σχετικά με τομείς όπως είναι η παραγωγή, η κατανάλωση και το εμπόριο ναρκωτικών στις περισσότερες χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο. Παράλληλα, ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από την παραπάνω έκθεση αποτελεί η διαπίστωση ότι οι πολιτικές μείωσης των επιβλαβών συνεπειών από τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, γίνονται αποδεκτές σε όλο και περισσότερες χώρες, οι οποίες τις θεωρούν αποτελεσματικές στη μείωση της μετάδοσης μολυσματικών και άλλων ασθενειών, της εξάπλωσης κοινωνικών αναταραχών, αλλά και του υψηλού βαθμού θνησιμότητας που σχετίζεται με τα ναρκωτικά.[52]

Γενικά αξίζει να σημειωθεί ότι, η πραγματοποίηση μελετών, εκθέσεων και η παρουσίαση των εξαγομένων συμπερασμάτων και αποτελεσμάτων συντελούν στην αξιολόγηση των πραγματοποιηθέντων δράσεων, στην αναγνώριση αδυναμιών και λαθών, στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των αρμοδίων φορέων των χωρών, στη χάραξη νέων πολιτικών δράσης για τα ναρκωτικά και στη λήψη νέων περισσότερο αποτελεσματικών μέτρων για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

3.2.2. Ευρωπαϊκά Οργανισμοί

Οι οργανισμοί που επιλαμβάνονται του προβλήματος των ναρκωτικών σε ευρωπαϊκό επίπεδο περιγράφονται παρακάτω, καθώς ο ρόλος τους είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από την ανταλλαγή πληροφοριών και στοιχείων (στατιστικών, οικονομικών, διαφόρων δεικτών δημόσιας υγείας, κ.λπ.), τα οποία παρέχουν στις κυβερνήσεις των κρατών μελών οι αρμόδιοι φορείς, συντελείται σημαντική πρόοδος στην παρακολούθηση των εξελίξεων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά και στην ανάληψη νέων πιο αποτελεσματικών δράσεων. Πιο αναλυτικά:

ο **Οριζόντια Ομάδα «Ναρκωτικά»** (Horizontal Drugs Group)

Η Οριζόντια Ομάδα «Ναρκωτικά» συντονίζει τις Ομάδες Εργασίας στο έργο τους, αξιολογεί τα συμπεράσματα τους σε επίπεδο εμπειρογνομώνων και τα αποτελέσματα - συμπεράσματα που προκύπτουν, τροφοδοτούν την εκπόνηση Σχεδίων Δράσης από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο με στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών. [53]

ο **Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης των Ναρκωτικών και της Τοξικομανίας** (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction)

Αποτελεί το δικτυακό κέντρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από τη συγκέντρωση, ανάλυση και διάδοση αντικειμενικών, αξιόπιστων και συγκρίσιμων στοιχείων σχετικά με τα ναρκωτικά και την τοξικομανία, επιτυγχάνει την έγκυρη και τεκμηριωμένη παρουσίαση του προβλήματος σε όλη την έκτασή του σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι πληροφορίες από το δικτυακό κέντρο τροφοδοτούν τους υπεύθυνους φορείς με χρήσιμες πληροφορίες για τη χάραξη πολιτικής για τα ναρκωτικά. Παράλληλα, τα συμπεράσματα των εργασιών του κωδικοποιούνται ετησίως σε εκθέσεις, που αποτελούν χρήσιμα εργαλεία στη χάραξη στρατηγικής για τα ναρκωτικά.[54]

ο **Ευρωπαϊκή Αστυνομική Υπηρεσία** (European Police Office)

Η Ευρωπαϊκή Αστυνομική Υπηρεσία, στοχεύει στην αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την πρόληψη και καταπολέμηση του οργανωμένου διεθνούς εγκλήματος και τη διακίνηση ναρκωτικών. Η Ευρωπόλ παρέχει στήριξη στα κράτη μέλη, ενώ προάγει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των κρατών μελών μέσα από τη σύνταξη στρατηγικών εκθέσεων και την παροχή τεχνικής υποστήριξης για τη διεξαγωγή ερευνών. Παράλληλα, τηρεί ένα καλά οργανωμένο μηχανογραφημένο σύστημα για τη συλλογή και επεξεργασία διαφόρων στοιχείων από τα κράτη μέλη.[55]

3.2. 3. Η Ομάδα του Δουβλίνου για τα Ναρκωτικά

Αποτελεί ανεξάρτητο διεθνές όργανο, στο συμμετέχουν τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωση, οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Αυστραλία, η Ιαπωνία και η Νορβηγία

και ασχολείται με το συντονισμό της διεθνούς πολιτικής για τα ναρκωτικά. Στόχος της Ομάδας αποτελεί η παροχή πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση και τις εξελίξεις του προβλήματος των ναρκωτικών σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα στοιχεία αυτά τροφοδοτούν τα κράτη μέλη της ομάδας με χρήσιμες πληροφορίες για κάθε μια από τις 12 περιφερειακές ομάδες (Mini-Dublin Groups), στις οποίες έχει υποδιαιρεθεί η υφήλιος. Η Προεδρία κάθε περιφέρειας συντάσσει εκθέσεις δύο φορές το χρόνο, οι οποίες υποβάλλονται για ενημέρωση, επεξεργασία και λήψη αποφάσεων στην Κεντρική Ομάδα Δουβλίνου. Επίσης, η Ομάδα του Δουβλίνου συνεργάζεται στενά τόσο με το UNDCP (Πρόγραμμα για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών), όσο και με άλλα συναρμόδια περιφερειακά όργανα. [56]

Οι εργασίες των ευρωπαϊκών οργανισμών σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και σε συνεργασία τόσο με τα κράτη μέλη όσο και με άλλους διεθνείς φορείς είναι ιδιαίτερα σημαντικές καθώς διοχετεύουν τις αρμόδιες υπηρεσίες με στοιχεία για την επικρατούσα κατάσταση σχετικά με τα ναρκωτικά στις διάφορες χώρες σε διάφορους τομείς (οργανωμένο έγκλημα, δημόσια υγεία, κόστη θεραπευτικών παρεμβάσεων, κ.λπ.). Με αυτόν τον τρόπο, η λήψη αποφάσεων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης διευκολύνεται και ενισχύεται. Επομένως, η τήρηση συστημάτων με δεδομένα και πληροφορίες σχετικά με τα ναρκωτικά, είναι ιδιαίτερα σημαντική και αποτελεί υποχρέωση όλων των χωρών να συγκεντρώνουν στοιχεία σε εθνικό επίπεδο, τα οποία να αποτελούν κριτήρια για τη χάραξη πολιτικών κατά των ναρκωτικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα ναρκωτικά αποτελούν δισεπίλυτο, πολυπαραγοντικό και με πολλές προεκτάσεις πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι σύγχρονες κοινωνίες σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα στοιχεία που αφορούν τη χώρα μας παρουσιάζονται σε έρευνες που πραγματοποιεί το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, και από τις οποίες εξάγονται σημαντικά συμπεράσματα για το πρόβλημα των ναρκωτικών. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα ναρκωτικά προκύπτει ότι, η επικράτηση της χρήσης παράνομων ναρκωτικών συνολικά σε ολόκληρη τη διάρκεια ζωής, παρουσιάζει σημαντική αύξηση μεταξύ των ετών 1984 και 2004, η οποία κορυφώνεται το 1998 και στη συνέχεια παρουσιάζει πτωτική τάση μεταξύ των ετών 1998 και 2004. Επίσης, από έρευνα που διενεργήθηκε το 2004 προκύπτει ότι το 8,6 % του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12–64 ετών αναφέρει χρήση παράνομων ναρκωτικών, κυρίως κάνναβης, τουλάχιστον μία φορά σε ολόκληρη τη ζωή του.

Παράλληλα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2006 στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και το Ηράκλειο μεταξύ του πληθυσμού ηλικίας 15–64 ετών, προκύπτει ότι το 19,4 % έχει δοκιμάσει παράνομα ναρκωτικά τουλάχιστον μία φορά, και ότι η επικράτηση της χρήσης σε ολόκληρη τη διάρκεια ζωής παρουσιάζεται υψηλότερη μεταξύ των ανδρών (24,8 %) από ότι μεταξύ των γυναικών (14 %). Επίσης, σύμφωνα με έρευνα της «ESPAD»³, η οποία πραγματοποιήθηκε το 2003 σε δείγμα μαθητών λυκείου από όλη τη χώρα, προκύπτει ότι το 6 % μαθητών ηλικίας 15–16 ετών δοκίμασε παράνομα ναρκωτικά τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του. Πιο συγκεκριμένα, η ουσία δοκιμής από τους μαθητές είναι η μαριχουάνα ή το χασίς, ενώ η αμέσως επόμενη παράνομη ναρκωτική ουσία είναι το «έκσταση». Αναφορικά με τα ποσοστά χρήσης και για τις δυο ουσίες δοκιμής σε ολόκληρη τη διάρκεια ζωής στην Ελλάδα περιλαμβάνονται στα χαμηλότερα στην Ευρώπη.

Από την άλλη πλευρά, σε αντίθεση με τη χρήση παράνομων ναρκωτικών, η επικράτηση χρήσης εισπνεόμενων ουσιών σε ολόκληρη τη διάρκεια ζωής σημειώνει πολύ υψηλά ποσοστά στους Έλληνες μαθητές (15 % το 2003 και 14 % το 1999),

³Ευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και άλλων ναρκωτικών στο σχολείο

συγκριτικά με τη χρήση τους από μαθητές στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα «ESPAD» του 2003.

Παράλληλα, το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά παρουσιάζει στοιχεία σχετικά και με την προβληματική χρήση ναρκωτικών στην Ελλάδα, η οποία φτάνει σε 2,6 ανά 1000 κατοίκους, και είναι σε αναλογία από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη. Επίσης, ο αριθμός των χρηστών ηρωίνης υπολογίζεται για το 2004 σε 19.600 άτομα, ελαφρά μεγαλύτερος από ότι τα δύο προηγούμενα έτη και ελαφρά μικρότερος από εκείνον του 2001. Επιπλέον, σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Ναρκωτικά ο αριθμός των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών στην Ελλάδα κατά το 2005, κυμαίνεται μεταξύ 17.335 και 21.209. Γενικά, αξίζει να σημειωθεί ότι, από το 1998 και έπειτα, ο αριθμός των ατόμων που κάνουν χρήση ενέσιμων ναρκωτικών φαίνεται να παραμένει σε σταθερά επίπεδα, τα οποία είναι χαμηλότερα από εκείνα της περιόδου του 1994. [57]

Σύμφωνα με διαχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων για τα έτη 1995 – 2002, προκύπτει ότι η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης οποιασδήποτε παράνομης ουσίας είναι γύρω στα 15,5 έτη και μάλιστα φαίνεται να μειώνεται από 15,74 έτη το 1995 σε 15,34 έτη το 2002. Επίσης, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, παρατηρείται υψηλός βαθμός συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία έναρξης της παράνομης χρήσης και στην ηλικία διακοπής από το σχολείο, η οποία το 2002 σχεδόν ταυτίζεται. Παράλληλα, η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης οποιασδήποτε παράνομης ουσίας είναι σημαντικά μικρότερη από τη μέση ηλικία έναρξης της κύριας ουσίας κατάχρησης, διαφορά που εμφανίζεται σταθερή σε όλα τα εξεταζόμενα έτη στη συγκεκριμένη μελέτη. Συγκεκριμένα, η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης της κύριας ουσίας μειώνεται από 19,25 έτη που ήταν το 1995 σε 18,5 έτη το 2002 .

Επίσης, στο σύνολο των χρηστών του δείγματος, υπάρχει υπερεκπροσώπηση των ανδρών, η οποία δικαιολογείται από το γεγονός ότι στη χώρα μας η ηρωίνη αποτελεί την επικρατέστερη κύρια ουσία κατάχρησης, την οποία χρησιμοποιούν κυρίως οι άνδρες χρήστες διεθνώς. Η ίδια αναλογία στην κατανομή κατά φύλο εμφανίζεται και στον πληθυσμό των χρηστών που έκαναν αίτηση για θεραπεία το έτος 2001, στο σύνολο σχεδόν των θεραπευτικών δομών που λειτουργούν στην Ελλάδα, όπου το 84,6% είναι άντρες και το 15,2% γυναίκες.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία, οι περισσότεροι χρήστες (60,5%) εθιστικών ουσιών είναι νέοι ηλικίας 19 – 29 ετών. Πιο συγκεκριμένα, το 26,7% είναι ηλικίας 30 – 40 ετών, ενώ το 3,8% είναι έφηβοι (18 ετών ή και μικρότεροι). Η μέση ηλικία είναι τα 29 έτη (τυπική απόκλιση 7,6 έτη) και στα δύο φύλα, ενώ η μέση ηλικία των γυναικών είναι χαμηλότερη (27,8 έτη) από αυτήν των ανδρών (29,3 έτη). Επιπλέον, σύμφωνα με εθνικές μελέτες, η χρήση είναι συντριπτικά περισσότερο διαδεδομένη στα αστικά κέντρα.[58]

Για τη χάραξη Εθνικής Πολιτικής Κατά των Ναρκωτικών, είναι απαραίτητο να γνωρίζουν οι αρμόδιοι φορείς στοιχεία όπως τα παραπάνω τα οποία περιγράφουν την κατάσταση της χρήσης ουσιών στο γενικό πληθυσμό. Επομένως, τόσο τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Ναρκωτικά όσο και αυτά του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης δίνουν σημαντικές πληροφορίες για την κατάσταση του προβλήματος. Οι πληροφορίες σχετικά με τη ραγδαία αύξηση του αριθμού των θανάτων που σχετίζονται με ναρκωτικά κατά την περίοδο 1990 – 2001, όπου οι θάνατοι από 79 έφτασαν στους 321, αποτελεί σημαντικό στοιχείο για τη λήψη αποφάσεων. Στη συνέχεια, ο αριθμός σημείωσε μείωση σε 259 θανάτους κατά το 2002 και 217 το 2003, αλλά από το 2004 σημειώνεται και πάλι αύξηση. Πιο συγκεκριμένα, το 2004 οι θάνατοι έφτασαν στους 250 και το 2005 στους 284. Τα στοιχεία που προκύπτουν σε σύγκριση με τα διεθνή δεδομένα, δείχνουν ότι ο αριθμός των θανάτων είναι αρκετά υψηλός στη χώρα μας, επομένως απαιτείται ενίσχυση των προγραμμάτων θεραπείας και απεξάρτησης.[59]

Σύμφωνα πάλι με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Ναρκωτικά, οι χρήστες που απευθύνονται σε υπηρεσίες για τα ναρκωτικά, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά μόλυνσης από ηπατίτιδα C (κυρίως οι ενδοφλέβιοι χρήστες) που κυμαίνονται μεταξύ 43,3% και 61,7%, ενώ τα ποσοστά μόλυνσης από ηπατίτιδα B είναι γύρω στο 3%. Επίσης, σύμφωνα με την ίδια πηγή, τα επίπεδα οροθετικότητας για HIV, καθώς και ο αριθμός κρουσμάτων AIDS μεταξύ των χρηστών παραμένουν στη χώρα μας σε πολύ χαμηλά επίπεδα, από ότι στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Τα στοιχεία που προκύπτουν από την επεξεργασία ιατρικών δεδομένων, αποτελούν σημαντικά εργαλεία στη λήψη αποφάσεων για την

αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών και στη διασφάλιση της δημόσιας υγείας.[60]

Τα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνών αποτελούν σημαντικά εργαλεία για την αξιολόγηση της κατάστασης συνολικά, την αξιολόγηση των δράσεων και την κατάρτιση εθνικής πολιτικής από τους αρμόδιους φορείς, με στόχο την αποτελεσματική αντιμετώπιση της μάστιγας των ναρκωτικών στη χώρα μας. Η χάραξη εθνικής στρατηγικής για να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην καταπολέμηση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης, πρέπει να βασίζεται σε αναλυτικά στοιχεία που να απεικονίζουν την πραγματική διάσταση του προβλήματος και να θέτει στοχευμένες δράσεις με σαφές χρονοδιάγραμμα υλοποίησης.

4.1 Εθνική Πολιτική Κατά των Ναρκωτικών

Η Ελλάδα σχεδιάζει στοχευμένη, συνολική εθνική πολιτική για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών τα τελευταία μόλις χρόνια. Η μη ύπαρξη εθνικής στρατηγικής και εθνικού σχεδίου δράσης επί σειρά ετών, δημιούργησε σωρεία προβλημάτων στην καταπολέμηση του φαινομένου. Πιο συγκεκριμένα, είχε ως αποτέλεσμα τη μη ύπαρξη συντονισμού μεταξύ των φορέων κατά των ναρκωτικών, τη δυσκολία κατάρτισης ενιαίου οικονομικού προγραμματισμού των απαραίτητων δράσεων, καθώς και την αδυναμία αξιολόγησης των ληφθέντων αποφάσεων σε επίπεδο πολιτικής και στην ανάληψη νέων πιο αποτελεσματικών μέτρων.

Σε πρώτη φάση το 2006 αλλά και κατά το πρώτο εξάμηνο του 2007, πραγματοποιούνται σημαντικές εξελίξεις στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών. Πιο συγκεκριμένα, η κατάρτιση εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά, το προσχέδιο δράσης και η έκθεση της Διακομματικής Επιτροπής της Βουλής για τα ναρκωτικά, θέτουν νέα δεδομένα στην χάραξη εθνικής πολιτικής για την καταπολέμηση των ναρκωτικών. Παράλληλα, διατυπώνονται για πρώτη φορά συγκεκριμένες προτάσεις για τη μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών και ευθυγραμμίζεται η εθνική πολιτική για τα ναρκωτικά με τις επιταγές της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα, η Ελλάδα με την κατάρτιση Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ναρκωτικά (2008 – 2012), το οποίο αποτελεί τμήμα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, θέτει την πρώτη στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική και

αναπτύσσει συγκεκριμένες δράσεις, και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης, καθώς για τη διασφάλιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Από τη μια πλευρά, οι δράσεις για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ελλάδα επικεντρώνονται σε βασικούς τομείς όπως είναι η πρόληψη, η θεραπεία (προγράμματα υποκατάστασης, «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα, προγράμματα βραχείας παραμονής), η κοινωνική επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων και η καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος που συνδέεται με τη διακίνηση των ναρκωτικών. Παράλληλα, ένας άλλος βασικός τομέας στην αντιμετώπιση του προβλήματος είναι η μείωση βλάβης, η οποία στοχεύει στην αντιμετώπιση των προβληματικών συμπεριφορών που απορρέουν από τη χρήση εθιστικών ουσιών όπως είναι η καταπολέμηση της εγκληματικότητας, η μείωση μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών, σε ενδοφλέβιους κυρίως χρήστες, η βελτίωση των συνθηκών κράτησης εξαρτημένων ατόμων με τη δημιουργία θεραπευτικών προγραμμάτων μέσα στα σωφρονιστικά καταστήματα, κ.λπ.[61]

Πιο αναλυτικά, οι στόχοι της Εθνικής Στρατηγικής κατά των Ναρκωτικών για τα έτη 2006-2012 περιλαμβάνουν βασικούς άξονες σε διάφορους τομείς, όπως είναι η διενέργεια αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη μείωση της ζήτησης και εύκολη πρόσβαση των αρμόδιων φορέων σε αυτές. Παράλληλα, διασφάλιση της πολυμορφίας των θεραπευτικών προγραμμάτων ώστε να ανταποκρίνονται στις διαφορετικές ανάγκες των ατόμων και παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στα εξαρτημένα άτομα. Αξίζει επιπλέον να σημειωθεί ότι, αποτελεί βασικό στόχο για την Ελλάδα η εξάλειψη μεγάλων λιστών αναμονής των προγράμματος υποκατάστασης που διογκώνουν σημαντικά το πρόβλημα των ναρκωτικών στη χώρα.

Επίσης, ένας άλλος σημαντικός τομέας είναι η διενέργεια στοχευμένων παρεμβάσεων πρόληψης σε συγκεκριμένες ομάδες στόχους όπως για παράδειγμα νέοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο, εργαζόμενοι, κ.λπ., για την εκπαίδευση σχετικά με τη μαστίγα των ναρκωτικών. Επιπλέον, η επέκταση υπηρεσιών μείωσης βλάβης και παρέμβασης στο δρόμο είναι σημαντική, καθώς ένας μεγάλος αριθμός εξαρτημένων ατόμων έχει εξαθλιωθεί και περιθωριοποιηθεί, με αποτέλεσμα να μην έχει πρόσβαση στις διάφορες υπηρεσίες κατά των ναρκωτικών. Επίσης, η ανάπτυξη και πραγματοποίηση προγραμμάτων πρόληψης για τη μείωση μετάδοσης

μολυσματικών ασθενειών (HIV/AIDS, ηπατίτιδας Β και C) σε συνεργασία με το ΚΕΕΛΠΝΟ⁴ και τοπικούς φορείς, είναι σημαντική για τη διασφάλιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας. Επιπλέον, η μείωση θανάτων που συνδέονται με τα ναρκωτικά, αποτελεί βασικό στόχο της στρατηγικής για τα ναρκωτικά, καθώς η αξία της ανθρώπινης ζωής αλλά και η ποιοτική διαβίωση είναι ανεκτίμητες. Τέλος, ένας άλλος βασικός στόχος είναι η ανάπτυξη εναλλακτικών μέτρων φυλάκισης στους εξαρτημένους και ο εκσυγχρονισμός της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά.

Παράλληλα με τη χάραξη στρατηγικών, οι οποίες θέτουν συγκεκριμένους στόχους, απαιτείται από τους αρμόδιους φορείς συνεχής και συστηματική αξιολόγηση όλων των δράσεων, καθώς και των δομών οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες στα εξαρτημένα άτομα. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στα άτομα, προσαρμοσμένων σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους αλλά και με τις εξελίξεις γύρω από το πρόβλημα (π.χ. ουσία κατάχρησης) των ναρκωτικών σε παγκόσμιο επίπεδο [62]

Η χάραξη εθνικής πολιτικής για τα ναρκωτικά, προϋποθέτει συντονισμό των δράσεων των αρμοδίων φορέων, συστηματική παρακολούθηση των ενεργειών και συνεχή αξιολόγηση των ληφθέντων μέτρων, με στόχο την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου. Πιο συγκεκριμένα, ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών έχει επιφορτιστεί με το συντονισμό, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση της συνολικής πολιτικής για τη μείωση της ζήτησης των ναρκωτικών, σε συνεργασία με τη διυπουργική επιτροπή συντονισμού, η οποία συστάθηκε με νόμο το 2001 για την υλοποίηση του εθνικού σχεδίου δράσης. Επίσης, το Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών σε συνεργασία με την Εθνική Μονάδα Πληροφοριών (ΣΟΔΝ-ΕΜΠ), πραγματοποιούν το συντονισμό όλων των οργανισμών που συμμετέχουν στη μείωση της προσφοράς ναρκωτικών στη χώρα μας.

Παράλληλα, το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), το οποίο χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και από τον Οργανισμό κατά των Ναρκωτικών, συλλέγει, επεξεργάζεται και δημοσιεύει σε ετήσια βάση, ποιοτικά στοιχεία για όλες τις παραμέτρους που αφορούν τα ναρκωτικά, τα οποία είναι συγκρίσιμα με τα στοιχεία των άλλων 24 Εθνικών Κέντρων του Ευρωπαϊκού Δικτύου Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την

⁴ Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

Τοξικομανία (REITOX), του οποίου αποτελεί μέλος. Πιο συγκεκριμένα, το ΕΚΤΕΠΝ εκδίδει κάθε χρόνο την Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα την Ελληνική Βιβλιογραφία για τα Ναρκωτικά και το Αλκοόλ. Επίσης, το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) συνεργάζεται με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) το οποίο λειτουργεί από το Νοέμβριο του 1993.[63]

4.2. Προγράμματα Κατά των Ναρκωτικών

Το φαινόμενο των ναρκωτικών λαμβάνει σημαντική αύξηση τα τελευταία χρόνια και συνιστά σοβαρό πρόβλημα τόσο σε επίπεδο κοινωνιών όσο και σε επίπεδο δημόσιας υγείας διεθνώς. Η παραγωγή, διακίνηση και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών συνδέεται άμεσα με τις εξελίξεις, οικονομικές, κοινωνικές, πολιτισμικές, νομικές, υγειονομικές των διαφόρων χωρών. Για την αντιμετώπιση του χρειάζονται στοχευμένες δράσεις σε επίπεδο εθνικής πολιτικής και συντονισμός των αρμόδιων φορέων – οργανισμών.

Πιο αναλυτικά, σε όλη τη χώρα, λειτουργούν σήμερα 50 θεραπευτικές μονάδες ή προγράμματα, για εξαρτημένα από ουσίες άτομα. Οι θεραπευτικές αυτές δομές διαφέρουν τόσο ως προς τη φιλοσοφία για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών όσο και ως προς τη λειτουργία τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διαμορφώνεται ένα φάσμα επιλογών για τα ουσιοεξαρτημένα άτομα, ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Πιο συγκεκριμένα, οι βασικοί τύποι θεραπείας που παρέχονται στην Ελλάδα είναι:

- τα «στεγνά» προγράμματα εσωτερικής διαμονής,
- τα «στεγνά» προγράμματα εξωτερικής παραμονής ενηλίκων και εφήβων
- τα προγράμματα υποκατάστασης με τη χορήγηση φαρμακευτικών , όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη, για χρήστες οπιοειδών, ενώ οι αναγνωρισμένοι φορείς που παρέχουν θεραπεία σε εξαρτημένα άτομα είναι:
 - ο Ο.ΚΑ.ΝΑ.,
 - το ΚΕΘΕΑ,
 - το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής,
 - το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης,
 - η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών,

- Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία,
- ορισμένοι φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και
- τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής.

Με βάση τα δεδομένα του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Ναρκωτικά, ο συνολικός αριθμός εξαρτημένων ατόμων που παρακολούθησαν τα προγράμματα το 2005 ανέρχεται σε 4.285 άτομα, από τα οποία 2.225 αφορούσαν σε νέες εγγραφές. Σε σύγκριση με στοιχεία άλλων χωρών, τόσο ο αριθμός των θεραπευτικών προγραμμάτων, όσο και ο αριθμός των υπό θεραπεία χρηστών στην Ελλάδα υπολείπονται σημαντικά από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό οφείλεται σημαντικά στο μεγάλο αριθμό αιτήσεων συμμετοχής σε θεραπευτικά προγράμματα και στο μεγάλο χρόνο αναμονής, με αποτέλεσμα ο αριθμός των διαθέσιμων θέσεων να υπολείπεται των μεγάλων σε έκταση αναγκών για θεραπεία.

Τα στοιχεία αυτά αναδεικνύουν την μεγάλη ανάγκη για ενίσχυση και επέκταση των διαφόρων θεραπευτικών προγραμμάτων στην Ελλάδα. Η μη ύπαρξη ικανού αριθμού θεραπευτικών προγραμμάτων έχει ως αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός εξαρτημένων ατόμων να μην έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες θεραπείας και να παραμένει στο περιθώριο με όλες τις αρνητικές συνέπειες που αυτό συνεπάγεται. Παρακάτω παρουσιάζονται οι φορείς που επιλαμβάνονται του προβλήματος των ναρκωτικών χώρα μας.[64]

4.2.1. Εθνικοί Οργανισμοί Κατά των Ναρκωτικών[65]

4.2.1.1. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)

Ιδρύθηκε το 1993 και αποτελεί τον εθνικό φορέα που είναι επιφορτισμένος με:

- τη χάραξη εθνικής στρατηγικής για τα ναρκωτικά
- το συντονισμό όλων των δράσεων και προγραμμάτων κατά των ναρκωτικών
- την ανάπτυξη υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης και
- τη μελέτη και παρακολούθηση του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων και την παροχή πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού.

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει αναπτύξει μια πολύπλευρη δραστηριότητα και έχει ιδρύσει ένα σύνολο υπηρεσιών και προγραμμάτων σε όλη τη χώρα. Πιο συγκεκριμένα:

1. Κέντρα Πρόληψης :

Υπό την αιγίδα του Ο.ΚΑ.ΝΑ. λειτουργούν 74 Κέντρα Πρόληψης σε 49 νομούς της χώρας, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τα οποία συγχρηματοδοτούνται από τον Ο.ΚΑ.ΝΑ., την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τους τοπικούς φορείς.

2. Θεραπευτικά προγράμματα του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. διαθέτει προγράμματα υποκατάστασης σε όλη την Ελλάδα από το 1995. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει 8 θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης στην Αθήνα, στον Πειραιά και στη Θεσσαλονίκη. Επίσης, 9 μονάδες υποκατάστασης, σε συνεργασία με τις Δ.Υ.ΠΕ., είτε με τη μορφή αυτόνομων μονάδων είτε με τη μορφή εξωτερικών ιατρείων, σε συνεργασία με τα κατά τόπους νοσοκομεία (Θεσσαλονίκη, Χανιά, Ρόδος, Πάτρα, Λαμία, Αγρίνιο, Λιβαδειά, Λάρισα, Χαλκίδα). Παράλληλα, στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για την ένταξη μονάδων υποκατάστατων στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, έχει θεμελιώσει μια μονάδα στο Νοσοκομείο του Ρίο και μια μονάδα στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης.

Επίσης, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. διαθέτει σε όλη την Ελλάδα τα παρακάτω «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία απευθύνονται σε ενήλικες και εφήβους χρήστες και υλοποιούνται σε συνεργασία με άλλους φορείς. Πιο αναλυτικά περιλαμβάνει 3 «στεγνά» προγράμματα ενηλίκων, στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη και στην Πάτρα, καθώς και 4 «στεγνά» προγράμματα εφήβων στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη, στη Λάρισα και στο Ρέθυμνο. Παράλληλα, διαθέτει 1 ιατρείο υποστήριξης εξαρτημένων ατόμων, σε συνεργασία με το Ι.Κ.Α. και Υπηρεσίες άμεσης πρόσβασης για προσέγγιση και παροχή βοήθειας σε χρήστες που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων (π.χ. τηλεφωνική γραμμή SOS 103, Υπηρεσία Νομικής Υποστήριξης και παροχή προσωρινής στέγασης σε άστεγους χρήστες).

3. Μονάδες κοινωνικής επανένταξης του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Στον τομέα της κοινωνικής επανένταξης, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. λειτουργεί μια Μονάδα Κοινωνικής Επανένταξης στην Αθήνα, με σκοπό ψυχοκοινωνική στήριξη, κοινωνικοποίηση και ένταξη στην αγορά εργασίας των απεξαρτημένων ατόμων. Επίσης, διατηρεί δύο εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής

Ένταξης σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, με κύριο στόχο την επαγγελματική αποκατάσταση των υπό απεξάρτηση ή των απεξαρτημένων ατόμων, για την ομαλή επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και στην αγορά εργασίας.

4.2.1.2. Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

Ιδρύθηκε το 1987, με κύριο σκοπό την οργάνωση υπηρεσιών και προγραμμάτων θεραπείας και ψυχικής απεξάρτησης από τα ναρκωτικά. Η δραστηριότητά του επεκτείνεται επιπλέον στους τομείς της πρωτογενούς πρόληψης, της εκπαίδευσης επαγγελματιών ψυχικής υγείας και της έρευνας. Το ΚΕΘΕΑ αναπτύσσει ένα σύνολο υπηρεσιών και προγραμμάτων σε όλη τη χώρα τα οποία περιγράφονται παρακάτω. Πιο συγκεκριμένα:

1. Προγράμματα Πρόληψης του ΚΕΘΕΑ

Ο Τομέας Πρόληψης του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων περιλαμβάνει τμήματα πρόληψης στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, την Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης «ΠΗΓΑΣΟΣ» και τη Μονάδα Πρόληψης «ΙΚΑΡΟΣ». Μέσω των μονάδων αυτών, το ΚΕΘΕΑ αναπτύσσει στοχευμένα προγράμματα πρόληψης σε ειδικές ομάδες, προγράμματα πρόληψης σε γονείς, ολοκληρωμένα σχολικά προγράμματα, κοινοτικά προγράμματα σε όλη την Ελλάδα, κ.λπ.

2. Θεραπευτικά Προγράμματα ΚΕΘΕΑ

Το δίκτυο υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ, ξεκίνησε το 1983 με την πρώτη θεραπευτική κοινότητα, περιλαμβάνει σε όλη την Ελλάδα δομές όπως: Συμβουλευτικά κέντρα για τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους, στην Αθήνα, στον Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη, στα Δικαστήρια Ανηλίκων Αθηνών και σε επτά επαρχιακές πόλεις. Επίσης, σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, λειτουργούν υπηρεσίες συμβουλευτικής στήριξης των ενδιαφερόμενων και παραπομπής τους σε μονάδες απεξάρτησης σε έξι επιπλέον πόλεις. Τέλος, Μονάδες Απεξάρτησης, με βασικό στόχο την ψυχική απεξάρτηση των μελών τους, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- **Θεραπευτικές κοινότητες** ενηλίκων εσωτερικής διαμονής και εξωτερικής ημερήσιας φροντίδας στην Αττική στη Θεσσαλονίκη, στη Λάρισα, στη Σαλαμίνα και στο Ηράκλειο Κρήτης.

- ο **Μονάδες Απεξάρτησης Εφήβων** ή/ και νεαρών ενηλίκων εξωτερικής ημερήσιας φροντίδας στην Αθήνα, στον Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη, στο Βόλο και στην Πάτρα.

3. Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης ΚΕΘΕΑ

Το ΚΕΘΕΑ αναπτύσσει σημαντική δραστηριότητα στον τομέα της κοινωνικής επανάταξης, με μια σειρά προγραμμάτων και υπηρεσιών που περιλαμβάνουν:

- ο Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης στην Αθήνα, στον Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη, στη Λάρισα, στο Βόλο, στην Πάτρα και στο Ηράκλειο Κρήτης, με στόχο την κοινωνική και εργασιακή ένταξη των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει την κυρίως φάση θεραπείας σε μονάδα απεξάρτησης.
- ο Κέντρα Οικογενειακής Υποστήριξης για οικογένειες που αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρήσης ουσιών, τα οποία λειτουργούν στην Αθήνα, στον Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη, στη Λάρισα, στην Αλεξανδρούπολη, στην Καβάλα, στο Βόλο, στην Πάτρα, στο Ηράκλειο και στον Άγιο Νικόλαο Κρήτης.
- ο Εναλλακτικά – Μεταβατικά Σχολεία στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη, στη Λάρισα και στο Ηράκλειο Κρήτης, για πρώην χρήστες ουσιών που είναι ενταγμένοι σε θεραπευτικά προγράμματα.
- ο Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη, στη Λάρισα και στο Ηράκλειο Κρήτης, για μέλη και αποφοίτους αναγνωρισμένων θεραπευτικών προγραμμάτων.
- ο Υπηρεσία Νομικής Υποστήριξης για μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ, με γραφεία στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη.
- ο Μονάδα Συμβουλευτικής Κρατουμένων Θεσσαλονίκης με δίκτυο προγραμμάτων συμβουλευτικής υποστήριξης και κινητοποίησης για θεραπεία σε φυλακές της Βόρειας Ελλάδας.
- ο Κέντρο Υποδοχής και Επανάταξης Αποφυλακισμένων Θεσσαλονίκης για την απεξάρτηση ή και κοινωνική επανάταξη αποφυλακισμένων χρηστών και πρώην χρηστών.
- ο Το πρόγραμμα ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ, με προγράμματα συμβουλευτικής κρατουμένων και Θεραπευτική Κοινότητα σε φυλακές της Αττικής και Κέντρο Υποδοχής Αποφυλακισμένων στην Αθήνα

- Το ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ, για την πολύπλευρη στήριξη εξαρτημένων ατόμων που είναι αποκομμένα από τις κοινωνικές υπηρεσίες ή δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε θεραπευτική διαδικασία. Περιλαμβάνει πρόγραμμα προσέγγισης χρηστών στο δρόμο, στέκι για χρήστες ουσιών, διαγνωστικό κέντρο κ.ά.
- Το ΚΕΘΕΑ MOSAIC, για τη συμβουλευτική στήριξη, την κοινωνική φροντίδα και την εκπαίδευση μεταναστών, παλινοστούντων και προσφύγων, με στόχο την εργασιακή και κοινωνική τους ενσωμάτωση και την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών και της παραβατικότητας
- Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ, για χρήστες ουσιών, τους συγγενείς και τους φίλους τους
- Ξενώνες φιλοξενίας εφήβων και ενηλίκων που παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ, στην Αθήνα και στο Ηράκλειο Κρήτης
- «Club» εργασίας στην Αθήνα, για να συνδέονται με την αγορά εργασίας τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το θεραπευτικό πρόγραμμα ΔΙΑΒΑΣΗ.
- Μονάδα γραφικών τεχνών στη Σίνδο Θεσσαλονίκης, για την ενίσχυση της αυτοχρηματοδότησης του οργανισμού και την επαγγελματική κατάρτιση μελών των θεραπευτικών προγραμμάτων. Ενώ, λειτουργεί επίσης ξυλουργείο, εργαστήριο κεραμικής και αγρόκτημα στην ίδια περιοχή.

Στο επόμενο κεφάλαιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας, παρουσιάζεται εκτενώς ο ρόλος του ΚΕΘΕΑ στην απεξάρτηση από τα ναρκωτικά, καθώς αποτελεί τον πρώτο φορέα που συστάθηκε στην Ελλάδα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, με υψηλά ποσοστά αποτελεσματικότητας.

Οι θεραπευτικές υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ διέπονται από τη φιλοσοφία των «στεγνών» προγραμμάτων, είναι ανθρωποκεντρικές, βασίζονται στην ενεργή συμμετοχή του ατόμου για την απεξάρτηση του από τα ναρκωτικά και παρέχονται εντελώς δωρεάν. Το μοντέλο θεραπείας των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ στοχεύει εκτός από τη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης και στην κοινωνική επανένταξη των ατόμων που ολοκληρώνουν τα προγράμματα του.

4.2.1.3. Το πρόγραμμα απεξάρτησης «18 ΑΝΩ»

Λειτουργεί στο πλαίσιο του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Ψ.Ν.Α.) και άρχισε να λειτουργεί το 1969 έως το 1995 που χωρίστηκε σε δύο ανεξάρτητα τμήματα, των τοξικομανών και των αλκοολικών:

1. Τομέας πρόληψης του Ψ.Ν.Α. «18 ΑΝΩ»

Είναι ο 6^{ος} τομέας πρόληψης του «18 ΑΝΩ», ο οποίος επεξεργάζεται και υλοποιεί προγράμματα πρόληψης στο πλαίσιο όλων των τομέων του «18 ΑΝΩ».

2. Θεραπευτικά Προγράμματα του «18 ΑΝΩ»

Η Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών του «18 ΑΝΩ», λειτουργεί 20 χρόνια στο Ε.Σ.Υ., είναι στελεχωμένη με εξειδικευμένο προσωπικό, στεγάζεται στα νέα κτίρια πολλών δομών και περιλαμβάνει έξι τομείς, όπου υλοποιούνται πολλά προγράμματα εσωτερικής διαμονής και εξωτερικής παρακολούθησης. Οι επιμέρους τομείς είναι λειτουργικά ανεξάρτητοι, αποτελούν όμως, ένα ενιαίο σύνολο, το «18 ΑΝΩ». Πιο συγκεκριμένα:

- **1^{ος} Τομέας Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ»**, περιλαμβάνει Συμβουλευτικό Σταθμό, Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης εσωτερικής διαμονής, Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στις Εξαρτήσεις και Τμήμα Κοινωνικής Επανάταξης, στο οποίο ανήκουν:
 1. Το Κ.Ε.Κ.(κέντρο επαγγελματικής κατάρτισης) του «18 ΑΝΩ» και το σχολείο του «18 ΑΝΩ»,
 2. Ο Ξενώνας Α και Β
 3. Το κέντρο εκπαίδευσης και δημιουργίας
 4. Το εργαστήριο Φωτογραφίας του «18 ΑΝΩ»
- **2^{ος} Τομέας Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ»**, περιλαμβάνει Συμβουλευτικό Σταθμό, Τμήμα Ψυχολογικής Απεξάρτησης εσωτερικής διαμονής, Τμήμα Κοινωνικής Επανάταξης, στο οποίο ανήκουν:
 - Ένας Ξενώνας,
 - Το Τμήμα Ηλεκτρονικής Σχεδίασης Εντύπου,
 - Το Μουσικό Εργαστήρι .
- **3^{ος} Τομέας Απεξάρτησης «18 ΑΝΩ»**, περιλαμβάνει Κέντρο υποδοχής εξαρτημένων γυναικών, Ειδικό τμήμα ψυχολογικής απεξάρτησης γυναικών, εσωτερικής διαμονής, Ειδικό τμήμα ψυχολογικής απεξάρτησης τοξικομανών

μητέρων, εσωτερικής διαμονής των μητέρων με τα ανήλικα παιδιά τους, Τμήμα Κοινωνικής Επανάταξης και Ξενώνα. Ο Τομέας Γυναικών διαθέτει επίσης Τμήμα Έρευνας και Εκπαίδευσης στις Εξαρτήσεις, καθώς και το Εργαστήριο Κούκλας και Μαριονέτας

- **4^{ος} Τομέας Απεξάρτησης Τμήμα Εφήβων και Νέων «18 ΑΝΩ»**, περιλαμβάνει Τμήμα Εφήβων και Νέων εξωτερικής παρακολούθησης, Κέντρο Ημέρας Εφήβων και Νέων, Ανοιχτή Γραμμή (210 3617089) και Τμήμα Εκπαίδευσης και Έρευνας στις Εξαρτήσεις
- **5^{ος} Τομέας – Τομέας Οικογένειας «18 ΑΝΩ»**, περιλαμβάνει Τμήμα Οικογενειακής Συμβουλευτικής και Θεραπείας και Τμήμα Οικογένειας «18 ΑΝΩ»
- **6^{ος} Τομέας Πρόληψης «18 ΑΝΩ»**, επεξεργάζεται και υλοποιεί προγράμματα πρόληψης στο πλαίσιο όλων των τομέων του «18 ΑΝΩ». Σήμερα στο πλαίσιο της λειτουργίας του «18 ΑΝΩ» λειτουργούν δύο ειδικά προγράμματα:
 - Το ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης γυναικών, που έχει κλείσει 12 χρόνια ζωής, με αποτελεσματικότητα 70 – 80% και
 - το ειδικό πρόγραμμα εξαρτημένων μητέρων με τα παιδιά τους, το οποίο λειτουργεί τα τελευταία 2 χρόνια, με μεγάλη επίσης αποτελεσματικότητα..

3. Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης «18 ΑΝΩ»

Στον τομέα της κοινωνικής επανάταξης το «18 ΑΝΩ» λειτουργεί 4 Τμήματα Κοινωνικής Επανάταξης, 4 ξενώνες, 3 εργαστήρια, 6 ομάδες, ένα Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης και το Σχολείο.

4.2.1.4. Άλλοι φορείς που παρέχουν θεραπεία σε εξαρτημένα άτομα είναι οι παρακάτω:

- Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών
- Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία
- Το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
- Ορισμένοι φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης
(π.χ. Δήμος Καλλιθέας).

4.2.2. Το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.)

Ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1994 με σκοπό την έρευνα και τη διαχρονική παρακολούθηση της χρήσης ουσιών. Από το 1998 αποτελεί το εθνικό κέντρο αναφοράς για τα ναρκωτικά και είναι μέλος του δικτύου REITOX⁵, το οποίο συνεργάζεται με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά .

4.2.3. Η Διακομματική Κοινοβουλευτική Επιτροπή για τα Ναρκωτικά

Συγκροτήθηκε το 1998, με σκοπό τη συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση των νέων δεδομένων του προβλήματος, την εισήγηση μέτρων και τη διαμόρφωση προτάσεων για την αποτελεσματικότερη δράση κατά των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο.

4.2.4. Διατομεακή Συνεργασία

Συνεργασία μεταξύ των αρμόδιων φορέων και το Υπουργείο Δικαιοσύνης στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ναρκωτικών, με στόχο τη λειτουργία θεραπευτικών δομών (προγραμμάτων υποκατάστασης, θεραπευτικών προγραμμάτων ψυχικής απεξάρτησης) στα σωφρονιστικά καταστήματα, και τη μεταφορά της εποπτείας και της χρηματοδότησης των ψυχιατρικών νοσοκομείων των φυλακών από Υπουργείο Δικαιοσύνης στη δικαιοδοσία του Ε.Σ.Υ.

4.3. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά

Τα ναρκωτικά συνιστούν κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο είναι άμεσα συνδεδεμένο με τομείς όπως η οικογένεια, η εκπαίδευση, η δημόσια υγεία, η δικαιοσύνη, οι κοινωνικές συνθήκες (ανεργία, βία, εγκληματικότητα, κοινωνικές αναταραχές, μετακινήσεις πληθυσμών, παγκοσμιοποίηση, κ.λπ.), καθώς και η παραγωγή εργασίας, επομένως απαιτεί μια ολιστική και ανθρωποκεντρικού τύπου προσέγγιση και αντιμετώπιση. Η χάραξη Εθνικής Πολιτικής και η εφαρμογή Εθνικού Σχεδίου Δράσης κατά των ναρκωτικών αποτελούν απαραίτητες στρατηγικές και στοχευμένες δράσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του σύνθετου και πολυδιάστατου αυτού φαινομένου από την κοινωνία και τις κυβερνήσεις.

⁵ Ευρωπαϊκό Δίκτυο Πληροφοριών για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία

Η Ελλάδα πραγματοποιεί σημαντικά βήματα με την κατάρτιση Εθνικού Σχεδίου Δράσης, το οποίο στοχεύει κυρίως στην πρόληψη του προβλήματος και όχι στην καταστολή, στην ανάληψη δράσεων που μειώνουν και προσπαθούν να εξαλείψουν τον κοινωνικό στιγματισμό και την περιθωριοποίηση, ενώ ταυτόχρονα λαμβάνει μέτρα για την κοινωνική επανένταξη των απεξαρτημένων αλλά και των εξαρτημένων ατόμων, καθώς έχουν ίσα δικαιώματα μέσα στην κοινωνία (θεραπεία, περίθαλψη, εργασία, εκπαίδευση, κ.ά.). Παράλληλα, προωθεί την προστασία των δικαιωμάτων του χρήστη και της οικογένειας του στην ενημέρωση, στη θεραπεία και στην κοινωνική επανένταξη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, ο ρόλος του Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς καταγράφει και παρέχει στοιχεία όπως τα δεδομένα επιτήρησης και παρακολούθησης της χρήσης ναρκωτικών και των επιπτώσεών της στον πληθυσμό. Οι πληροφορίες αυτές αποτελούν σημαντικά εργαλεία στη χάραξη πολιτικής κατά των ναρκωτικών, καθώς και στην ανάπτυξη του Υγειονομικού Χάρτη της χώρας, που προβλέπεται από το νέο Εθνικό Σχέδιο Δράσης (2008-2012). Επίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να πραγματοποιούνται μελέτες και έρευνες σε ετήσια βάση για την αξιολόγηση των ληφθέντων δράσεων, την εφαρμογή νέων πιο αποτελεσματικών στρατηγικών, καθώς και την αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών από πιστοποιημένους φορείς κατά των ναρκωτικών.

Επίσης, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης προβλέπει την οικονομική ενίσχυση των δομών που προσφέρουν υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, μέσα από κρατικές χρηματοδοτήσεις, καθώς είναι αναγκαία για την καταπολέμηση του φαινομένου της εξάρτησης. Προς αυτή την κατεύθυνση στοχεύουν δράσεις όπως η ανάπτυξη ετήσιων σχεδίων δράσης και αναλυτικών προϋπολογισμών από όλους τους φορείς, η δημιουργία ενιαίου ολιστικού προϋπολογισμού, η αξιολόγηση των σχεδίων δράσης των φορέων, η αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας των φορέων, η εκπόνηση σύγχρονου και ενιαίου συστήματος ποιότητας για όλους τους φορείς, κ.λπ. Τέλος, το νέο Εθνικό Σχέδιο Δράσης προβλέπει την εφαρμογή ευρείας διατομεακής συνεργασίας με συντονισμένες δράσεις από την οργανωμένη πολιτεία. Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται η δημιουργία Εθνικού Οργάνου για το συντονισμό της δράσης των συναρμόδιων υπουργείων και φορέων, καθώς και η εκπροσώπηση της

χώρας σε διεθνή φόρα και οργανισμούς για την αντιμετώπιση του προβλήματος των ναρκωτικών.[66]

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για να είναι αποτελεσματικό και να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων, έχει καθορισμένους στόχους, στοχευμένες δράσεις σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες και διέπεται από τις παρακάτω αρχές:

1. προστασία των δικαιωμάτων του χρήστη, της οικογένειας του και της κοινωνίας στο σύνολό της και
2. βαθιά, επιστημονική γνώση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης και όλων των διαστάσεων της.

Η εκπόνηση πολιτικών κατά των ναρκωτικών πρέπει να πραγματοποιείται με βάση τις αρχές αυτές ώστε να προστατεύονται και να κατοχυρώνονται θεμελιώδη δικαιώματα των Ελλήνων πολιτών όπως το δικαίωμα όλων στη γνώση, την πληροφόρηση, την πρόληψη, η ισότητα στην υγεία και στην πρόσβαση σε θεραπεία, η κοινωνική ένταξη και επανένταξη, η ενίσχυση της έρευνας και η εξασφάλιση όλων των απαραίτητων δεδομένων, που απαιτούνται για τη χάραξη πολιτικών και στρατηγικών. Επιπλέον, η ενίσχυση των μηχανισμών της επιτήρησης και παρακολούθησης της χρήσης ναρκωτικών και των επιπτώσεών της, είναι απαραίτητες ώστε να σχεδιάζονται και να υλοποιούνται αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. [67]

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης θέτει τους παρακάτω βασικούς άξονες για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών:

- καθολική εξασφάλιση του δικαιώματος στη θεραπεία και η εξαφάνιση της λίστας αναμονής για τις θεραπείες υποκατάστασης,
- ουσιαστική διασύνδεση των προγραμμάτων υποκατάστασης με πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής στήριξης, ώστε να ολοκληρώνονται οι θεραπείες υποκατάστασης σε συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα (κύκλος θεραπείας 2 ετών),
- ενίσχυση των θεραπευτικών προγραμμάτων ψυχικής απεξάρτησης («στεγνά» προγράμματα),
 - εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες πρόληψης και ενημέρωσης,
 - εξασφάλιση επιπλέον οικονομικών πόρων για προληπτική πολιτική,

- συνολική μείωση της ζήτησης εξαρτησιογόνων ουσιών και ιδιαίτερα η στοχευμένη αντιμετώπιση της ζήτησης από τους νέους και τις νέες της κοινωνίας μας,
- καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού και η κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών στη μάχη κατά της εξάρτησης,
- δημιουργία σταθερού πλαισίου συνεργασίας με όλους τους συναρμόδιους φορείς, με στόχο την κοινωνική επανένταξη των πρώην χρηστών και
- ανάδειξη της Ελλάδας σε διεθνές κέντρο καινοτομίας και γνώσης για το ζήτημα της εξάρτησης.[68]

Η εφαρμογή Εθνικού Σχεδίου Δράσης καθίσταται επιτακτική για την επιτυχή υλοποίηση πολιτικών κατά των ναρκωτικών στη χώρα μας, η οποία τα προηγούμενα χρόνια δεν είχε καταρτίσει σχέδιο δράσης. Οι παραπάνω άξονες αποτελούν βασικές αρχές στρατηγικής κατά των ναρκωτικών, οι οποίες στοχεύουν μεταξύ άλλων στη διάθεση επιπλέον οικονομικών πόρων για πρόληψη του φαινομένου, στη μείωση της ζήτησης ψυχοτρόπων ουσιών, στην καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού και στην ενεργό συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών στην αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης.

Η μη ύπαρξη καθορισμένων στρατηγικών και στοχευμένων δράσεων, οι οποίες να συντονίζονται από ένα συντονιστικό όργανο και να εφαρμόζονται από τους αρμόδιους φορείς, μόνο σε αποσπασματικές δράσεις και μερική αντιμετώπιση του προβλήματος μπορεί να οδηγήσει. Η σύσταση στοχευμένων πολιτικών για την καταπολέμηση των ναρκωτικών, ενισχύει τη συνεργασία μεταξύ των αρμόδιων φορέων και συμβάλλει μεταξύ άλλων στην κοινωνική επανένταξη των πρώην χρηστών στην παραγωγική διαδικασία ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5⁰

ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ ΩΣ ΜΟΝΤΕΛΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ

5.1. Εισαγωγή

Στην παρούσα διπλωματική εργασία παρουσιάζεται ο ρόλος των θεραπευτικών κοινοτήτων στην απεξάρτηση από τα ναρκωτικά, καθώς αποτελούν, όπως προκύπτει από έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο, το αποτελεσματικότερο μοντέλο θεραπείας κατά της ουσιοεξάρτησης, τόσο σε ποιοτικό όσο και ποσοτικό επίπεδο.[69] Πιο συγκεκριμένα, οι θεραπευτικές κοινότητες λειτουργούν ως δομές θεραπείας για την τοξικοεξάρτηση τα τελευταία 40-45 χρόνια, αποτελούν «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα, κυρίως διαμονής, τα οποία βασίζονται στο ιεραρχικό μοντέλο σε συνδυασμό με την εξέλιξη των μελών στα διάφορα θεραπευτικά στάδια καθώς προχωράει η θεραπευτική πορεία τους, η οποία προϋποθέτει την ενεργή συμμετοχή τους. Παράλληλα, τα άτομα εργάζονται σε ομάδες με στόχο να καλλιεργήσουν και να αναπτύξουν προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και τεχνικές επικοινωνίας, οι οποίες θα τα βοηθήσουν να ενδυναμωθούν συναισθηματικά, να αποκτήσουν αυτοεκτίμηση και να εξερευνήσουν τον εαυτό τους, όχι μόνο σχετικά με τη χρήση ουσιών αλλά και γενικότερα ως άτομα με ανάγκες και επιθυμίες, τις οποίες κάλυπτε η μέχρι πριν τη θεραπεία τους εξαρτητική ουσία.

Η διαφορά των θεραπευτικών κοινοτήτων σε σχέση με άλλα θεραπευτικά προγράμματα έγκειται στη συνύπαρξη ατόμων με κοινό πρόβλημα τη χρήση ουσιών, όπου τόσο το θεραπευτικό προσωπικό όσο και τα πρώην εξαρτημένα άτομα, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την απεξάρτηση των μελών της θεραπευτικής κοινότητας, λειτουργώντας ως υγιή πρότυπα, τα οποία καταφέρνουν να ζουν ελεύθερα από εθιστικές ουσίες.[70] Το προφίλ των ατόμων που απευθύνονται για θεραπεία από τα ναρκωτικά στις θεραπευτικές κοινότητες, περιλαμβάνει χρήστες με ποικίλου βαθμού προβλήματα είτε άμεσα από την ουσία (π.χ. πολυχρήστες εθιστικών ουσιών) είτε επαγόμενα του τρόπου ζωής τους μέσα στην εξάρτηση, όπως προβλήματα υγείας, νομικά προβλήματα, ανεπάρκεια ή παντελής έλλειψη υποστηρικτικού οικογενειακού και κοινωνικού πλαισίου, καθώς και μια σωρεία προβλημάτων που ανάγονται στην ψυχική σφαίρα και που σχετίζονται με τη χρήση

ουσιών (μετατραυματικό στρες, κατάθλιψη, άγχος και άλλες διαταραχές προσωπικότητας), τα οποία θα διαχειριστούν και θα αντιμετωπίσουν τα άτομα μέσα στη θεραπευτική κοινότητα.[71]

Οι θεραπευτικές κοινότητες δεν αντιμετωπίζουν την ουσιοεξάρτηση ως «ασθένεια» ούτε τον χρήστη ως «ασθενή» που πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια και χρειάζεται να υποβληθεί παθητικά σε κάποια θεραπεία, αντίθετα προϋποθέτουν εθελοντική συμμετοχή του ατόμου σε αυτές, ενώ παράλληλα σε όλη την πορεία της θεραπευτικής πορείας του ατόμου απαιτείται ενεργή συμμετοχή από τα μέλη και συνεχής ανάληψη ευθυνών για την απεξάρτησή τους από τα ναρκωτικά. Αξίζει επιπλέον να σημειωθεί ότι, στις θεραπευτικές κοινότητες δεν χορηγούνται φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, τα θεραπευτικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται από το θεραπευτικό προσωπικό που εργάζεται σε αυτές περιλαμβάνουν την ατομική, ομαδική, και οικογενειακή θεραπεία, τεχνικές προσωπικής ανάπτυξης, εκπαιδευτικές δραστηριότητες, κ.λπ. Βέβαια, από την άλλη μεριά άτομα τα οποία παρουσιάζουν σε συνδυασμό με τη χρήση ουσιών και κάποια ψυχιατρική διαταραχή (συννοσηρότητα), πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία (ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή, κ.λπ.) και για τη χρήση ουσιών και για το ψυχιατρικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. [72]

Πιο συγκεκριμένα, οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν ένα ψυχοκοινωνικό μοντέλο θεραπείας που έχει ως στόχο την απεξάρτηση των ατόμων από ψυχοτρόπες ουσίες, οι οποίες εγκαθίστανται στα εξαρτημένα άτομα ως τρόπος ζωής με αρνητικές συνέπειες για τα ίδια, τις οικογένειές τους αλλά και την κοινωνία γενικότερα. Οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν προγράμματα ολιστικής θεραπευτικής παρέμβασης αφού σε συνδυασμό με τη χρήση ουσιών, αντιμετωπίζουν τα επαγόμενα και αλληλοεξαρτώμενα με την ουσιοεξάρτηση προβλήματα συμπεριφοράς, διαχείρισης συναισθημάτων (χαρά, λύπη, θυμό), συμμόρφωσης με κανόνες, παραβατικής δραστηριότητας, κ.λπ., που ταλαιπωρούν το εξαρτημένο άτομο, την οικογένεια του και την ευρύτερη κοινωνία.

Οι βασικοί στόχοι των θεραπευτικών κοινοτήτων περιλαμβάνουν την αλλαγή του τρόπου ζωής του εξαρτημένου, ο οποίος είναι συνυφασμένος με τη χρήση ουσιών, την απόλυτη αποχή από τις ουσίες, τη διερεύνηση και αντιμετώπιση των αιτιών που οδήγησαν το άτομο στη χρήση, τη διακοπή παραβατικών

δραστηριοτήτων, την επανασύνδεση με την οικογένεια, την επαγγελματική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη στον κοινωνικό ιστό.[73] Ο χρόνος παραμονής κάθε εξαρτημένου ατόμου σε μια θεραπευτική κοινότητα ποικίλει (παραδοσιακά, η παραμονή στη θεραπευτική κοινότητα διαρκούσε από 18 έως 24 μήνες, τα τελευταία χρόνια όμως ο χρόνος αυτός έχει μειωθεί σε 12 έως 24 μήνες), ανάλογα με τις ατομικές του ανάγκες και ιδιαιτερότητες. Σύμφωνα όμως με έρευνες προκύπτει ότι, τα άτομα που ολοκληρώνουν τη θεραπευτική διαδικασία επιτυγχάνουν τους παραπάνω θεραπευτικούς στόχους, αλλά ακόμα και αυτά που διακόπτουν σε συντομότερο χρονικό διάστημα, αποκομίζουν θετικά οφέλη για τη γενικότερη πορεία τους.

Πιο συγκεκριμένα, τα θετικά αποτελέσματα που επιφέρουν οι θεραπευτικές κοινότητες είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τον χρόνο παραμονής σε θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου. Σύμφωνα μάλιστα με μελέτες, η παραμονή σε θεραπεία τουλάχιστον για 90 ημέρες, αποτελεί θετικό προδιαθεσικό παράγοντα για τη μετέπειτα πορεία του εξαρτημένου ατόμου.[74] Μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας και την αποφοίτηση από τη θεραπευτική κοινότητα, ακολουθεί η φάση της κοινωνικής επανένταξης, όπου το άτομο ενσωματώνεται πλέον στον κοινωνικό ιστό, εντάσσεται στην παραγωγική διαδικασία ως εργαζόμενος πολίτης, τακτοποιεί θέματα όπως είναι η στέγη, η σχέση του με το άλλο φύλο, οι οικογενειακές σχέσεις, κ.λπ., η οποία διαρκεί ανάλογο χρονικό διάστημα και πραγματοποιεί καθορισμένες συναντήσεις με το θεραπευτικό προσωπικό, για την παρακολούθηση της πορείας του.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων στην απεξάρτηση από τα ναρκωτικά, διερευνάται συνεχώς μέσα από μελέτες και έρευνες τόσο από αρμόδιους φορείς όσο και από ερευνητές, οι οποίες στοχεύουν στη διαρκή βελτίωση και εξισορρόπηση του μοντέλου με τις πραγματικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων που απευθύνονται σε αυτές. Πιο συγκεκριμένα, το Εθνικό Ίδρυμα Για τα Ναρκωτικά και την Εξάρτηση (National Institute on Drug Abuse) στην Αμερική πραγματοποιεί τα τελευταία τριάντα χρόνια σειρά μελετών, για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων κατά των ναρκωτικών κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στις έρευνες αυτές, οι οποίες συγκεντρώνουν στοιχεία για περισσότερα από 65.000 άτομα που παρακολούθησαν

δημόσια θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης (π.χ. προγράμματα συντήρησης με μεθαδόνη, θεραπευτικές κοινότητες διαμονής, προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης, προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης, κ.λπ.), αναφορικά με τη λειτουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων στην απεξάρτηση, προκύπτουν πολλά θετικά αποτελέσματα.

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα της «DATOS», όπου τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν κατά την εισαγωγή των μελών, στη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας και ύστερα τουλάχιστον 1 χρόνο από την ολοκλήρωση της θεραπείας προκύπτει ότι, τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας σε χρήστες κοκαΐνης, οι οποίοι παρέμειναν στη θεραπευτική κοινότητα διαμονής τουλάχιστον για 90 ημέρες, μόνο το 15% επέστρεψε πάλι σε καθημερινή χρήση. Αντίθετα, όσοι παρακολούθησαν πρόγραμμα εξωτερικής παρακολούθησης για 90 ημέρες, επέστρεψε στη χρήση το 29%, ενώ όσοι παρέμειναν στη θεραπεία διαμονής μόνο για τρεις εβδομάδες, επέστρεψε στη χρήση το 38% των χρηστών. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ του χρόνου παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα (τουλάχιστον για 90 ημέρες) και της θετικής έκβασης της θεραπείας, σε συνδυασμό βέβαια και με άλλους παράγοντες όπως η ενεργή συμμετοχή του εξαρτημένου ατόμου, η ανάπτυξη δεξιοτήτων (διαπροσωπικών, εκπαιδευτικών, επαγγελματικών, κ.λπ.) και τεχνικών επικοινωνίας που βοηθούν το άτομο και ενισχύουν το κίνητρο του για θεραπεία.[75]

Το πρόβλημα των ναρκωτικών αποτελεί ένα από τα δυσκολότερα και πολυπαραγοντικά θεραπευτικά προβλήματα, το οποίο επηρεάζει αρνητικά τα άτομα, τις οικογένειες τους και την κοινωνία γενικότερα. Η θεραπευτική παρέμβαση του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων στοχεύει στην πλήρη αποχή από εθιστικές ουσίες, στη διακοπή της παραβατικής συμπεριφοράς, καθώς και στην προσωπική ανάπτυξη του ατόμου. Μέσα από θεραπευτικές διεργασίες οι οποίες στοχεύουν στην τόνωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου καθώς και μέσα από την ανάπτυξη δεξιοτήτων και τεχνικών για την επιτυχή επανένταξη του απεξαρτημένου ατόμου, πραγματοποιούνται πολλά θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης. Στη συνέχεια του κεφαλαίου παρουσιάζονται οι θεραπευτικές κοινότητες, πως ξεκίνησαν, οι αρχές που τις διέπουν και ο τρόπος λειτουργίας τους, ενώ

παρουσιάζεται εκτενώς το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων με πυρήνα την «ΙΘΑΚΗ» την πρώτη ελληνική θεραπευτική κοινότητα.

5.2. Ιστορική αναδρομή

5.2.1. Οι πρώτες θεραπευτικές κοινότητες: δημοκρατικές και ιεραρχημένες

Ο Thomas Main⁶ είναι ο πρώτος που χρησιμοποιεί τον όρο «θεραπευτική κοινότητα» σε άρθρο του το 1946, όπου παρουσιάζει τον τρόπο με τον οποίο το θεραπευτικό προσωπικό και οι ασθενείς αλληλεπιδρούν και λειτουργούν κοινά σε ένα περιβάλλον κοινότητας, με στόχο να επιτύχουν την κοινωνική επανένταξη των τελευταίων. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σημαντικό στοιχείο της εποχής αποτελεί η ενεργή συμμετοχή των ασθενών ή -πως αποκαλούνταν οι ίδιοι- «μελών της κοινότητας» στην επίλυση των προσωπικών τους θεμάτων στο πλαίσιο των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας που επικρατούσαν μέσα στο νοσοκομείο όπου νοσηλεύονταν.

Στη Βρετανία τη δεκαετία του '60 οι θεραπευτικές κοινότητες οργανώνονται σε πτέρυγες ψυχιατρείων ή σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων, είτε ως προγράμματα διαμονής είτε ως κέντρα ημερήσιας φροντίδας. Οι βασικές αρχές των πρώτων θεραπευτικών κοινοτήτων είναι στενά συνδεδεμένες με το κίνημα της «κοινωνικής ψυχιατρικής» για τον εκδημοκρατισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων και το «άνοιγμα» τους στην κοινωνία, ενώ αντίστοιχες θεραπευτικές δομές σε πολλές χώρες έχουν επηρεαστεί από αυτές. Η πρώτη θεραπευτική κοινότητα εμφανίζεται στη διάρκεια του δευτέρου παγκοσμίου πολέμου στην Αγγλία, μέσα σε ένα αυστηρά δομημένο σύστημα που διέπει τα στρατιωτικά νοσοκομεία (π.χ. Νοσοκομείο Mill Hill) που υποδέχονταν στρατιώτες από το μέτωπο του πολέμου. Μετά τη λήξη του πολέμου, ο ρόλος των θεραπευτικών κοινοτήτων αλλάζει και στρέφεται στην ανάκαμψη ψυχικά πασχόντων ασθενών, οι οποίοι έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με εκείνα των αιχμαλώτων του πολέμου.

Ο Maxwell Jones συγκαταλέγεται στους πρωτεργάτες των θεραπευτικών κοινοτήτων και στο νοσοκομείο «Henderson» υιοθετεί ήδη το μοντέλο της «δημοκρατικής διαχείρισης» στη μονάδα των ασθενών, όπως αυτό είχε εφαρμοστεί στο νοσοκομείο του «Mill Hill» στη διάρκεια του πολέμου. Παράλληλα, οι

⁶ Ψυχαναλυτής και Διευθυντής του Νοσοκομείου «Cassel» του Λονδίνου για 30 χρόνια

ολομέλειες της κοινότητας, οι θεραπευτικές ομάδες και τα θεραπευτικά «εργαστήρια» σε σταθερή βάση, τα οποία μέσα από την έκφραση συναισθημάτων, την ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών μεταξύ των μελών και του θεραπευτικού προσωπικού, λειτουργούν θετικά στη θεραπεία των ασθενών. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι θεραπευτικές κοινότητες της Ευρώπης διέπονται από τις αρχές της δημοκρατικής διαχείρισης όπου οι ασθενείς και το θεραπευτικό προσωπικό κάνουν συναντήσεις, θέτουν «ανοικτά» και μοιράζονται τα θέματα που τους απασχολούν όπως, αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων, αγωνίες και ανησυχίες για προσωπικά ή οικογενειακά θέματα, κ.λπ., με αποτέλεσμα την αλλαγή στάσης των ασθενών και τη σταδιακή αποδοχή ότι η θεραπεία τους απευθύνεται στην αναζήτηση εσωτερικών αιτιών και συγκρούσεων.

Στοιχεία του συγκεκριμένου θεραπευτικού μοντέλου αποτελούν η αμφίδρομη επικοινωνία, η συμμετοχή των μελών στη λήψη αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα, καθώς και η κοινωνική μάθηση μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Ο Rapaport⁷ καταγράφει την εμπειρία του «Henderson» και περιγράφει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά που διέπουν τη συγκεκριμένη θεραπευτική κοινότητα :

- ενεργή συμμετοχή στην κοινότητα
- ανοιχτή επικοινωνία και ανταλλαγή απόψεων μεταξύ των μελών
- δημοκρατία, το δικαίωμα, δηλαδή, των μελών σε ψήφο, ανεξάρτητα από την ιεραρχική θέση τους
- επιτρεπτικότητα, δηλαδή τα μέλη όφειλαν να ανέχονται και να αντιμετωπίζουν τη διαταραγμένη συμπεριφορά και όχι απλώς να τη τιμωρούν
- άμεση αντιπαράθεση, δηλαδή τα μέλη έπρεπε να αντικρίζουν κατά πρόσωπο τα προβλήματα τους και να αντιμετωπίζουν τις ερμηνείες των άλλων μελών της ομάδας για αυτά.

Ο Maxwell Jones⁸, ο οποίος αποχώρησε από το «Henderson» το 1959, εργάστηκε σε θεραπευτικές κοινότητες διευρύνοντας περαιτέρω τη θεωρία του μοντέλου της θεραπευτικής κοινότητας, σύμφωνα με το οποίο «το κοινωνικό περιβάλλον αξιοποιείται για να επιφέρει την προσωπική αλλαγή». Γενικά, οι

⁷ Ούγγρος Ψυχαναλυτής (1911-1960)

⁸ Ίδρυσε και λειτούργησε τη πιο γνωστή θεραπευτική κοινότητα στο νοσοκομείο του «Belmont». Ανέπτυξε και διάδοσε τον τρόπο λειτουργίας των θεραπευτικών κοινοτήτων για εξαρτημένα άτομα έξω από το αμιγώς ψυχιατρικό σύστημα, τόσο στην Αγγλία όσο και στην Αμερική. Πέθανε το 1990.

θεραπευτικές κοινότητες, αποτελούσαν και αποτελούν ένα μοντέλο θεραπείας που υποστηρίζει τα δικαιώματα των ασθενών στην πράξη.[76] Αξίζει να σημειωθεί ότι, η εξέλιξη των ευρωπαϊκών δημοκρατικών θεραπευτικών κοινοτήτων διαφέρει από την ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Αμερική, οι οποίες εφαρμόζουν ένα ιεραρχημένο θεραπευτικό πλαίσιο.

Η πρώτη θεραπευτική προσπάθεια πραγματοποιείται το 1958 στη Σάντα Μόνικα της Καλιφόρνιας, όπου πρώην χρήστες ναρκωτικών και πρώην αλκοολικοί ζουν μαζί και αλληλοβοηθούνται στη διαδικασία της απεξάρτησης. Το χαρακτηριστικό σε αυτήν την περίπτωση είναι η απουσία συμμετοχής στη θεραπευτική κοινότητα επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τον ρόλο των οποίων καλύπτουν κυρίως πρώην αλκοολικοί και πρώην τοξικομανείς, με στόχο τη δημιουργία ενός δομημένου θεραπευτικού πλαισίου για την απεξάρτηση από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά.

Το παραπάνω θεραπευτικό μοντέλο επικρατεί τα επόμενα χρόνια στις ΗΠΑ και ταυτίζεται με την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Πιο συγκεκριμένα, ο όρος «θεραπευτική κοινότητα» στην Αμερική αφορά σε ένα ιεραρχημένο μοντέλο θεραπείας το οποίο απευθύνεται σε χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, ενώ στην Αγγλία οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν ένα δημοκρατικό μοντέλο θεραπείας που απευθύνεται σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Πρόδρομοι της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας στην Αμερική αποτελούν οι ομάδες αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αλκοολικών (ΑΑ) που εμφανίζονται το 1935, με ιδρυτή τους William Griffith Wilson, γνωστό ως Bill W. και οι ομάδες των Ανώνυμων Ναρκομανών (ΑΝ) που παρουσιάζονται για πρώτη φορά το 1952.

Για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί ακολουθούν τις αρχές που περιγράφουν ως τα «12 βήματα», στα οποία περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων η παραδοχή της προσωπικής αδυναμίας του ατόμου ως προς τη χρήση αλκοόλ, η πίστη και η εμπιστοσύνη σε μια δύναμη ανώτερη από τον «εαυτό», η αυτοεξέταση, κ.λπ.. Παράλληλα, ως οδηγό στην θεραπευτική τους πορεία για την απεξάρτηση από το αλκοόλ οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί έχουν το επονομαζόμενο «Μεγάλο Βιβλίο» («Big Book»), σύμφωνα με το οποίο η επιτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας επιτυγχάνεται μέσα από την αλληλοϋποστήριξη των εξαρτημένων και μέσα από την παραδοχή ότι οι ίδιοι οι ασθενείς είναι οι πλέον

κατάλληλοι να βοηθήσουν τον εαυτό τους και τους άλλους. Πιο συγκεκριμένα, όταν κάποιος από τα μέλη των Ανώνυμων Αλκοολικών καταφέρει την αποχή από το αλκοόλ και σταθεροποιήσει τη ζωή του, το επόμενο πιο σημαντικό βήμα είναι να περάσει τη γνώση και τις εμπειρίες που αποκόμισε και σε άλλους με το ίδιο πρόβλημα.

Υποστηρικτής αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης αποτελεί ο Charles Dederich, πρώην στέλεχος μιας εταιρίας πετρελαιοειδών και μέλος των Ανώνυμων Αλκοολικών (ΑΑ), ο οποίος πραγματοποιούσε σε εβδομαδιαία βάση συγκεντρώσεις στο διαμέρισμά του, στις οποίες μπορούσαν να λάβουν μέρος τόσο χρήστες ναρκωτικών όσο και αλκοολικοί. Αρχικά στις συναντήσεις αυτές συμμετείχαν οι αλκοολικοί, στην πορεία όμως ο Dederich εισάγει στις ομάδες θεραπευτικές διαδικασίες οι οποίες δε συμβαδίζουν με το πλαίσιο λειτουργίας των ομάδων των Ανώνυμων Αλκοολικών (ΑΑ), όπως αυτή της «άμεσης αντιπαράθεσης», καθώς και την έννοια του «εδώ και τώρα» σε αντίθεση με το «εκεί και τότε», με αποτέλεσμα πριν από το τέλος του πρώτου χρόνου λειτουργίας των ομάδων, οι περισσότεροι να τις εγκαταλείψουν.

Οι τοξικομανείς που συνέχισαν τις συναντήσεις τους με τον Dederich, ιδρύουν με την καθοδήγηση του το «Synanon»⁹, το οποίο αποτελεί θεραπευτική κοινότητα για τοξικομανείς. Στην πορεία βέβαια το «Synanon» μετατρέπεται τελικά από θεραπευτική κοινότητα σε κοινότητα λατρείας, ενώ ο ίδιος ο Dederich υποτροπιάζει στη χρήση αλκοόλ. Παρόλο που τα παραπάνω στοιχεία αποτελούν την αρχή του τέλους για το «Synanon», η συμβολή του Dederich στη θεραπεία των ουσιοεξαρτημένων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αξίζει να τονιστεί ότι, οι περισσότερες από τις μεταγενέστερες θεραπευτικές κοινότητες έχουν την αφετηρία τους στο μοντέλο θεραπείας του «Synanon», όπως για παράδειγμα το πρόγραμμα «Daytop»¹⁰ της Νέας Υόρκης.

Το «Daytop» ιδρύθηκε το 1963 με διευθυντή τον David Deitch. και οι υπηρεσίες του απευθύνονταν αρχικά σε τοξικοεξαρτημένους που είχαν βγει από τη

⁹Ιδρύθηκε από τον Charles "Chuck" Dederich Sr. (1913-1997) το 1958 στη Σάντα Μόνικα της Καλιφόρνιας και στις αρχές της δεκαετίας του 1960 είχε γίνει μια εναλλακτική κοινότητα.

¹⁰ Το Daytop παρέχει δωρεάν συμβουλευτικές υπηρεσίες στην αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης από το 1963. Αποτελεί το παλαιότερο και μεγαλύτερο «στεγνό», δωρεάν, θεραπευτικό πρόγραμμα για τα ναρκωτικά στις ΗΠΑ.

φυλακή με υπό όρους απόλυση. Αρχικά λειτούργησε με άνδρες τοξικοεξαρτημένους που είχαν πάρει αναστολή για την έκτιση της ποινής τους, στη συνέχεια όμως άρχισε να προσελκύει και γυναίκες που εισάγονταν εθελοντικά για θεραπεία. Το «Daytop» συνδέθηκε επίσης, με το κίνημα ενάντια στον πόλεμο στο Βιετνάμ και ενάντια στις φυλετικές διακρίσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι, τα προγράμματα που αναπτύχθηκαν στην Αμερική, όπως το «Gaudenzia Inc.», το «Phoenix House», το «Marathon House», το «Amity» και το «Odyssey House», αποτελούν επίσης ιστορική συνέχεια του «Synanon» και του «Daytop». Ακόμα και προγράμματα που δημιουργήθηκαν από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως το «Phoenix House» της Νέας Υόρκης το 1967, ακολούθησαν τις βασικές αρχές του «Synanon». [77]

5.2.3. Ανάπτυξη του μοντέλου των θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ευρώπη

Η ανάπτυξη θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ευρώπη για εξαρτημένους από ψυχοτρόπες ουσίες, ξεκινάει το 1970 στην Αγγλία με την ίδρυση του «Alpha House» από τον ψυχίατρο Ian Christie και του «Phoenix House» από τον Griffith Edwards. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σημαντικό στοιχείο στην ανάπτυξη των θεραπευτικών κοινοτήτων αποτελεί η συμμετοχή των πρώην χρηστών για τη μετάδοση γνώσεων και εμπειριών σχετικά με τη μέθοδο και το μοντέλο, τα οποία είχαν βιώσει στη θεραπεία προς την απεξάρτησή τους.

Η θεραπευτική κοινότητα «Emiliehoeve¹¹» η οποία ιδρύθηκε το 1972 στις Κάτω Χώρες και αποτελεί την πρώτη θεραπευτική κοινότητα στην Ευρώπη, βασίζεται στο θεραπευτικό μοντέλο των κοινοτήτων του Maxwell Jones. Πιο συγκεκριμένα, ο Jones πρεσβεύει τις παρακάτω βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τις θεραπευτικές κοινότητες:

- αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ μελών και προσωπικού σε όλα τα στάδια της θεραπείας
- συμμετοχή των μελών σε όλες τις αποφάσεις
- μοίρασμα και καταμερισμό της ηγεσίας
- συναίνεση των μελών στη λήψη αποφάσεων και

¹¹ Θεραπευτικό Πρόγραμμα για νεαρούς χρήστες με δομημένο πλαίσιο, το οποίο βασίζεται σε ομαδικές θεραπευτικές τεχνικές, για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης.

- κοινωνική μάθηση μέσω της συμμετοχής και της αλληλεπίδρασης όλων των μελών και του προσωπικού. [78]

Αξίζει να σημειωθεί ότι, αρχικά η θεραπευτική κοινότητα του «Emiliehoeve» λειτούργησε με βάση τις δημοκρατικές αρχές του Maxwell Jones, αλλά ύστερα από τους πρώτους μήνες λειτουργίας φάνηκε ότι τα μέλη δε συμμετείχαν ενεργά στη θεραπεία τους παρά μόνο όταν το θεραπευτικό προσωπικό τα πίεζε για ανάληψη ευθυνών και την πραγματοποίηση θετικών αλλαγών, με αποτέλεσμα να παραμένουν σε κατάσταση υποτροπής με τη χρήση ουσιών. Παράλληλα, χαρακτηριστικά των ομαδικών συναντήσεων, στις οποίες λαμβάνονταν αποφάσεις είτε με συναίνεση είτε με ψηφοφορία μεταξύ των μελών και του θεραπευτικού προσωπικού, αποτελούσαν η μη διαχείριση των συναισθημάτων, η παθητικότητα, οι έντονες συγκρούσεις και η εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

Μετά από αρκετούς μήνες με πολλά προβλήματα, το θεραπευτικό προσωπικό εκπαιδεύτηκε σε προγράμματα για εξαρτημένους χρήστες στην Αμερική, με αποτέλεσμα να εισαχθούν στο «Emiliehoeve» νέες θεραπευτικές τεχνικές και εργαλεία με στόχο την απεξάρτηση των μελών. Πιο συγκεκριμένα, ενισχύθηκε η δημόσια «ανοιχτή» συζήτηση και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ειλικρίνεια και την εξωτερίκευση συναισθημάτων, με στόχο μέσα από τη συζήτηση, τη διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων, όπως οι ενοχές, και την ανακούφιση του ατόμου από το «μοίρασμα» των εμπειριών του. Επίσης, σταδιακά εντάχθηκαν στη θεραπεία των μελών οι «αντιπαραθετικές ομάδες», μέσα από τις οποίες τα μέλη μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (π.χ. θυμό, δυσαρέσκεια, κ.λπ.) και στη συνέχεια με τη βοήθεια του θεραπευτικού προσωπικού να μπορέσουν να διαχειριστούν συναισθήματα και να γνωρίσουν βαθύτερα τον εαυτό τους. Επίσης, έγινε ξεκάθαρο στους θεραπευτές ότι η ωριμότητα και η εξέλιξη στη θεραπεία των μελών μπορεί να γίνει μόνο μέσα σε ένα δομημένο θεραπευτικό περιβάλλον, στο οποίο μπορούν να ωριμάσουν ως άτομα και να πετύχουν την επιθυμητή αλλαγή.[79]

Ο ιδρυτής του «Emiliehoeve», Martien Kooyman, βλέποντας τις αδυναμίες του δημοκρατικού θεραπευτικού μοντέλου, αναφορικά με τον έλεγχο συμπεριφοράς των μελών («acting out»), αλλά και της χρήσης ουσιών και αλκοόλ εντός της κοινότητας, σε συνεργασία με τις θεραπευτικές κοινότητες του Λονδίνου («Phoenix House») και της Νέας Υόρκης («Daytop»), μεταβάλλει σταδιακά το «Emiliehoeve» σε

παραδοσιακή θεραπευτική κοινότητα, η οποία στη συνέχεια αποτελεί πρότυπο για την ανάπτυξη και άλλων θεραπευτικών κοινοτήτων στην Ευρώπη(π.χ. το θεραπευτικό πρόγραμμα «Breegweestee» και η κλινική για αλκοολικούς «Hoog Hullen» στην Ολλανδία, κá.).

Αξίζει ακόμη να σημειωθεί ότι, χαρακτηριστικό των θεραπευτικών κοινοτήτων που δημιουργήθηκαν τη δεκαετία του '70 στην Ευρώπη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας που είχαν επισκεφθεί αμερικανικά προγράμματα ή άλλες ευρωπαϊκές κοινότητες, αποτελεί η απουσία πρώην χρηστών μεταξύ του θεραπευτικού προσωπικού. Αρχικά, η έλλειψη αποφοίτων από τις θεραπευτικές κοινότητες, οι οποίοι θα μπορούσαν να εργαστούν ως προσωπικό, καθώς επίσης και η δυσπιστία τόσο των διοικητικών συμβουλίων των θεραπευτικών προγραμμάτων όσο και των συναρμόδιων υπουργείων απέναντι στη συμβολή των πρώην εξαρτημένων στην απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες, αποτελούν τους λόγους για τη μη στελέχωση των κοινοτήτων από πρώην χρήστες.

Στη συνέχεια τη δεκαετία του 1970 αναπτύχθηκαν θεραπευτικές κοινότητες και σε άλλες χώρες όπως στη Σουηδία, τη Γερμανία, το Βέλγιο, την Ιρλανδία και την Ιταλία, επίσης, στη δεκαετία του 1980 ιδρύονται θεραπευτικά προγράμματα για εξαρτημένους στην Ελβετία, τη Νορβηγία, τη Φιλανδία, την Ισπανία, την Πορτογαλία, τη Δανία και βεβαίως και στην Ελλάδα. Οι ολλανδικές, αγγλικές και αμερικανικές θεραπευτικές κοινότητες αποτέλεσαν πρότυπο για την ανάπτυξη των παραπάνω θεραπευτικών προγραμμάτων τα οποία έχουν στόχο την απεξάρτηση των μελών τους από ψυχοτρόπες ουσίες. Εξαίρεση αποτελεί η Γαλλία όπου το μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων δεν αναπτύχθηκε, καθώς δεν ταίριαζε με τις απόψεις των Γάλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την απεξάρτηση.

Παράλληλα, έχουν δημιουργηθεί θεραπευτικές κοινότητες μέσα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, στις φυλακές, διατηρώντας βέβαια την ανεξαρτησία τους σε μεγάλο βαθμό. Επιπλέον, πολλές θεραπευτικές κοινότητες λειτουργούν ως προγράμματα ημερήσιας φροντίδας, στα οποία η μεθοδολογία είναι ίδια αλλά δεν προσφέρεται διαμονή και απευθύνονται κυρίως σε εφήβους, εργαζόμενους ή άτομα με μικρό ιστορικό χρήσης και υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον.

Από το 1970 και για τα επόμενα χρόνια τόσο στην Ευρώπη όσο και σε άλλες ηπείρους αναπτύσσονται θεραπευτικές κοινότητες για εξαρτημένους, καθώς το

πρόβλημα των εξαρτήσεων λαμβάνει συνεχώς αυξανόμενες τάσεις και οι θάνατοι από εθιστικές ουσίες διαρκώς αυξάνονται, η ανάγκη για θεραπεία καθίσταται επιτακτική. Οι θεραπευτικές κοινότητες έχουν στοιχεία και από τα δύο μοντέλα (δημοκρατικό και ιεραρχημένο), ανάλογα βέβαια με τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες της κάθε χώρας, την κουλτούρα της, τις ανάγκες των εξαρτημένων αλλά και την εκπαίδευση του απασχολούμενου σε αυτές θεραπευτικό προσωπικό (επαγγελματίες ψυχικής υγείας, πτυχιούχοι κοινωνικών και ανθρωπιστικών σπουδών, απόφοιτοι θεραπευτικών κοινοτήτων).[80]

5.3. Βασικές Αρχές των θεραπευτικών κοινοτήτων

5.3.1. Μέθοδος θεραπείας

Η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί σήμερα, σύμφωνα με έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο, ένα από τα σημαντικότερα μοντέλα θεραπείας της ουσιοεξάρτησης. Οι σύγχρονες θεραπευτικές κοινότητες έχουν τις ρίζες τους στις δημοκρατικές θεραπευτικές κοινότητες που αναπτύχθηκαν στην Αγγλία από επαγγελματίες ψυχικής υγείας κυρίως μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, καθώς και στις ιεραρχημένες κοινότητες που αναπτύχθηκαν κυρίως από πρώην εξαρτημένους στην Αμερική τη δεκαετία του '60. Πιο συγκεκριμένα, η θεραπευτική κοινότητα αποτελεί κοινόβιο ατόμων τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με το κοινό πρόβλημα της εξάρτησης από εθιστικές ουσίες. Τα εξαρτημένα άτομα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους στο πλαίσιο της κοινότητας προσπαθώντας να ανακαλύψουν τις αιτίες που ευθύνονται για το πρόβλημα τους και να το αντιμετωπίσουν, πετυχαίνοντας με αυτόν τον τρόπο την προσωπική αλλαγή.

Η μέθοδος των θεραπευτικών κοινοτήτων για εξαρτημένα από ψυχοτρόπες ουσίες άτομα εντάσσεται στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες και περιλαμβάνει στοιχεία από την ψυχαναλυτική, τη γνωσιακή θεραπεία, τη θεραπεία συμπεριφοράς, την ομαδική και την οικογενειακή θεραπεία, καθώς και το μοντέλο των «12 βημάτων» των Ανώνυμων Αλκοολικών. Επίσης, κεντρικός κορμός των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι οι «ομάδες αυτοβοήθειας», οι οποίες έχουν τις ρίζες τους στους Ανώνυμους Αλκοολικούς και στους Ανώνυμους Ναρκομανείς, οι αρχές της αλληλοβοήθειας και της αλληλεγγύης.

Η θεραπευτική κοινότητα είναι ένα μοντέλο κοινωνικής μάθησης, όπου το πλαίσιο της κοινότητας λειτουργεί ως μέσο για την επίτευξη της αλλαγής του ατόμου σε επίπεδο στάσης, αξιών αλλά και συμπεριφοράς. Παράλληλα, η φιλοσοφία των θεραπευτικών κοινοτήτων διέπεται από αρχές στις οποίες κυριαρχούν ο οπτιμισμός για τις δυνατότητες της ανθρώπινης φύσης, η σύνθεση της λογικής με την εμπειρία και το συναίσθημα, η προσωπική ακεραιότητα σε συνδυασμό με αξίες όπως η ειλικρίνεια, η ανοιχτή επικοινωνία, η δημιουργικότητα και ο αλληλοσεβασμός, χαρακτηριστικά τα οποία ευνοούν την ενεργή συμμετοχή των μελών τους στη λήψη αποφάσεων, καθώς και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος το οποίο μέσα από την κοινωνική μάθηση και τη συναισθηματική στήριξη επιτρέπει την ανάπτυξη του ατόμου.

Επίσης, οι περισσότερες θεραπευτικές κοινότητες λειτουργούν με δημοκρατικές διαδικασίες και λειτουργούν ως οικογένεια η οποία φροντίζει τα μέλη και το προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, η εφαρμογή της ψυχαναλυτικής προσέγγισης στη θεραπευτική κοινότητα στοχεύει στη δημιουργία ενός ελεύθερου αλλά δομημένου θεραπευτικού περιβάλλοντος, στο πλαίσιο του οποίου αναπτύσσεται μια δυναμική στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων. Αυτή η δυναμική, επηρεάζεται τόσο από την τρέχουσα πραγματικότητα αλλά και από τα βιώματα του παρελθόντος, ιδιαίτερα εκείνα της παιδικής ηλικίας του κάθε ατόμου και της σχέσης του με την οικογένεια. Επομένως, μέσα από τη συνεχή αλληλεπίδραση των μελών, λόγω της συμβίωσης τους έρχονται στην επιφάνεια φαινόμενα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης των οποίων η επεξεργασία βοηθά στην αλλαγή των ατόμων. Επιπλέον, όλο και περισσότερα στοιχεία που αφορούν την οικογενειακή θεραπεία, καθώς και στοιχεία γνωσιακής θεραπείας, εντάσσονται τα τελευταία χρόνια στις θεραπευτικές κοινότητες με στόχο την πρόληψη της υποτροπής.[81]

Οι θεραπευτικές κοινότητες λειτουργούν με επίκεντρο το άτομο και τις ιδιαίτερες ανάγκες του, με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, στη διαφορετικότητα και πρεσβεύουν την ισότητα και την ισοτιμία μεταξύ των μελών και του θεραπευτικού προσωπικού. Αποτελούν θεραπευτικά μοντέλα που έχουν ως πρωταρχικό στόχο τους την απεξάρτηση των ατόμων από ουσίες μέσα από την προσωπική τους ανάπτυξη. Παράλληλα, διέπονται από κώδικα δεοντολογίας, ο οποίος ορίζεται από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Θεραπευτικών Κοινοτήτων και

απευθύνεται εξίσου στο προσωπικό και στα μέλη τους, Πιο συγκεκριμένα, οι θεραπευτικές κοινότητες οφείλουν να λειτουργούν με βάσει ορισμένες προδιαγραφές:

- αποχή από ουσίες που μεταβάλλουν τη διάθεση ακόμη και φάρμακα που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, αλλά χρησιμοποιούνται παράνομα,
- να αναγνωρίζουν στα άτομα που σχετίζονται με τη θεραπευτική κοινότητα τα δικαιώματα τους και να δηλώνουν με σαφήνεια τα δικαιώματα, τα προνόμια και τις ευθύνες των μελών και του προσωπικού,
- να μην κάνουν κατάχρηση εξουσίας,
- να δηλώνουν τη φιλοσοφία και τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος
- να ορίζουν σύστημα κανόνων που να παρέχουν προστασία σε περίπτωση φαινομενικής ή πραγματικής κατάργησης της τοπικής ή της εθνικής νομοθεσίας,
- να λειτουργούν σε ασφαλές περιβάλλον που παρέχει τις μέγιστες δυνατότητες για σωματική, πνευματική, συναισθηματική και αισθητική ανάπτυξη,
- η κοινότητας να βασίζεται στο μέγιστο δυνατό βαθμό στην ακεραιότητα, την καλή θέληση και την ανθρωπιά όλων των μελών της, με πρωταρχική αξία την αξιοπρέπεια του ατόμου,
- να εκπαιδεύουν και να παρέχουν επαρκή εποπτεία στο προσωπικό και να λογοδοτούν σε ένα εξωτερικό διοικητικό συμβούλιο που θα έχει την εποπτεία και την ευθύνη για τις δραστηριότητες του προγράμματος και της κάθε μονάδας.[82]

Παράλληλα, όλα τα μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων έχουν απόλυτο δικαίωμα στα ακόλουθα:

- i. παροχή υποστηρικτικού περιβάλλοντος, απαλλαγμένο από εξαρτητικές ουσίες,
- ii. παροχή θεραπείας ανεξάρτητα από γένος, φυλή, εθνικότητα, χρώμα, δόγμα, πολιτικές πεποιθήσεις, σεξουαλικές προτιμήσεις, οικογενειακή κατάσταση, θρησκεία, καταγωγή, ταυτότητα, ηλικία, κατάσταση υγείας, ποινικό μητρώο, κ.λπ.
- iii. σεβασμό της αξιοπρέπειας, της υγείας και παροχή συνεχούς ασφάλειας,

- iv. γνώση της φιλοσοφίας και των μεθόδων του θεραπευτικού προγράμματος,
- v. ακριβή πληροφόρηση σχετικά με τους κανονισμούς του προγράμματος, τις κυρώσεις, τα πειθαρχικά μέτρα και τις τυχόν τροποποιήσεις των δικαιωμάτων τους,
- vi. δικαίωμα προσφυγής σε θεσμοθετημένη διαδικασία, ώστε να καταγράφονται τα παράπονά τους που αφορούν την εφαρμογή όλων των παραπάνω,
- vii. καθορισμό όλων των εξόδων που πρέπει να καταβληθούν, της μεθόδου και του χρονοδιαγράμματος των πληρωμών (στην Ελλάδα τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ προσφέρουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους προς τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους.), καθώς και της διαθεσιμότητας χρημάτων και προσωπικών αντικειμένων κατά τη διάρκεια του προγράμματος, όπως επίσης και κατά την αποχώρηση από αυτό,
- viii. τήρηση απορρήτου όλων των πληροφοριών που αφορούν τη συμμετοχή στο πρόγραμμα, καθώς και όλων των φακέλων των μελών, σύμφωνα με τη νομοθεσία της χώρας,
- ix. δικαίωμα πρόσβασης στους προσωπικούς φακέλους με βάση οδηγίες εγκεκριμένες από το αρμόδιο όργανο και δικαίωμα προσθήκης δηλώσεων που αντικρούουν ή αποσαφηνίζουν τις πληροφορίες που περιέχονται στους φακέλους αυτούς,
- x. δικαίωμα αποχώρησης από το πρόγραμμα ανά πάσα στιγμή, χωρίς σωματική ή ψυχολογική παρενόχληση,
- xi. προσωπική επικοινωνία με συγγενείς και φίλους για ενημέρωση τόσο κατά την εισαγωγή τους στην κοινότητα όσο και μετά, σύμφωνα προς τους κανονισμούς του προγράμματος, εκτός και αν δεν επιτρέπεται για λόγους που τεκμηριώνονται από το θεραπευτικό σχεδιασμό,
- xii. προστασία από πραγματική σωματική τιμωρία ή σχετική απειλή, από σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση και από καταναγκαστικό φυσικό περιορισμό,
- xiii. παροχή θρεπτικής τροφής, ασφαλούς και κατάλληλης στέγης, δυνατότητας για σωματική άσκηση και για επαρκή κάλυψη των αναγκών ατομικής υγιεινής.
- xiv. ιατρική περίθαλψη από επαγγελματίες και δικαίωμα άρνησής της,

- xv. δυνατότητα να νομικής κάλυψης και εκπροσώπησης ενώπιον του νόμου, όταν αυτό απαιτείται,
- xvi. τακτική επαφή κάθε μέλους του προγράμματος που είναι γονιός με το παιδί ή τα παιδιά του/της,
- xvii. όταν εργάζονται ως μέλη του προσωπικού, έχουν δικαίωμα σε σαφή καθορισμό των ευθυνών που τους ανατίθενται, σε επαρκή εκπαίδευση, επαρκή στήριξη και εποπτεία από το προσωπικό (συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης και της ανατροφοδότησης), χωρίς εκμετάλλευση και με το δικαίωμα να αρνηθούν τη θέση, χωρίς να τους προσαφθεί για αυτό κατηγορία,
- xviii. καθοδήγηση και βοήθεια, όταν αφήνουν το πρόγραμμα για οποιονδήποτε λόγο, σχετικά με άλλες υπηρεσίες υγείας, πηγές οικονομικής βοήθειας και χώρους διαμονής,
- xix. προστασία από εκμετάλλευση (αυτό αφορά επίσης τους γονείς και την οικογένεια του μέλους) προς όφελος του φορέα ή του προσωπικού που εργάζεται σε αυτόν.[83]

Επίσης, το θεραπευτικό προσωπικό των προγραμμάτων έχει ως πρωταρχική υποχρέωση του την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στα υπό θεραπεία μέλη, ενώ παράλληλα δεσμεύονται εξίσου από τον κώδικα δεοντολογίας τόσο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους όσο και εκτός αυτής. Πιο συγκεκριμένα, η συμπεριφορά του προσωπικού προς τα μέλη πρέπει να διέπεται από τα παρακάτω στοιχεία:

- ο να συμπεριφέρονται ως ώριμα και θετικά πρότυπα,
- ο να τηρούν απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες που αφορούν τα μέλη, σεβόμενα όλη τη σχετική νομοθεσία, καθώς και τους κανονισμούς του φορέα στον οποίο ανήκουν,
- ο να παρέχουν στα μέλη αντίγραφο του «Χάρτη Δικαιωμάτων των Μελών» και να βεβαιώνονται ότι όλα όσα αναγράφονται σε αυτόν γίνονται κατανοητά και εφαρμόζονται τόσο από το προσωπικό όσο και από τα μέλη,
- ο να σέβονται όλα τα μέλη και να διατηρούν μαζί τους επαγγελματική σχέση, μη κτητική και μη τιμωρητική,
- ο να παρέχουν υπηρεσίες χωρίς διακρίσεις ανεξάρτητα από τη φυλή, το δόγμα, τη θρησκεία, το φύλο, την εθνικότητα, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, την ηλικία, τη σωματική αναπηρία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, το ποινικό μητρώο

και την οικονομική κατάσταση των μελών, σεβόμενα τη θέση των μελών σε περιπτώσεις ειδικών συνθηκών,

- ο μα αναγνωρίζουν ότι μπορεί να είναι προς όφελος του μέλους η παραπομπή του/της σε άλλο φορέα ή επαγγελματία,
- ο να απαγορεύουν τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων, οποιουδήποτε τύπου, ανάμεσα στο προσωπικό και στα μέλη (καθώς και με πρόσωπα της οικογένειας των μελών),
- ο να ανταμείβουν επαρκώς το μέλος για οποιαδήποτε δουλειά κάνει το ίδιο για κάποιο μέλος του προσωπικού (στα προγράμματα απεξάρτησης του ΚΕΘΕΑ δεν επιτρέπεται η ανάθεση στα μέλη εργασιών που δεν αφορούν τη λειτουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων),
- ο να μην επιτρέπουν την εκμετάλλευση του μέλους για προσωπικό όφελος, (στα προγράμματα απεξάρτησης του ΚΕΘΕΑ δεν επιτρέπεται η ανάθεση στα μέλη εργασιών που δεν αφορούν τη λειτουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων).[84]

Τέλος, οι περισσότερες θεραπευτικές κοινότητες μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά όσον αφορά την προγραμματισμένη διάρκεια της θεραπείας (6-12 μήνες), το προφίλ του θεραπευτικού προσωπικού (επαγγελματίες και πρώην εξαρτημένοι), καθώς και τη βαρύτητα που δίνουν στην κοινωνική επανένταξη των μελών τους. Αντίθετα, οι μεταξύ τους διαφορές αφορούν κυρίως τον αριθμό των μελών που κάθε κοινότητα δέχεται για θεραπεία, έτσι, υπάρχουν κοινότητες που αριθμούν 10–15 άτομα και άλλες που φτάνουν τα 60-70 μέλη. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, παρόλο που ο αρχικός πληθυσμός-ομάδες στόχος των θεραπευτικών κοινοτήτων κατά τη τελευταία δεκαετία, τουλάχιστον στην Ευρώπη, αφορούσε κυρίως εξαρτημένα από ηρωίνη άτομα, οι περισσότεροι χρήστες πλέον που εισάγονται για θεραπεία σε αυτές κάνουν παράλληλα με την ηρωίνη, χρήση κοκαΐνης, αλκοόλ και άλλων ουσιών.[85]

5.3.2. Τρόπος λειτουργίας των θεραπευτικών κοινοτήτων: στόχοι και κριτήρια συμμετοχής

Οι θεραπευτικές κοινότητες παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα υπό θεραπεία μέλη χωρίς διακρίσεις, σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας της Παγκόσμιας

Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων. Τα εξαρτημένα από ουσίες άτομα χαρακτηρίζονται κυρίως από χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολεύονται να αναπτύξουν σχέσεις που να βασίζονται στην εμπιστοσύνη και τείνουν να χειρίζονται τους άλλους ανθρώπους προς όφελος τους, η ομαδική θεραπεία μέσα στην κοινότητα στοχεύει στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης από ουσίες. Ο Yalom¹² περιγράφει τους θεραπευτικούς παράγοντες της ομαδικής θεραπείας, οι οποίοι χρησιμοποιούνται στις θεραπευτικές κοινότητες με στόχο την απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες. Πιο συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν;

- ο την εμφύσηση στα μέλη της ελπίδας για θετική αλλαγή, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από διαδικασίες αλληλεπίδρασης και αντιπαράθεσης.
- ο μέσα από το μοίρασμα γνώσεων, εμπειριών και προβλημάτων, τα μέλη έρχονται πιο κοντά και δε νιώθουν πια μοναξιά. Η αίσθηση αυτή του όλου μαζί, του μοιράσματος, είναι καθοριστική για τη θεραπεία των μελών.
- ο ο αλτρουισμός, η κοινωνικοποίηση και η ανάπτυξη τεχνικών επικοινωνίας και προσωπικών δεξιοτήτων, βοηθά τα μέλη να εξωτερικεύουν τις σκέψεις τους, να μαθαίνουν να ασκούν κριτική με ωραίο τρόπο αλλά και να δέχονται κριτική από τα υπόλοιπα μέλη.
- ο το μοίρασμα προσωπικών πληροφοριών, το αίσθημα ότι αποτελούν μέρος μιας ομάδας, η λειτουργία της θεραπευτικής κοινότητας ως οικογένειας που μπορεί το άτομο να βιώσει θετικά συναισθήματα, αποτελούν σημαντικά στοιχεία για τη θεραπευτική πορεία των μελών.[86]

Οι θεραπευτικές κοινότητες για εξαρτημένους θέτουν συγκεκριμένους θεραπευτικούς στόχους:

- i. την πλήρη αποχή των μελών από τη χρήση παράνομων ουσιών και από παραβατικές δραστηριότητες,
- ii. την επαγγελματική αποκατάσταση τους και
- iii. την ομαλή επανένταξη των μελών στην κοινωνία.

Η επίτευξη των παραπάνω στόχων προϋποθέτει την ενεργή συμμετοχή των μελών στη διαδικασία της θεραπείας τους. Επομένως, σε κάθε κοινότητα τα μέλη

¹² Ο Irvin D. Yalom (1931-) είναι επίτιμος καθηγητής ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Στάνφορντ των ΗΠΑ, θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους, εν ζωή, εκπροσώπους της υπαρξιακής σχολής στην ψυχιατρική και είναι συγγραφέας του εγκυρότερου και πληρέστερου εγχειρίδιου υπαρξιακής ψυχοθεραπείας («Existential Psychotherapy»)

εμπλέκονται σε καθημερινή βάση στη λήψη αποφάσεων, ενώ παράλληλα λειτουργούν διάφορες ομάδες που καλύπτουν τις ανάγκες της εσωτερικής διαβίωσης των μελών ενώ ταυτόχρονα διατηρούν συνεχή επαφή με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, η σταδιακή ένταξη των μελών σε διαφορετικές ομάδες καθώς προχωρούν στη θεραπεία τους, έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, ενώ ενισχύει την ανάληψη ευθυνών. Όσον αφορά τη φύση, το περιεχόμενο και τη χρονική διάρκεια κάθε εργασίας, αυτή εξαρτάται από τη συγκεκριμένη ομάδα η οποία είναι υπεύθυνη (ομάδα κουζίνας, γραμματειακής υποστήριξης, καθαριότητας, κ.λπ.), αλλά και το χρόνο παραμονής κάθε μέλους στην κοινότητα. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι θεραπευτικές κοινότητες δεν απασχολούν προσωπικό φύλαξης ή βοηθητικό προσωπικό, αλλά τα ίδια τα μέλη τους αναλαμβάνουν την ευθύνη της λειτουργίας.

Τόσο το προσωπικό όσο και τα μέλη της κοινότητας έχουν υποχρέωση να σέβονται τους κανόνες που θέτει το θεραπευτικό πλαίσιο και να συμμετέχουν ενεργά στο πρόγραμμα και τις δραστηριότητες. Οι κανόνες αυτοί έχουν στόχο να προστατεύσουν το άτομο αλλά και το σύστημα ως ενιαίο λειτουργικό σύνολο και να δημιουργούν ένα περιβάλλον ασφαλείας μέσα στο οποίο να μπορεί κάποιος να εκφράσει τα συναισθήματά και τις δυσκολίες του. Για να πραγματοποιηθούν με επιτυχία οι ελάχιστες προϋποθέσεις ενεργού συμμετοχής των μελών, είναι πρωταρχικής σημασίας η εθελούσια προσέλευση τους στη θεραπευτική κοινότητα αλλά και το αναφαίρετο δικαίωμα τους να διακόψουν τη θεραπεία τους οποιαδήποτε στιγμή θελήσουν.

Το θεραπευτικό περιβάλλον σχετίζεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αλλά και με την πρόωγη εγκατάλειψή της. Η δημιουργία πραγματικής αίσθησης ασφάλειας είναι απαραίτητη, ώστε να δίνεται η δυνατότητα στα μέλη της κοινότητας να εκφράσουν τις δυσκολίες τους και τα συναισθήματά τους και να αναπτύσσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η θεραπευτική κοινότητα έχει τα χαρακτηριστικά της διευρυσμένης οικογένειας, όπου τα μέλη αναβιώνουν τις αναπτυξιακές φάσεις της ζωής τους σε σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ τα όρια, τα προνόμια και οι ευθύνες σχετίζονται με τη διερεύνηση του παρελθόντος αλλά και με τις ανάγκες του παρόντος και του μέλλοντος.

Με την εισαγωγή τους στην κοινότητα, τα μέλη αποκτούν ένα πρόσωπο αναφοράς, ένα παλαιότερο μέλος της κοινότητας που λειτουργεί υποστηρικτικά απέναντί τους, αναλαμβάνοντας κατά κάποιο τρόπο το ρόλο του μεγαλύτερου «αδερφού» ή της «αδερφής». Επίσης, κάθε μέλος ανήκει σε πολλά συστήματα, έτσι το συνεχές πέρασμα από το ένα στο άλλο το βοηθά να ορίσει την ταυτότητά του και να αναγνωρίσει τις διαφορετικές πτυχές του εαυτού του. Η θεραπευτική κοινότητα ευνοεί την αλλαγή των μελών μέσα σε ένα περιβάλλον που δίνει έμφαση στην κοινωνική μάθηση με στόχο αποχή των μελών από τις ουσίες, τη διερεύνηση του εαυτού και τη δημιουργία ώριμων σκεπτόμενων ατόμων που σέβονται τον εαυτό τους και την κοινωνία γενικότερα.

Αναφορικά με τα κριτήρια εισαγωγής σε μια θεραπευτική κοινότητα περιλαμβάνουν την εθελοντική προσέλευση και την απουσία σοβαρών ψυχιατρικών προβλημάτων. Ειδικότερα, η εθελοντική προσέλευση, η συναίνεση δηλαδή του εξαρτημένου για ένταξη στο θεραπευτικό πρόγραμμα αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ένταξη στη θεραπευτική κοινότητα, ακόμη και όταν το άτομο υφίσταται νομική ή οικογενειακή πίεση για ένταξη σε θεραπεία. Αντίθετα, η υποχρεωτική εισαγωγή στη θεραπευτική κοινότητα υπονομεύει τη διαδικασία αλλαγής και αποσταθεροποιεί το θεραπευτικό περιβάλλον. Άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές παραπέμπονται σε άλλες υπηρεσίες, καθώς στην περίπτωση αυτή η θεραπεία για την αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης είναι λογικώς δευτερεύουσα, ενώ προέχει η αντιμετώπιση του ψυχιατρικού τους προβλήματος. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, σε χώρες του εξωτερικού έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται θεραπευτικές κοινότητες για άτομα με διπλή διάγνωση (εξάρτησης και ψυχικής διαταραχής), ώστε να παρέχεται μια ολιστικού τύπου θεραπεία στα άτομα αυτά μέσα σε μια υπηρεσία.

Οι βασικοί παράγοντες, που διαφοροποιούν μια θεραπευτική κοινότητα από άλλα θεραπευτικά πλαίσια είναι πρώτα από όλα η εθελοντική προσέλευση των μελών, οι ομάδες αντιπαράθεσης, η έμφαση στις ομαδικές μεθόδους, η αξιοποίηση των «πρώην εξαρτημένων» ατόμων ως συνθεραπευτών στο πρόγραμμα, καθώς και η προώθηση της ισοτιμίας και της ενεργού συμμετοχής των μελών στη λειτουργία της κοινότητας.[87] Παράλληλα, τα άτομα μέσα στο ασφαλές περιβάλλον της κοινότητας μπορούν να εκφράσουν σκέψεις και συναισθήματα, να ανταλλάξουν εμπειρίες με τα υπόλοιπα μέλη που έχουν κοινό στόχο τους την απεξάρτηση, αλλά και να

υιοθετήσουν ένα θετικό τρόπο ζωής απαλλαγμένο από ουσίες, ώστε μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας τους να ενταχθούν ομαλά στον κοινωνικό ιστό.

5.3.3. Θεραπευτικές φάσεις και δραστηριότητες των θεραπευτικών κοινοτήτων

Οι θεραπευτικές κοινότητες περιλαμβάνουν διάφορα θεραπευτικά στάδια, τα οποία είναι καθοριστικά για την πορεία των μελών στην απεξάρτηση. Καταρχάς, πριν την εισαγωγή του ατόμου στη θεραπευτική κοινότητα προηγείται η συμμετοχή του στο πρόγραμμα κινητοποίησης, όπου πραγματοποιείται η προετοιμασία του για την ένταξη στην κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα κινητοποίησης ή ο συμβουλευτικό σταθμός προετοιμάζει τα άτομα για την εισαγωγή τους και τα ενημερώνει σχετικά με τις διαδικασίες της κοινότητας.

Το προκαταρκτικό αυτό πρόγραμμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς με τη τεχνική της ατομικής συνέντευξης και τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων, καταγράφεται το πλήρες ατομικό ιστορικό του ατόμου, η πορεία του μέσα στη χρήση ουσιών, η σχέση του με την οικογένεια, τυχόν εμπλοκές με το νόμο, προβλήματα υγείας, κ.λπ., τα οποία αποτελούν σημαντικά στοιχεία για τη θεραπεία του. Παράλληλα, το άτομο εντάσσεται σε ομάδα με άλλα άτομα, μαθαίνει να λειτουργεί ομαδικά, πραγματοποιεί πλήρη ιατρικό έλεγχο (σωματικό και ψυχιατρικό) και ενημερώνεται για τον τρόπο λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας. Αυτή η περίοδος στο κέντρο ενημέρωσης, η οποία έχει χρονική διάρκεια περίπου ένα μήνα, είναι προπαρασκευαστική και συμβάλλει σημαντικά στην ομαλή ένταξη του ατόμου στην κοινότητα.[88]

Η περίοδος της θεραπείας μέσα στη θεραπευτική κοινότητα είναι ιδιαίτερα σημαντική, όμως η σωστή προετοιμασία πριν την εισαγωγή του μέλους σε αυτή και η σωστή προετοιμασία του στην επανένταξη, συμβάλλουν θετικά στην επιτυχία της θεραπείας και την πρόληψη της υποτροπής. Πιο συγκεκριμένα, οι θεραπευτικές φάσεις είναι οι ακόλουθες:

1. η φάση της εισαγωγής,
2. η φάση της εντατικής θεραπείας και
3. η φάση της επανένταξης.

Στη φάση της εισαγωγής τα νέα μέλη, αφού αντιμετωπίσουν το στερητικό σύνδρομο, ενημερώνονται αρχικά για την πολιτική, τις αρχές και τους κανόνες λειτουργίας της

θεραπευτικής κοινότητας, ενώ παράλληλα αναπτύσσει σταδιακά σχέσεις τόσο με το προσωπικό όσο και τα υπόλοιπα μέλη. Σε αυτή τη φάση το άτομο, με τη βοήθεια της ομάδας, αρχίζει να αξιολογεί την κατάσταση του και τις ιδιαίτερες ανάγκες του, ενώ παράλληλα αρχίζει να κατανοεί τη φύση της εξάρτησης και να δεσμεύεται στη διαδικασία της αλλαγής.

Βέβαια το πρώτο διάστημα της θεραπείας η επιθυμία για χρήση ουσιών και οι αντιστάσεις που προβάλλουν τα άτομα είναι αρκετά ισχυρές. Επίσης, η διακοπή της χρήσης των ουσιών εντείνει τους φόβους, τις αγωνίες και οδηγεί προς την επιφάνεια εσωτερικές συγκρούσεις, με αποτέλεσμα αρκετά μέλη να διακόπτουν τη θεραπεία τους και να επιστρέφουν στη χρήση ουσιών, κατά τους πρώτους τρεις μήνες. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με έρευνες αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων, η παραμονή στη θεραπευτική κοινότητα για τουλάχιστον τρεις μήνες, περιορίζει σημαντικά τις πιθανότητες διακοπής της θεραπείας αργότερα.

Το άτομο, μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας εισαγωγής, εντάσσεται στη φάση εντατικής θεραπείας, που έχει σκοπό την ψυχική απεξάρτηση. Στη φάση αυτή οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στο να αλλάξει το άτομο τη στάση, τις αντιλήψεις και τη συμπεριφορά που συνδέονται με τη χρήση ουσιών και να μπορέσει αναγνωρίσει και να ανταποκριθεί στις κοινωνικές, εκπαιδευτικές, επαγγελματικές, οικογενειακές και ψυχολογικές του ανάγκες. Παράλληλα, το μέλος προσπαθεί να επαναπροσδιορίσει τις σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας αλλά και με τα άτομα που είναι σημαντικά στη ζωή του.

Πρέπει να τονιστεί ότι, τα άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών δυσκολεύονται πολύ να εκφράσουν αρνητικά συναισθήματα. Σε αυτή τη φάση όμως της θεραπείας τα συναισθήματα θυμού, πόνου, ντροπής και ενοχής είναι πολύ έντονα και πρέπει να εξωτερικευτούν, ώστε να τα διαχειριστεί θετικά το άτομο. Εξίσου σημαντικό για τα άτομα είναι να καταφέρουν να χτίσουν στενές σχέσεις με άλλους ανθρώπους, διατηρώντας ταυτόχρονα την αυτονομία τους.

Τέλος, για την επίτευξη της αλλαγής του τρόπου ζωής τους είναι σημαντικό τα άτομα να καταφέρουν να αντικαταστήσουν τις δραστηριότητες εκείνες που σχετίζονταν με τη χρήση με άλλες πιο δημιουργικές, οι οποίες να τους προσφέρουν ευχαρίστηση. Η ανάπτυξη ευχάριστων δραστηριοτήτων και σχέσεων μειώνουν τα αισθήματα μοναξιάς και απώλειας που έρχονται στην επιφάνεια όταν σταματήσει η

χρήση ουσιών. Επίσης, τα μέλη μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν και να διαχειρίζονται τις απογοητεύσεις και τις δυσκολίες τους, αλλά και να μη ματαιώνονται όταν δεν ικανοποιούνται ορισμένες επιθυμίες τους. Σε αυτή τη φάση της θεραπείας οι υποτροπές στη χρήση δεν είναι σπάνιες, αλλά χρειάζεται να αντιμετωπιστούν ως εργαλεία στη θεραπεία του ατόμου για μελλοντικές προσπάθειες επίτευξης της αλλαγής.

Το ημερήσιο πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας σε αυτό το στάδιο είναι ιδιαίτερα εντατικό και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως είναι οι πρωινές συναντήσεις (morning meetings), ομάδες αντιπαράθεσης (encounter groups), οι διαδικασίες ανάπτυξης κοινωνικών δραστηριοτήτων (social skills), τα εκπαιδευτικά μαθήματα, τα σεμινάρια, οι εργασίες που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία της κοινότητας, άλλες ανάλογες δραστηριότητες και ειδικά προγράμματα. Οι ομάδες αυτοβοήθειας που χρησιμοποιούνται στις κοινότητες αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα θεραπευτικά εργαλεία, καθώς επιτρέπουν στα μέλη να μιλήσουν για θέματα που απασχολούν την κοινότητα και αφορούν στη λειτουργία των ομάδων, οδηγώντας με αυτόν τον τρόπο τα μέλη να συμμετέχουν ενεργά στις θεραπευτικές διαδικασίες. Το στοιχείο αυτό διαφοροποιεί τα μοντέλα των θεραπευτικών κοινοτήτων από τα παραδοσιακά μοντέλα θεραπείας (σε ιδρύματα, νοσοκομεία κ.λπ.), όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται από το προσωπικό, ενώ οι θεραπευόμενοι καλούνται να τις εφαρμόσουν χωρίς να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη τους.

Επίσης, σε αυτή τη φάση στόχος είναι η αντιμετώπιση, μέσα σε ασφαλές περιβάλλον, των προβλημάτων που οδήγησαν το άτομο στη χρήση ουσιών. Η θεραπευτική κοινότητα επιδιώκει, λειτουργώντας ως πρότυπο οικογένειας, να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει θετικά βιώματα στο ρόλο του, ως μέλους της «οικογένειας» της κοινότητας, όπως έπρεπε να έχει συμβεί στην κρίσιμη προεφηβική και εφηβική του ηλικία μέσα στη γονική οικογένεια. Με αυτόν τον τρόπο, γίνεται προσπάθεια κάλυψης των συναισθηματικών κενά που δημιουργήθηκαν εκείνη τη σημαντική χρονική περίοδο στη ζωή του ατόμου. Η φάση εντατικής θεραπείας διεξάγεται μέσα σε ένα εντατικό περιβάλλον, σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα, το οποίο διαρκεί περίπου 6 έως 12 μήνες παραμονής μέσα στη θεραπευτική κοινότητα.

Μετά την ολοκλήρωση της, η πορεία του μέλους συνεχίζεται στην επόμενη φάση της κοινωνικής επανένταξης.

Σύμφωνα με τον Martien Kooyman οι παρακάτω παράγοντες που διέπουν τη θεραπευτική κοινότητα είναι καθοριστικοί πορεία των μελών:

- η θεραπευτική κοινότητα λειτουργεί ως υποκατάστατο της οικογένειας,
- η θεραπευτική κοινότητα διέπεται από σταθερή φιλοσοφία,
- η θεραπευτική κοινότητα έχει συγκεκριμένη θεραπευτική δομή,
- η θεραπευτική κοινότητα δίνει έμφαση στην ισορροπία και στη δημοκρατία,
- στη θεραπεία,
- στην προώθηση της αυτονομίας,
- στην κοινωνική μάθηση διαμέσου της κοινωνικής αλληλεγγύης και στη μάθηση μέσω της κριτικής προσέγγισης,
- στη θεραπευτική επίδραση και στην ανάληψη της ατομικής ευθύνης για την όποια συμπεριφορά,
- στην αύξηση της αυτοεκτίμησης με την επιτυχημένη ολοκλήρωση δραστηριοτήτων,
- στην εσωτερίκευση ενός θετικού συστήματος αξιών,
- στην αξιοποίηση της αντιπαράθεσης για αρνητική συμπεριφορά,
- στη θετική πίεση στα μέλη από τους ομότιμους,
- στην κατανόηση και την έκφραση των συναισθημάτων,
- στη μεταστροφή της αρνητικής στάσης απέναντι στη ζωή σε θετική και
- στη βελτίωση των σχέσεων με την οικογένεια προέλευσης.

Όταν κάποιος από τους παραπάνω παράγοντες απουσιάζει, η θεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματική.

Επίσης, ο ρόλος των απεξαρτημένων χρηστών είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς λειτουργούν ως πρότυπα για τα νέα μέλη, ενώ τα παλαιότερα μέλη στην ιεραρχία της κοινότητας αναλαμβάνουν το ρόλο των μεγαλύτερων «αδελφών». Με την παρουσία τους η θεραπευτική κοινότητα επιδιώκει να επιδράσει θετικά στο άτομο, να ενισχύσει την κοινωνικοποίηση του και να «καλύψει» συναισθηματικά προβλήματα που γεννήθηκαν σε μια προηγούμενη αναπτυξιακή φάση μέσα στις σχέσεις με το οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, για να αλλάξει το άτομο χρειάζεται να αλλάξουν οι συμπεριφορές πριν και κατά τη διάρκεια της χρήσης και να επαναπροσδιοριστούν οι σχέσεις του ατόμου με την οικογένεια του αλλά και με τα άλλα φύλλα. Όλες οι δραστηριότητες και οι θεραπευτικές διαδικασίες κατά τη διάρκεια της παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα έχουν στόχο να βοηθήσουν τα μέλη να αναπτύξουν σταδιακά τις κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες τους και να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους, πριν περάσουν στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, η οποία αποτελεί το τρίτο στάδιο της θεραπείας.

Η ομαλή ένταξη του ατόμου στην οικογένεια, στη γειτονιά και στην αγορά εργασίας είναι ιδιαίτερα σημαντική, για το λόγο αυτό η φάση της κοινωνικής επανένταξης έχει στόχο να διευκολύνει τη μετάβαση του ατόμου από τη θεραπευτική κοινότητα στην ευρύτερη κοινωνία. Σε αυτή τη φάση, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην επαγγελματική αποκατάσταση και στην επανασύνδεση του ατόμου με το εκπαιδευτικό σύστημα ώστε να αποκομίσει τα απαραίτητα εφόδια για εξεύρεση εργασίας. Η φάση της κοινωνικής επανένταξης έχει διαφορετικούς στόχους και χαρακτηριστικά από εκείνη της διαμονής στη θεραπευτική κοινότητα. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει υπηρεσίες μεταθεραπευτικής φροντίδας, όπου πραγματοποιούνται ατομικές και οικογενειακές συνεδρίες, ομάδες αυτοβοήθειας και επαγγελματική συμβουλευτική.[89]

Η φάση της κοινωνικής επανένταξης διαρκεί εύλογο χρονικό διάστημα (περίπου ένα χρόνο) και είναι ιδιαίτερα σημαντική για το άτομο, καθώς βγαίνει πια από το «ασφαλές» περιβάλλον της θεραπευτικής κοινότητας και καλείται να ενταχθεί, ελεύθερο πια από ουσίες, στον κοινωνικό ιστό ως ισότιμο μέλος με τους συμπολίτες τους. Στόχοι της κοινωνικής επανένταξης αποτελούν η εξεύρεση εργασίας, η αναζήτηση στέγης, η σύναψη σχέσεων με το άλλο φύλο, οι σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον, κ.λπ. Αυτή η περίοδος είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη θεραπεία των μελών, τα οποία μετά την αποχή από τις ουσίες ενσωματώνονται στην κοινωνία με ένα θετικό τρόπο συμπεριφοράς εντελώς διαφορετικό από την περίοδο εμπλοκής τους με παράνομες εθιστικές ουσίες. Η περίοδος αυτή μπορεί να προκαλέσει άγχος και αγωνία, για το λόγο αυτό οι παραπάνω υπηρεσίες μεταθεραπευτικής φροντίδας, έχουν ως στόχο τους την υποστήριξη των ατόμων στη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης.

5.4. Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων ως μοντέλου θεραπείας στην απεξάρτηση

Η ουσιοεξάρτηση συνιστά σοβαρό κοινωνικό με αρνητικές επιπτώσεις για το άτομο, την οικογένεια του και την κοινωνία. Αξίζει να τονιστεί ότι, οι διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι απαραίτητες γιατί με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα πολλών θεραπευτικών επιλογών στα εξαρτημένα άτομα, ανάλογα με τις ανάγκες τους, να αντιμετωπίσουν την ουσιοεξάρτηση, αφού έχουν ως στόχο τους τον περιορισμό ή και την εξάλειψη των αρνητικών συνεπειών της κατάχρησης ουσιών. Η παρούσα διπλωματική εργασία παρουσιάζει την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων στην απεξάρτηση, όπως αυτή έχει διερευνηθεί μέσα από έρευνες τόσο σε παγκόσμιο όσο και εθνικό επίπεδο, παρόλο που πολλοί διαφωνούν με το συγκεκριμένο θεραπευτικό μοντέλο.

Πιο συγκεκριμένα, οι θεραπευτικές κοινότητες ως μοντέλο θεραπείας θεωρούνται από πολλούς καταρχάς δαπανηρές και κατά δεύτερο λόγο ως λύση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης αποδέχονται τον εγκλεισμό των χρηστών στη φυλακή. Άλλοι πάλι θεωρούν ότι η σωματική αποτοξίνωση αποτελεί ορθότερη αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης από ουσίες, ενώ τα προγράμματα υποκατάστασης τείνουν υψηλής αποδοχής στη θεραπεία της ουσιοεξάρτησης.

Στο σημείο αυτό αξίζει να τονιστεί ότι, το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας, πρόνοιας και της απονομής ποινικής δικαιοσύνης είναι ιδιαίτερα υψηλό και αυξάνεται όταν ένα άτομο παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα στη χρήση, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί σε υπέρμετρο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας (π.χ. πολυέξοδες θεραπείες για τα μολυσματικά νοσήματα όπως η ηπατίτιδα C), να μην εργάζεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα με αποτέλεσμα να περιθωριοποιείται και να εμπλέκεται σε παραβατικές δραστηριότητες. Παράλληλα, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το κόστος για τη δίωξη, την εκδίκαση μιας υπόθεσης και τον εγκλεισμό ενός χρήστη στη φυλακή, είναι ιδιαίτερα υψηλό και μάλιστα πολλαπλάσιο από τη συμμετοχή του σε οποιοδήποτε θεραπευτικό πρόγραμμα. Επίσης μέσα στη φυλακή λόγω της παράνομης χρήσης ουσιών, οι κίνδυνοι για επιδείνωση της υγείας των χρηστών είναι υψηλοί, ενώ παράλληλα αυξάνονται οι κίνδυνοι για τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών. Μετά την αποφυλάκιση ελλοχεύει ο κίνδυνος μετάδοσης των ασθενειών στον ευρύτερο πληθυσμό, ενώ παράλληλα, η επιστροφή των

περισσότερων ατόμων που αποφυλακίζονται στη χρήση και σε εγκληματικές δραστηριότητες, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για την κοινωνία με ιδιαίτερα υψηλό κόστος.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, καθίσταται σαφές ότι ο εγκλεισμός των χρηστών στα σωφρονιστικά καταστήματα δεν αποτελεί λύση του προβλήματος της εξάρτησης, αντίθετα οι κίνδυνοι για τη δημόσια υγεία και την ασφάλεια των πολιτών αυξάνονται και επιβαρύνουν την κοινωνία. Επίσης, τα προγράμματα υποκατάστασης εστιάζουν κυρίως στη μείωση βλάβης, ενώ στόχοι τους αποτελούν η εξάλειψη παραβατικών δραστηριοτήτων, η ένταξη στην αγορά εργασίας και η βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας των μελών τους. Τα προγράμματα υποκατάστασης όμως μέσα από την παροχή υποκατάστατων (π.χ. μεθαδόνη, βουπρενορφίνη), συνεχίζουν να παρέχουν στα εξαρτημένα άτομα φαρμακευτική ουσία για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης και χρήζουν τη μακροχρόνια παραμονή των ατόμων σε αυτά.

Παράλληλα, τα προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης, παρόλο που αποτελούν εντατική περίοδο θεραπείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης που προκαλούνται μετά τη διακοπή λήψης της ουσίας, δε θεωρούνται ολοκληρωμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Μάλιστα σύμφωνα με μελέτες, η αποτελεσματικότητα της σωματικής αποτοξίνωσης, είναι παρόμοια με τη συμμετοχή σε θεραπεία, αν δεν αποτελέσει τμήμα μιας ολοκληρωμένης θεραπευτικής παρέμβασης, όπως είναι οι θεραπευτικές κοινότητες. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν, σύμφωνα με έρευνες, το αποτελεσματικότερο μοντέλο θεραπείας στην απεξάρτηση, καθώς βοηθούν τα άτομα να απεξαρτηθούν ψυχικά, να αλλάξουν τρόπο ζωής και επανενταχθούν ομαλά στην κοινωνία.

Πιο συγκεκριμένα, πρωταρχικοί στόχοι των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι οι παρακάτω:

- η αποχή από τη χρήση ουσιών,
- η βελτίωση της σωματικής και της ψυχικής υγείας του ατόμου,
- η ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και
- η ομαλή κοινωνική επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων.

Κριτήρια για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων στην απεξάρτηση, αποτελούν η μείωση ή και η διακοπή των συμπτωμάτων χρήσης, ο

χρόνος παραμονής σε θεραπεία και η αποφυγή των υποτροπών σε αυτή, καθώς και η μέτρηση του κόστους κάθε μοντέλου θεραπείας.

Σύμφωνα με μελέτες αποτίμησης κόστους, η συγκριτική μέτρηση του κόστους ανάμεσα στα διαφορετικού τύπου μοντέλα λαμβάνει υπόψη της μόνο το ημερήσιο κόστος. Αναφορικά με τις θεραπευτικές κοινότητες η συμμετοχή των ατόμων σε αυτές, αποτελεί μια περίοδο εντατικής θεραπείας συγκεκριμένου και περιορισμένου χρόνου για τα άτομα. Αντίθετα, η παραμονή στα προγράμματα υποκατάστασης που έχουν ως στόχο τη συντήρηση παρά την αποχή από τη χρήση ουσιών μπορεί να διαρκέσει για πάρα πολλά χρόνια. Παράλληλα, το κόστος των μοντέλων θεραπείας για εξαρτημένους είναι σημαντικό να συγκρίνεται με το κόστος φυλάκισης, το οποίο είναι υψηλότερο και με μηδενική αποτελεσματικότητα. Επομένως, είναι σημαντικό η σύγκριση του κόστους θεραπείας ανάμεσα σε δύο διαφορετικά θεραπευτικά μοντέλα να πραγματοποιείται συνολικά και όχι μόνο σε ημερήσια βάση, λαμβάνοντας υπόψη τα έτη θεραπείας που απαιτεί κάθε μοντέλο.

Επιπλέον, οι έρευνες αποτελεσματικότητας διεξάγονται συνήθως πέντε χρόνια μετά την εισαγωγή σε κάποιο πρόγραμμα και αφορούν το χρονικό διάστημα για το οποίο το άτομο δέχτηκε θεραπεία. Οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αυτοί που μένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη θεραπεία παρουσιάζουν θετικότερα αποτελέσματα σε σχέση με αυτούς που την εγκαταλείπουν πρόωρα. Παρόλα αυτά, ακόμη και τα άτομα που διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία τους έχουν κάποια οφέλη και εμφανίζουν καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με όσους βρίσκονται στη φυλακή, όσους δεν εντάσσονται σε θεραπεία ή όσους απλά συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα σωματικής αποτοξίνωσης. Ωστόσο, τα καλύτερα αποτελέσματα εμφανίζονται σε αυτούς που έχουν συμπληρώσει ένα χρόνο παραμονής σε θεραπευτική κοινότητα. Επίσης, το χρονικό διάστημα παραμονής 90 ημερών στη θεραπευτική κοινότητα, συνδέεται με θετικά αποτελέσματα, ενώ στα προγράμματα μεθαδόνης τα πρώτα θετικά αποτελέσματα προκύπτουν μετά από παραμονή στο πρόγραμμα για διάστημα 360 ημερών.[90]

Αξίζει να σημειωθεί ότι τόσο στο εξωτερικό όσο και στη χώρα μας πραγματοποιούνται έρευνες με στόχο την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων στην απεξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες. Στο σημείο αυτό παρουσιάζονται στοιχεία ερευνών για τις θεραπευτικές κοινότητες,

οι οποίες αποτελούν το αποτελεσματικότερο μοντέλο θεραπείας στην αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Σύμφωνα με την «DARP»¹³ (Drug Abuse Reporting Programme), την πρώτη εθνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, καθώς και τις έρευνες «TOPS» και «DATOS» (αναπαράγουν τα στοιχεία της «DARP»), η οποία μελετά πολλαπλά διαφορετικού τύπου προγράμματα, προκύπτουν πολύ σημαντικά στοιχεία. Πιο συγκεκριμένα, αξιοποιεί αρχικά δείγμα 4.107 ατόμων από πληθυσμό 27.214 ατόμων, που εισάχθηκαν για θεραπεία την περίοδο 1969-1972 (Simpson & Sells, 1982), επίσης προχωρά σε πρόσθετες αναλύσεις μιας ομάδας 405 ανδρών εξαρτημένων από οπιοειδή, 12 χρόνια μετά τη θεραπεία.

Παράλληλα, η δεύτερη μελέτη η «TOPS» (Treatment Outcome Prospective Study), βασισμένη στην «DARP», αξιολογεί ένα δείγμα 4.270 ατόμων που προέρχονται από πληθυσμό 9.989 ατόμων, τα οποία είχαν εισαχθεί για θεραπεία την περίοδο 1979-1981 (Hubbard et al., 1989). Πιο αναλυτικά, η ομάδα του 1979 συμμετείχε σε συνεντεύξεις 12 και 24 μήνες μετά τη θεραπεία, η ομάδα του 1980, 3 και 12 μήνες μετά τη θεραπεία και η ομάδα του 1981 συμμετείχε σε συνεντεύξεις 3 και 5 χρόνια μετά τη θεραπεία. Τα συμπεράσματα των δύο μελετών επιβεβαιώνουν ότι, οι σημαντικές μειώσεις στη χρήση οπιοειδών και στην εμπλοκή των ατόμων σε παραβατική συμπεριφορά εμφανίζονται τον πρώτο χρόνο μετά τη θεραπεία και συνεχίζονται στην περίοδο των 3 και 5 χρόνων μετά τη θεραπεία. Επίσης, η ανάλυση του πρώτου χρόνου μετά τη θεραπεία καθιστά φανερό ότι η συμμετοχή σε θεραπεία για τρεις και πλέον μήνες παρουσιάζει θετικότερα αποτελέσματα, ενώ δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση του χρόνου παραμονής στην πρώτη φάση θεραπείας με μακροχρόνια αποτελέσματα.

Η ανασκόπηση των παραπάνω ερευνών δείχνει ως αποτελεσματική τη θεραπεία για χρήστες οπιοειδών που εισάχθηκαν σε τριών τύπων προγράμματα χρηματοδοτούμενα από το κράτος (στα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης, συντήρησης με μεθαδόνη, μακροχρόνια «στεγνά» προγράμματα διαμονής, ή μακροχρόνια προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης). Σχετικά με το ρόλο της θεραπείας στη διατήρηση της αλλαγής της συμπεριφοράς τα στοιχεία δείχνουν ότι σταδιακά μειωνόταν.

¹³ Καθιερώθηκε το 1969 από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (National Institute of Mental Health) στο Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς (Institute of Behavioral Research) του Πανεπιστημίου του Τέξας, ώστε να παρέχει βάσεις δεδομένων για τη διεξαγωγή ερευνών με στόχο την αξιολόγηση θεραπευτικών προσεγγίσεων στις εξαρτήσεις.

Άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε επίσης στις ΗΠΑ, την «DATOS¹⁴» (Drug Abuse Treatment Outcome Studies), αξιοποιήθηκε δείγμα 4.229 άτομα τα οποία είχαν εισαχθεί στα κύρια θεραπευτικά μοντέλα :

- στα «στεγνά» προγράμματα διαμονής, στα οποία περιλαμβάνονται οι παραδοσιακές θεραπευτικές κοινότητες(12 μηνών),
- στα προγράμματα μεθαδόνης σε εξωτερική βάση,
- στα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης χωρίς φαρμακευτική στήριξη, και
- στα προγράμματα διαμονής μικρής διάρκειας, στα οποία περιλαμβάνονται και οι τροποποιημένες θεραπευτικές κοινότητες (6 μηνών).

Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετέχουν από κάθε μοντέλο θεραπείας τουλάχιστον 1.000 άτομα τα οποία εισάχθηκαν σε θεραπεία και επανεξετάστηκαν 1 και 5 χρόνια αργότερα. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν μείωση της χρήσης ουσιών σε όλα τα μοντέλα, ενώ παράλληλα η ανάλυση των πέντε χρόνων δείχνει μείωση έως 50% στη συχνότητα της χρήσης της κοκαΐνης σε εβδομαδιαία ή και συχνότερη βάση σε σχέση με τα χρόνια πριν από την εισαγωγή σε θεραπεία, για τα άτομα που εισάχθηκαν σε προγράμματα μεθαδόνης, σε θεραπευτικές κοινότητες ή σε «στεγνά» προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης.

Επιπλέον, η πολυπαραγοντική ανάλυση αναδεικνύει ότι οι πιθανότητες εβδομαδιαίας ή συχνότερης χρήσης είναι σημαντικά λιγότερες για τα άτομα τα οποία είχαν παραμείνει τουλάχιστον για 6 μήνες στις θεραπευτικές κοινότητες σε σχέση με τα άτομα που είχαν παραμείνει σε άλλα θεραπευτικά προγράμματα. Επίσης, αυτοί που παρέμειναν τουλάχιστον 1 χρόνο σε προγράμματα μεθαδόνης είχαν καλύτερη πορεία σε σχέση με αυτούς που εγκατέλειψαν πρόωρα το πρόγραμμα. Τέλος, σημαντικά αποτελέσματα προκύπτουν για όλα τα μοντέλα 5 χρόνια μετά τη θεραπεία, τα οποία αφορούν στη βελτίωση της συμπεριφοράς και τη μείωση της παραβατικής δραστηριότητας τουλάχιστον στο μισό.

Πιο συγκεκριμένα, αυτοί που συμμετείχαν στα προγράμματα μεθαδόνης είχαν εμπλακεί σε παραβατική συμπεριφορά σε ποσοστό 31%, ενώ 5 χρόνια αργότερα το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 14%. Επίσης, το αντίστοιχο ποσοστό στις θεραπευτικές κοινότητες μειώθηκε από 40 σε 15%, ενώ στα «στεγνά» προγράμματα εξωτερικής

¹⁴ Μελέτες αποτίμησης θεραπευτικών παρεμβάσεων στην εξάρτηση

παρακολούθησης το ποσοστό από 24% μειώθηκε σε 10%. Ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία αναφορικά με τις θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν επίσης:

1. η σημαντική βελτίωση στην υγεία των ατόμων από τον πρώτο στον πέμπτο χρόνο,
2. η επαγγελματική απασχόληση, καθώς αυτοί που έμειναν τουλάχιστον 6 μήνες στη θεραπευτική κοινότητα έδειξαν εντυπωσιακά αποτελέσματα 5 χρόνια μετά τη θεραπεία.

Συνοψίζοντας, τα συμπεράσματα της έρευνας αναδεικνύουν ότι όσο αυξάνει ο χρόνος παραμονής σε θεραπεία τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες διακοπής της χρήσης, μείωσης της παραβατικής συμπεριφοράς και ένταξης στην αγορά εργασίας. Παρά τις διαφορές που παρουσιάζουν μεταξύ τους τα θεραπευτικά μοντέλα, είναι σαφώς πιο αποτελεσματικά από την φυλάκιση και από την εισαγωγή σε νοσοκομεία, ψυχιατρικές κλινικές ή κέντρα σωματικής αποτοξίνωσης.

Πιο συγκεκριμένα, τα προγράμματα υποκατάστασης (μεθαδόνη, βουπρενορφίνη) μπορούν να μειώσουν τη χρήση παράνομων ουσιών και την παραβατική συμπεριφορά και να κρατήσουν το άτομο σε επαφή με ένα θεραπευτικό πλαίσιο, η εξάρτηση όμως από μια ουσία συνεχίζεται και η ζωή του ατόμου οργανώνεται γύρω από αυτήν, ενώ το άτομο πρέπει να προσέρχεται τακτικά στο πρόγραμμα για τη λήψη της ουσίας. Επιπλέον, τα προγράμματα εξωτερικής θεραπείας χωρίς φαρμακευτική υποστήριξη μπορούν επίσης να μειώσουν τη χρήση ουσιών και την παραβατική συμπεριφορά, προϋποθέτουν όμως την ύπαρξη δικτύου οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης και απευθύνονται κυρίως σε άτομα με σύντομη εμπλοκή με τη χρήση ουσιών.

Αξίζει στο σημείο αυτό να τονιστεί ότι, σε σχέση με τα άλλα μοντέλα θεραπείας, η θεραπευτική κοινότητα επιδεικνύει καλύτερα και μακρόχρονα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, η συμμετοχή σε μια θεραπευτική κοινότητα συνεπάγεται την αποχή από τη χρήση ουσιών και από παραβατικές δραστηριότητες. Επίσης οδηγεί σε σημαντική μείωση του κοινωνικού κόστους, σε εξοικονόμηση πόρων για ιατρικές υπηρεσίες και σε ενίσχυση της δημόσιας ασφάλειας τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά από αυτήν.

Όσον αφορά στο προφίλ των ατόμων που βρίσκονται στη φυλακή ή απευθύνονται στα νοσοκομεία για βοήθεια και εκείνων που συμμετέχουν σε

θεραπευτικές κοινότητες, δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές, επομένως το όφελος από τη συμμετοχή σε μια θεραπευτική κοινότητα είναι μεγαλύτερο από οποιαδήποτε άλλη μορφή παρέμβασης ή μη παρέμβασης. Αυτό οφείλεται κυρίως στην προσέγγιση της θεραπευτικής κοινότητας που επιδιώκει την αλλαγή του τρόπου ζωής του ατόμου, η οποία περιλαμβάνει αποχή από τη χρήση ουσιών, διακοπή της παραβατικής συμπεριφοράς, καθώς και την ομαλή ενσωμάτωση στην κοινωνία .[91]

Όπως στο εξωτερικό έτσι και στη χώρα μας πραγματοποιούνται έρευνες από αρμόδιους φορείς, με στόχο στην αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών προγραμμάτων στην απεξάρτηση.

Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη συγκριτική μελέτη στην Ελλάδα που διερευνά τα αποτελέσματα θεραπευτικής παρέμβασης σε βάθος χρόνου, παρουσιάζεται το 1992[92]. Στη μελέτη αυτή αξιοποιείται δείγμα 79 ατόμων που ήταν κρατούμενοι το 1984, καθώς και δείγμα 140 εξαρτημένων που παρακολουθούν δομές απεξάρτησης. Οι συμμετέχοντες και στα δύο δείγματα παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά αναφορικά με τη χρήση και τη γενικότερη στάση τους απέναντι σε αυτήν. Η περίοδος επανεξέτασης για την πρώτη ομάδα πραγματοποιείται περίπου 8 χρόνια μετά τον εγκλεισμό, ενώ για τη δεύτερη 3-4 χρόνια μετά τη θεραπεία. Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας επιδεικνύουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα της πρώτης ομάδας που βρισκόταν σε επαφή με θεραπευτικές υπηρεσίες παρουσίασαν σημαντικά καλύτερη πορεία σε όλους τους υπό εξέταση τομείς, αντίθετα με τα άτομα που ανήκαν στην ομάδα των κρατουμένων. Πιο αναλυτικά, περίπου τα 2/3 των κρατουμένων επαναφυλακίστηκαν την περίοδο της επανεξέτασης, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων που προέρχονταν από προγράμματα θεραπείας αν ήταν 7,9%. Επιπλέον, το ποσοστό των ατόμων της ομάδας των κρατουμένων που βρέθηκαν στη διάρκεια της επανεξέτασης να ζουν ελεύθεροι στην κοινωνία ήταν 36,4%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν σε θεραπευτική κοινότητα έφτανε στο 86,8%. Παράλληλα, ποσοστό 68,2% της ομάδας των κρατουμένων έκαναν χρήση κάποιας παράνομης ουσίας κατά τη διάρκεια της επανεξέτασης, σε σχέση με το 21,1% της ομάδας των ατόμων που συμμετείχαν σε θεραπεία. Επιπλέον, αναφορικά με την εξεύρεση εργασίας βρήκε ποσοστό 63,2% της ομάδας που προερχόταν από τις θεραπευτικές βρέθηκε, ενώ το

αντίστοιχο ποσοστό της ομάδας που προερχόταν από τη φυλακή ήταν το 40,9%. Τέλος, σημαντικές διαφορές αφορούσαν στα ποσοστά θνησιμότητας που καταγράφηκαν στις δύο ομάδες: α) 12,2% στην ομάδα των κρατουμένων και β) 2,4% στην ομάδα των ατόμων που συμμετείχαν σε θεραπεία.

Σε αναδρομική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1993 από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας σε όλους όσους είχαν εισαχθεί πριν από 5 χρόνια σε θεραπευτική κοινότητα, δηλαδή την περίοδο από την 1^η Δεκεμβρίου 1988 έως την 31^η Δεκεμβρίου 1988, προκύπτουν επίσης πολύ σημαντικά στοιχεία σχετικά με τις θεραπευτικές κοινότητες. Πιο συγκεκριμένα, καθώς το 1988 λειτουργούσαν στην Ελλάδα μόνο η θεραπευτική κοινότητα «Ιθάκη» και η ανοιχτή θεραπευτική κοινότητα για έφηβους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών «Στροφή», η μελέτη επικεντρώνεται στη σύγκριση του πληθυσμού των δυο προγραμμάτων στις δύο χρονικές περιόδους και αναδεικνύει σημαντικές διαφορές.

Πιο αναλυτικά, κατά την περίοδο της εισαγωγής τους στη θεραπευτική κοινότητα όλα τα άτομα έκαναν χρήση παράνομων ουσιών, ενώ 5 χρόνια μετά τη θεραπεία σε ποσοστό 67% απείχαν από τη χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας. Παράλληλα, πριν από τη θεραπευτική εμπειρία, ποσοστό 72% είχε συλληφθεί τουλάχιστον μια φορά, ενώ 5 χρόνια μετά τη θεραπεία το ποσοστό συλλήψεων είχε μειωθεί στο 23,7%, το οποίο όμως συνέχιζε να εμπλέκεται σε παραβατικές συμπεριφορές και να εμπλέκεται με το νόμο. Επιπλέον, σημειώθηκε βελτίωση στο ποσοστό απασχόλησης των ατόμων, το οποίο από 20% στη φάση εισαγωγής αυξήθηκε 63% μέσα σε 5 χρόνια μετά τη θεραπεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η παραπάνω έρευνα αναδεικνύει τη βαρύτητα της θεραπευτικής εμπειρίας και τη συσχέτιση ανάμεσα στο χρόνο παραμονής και στα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας.

Άλλη έρευνα πραγματοποιήθηκε το 1995 για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας των ατόμων που εισάχθηκαν στην «Εναλλακτική Κοινότητα Παρέμβαση», για τα έτη 1989 και 1990. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας δείχνουν ανάλογες μεταβολές στους δείκτες που αφορούν τη χρήση ουσιών (μείωση της παράνομης χρήσης από το 73,8%), την ποινική εμπλοκή (μείωση από το 81,6%) και την απασχόληση (αύξηση σε 71,8%). Η παραπάνω

μελέτη καταλήγει ότι ακόμα και όσοι βρέθηκαν για σύντομο χρονικό διάστημα στη θεραπευτική διαδικασία παρουσίασαν σημαντικές βελτιώσεις σε διάφορους τομείς της ζωής τους.

Από τις πιο πρόσφατες μελέτες για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας αποτελεί η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για λογαριασμό του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Με τυχαία δειγματοληψία την περίοδο 2000-2001 ελέγχθηκε πληθυσμός 551 ατόμων (445 άνδρες και 116 γυναίκες), τα οποία εισάχθηκαν και παρέμειναν έστω και μια ημέρα σε κάποια από τις έξι θεραπευτικές κοινότητες («Ιθάκη», «Στροφή», «Εξοδος», «Παρέμβαση», «Διάβαση», «Νόστος») που διαθέτει το ΚΕΘΕΑ για την περίοδο από 01/01/1994 έως 31/12/1995, ενώ πραγματοποιήθηκαν 388 ατομικές συνεντεύξεις. Στα αποτελέσματα καταγράφονται σοβαρές μεταβολές σε όλα τα κριτήρια που αφορούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και αναδεικνύεται η συσχέτιση ανάμεσα στις θετικές μεταβολές και στο χρόνο παραμονής των ατόμων στη θεραπευτική διαδικασία.

Η συγκεκριμένη μελέτη αναδεικνύει ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία τόσο μειώνεται η πιθανότητα υποτροπής και επαναφοράς στη χρήση ουσιών. Τα ποσοστά χρήσης ηρωίνης για όσους εισάχθηκαν και παρέμειναν περισσότερο από ένα χρόνο στη θεραπεία (35%) μειώθηκαν από 95,9% σε 23,1%. Επίσης, στη φάση εισαγωγής στη θεραπεία, ποσοστό 75% είχε προβλήματα με το νόμο (συλλήψεις, καταδίκες, φυλακίσεις κ.λπ.), ενώ πέντε χρόνια αργότερα αυτό μειώθηκε σε 27,3%. Τέλος, η επαγγελματική απασχόληση κατά τη διάρκεια εισαγωγής στη θεραπεία είχε μόνο το 25,6%, ενώ πέντε χρόνια αργότερα το αντίστοιχο ποσοστό έφτασε στο 83,7%.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, ακόμη και όσοι εγκατέλειψαν το πρόγραμμα τις πρώτες 90 ημέρες ωφελήθηκαν από τη συμμετοχή τους σε θεραπευτική διαδικασία. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ατόμων (76%) σχετικά σύντομα αναζήτησε θεραπεία σε κάποιο θεραπευτικό πλαίσιο. Παράλληλα, η μελέτη ανέδειξε ότι ακόμη και ο πληθυσμός που δεν συμπλήρωσε τον απαιτούμενο χρόνο θεραπείας, παρουσίασε σημαντικά θετικά αποτελέσματα στους κύριους τομείς της χρήσης ουσιών, της παραβατικής συμπεριφοράς και της απασχόλησης. Η μελέτη καταδεικνύει ότι, ανεξάρτητα από τον χρόνο παραμονής,

ανάμεσα στην περίοδο εισαγωγής και στην περίοδο επανεξέτασης υπάρχει σημαντική μείωση των ποσοστών που αφορούν τη χρήση ηρωίνης (39,6%), την ενέσιμη χρήση (41,1%), τις καταδίκες (54%), τη φυλάκιση (56,3%) και την ανεργία (43,8%).[93]

Τα στοιχεία που αποτυπώνονται στις έρευνες αναδεικνύουν την σπουδαιότητα του μοντέλου θεραπείας των θεραπευτικών κοινοτήτων στην απεξάρτηση από εθιστικές ουσίες. Τόσο στο εξωτερικό όσο και την Ελλάδα, τα οφέλη που αποκομίζουν τα μέλη των θεραπευτικών κοινοτήτων σε επίπεδο προσωπικής ανάπτυξης, κοινωνικών δεξιοτήτων, επαγγελματικής απασχόλησης και κοινωνικής επανένταξης είναι ιδιαίτερα σημαντικά. Η αλλαγή του τρόπου ζωής που επιτυγχάνεται μέσα από την κοινωνική μάθηση, η διερεύνηση του εαυτού και ο επαναπροσδιορισμός των σχέσεων με την οικογένεια και την ευρύτερη κοινωνία, αποτελούν τα θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα των θεραπευτικών κοινοτήτων, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής των ατόμων. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, που αποτελεί τον πρώτο θεραπευτικό οργανισμό απεξάρτησης στην Ελλάδα και καταγράφονται στοιχεία ερευνών που αποτιμούν την αποτελεσματικότητα του φορέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

6.1.Εισαγωγή

Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) ιδρύθηκε το 1987 και αποτελεί τον πρώτο ελληνικό οργανισμό για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Νόμος 3204/2003) και χρηματοδοτείται από αυτό.

Η Γενική Συνέλευση του ΚΕΘΕΑ, όπου συμμετέχουν με δικαίωμα ψήφου εργαζόμενοι στον οργανισμό με σύμβαση αορίστου χρόνου, μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων στη φάση της κοινωνικής επανένταξης και εκπρόσωποι των εθελοντικών συλλόγων οικογένειας, εκλέγει το ενδεκαμελές διοικητικό συμβούλιο του φορέα, ώστε με αυτόν το δημοκρατικό τρόπο να εκφράζονται όλοι εμπλεκόμενοι και να διασφαλίζεται η αποτελεσματική λειτουργία του οργανισμού. Επίσης, σε θέματα εσωτερικής λειτουργίας και διοίκησης τηρούνται σαφείς δημοκρατικές διαδικασίες στη λήψη αποφάσεων, ενώ όλα τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ πανελλαδικώς είναι διοικητικά αυτοτελή.

Πιο συγκεκριμένα, ο ρόλος του διοικητικού συμβουλίου έγκειται αφενός στη συνολική εποπτεία της λειτουργίας του οργανισμού και αφετέρου στο διορισμό του διευθυντή που είναι επιφορτισμένος με τη διοικητική και θεραπευτική ευθύνη του φορέα. Ο διευθυντής του ΚΕΘΕΑ συνεργάζεται στενά με τους υπευθύνους των επιμέρους θεραπευτικών προγραμμάτων και τομέων για το συντονισμό των παρεχομένων υπηρεσιών. Επίσης, σημαντικό όργανο σχεδίασης πολιτικής αποτελεί το Συμβούλιο Πολιτικής ΚΕΘΕΑ (Σ.Π.Ο.Κ.), το οποίο είναι υπεύθυνο για τη χάραξη της μακροπρόθεσμης πολιτικής του οργανισμού σε θέματα θεραπείας, δεοντολογίας, έρευνας, εκπαίδευσης και ανάπτυξης κ.ά. σε όλη την Ελλάδα.

Το ΚΕΘΕΑ διαθέτει σήμερα περισσότερες από 70 μονάδες σε όλη την Ελλάδα και εξυπηρετεί καθημερινά περίπου 3.000 άτομα, χρήστες αλλά και μέλη των οικογενειών τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι, ιδιαίτερα σημαντικό έργο επιτελούν οι εργαζόμενοι (κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι, ή απόφοιτοι αναγνωρισμένων θεραπευτικών

προγραμμάτων) του οργανισμού, τόσο εκείνοι που απασχολούνται στην «πρώτη γραμμή», στελεχώνοντας τις υπηρεσίες θεραπείας και πρόληψης, όσο και εκείνοι που απασχολούνται σε δομές όπως η έρευνα, η εκπαίδευση, κ.λπ. Επιπλέον, το ΚΕΘΕΑ δεν απασχολεί βοηθητικό ή προσωπικό φύλαξης στα θεραπευτικά του προγράμματα, αλλά οι εργασίες που απαιτούνται για την καθημερινή λειτουργία και ομαλή διαβίωση των ατόμων που λαμβάνουν τις υπηρεσίες του, πραγματοποιούνται από ομάδες μελών και αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας της ουσιοεξάρτησης.[94]

Το ΚΕΘΕΑ αποτελεί βασικό φορέα εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ουσίες, ενώ παράλληλα είναι σύμβουλος του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου (ECOSOC) του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών σε θέματα ναρκωτικών, και πολλών άλλων διεθνών και ευρωπαϊκών οργανισμών και φορέων κατά των ναρκωτικών. Πιο συγκεκριμένα, από το Δεκέμβριο του 1998 το ΚΕΘΕΑ είναι μέλος του διεθνούς δικτύου RADAR (Regional Alcohol and Drug Awareness Resource), στο οποίο συμμετέχουν 800 φορείς πρόληψης από όλο τον κόσμο, με στόχο τη συγκέντρωση και διάδοση πληροφοριών σχετικά με τις τελευταίες εξελίξεις στο χώρο της πρόληψης και τα νέα ερευνητικά, επιστημονικά, δεδομένα που αφορούν τη χρήση αλκοόλ και ψυχοτρόπων ουσιών.

Επίσης, από το 1984 το ΚΕΘΕΑ είναι μέλος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων (World Federation of Therapeutic Communities) και εφαρμόζει των κώδικα δεοντολογίας της. Επιπρόσθετα, από το 1996 είναι πλήρες μέλος του Διεθνούς Συμβουλίου για το Πρόβλημα του Αλκοόλ και των Εξαρτήσεων (International Council on Alcohol and Addictions), ενώ από το 2000 ανήκει στην Οργάνωση Οικογενειακής Θεραπείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Family Therapy Association), από την οποία έχει αναγνωριστεί ως «Ινστιτούτο Εκπαίδευσης» στην οικογενειακή θεραπεία και υλοποιεί προγράμματα εκπαίδευσης για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης.

Επιπλέον, από το 1984 το ΚΕΘΕΑ είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων (European Federation of Therapeutic Communities, ενώ από το 1994 το ΚΕΘΕΑ είναι μέλος της Διεθνούς Ομοσπονδίας μη Κυβερνητικών Οργανισμών για την Πρόληψη της χρήσης ουσιών (International Federation of Non-

Government Organizations for the Prevention of Drug and Substance Abuse), η οποία υποστηρίζει τη συνεργασία μεταξύ μη κυβερνητικών οργανισμών από όλο τον κόσμο. Τέλος, το ΚΕΘΕΑ είναι ιδρυτικό μέλος του ευρωπαϊκού δικτύου ENA (European Network of Addiction), το οποίο δημιουργήθηκε από τέσσερις μεσογειακούς οργανισμούς, (Projecto Homen της Πορτογαλίας, το Projecto Hombre της Ισπανίας, το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων της Ελλάδας), με στόχο τη δημιουργία ενός ευρωπαϊκού δικτύου αναφοράς για την πρόληψη, τη θεραπεία και την επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων.

Το ΚΕΘΕΑ επιτελεί επίσης, σημαντικό έργο στην εκπαίδευση, κατάρτιση και κοινωνική επανένταξη τόσο των μελών όσο και των αποφοίτων των θεραπευτικών του προγραμμάτων, μέσα από την υλοποίηση συγκεκριμένων παρεμβάσεων σε διαφορετικές περιοχές της χώρας, όπως επιχειρησιακά και εκπαιδευτικά προγράμματα που στοχεύουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων σε διάφορους τομείς (π.χ. προσωπικής ανάπτυξης, αγωγής υγείας), αλλά και τη δημιουργία δικτύου συνεργασίας με διάφορες επιχειρήσεις και εργοδότες για την απορρόφηση των αποφοίτων των θεραπευτικών του προγραμμάτων.

Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, στο οποίο ανήκουν θεραπευτικά προγράμματα εφήβων, ενηλίκων και προγράμματα οικογένειας, καθώς και τομείς πρόληψης, μείωσης βλάβης, έρευνας και εκπαίδευσης, συντελεί σημαντικό έργο στην απεξάρτηση από τα ναρκωτικά. Παρέχει ολιστική θεραπευτική παρέμβαση στα μέλη των προγραμμάτων του και μέσα από την κοινωνική μάθηση, την ομαδική θεραπεία και την ενεργή συμμετοχή των θεραπευομένων, επιτυγχάνεται όχι μόνο η αποχή από τις ουσίες αλλά και η προσωπική αλλαγή των ατόμων και η ομαλή ενσωμάτωσή τους στον κοινωνικό ιστό.[95]

6.2. Γενικές Αρχές των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ

Όλα τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ εφαρμόζουν τον κώδικα δεοντολογίας της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων και διέπονται από ορισμένες βασικές αρχές, οι οποίες έχουν ως επίκεντρο τον άνθρωπο τα μοναδικά χαρακτηριστικά και τις ιδιαίτερες ανάγκες του. Οι αρχές αυτές περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω:

✓ δωρεάν παροχή υπηρεσιών

ώστε να δίνεται η δυνατότητα υποστήριξης σε όλους τους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών και τις οικογένειές τους,

✓ **παροχή υπηρεσιών χωρίς διακρίσεις**

ανεξάρτητα από φυλή, δόγμα, θρησκεία φύλο, εθνικότητα, σεξουαλικές προτιμήσεις, ηλικία, σωματική κατάσταση, πολιτικές πεποιθήσεις, ποινικό μητρώο και οικονομική κατάσταση των ατόμων που απευθύνονται στο ΚΕΘΕΑ,

✓ **αντιμετώπιση της εξάρτησης χωρίς τη χρήση ουσιών(drug-free programme)**

τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ δεν χορηγούν φαρμακευτικές ή υποκατάστατες ουσίες για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Ο εξαρτημένος δεν αντιμετωπίζεται ως «ασθενής» που υποβάλλεται παθητικά σε θεραπεία, αλλά συμμετέχει ενεργά σε αυτήν, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για την αλλαγή της συμπεριφοράς του (χρήση, εξάρτηση) και αναζητώντας τα αίτια της. Στόχος είναι να υιοθετήσει το άτομο ένα νέο τρόπο ζωής και συμπεριφοράς και ένα νέο σύστημα αξιών, ώστε να είναι σε θέση να ανταπεξέρχεται στις προκλήσεις και τις δυσκολίες της ζωής, χωρίς να καταφεύγει στη χρήση ουσιών,

✓ **οικιοθελής προσέλευση**

η διαδικασία της απεξάρτησης προϋποθέτει όχι μόνο ένα οργανωμένο θεραπευτικό πλαίσιο αλλά και την ύπαρξη κινήτρου εκ μέρους του θεραπευόμενου. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η υποχρεωτική θεραπεία έχει συνήθως περιορισμένα αποτελέσματα, καθώς απουσιάζει το στοιχείο της προσωπικής απόφασης και ευθύνης για την αλλαγή τρόπου ζωής και συμπεριφοράς. Για το λόγο αυτό στα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ δεν πραγματοποιούνται αναγκαστικές εισαγωγές και ο θεραπευόμενος διατηρεί το δικαίωμα να διακόψει την παρακολούθηση ανά πάσα στιγμή και

✓ **ενεργητική συμμετοχή**

από τη στιγμή που ένα άτομο αποφασίζει να ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα, η συμμετοχή του στις καθημερινές θεραπευτικές, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες είναι προϋπόθεση για την παραμονή του σε αυτό.[96]

Η φιλοσοφία του ΚΕΘΕΑ για την απεξάρτηση περιλαμβάνει όρους όπως σεβασμός στην ατομικότητα και τη διαφορετικότητα κάθε ατόμου, ενεργή συμμετοχή και όχι παθητική λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής, αντιμετώπιση του

προβλήματος, αναζήτηση των αιτιών, βαθύτερη γνωριμία με τον εαυτό και τις πραγματικές ανάγκες του ατόμου, ανάληψη ευθυνών, κ.λπ., με στόχο την αλλαγή προς το καλύτερο και τη συνειδητοποίηση ότι η εξάρτηση από ουσίες ως τρόπου ζωής, μόνο καταστρεπτικές συνέπειες μπορεί να επιφέρει, ενώ καθιστά το άτομο δέσμιο της ουσίας και το εμποδίζει να ζήσει ελεύθερα, ποιοτικά και δημιουργικά τη ζωή του. Στην παρούσα διπλωματική εργασία περιγράφεται το μοντέλο θεραπείας των θεραπευτικών κοινοτήτων στην αντιμετώπιση των εξαρτήσεων από ουσίες, καθώς και οι θεραπευτικές υπηρεσίες που παρέχονται από τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ σε χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών και τις οικογένειες τους.

6.3. Μοντέλο Θεραπείας ΚΕΘΕΑ

Η πορεία των μελών προς την απεξάρτηση σηματοδοτείται από διαφορετικές θεραπευτικές φάσεις με καθορισμένη χρονική διάρκεια και συγκεκριμένους στόχους. Αρχικά τα μέλη εντάσσονται στο συμβουλευτικό κέντρο, το οποίο έχει ως στόχο την ενημέρωση και την κινητοποίηση των μελών πριν την εισαγωγή τους στη θεραπευτική κοινότητα. Στη συνέχεια, τα μέλη εισάγονται στη θεραπευτική κοινότητα και μέσα σε αυτή ξεκινά η πορεία τους για την απεξάρτηση από ουσίες και την προσωπική αλλαγή. Μετά την ολοκλήρωση της κοινότητας, τα μέλη εντάσσονται στο κέντρο κοινωνικής επανένταξης όπου προετοιμάζονται για την ομαλή ενσωμάτωση τους στην κοινωνία.

Πιο αναλυτικά, η πορεία στο θεραπευτικό πρόγραμμα αρχίζει από τα συμβουλευτικά κέντρα (ή κέντρα ενημέρωσης και εισαγωγής). Το πρώτο αυτό στάδιο διαρκεί από 8 έως 10 εβδομάδες περίπου, είναι εξωτερικής παρακολούθησης και παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον, όπου δεν επιτρέπεται η χρήση ουσιών και τα άτομα με τη βοήθεια του θεραπευτικού προσωπικού, λειτουργούν σε ομάδες, γνωρίζονται και μοιράζονται τις εμπειρίες τους.

Τα κέντρα ενημέρωσης προετοιμάζουν τα εξαρτημένα άτομα για την εισαγωγή τους σε θεραπευτική κοινότητα, ενημερώνοντας τα για τη λειτουργία της, ενισχύοντας το βαθμό κινητοποίησής τους και ενθαρρύνοντας τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης. Παράλληλα, παραπέμπουν τα μέλη για ιατρικές εξετάσεις σε ιατρικές υπηρεσίες ώστε να ελέγξουν την κατάσταση της υγείας τους, καθώς μέσα από την εμπλοκή τους με ουσίες παραμελούν τον εαυτό τους, παρέχουν διατροφή, καθώς

και τη δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης. Ο ρόλος των συμβουλευτικών κέντρων είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς αποτελούν το χώρο πρώτης επαφής των ατόμων του στενού περιβάλλοντος του χρήστη με το θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η εισαγωγή στη θεραπευτική κοινότητα (διαμονής ή εξωτερικής ημερήσιας παρακολούθησης) αποτελεί τη δεύτερη φάση του προγράμματος, διαρκεί περίπου 12 μήνες και αποτελεί το κατεξοχήν στάδιο της θεραπείας που έχει ως στόχο του την αναζήτηση των γενεσιουργών αιτιών της χρήσης και τη συνολική αλλαγή του τρόπου ζωής και συμπεριφοράς των μελών.

Τα άτομα τείνουν να χρησιμοποιούν τις ουσίες για να νιώθουν καλά ή, απλώς, φυσιολογικά, για το λόγο αυτό η εξασφάλιση της ουσίας που καταναλώνουν βρίσκεται στο επίκεντρο της ζωής τους και καθορίζει ολοκληρωτικά τη δράση και τη συμπεριφορά τους, με αποτέλεσμα να απορρίπτονται από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και να περιθωριοποιούνται αποκτώντας σωρεία προβλημάτων. Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι, η χρήση ουσιών αποτελεί συνήθως το σύμπτωμα βαθύτερων προβλημάτων ψυχολογικής, διαπροσωπικής ή κοινωνικής προέλευσης. Στη θεραπευτική κοινότητα ο πρώην χρήστης μαθαίνει πως να αποκτά εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στους άλλους, πως να αντιμετωπίζει το άγχος και τις συγκρούσεις με εποικοδομητικό τρόπο καθώς και το να ζητά βοήθεια.

Παράλληλα, η οργάνωση και οι δραστηριότητες της θεραπευτικής κοινότητας βοηθούν τα άτομα να ανακαλύπτουν τις ικανότητές τους αλλά και τα όρια των δυνατοτήτων τους. Επίσης, οι θεραπευτικές κοινότητες βασίζονται στην αρχή της αυτοβοήθειας, ώστε κάθε μέλος της κοινότητας να μάθει πώς να βοηθάει τον εαυτό του με τη στήριξη των άλλων. Προσφέρουν στα μέλη τους ένα «ασφαλές» θεραπευτικό περιβάλλον όπου συνυπάρχουν και συνδέονται λόγω του κοινού τους στόχου για απεξάρτηση και επανένταξη στην κοινωνία.

Η προσέλευση στη θεραπευτική κοινότητα είναι εθελούσια, η ενεργή συμμετοχή των μελών όμως στο κοινό καθημερινό πρόγραμμα είναι υποχρεωτική, ως προϋπόθεση για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Οι βασικοί κανόνες των θεραπευτικών κοινοτήτων απαγορεύουν τη χρήση αλκοόλ και ψυχοδραστικών ουσιών, τη λεκτική και σωματική βία και τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των μελών. Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι, για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών διαβίωσης των μελών και τη συντήρησή τους οι κοινότητες δεν απασχολούν

βοηθητικό προσωπικό, αλλά βασίζονται στην αρχή της αυτοδιαχείρισης, την προσωπική δηλαδή εργασία των μελών τους, που οργανώνονται για το σκοπό αυτό σε ομάδες με συγκεκριμένες αρμοδιότητες (καθαριότητα, κουζίνα, γραμματεία, δημόσιες σχέσεις, διαχείριση κ.ά.) υπό την εποπτεία του θεραπευτικού προσωπικού. Η συμμετοχή των μελών στις παραπάνω ομάδες αποτελεί κομμάτι της θεραπείας τους. Επίσης, μέσα στις θεραπευτικές κοινότητες τα μέλη λαμβάνουν συστηματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης με πολλαπλούς στόχους:

- την κάλυψη βασικών εκπαιδευτικών ελλείψεων,
- την επανασύνδεση με την εκπαιδευτική διαδικασία,
- τον επαγγελματικό προσανατολισμό, την επαγγελματική κατάρτιση και
- την καλλιέργεια προσωπικών ενδιαφερόντων,

με στόχο να αναπτύξουν προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες και να εφοδιαστούν με απαραίτητες γνώσεις για την ομαλή επανένταξη τους στην κοινωνία μετά την ολοκλήρωση της θεραπευτικής κοινότητας.

Όταν ένα μέλος του προγράμματος ολοκληρώσει τη θεραπευτική κοινότητα περνάει στη φάση της κοινωνικής επανένταξης, η οποία διαρκεί περίπου 10 έως 12 μήνες. Τα κέντρα κοινωνικής επανένταξης διαθέτουν ξενώνες, όπου τα άτομα που ολοκληρώνουν τις θεραπευτικές κοινότητες διαμονής μπορούν να φιλοξενηθούν μέχρι να βρουν δουλειά και δικό τους σπίτι. Στη φάση αυτή στόχος είναι να μάθει το άτομο πώς να λειτουργεί ως ισότιμο μέλος στην κοινωνία, με τη νέα ταυτότητα που απέκτησε κατά την παραμονή του στη θεραπευτική κοινότητα. Σε αυτή τη φάση επίσης, δίνεται ιδιαίτερο βάρος στην επαγγελματική κατάρτιση και την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων που ολοκληρώνουν τη θεραπευτική κοινότητα, καθώς αυτή αποτελεί προϋπόθεση πλήρους κοινωνικής ένταξης και βασικό παράγοντα για την πρόληψη της υποτροπής.

Σημαντικό κομμάτι για την θεραπεία των μελών αποτελεί η συμμετοχή της οικογένειας του εξαρτημένου ατόμου στο πρόγραμμα. Όλα τα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ διαθέτουν παράλληλο πρόγραμμα οικογενειακής στήριξης που απευθύνεται στα πρόσωπα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος του χρήστη (γονείς, αδέρφια, παιδιά, σύντροφοι-σύζυγοι), και έχει περίπου την ίδια διάρκεια με αυτά. Επίσης, ακόμα και αν ένα εξαρτημένο άτομο δεν είναι ενταγμένο σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, τα μέλη της οικογένειάς του μπορούν να

παρακολουθούν τα ανεξάρτητα προγράμματα οικογενειακής στήριξης, έτσι ώστε να εκπαιδευτούν στους τρόπους με τους οποίους μπορούν να παρακινήσουν το εξαρτημένο άτομο να απευθυνθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης.

Πιο αναλυτικά, οι βασικοί στόχοι των Προγραμμάτων Οικογενειακής στήριξης του ΚΕΘΕΑ είναι :

- η ενημέρωση γύρω από τη χρήση, την εξάρτηση και τον τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης του ΚΕΘΕΑ,
- η στήριξη της οικογένειας του εξαρτημένου και η ενημέρωσή της για τον καθοριστικό ρόλο της στην έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας,
- η δημιουργία και διατήρηση θεραπευτικής συμμαχίας με την οικογένεια,
- η θεραπευτική παρέμβαση για την εξομάλυνση δυσλειτουργιών στο οικογενειακό σύστημα.

Η συμμετοχή της οικογένειας του χρήστη σε πρόγραμμα οικογενειακής υποστήριξης, λειτουργεί θετικά τόσο για την ίδια, καθώς μπορεί να ενημερωθεί, να γνωρίσει το πρόβλημα και να μάθει τρόπους αντιμετώπισης του, αλλά και για το εξαρτημένο άτομο. Όταν μέσα σε μια οικογένεια υπάρχει ένα άτομο που κάνει χρήση ουσιών, οι σχέσεις διαταράσσονται και συχνά τα άτομα απομακρύνονται, καθώς τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (π.χ. σύζυγος χρήστη, αδερφός χρήστη, γονείς χρήστη, παιδί χρήστη) δε γνωρίζουν πώς να διαχειριστούν το πρόβλημα και συχνά αισθάνονται ότι βρίσκονται σε αδιέξοδο. Η συμμετοχή στο πρόγραμμα οικογένειας μπορεί να συμβάλλει θετικά στην κατανόηση αρχικά της ουσιοεξάρτησης και στον τρόπο διαχείρισης της με θετικά αποτελέσματα για όλη την οικογένεια .[97]

6.4. Κοινωνικο – δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που προσεγγίζουν τα θεραπευτικά προγράμματα ΚΕΘΕΑ

Σε διαχρονική μελέτη που πραγματοποίησε το ΚΕΘΕΑ για το χρονικό διάστημα έξι ετών από το 2000 έως το 2006, παρουσιάζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕΘΕΑ. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι: α) η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των ατόμων που ζητούν θεραπεία, β) η συγκριτική ανάλυση των δεδομένων ανά έτος και γ) η μελέτη των μεταβολών που παρατηρούνται στις εξεταζόμενες μεταβλητές και των συσχετίσεων που

αναπτύσσονται μεταξύ τους στη διάρκεια των ετών. Επίσης, η έρευνα για την εκτίμηση των προβλημάτων και των αναγκών για θεραπεία διεξάγεται συστηματικά σε όλη τη διάρκεια του έτους, σε όλα τα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕΘΕΑ.

Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν την περίοδο από 1 Ιανουαρίου 2000 μέχρι και 31 Δεκεμβρίου 2006. Ο πληθυσμός της έρευνας περιλαμβάνει το σύνολο των ατόμων που απευθύνθηκαν στα είκοσι δύο (22) συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕΘΕΑ. Τα συμβουλευτικά κέντρα βρίσκονται στις περιοχές της Αθήνας, του Πειραιά, της Πάτρας, του Βόλου, της Λάρισας, της Θεσσαλονίκης, του Αγίου Νικολάου και του Ηράκλειου Κρήτης, της Καβάλας και της Αλεξανδρούπολης. Επιπλέον, για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Δείκτης εκτίμησης Προβλημάτων και Αναγκών Θεραπείας», το οποίο αποτελεί ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται κατά τη διάρκεια ατομικής συνέντευξης των ατόμων που προσεγγίζουν τα συμβουλευτικά κέντρα.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την παραπάνω έρευνα αναδεικνύουν στοιχεία μεταβολής στη συμπεριφορά, τα πρότυπα και τις συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνονται στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕΘΕΑ στη διάρκεια της εξαετίας 2000 – 2006. Τα αποτελέσματα της διαχρονικής αυτής έρευνας σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ιστορικό θεραπείας, τα χαρακτηριστικά χρήσης, καθώς και τη συμπεριφορά υψηλού κινδύνου παρουσιάζονται παρακάτω:

1. Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

- Η αναλογία ανδρών – γυναικών παρουσιάζεται σταθερή σε όλο το εξεταζόμενο διάστημα (2000-2006) και είναι περίπου 4 προς 1.
- Μετά από μικρή μείωση που παρατηρήθηκε κατά το διάστημα 2000-2002, ο μέσος όρος ηλικίας παρουσιάζει αύξηση (26,8 χρόνια το 2006). Η ομάδα των εφήβων περιορίζεται σταθερά από έτος σε έτος (από 20,4% το 2000 σε 9,7% το 2006).
- Το μορφωτικό επίπεδο βελτιώνεται καθώς αυξάνεται σε όλο το εξεταζόμενο διάστημα το ποσοστό των ατόμων που ολοκλήρωσαν τις σπουδές τους στο λύκειο και μειώνεται το ποσοστό εκείνο που ανέφεραν ως ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσης

την ολοκλήρωση του δημοτικού. Οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο από τους άνδρες σε όλη την υπό εξέταση περίοδο.

- Το σύνολο σχεδόν των συμμετεχόντων είναι Έλληνες, ενώ στην πλειονότητά τους κατοικούν σε αστικές περιοχές. Οι μισοί σχεδόν ζουν στην Αττική, παρουσιάζεται ωστόσο αύξηση στο ποσοστό των ατόμων που ζουν στην περιφέρεια.
- Ποσοστό μεγαλύτερο του 60% σε όλα τα έτη δηλώνει άνεργο.
- Οκτώ στα δέκα άτομα ζουν με τη γονική οικογένεια και η συντριπτική πλειονότητα μένει σε σταθερή στέγη σε όλο το εξεταζόμενο διάστημα.
- Το ποσοστό των γυναικών που συγκατοικούν με χρήστη είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των ανδρών σε όλη την υπό εξέταση περίοδο.

2. Ιστορικό θεραπείας

- Σε όλο το εξεταζόμενο διάστημα, 5 στους 10 αναφέρουν προηγούμενη εμπειρία θεραπείας.
- Επικρατέστερη πηγή παραπομπής για το διάστημα 2000-2005 ήταν η οικογένεια, ενώ το 2006 περισσότεροι ήταν εκείνοι που προσήλθαν σε θεραπεία με δική τους πρωτοβουλία. Αυξάνεται σε όλα τα έτη το ποσοστό παραπομπών από άλλα προγράμματα.

3. Χαρακτηριστικά χρήσης

- Η επικρατέστερη ουσία κατάχρησης για όλη την υπό εξέταση περίοδο είναι η ηρωίνη με ποσοστό μεγαλύτερο του 80%. Ακολουθεί η κάνναβη με ποσοστό μικρότερο του 12%. Η κοκαΐνη παρουσιάζει αύξηση αλλά παραμένει σταθερή σε ποσοστό μικρότερο του 5%.
- Σε όλα τα έτη παρουσιάζεται αύξηση του ποσοστού των εφήβων που ζήτησαν θεραπεία για την κάνναβη. Από το 2005, η κάνναβη παρουσιάζεται ως η επικρατέστερη ουσία στον πληθυσμό αυτό.
- Καταγράφεται αύξηση στη διάρκεια χρήσης της ηρωίνης ως κύριας ουσίας κατάχρησης.
- Η μέση ηλικία έναρξης της χρήσης παραμένει σταθερή, ενώ ως ουσία έναρξης αναφέρεται από το μεγαλύτερο ποσοστό η κάνναβη.
- Η μέση ηλικία έναρξης χρήσης της κύριας ουσίας παραμένει σχετικά σταθερή σε όλα τα έτη, και οι άνδρες εμφανίζονται να ξεκινούν νωρίτερα από τις γυναίκες. Ωστόσο, για τις γυναίκες μεσολαβεί μικρότερο διάστημα ανάμεσα στην έναρξη

της παράνομης χρήσης και την έναρξη χρήσης της κύριας ουσίας σε σχέση με τους άνδρες.

- Σταθερό υψηλό εμφανίζεται το ποσοστό της παράλληλης χρήσης ουσιών σε όλα τα έτη με επικρατέστερη δευτερεύουσα ουσία την κάνναβη, ενώ αύξηση παρουσιάζουν η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες και τα διεγερτικά.

4. Συμπεριφορά υψηλού κινδύνου

- Παρατηρείται σημαντική μείωση προς ασφαλέστερους τρόπους χρήσης της ηρωίνης, καθώς αυξάνεται σταθερά το ποσοστό όσων αναφέρουν χρήση από τη μύτη και μειώνεται το ποσοστό όσων αναφέρουν κοινή χρήση σύριγγας. Ωστόσο, το ποσοστό των εφήβων χρηστών ηρωίνης που ανέφεραν την ένεση ως τρόπο χρήσης είναι μεγαλύτερο από αυτό των ενηλίκων.
- Κατά το υπό εξέταση διάστημα αυξάνεται το ποσοστό των ατόμων που υποβλήθηκαν σε εξετάσεις για HIV, ηπατίτιδα Β και C.[98]

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την παραπάνω έρευνα αποτελούν σημαντικά εργαλεία καθώς στοχεύουν στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης και των διαστάσεων της σε βάθος χρόνου. Η γνώση αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τα θεραπευτικά προγράμματα για την παροχή θεραπευτικών υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες και το προφίλ των εξαρτημένων ατόμων (βιοτικό, μορφωτικό, ουσία κατάχρησης, ηλικία έναρξης της χρήσης, κ.λπ.), όπως αυτές διαμορφώνονται με τον καιρό. Η συνεχής αξιολόγηση των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι σημαντική για την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης.

6.5. Αποτελεσματικότητα του ΚΕΘΕΑ ως μοντέλο θεραπείας στην απεξάρτηση

Η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης αποτελεί αντικείμενο πολλών ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα ευρήματά των παραπάνω ερευνών αναδεικνύουν τις θεραπευτικές κοινότητες ως ένα από τα πιο αποτελεσματικά μοντέλα για την επίτευξη της αποχής από τις παράνομες ουσίες και την κοινωνική ενσωμάτωση. Έρευνες αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕΘΕΑ

στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης, έχουν διενεργηθεί στο παρελθόν από την Ψυχιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και πιο πρόσφατα από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Σύμφωνα με την διεθνή πρακτική, οι έρευνες αυτές εξετάζουν ως βασικά κριτήρια αποτελεσματικότητας τα εξής:

- την αποχή από τη χρήση παράνομων ουσιών,
- την αποχή από παραβατικές μορφές συμπεριφοράς και
- την επαγγελματική αποκατάσταση.

Πιο συγκεκριμένα, την τριετία 1999-2002 πραγματοποιήθηκε η έρευνα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕΘΕΑ από τον Τομέα Κοινωνιολογίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, υπό την επιστημονική εποπτεία του καθηγητή Thomas MacLellan του τμήματος Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια. Δείγμα της έρευνας αποτελούσαν τα άτομα που εντάχθηκαν σε διάστημα 2 ετών, από 1.1.1994 έως και 31.12.1995, στις θεραπευτικές κοινότητες που διέθετε τότε το ΚΕΘΕΑ (ΙΘΑΚΗ, ΣΤΡΟΦΗ, ΕΞΟΔΟΣ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, ΔΙΑΒΑΣΗ, ΝΟΣΤΟΣ). Η επανεξέταση (follow up) των συμμετεχόντων στην έρευνα έγινε κατά τη διάρκεια των ετών 2000 και 2001, πέντε με έξι δηλαδή χρόνια μετά την εισαγωγή τους στη θεραπευτική κοινότητα και ανεξάρτητα από το αν είχαν ολοκληρώσει ή όχι τη θεραπεία τους. Το δείγμα αυτό αποτελούνταν από 551 άτομα, 445 άνδρες και 116 γυναίκες, ενώ πραγματοποιήθηκαν 388 συνεντεύξεις (ποσοστό 70,4%), από τις οποίες 307 κατά πρόσωπο και 81 από το τηλέφωνο.

Για να προσδιοριστεί η κατάσταση των συμμετεχόντων κατά την περίοδο της επανεξέτασής τους, ελέγχθηκαν με ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους, εκτός από τη χρήση ουσιών, την παραβατική συμπεριφορά και την επαγγελματική αποκατάσταση, και άλλοι σημαντικοί τομείς της ζωής των ατόμων, όπως οι οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις, η κατάσταση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας κ.ά.. Αξίζει να σημειωθεί ότι, το μέγεθος του δείγματος, το ποσοστό ανταπόκρισης και συμμετοχής στην ερευνητική συνέντευξη και το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μέχρι την επανεξέταση κατατάσσουν την έρευνα αυτή ανάμεσα στις σημαντικότερες του είδους της διεθνώς. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά και συνδέονται άμεσα με τη διάρκεια της θεραπείας. Πιο αναλυτικά, όσο αυξάνεται ο

χρόνος παραμονής στη θεραπεία τόσο μειώνεται η πιθανότητα για υποτροπή και επαναφορά στη χρήση ουσιών. Με αποτέλεσμα τα θετικά αποτελέσματα να μεγιστοποιούνται για όσους συμπλήρωσαν ένα χρόνο παραμονής στη θεραπευτική κοινότητα, που είναι και η προβλεπόμενη διάρκειά της.

Σύμφωνα με την έρευνα, το 67,7% αυτών που παρέμειναν ένα χρόνο στη θεραπευτική κοινότητα πέντε χρόνια μετά απείχε από τη χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας. Επίσης, από την ίδια ομάδα πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία το 72,7% δεν είχε καμία νομική εμπλοκή (συλλήψεις, καταδίκες, φυλακίσεις κ.ά), ενώ το 83,7% είχε επαγγελματική απασχόληση. Από τα στοιχεία της έρευνας φαίνεται ακόμη ότι η θεραπευτική εμπειρία επιφέρει σημαντικές θετικές αλλαγές σε όλους τους εξεταζόμενους τομείς, ακόμα και όταν είναι σύντομης διάρκειας. Έτσι, σαφή οφέλη από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα απεξάρτησης είχαν και όσοι δεν ολοκλήρωσαν τον απαιτούμενο χρόνο θεραπείας, αλλά είχαν παραμείνει στη θεραπευτική κοινότητα τουλάχιστον 90 ημέρες.

Τα οφέλη αυτά συνδέονται με βελτίωση της υγείας των ατόμων, την πρόληψη της διάδοσης του HIV/AIDS και της ηπατίτιδας Β και C, τον περιορισμό της παραβατικότητας, τη βελτίωση των κοινωνικών και προσωπικών σχέσεων κ.ά.. Η βελτίωση αυτή, σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, συνδέεται και με το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό ατόμων που διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία τους, επιστρέφουν μέσα στην πενταετία που μεσολαβεί στο ίδιο ή άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα. Έτσι, η επαφή με τις υπηρεσίες, ακόμα και όταν δεν οδηγεί από την πρώτη φορά στην απεξάρτηση είναι ευεργετική για την κατάσταση του ατόμου και μπορεί να ενισχύσει μακροπρόθεσμα την απόφασή του να ενταχθεί σε θεραπεία για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης.

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της έρευνας, η πλειοψηφία των ατόμων που ολοκληρώνει τις θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ, απεξαρτώνται με επιτυχία, ενώ παράλληλα σημαντική μείωση της χρήσης ουσιών παρουσιάζουν ακόμα και τα άτομα με μικρότερη παραμονή στη θεραπευτική κοινότητα. Παράλληλα, τα άτομα που ολοκληρώνουν τις θεραπευτικές κοινότητες βελτιώνουν σημαντικά και άλλους τομείς της ζωής τους όπως η επαγγελματική αποκατάσταση, η διευθέτηση νομικών εκκρεμοτήτων, η αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και επανεκτιμώνται ομαλά στον κοινωνικό ιστό ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας. Τα στοιχεία αυτά αναδεικνύουν

την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων ως μοντέλα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης από ψυχοτρόπες ουσίες.[99]

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι σύγχρονες κοινωνίες βρίσκονται αντιμέτωπες με το συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, το οποίο συνεπάγεται πληθώρα αρνητικών επιπτώσεων σε πολλούς τομείς της ζωής των ατόμων, όπως η υγεία, η εργασία, οι προσωπικές και κοινωνικές σχέσεις, κ.λπ.. Η κατάχρηση εξαρτητικών ουσιών μόνο με βλαπτικές συμπεριφορές συνδέεται όπως αύξηση παραβατικότητας και εγκληματικών πράξεων, καθώς πολλοί χρήστες για την εξασφάλιση τη δόσης τους επιδίδονται σε άνομες πράξεις. Επιπλέον, η περιθωριοποίηση και ο κοινωνικός στιγματισμός των ατόμων που εμπλέκονται με τα ναρκωτικά, έχουν ως αποτέλεσμα να απορρίπτονται από το στενό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, να αποκόπτονται από την εργασία και άλλες κοινωνικές δραστηριότητες, ενώ ένας μεγάλος αριθμός ατόμων πεθαίνει κάθε χρόνο από τα ναρκωτικά, είτε από θανάτους άμεσα σχετιζόμενους με τη χρήση (π.χ. υπερβολική δόση) είτε από θανάτους που συνδέονται με τα μολυσματικά νοσήματα και τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής (π.χ. AIDS, φυματίωση).

Η ανάγκη ανάπτυξης και ενίσχυσης των προγραμμάτων θεραπείας και απεξάρτησης είναι επιτακτική, καθώς η αποθεραπεία των εξαρτημένων χρηστών δεν αποβαίνει μόνο προς όφελος των ιδίων αλλά και της ευρύτερης κοινωνίας, δεδομένου ότι περιορίζονται η διακίνηση των ναρκωτικών, η εγκληματικότητα, η μετάδοση μολυσματικών ασθενειών κ.λπ., ενώ τα απεξαρτημένα άτομα κοινωνικοποιούνται, αποκαθίστανται επαγγελματικά και μπορούν να συνεισφέρουν μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας τους στην παραγωγική διαδικασία ως ενεργοί πολίτες.

Το σύνολο των θεραπευτικών προγραμμάτων, (προγράμματα υποκατάστασης, «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα διαμονής, εξωτερικής παρακολούθησης προγράμματα, κ.λπ.) υποστηρίζουν το άτομο ώστε να αντιμετωπίσει, εκτός από το πρόβλημα της εξάρτησης και τα προβλήματα που το απασχολούν σε επίπεδο κοινωνικό, επαγγελματικό, υγείας και νομικό. Πιο αναλυτικά, πρωταρχικοί στόχοι των θεραπευτικών προγραμμάτων είναι οι παρακάτω:

- η μείωση της χρήσης παράνομων ουσιών ή και η αποχή από αυτές,
- η βελτίωση της σωματικής και της ψυχικής υγείας του ατόμου,
- η ανάπτυξη και η βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων του και

- ο περιορισμός των κινδύνων που ενέχει η συμπεριφορά της χρήσης για τη δημόσια υγεία και η ασφάλεια.

Οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν, όπως προκύπτει από έρευνες, την αποτελεσματικότερη μέθοδο απεξάρτησης από τα ναρκωτικά, κυρίως για τα άτομα που παραμένουν στο πρόγραμμα και το ολοκληρώνουν, αλλά επιφέρουν θετικά αποτελέσματα ακόμη και στα άτομα που παρέμειναν στη θεραπεία τουλάχιστον για ενενήντα ημέρες (σύμφωνα με μελέτες αποτελεσματικότητας). Πιο συγκεκριμένα, οι θεραπευτικές κοινότητες μέσα από την εθελούσια προσέλευση του ίδιου ατόμου, στοχεύουν στην αλλαγή του τρόπου ζωής του ατόμου, την απόλυτη αποχή από τις ουσίες, την εγκατάλειψη της παραβατικής συμπεριφοράς, την επαγγελματική αποκατάσταση και την ομαλή επανένταξη του ως ισότιμο μέλος στην κοινωνία.

Όπως παρουσιάζεται στην παρούσα διπλωματική εργασία, αυτό επιτυγχάνεται με την ενεργή συμμετοχή των μελών στο καθημερινό πρόγραμμα της θεραπευτικής κοινότητας, το οποίο στοχεύει στην αλλαγή του τρόπου ζωής των μελών, ενώ απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή έκβαση της θεραπείας αποτελεί επίσης, η συνεχής ανάληψη ευθυνών, το μοίρασμα εμπειριών και η συνεχής αλληλεπίδραση των μελών και του θεραπευτικού προσωπικού. Επιπλέον, μέσα στην κοινότητα το εξαρτημένο άτομο γνωρίζει τον εαυτό του, επαναπροσδιορίζει τις σχέσεις του με την οικογένεια του και την κοινωνία, κατανοήσει τις αιτίες που το οδήγησαν στη χρήση ουσιών ώστε να τις αντιμετωπίσει και να ξεφύγει από τον κόσμο των εξαρτησιογόνων ουσιών, που καθόριζαν συνολικά τις δραστηριότητες της ζωής του.

Επίσης, το μοντέλο των θεραπευτικών κοινοτήτων συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του κοινωνικού κόστους, σε εξοικονόμηση πόρων για ιατρικές υπηρεσίες και σε ενίσχυση της δημόσιας ασφάλειας τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά από αυτήν. Αυτό συμβαίνει γιατί το άτομο με την ένταξη του στη θεραπευτική κοινότητα απέχει από την παράνομη διακίνηση ουσιών, δεν εμπλέκεται σε παραβατικές δραστηριότητες (π.χ. κλοπές), φροντίζει την υγεία του, άρα περιορίζεται ο κίνδυνος μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών στο γενικό πληθυσμό και αφού ολοκληρώσει τη θεραπεία του μπορεί να ενσωματωθεί στον κοινωνικό ιστό και στην παραγωγική διαδικασία.

Είναι πασιφανές ότι η αντιμετώπιση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης με την ανάπτυξη θεραπευτικών προγραμμάτων έχει ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο για τα

εξαρτημένα άτομα, αλλά και για τη δημόσια υγεία γενικότερα, καθώς η ευρεία διαθεσιμότητα και το χαμηλό κόστος των εξαρτησιογόνων ουσιών, η μετάδοση μολυσματικών ασθενειών και η εξαθλίωση σημαντικού αριθμού εξαρτημένων ατόμων που είναι άστεγοι ή ζουν κάτω από εξαθλιωμένες συνθήκες (π.χ. εγκαταλελειμμένα σπίτια, υποσιτισμένοι), αποτελεί μάλιστα όχι μόνο σε εθνικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Η Ελλάδα στον τομέα κατά των ναρκωτικών σχεδιάζει στοχευμένη εθνική στρατηγική για την αντιμετώπιση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης σύμφωνα με τις επιταγές της Ευρωπαϊκής Ένωσης αρχικά το 2006 και στη συνέχεια το πρώτο εξάμηνο του 2007, όπου καταρτίζει Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα έτη 2008-2012. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά αποτελεί τμήμα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, και στοχεύει αφενός στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης, και αφετέρου στη διασφάλιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας για όλους τους πολίτες της χώρας μας.

Οι βασικοί τομείς δράσεις για την καταπολέμηση του προβλήματος των ναρκωτικών επικεντρώνονται στην πρόληψη, τη θεραπεία (προγράμματα υποκατάστασης, «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα, προγράμματα βραχείας παραμονής), την κοινωνική επανένταξη των απεξαρτημένων ατόμων, καθώς και την καταπολέμηση του οργανωμένου εγκλήματος που συνδέεται με τη διακίνηση των ναρκωτικών. Επίσης, δίνεται έμφαση και σε έναν άλλο βασικό τομέα για την αντιμετώπιση του προβλήματος που είναι η μείωση βλάβης. Πιο συγκεκριμένα, η μείωση βλάβης στοχεύει στην αντιμετώπιση προβληματικών συμπεριφορών που απορρέουν από τη χρήση εθιστικών ουσιών όπως η εγκληματικότητα, η μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, κ.λπ.. Επιπλέον, στόχος της εθνικής πολιτικής κατά των ναρκωτικών αποτελεί η δημιουργία νέων θεραπευτικών προγραμμάτων, ώστε να διασφαλίζονται τόσο η πολυμορφία των θεραπευτικών παρεμβάσεων όσο και η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στα εξαρτημένα άτομα

Η ενίσχυση των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης καθίσταται επιτακτική, καθώς σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τα Ναρκωτικά, τόσο ο αριθμός των θεραπευτικών προγραμμάτων, όσο και ο αριθμός των υπό θεραπεία χρηστών στην Ελλάδα είναι σημαντικά μικρότερος από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης, σημαντικό πρόβλημα για τη χώρα μας αποτελεί η μη

απορρόφηση μεγάλων λιστών αναμονής των προγραμμάτων υποκατάστασης, όπου τα άτομα που έχουν κάνει αίτηση για ένταξη στο πρόγραμμα χορήγησης υποκατάστατων, περιμένουν πολλούς μήνες μέχρι την εισαγωγή τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η μη πρόσβαση σε θεραπεία ενός μεγάλου αριθμού εξαρτημένων ατόμων αποτελεί σημαντικό πρόβλημα εθνικής πολιτικής που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι φορείς χάραξης εθνικής στρατηγικής. Οι μη ενταγμένοι σε θεραπευτικά προγράμματα χρήστες εθιστικών ουσιών περιθωριοποιούνται, επιδίδονται σε παραβατικές συμπεριφορές για την εξασφάλιση της ουσίας και αποτελούν σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα για τους ίδιους, την οικογένειά τους και την κοινωνία γενικότερα. Το κοινωνικό κόστος ανέρχεται σε υψηλά επίπεδα, τα άτομα εξαθλιώνονται και οι κίνδυνοι για τη δημόσια υγεία αυξάνονται δραματικά.

Τα παραπάνω στοιχεία αναδεικνύουν την μεγάλη ανάγκη για ενίσχυση και επέκταση των θεραπευτικών προγραμμάτων στην Ελλάδα, καθώς, όπως προκύπτει και από τη διεθνή εμπειρία, η διασφάλιση της πρόσβασης των εξαρτημένων ατόμων σε υπηρεσίες θεραπείας, είναι αναγκαία για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης. Η Ελλάδα στο πλαίσιο των αρχών της ίσης πρόσβασης όλων των ατόμων σε θεραπεία και της ισότητας στην υγεία, που διέπουν το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, πρέπει να επικεντρωθεί στην επίλυση των παραπάνω προβλημάτων, ώστε να σταματήσει η διόγκωση του προβλήματος των ναρκωτικών στη χώρα.

Η Ελλάδα με την κατάρτιση Εθνικού Σχεδίου Δράσης θέτει την πρώτη στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για την αποτελεσματική καταπολέμηση του πολυπαραγοντικού προβλήματος των ναρκωτικών, μέσα από το σχεδιασμό συγκεκριμένων δράσεων που στοχεύουν σε διάφορους τομείς όπως η πρόληψη, η θεραπεία και η κοινωνική επανένταξη. Η μη ύπαρξη στρατηγικού σχεδιασμού, η έλλειψη συντονισμού από καθορισμένο επιτελικό όργανο και η λήψη αποσπασματικών αποφάσεων, δεν αποτελούν ολοκληρωμένες και επιστημονικά τεκμηριωμένες δράσεις. Οι αρμόδιοι φορείς κατά των ναρκωτικών πρέπει να εφαρμόζουν στοχευμένες δράσεις, να συνεργάζονται μεταξύ τους σε επίπεδο λήψης αποφάσεων και να έχουν επιστημονική γνώση των συνολικών διαστάσεων του προβλήματος των ναρκωτικών, ώστε να λαμβάνουν τις κατάλληλες αποφάσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου της ουσιοεξάρτησης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ:

• **Συμβουλευτικά Κέντρα**, χώρους πρώτης επαφής με τις υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ και αρχικής υποστήριξης για τα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους. Λειτουργούν στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, τη Λάρισα, το Βόλο, την Πάτρα, το Ηράκλειο και τον Άγιο Νικόλαο Κρήτης, την Καβάλα, την Αλεξανδρούπολη και τα δικαστήρια ανηλίκων της Αθήνας. Υπηρεσίες συμβουλευτικής στήριξης των ενδιαφερομένων και παραπομπής τους σε μονάδες απεξάρτησης. Λειτουργούν επίσης στην Ελευσίνα, τα Γιαννιτσά, τα Ιωάννινα, το Κιλκίς, την Κομοτηνή και τα Τρίκαλα, σε συνεργασία με τις αρχές τοπικής αυτοδιοίκησης και σε χώρους που αυτές έχουν παραχωρήσει.

• **Μονάδες Απεξάρτησης**, με βασικό στόχο την ψυχική απεξάρτηση. Αποτελούν την κυρίως φάση θεραπείας των προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ και διακρίνονται σε:

1. Θεραπευτικές Κοινότητες ενηλίκων διαμονής και εξωτερικής ημερησίας φροντίδας στη Ραφήνα Αττικής (**ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**), τη Σίνδο Θεσσαλονίκης (**ΙΘΑΚΗ**), τη Λάρισα (**ΕΞΟΛΟΣ**), τη Σαλαμίνα (**ΝΟΣΤΟΣ**), την Αθήνα (**Πρωινή Κοινότητα ΔΙΑΒΑΣΗ και Βραδινή Κοινότητα ΔΙΑΒΑΣΗ για εργαζομένους**) και το Ηράκλειο Κρήτης (**ΑΡΙΑΔΝΗ**).
2. Μονάδες Απεξάρτησης εφήβων ή/και νεαρών ενηλίκων εξωτερικής ημερησίας φροντίδας στην Αθήνα (**ΣΤΡΟΦΗ, ΠΛΕΥΣΗ**), τον Πειραιά (**ΕΞΑΝΤΑΣ**), τη Θεσσαλονίκη (**ΑΝΑΔΥΣΗ**), το Βόλο (**ΠΙΛΟΤΟΣ**) και την Πάτρα (**ΟΞΥΓΟΝΟ**).

• **Κέντρα Κοινωνικής Επανεξάνταξης** στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, τη Λάρισα, το Βόλο, την Πάτρα και το Ηράκλειο Κρήτης, για την υποστήριξη της κοινωνικής και εργασιακής ένταξης των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει την κυρίως φάση θεραπείας σε μονάδα απεξάρτησης.

• **Κέντρα Οικογενειακής Υποστήριξης** για οικογένειες που αντιμετωπίζουν στους κόλπους τους πρόβλημα χρήσης ουσιών, ανεξάρτητα από το αν τα ίδια τα εμπλεκόμενα με τη χρήση μέλη τους είναι ενταγμένα στη θεραπευτική

διαδικασία. Λειτουργούν στην Αθήνα, τον Πειραιά, τη Θεσσαλονίκη, τη Λάρισα, την Αλεξανδρούπολη, την Καβάλα, το Βόλο, την Πάτρα, το Ηράκλειο και τον Άγιο Νικόλαο Κρήτης.

- **Εναλλακτικά-Μεταβατικά Σχολεία** στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, τη Λάρισα και το Ηράκλειο Κρήτης για πρώην χρήστες ουσιών που είναι ενταγμένοι σε θεραπευτικά προγράμματα.
- **Εξειδικευμένα Κέντρα Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης** στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, τη Λάρισα και το Ηράκλειο Κρήτης για μέλη και αποφοίτους αναγνωρισμένων θεραπευτικών προγραμμάτων.
- **Την Υπηρεσία Νομικής Υποστήριξης** για μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ, με γραφεία στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη.
- **Το ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ** με έδρα την Αθήνα για την απεξάρτηση από το αλκοόλ και τα νόμιμα τυχερά παιχνίδια.
- **Το ΚΕΘΕΑ Μονάδα Συμβουλευτικής Κρατουμένων Θεσσαλονίκης** με δίκτυο προγραμμάτων συμβουλευτικής υποστήριξης και κινητοποίησης για θεραπεία σε φυλακές της Βόρειας Ελλάδας.
- **Το ΚΕΘΕΑ Κέντρο Υποδοχής και Επανένταξης Αποφυλακισμένων Θεσσαλονίκης** για την απεξάρτηση ή/και κοινωνική επανένταξη αποφυλακισμένων χρηστών και πρώην χρηστών.
- **Το ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ** με προγράμματα συμβουλευτικής κρατουμένων και Θεραπευτική Κοινότητα σε φυλακές της Αττικής και Κέντρο Υποδοχής Αποφυλακισμένων στην Αθήνα.
- **Το ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ** για την πολύπλευρη στήριξη εξαρτημένων ατόμων που είναι αποκομμένα από τις κοινωνικές υπηρεσίες ή δεν επιθυμούν να ενταχθούν σε θεραπευτική διαδικασία. Περιλαμβάνει πρόγραμμα προσέγγισης χρηστών στο δρόμο, στέκι για χρήστες ουσιών, διαγνωστικό κέντρο κ.ά.
- **Το ΚΕΘΕΑ MOSAIC** για τη συμβουλευτική στήριξη, την κοινωνική φροντίδα και την εκπαίδευση μεταναστών, παλιννοστούντων και προσφύγων με στόχο την εργασιακή και κοινωνική τους ενσωμάτωση και την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών και της παραβατικότητας.
- **Το 1145-Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ** για χρήστες ουσιών, τους συγγενείς και τους φίλους τους. Τον **Τομέα**

Πρόληψης που περιλαμβάνει τα Τμήματα Πρόληψης στην Πρωτοβάθμια και τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση, την Κινητή Μονάδα Ενημέρωσης ΠΗΓΑΣΟΣ και τη Μονάδα Πρόληψης ΙΚΑΡΟΣ για παρεμβάσεις σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

- Τον **Τομέα Εκπαίδευσης** με αντικείμενο την εκπαίδευση-επιμόρφωση και πιστοποίηση επαγγελματιών στον τομέα πρόληψης και θεραπείας των εξαρτήσεων, την κατάρτιση μελών των θεραπευτικών προγραμμάτων, την πραγματοποίηση επιστημονικών εκδόσεων και τη λειτουργία βιβλιοθήκης εξειδικευμένης σε θέματα εξαρτήσεων.
- Τον **Τομέα Έρευνας** με κύριες δραστηριότητες την παρακολούθηση του προφίλ των προσερχομένων στα θεραπευτικά προγράμματα και την αξιολόγηση των προγραμμάτων θεραπείας, πρόληψης και εκπαίδευσης που εφαρμόζει το ΚΕΘΕΑ.
- **Ξενώνες φιλοξενίας εφήβων και ενηλίκων** που παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ, στην Αθήνα και το Ηράκλειο Κρήτης.
- Το **ΚΕΘΕΑ ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ**, μονάδα γραφικών τεχνών με έδρα τη Σίνδο Θεσσαλονίκης, για την ενίσχυση της αυτοχρηματοδότησης του οργανισμού και την επαγγελματική κατάρτιση μελών των θεραπευτικών προγραμμάτων. Με παρόμοιους στόχους λειτουργεί επίσης ξυλουργείο, εργαστήριο κεραμικής και αγρόκτημα στην ίδια περιοχή.[100]

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- [1] ΞΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ Γ.Χ., «ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ», ΑΡΘΡΟ ΜΕ ΑΦΟΡΜΗ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ, ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ, ΤΕΥΧΟΣ 648, ΙΟΥΝΙΟΣ 2006
- [2] <http://www.medscape.com/viewarticle/556149>, JOHN B. SAUNDERSA, LINDA B. COTTLERC, «THE DEVELOPMENT OF THE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS VERSION V SUBSTANCE USE DISORDERS SECTION : ESTABLISHING THE RESEARCH FRAMEWORK», SUMMARY, 05/11/2007
- [3] ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΙΤΑΚΑ - ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, «ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ - ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ», ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΙΑΠΑΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ-ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ», 2004, ΚΕΦ. 1, ΣΕΛ 44
- [4] ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΙΤΑΚΑ - ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, «ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ - ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ», ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΙΑΠΑΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ-ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ», 2004, ΚΕΦ. 1, ΣΕΛ 44-45
- [5] ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΙΤΑΚΑ - ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, «ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ - ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ», ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΙΑΠΑΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ-ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ», 2004, ΚΕΦ. 1, ΣΕΛ 46
- [6] ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΙΤΑΚΑ - ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, «ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ - ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ», ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΙΑΠΑΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ-ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ», 2004, ΚΕΦ. 1, ΣΕΛ 46
- [7] ΛΕΞΙΚΟ ΓΙΑ ΤΟ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ
- [8] ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΙΤΑΚΑ - ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, «ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ - ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ», ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΙΑΠΑΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ-ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ», 2004, ΚΕΦ. 1, ΣΕΛ 47-48

- [9] ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΙΤΑΚΑ - ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, «ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ - ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ», ΙΩΑΝΝΗΣ ΛΙΑΠΑΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ», 2004, ΚΕΦ. 1, ΣΕΛ 50-74
- [10] STEFFENHAGEN, R.A. ET.AL. «SOCIAL AND ACADEMIC FACTORS ASSOCIATED WITH DRUG ABUSE IN THE UNIVERSITY OF VERMONT CAMPUS», INT. OF SOCIAL PSYCHIATRY, 15, ΡΑ. 92-96, 1969
- [11] ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΙΤΑΚΑ -ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, «ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ - ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ», ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΜΑΤΣΑ, «ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ», 2004, ΚΕΦ. ΚΕΦ.15, ΠΑΡ. 3 & 4, ΣΕΛ. 246-247
- [12] ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ - ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 1, ΠΑΡ. 1, 3, 4, ΣΕΛ. 19-21
- [13] MILES D., STALLINGS M., YOUNG S., HEWIT J., CROWLEY T., FULKER D., «A FAMILY HISTORY AND DIRECT INTERVIEW STUDY OF THE FAMILIAL AGGREGATION OF SUBSTANCE ABUSE: THE ADOLESCENT SUBSTANCE ABUSE STUDY», INSTITUTE FOR BEHAVIORAL GENETICS, UNIVERSITY OF COLORADO, 1998
- [14] ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 1, ΠΑΡ. 2, 3, 4, ΣΕΛ. 31-33
- [15] ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ, «Η ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΔΥΜΩΝ ΤΟΥ ΧΑΡΒΑΡΝΤ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ: ΤΙ ΕΧΟΥΜΕ ΜΑΘΕΙ», HARVARD REV. PSYCHIATRY 2001, VOLUME 9, NR 6, 267 -279, ΣΕΛ. 11-17
- [16] ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ, «ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΘΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΚΑΪΝΗ», HARVARD REV. PSYCHIATRY 2005, VOLUME 13, No. 4, 218 -232, ΣΕΛ. 44-46
- [17] ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ, «ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΘΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΚΑΪΝΗ», HARVARD REV. PSYCHIATRY 2005, VOLUME 13, No. 4, 218 -232, ΣΕΛ. 44

- [18] <http://www.doping-prevention.com/index.php?id=481&L=5>, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΕΧΝΙΚΟ ΤΟΥ ΜΟΝΑΧΟΥ, «ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ», ΠΑΡ. 2-3
- [19] GEORGE F. KOOB, PHD., & MICHAEL LE MOAL, MD., PHD., «VULNERABILITY TO ADDICTION AND ALLOSTASIS: NEUROBIOLOGICAL MECHANISMS», «DRUG ADDICTION, DISREGULATION OF REWARD AND ALLOSTASIS», NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY 2001 – VOLUME 24, NO 2, ΣΕΛ. 116-117, ΠΑΡ. 1- 4
- [20] GEORGE F. KOOB, PHD., & MICHAEL LE MOAL, MD., PHD., «ALLOSTASIS & NEUROADAPTATION», «DRUG ADDICTION, DISREGULATION OF REWARD AND ALLOSTASIS», NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY 2001 – VOLUME 24, NO 2, ΣΕΛ. 111, ΠΑΡ. 6-7
- [21] ΓΑΖΓΑΛΙΔΗΣ Κ., «ΗΡΩΙΝΗ: ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ-ΕΝΑ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ», ΣΕΛ. 23-27, ΕΚΔΟΤΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, 2003
- [22] ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΩΝ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 1, ΠΑΡ. 1, 2, 3, 4, ΣΕΛ. 33-34
- [23] ROBERT J. PANDINA, PHD., «CLASSES OF RISK & PROTECTIVE FACTOR», «RISK AND PROTECTIVE FACTOR MODELS IN ADOLESCENT DRUG USE: PUTTING THEM TO WORK FOR PREVENTION», NATIONAL CONFERENCE ON DRUG ABUSE PREVENTION RESEARCH – PLENARY SESSION
- [24] ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 1, ΠΑΡ. 1, 2, 3, 4, 5, 6, ΣΕΛ. 36, 37, 38, 39,
- [25] ΓΙΑΝΝΗΣ Α. ΛΙΑΠΑΣ, «ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ-ΕΘΙΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ, 1999, ΚΕΦ. 2, ΠΑΡ. 4, ΣΕΛ. 30

- [26] ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 1, ΠΑΡ. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, ΣΕΛ. 41, 42, 43
- [27] MATS FRIDELL, MARGARETA NILSON, «ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ: ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ», ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, 2004
- [28] ΖΙΟΥΒΑΣ Χ., «ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ», ΔΗΜΕΡΙΔΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΜΝΗΣΤΙΑΣ, ΤΟΜΕΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2002
- [29] ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 1, ΣΕΛ. 44-47
- [30] ΠΛΑΤΣΙΔΟΥ Μ., ΜΕΤΑΛΙΔΟΥ Π., «ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΗΡΩΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΣΤΗ ΖΩΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ», 8ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 2001
- [31] STAPPA, M. (2006) «SCHOOLS ROLE FOR PREVENTING USE OF SUBSTANCES: IN PROCEEDINGS OF THE 10TH EUROPEAN CONFERENCE ON REHABILITATION AND DRUG POLICY», ΕΛΛΑΔΑ ΚΕΘΕΑ, 10-14 ΜΑΙΟΣ 2005, ΣΕΛ..110-120
- [32] ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: Η ΠΙΕΣΗ ΤΩΝ ΟΜΟΤΙΜΩΝ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 1, ΣΕΛ. 48-49
- [33] ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, «ΠΡΟΛΗΨΗ :ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ», ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΥΠΡΟΥ «ΜΙΚΡΗ ΑΡΚΤΟΣ», ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2006
- [34] ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 1, ΣΕΛ. 47-48
- [35] ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, «ΠΡΟΛΗΨΗ :ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ», ΚΕΝΤΡΟ

ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΥΠΡΟΥ «ΜΙΚΡΗ ΑΡΚΤΟΣ», ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2006

[36] ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 2003

[37] ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 1, ΠΑΡ. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, ΣΕΛ. 49, 50, 51, 52, 53

[38] «REPORT OF THE INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD FOR 2008» INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, PAR.418, PA.64 & PAR. 625, PA. 92

[39] «REPORT OF THE INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD FOR 2008» INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, PAR. 62, PA. 14

[40]http://old.mfa.gr/greek/foreign_policy/organizations/un/fightcrime.html,

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ- ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΠΑΡ.1-2

[41] INTERNATIONAL DRUG POLICY CONSORTIUM, «IDCP PROJECT – EFFECTIVE LAW ENFORCEMENT», PAR. 2. PA. 1, MAY 2009

[42]http://old.mfa.gr/greek/foreign_policy/organizations/un/fightcrime.html,

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ- ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΠΑΡ.12-15

[43]http://old.mfa.gr/greek/foreign_policy/organizations/un/fightcrime.html,

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ- ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΠΑΡ.16-18

[44] http://www.who.int/substance_abuse/en/, ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ, ΠΑΡ. 2,3,4

[45] http://www.unhcr.gr/basics/Profile_greek_june08.pdf, ΥΠΑΤΗ ΑΡΜΟΣΤΕΙΑ ΤΟΥ ΟΗΕ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ- ΤΜΗΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2008, ΠΑΡ. 1, 6

[46] STATEMENT BY UNAIDS TO HIGH-LEVEL SEGMENT OF THE COMMISSION ON NARCOTIC DRUGS, 52 SESSION, VIENNA MARCH 2009, PAR. 1-5

[47]http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm#part_1,

«GLOBAL APPROACH TO DRUGS DEVELOPED AT EUROPEAN UNION LEVEL», PAR.1

[48] <http://www.mfa.gr/www.mfa.gr/el->

[GR/Policy/Multilateral+Diplomacy/International+Issues/OrganizedCrime/](#)

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ, ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ, ΠΑΡ.1

[49] «ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2005-2008», ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ,

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ, ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΠΑΡ. 3-8, 2005/C 168/01

[50] ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΕΚΤΠΝ 2007, «Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ», ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ – ΕΘΝΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ, ΚΕΦ. 1, ΣΕΛ. 18,19,20

[51] «ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2005-2008», ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ,

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ, ΕΙΣΑΓΩΓΗ, 2005/C 168/03 – 168/13

[52] ΕΚΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ, «ΤΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ, ΔΕΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΤΑ», 2008

[53] http://old.mfa.gr/greek/foreign_policy/organizations/un/fightcrime.html,

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ– ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΠΑΡ.2-3

[54] http://europa.eu/agencies/community_agencies/emcdda/index_el.htm, ΠΑΡ. 1-2

[55] http://europa.eu/agencies/pol_agencies/europol/index_el.htm, ΠΑΡ. 1-3

[56] <http://www.mfa.gr/www.mfa.gr/el->

[GR/Policy/Multilateral+Diplomacy/International+Issues/OrganizedCrime/](#),

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ, ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ: ΟΡΓΑΝΑ ΚΑΙ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ, ΠΑΡ.3

[57] ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2008-2012, «Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ- ΓΕΝΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ», ΚΕΦ. 2, ΣΕΛ. 18-19

[58] ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2008-2012, «Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ - ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ», ΚΕΦ. 2, ΣΕΛ. 20-21

[59] ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2008-2012, «Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – ΘΑΝΑΤΟΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ», ΚΕΦ. 2, ΣΕΛ.22

[60]ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2008-2012, «Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΟΛΥΣΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ», ΚΕΦ.2 ΣΕΛ.22

[61]ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΕΚΤΕΠΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 2006, ΚΕΦ. 12, ΣΕΛ. 123-124

[62]ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΕΚΤΕΠΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 2005, «ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ», ΚΕΦ.1, ΣΕΛ.1

[63]<http://www.ektepn.gr/greek/ETN.pdf>, ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ, «ΟΙ ΝΟΜΙΜΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ», ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΕΛ, 2

[64]ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2008-2012, «ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ», ΣΕΛ. 24-25

[65]ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2008-2012, «ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ», ΣΕΛ. 22-29

[66]ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2008-2012, «ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ», ΣΕΛ.41-44

[67] ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2008-2012, «ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: ΑΡΧΕΣ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ», ΣΕΛ.39-41

[68] ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2008-2012, «ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: ΣΤΟΧΟΙ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ», ΣΕΛ.41

[69]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 2, ΠΑΡ. 3, ΣΕΛ. 64-65

[70] NIDA REPORT SERIES, «THERAPEUTIC COMMUNITY- WHAT IS A TC», NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, PAR. 1, PA. 1, NIH PUBLICATION NUMBER 02-4877, AUGUST 2002

[71] NIDA REPORT SERIES, «THERAPEUTIC COMMUNITY- WHO RECEIVES TREATMENT IN A TC», NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, PAR. 1, PA. 2, NIH PUBLICATION NUMBER 02-4877, AUGUST 2002

[72]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ. 2, ΠΑΡ. 7, ΣΕΛ. 70

[73]<http://www.therapeuticcommunitiesofamerica.org/main/AboutTCA/tabid/56/Default.aspx>, THERAPEUTIC COMMUNITIES ORGANIZATION OF AMERICA, «THERAPEUTIC COMMUNITIES OF AMERICA: WHAT IS A TC?»

[74] NIDA REPORT SERIES, «THERAPEUTIC COMMUNITY- WHAT IS THE TYPICAL LENGTH OF TREATMENT IN A TC?», NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, PAR. 2-3, PA. 3, NIH PUBLICATION NUMBER 02-4877, AUGUST 2002

[75] NIDA REPORT SERIES, «THERAPEUTIC COMMUNITY- WHAT IS THE TYPICAL LENGTH OF TREATMENT IN A TC?», NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, PAR. 4, PA. 3, NIH PUBLICATION NUMBER 02-4877, AUGUST 2002

[76]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΟΙ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ.3, ΣΕΛ. 71-74

[77] ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΟΙ ΙΕΡΑΡΧΗΜΕΝΕΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ.3, ΣΕΛ.74, 75, 76,77, 78, 79, 83, 84, 85

[78]MARTIEN KOOYMAN, «THE THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR ADDICTS - THE EVOLUTION OF THERAPEUTIC COMMUNITIES: THE ORIGINS OF THE TC IN EUROPE», ΚΕΦ. 2, ΠΑΡ.5-6, ΣΕΛ. 17, SWETS & ZEITLINGER B.V., AMSTERDAM/LISSE, 1993

[79]MARTIEN KOOYMAN, «THE THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR ADDICTS - THE EVOLUTION OF THERAPEUTIC COMMUNITIES: THE

EMILIEHOEVE TC AND ITS TOOLS», ΚΕΦ. 2., ΠΑΡ.2-4, ΣΕΛ. 17-18, SWETS & ZEITLINGER B.V., AMSTERDAM/LISSE, 1993

[80]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ.3, ΠΑΡ. 8-11, ΣΕΛ. 89-90

[81]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ- Η ΜΕΘΟΔΟΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ.4, ΠΑΡ. 1,2,3,5,5,7, ΣΕΛ.93-96

[82]ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ (WFTC), «ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ – ΧΑΡΤΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ – ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΕΘΕΑ, ΣΕΛ.3-4

[83] ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ (WFTC), «ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ – ΧΑΡΤΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ – ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΕΘΕΑ, ΣΕΛ.6-8

[84] ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ (WFTC), «ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ – ΧΑΡΤΗΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ – ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΕΘΕΑ, ΣΕΛ.9-10

[85]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ- Η ΜΕΘΟΔΟΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ.4, ΠΑΡ. 8, ΣΕΛ. 96

[86]MARTIEN ΚΟΟΥΜΑΝ, «THE THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR ADDICTS - THE EVOLUTION OF THERAPEUTIC COMMUNITIES: THE THERAPEUTIC PROCESS IN THE THERAPEUTIC COMMUNITY», ΚΕΦ. 3, ΣΕΛ. 54-57, SWETS & ZEITLINGER B.V., AMSTERDAM/LISSE, 1993

[87]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ:ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ-

ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ.4, ΠΑΡ. 1,2,4,5,7, ΣΕΛ. 96-99

[88]MARTIEN ΚΟΟΥΜΑΝ, «THE THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR ADDICTS - THE DIFFERENT STAGES OF THERAPEUTIC COMMUNITIES», ΚΕΦ. 5, ΠΑΡ. 1, ΣΕΛ. 85, SWETS & ZEITLINGER B.V., AMSTERDAM/LISSE, 1993

[89]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ-ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ.4, ΠΑΡ. 2,3,4,5,6,8,9,10 ΣΕΛ. 99-104

[90]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ; ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΟΦΕΛΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ.10, ΠΑΡ. 1,2,3,,5,6,8, ΣΕΛ. 181-185

[91]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: Η ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΙΣ ΗΠΑ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ.10, ΣΕΛ. 185-189

[92] ΜΑΔΙΑΝΟΥ Δ., ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., ΚΟΚΚΕΒΗ Α., ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ., «ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ : ΤΟΜΟΣ Γ:Η ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ», 1992

[93]ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ: ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: Η ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005, ΚΕΦ.10, ΣΕΛ. 188-192

[94]ΚΕΙΜΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, «ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΕΘΕΑ», ΚΕΙΜΕΝΑ-ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΤΜΗΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΕΘΕΑ 2004, ΣΕΛ. 6-7

[95]ΚΕΙΜΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, «ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ», ΚΕΙΜΕΝΑ-ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΤΜΗΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΕΘΕΑ 2004, ΣΕΛ. 7-9

- [96]ΚΕΙΜΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, «ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ», ΚΕΙΜΕΝΑ-ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΤΜΗΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΕΘΕΑ 2004, ΣΕΛ. 13
- [97]ΚΕΙΜΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, «ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ: ΕΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ», ΚΕΙΜΕΝΑ-ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΤΜΗΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΕΘΕΑ 2004, ΣΕΛ. 14-17
- [98]ΣΕΙΡΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΜΟΝΟΓΡΑΦΙΕΣ, «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΝ ΣΤΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ ΤΑ ΕΤΗ ΑΠΟ 2000 ΕΩΣ ΚΑΙ 2006», ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΕΘΕΑ – ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2007, ΣΕΛ.7-8,33
- [99]ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ Δ.& ΚΑΜΠΡΙΑΝΗ Ε., «ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΕΘΕΑ: ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ», ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ, ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2002, ΣΕΛ.4,9,23-25
- [100]ΚΕΙΜΕΝΑ ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, «ΤΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΕΘΕΑ», ΚΕΙΜΕΝΑ-ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΤΜΗΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΕΘΕΑ 2004, ΣΕΛ. 10-11

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ - ΠΗΓΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ-ΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ», ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, 2005
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ, «ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΗ - ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ», ΙΤΑΣΑ- ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ, 2004
- ΓΙΑΝΝΗΣ Α. ΛΙΑΠΑΣ, «ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ-ΕΘΙΣΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ, ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ, 1999
- ΖΑΦΕΙΡΙΔΗΣ Φ., «ΒΑΣΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΞΑΡΤΗΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ», ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 3, 4 & 5 ΜΑΡΤΙΟΥ, ΑΡΘΡΟ - ΤΕΥΧΟΣ 15 ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ, 1985
- ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ε., «ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΑΣ», ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ, ΑΘΗΝΑ 1985
- ΑΝΔΡΕΑΣ ΔΑΒΑΡΟΥΚΑΣ, ΓΙΑΝΝΗΣ ΣΟΥΡΕΤΗΣ, «ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΙ' ΑΛΗΘΕΙΕΣ», ΑΘΗΝΑ 1981
- «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΗΚΑΝ ΣΤΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ ΤΑ ΕΤΗ ΑΠΟ 2000 ΕΩΣ ΚΑΙ 2006», ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΕΘΕΑ – ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2007
- «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΗΚΑΝ ΣΤΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΥΣ ΣΤΑΘΜΟΥΣ ΤΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΞΟΔΟΣ ΚΕΘΕΑ», ΜΕΛΕΤΗ ΚΕΘΕΑ ΤΑ ΕΤΗ ΑΠΟ 2001 ΕΩΣ ΚΑΙ 2003
- «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΗΚΑΝ ΣΤΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ ΤΑ ΕΤΗ ΑΠΟ 1995 ΕΩΣ ΚΑΙ 2002», ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΕΘΕΑ – ΑΘΗΝΑ, 2003

- ΚΕΙΜΕΝΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, ΚΕΙΜΕΝΑ-ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΤΜΗΜΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΕΘΕΑ 2004
- ΚΕΙΜΕΝΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ, «ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ», ΚΕΘΕΑ 2003
- ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ Δ. ΚΑΙ ΚΑΜΠΡΙΑΝΗ Ε., «ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ – ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ», ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ – ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΔΥ) ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ (ΚΕΘΕΑ), ΑΘΗΝΑ, 2002
- ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ, «Η ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΔΥΜΩΝ ΤΟΥ ΧΑΡΒΑΡΝΤ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ: ΤΙ ΕΧΟΥΜΕ ΜΑΘΕΙ», HARVARD REV. PSYCHIATRY 2001, VOLUME 9, NR 6, 267 -279
- ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ, «ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΘΙΣΜΟΥ ΣΤΑ ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΚΑΪΝΗ», HARVARD REV. PSYCHIATRY 2005, VOLUME 13, NR 4, 218 -232
- ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Σ., «ΕΦΗΒΟΙ: ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ », ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΒΗΜΑ Τ.8, ΙΟΥΝΙΟΣ 2007
- «ΠΡΟΛΗΨΗ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ», ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΥΠΡΟΥ «ΜΙΚΡΗ ΑΡΚΤΟΣ», ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2008
- ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΕΚΤΠΝ 2007
- ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ ΤΟΥ ΕΚΤΠΝ 2008
- ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ 2008-2012
- ΕΤΗΣΙΑ ΕΚΘΕΣΗ, ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΟΗΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (INCB), 2007
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ», ISSN 1681-6331, 1^η ΕΚΔΟΣΗ 2009

- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ», ISSN 1681-6331, 1^η ΕΚΔΟΣΗ 2009
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ», ISSN 1681-6331, 1^η ΕΚΔΟΣΗ 2009
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ», ISSN 1681-6331, 1^η ΕΚΔΟΣΗ 2009
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΕΝΗΛΙΚΟΥΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΕΝΑ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ», ISSN 1681-6331, 1^η ΕΚΔΟΣΗ 2008
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΧΡΗΣΗ ΚΟΚΑΪΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΥΝΑΦΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ», ISSN 1681-6331, 3^ο ΤΕΥΧΟΣ 2007
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 2000- 2004», ISSN 1681-6331, 1^η ΕΚΔΟΣΗ 2004
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΔΟΣΗ – ΜΙΑ ΚΥΡΙΑ ΑΙΤΙΑ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΧΘΕΙ», ISSN 1681-6331, 2^η ΕΚΔΟΣΗ 2004
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΣΥΝΝΟΣΥΡΟΤΗΤΑ-ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ», ISSN 1681-6331, 3^η ΕΚΔΟΣΗ 2004

- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΙΜΗΝΙΑΙΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΔΙΕΥΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΕ ΚΑΙ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ-ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ», ISSN 1681-6331, ΜΑΡΤΙΟΣ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2003
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΙΜΗΝΙΑΙΟ ΔΕΛΤΙΟ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C – Η ΑΦΑΝΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑ», ISSN 1681-6331, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ- ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2003
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΙΜΗΝΙΑΙΟ ΔΕΛΤΙΟ 5 ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ », ISSN 1681-6331, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ – ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2002
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΙΜΗΝΙΑΙΟ ΔΕΛΤΙΟ 4 ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «Η ΕΝΕΣΙΜΗ ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ», ISSN 1681-6331, ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2002
- ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΤΟ ΠΡΟΣΚΗΝΙΟ, ΔΙΜΗΝΙΑΙΟ ΔΕΛΤΙΟ 1 ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑΣ, «Ο ΚΑΙΡΙΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ», ISSN 1681-6331, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟ – ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟ 2002

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- WHO, «THE ICD-10 CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS». GENEVA, 1992
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, «DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS», 3RD ED, REVISED, WASHINGTON, DC: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987
- THOMPSON TL., II: BOOK REVIEW, T.A. WIDIGER, A.J. FRANCES, H.A. PINCUS, R. ROSS, MB FIRST, W.W. DAVIS (EDS), «DSM-IV

SOURCEBOOK, VOLUME 2». A. FRANCES, R. ROSS (EDS), «DSM-IV CASE STUDIES: A CLINICAL GUIDE TO DIFFERENTIAL DIAGNOSIS», A.M. J. PSYCHIATRY 1997, 154:1467–1468

- DAN J. LETTIERI, Ph.D., MOLLIE SAYERS,& HELEN WALLENSTEIN PEARSON, «THEORIES ON DRUG ABUSE: SELECTED CONTEMPORARY PERSPECTIVES», NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), RESEARCH MONOGRAPH, NUMBER 30, MARCH 1980
- ROY W. PICKENS, PH.D., DACE S. SVIKIS, B.A., «BIOLOGICAL VULNERABILITY TO DRUG ABUSE», NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), RESEARCH MONOGRAPH, NUMBER 89, 1988
- M. MARLYNE KILBEY, PH.D., KHURSHEED ASGHAR, PH.D., «METHOLOGICAL ISSUES IN CONTROLLED STUDIES ON EFFECTS OF PRENATAL EXPOSURE TO DRUG ABUSE», NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), RESEARCH MONOGRAPH, NUMBER 114, 1991
- LISA SIMON ONKEN, PH.D, JACK D. BLAINE, M.D., JOHN J. BOREN, PH.D., «BEYOND THE THERAPEUTIC ALLIANCE: KEEPING THE DRUG DEPENDENT INDIVIDUAL IN TREATMENT», NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), RESEARCH MONOGRAPH, NUMBER , 1997
- OFFICIAL JOURNAL OF THE EUROPEAN UNION, NOTICES FROM EUROPEAN UNION INSTITUTIONS AND BODIES COUNCIL, EUROPEAN DRUGS ACTION PLAN FOR 2009-2012 (2008/C 326/09)
- GEORGE F. KOOB, PHD., & MICHAEL LE MOAL, MD., PHD., «DRUG ADDICTION, DISREGULATION OF REWARD AND ALLOSTASIS», NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY 2001 – VOLUME 24, NO 2
- ROBERT J. PANDINA, PHD., «RISK AND PROTECTIVE FACTOR MODELS IN ADOLESCENT DRUG USE: PUTTING THEM TO WORK FOR PREVENTION», NIDA-NATIONAL CONFERENCE ON DRUG ABUSE PREVENTION RESEARCH – PLENARY SESSION 2
- L. WURMSER, «PSYCHOANALYTIC CONSIDERATIONS OF THE ETIOLOGY OF COMPULSIVE DRUG ABUSE», JOURNAL OF THE AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION, 1974, ISSN: 0003-0651

- RASCANU R. PHD., «THE PERSONALITY PROFILE OF THE DRUG ADDICT», REVIEW OF THE RECENT DRUG CONSUMPTION : DATA IN ROMANIA AND OTHER EASTERN EUROPEAN COUNTRIES, FEBRUARY 2005
- BROOK J.S., COHEN P., WHITEMAN M. & GORDON A.S., «PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS IN THE TRANSITION FROM MODERATE TO HEAVY USER OR ABUSE OF DRUGS» IN : GLANTZ M.D., & PICKENS R., eds.: «VULNERABILITY TO DRUG ABUSE», AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION , 1992.
- ROY W. PICKENS, PH.D., DACE S. SVIKIS, B.A., «DISCUSSION : DRUG EFFECTS – A SEARCH FOR MECHANISMS», «BIOLOGICAL VULNERABILITY TO DRUG ABUSE», NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), RESEARCH MONOGRAPH, NUMBER 89, 1988
- RANDALL F. WHITE, MD, ANDRO GIORGADZE MD, «SUBSTANCE USE IN ADOLESCENCE AND YOUNG ADULTHOOD DEPENDS ON PSYCHOSOCIAL FACTORS IN CHILDHOOD: CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY VIEWPOINT», FEBRUARY 2007
- DRUGNET EUROPE, «15 YEARS OF DRUG MONITORING IN EUROPE», NEWSLETTER OF THE EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, ISSN 0873-5379, APRIL-JUNE 2009
- DRUGNET EUROPE, «EMCDDA RELEASES 2003 ANNUAL REPORTS», BIMONTHLY NEWSLETTER OF THE EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, ISSN 0873-5379, NOVEMBER-DECEMBER 2003
- NIDA REPORT SERIES, «THERAPEUTIC COMMUNITY», NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, NIH PUBLICATION NUMBER 02-4877, AUGUST 2002
- CONNECTICUT CLEARINGHOUSE: LIBRARY & RESOURCE CENTER ON ALCOHOL, TOBACCO, OTHER DRUGS, MENTAL HEALTH AND WELLNESS, «TREATMENT METHODS FOR DRUG ADDICTION», NIDA REVISED 061504, FEBRUARY 1998

- MARTIEN KOOYMAN, «THE THERAPEUTIC COMMUNITY FOR ADDICTS:INTIMACY, PARENT INVOLVEMENT AND TREATMENT SUCCESS», AMSTERDAM 1993
- GEORGE DE LEON, «THE THERAPEUTIC COMMUNITY – THEORY, MODEL & METHOD», SPRINGER PUBLISHING COMPANY, 2000
- FERNANDO B. PERFAS, «THERAPEUTIC COMMUNITY-SOCIAL SYSTEM PERSPECTIVE», I UNIVERSE, 2004
- BARBARA RAWLINGS & ROWDY YATES, «THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR THE TREATMENT OF DRUG USERS», 2001
- BROEKAERT, E'., VAN DE STRAETEN G., «HISTORY, PHILOSOPHY AND DEVELOPMENT OF THE THERAPEUTIC COMMUNITIES IN EUROPE», ITACA, VOL. 3, NO. 2, PA. 29-50, MAY 1998
- DEKEL, RACHEL, BENDENISHTY, RAMI, AMRAM, YAIR, «THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR DRUG ADDICTS – PREDICTION OF LONG TERM OUTCOMES», «ADDICTIVE BEHAVIORS», ISSN: 0306-4603, 2004
- RESEARCH REPORT, «EVALUATION OF PRISON-BASED THERAPEUTIC COMMUNITY DRUG TREATMENT PROGRAMMES IN PENSYLVANIA», ISSN: 0306-4603, MAY 2003

ΠΗΓΕΣ:

- <http://www.medscape.com/viewarticle/556149>
- <http://www.drugscope.org.uk/>
- <http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/156/10/1655>
- <http://www.nida.nih.gov/sciencefair/>
- <http://www.nida.nih.gov/scienceofaddiction/>
- <http://www.nida.nih.gov/consequences/>
- <http://www.nida.nih.gov/infofacts/treatmeth.html>
- <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>
- <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Evidence2.html>
- <http://www.nida.nih.gov/PODAT/TreatmentUS.html#General>
- <http://www.nida.nih.gov/infofacts/lessons.html>

- <http://www.health.gov/healthypeople/>
- <http://www.datos.org/>
- http://www.who.int/substance_abuse/links/othersites/en/
- www.ceche.org
- <http://www.mentorfoundation.org/>
- <http://www.mentorfoundation.org/research.php?id=85>
- <http://www.camh.net/>
- <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh312/155-167.htm>
- <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh312/168-176.htm>
- <http://www.emcdda.europa.eu/themes/drug-situation/el/policy>
- <http://www.emcdda.europa.eu/policy-and-law/national/strategies>
- <http://www.emcdda.europa.eu/?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=2156>
- http://old.mfa.gr/greek/foreign_policy/organizations/un/fightcrime.html
- <http://www.incb.org/>
- <http://www.unodc.org/drugs/>
- http://www.crime-prevention-intl.org/publications/pub_164_1.pdf
- <http://www.unodc.org/unodc/en/GAP/index.html>
- <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/index.html>
- <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/300/89/PDF/N0930089.pdf?OpenElement>
- <http://www.unodc.org/unodc/en/corruption/index.html>
- <http://www.unodc.org/unodc/en/money-laundering/index.html>
- <http://www.unodc.org/unodc/en/human-trafficking/index.html>
- <http://www.uncjin.org/>
- <http://www.agp.gr/AGP/files/Ekthesi%20ergasion%20Imeridas%202025%20Iounio%202007.doc>
- <http://www.hrw.org/>
- http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2009/20090312_MBartosInterview.asp
- www.synanon.org

- www.daytop.org
- www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1039280
- <http://www.doping-prevention.com/index.php?id=481&L=5>

Πανεπιστήμιο Πειραιώς