ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή εργασία:

ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΤΟΥ ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ: ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

των

ΑΝΝΑ ΤΡΑΚΑΔΑ

ΕΜΜΑΝΟΥΕΛΑ ΣΥΡΙΟΥ

Επόπτρια

ΜΑΡΙΑ ΣΜΥΡΝΑΚΗ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας.

Μάιος, 2020

Αυτή η εργασία είναι αφιερωμένη στις οικογένειες μας,
που όλα αυτά τα χρόνια της φοιτητικής μας καριέρας
ήταν δίπλα μας και μας στήριζαν σε όλα.
Τους ευχαριστούμε πολύ για όλες τις θυσίες που έκαναν
για να μπορέσουμε να αποκτήσουμε το πτυχίο μας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλουμε να εκφράσουμε, κατ' αρχήν, τις θερμές μας ευχαριστίες σε όλα τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη που συμμετείχαν στις ερευνητικές συνεντεύξεις καταθέτοντας τις απόψεις τους και τη σχετική με το θέμα της έρευνας εμπειρίας τους συμβάλλοντας με τρόπο καθοριστικό στην πραγματοποίηση της.

Ιδιαίτερα θέλουμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια και επόπτριά μας Μαρία Σμυρνάκη για την καθοδήγηση και στήριξη που μας προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της ερευνητικής διαδικασίας.

Τέλος, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τον διευθυντή του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη για την έγκριση του να κάνουμε την έρευνα μας στο κέντρο, γιατί χωρίς αυτή δεν θα είχε πραγματοποιηθεί ποτέ αυτή η εργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα ποιοτική μελέτη ερευνά τη διαδικασία της απεξάρτησης (κινητοποίηση για θεραπεία, δυσκολίες θεραπείας, ολοκλήρωση θεραπείας και προτάσεις) για το ίδιο το εξαρτημένο άτομο και το οικογενειακό του περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, απαντήσεις στις ερωτήσεις αυτές μας δίνουν οι θεραπευτές του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη, μέσα από την κλινική τους εμπειρία στον τομέα της απεξάρτησης. Πρόκειται για μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην περιφέρεια Κρήτης, παίρνοντας 11 συνεντεύξεις από τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη, οι οποίοι είχαν κλινική εμπειρία πάνω από 2 έτη στον τομέα της απεξάρτησης. Η ανάλυση περιεχομένου των συνεντεύξεων ανέδειξε τα ακόλουθα κύρια ευρήματα: 1) οι κύριοι λόγοι που ωθούν έναν εξαρτημένο να αναζητήσει βοήθεια είναι οι πιέσεις που δέχονται από το οικογενειακό περιβάλλον και το ποινικό σύστημα, ή τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, 2) οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εξαρτημένοι και οι οικογένειές τους κατά την θεραπευτική διαδικασία αφορούν στο να αναλογιστούν το μερίδιο ευθύνης που έχει ο καθένας και να συνειδητοποιήσουν τι είναι αυτό που τους οδήγησε σε αυτή την κατάσταση, 3) σε κάθε περίπτωση ο κυριότερος παράγοντας που βοηθάει τους εξαρτημένους και την οικογένεια στην ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας είναι οι θεραπευτικές ομάδες. Τέλος, η συγκεκριμένη μελέτη παραθέτει ιδιαίτερα χρήσιμα ερευνητικά δεδομένα, τα οποία θα μπορούν να αξιοποιηθούν και σε κλινικό επίπεδο.

Λέξεις κλειδιά: Απεξάρτηση, Κινητοποίηση, Εξαρτημένοι, Οικογένεια, ΚΕΘΕΑ Αριάδνη.

ABSTRACT

The present study examines the process of detoxification (seeking treatment, difficulties during treatment, completing a treatment and general suggestions) for the addicted and their family members. More precisely, the therapists of KETHEA Ariadne, provide us with answers to these questions through their clinical experience in the field of detoxification. It includes a survey conducted in the island of Crete, interviewing 11 members of the therapeutic staff of KETHEA Ariadne, who have more than 2 years of clinical experience in the field of detoxification. The analysis of the interviews revealed the following: 1) the main reasons that force an addict to seek help are the pressure from their family and the criminal system, or health problems they may have, 2) the difficulties that addicted persons and their family members face during the treatment process, should make them consider their share of responsibility and help them realize what led them to this situation, 3) for each case the main factor that helps addicted and their family members to complete the treatment process, are the treatment groups. Finally, this study provides particularly useful research data, which can also be used at a clinical level.

Keywords: Detoxification, Mobilization, Addicted, Family, KETHEA Ariadne

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ 3

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 4

ABSTRACT 5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 9

ΜΕΡΟΣ Α΄ 13

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣ 13

Μορφές εξάρτησης 13

Α.1 Νόμιμες Μορφές Εξάρτησης 13

Α.1.1 Αλκοόλ 13

Α.1.2 Τυχερά παιχνίδια 16

Α.1.3 Διαδίκτυο 18

Α.2 Παράνομες Μορφές Εξάρτησης 19

Α.2.1 Μαριχουάνα 19

Α.2.2 Οπιοειδή 22

Α.2.3 Διεργετικά 24

Α.2.4 Αμφεταμίνες 25

Α.2.5 Μεθαμφεταμίνη 26

Α.2.6 Κοκαΐνη 27

Α.2.7 Ψευδαισθησιογόνα, Ecstasy, και PCP 29

Α.2.8 LSD και άλλα ψευδαισθησιογόνα 29

Α.2.9 PCP 30

Α.3 Ψυχολογική και σωματική εξάρτηση 31

Α.4 Τα στάδια της εξάρτησης 31

Α.5 Η αιτιολογία της εξάρτησης 33

Α.6 Οι επιπτώσεις της εξάρτησης 35

Α.6.1 Ναρκωτικά 35
Α.6.2 Αλκοόλ 36
Α.6.3 Τυχερά Παιχνίδια 37
Α.6.4 Διαδίκτυο 38
ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ 40
Α.1 Ορισμός απεξάρτησης 40
Α.2 Χρονική διάρκεια 40
Α.3 Κινητοποίηση για θεραπεία 41
Α.3.1 Βοήθεια για αυτόν που παίρνει οπιοειδή 42
Α.3.2 Θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη 43
Α.3.3 Αλκοόλ – Θεραπεία 44
Α.3.4 Τυχερά παιχνίδια 45
Α.3.5 Διαδίκτυο – Θεραπεία 47
Α.4 Θεραπευτικές φάσεις και δραστηριότητες 48
Α.5 Προσεγγίσεις της εξάρτησης 52
Α.5.1 Ιατρικό μοντέλο 55
Α.5.2 Ψυχοκοινωνικό μοντέλο 55
Α.5.3 «Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα 55
Α.5.4 Προγράμματα συντήρησης 56
Α.5.5 Συμβουλευτικά προγράμματα σε εξωτερικά ιατρεία 56
Α.5.6 Κλειστά και ανοιχτά προγράμματα 57
Α.5.7 ΚΕΘΕΑ 58
Α.5.8 ΚΕΘΕΑ Αριάδνη 59
Α.6 Δυσκολίες/προκλήσεις απεξάρτησης 62
Α.7 Ολοκλήρωση/αποτελεσματικότητα θεραπείας 63
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ 68
Α.1 Η αναγκαιότητα συμμετοχής της οικογένειας 68
Α.2 Κινητοποίηση της οικογένειας 69
Α.3 Δυσκολίες/προκλήσεις στη θεραπεία της οικογένειας 71

Α.4 Ολοκλήρωση/αποτελεσματικότητα θεραπείας οικογένειας 72
ΜΕΡΟΣ Β΄ 74
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ 74
Β.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα 74
Β.2 Ερευνητικό Σχέδιο 75
Β.3 Δειγματοληψία 75
Β.4 Μέσα Συλλογής Δεδομένων 77
Β.5 Μέθοδος Ανάλυσης 78
Β.6 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων 79
Β.6.1 Το κλίμα των συνεντεύξεων 80
Β.7 Ηθικά και Δεοντολογικά Ζητήματα 80
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 81
Β.1 Πρώτος άξονας – Κατηγορία ερωτήσεων: Κινητοποίηση για θεραπεία 82
Β.2 Δεύτερος άξονας – Κατηγορία ερωτήσεων: Δυσκολίες θεραπείας. 83
Β.3 Τρίτος άξονας – Κατηγορία ερωτήσεων: Ολοκλήρωση θεραπείας. 84
Β.4 Τέταρτος άξονος – Κατηγορία ερωτήσεων: Προτάσεις 85
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ 87
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 91
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 93
Ελληνική 93
Ξένη 94
Διαδίκτυο 95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 97
Το σχέδιο της συνέντευξης: 98
Έντυπο Συγκατάθεσης Συμμετέχοντα 99
Στοιχεία Συμμετέχοντα 100
Αλληλογραφία προς το Πρόγραμμα Απεξάρτησης ΚΕΘΕΑ Αριάδνη για Πρόσβαση στα Στοιχεία του προσωπικού 101

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη έχει στόχο να διερευνήσει τις αντιλήψεις των θεραπευτών του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη σχετικά με τους λόγους που οι εξαρτημένοι και οι οικογένειές τους κινητοποιούνται για θεραπεία, τις δυσκολίες που συναντούν και οι δυο πλευρές κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, τους παράγοντες που τους βοηθούν να ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους, καθώς και τις προτάσεις κινητοποίησης των εξαρτημένων και των οικογενειών τους για αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας.

Σχετικά με την ιστορία των εξαρτήσεων, η αλήθεια είναι ότι από τότε που υπάρχει η ανθρωπότητα υπάρχουν και οι εξαρτήσεις. Η πρώτη αναφορά για το αλκοόλ γίνεται στην Καινή Διαθήκη. Ο Freud ήταν εξαρτημένος από την κοκαΐνη εξαιτίας του καρκίνου από τον οποίο έπασχε (Getzfeld, 2009). Αναφορά για την κάνναβη έχουμε πρώτη φορά το 6000 π.Χ. που χρησιμοποιούνταν στην Κίνα για τροφή (Jaffe, Jerome, 1981). Το 1995 γίνεται γνωστός ο όρος «internet addiction» (διαδικτυακός εθισμός) από τον Goldberg (Σφακιανάκης, Σιώμος, Φλώρος, 2012). Επίσης, από τον 17ο αιώνα μαθαίνουμε για τον παθολογικό τζόγο, θύμα του οποίου ο Φιοντόρ Ντοστογιέφσκι (Bennett, 2010).

«Με τον όρο εξάρτηση νοείται μια κατάσταση ψυχική ή/και σωματική, που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της επίδρασης ενός φαρμάκου σ' ένα ζωντανό οργανισμό και χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία εκδηλώσεων, μέσα στις οποίες περιλαμβάνεται πάντοτε η διάθεση για τη συνέχιση λήψης του φαρμάκου, με σκοπό την επανεκδήλωση των φαρμακολογικών ενεργειών του ή, αντίθετα, την αποφυγή δυσάρεστων συμπτωμάτων που μπορεί να εκδηλωθούν, όταν δεν ληφθεί» (Κουτσελίνη, 2002, σ.4).

Η εξάρτηση από ουσίες αναφέρεται στη συνεχή ανάγκη του ατόμου για χρήση της ουσίας. Διακρίνεται στη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Η σωματική εξάρτηση αναφέρεται στη δυσκολία του οργανισμού να λειτουργήσει δίχως την ουσία, ενώ η ψυχολογική εξάρτηση στην ανάγκη που έχει το άτομο για χρήση της ουσίας προκειμένου να διατηρήσει την ψυχική του συνοχή. Μάλιστα, προκειμένου να οδηγηθεί ένα άτομο στην εξάρτηση περνάει από τα ακόλουθα στάδια: πειραματισμός, κοινωνική χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση. Τα δύο πρώτα στάδια αποτελούν μη ορατά στάδια της εξάρτησης, ενώ τα δύο τελευταία αποτελούν ορατά στάδια της εξάρτησης (ΚΕΘΕΑ, 2018).

Από την άλλη, η απεξάρτηση είναι μια δύσκολη και συνήθως μακροχρόνια διαδικασία, στη διάρκεια της οποίας μπορεί να υπάρξουν διακοπές, ολισθήματα και υποτροπές. Η διαδικασία της απεξάρτησης διαφέρει από άτομο σε άτομο. Κάποιοι χρειάζονται αρκετό χρόνο και πολλές προσπάθειες για να επιτύχουν την αλλαγή και την μακροχρόνια αποχή από τις ουσίες. Άλλοι πάλι, μπορεί να χρειάζονται μικρότερο χρονικό διάστημα σε εξειδικευμένο πρόγραμμα για να αποθεραπευτούν (Πουλόπουλος, 2011).

Η διαδικασία της απεξάρτησης είναι μια σειρά διαρκών αλλαγών της προσωπικότητας και της στάσης ζωής του ατόμου, με σκοπό την μεταμόρφωσή του σε κοινωνικό άτομο, ικανό να αναλάβει τις ευθύνες του και να αντιμετωπίζει με θάρρος τη ζωή και τις δυσκολίες της (Μάτσα, 2008).

Ποικίλοι θεραπευτικοί οργανισμοί χρησιμοποιούν ένα ευρύ φάσμα θεραπειών για την αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης. Τα θεραπευτικά προγράμματα μπορεί να είναι είτε διαμονής είτε εξωτερικής παρακολούθησης, όπως επίσης προγράμματα συντήρησης με υποκατάστατα, προγράμματα με ανταγωνιστές, θεραπευτικές κοινότητες, καθώς και προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης και θεραπευτικά προγράμματα στα σωφρονιστικά καταστήματα (Πουλόπουλος, 2011).

Σχετικά με την ιστορία των θεραπευτικών κοινοτήτων, ξεκίνησαν το 1958 στην Αμερική ως συνέχεια μιας ομάδας αυτοβοήθειας. Αν και είναι κυρίως προγράμματα διαμονής υπάρχουν και προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης. Βασικός όρος για να ενταχθεί ο χρήστης σε ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι η απόφαση του ίδιου για αλλαγή (Πουλόπουλος, 2008).

Επίσης, στα μέσα της δεκαετίας του ‘70 κάνουν την εμφάνιση τους τα προγράμματα εξωτερικής παρακολούθησης. Τα προγράμματα αυτά συνδυάζουν διάφορες μορφές συμβουλευτικής, ψυχοθεραπείας και οικογενειακής υποστήριξης δίχως να συνιστούν φαρμακευτική αγωγή. Οι εξυπηρετούμενοι αυτών, είναι κυρίως άτομα που κάνουν ελαφριά χρήση. Επιπλέον, η συχνότητα συμμετοχής διαφέρει ανάλογα με την περίπτωση. Μπορεί να είναι από μια επίσκεψη την εβδομάδα έως και καθημερινές συναντήσεις, είτε για συμβουλευτική, είτε για ψυχοθεραπεία (Πουλόπουλος, 2008).

Όσον αφορά στα προγράμματα στο πλαίσιο του σωφρονιστικού συστήματος, παρόλο που οι έγκλειστοι μπορεί να τα παρακολουθούν και με την υποστήριξή τους να παραμείνουν κατά τον εγκλεισμό τους μακριά από τη χρήση, όταν αποφυλακιστούν συνήθως επιστρέφουν στη χρήση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι για την απεξάρτηση απαιτείται μια βαθύτερη θεραπευτική διαδικασία διερεύνησης των παραγόντων που οδηγούν το άτομο στη χρήση, ενίσχυσης των ψυχικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και ανάπτυξης νέων μηχανισμών, οι οποίοι βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει τις προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες χωρίς τη χρήση ουσιών (Πουλόπουλος, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, το ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων) είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και λειτουργεί από το 1983, με την ίδρυση της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας στην Ελλάδα. Εξυπηρετεί καθημερινά περίπου 3.000 άτομα, χρήστες και μέλη οικογενειών, σε ένα δίκτυο περισσότερων από 90 μονάδων σε διαφορετικές περιοχές της χώρας (ΚΕΘΕΑ, 2018).

Στη δεκαετία του 1950 και στις αρχές της δεκαετίας του 1960 η εξάρτηση θεωρούταν ατομικό πρόβλημα και είχε ως συνέπεια την απομάκρυνση του ατόμου από την οικογένεια και το φιλικό του περιβάλλον ώστε να επιτευχθεί η αποτελεσματικότητά της χωρίς εξωτερικές επιρροές. Η κατάσταση άλλαξε με την ανάπτυξη της οικογενειακής θεραπείας το 1970. Η οικογένεια αναγνωρίστηκε ως κύριος παράγοντας για την πορεία του εξαρτημένου προς την απεξάρτηση (Πουλόπουλος, 2011). Μάλιστα, σύμφωνα με μελέτες η πίεση της οικογένειας αποτελεί το δεύτερο σημαντικότερο εξωτερικό παράγοντα κινητοποίησης και παραμονής στο θεραπευτικό πρόγραμμα, για τον εξαρτημένο μετά την πίεση από το ποινικό σύστημα (Stanton, 1997).

Πολλά θεραπευτικά προγράμματα συνεργάζονται στενά με τις οικογένειες των εξαρτημένων, ώστε να μπορέσουν να δουν το δικό τους μερίδιο ευθύνης στην εξάρτηση και να βελτιώσουν τη δική τους συμπεριφορά βοηθώντας στην ψυχοσυναισθηματική αυτονόμηση του εξαρτημένου ατόμου. Τέλος, υπάρχουν τρεις βασικοί λόγοι για την συμμετοχή της οικογένειας στην διαδικασία της απεξάρτησης ώστε αυτή να θεωρηθεί αποτελεσματική. Αρχικά για να αλλάξει το εξαρτημένο άτομο τη συμπεριφορά του, στη συνέχεια για να αλλάξουν τα υπόλοιπα μέλη τη δική τους συμπεριφορά και στάση που ενισχύει την εξάρτηση και τέλος για να τροποποιηθεί η αρνητική δυναμική που ενισχύεται μέσα στην οικογένεια και επηρεάζει όλα τα μέλη (Πουλόπουλος, 2011).

Σημαντικό ρόλο στο σωστό και λειτουργικό αποτέλεσμα μιας θεραπείας ενός εξαρτημένου ατόμου έχει ο θεραπευτής. Σύμφωνα με τον Cartwright, η εμπειρία και η πείρα του θεραπευτή, η ικανότητα του να καταλαβαίνει τον ασθενή για το πρόβλημα που τον διακατέχει αλλά και η υποχρέωση και τα θετικά συναισθήματα απέναντι στον ίδιο, στον θεραπευόμενο και στην θεραπευτική διαδικασία μπορούν να οδηγήσουν στο θετικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Δουλειά του θεραπευτή είναι να μην ασκεί κριτική και να μην επιδεικνύει τα συναισθήματα του, είτε θετικά είτε αρνητικά, κατά την διάρκεια της θεραπείας, καθώς και να είναι κατάλληλα προετοιμασμένος για τυχόν επιτυχία ή αποτυχία κάποιας θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα, απαραίτητα στοιχεία για την σωστή επίτευξη μιας θεραπείας είναι η πείρα, η γνώση και η εμπειρία του θεραπευτή, όπου μπορούν να την ασκήσουν όχι μόνο ένας ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνιολόγος ή κοινωνικός λειτουργός, αλλά και οποιοδήποτε άτομο είναι αρκετά πεπειραμένο, ακόμα και μη επαγγελματίες, στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από τις ουσίες (Λιάππας, 1992).

Σχετικά με την κινητοποίηση του ίδιου του εξαρτημένου, συνήθως βρίσκεται σε κίνδυνο η σωματική και ψυχοκοινωνική του υγεία, ενώ συχνά απειλείται η ελευθερία του εξαιτίας της παραβατικότητας που μπορεί παράλληλα να εκδηλώνει. Γι' αυτό το λόγο απευθύνεται σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Παρόλα αυτά δεν είναι πάντα πρόθυμος να ενταχθεί και να αφεθεί στη θεραπευτική διαδικασία και αυτό γιατί συχνά ο λόγος που συμμετέχει στο θεραπευτικό πρόγραμμα είναι εξαιτίας της πίεσης που μπορεί να βιώνει από την οικογένειά του ή το ποινικό σύστημα, δεν είναι δηλαδή δική του η απόφαση, ώστε να την υποστηρίξει (Πουλόπουλος, 2011).

Η κινητοποίηση της οικογένειας του εξαρτημένου στη διαδικασία της θεραπείας είναι ο δεύτερος σημαντικότερος εξωτερικός παράγοντας, μετά την πίεση από το ποινικό σύστημα, που συμβάλει στην κινητοποίηση του εξαρτημένου και στην παραμονή του στη θεραπεία. Πολλές φορές γίνεται πρώτα η επαφή με τους γονείς και μετά με το εξαρτημένο άτομο, μέσα από αργά και σταθερά βήματα με πρώτο στόχο την προσέλευση του εξαρτημένου στο θεραπευτικό πρόγραμμα (Πουλόπουλος, 2011).

Σε αρχικό στάδιο η θεραπεία ανάμεσα στον εξαρτημένο και την οικογένεια μπορεί να γίνεται παράλληλα, ώστε και το οικογενειακό περιβάλλον να αντιμετωπίσει τα δικά του προβλήματα και αδυναμίες. Μέσω της συζήτησης για τα θέματα που υποβόσκουν στο κλίμα της οικογένειας μπορεί να αλλάξει και να επηρεαστεί η συμπεριφορά και ο ρόλος των γονέων ως προς τον εξαρτημένο. Φαντάζει

δύσκολο αλλά είναι απαραίτητο και αναγκαίο οι γονείς να προβούν στην κατάλληλη εκπαίδευση και στην αποφυγή ενεργειών που μέσω αυτών δεν θα συνεχιστεί η εξάρτηση (Πουλόπουλος, 2011).

Ειδικότερα, η συγκεκριμένη έρευνα έχει σκοπό να μελετήσει τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα: 1) Ποιοι λόγοι συνήθως κινητοποιούν τους εξαρτημένους και τα μέλη της οικογένειάς τους να αναζητήσουν βοήθεια από το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη; 2) Που συνήθως δυσκολεύονται οι εξαρτημένοι και τα μέλη της οικογένειάς τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους; 3) Ποιοι παράγοντες βοηθούν τους εξαρτημένους και τα μέλη της οικογένειάς τους να ολοκληρώσουν τη θεραπεία τους; 4) Προτάσεις κινητοποίηση των εξαρτημένων και των οικογενειών τους για αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας.

Η μελέτη του συγκεκριμένου θέματος έχει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον, *γιατί προσεγγίζει ευρύτερα το θέμα της απεξάρτησης* (από ναρκωτικά, αλκοόλ, τζόγο, διαδίκτυο) και όχι ειδικά την απεξάρτηση από μια συγκεκριμένη ουσία ή συμπεριφορά, *και μάλιστα μέσα από τις αντιλήψεις των ίδιων των θεραπευτών*, οι οποίες βασίζονται στην κλινική τους εμπειρία. Παράλληλα, προσεγγίζει την *απεξάρτηση* τόσο από την πλευρά των ίδιων των εξαρτημένων, όσο και των μελών της οικογένειάς τους, τονίζοντας το ρόλο και την αναγκαιότητα της συμμετοχής της οικογένειας στην απεξάρτηση. Με τους τρόπους αυτούς, η συγκεκριμένη μελέτη επιδιώκει να συμβάλλει στη συλλογή ιδιαίτερα χρήσιμων ερευνητικών δεδομένων, τα οποία θα μπορούν να αξιοποιηθούν και σε κλινικό επίπεδο.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣ

Μορφές εξάρτησης

Μέχρι σήμερα όταν αναφερόμασταν στις εξαρτήσεις αυτό που μας ερχόταν στο μυαλό ήταν η χρήση ουσιών όπως τα ναρκωτικά και το αλκοόλ. Τα τελευταία χρόνια όμως έχουν κάνει την εμφάνισή τους «νέα» είδη εξαρτήσεων όπως είναι τα φάρμακα, το διαδίκτυο, τα τυχερά παιχνίδια, η καφεΐνη, η νικοτίνη, κ.α. Αυτό που είναι πραγματικά ανησυχητικό, είναι το γεγονός ότι η εκδήλωση τέτοιων εξαρτήσεων εμφανίζεται σε ολοένα και μικρότερες ηλικίες (Χαραλαμπίδης, 2003).

Οι εξαρτήσεις, λοιπόν, χωρίζονται σε νόμιμες και παράνομες. Ως νόμιμες μπορούμε να ορίσουμε τις εξαρτήσεις από τα οινοπνευματώδη, τα τυχερά παιχνίδια, τα video games, όπως και τις καθημερινές απολαύσεις καφέ και τσιγάρο, κ.α. Από την άλλη, ως παράνομες τις εξαρτήσεις από το χασίς, την ηρωίνη, τις αναβολικές ουσίες κ.α. (Χαραλαμπίδης, 2003).

Α.1 Νόμιμες Μορφές Εξάρτησης

Όμως όταν λέμε εξάρτηση δεν μιλάμε μόνο για τα ναρκωτικά. Υπάρχουν και νόμιμες εξαρτήσεις όπως είναι το τσιγάρο, ο καφές, το διαδίκτυο και τα τυχερά παιχνίδια.

Α.1.1 Αλκοόλ

Το αλκοόλ υπάρχει από πάρα πολύ παλιά. Πρώτες αναφορές γίνονται στην 5η χιλιετία π.Χ. στις χώρες της Ανατολής όπου ξεκίνησε η αμπελουργία. Στη συνέχεια διαδόθηκε στη Δύση και από εκεί στην Ευρώπη την 3η χιλιετία π.Χ. Ο Όμηρος στην Ιλιάδα και στην Οδύσσεια μας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τα σπουδαιότερα αμπελουργικά κέντρα στην Ελλάδα. Ο Αισχύλος έγραφε τις τραγωδίες του μεθυσμένος. Επίσης, στα χρόνια της βίβλου έπιναν κρασί για φαρμακευτικούς λόγους και στο Μεσαίωνα το αλκοόλ ήταν απαραίτητο σε όλες τις εκδηλώσεις (Τσαρούχας, 2000).

Η φύση όμως δεν μπορεί να παράγει αλκοόλ το οποίο να περιέχει πάνω από 14% αλκοόλη, γι' αυτό το λόγο ξεκίνησαν τις αποστάξεις και έβγαλαν το ουίσκι, το κονιάκ και το τζιν. Αυτό φαίνεται να εισάχθηκε στην Ευρώπη 1000 χρόνια πριν από την Ισπανία, η οποία βρισκόταν υπό την κατοχή των Αράβων. Τον 10ο

αιώνα ο Πέρσης γιατρός Ραμσής ανακάλυψε την απόσταξη η οποία έκανε τους Ευρωπαίους επιστήμονες να πανηγυρίσουν. Το καινούριο προϊόν πήρε την ονομασία η πηγή της νιότης «eau-de-vie» και κάπου εκεί βρίσκεται η πηγή της λέξης «whiskey». Επίσης, το 1700 κατασκευάστηκε από τους Ολλανδούς ένα απόσταγμα το οποίο ονομάστηκε τζιν. Έτσι με την απόσταξη αρχίζει ένας δρόμος χωρίς επιστροφή για την πορεία του αλκοόλ (Τσαρούχας, 2000).

Σύμφωνα με μαρτυρίες ανθρώπων, κατανάλωναν αλκοόλ για να καταπολεμούν διάφορα προβλήματα που είχαν. Άλλος για να μπορεί να εκφράζει τη γνώμη του, άλλος για να βγει από τη θλίψη του, άλλος επειδή θεωρούσε ότι τον κάνει πιο αποδοτικό στη δουλειά του. Αμερικάνοι επιστήμονες έκαναν ένα πείραμα σε μαθηματικούς, τους έβαζαν να λύνουν προβλήματα ταυτόχρονα με την κατανάλωση αλκοόλ. Η έρευνα έδειξε ότι με ένα ποτήρι οι μαθηματικοί έλυναν τα προβλήματα πιο γρήγορα και ήταν πιο αποδοτικοί. Όταν, όμως, ξεπερνούσαν τα 3 με 4, τότε η απόδοση τους έπεφτε ραγδαία και γινόντουσαν πολύ χειρότεροι (Τσαρούχας, 2000).

Ο όρος αλκοολικός αναφέρεται για πρώτη φορά το 1840 από έναν Ολλανδό γιατρό που έτσι περιγράφει τη χρόνια χρήση αλκοόλ. Το 1940 ιδρύονται οι Α.Α. Το 1946 ο Jellinek είναι ο πρώτος άνθρωπος διεθνώς που άνοιξε το δρόμο για τη μελέτη του αλκοολισμού (Τσαρούχας, 2000).

Ο Jellinek κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το σύνολο των αλκοολικών μπορούσε να διαιρεθεί σε πέντε κατηγορίες:

<u>ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ Α:</u> η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ψυχολογική χωρίς καμία βιολογική επιπλοκή.

<u>ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ Β:</u> όταν το άτομο παρουσιάζει προβλήματα λόγο του αλκοόλ όπως η κίρρωση του ήπατος, χωρίς το άτομο να είναι ψυχολογικά εξαρτημένο.

<u>ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ Γ:</u> η αντίδραση του οργανισμού στο αλκοόλ είναι αλλοιωμένη και έτσι οδηγείται σε αυθόρμητη χρήση του καθώς υπάρχει και αδυναμία ελέγχου της ποσότητας που καταναλώνεται.

<u>ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ Δ:</u> η αντίδραση του οργανισμού είναι αλλοιωμένη στο αλκοόλ και έτσι οδηγείται σε αδυναμία αποχής από την ουσία.

<u>ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΤΥΠΟΥ Ε:</u> άτακτη περιοδική χρήση του αλκοόλ (Τσαρούχας, 2000).

Οι παράγοντες που οδηγούν στον αλκοολισμό ποικίλουν. Οι κοινωνικοί παράγοντες είναι οι κοινωνικές πιέσεις που ασκούνται μέσω των κοινωνικών προβλημάτων, όμως η οικονομία, η υγεία, η παιδεία, το περιβάλλον, η ανεργία, τα αδιέξοδα των ανθρώπων είναι λόγοι που οδηγούν τους ανθρώπους στον αλκοολισμό. Από την άλλη η δυνατότητα πρόσβασης στο αλκοόλ είναι εύκολη διότι κάποιος μπορεί να το προμηθευτεί ακόμη και από περίπτερο. Επίσης, το αλκοόλ σε σχέση με τις άλλες παράνομες ουσίες δεν διώκεται ποινικά και είναι κοινωνικά αποδεκτό. Πολλοί νέοι μάλιστα κάνουν χρήση του, γιατί τους ασκείται πίεση από το κοινωνικό τους περιβάλλον, έχουν την ανάγκη ένταξης σε μια ομάδα. Ακόμη και τα ΜΜΕ συμβάλουν στην αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ είτε μέσω των διαφημίσεων που στόχο έχουν την αύξηση των πωλήσεων, είτε μέσω της προβολής προτύπων και της μιμητικής συμπεριφοράς. Η εργασία,

επίσης, είναι ένας παράγοντας που συμβάλει στην ώθηση κάποιου στον αλκοολισμό. Είτε είναι πολύ απαιτητική και ασκείται πίεση στους εργαζομένους (υψηλό στέλεχος σε εταιρεία), είτε είναι κάποια από τα επαγγέλματα που έχουν σχέση με το αλκοόλ (μπάρμαν), είτε μακροχρόνια απουσία από την οικογένεια (ναυτικοί). Θα μπορούσαμε ακόμη να προσθέσουμε τους πολιτισμικούς και τους βιολογικούς παράγοντες. Τέλος, καλό θα ήταν να τονίσουμε πρώτον ότι οι παραπάνω παράγοντες δεν οδηγούν αυτόματα στο αλκοολισμό αλλά αυξάνουν τις πιθανότητες και δεύτερον είναι σημαντικό να γνωρίσουμε ότι οι παράγοντες αυτοί δεν λειτουργούν ατομικά αλλά αλληλεξαρτώνται και αλληλεπιδρούν συνεχώς (Τσαρούχας, 2000).

Ψυχολογικές επιπτώσεις

Τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ έχουν πιο έντονα συμπτώματα (ανοχή, στερητικό σύνδρομο) από τα άτομα που κάνουν απλά κατάχρηση του αλκοόλ, χωρίς να είναι εξαρτημένα από αυτό. Όταν ένα άτομο που κάνει μακροχρόνια χρήση του αλκοόλ το στερηθεί απότομα μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη, αδυναμία, ανησυχία και δεν μπορεί να κοιμηθεί. Σε πιο σπάνιες περιπτώσεις, το άτομο μπορεί να εμφανίσει τρομώδες παραλήρημα, δηλαδή, να τρέμει και να έχει ψευδαισθήσεις μερικές φορές οπτικές και άλλες απτικές (Kring et.al., 2010).

Σωματικές επιπτώσεις

Το αλκοόλ δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην υγεία και επηρεάζει πολλά όργανα του ανθρώπινου οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα, επηρεάζει τις κυψέλες του εγκεφάλου και προκαλεί ζαλάδες, θολή σκέψη, τρίκλισμα και μπέρδεμα στην ομιλία. Επίσης, επηρεάζεται το νευρικό σύστημα και είναι δύσκολο για τους μυς των ματιών να λειτουργήσουν σωστά. Δύο ακόμα όργανα που επηρεάζονται από το αλκοόλ είναι το στόμα και ο λάρυγγας. Αυτό συμβαίνει γιατί η πέψη του αλκοόλ δεν γίνεται όπως σε όλα τα υγρά. Σε αυτή την περίπτωση, η απορρόφηση ξεκινάει από το στόμα και το λάρυγγα με αποτέλεσμα να προκαλεί πονόλαιμους και έλκος. Η δουλειά της καρδιάς αυξάνεται και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τις αρρυθμίες. Στο συκώτι μπορεί να δημιουργηθεί μεγάλη βλάβη καθώς η μεγάλη ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει κάποιος περνά από εκεί. Το αλκοόλ ερεθίζει και το πεπτικό σύστημα, δηλαδή το στομάχι, δημιουργώντας εμετούς και πονόκοιλους που προκαλούν έλκος. Επιπλέον, με την κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να σταματήσει η λειτουργία των νεφρών καθώς επίσης, διευρύνονται και τα αιμοφόρα αγγεία με άμεσο αποτέλεσμα πονοκεφάλους και υποθερμία. Τέλος, το αλκοόλ μειώνει τη δυνατότητα του σώματος να παράγει αίμα και προκαλεί αδυναμία των μυών με αποτέλεσμα το τρέκλισμα και την επιρρέπεια στα πεσίματα (Τσαρούχας, 2000).

Νομικό πλαίσιο

Το αλκοόλ είναι νόμιμο και διατίθεται ελεύθερα στο κοινό. Τα τελευταία χρόνια, έχουν γίνει προσπάθειες περιορισμού με την απαγόρευση -σε μερικές χώρες- διαφημίσεων του, με την μεγάλη φορολογία και με την απαγόρευση κατανάλωσης αλκοόλ από άτομα κάτω των 18 (Χαραλαμπίδης, 2003).

Στην Ελλάδα βέβαια δεν έχουν απαγορευτεί οι διαφημίσεις, όμως με προεδρικό διάταγμα από το 1994 έχει απαγορευτεί η είσοδος νέων σε κλαμπ και η κατανάλωση αλκοόλ αν δεν συνοδεύονται από γονέα ή κηδεμόνα. Επίσης, απαγορεύεται η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ και διώκεται ποινικά (Χαραλαμπίδης, 2003).

Α.1.2 Τυχερά παιχνίδια

Η ενασχόληση των ανθρώπων με τα τυχερά παιχνίδια είναι ένα πανανθρώπινο φαινόμενο που συναντάται από πάρα πολύ παλιά σε όλους τους πολιτισμούς, με μικρές εξαιρέσεις ορισμένες κοινωνίες ιθαγενών της Αμερικής και της Αυστραλίας. Στην αρχαία Ελλάδα οι όροι τύχη και μοίρα ήταν θεσπισμένοι, ενώ ο κλήρος συχνά αποφάσιζε για θέματα όπως η κατανομή της γης, η περιουσία, κλπ. Σε πολλά αγγεία και τοίχους που έχουν βρεθεί αποτυπώνονται εικόνες από τυχερά παιχνίδια. Οι Μινωίτες Κρήτες είχαν ένα παιχνίδι με πλακάκια αντίστοιχο με το σημερινό πόκερ και οι Αθηναίοι ήταν παθιασμένοι παίχτες ζαριών. Παιχνίδια με χαρτιά εμφανίστηκαν στην Κίνα τον 12ο αιώνα και στην Ευρώπη τον 14ο ενώ η ρουλέτα και άλλα παιχνίδια εμφανίστηκαν πολύ αργότερα (Οικονόμου, 2016).

Στη σύγχρονη εποχή τα τυχερά παιχνίδια σχετίζονται με τον ελεύθερο χρόνο, την καλοπέραση και την παρέα. Η πιθανότητα κέρδους, τα χρώματα, οι ήχοι και η απομόνωση από το εξωτερικό περιβάλλον συντελούν μια μοναδική εμπειρία παιχνιδιού. Συνήθως, η σωματική διέγερση που επέρχεται από την παραπάνω διαδικασία σε συνδυασμό με την πιθανότητα κέρδους είναι οι λόγοι που προσελκύουν κάποιον στα τυχερά παιχνίδια. Τέλος, αυτοί οι παράγοντες δεν δείχνουν να επηρεάζονται από την έκβαση του παιχνιδιού (Οικονόμου, 2016).

Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι στη διάρκεια της ζωής τους έχουν παίξει κάποιο τυχερό παιχνίδι. Παρ' όλο που ο σκοπός των περισσότερων παικτών είναι η διασκέδαση κάποιοι χάνουν τον έλεγχο, με αποτέλεσμα να αποκτούν σοβαρά ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Η αναζήτηση ενός όρου ο οποίος δεν θα έχει στιγματιστικό ύφος έχει απασχολήσει πολύ τους επιστήμονες. Στην ελληνική έκδοση του τέταρτου DSM IV-TR χρησιμοποιήθηκε ο όρος παθολογική χαρτοπαιξία (ορολογία που περιλαμβάνει όλα τα τυχερά παιχνίδια). Άλλος ένας όρος που χρησιμοποιήθηκε είναι ο όρος προβληματικός τζόγος ή αλλιώς προβληματική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει την επαγγελματική, οικονομική και διαπροσωπική λειτουργικότητα που επηρεάζεται από τα τυχερά παιχνίδια (Οικονόμου, 2016).

Τα τυχερά παιχνίδια διαχωρίζονται από άλλες δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου κυρίως γιατί ενέχουν κίνδυνους όπως η έκβαση του παιχνιδιού και η τοποθέτηση χρημάτων ή αντικειμένων με σκοπό το κέρδος. Η αναζήτηση ενός κοινά αποδεκτού όρου απασχολεί πολύ τους ειδικούς. Ο πλέον δόκιμος ελληνικός όρος που θα αποτύπωνε με σαφήνεια τον αγγλικό «gambling» είναι ο «τζόγος». Ωστόσο αυτή η λέξη έχει αρνητική φόρτιση που αναπαράγει την προκατάληψη και τον στιγματισμό, γι' αυτό στην Ελληνική έκδοση του τέταρτου διαγνωστικού στατιστικού εγχειριδίου για τις ψυχικές διαταραχές (DSM IV-TR) 13 χρησιμοποιήθηκε ο όρος «παθολογική χαρτοπαιξία». Άλλος όρος που χρησιμοποιείται είναι ο προβληματικός τζόγος ή αλλιώς προβληματική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τη συμμετοχή στα τυχερά παιχνίδια με τρόπο που επηρεάζει την επαγγελματική, την διαπροσωπική και την οικονομική λειτουργικότητα του ατόμου. Στη βαρύτερή του μορφή, αποτελεί την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια η οποία έχει σοβαρές λειτουργικές επιπτώσεις στον ασθενή και είναι υπό θεραπεία (Οικονόμου, 2016).

Η αιτιολογία της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια δεν είναι απολύτως κατανοητή και γι' αυτό τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία για την κατανόησή της. Μέσα από μελέτες έχουμε καταλήξει στην δημιουργία τριών κατηγοριών που είναι η παρορμητικότητα, ο ψυχαναγκασμός και η εθιστική συμπεριφορά (Οικονόμου, 2016).

Όσον αφορά την παρορμητικότητα, ο εξαρτημένος δεν βρίσκει κανένα ενδιαφέρον πλέον στα καθημερινά πράγματα και στις καταστάσεις που υπάρχουν στη ζωή του και έτσι αναζητά τον συναισθηματικό ερεθισμό στην ενασχόληση με το τζόγο. Σχετικά με τον ψυχαναγκασμό ο εξαρτημένος παίζει ακατάπαυστα γιατί πιστεύει πως κάποια στιγμή «θα γυρίσει η τύχη του» και θα πάρει πίσω τα χρήματά του. Ο ψυχαναγκαστικός αυτός φόβος δημιουργεί την ψευδαίσθηση που κατατρώει το μυαλό του και έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος «θα ποντάρω μέχρι να κερδίσω, γιατί αλλιώς θα χάσω το ποντάρισμά μου» (Οικονόμου, 2016). Τέλος, αναφορικά με την εθιστική συμπεριφορά «ο σωματικός εθισμός σχετίζεται με τη συναισθηματική ένταση την οποία εγκεφαλικά βιώνει το άτομο κατά την νευροδιαβίβαση, την ώρα που «παίρνει» το αποτέλεσμα του στοιχήματος». Η ένταση αυτής της απόλαυσης βιώνεται στο μέγιστο εκείνη τη στιγμή και εναλλάσσεται με συναισθήματα και σκέψεις που σχετίζονται με την επιτυχία του κέρδους ή με την απογοήτευση της ατυχίας και της αποτυχίας του στοιχήματος (Οικονόμου, 2016).

Εκτός από το κοινωνικό-ψυχολογικό πλαίσιο έμφαση δίνεται και στο βιολογικό υπόβαθρο. Έρευνες που έχουν γίνει σε οικογένειες έχουν δείξει ότι παιδιά τζογαδόρων είναι πιο εύκολο να εθιστούν απ' ότι άτομα του γενικού πληθυσμού. Επίσης, σύγχρονες έρευνες που έχουν γίνει σε δίδυμα αναδεικνύουν την ύπαρξη κοινής γενετικής και περιβαλλοντικής ευαλώτητας, όμοιας με εκείνη που συναντάται στο αλκοόλ (Οικονόμου, 2016).

Α.1.3 Διαδίκτυο

Ακαδημαϊκοί έχουν παρατηρήσει ότι η υπερβολική χρήση του διαδικτύου μπορεί να είναι παθολογική και εθιστική και ότι υπάγεται σε αυτό που γενικότερα λέγεται «τεχνολογικός εθισμός». «Οι τεχνολογικοί εθισμοί ορίζονται ως μη χημικοί ή συμπεριφορικοί εθισμοί που συμπεριλαμβάνουν την αλληλεπίδραση ανθρώπου-μηχανής. Μπορεί να είναι είτε παθητικοί είτε ενεργητικοί και συνήθως περιέχουν χαρακτηριστικά παρακίνησης και ενίσχυσης, τα οποία μπορεί να συμβάλουν στην ενθάρρυνση εθιστικών τάσεων» (Σφακιανάκης, Σιώμος, Φλώρος, 2012).

Όλα αυτά τα χρόνια οι ειδικοί έχουν προσπαθήσει να δώσουν ένα σαφή ορισμό που να περιγράφει την υπερβολική χρήση ή την κατάχρηση του διαδικτύου. Για την έννοια του εθισμού από το διαδίκτυο συναντώνται έως και έξι διαφορετικοί όροι όπως, «Internet Addiction Disorder» (Διαταραχή Εθισμού στο Διαδίκτυο), «Pathological Internet Use» (Παθολογική Χρήση του Διαδικτύου), «Problematic Internet Use» (Προβληματική Χρήση του Διαδικτύου), «Excessive Internet Use» (Υπερβολική Χρήση του Διαδικτύου) και «Complusive Internet Use» (Καταναγκαστική Χρήση του Διαδικτύου) (Σφακιανάκης και συν., 2012).

Η Young από την αρχή υποστήριξε πως ο «εθισμός στο διαδίκτυο» είναι ένας πολύ ευρύς όρος, ο οποίος καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα συμπεριφορών. Γι' αυτό και επινόησε πέντε κατηγορίες:

- Εθισμός στο διαδικτυακό σεξ: έχει να κάνει με την καταναγκαστική χρήση ιστοσελίδων που απευθύνονται σε ενηλίκους και διαδικτυακό πορνογραφικό υλικό.
- Εθισμός στις διαδικτυακές σχέσεις: έχει να κάνει με την υπερβολική ανάμειξη σε διαδικτυακές διαπροσωπικές σχέσεις.
- Καθαροί καταναγκασμοί: έχει να κάνει με την εμμονή στο τζόγο, στις αγορές και στις συναλλαγές της ημέρας.
- Υπερβολική αναζήτηση πληροφοριών: καταναγκαστική περιήγηση στο διαδίκτυο ή καταναγκαστικές αναζητήσεις σε βάσεις δεδομένων.
- Εθισμός στους ηλεκτρονικούς υπολογιστές: έχει να κάνει με την εμμονή στα ηλεκτρονικά παιχνίδια (Σφακιανάκης και συν., 2012).

Παρά τον αριθμό των ερευνών που διεξάγονται στο πεδίο αυτό, ελάχιστοι είναι οι ερευνητές που έχουν προσπαθήσει να προτείνουν μια θεωρία για τα αίτια του εθισμού στο Διαδίκτυο. Σύμφωνα με τον Davis, «η παθολογική χρήση του διαδικτύου προέκυπτε από προβληματικά γνωστικά σχήματα σε συνδυασμό με συμπεριφορές που εντείνουν ή διατηρούν τη δυσπροσάρμοστη αντίδραση». Επίσης, το κοινωνικό πλαίσιο των ατόμων, δηλαδή η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Σφακιανάκης και συν., 2012).

Ένας ακόμη ειδικός που προσπάθησε να δώσει αιτιολογία στο φαινόμενο αυτό είναι ο Caplan, του οποίου η θεωρία είχε τρεις βασικές προτάσεις:

- Άτομα με ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη και μοναξιά, έχουν πιο αρνητικές αντιλήψεις για την κοινωνική τους επάρκεια από ότι οι άλλοι.
- Θα προτιμούσαν αλληλεπιδράσεις μέσω το ηλεκτρονικού υπολογιστή παρά πρόσωπο με πρόσωπο, γιατί αυτές τις βρίσκουν πιο απειλητικές για τους ίδιους και θεωρούν τους εαυτούς τους πιο αποτελεσματικούς σε ένα διαδικτυακό περιβάλλον.
- Αυτή η προτίμηση αργότερα θα οδηγούσε σε καταναγκαστική και υπερβολική χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή, η οποία στη συνέχεια θα δημιουργούσε προβλήματα στη δουλειά, στο σπίτι, στο σχολείο, κα. (Σφακιανάκης και συν., 2012).

Με αυτόν τον τρόπο ο Caplan κατέληξε σε δύο αναπάντεχα αποτελέσματα. Πρώτον, ότι η μοναξιά ήταν πολύ σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη προβληματικής χρήσης του διαδικτύου σε σύγκριση με την κατάθλιψη, και δεύτερον, διαπιστώθηκε ότι κάποιος μπορεί να χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για να νιώσει καλύτερα, παίζοντας παιχνίδια, διαβάζοντας ειδήσεις, κα., χωρίς αυτό να έχει επίδραση στις αρνητικές συνέπειες (Σφακιανάκης και συν., 2012).

Α.2 Παράνομες Μορφές Εξάρτησης

Σε αυτό το σημείο ας περάσουμε στην ανασκόπηση των παραπάνω ξεκινώντας από τις παράνομες μορφές εξάρτησης.

Α.2.1 Μαριχουάνα

Αρχικά η Μαριχουάνα αποτελείται από τα ξερά και τριμμένα φύλλα και τους ανθισμένους μίσχους του φυτού Κάνναβη. Η πιο διαδεδομένη χρήση της είναι το κάπνισμα αλλά μπορεί κανείς να την φάει μέσα στο ψωμί ή στο γλυκό του, ή να την πιει σε αφέψημα. Το χασίς, μπορεί να προέρχεται από το ίδιο φυτό με τη μαριχουάνα αλλά είναι πολύ πιο ισχυρό. Παράγεται από την αφαίρεση και αποξήρανση του εκχυλίσματος ρητίνης που βγαίνει από τους μίσχους των φυτών της κάνναβης (Kring, Davison, Neale, Johnson, 2010).

Η κάνναβη άρχισε να καλλιεργείται στις Ηνωμένες πολιτείες, αρχικά όχι για κάπνισμα, αλλά για τις ίνες της, οι οποίες χρησιμοποιούνταν στην παραγωγή ενδυμάτων και σχοινιών. Το δέκατο ένατο αιώνα έγιναν γνωστές οι θεραπευτικές ιδιότητές της και έτσι πολλές φαρμακευτικές εταιρείες άρχισαν να την προωθούν για τους ρευματισμούς, την ποδάγρα, την κατάθλιψη, την χολέρα και τις νευραλγίες. Μέχρι το 1920 στην Αμερική λίγοι ήταν αυτοί που την χρησιμοποιούσαν για ψυχαγωγία. Μετά όμως από την ποτοαπαγόρευση με το εδάφιο της Δέκατης όγδοης τροπολογίας του Αμερικανικού Συντάγματος, κάποιοι άρχισαν να καπνίζουν μαριχουάνα που ερχόταν από το Μεξικό. Το 1937 όμως, μετά από αναφορές στον

τύπο για εγκληματικές ενέργειες υπό την επήρεια μαριχουάνας θεσπίστηκε ομοσπονδιακός νόμος που απαγόρευε την πώλησή της (Kring et.al., 2010).

Όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες ουσίες, η χρήση της μαριχουάνας ενέχει κίνδυνους. Γενικά όσα περισσότερα γνωρίζεις για μια ουσία, τόσο λιγότερο καλοήθης αποδεικνύεται. Εδώ και πολλά χρόνια υπάρχει μια θεωρία που θέλει τη μαριχουάνα να αποτελεί «πρώτο σκαλοπάτι». Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία η ουσία αυτή δεν είναι απλώς επικίνδυνη αλλά αποτελεί και το πρώτο βήμα των νέων στον εθισμό σε άλλες ουσίες, όπως είναι η ηρωίνη. Παρ' όλα αυτά έρευνες έχουν αποδείξει ότι η μαριχουάνα δεν είναι τέτοια ουσία καθώς το 40 τις εκατό αυτών που κάνουν βαριά χρήση μαριχουάνας δεν περνά στο επόμενο στάδιο που είναι η χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης (Kring et.al., 2010).

Ψυχολογικές επιπτώσεις

Η ψυχοδραστική δράση της μαριχουάνας εξαρτάται από την δραστικότητα και το μέγεθος της δόσης. Αυτοί που την καπνίζουν αναφέρουν ότι νιώθουν μια χαλάρωση και ότι γίνονται πιο κοινωνικοί. Έχει αναφερθεί ότι μεγάλες δόσεις προκαλούν γρήγορες μεταβολές στο συναίσθημα, κάνουν δύσκολη τη συγκέντρωση, μειώνουν τον ειρμό της σκέψης, εξασθενούν τη μνήμη και δίνουν την αίσθηση ότι ο χρόνος κινείται πιο αργά. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι οι μεγάλες δόσεις μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα παρόμοιες με εκείνες του LSD, όπως είναι ο πανικός και οι ψευδαισθήσεις. Η δόση της μαριχουάνας όμως είναι δύσκολο να ρυθμιστεί καθώς μπορεί για κάποιον να χρειαστεί ως και μισή ώρα μετά το κάπνισμα για να δράσει (Kring et.al., 2010).

Εργαστηριακές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η μαριχουάνα επηρεάζει αρνητικά γνωστικές λειτουργίες. Το 1960 μέσα από μια σειρά δοκιμασιών όπως είναι η αντικατάσταση συμβόλων με αριθμούς, οι δοκιμασίες του χρόνου αντίδρασης, η ευθεία και η αντίστροφη επανάληψη σειράς ψηφίων, οι αριθμητικοί υπολογισμοί, η κατανόηση της ανάγνωσης και οι δοκιμασίες του λόγου, έδειξαν ότι τα άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια μαριχουάνας παρουσιάζουν μείωση στις νοητικές τους λειτουργίες. Τέλος, ιδιαίτερη σημασία έχουν τα ευρήματα που δείχνουν ότι υπάρχει απώλεια βραχύχρονης μνήμης (Kring et.al., 2010).

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει, επίσης, ότι η μαστούρα που προκαλείται στο άτομο από τη μαριχουάνα, επηρεάζει αρνητικά τις σύνθετες ψυχοκοινωνικές δεξιότητες που απαιτούνται για την οδήγηση. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι η μαριχουάνα προκαλεί μείωση στην ικανότητα χειρισμού των προσομοιωτών πλοήγησης αεροπλάνου. Μετά το κάπνισμα ενός ή δυο τσιγάρων που περιέχουν δύο τις εκατό THC το άτομο βρίσκεται υπό την επήρειά του μέχρι και για οκτώ ώρες μετά, πράγμα που σημαίνει ότι η επίδοσή του στην οδήγηση θα είναι μειωμένη και αυτό ενέχει πολλούς κίνδυνους (Kring et.al., 2010).

Τέλος, κατά πόσο επηρεάζει η χρόνια χρήση τις νοητικές λειτουργίες του ατόμου ακόμα και όταν δεν κάνει χρήση δεν το γνωρίζουμε ακόμα. Τα σύγχρονα εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι οι χρόνιοι

χρήστες παρουσιάζουν προβλήματα μάθησης και μνήμης, όμως δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι αυτό συνεχίζεται και μετά την διακοπή της χρήσης (Kring et.al., 2010).

Σωματικές επιπτώσεις

Ανάλογα με τη χρήση της μαριχουάνας που κάνει κανείς, μακροχρόνια ή βραχύχρονη, καθημερινή ή σποραδική, καλή ή κακή, έχει και τις ανάλογες σωματικές επιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα η βραχύχρονη χρήση μαριχουάνας προκαλεί ερυθρότητα και κνησμό στα μάτια, ξηρότητα στο στόμα και στο λαιμό, μειωμένη οφθαλμική πίεση καθώς και αυξημένη όρεξη και αρτηριακή πίεση (Kring et.al., 2010).

Επίσης, προκαλεί προβλήματα στην καρδιά. Σύμφωνα με έρευνες όμως στα άτομα στα οποία προκαλεί πρόβλημα έχουν ήδη κάποιες ανωμαλίες στην καρδιακή λειτουργία και όχι μια υγιή καρδιά. Αυτό συμβαίνει γιατί αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό, μερικές φορές, πάρα πολύ. Όπως αναφέρει το Εθνικό Ινστιτούτο για την κατάχρηση ναρκωτικών, το συγκεκριμένο θέμα μπορεί να αφορά τους τωρινούς χρήστες καθώς μεγαλώνουν. Οι σχετικά υγιείς τριαντάρηδες χρήστες μαριχουάνας του σήμερα, είναι οι πενηντάρηδες του αύριο, οι οποίοι αν εξακολουθούν να κάνουν χρήση μέχρι τότε, η καρδιά τους θα είναι πιο ευάλωτη στη δράση της (Kring et.al., 2010).

Είναι γνωστό πως η μακροχρόνια χρήση της μαριχουάνας προκαλεί σοβαρά προβλήματα στη δομή και στη λειτουργία των πνευμόνων. Αν και ένας χρήστης μαριχουάνας καπνίζει λιγότερα τσιγάρα από έναν καπνιστή, οι περισσότεροι εισπνέουν τον καπνό της μαριχουάνας πιο βαθιά και τον κρατάνε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Αν αναλογιστούμε τον αριθμό των τσιγάρων μαριχουάνας και κανονικών που κάνει κάποιος, και τις συνέπειες που έχουν σε αυτόν, το κάπνισμα της μαριχουάνας είναι πολύ πιο επικίνδυνο και βλαβερό. Για παράδειγμα ένα τσιγάρο μαριχουάνας που καπνίζεται με το συνηθισμένο τρόπο αντιστοιχεί σε τέσσερα ως προς την πρόσληψη πίσσας, σε πέντε απλά τσιγάρα ως προς την πρόληψη μονοξειδίου του άνθρακα και σε δέκα όσον αφορά τη βλάβη που προκαλεί στα κύτταρα που καλύπτουν τις αεροφόρους οδούς (Kring et.al., 2010).

Εδώ δημιουργείται το ερώτημα αν η μαριχουάνα επιδρά στον εγκέφαλο και με πιο τρόπο γίνεται αυτό. Ερευνητές ανακάλυψαν ότι στον εγκέφαλο υπάρχουν δύο υποδοχείς κανναβιδοειδών, οι οποίοι ονομάζονται CB1 και CB2. Οι υποδοχείς CB1 εντοπίζονται σε όλο το σώμα και τον εγκέφαλο, ενώ πολλοί υπάρχουν στον ιππόκαμπο[1]. Επιπλέον, σε μια έρευνα όπου χρησιμοποιήθηκε τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων βρέθηκε ότι το κάπνισμα μαριχουάνας συνδέεται με αυξημένη ροή του αίματος στις περιοχές του εγκεφάλου που συνδέονται με τα συναισθήματα. Από την άλλη παρατηρήθηκε μειωμένη ροή σε περιοχές των κροταφικών λοβών που σχετίζονται με την προσοχή σε ακουστικά ερεθίσματα. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να βοηθήσουν στην κατανόηση ορισμένων από τις ψυχολογικές επιπτώσεις που σχετίζονται

[1]Η περιοχή του εγκεφάλου που είναι σημαντική για τη μάθηση και τη μνήμη.

με την χρήση της μαριχουάνας, όπως είναι οι μεταβολές στο συναίσθημα και στην ικανότητα εστίασης της προσοχής (Kring et.al., 2010).

Α.2.2 Οπιοειδή

Μετά τις αρχές του 20ου αιώνα υπήρχε ανοχή και αποδοκιμασία για τον εθισμό στα ναρκωτικά, στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ένα θέμα που ανησύχησε τις αρχές εκείνη την περίοδο ήταν τα οπιοειδή. Το 1909 ο πρόεδρος Theodore Roosevelt ζήτησε από την διεθνή κοινότητα να διερευνήσει το όποιο και τα υπόλοιπα οπιοειδή και το 1914 ο Harrison εξέδωσε μια νομοθετική πράξη για τα ναρκωτικά, η οποία όριζε ότι όποιος έκανε χρήση ουσιών χωρίς άδεια ήταν παράνομη και τα άτομα που ήταν εθισμένα στις ουσίες αυτές ήταν εγκληματίες (Kring et.al., 2010).

Τα οπιοειδή εντάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των κατασταλτικών και περιλαμβάνουν το όπιο και τα παράγωγά του, όπως είναι η μορφίνη, η ηρωίνη και η διαζεπάμη. Είναι μια ομάδα εξαρτησιογόνων κατασταλτικών που σε μέτριες δόσεις ανακουφίζουν τον πόνο και προκαλούν υπνηλία. Η βασική ουσία είναι το όπιο, το οποίο ήταν γνωστό στον κόσμο των Σουμέριων και χρονολογείται το 7000π.Χ. Οι Σουμέριοι έδωσαν στην παπαρούνα το όνομα όπιο το οποίο σήμαινε «το φυτό της χαράς» (Kring et.al., 2010).

Το 1806 απομονώθηκε από το ακατέργαστο όπιο ένα αλκαλοειδές, η μορφίνη, η οποία πήρε το όνομά της από τον Μορφέα, τον αρχαίο Έλληνα θεό του ύπνου. Αυτή η σκόνη αποτελούσε πολύ ισχυρό κατασταλτικό και αναλγητικό. Πριν γίνουν γνωστές όμως οι εθιστικές της ιδιότητες χρησιμοποιούταν σε ιδιοσκευάσματα2. Στα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα στην Αμερική εισήχθη η υποδερμική βελόνα και άρχισαν να χρησιμοποιούν τη μορφίνη σε ενέσιμη μορφή και να εγχέεται κατευθείαν στις φλέβες, για να ανακουφίσει τον πόνο. Στη διάρκεια του Αμερικανικού Εμφυλίου Πολέμου η μορφίνη χρησιμοποιήθηκε θεραπευτικά σε πολλούς στρατιώτες που τραυματίστηκαν στη μάχη με αποτέλεσμα να εθιστούν σε αυτήν (Kring et.al., 2010).

Φοβούμενοι, λοιπόν, οι επιστήμονες ότι χορηγούν στους ασθενείς τους μια ουσία η οποία μπορεί να τους προκαλέσει σοβαρά προβλήματα άρχισαν να μελετούν την μορφίνη. Έτσι το 1874, ανακάλυψαν ότι από τη μορφίνη μπορεί να δημιουργηθεί μια άλλη πιο ισχυρή ουσία που ανακουφίζει τον πόνο, η ηρωίνη. Η ηρωίνη αρχικά χρησιμοποιήθηκε ως θεραπεία της μορφίνης και στη συνέχεια την αντικατέστησε σε αντιβηχικά σιρόπια και σε άλλα ίδιο κατασκευάσματα. Μέχρι να αποδειχτεί ότι η ηρωίνη ήταν πιο εθιστική και πιο ισχυρή από τη μορφίνη, της είχαν δώσει το όνομα «το φάρμακο του ίδιου του θεού» γιατί μπορούσε να αντιμετωπίσει πάρα πολλές ασθένειες. Στις μέρες μας οι περισσότεροι χρήστες λαμβάνουν την ηρωίνη

[2] φάρμακο προστατευόμενης ονομασίας που διατίθεται συσκευασμένο εκ των προτέρων σε ιδιαίτερη συσκευασία

με ένεση, αν και μπορούν ακόμη να την καπνίσουν, να την εισπνεύσουν ή και να την καταπιούν (Kring et.al., 2010).

Το όπιο *«ως ναρκωτικό που καπνίζεται προκαλεί πολύ γρήγορα την κλασική επίδραση των οπιούχων, την ευφορία και την καταπράυνση, καθώς οι αναθυμιάσεις του οπίου περνούν σχεδόν αμέσως τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Η τακτική χρήση του οπίου έχει την παρενέργεια της σωματικής και ψυχικής εξάρτησης»* (Χάιδου, 2016, σ.26).

Στα οπιούχα επίσης εντάσσεται και η κωδεΐνη. Είναι μια ουσία που παράχθηκε το 1832 ως αντίδοτο για την εξάρτηση από το όπιο καθώς και ως φάρμακο για τον βήχα και τους πόνους. Ο εθισμός και η τοξικομανία από την κωδεΐνη πραγματοποιείται σε μικρότερο βαθμό απ' ότι με τη μορφίνη. Τα συμπτώματα όμως που παρουσιάζει ο εξαρτημένος είναι τα ίδια με τη μορφίνη και το όπιο. Πέρα από τον εθισμό, μπορεί επίσης να προκαλέσει δυσκοιλιότητα και να επηρεάσει το καρδιαγγειακό και το αναπνευστικό σύστημα (Χάιδου, 2016).

Το 1973 κάνει την εμφάνισή του ένα νέο συνθετικό αναλγητικό ναρκωτικό, η μεθαδόνη. Γερμανοί επιστήμονες έψαχναν ένα χειρουργικό παυσίπονο το οποίο θα αντικαθιστούσε τη μορφίνη και θα το χορηγούσαν σε στρατιωτικό και αστικό πληθυσμό. Μετά από την χορήγηση σε στρατιωτικούς διαπίστωσαν ότι είναι εξαιρετικά εθιστική ουσία και την κατάργησαν (Χάιδου, 2016).

Σύντομα όμως χρησιμοποιήθηκε ως θεραπεία για τον εθισμό στην ηρωίνη. Όταν η μεθαδόνη χρησιμοποιείται στην κατάλληλη δοσολογία, εξαλείφει τα στερητικά συμπτώματα της ηρωίνης και των άλλων οπιοειδών και δημιουργεί μια ευφορική κατάσταση που μειώνει την επιθυμία για χρήση ηρωίνης. Επίσης, επαναφέρει στο φυσιολογικό πολλές λειτουργίες του οργανισμού που είχαν υποστεί βλάβες. Έτσι επανέρχεται η ψυχολογική και σωματική κατάσταση του ανθρώπου. Παρ' όλα αυτά η μεθαδόνη μπορεί να δημιουργήσει και πολλά προβλήματα στον άνθρωπο όπως, ξηροστομία, αϋπνία, τάση προς εμετό, ανικανότητα, ναυτία, μείωση του ρυθμού της αναπνοής, αρνητικές επιπτώσεις στη μνήμη καθώς και αισθήματα ανησυχίας και νευρικότητας (Χάιδου, 2016).

Ψυχολογικές επιπτώσεις

Τα οπιοειδή προκαλούν στο άτομο ευφορία, υπνηλία, ονειροπόληση και ενίοτε έλλειψη συντονισμού. Η ηρωίνη και το Oxy Contin[3] προκαλούν στο άτομο μια αίσθηση θερμής έκστασης μετά την ενδοφλέβια ένεση. Οι τυχόν φόβοι και οι ανησυχίες καταστέλλονται και για όσο είναι υπό την επήρεια, δηλαδή για τέσσερις με έξι ώρες, η αυτοπεποίθηση του ατόμου αυξάνεται. Παρ' όλα αυτά όμως ο χρήστης αμέσως μετά βιώνει έντονη κατάπτωση (Kring et.al., 2010).

«Τα οπιοειδή ασκούν την επίδρασή τους, διεγείροντας τους υποδοχείς του συστήματος των οπιοειδών του ίδιου του σώματος (το σώμα παράγει φυσικά οπιοειδή που ονομάζονται ενδορφίνες και εγκεφαλίνες). Η

[3]φάρμακο που περιέχει οξυκωδόνη

ηρωίνη, για παράδειγμα, μετατρέπεται στον εγκέφαλο σε μορφίνη και στη συνέχεια συνδέεται με τους υποδοχείς των οπιοειδών που βρίσκονται σε όλον τον εγκέφαλο» (Kring et.al., 2010, σελ.475). Έπειτα από έρευνες, επιστήμονες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ηδονή που προκαλούν τα οπιοειδή οφείλεται στη σύνδεση που υπάρχει μεταξύ των υποδοχών αυτών και του συστήματος της ντοπαμίνης. Από την άλλη, στοιχεία που υπάρχουν από έρευνες που έχουν γίνει σε ζώα έδειξαν ότι τα οπιοειδή προκαλούν ηδονή, λόγω της δράσης τους στην περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται επικλινής πυρήνας, πιθανώς ανεξάρτητα από το σύστημα της ντοπαμίνης (Kring et.al., 2010).

Σωματικές επιπτώσεις

Ο εθισμός που προκαλούν τα οπιοειδή είναι αναμφισβήτητος. Ο χρήστης με την πάροδο του χρόνου αναπτύσσει ανοχή και στη συνέχεια εκδηλώνει στερητικά συμπτώματα. Το στερητικό σύνδρομο από την ηρωίνη γίνεται φανερό μέσα στις επόμενες οκτώ από την τελευταία ένεση, ειδικά όταν το άτομο έχει αναπτύξει υψηλή ανοχή. Για κάποιες ώρες μετά την έναρξη του στερητικού συνδρόμου το άτομο εμφανίζει συμπτώματα όμοια με εκείνα της γρίπης. Αρχίζει να νιώθει μυϊκούς πόνους, να φτερνίζεται, να ιδρώνει, να χασμουριέται και να δακρύζει. Μέσα σε 36 ώρες τα συμπτώματα αυτά γίνονται πιο έντονα, καθώς το άτομο αρχίζει να εμφανίζει ανεξέλεγκτους μυϊκούς σπασμούς, αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, ρίγη που εναλλάσσονται με υπερβολική έξαψη και εφίδρωση. Επίσης, δεν μπορεί να κοιμηθεί, κάνει εμετούς και έχει διάρροιες. Τα συμπτώματα αυτά επιμένουν για τις επόμενες 72 ώρες και εξαφανίζονται σταδιακά μέσα σε πέντε με δέκα μέρες (Kring et.al., 2010).

Ένα επιπρόσθετο πρόβλημα που συνδέεται με την χρήση ουσιών μέσω ένεσης, είναι η έκθεση του ατόμου μέσα από την κοινή χρήση βελόνων, σε λοιμώδεις παράγοντες, όπως είναι ο ιός HIV. Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν με την δωρεάν διανομή συριγγών γιατί έτσι περιορίζεται το φαινόμενο της εξάπλωσης του ιού. Αντίθετα με τη λαϊκή γνώμη η οποία υποστηρίζει ότι με αυτό τον τρόπο ενισχύονται και αυξάνονται οι χρήστες. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι δεν συμβαίνει κάτι τέτοιο και γι' αυτό το λόγο ψηφίστηκε το 2004 στην Καλιφόρνια ένας νόμος που επιτρέπει στους φαρμακοποιούς να πουλούν ως και δέκα σύριγγες χωρίς ιατρική συνταγή (Kring et.al., 2010).

<u>Α.2.3 Διεργετικά</u>

Στην κατηγορία αυτή μπορούμε να κατατάξουμε πολλές φαρμακευτικές ουσίες, είτε φυτικής είτε συνθετικής προέλευσης (Κουτσελίνη, 2002). Τα διεγερτικά δρουν στον εγκέφαλο και στο νευρικό σύστημα, αυξάνοντας την εγρήγορση και την κινητική δραστηριότητα. Προέχουσα θέση λοιπόν κατέχουν, οι αμφεταμίνες, οι οποίες είναι συνθετικά διεγερτικά και η κοκαΐνη η οποία είναι φυσικό διεγερτικό που

εξάγεται από τα φύλλα της κόκας. Στα διεγερτικά θα ταξινομούσε κανείς και την καφεΐνη, λιγότερο επικίνδυνη περισσότερο διαδεδομένη (Kring et.al., 2010).

Α.2.4 Αμφεταμίνες

Η ιστορική αναδρομή των αμφεταμινών ξεκινάει από το 1920, όταν ο Ku Kei Chen ψάχνοντας θεραπεία για το άσθμα μελέτησε κάποιες αρχαίες κινέζικες περιγραφές φαρμακευτικών ουσιών. Έτσι βρήκε ότι τα φύλλα ενός κάκτου συστήνονταν πολύ συχνά ως θεραπεία. Μετά από συστημική προσπάθεια, ο Chen κατάφερε να απομονώσει από το φυτό αυτό ένα αλκαλοειδές, την εφεδρίνη, η οποία αποδείχτηκε πράγματι πολύ αποτελεσματική. Ωστόσο, το να βασίζεται κανείς στο θάμνο για τη λήψη της ουσίας δεν θεωρήθηκε και πολύ αποτελεσματικό, γι' αυτό ξεκίνησαν προσπάθειες να αναπτυχθεί κάποιο συνθετικό υποκατάστατο. Αποτέλεσμα αυτών των ενεργειών ήταν οι αμφεταμίνες (Kring et.al., 2010).

Η πρώτη αμφεταμίνη ήταν η βενζεδρίνη και χρονολογείται στο 1927. Έπειτα από αυτήν κυκλοφόρησαν κι άλλες αμφεταμίνες. Μόλις κυκλοφόρησε στο εμπόριο η βενζεδρίνη ως εισπνεόμενο φάρμακο, το 1930, το κοινό ανακάλυψε την διεγερτική της δράση και οι γιατροί την χορηγούσαν σε άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη ή είχαν αυξημένη όρεξη για φαγητό (Kring et.al., 2010).

Ψυχολογικές επιπτώσεις

«Αμφεταμίνες όπως η βενζεδρίνη, η δεξεδρίνη και η μεθεφρίνη επιδρούν μέσω της απελευθέρωσης νορεπινερφίνης και ντοπαμίνης και αποκλείοντας την επαναπρόσληψή τους» (Kring et.al., 2010, σελ.478). Οι αμφεταμίνες λαμβάνονται από το στόμα είτε ενδοφλέβια και μπορούν να προκαλέσουν εθισμό. Οι ουσίες αυτές αυξάνουν την επαγρύπνηση και προκαλούν εγρήγορση, ευφορία και κινητικότητα. Επίσης, το άτομο διακατέχεται από απεριόριστη ενέργεια και αυτοπεποίθηση, αναστέλλονται οι εντερικές λειτουργίες και μειώνεται η όρεξη για τροφή. Ο καρδιακός παλμός επιταχύνεται και τα αιμοφόρα αγγεία που υπάρχουν στο δέρμα και στις βλεννώδεις μεμβράνες συστέλλονται. Η χρήση αμφεταμινών σε μεγαλύτερες δόσεις μπορούν να προκαλέσουν στο άτομο νευρικότητα, ταραχή και σύγχυση. Επιπλέον, τα συμπτώματα που προκαλούνται από την χρήση των ουσιών αυτών είναι οι ταχυπαλμίες, οι πονοκέφαλοι, η ζάλη και η αϋπνία. Όταν κανείς καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αμφεταμινών για μεγάλο διάστημα μπορεί να γίνει καχύποπτος και εχθρικός σε επικίνδυνο βαθμό για τους άλλους. Τέλος, μπορεί να εμφανίσει μια κατάσταση παρόμοια με εκείνη της σχιζοφρένειας παρανοϊκού τύπου (Kring et.al., 2010).

Σωματικές επιπτώσεις

Η ανοχή στις αμφεταμίνες αναπτύσσεται πάρα πολύ εύκολα, με αποτέλεσμα το άτομο να χρειάζεται όλο και μεγαλύτερες ποσότητες για να προκληθεί διέγερση. Έρευνες έχουν δείξει ότι χρειάζεται μόνο έξι μέρες συνεχούς χρήσης για να παρουσιάσει το άτομο ανοχή. Καθώς αυτή αυξάνεται οι χρήστες σταματούν τη λήψη χαπιών και αρχίζουν την ενδοφλέβια λήψη μεθεδρίνης, η οποία είναι πιο ισχυρή από τις αμφεταμίνες. Ο χρήστης μπορεί να κάνει συνεχόμενη χρήση της ουσίας και για μερικές μέρες να διατηρείται σε εγρήγορση, να μην κοιμάται και να μην τρώει. Έπειτα, ο οργανισμός του κουράζεται και νιώθει κατάθλιψη, τότε πέφτει για ύπνο, ο οποίος μπορεί να διαρκέσει μέρες. Αυτός ο κύκλος επαναλαμβάνεται αρκετές φορές και τότε η σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου επιδεινώνεται σημαντικά. Ο χρήστης αποκτά ασταθή και εχθρική συμπεριφορά, πράγμα που τον καθιστά επικίνδυνο για τον ίδιο και τους γύρω του (Kring et.al., 2010).

Α.2.5 Μεθαμφεταμίνη

Στη δεκαετία του 1990 αυξήθηκε ραγδαία ένα παράγωγο της αμφεταμίνης, η μεθαμφεταμίνη. Σύμφωνα με έρευνες 4,7 εκατομμύρια, στην Αμερική, έχουν δοκιμάσει έστω και μια φορά στη ζωή τους μεθαμφεταμίνη. Επίσης, σε διάστημα τριών χρόνων, από το 1991 μέχρι και το 1994, οι θάνατοι που σχετίζονταν με την μεθαμφεταμίνη σχεδόν τριπλασιάστηκαν. Οι εισαγωγές στα νοσοκομεία αυξήθηκαν δραματικά, από το 1992 έως το 1993 το 43 τοις εκατό και από το 1994 έως το 1995 το 35 τοις εκατό εισαγωγών στα κέντρα απεξάρτησης αφορούσε την κατάχρηση μεθαμφεταμίνης (Kring et.al., 2010).

Η κατάχρηση μεθαμφεταμίνης είναι συχνότερη στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες. Αν και με τις υπόλοιπες αμφεταμίνες δεν παρατηρούμε ιδιαίτερη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα. Στους εφήβους ωστόσο παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση της κατάχρησης από το 1992 και μετά, που σχεδόν διπλασιάστηκε (Kring et.al., 2010).

Η χρήση της μεθαμφεταμίνης μπορεί να γίνει από το στόμα ή ενδοφλέβια, όπως επίσης και με την αναπνοή. Όταν η ουσία βρίσκεται σε καθαρή κρυσταλλική μορφή ονομάζεται «κρύσταλλο» ή «πάγος». Η επιθυμία για χρήση της είναι εξαιρετικά ισχυρή και μπορεί να διαρκέσει για χρόνια. Αυτό την καθιστά αξιόπιστο προβλεπτικό παράγοντα μελλοντικής χρήσης (Kring et.al., 2010).

Ψυχολογικές επιπτώσεις

Έρευνες που έχουν γίνει σε ζώα έχουν δείξει ότι η χρόνια χρήση μεθαμφεταμίνης προκαλεί βλάβες στον εγκέφαλο επηρεάζοντας το σύστημα της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι χρόνιοι χρήστες είχαν ιππόκαμπο με μικρότερο όγκο και αυτό σχετιζόταν με χαμηλότερη επίδοση σε μια διαδικασία μνήμης. Μια άλλη έρευνα, η οποία βασιζόταν σε χρήστες οι οποίοι ήταν καθαροί για διάστημα έντεκα μηνών, παρουσίαζαν σημαντική μείωση σε ένα γονίδιο μεταφοράς της ντοπαμίνης (Kring et.al., 2010).

Σωματικές επιπτώσεις

Άτομα που κάνουν χρόνια χρήση μεθαμφεταμίνης παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα κινητικότητας. Έρευνες έδειξαν ότι η μείωση στην επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης ήταν παρόμοια με εκείνη που συναντά κανείς στα λιγότερο σοβαρά στάδια της νόσου του Parkinson. Οι χρήστες είχαν επιπλέον πιο αργή επίδοση σε αρκετές κινητικές δοκιμασίες από την ομάδα σύγκρισης, πράγμα που συναντάται και σε ασθενείς με νόσο Parkinson (Kring et.al., 2010).

Α.2.6 Κοκαΐνη

Η χρήση της κοκαΐνης χρονολογείται από πολύ παλιά. Οι κάτοικοι της οροσειράς των Άνδεων, όπου φυτρώνει ο θάμνος της κόκας, άρχισαν να μασούν τα φύλλα της. Οι ευρωπαίοι επέλεξαν να βάζουν την κόκα μέσα στα ροφήματά τους και στα τέλη του δέκατου ένατου αιώνα απομονώθηκε από το φυτό της κόκας το αλκαλοειδές κοκαΐνη, το οποίο χρησιμοποιούταν για τοπικό αναισθητικό. Το 1884 ο Freud άρχισε να χρησιμοποιεί την κοκαΐνη για να θεραπεύσει την κατάθλιψή του. Ενθουσιασμένος με τα αποτελέσματα της ουσίας την πρότεινε σε ένα φίλο του γιατρό ο οποίος έπασχε από μια επώδυνη ασθένεια. Έτσι ο Freud έγραψε το πρώτο άρθρο για αυτή την ουσία, το οποίο λεγόταν «Ύμνος». Στην συνέχεια όμως έχασε το ενδιαφέρον του για την ουσία αυτή, όταν ο φίλος του πέρασε ένα ψυχωτικό επεισόδιο λόγω της ουσίας (Kring et.al., 2010).

Η λήψη της κοκαΐνης μπορεί να γίνει με κάπνισμα σε πίπες ή τσιγάρα, με εισπνοή, με ενδοφλέβια, ακόμα και με κατάποση. Στη δεκαετία του 1970 οι χρήστες άρχισαν να θερμαίνουν την κοκαΐνη με αιθέρα, πράγμα που απομονώνει τη δραστική της ουσία. Όταν η κοκαΐνη καθαρίζεται με αυτή τη διαδικασία, η δραστική της ουσία είναι πιο δραστική γιατί απορροφάται πάρα πολύ γρήγορα. Οι χρήστες λαμβάνουν την καθαρή κοκαΐνη μέσα από ναργιλέ ή στρίβοντας τσιγάρα. Με αυτό τον τόπο η ουσία πάει στους πνεύμονες

και από εκεί περνάει στον εγκέφαλο όπου προκαλεί ένα «ανέβασμα» το οποίο διαρκεί για δύο λεπτά. Έπειτα, το άτομο βιώνει έντονη ανησυχία και δυσφορία (Kring et.al., 2010).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 έκανε την εμφάνισή της μια νέα μορφή της κοκαΐνης που ονομάστηκε «κρακ». Το κρακ το βρίσκει κανείς σε κρυσταλλική μορφή και το θερμαίνει, το λιώνει και το καπνίζει. Το όνομά του το πήρε από τον ήχο που κάνει ο λίθος όταν σπάει. Η εμφάνισή του βοήθησε στην αύξηση του αριθμού των χρηστών της κοκαΐνης, καθώς και τις απώλειες που σχετίζονται με αυτήν. Στην εξάπλωσή του βοήθησε η χαμηλή του τιμή που ανέρχεται στα 10 δολάρια τα 100 χιλιοστόγραμμα σε σχέση με την κοκαΐνη που κοστίζει 100 δολάρια το γραμμάριο (Kring et.al., 2010).

Ψυχολογικές επιπτώσεις

Η κοκαΐνη πέρα από τη μείωση του πόνου «δρα πολύ γρήγορα στον εγκέφαλο, εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης στις μεσομεταιχμιακές περιοχές και θεωρείται ότι προκαλεί ευφορία, επειδή η ντοπαμίνη που παραμένει στη σύναψη διευκολύνει τη μετάδοση των νευρικών ώσεων» (Kring et.al., 2010, σ.481). Η χρόνια χρήση της κοκαΐνης συνδέεται με την μείωση της φαίας ουσίας, αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας, καθώς προκαλεί και αισθήματα ευεξίας και απουσίας κόπωσης (Kring et.al., 2010).

Σωματικές επιπτώσεις

Η υπερβολική δόση κοκαΐνης μπορεί να προκαλέσει έντονα παρανοϊκά αισθήματα και ψευδαισθήσεις ότι περπατούν έντομα κάτω από το δέρμα. Επίσης, προκαλεί ναυτία, ρίγος και αϋπνία. Οι χρόνιοι χρήστες μπορούν να οδηγηθούν σε ευερεθιστότητα, δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις και προβλήματα στην λήψη τροφής και στον ύπνο. Τέλος, η διακοπή της χρήσης προκαλεί έντονα στερητικά συμπτώματα (Kring et.al., 2010).

Το shisha ή όπως αλλιώς ονομάζεται «η κοκαΐνη των φτωχών», είναι ένα ναρκωτικό που μπορεί κανείς να το φτιάξει μόνος του. Περιέχει έναν τύπο κρυσταλλικής μεθαμφεταμίνης που παρασκευάζεται από την ανάμειξη διεγερτικών ουσιών με πολύ τοξικές ουσίες όπως είναι η χλωρίνη, το οινόπνευμα, ακόμα και υγρά μπαταρίας αυτοκινήτων. Είναι ένα πολύ φθηνό ναρκωτικό και προτιμάται από τους χρήστες γιατί όπως λένε είναι δέκα φορές πιο δυνατό από την ηρωίνη (Χάιδου, 2016).

Α.2.7 Ψευδαισθησιογόνα, Ecstasy, και PCP

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται ουσίες με ψευδαισθησιογόνο δράση και ιδιαίτερη σημασία έχουν τα δραστικά συστατικά ορισμένων φυτών, όπως αυτό της κάνναβης και διαφόρων μυκήτων. Επίσης, υπάρχουν και συνθετικές ή ημισυνθετικές ουσίες όπως το LSD, παράγωγα της τρυπταμίνης, της φαινυλαιθυλαμίνης και το PCP (Κουτσελίνη, 2002).

Α.2.8 LSD και άλλα ψευδαισθησιογόνα

Το 1943 ο Ελβετός χημικός Albert Hofmann περιέγραψε μια κατάσταση στην οποία βρέθηκε. Λίγες ώρες πριν είχε παρασκευάσει στο εργαστήριό του μερικά χιλιοστογραμμάρια διαιθυλαμιδίου του λυσεργικού οξέος. Υποθέτοντας, λοιπόν, ότι είχε καταναλώσει κάποια ποσότητα της ουσίας χωρίς να το καταλάβει πήρε ξανά επίτηδες μια δόση και επιβεβαίωσε την υπόθεσή του. Αυτό που είχε περιγράψει ήταν μία κατάσταση κατά την οποία έχοντας τα μάτια κλειστά βυθίστηκε σε ένα ευχάριστο παραλήρημα. Τον πλημμύρισαν φανταστικά οράματα τα οποία ήταν αρκετά αληθοφανή, γεμάτα με ένα έντονο παιχνίδι καλειδοσκοπικών χρωμάτων (Kring et.al., 2010).

Με βάση τις εμπειρίες που είχε ο Hofmann με το LSD το 1943 η ουσία χαρακτηρίστηκε ψυχοσωματική, επειδή προκαλούσε συμπτώματα παρόμοια με της ψύχωσης. Αργότερα, χρησιμοποιήθηκε ο όρος ψυχεδελική και ο πιο σύγχρονος όρος της είναι ψευδαισθησιογόνα. Αναφέρεται στην κύρια επίδραση που είναι οι ψευδαισθήσεις. Βέβαια, δεν έχουν σχέση με τις ψευδαισθήσεις που συναντά κανείς στην σχιζοφρένεια καθώς το άτομο αναγνωρίζει ότι όλα αυτά του προκαλούνται από την ουσία (Kring et.al., 2010).

Ψυχολογικές επιπτώσεις

Η επίδραση που έχουν τα ψευδαισθησιογόνα δεν οφείλεται στην δόση αλλά σε μια σειρά ψυχολογικών μεταβλητών. Ένας από τους πιο σημαντικούς κινδύνους είναι να προκληθεί έντονη προσβολή πανικού. Αυτό είναι πιθανό να συμβεί όταν η ουσία προκαλεί άγχος. Αυτό που φοβάται το άτομο είναι ότι τρελαίνεται, όμως οι πανικοί αυτοί διαρκούν λίγο και στη συνέχεια υποχωρούν. Επίσης, μερικές φορές οι χρήστες εμφανίζουν μνημονικές αναδρομές, δηλαδή βιώνουν ξανά ψυχεδελικές εμπειρίες όταν η επίδραση της ουσίας έχει παρέλθει από το σώμα, αυτό συμβαίνει σε καταστάσεις στρες, ασθένειας ή κόπωσης. Οι αναδρομές αυτές είναι ανεξέλεγκτες καθώς μπορούν να εμφανιστούν βδομάδες ακόμα και μήνες μετά τη χρήση της ουσίας (Kring et.al., 2010).

Άλλα ψευδαισθησιογόνα είναι η μεσκαλίνη και ψιλοκυβίνη. Η μεσκαλίνη είναι αλκαλοειδές που απομονώθηκε το 1896 από τον κάκτο πεγιότ και χρησιμοποιούταν σε θρησκευτικές τελετές από τους

αυτόχθονες Αμερικάνους που ζούσαν στις νοτιοδυτικές Ηνωμένες Πολιτείες και στο Μεξικό. Η ψιλοκυβίνη, είναι κρυσταλλική σκόνη και απομονώθηκε το 1958 από τον Hofmann από ένα μανιτάρι το οποίο οι Αζτέκοι το ονόμαζαν «σάρκα του θεού» και το θεωρούσαν ιερό (Kring et.al., 2010).

Από τα παραπάνω ψευδαισθησιογόνα και το LSD δεν έχουν παρατηρηθεί ενδείξεις στερητικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της αποχής από τις ουσίες, όμως η ανοχή αναπτύσσεται πολύ γρήγορα (Kring et.al., 2010).

Ένα νέο συνθετικό ναρκωτικό που έκανε την εμφάνισή του είναι το «f». Είναι ένα χάπι που κυκλοφορεί στην Ουγγαρία και φέρει χαραγμένο το γράμμα f της γνωστής εταιρίας Facebook. Το γαλάζιο αυτό χάπι μπορεί κανείς να το βρει σε κλαμπ αλλά και σε στέκια τοξικομανών. Το ναρκωτικό αυτό μπορεί να προκαλέσει πολύ σοβαρά προβλήματα υγείας, παραισθήσεις, ακόμη και θάνατο (Χάιδου, 2016).

A.2.9 PCP

Ένα ακόμη παραισθησιογόνο είναι η φαινκυκλιδίνη. Έκανε την εμφάνιση της το 1959 στα νοσοκομεία όπου το χρησιμοποιούσαν για αναισθητικό. Το άτομο παίρνοντας την ουσία αυτή αποδεσμεύεται από τις αισθήσεις του και δεν νιώθει πόνο κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Ενώ το νέο φάρμακο υποσχόταν πολλά, όταν οι ασθενείς συνέρχονταν από την νάρκωση βίωναν μεγάλη ταραχή, είχαν παραισθήσεις και παραλογισμό (Τζάφφη, Πήτερσον, Χοντσον, 1986).

Το PCP ήταν ένα ναρκωτικό που από την αρχή της πορείας του δεν πήγε και πολύ καλά, καθώς πολλοί θάνατοι σχετίστηκαν με αυτό. Έτσι έπαψε να είναι επιλογή των χρηστών για τη διασκέδασή τους. Αργότερα ανακάλυψαν ότι αυτή την ουσία μπορεί να την πάρει κανείς, πέρα από χάπι, εισπνέοντάς την ή καπνίζοντας την. Αυτό για τους πεπειραμένους χρήστες ήταν καλό καθώς μπορούσαν ευκολότερα να ελέγξουν την δόση (Τζάφφη και συν., 1986).

Η φαινκυκλιδίνη στην αγνή μορφή της είναι κρυσταλλική άσπρη σκόνη, που διαλύεται στο νερό. Είναι ένα ναρκωτικό που δεν χρειάζεται εισαγωγή καθώς μπορεί εύκολα να παρασκευαστεί σε μικρά παράνομα εργαστήρια. Επίσης, είναι δύσκολο να ελεγχθεί από το νόμο καθώς παρασκευάζεται πολύ εύκολα, με απλά υλικά και εργαλεία (Τζάφφη και συν., 1986).

Ψυχολογικές επιπτώσεις

Το PCP προκαλεί οξεία σχιζοφρένεια πράγμα που είναι δύσκολο να καταλάβουν οι ψυχίατροι την προέλευση της. Κάποιες φορές παρατηρείται παράλογη συμπεριφορά και παραισθήσεις. Οι παρανοϊκοί συλλογισμοί κάνουν το άτομο να λέει ασυνάρτητα πράγματα χωρίς συνοχή πράγμα που μπερδεύει τους άλλους. Σε περίπτωση απειλών ή εμπλοκής με την αστυνομία λόγω ανάρμοστης συμπεριφοράς το άτομο

μπορεί να γίνει πολύ βίαιο. Λόγω της αναισθητικής δράσης, οι αισθήσεις της αφής και του πόνου ελαττώνονται και έτσι το άτομο, συνήθως, αντιστέκεται στον εξωτερικό σωματικό έλεγχο. Η αντίληψη και η σκέψη του ατόμου έχουν ελαττωθεί σημαντικά με αποτέλεσμα να διατρέχει μεγάλο κίνδυνο τραυματισμού ακόμα και θανάτου γιατί είναι ανίκανο να αντιδράσει (Τζάφφη και συν., 1986).

Σωματικές επιπτώσεις

Η εικόνα του σώματος, του χρήστη, αλλοιώνεται σημαντικά. Το άτομο παρουσιάζει δυσκολία στον συντονισμό των κινήσεων και λόγω της κατασταλτικής δράσης της φαινκυκλιδίνης μπορεί να πέσει σε κώμα ή ακόμα και να πεθάνει (Τζάφφη και συν., 1986).

Α.3 Ψυχολογική και σωματική εξάρτηση

Η εξάρτηση από ουσίες αναφέρεται στη συνεχή ανάγκη του ατόμου για χρήση της ουσίας. Διακρίνεται στη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Η ψυχολογική εξάρτηση εμφανίζεται όταν το άτομο έχει την ανάγκη να κάνει χρήση της ουσίας για να νιώσει καλά, να αποβάλει το άγχος ή την πίεση, ή απλά για να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της καθημερινότητας. Η ψυχολογική εξάρτηση σε σχέση με την σωματική είναι πιο σημαντική και απαιτεί περισσότερο χρόνο για να αντιμετωπιστεί. Από την άλλη, η σωματική εξάρτηση αναφέρεται στη δυσκολία του οργανισμού να λειτουργήσει δίχως την ουσία. Μάλιστα, προκειμένου να οδηγηθεί ένα άτομο στην εξάρτηση περνάει από τα ακόλουθα στάδια: πειραματισμός, κοινωνική χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση. Τα δύο πρώτα στάδια αποτελούν μη ορατά στάδια της εξάρτησης, ενώ τα δύο τελευταία αποτελούν ορατά στάδια της εξάρτησης (ΚΕΘΕΑ, 2018).

Α.4 Τα στάδια της εξάρτησης

Η εξάρτηση αποτελείται από τρία στάδια:

Πρώτο στάδιο: Εσωτερική αλλαγή

Η δύναμη της εξάρτησης προκαλεί στο άτομο, από το πρώτο κιόλας στάδιο, πολύ σοβαρές αλλαγές. Έτσι πολύ πριν καταλάβει κάποιος ότι αρχίζει να υπάρχει πρόβλημα, αρχίζουν οι εσωτερικές αλλαγές (Nakken, 2006).

Εφόσον λοιπόν κάποιος μπει στην εξαρτητική διαδικασία υπάρχουν δύο δρόμοι. Είτε θα συνεχίσει τη ζωή του έτσι ή θα φτάσει σε ένα σημείο που θα ζητήσει τη βοήθεια κάποιου άλλου. Η εξάρτηση όμως είναι μια «ασθένεια» που αναπτύσσεται μέσα στο άτομο πολύ πριν αρχίσει να γίνεται αντιληπτή από τον ίδιο ή από κάποιον άλλο (Nakken, 2006).

Η εξάρτηση αρχίζει όταν ο εξυπηρετούμενος παρατηρεί αλλαγή στη διάθεσή του, η οποία δημιουργείται από συγκεκριμένη συμπεριφορά προς αντικείμενα και γεγονότα. Για παράδειγμα:
«Το ταξίδι για τους ψυχαναγκαστικούς τζογαδόρους αρχίζει όταν αισθάνονται μια αλλαγή στη διάθεση, που οφείλεται στη διέγερση της πρώτης νίκης. Το ταξίδι για τους αλκοολικούς αρχίζει όταν νιώσουν την πρώτη ζαλάδα και ανακαλύψουν ότι μια ουσία μπορεί να τους κάνει να αισθανθούν διαφορετικά.»

Το εξαρτημένο άτομο έχει την αίσθηση ότι αυτό το ανέβασμα σημαίνει οικειότητα, αυτοεκτίμηση, κοινωνική άνεση ή διάφορα άλλα σημαντικά για τη ζωή πράγματα (Nakken, 2006).

Ο εξαρτημένος μέσα από τη ζάλη συνειδητοποιεί ότι η σχέση του με ένα αντικείμενο μπορεί να αλλάξει. Για να καταφύγει κάποιος σε μια εξαρτητική ψυχαναγκαστική συμπεριφορά σημαίνει ότι συμβαίνει κάτι το οποίο δεν τους αρέσει και αναζητούν διέξοδο. Μερικοί κάνουν κατάχρηση για ένα μικρό διάστημα και έπειτα καταφεύγουν σε άλλους, πιο υγιείς τρόπους ικανοποίησης των αναγκών τους (Nakken, 2006).

Στο πρώτο στάδιο η πιο σημαντική διαδικασία είναι η γέννηση της εθιστικής προσωπικότητας: ο εαυτός και η εξαρτημένη πλευρά. Ο εαυτός αντιπροσωπεύει την «φυσιολογική» ανθρώπινη πλευρά του ατόμου, ενώ η εξαρτημένη πλευρά εκείνη που δέχεται τις αλλαγές από την εξάρτηση. Στο τέλος, δημιουργείται μια εξαρτητική σχέση μεταξύ του εξαρτημένου και της δικής του εθιστικής προσωπικότητας (Nakken, 2006).

Δεύτερο στάδιο: Αλλαγή στον τρόπο ζωής

Έπειτα από την κυριαρχία της εξαρτητικής προσωπικότητας, τα ζητήματα της εθιστικής συμπεριφοράς γίνονται και αυτά κυρίαρχα. Η συμπεριφορά του εξαρτημένου είναι αυτή που γίνεται πρώτα αντιληπτή και γι' αυτό η προσοχή εστιάζεται ευκολότερα πάνω της. Η εξαρτητική συμπεριφορά εμφανίζεται μετά την κυριαρχία της εθιστικής προσωπικότητας. Αυτές οι συμπεριφορές είναι αποτελέσματα ότι το άτομο χάνει τον έλεγχο σε εσωτερικό επίπεδο. Σε δεύτερο στάδιο, χάνει τον έλεγχο και στο επίπεδο της συμπεριφοράς (Nakken, 2006).

Κατά το πρώτο στάδιο το άτομο συμπεριφέρεται μέσα σε κοινώς αποδεκτά όρια. Στο εσωτερικό του όμως αναπτύσσεται μια βαθιά και ολοκληρωτικά φθοροποιός πνευματική εξάρτηση. Στο δεύτερο στάδιο εμφανίζεται μια συμπεριφοριστική εξάρτηση. Το άτομο βλέπει το σύστημα των εθιστικών πεποιθήσεων να ενεργοποιείται και τη συμπεριφορά του να τίθεται εκτός ελέγχου. Έτσι το άτομο αρχίζει να εξαρτάται από

την εθιστική προσωπικότητα και όχι από την αλλαγή διάθεσης ή από το αντικείμενο ή το γεγονός. Με αυτό το τρόπο το σύστημα ενσωματώνεται στο άτομο και εξελίσσεται σε τρόπο ζωής (Nakken, 2006).

Σ' αυτό το στάδιο οι εξαρτημένοι αρχίζουν να επαναπροσδιορίζουν τη ζωή και τις σχέσεις τους χρησιμοποιώντας την εξαρτητική λογική ως οδηγό (Nakken, 2006).

Τρίτο στάδιο: Η κατάρρευση της ζωής

Το τρίτο στάδιο εμφανίζεται γιατί η εξάρτηση δημιουργεί το συναίσθημα του φόβου, του πόνου, της ντροπής, της μοναξιάς και του θυμού με σκοπό να κερδίσει η Εξαρτημένη πλευρά τον έλεγχο πάνω στον Εαυτό. Στη συνέχεια δημιουργεί την ανάγκη για ανακούφιση, υποσχόμενη στο άτομο ότι θα τη νιώσει όταν αλλάξει η διάθεσή του (Nakken, 2006).

Το τρίτο στάδιο ονομάζεται η κατάρρευση της ζωής γιατί εδώ πραγματικά το άτομο θα αρχίσει να καταρρέει κάτω από το τρομερό άγχος που δημιουργείται από τη συνεχιζόμενη αύξηση του πόνου, του φόβου και του θυμού. Όλα αυτά είναι αποτέλεσμα του acting out, δηλαδή το σημείο κατά το οποίο το άτομο καταρρέει συναισθηματικά, πνευματικά, διανοητικά και σωματικά κάτω από το στρες και τον πόνο που δημιουργούνται από την εξάρτηση (Nakken, 2006).

Α.5 Η αιτιολογία της εξάρτησης

Οι παράγοντες που συμβάλουν στην εξάρτηση του ατόμου από ουσίες ή εξαρτητικές συμπεριφορές είναι αρκετοί.

Αρχικά, είναι οι βιολογικοί γενετικοί παράγοντες. Στη διάρκεια των χρόνων έχουν γίνει έρευνες μεταξύ διδύμων και υιοθετημένων παιδιών. Από αυτές προέκυψε ότι παιδιά που έχουν υιοθετηθεί παρουσιάζουν εξαρτητικές συμπεριφορές, που πηγάζουν από τους βιολογικούς γονείς, παρ' όλο που μεγαλώνουν σε διαφορετικό περιβάλλον. Οι μελέτες κατέληξαν ότι οι γενετικοί δρόμοι προς την εξάρτηση είναι δύο: πρώτον από τους βιολογικούς γονείς με αντικοινωνική συμπεριφορά και δεύτερον από τους βιολογικούς γονείς που είχαν προβλήματα εξάρτησης χωρίς να έχουν αντικοινωνική συμπεριφορά. Σε άλλη μελέτη που έγινε σε δίδυμα τα μονοζυγωτικά παρουσίασαν ταυτόχρονη εξάρτηση από το αλκοόλ σε σχέση με τα διζυγωτικά (Πουλόπουλος, 2011).

Ένας άλλος τομέας της έρευνας επικεντρώθηκε στη λειτουργία του εγκεφάλου και ιδιαίτερα στο ρόλο των νευροδιαβιβαστών. Οι νευροδιαβιβαστές που συνδέθηκαν περισσότερο με την τοξικοεξάρτηση είναι η ντοπαμίνη, η ενδορφίνη και η σεροτονίνη. Αυτοί οι τρεις νευροδιαβιβαστές σχετίζονται με την ψυχική και συναισθηματική διάθεση του ατόμου. Μια υπόθεση που έγινε είναι ότι σε ορισμένα άτομα το

σύστημα των ενδορφινών δυσλειτουργεί και γι' αυτό χρειάζονται τα οπιοειδή για να μπορέσουν να «ισορροπήσουν» (Πουλόπουλος, 2011).

Επίσης, οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν κυρίαρχο ρόλο στην εξάρτηση του ατόμου. Σε αυτή την περίπτωση οι ουσίες χρησιμοποιούνται για να μειώσουν το μετατραυματικό άγχος και να ενισχύσουν τα θετικά συναισθήματα. Έρευνες έχουν δείξει ότι παιδιά που έχουν δεχθεί σωματική βία ή έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης στην εφηβεία παρουσιάζουν σημάδια εξάρτησης από το αλκοόλ, όπως και παιδιά που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες, όπως άσκηση βίας σε κάποιο κοντινό τους πρόσωπο ή την απόλυση κάποιου γονέα, κλπ. (Πουλόπουλος, 2011).

Επιπλέον, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε τους οικογενειακούς παράγοντες. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι πιθανότητες ανάπτυξης μιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με την εξάρτηση είναι προϊόν μίμησης και μάθησης των πρακτικών της οικογένειας. Παιδιά που μεγαλώνουν μέσα σε οικογένειες που γίνεται κάποια κατάχρηση είναι πιο πιθανό να αποκτήσουν ανάλογη συμπεριφορά απ' ότι τα υπόλοιπα (Πουλόπουλος, 2011).

Έρευνες, επίσης, έχουν πραγματοποιηθεί στο ρόλο του σχολείου και των ομότιμων, καθώς η εφηβεία είναι μια δύσκολη περίοδος στη ζωή του ανθρώπου και ο καθένας θέλει να ανήκει σε μια ομάδα η οποία έχει τις ίδιες ιδέες, αξίες και στόχους με αυτόν. Η ανάγκη του να γίνει αποδεκτός και η πίεση για ομοιογένεια μπορούν να οδηγήσουν το άτομο, κάτω από ορισμένες συνθήκες, στην κατάχρηση. Επιπλέον, οι ομότιμοι μπορούν να προκαλέσουν το πρότυπο προς μίμηση. Από την άλλη, η αιτιολογική σχέση μεταξύ του κοινωνικού περιβάλλοντος δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς. Δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα αν η χρήση οδηγεί σε παραβατική συμπεριφορά στο σχολείο ή αν η δυσκολία ένταξης στο σχολικό περιβάλλον οδηγεί στην κατάχρηση (Πουλόπουλος, 2011).

Κάποιοι ερευνητές έδωσαν βάση στις ευρύτερες κοινωνικές συνθήκες. Σύμφωνα με τον Merton, στην σύγχρονη καταναλωτική κοινωνία υπάρχει μεγάλη αντίφαση και σύγκρουση ανάμεσα στους κανόνες, τις αξίες και τα μέσα που υιοθετούνται από τα άτομα, με αποτέλεσμα να υπάρχει σύγχυση και αβεβαιότητα. Έτσι κάποια άτομα που νιώθουν ξένα προς το περιβάλλον τους οδηγούνται προς την απόσυρση, απορρίπτοντας τους σκοπούς και τα μέσα που υιοθετούνται από την κοινωνία. Με βάση αυτή τη θεωρία η κατάχρηση ουσιών θεωρείται σύμπτωμα μιας δυσλειτουργικής κοινωνίας η οποία οδηγεί ορισμένα μέλη της στην απομόνωση, φθάνοντας έτσι στο συμπέρασμα να τα θεωρεί αίτια άλλων προβλημάτων και να τα στιγματίζει (Πουλόπουλος, 2011).

Α.6 Οι επιπτώσεις της εξάρτησης

Α.6.1 Ναρκωτικά

Στην προσωπική ζωή του χρήστη

Τα ναρκωτικά μπορούν να προκαλέσουν σωματικές και ψυχολογικές βλάβες στους χρήστες. Οι σωματικές βλάβες που είναι εμφανείς και στους υπόλοιπους είναι αλλοίωση της εξωτερικής εμφάνισης (αδυνάτισμα, κόκκινα μάτια, πληγές στα χέρια, κα.). Επίσης, υπάρχει αυξημένη αρτηριακή πίεση, καθώς και αύξηση του καρδιακού ρυθμού. Από την άλλη είναι οι ψυχολογικές επιπτώσεις που δεν είναι τόσο φανερές αλλά είναι εξίσου σημαντικές. Οι χρήστες βιώνουν μεταβολές στο συναίσθημα, έχουν παραισθήσεις, υπνηλία και δυσκολεύονται στην συγκέντρωση (Kring et.al., 2010).

Στην οικογενειακή ζωή του χρήστη

Συνήθως η οικογένεια του εξαρτημένου που βιώνει τις επιπτώσεις της εξάρτησης αναπτύσσει κάποιους μηχανισμούς άμυνας. Αρχικά κρύβουν το περιστατικό από τον περίγυρο γιατί φοβούνται να βιώσουν τον «εξευτελισμό» και τον «στιγματισμό». Επίσης, αποφεύγουν να μιλούν μεταξύ τους γι' αυτό το γεγονός καθώς και για τα συναισθήματα που τους έχει προκαλέσει. Συχνά η οικογένεια αισθάνεται τρόμο, θυμό, απογοήτευση, αποστροφή και έτσι στρέφεται στην απομόνωση. Επιπλέον, οι γονείς συχνά έχουν την τάση να δραματοποιούν τα γεγονότα και να βρίσκονται σε μόνιμο άγχος. Τέλος, αυτό τους οδηγεί στην αναβολή της αντιμετώπισης της κατάστασης (Λευτάκη,2006).

Στην κοινωνική ζωή του χρήστη

Οι χρήστες πολλές φορές μπορούν να γίνουν επικίνδυνοι για τον περίγυρό τους. Μπορεί να γίνουν επιθετικοί στην προσπάθεια τους να βρουν τους πόρους για να πάρουν τη δόση τους (Kring et.al., 2010). Παράλληλα, η οικονομική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας, που αναλαμβάνουν την διαχείριση των νοσημάτων αυτών, είναι πολύ σημαντική. Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν στην Ευρώπη, η σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά συνολική δημόσια δαπάνη που έγινε, υπολογίστηκε στα 34 δισεκατομμύρια ευρώ το 2005 (Γκόλνα, Μαλλιώρη, Σουλιώτης, Παπαδημητρίου, 2014).

Α.6.2 Αλκοόλ

Στην προσωπική ζωή του χρήστη

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στην υγεία του ατόμου. Το ποσοστό του αλκοόλ που μπορεί να προκαλέσει ζημιά στο άτομο διαφέρει από οργανισμό σε οργανισμό. Η πιο γνωστή σωματική βλάβη που μπορεί να προκληθεί από το αλκοόλ είναι η κίρρωση του ήπατος. Είναι το τελευταίο στάδιο του αλκοολισμού και επηρεάζει σοβαρά τις λειτουργίες του συκωτιού καθώς επίσης μειώνει και το όριο ζωής. Επίσης, επηρεάζεται το νευρικό σύστημα. Το άτομο παρουσιάζει δυσκολία συγκέντρωσης, απώλεια μνήμης, αϋπνία, αστάθεια κατά το περπάτημα, κα. Διαταραχές παρουσιάζονται ακόμη στο καρδιαγγειακό σύστημα (αρρυθμίες) όπως και στο πεπτικό (ναυτία, εμετοί, απώλεια βάρους, ανορεξία, κα.) (Αντωνίου, Κρίγκου, 2005).

Στην οικογενειακή ζωή του χρήστη

Η οικογένεια είναι ένα σύστημα. Τα μέλη της αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και θέτουν όρια. Αν ένα μέλος της αλλάξει τότε όλα κάνουν αλλαγές σε μια προσπάθεια να διατηρήσουν την ισορροπία της. Στην περίπτωση του αλκοολισμού το άτομο αρχίζει να ανατρέπει τις ισορροπίες και έτσι τα μέλη προσπαθούν να κάνουν αντισταθμιστικές κινήσεις ώστε να επαναφέρουν το σύστημα στην αρχική του κατάσταση. Η οικογένεια συχνά προστατεύει το αλκοολικό μέλος της και αυτό είναι κακό γιατί δεν το αφήνουν να δεχτεί τις συνέπειες του αλκοολισμού του με αποτέλεσμα να μην αναζητά επαγγελματική βοήθεια και αυτή η κατάσταση να διαιωνίζεται (Κρητικού, Νευραδάκη, 2003).

Στην κοινωνική ζωή του χρήστη

Οι επιπτώσεις από την κατάχρηση του αλκοόλ δεν θα μπορούσαν να μείνουν μόνο στην προσωπική ζωή του χρήστη αλλά επεκτείνονται και στην κοινωνική ζωή του. Οι χρήστες παρουσιάζουν αυτοκτονικές και αυτοκαταστροφικές τάσεις. Επίσης, είναι υπεύθυνοι για ένα μεγάλο αριθμό αυτοκινητιστικών ατυχημάτων καθώς υπερεκτιμούν τις ικανότητές τους όταν βρίσκονται υπό την επήρεια. Υπάρχουν όμως προβλήματα και στον εργασιακό τους χώρο καθώς παρουσιάζεται μείωση της παραγωγής και είναι υπεύθυνοι για αρκετά εργατικά ατυχήματα. Τέλος, μερικές φορές παρουσιάζουν επιθετική σεξουαλική συμπεριφορά, πράγμα που τους καθιστά επικίνδυνους για τον περίγυρό τους (Αντωνίου, Κρίγκου, 2005).

Οι επιπτώσεις από το αλκοόλ συνοπτικά:

ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ	**ΨΥΧΙΚΕΣ**	**ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ**
1. Διαταραχή του ήπατος (κίρρωση)	Διαταραχή της μνήμης	Μείωση παραγωγής στο χώρο εργασίας
2. Διαταραχή του στοματικού βλεννογόνου	Επιβράδυνση ψυχικών λειτουργιών	Εργατικά ατυχήματα
3. Διαταραχή του παγκρέατος (παγκρεατίτιδα, μυοκαρδιοπάθεια)	Μείωση της κριτικής σκέψης	Απόπειρα αυτοκτονιών και γενικά αυτοκαταστροφικών τάσεων
4. Διαταραχή εγκεφαλικών λειτουργιών	Μείωση των ενδιαφερόντων για τη ζωή	Στροφή στην εγκληματικότητα και την παρανομία
5. Διαταραχή του νευρικού καρδιακού μυός (έμφραγμα, μυοκαρδιοπάθεια)	Ψυχικές παθήσεις όπως ψυχωτικό παραλήρημα, παράφρονη ζήλια, παρανοϊκή κατάσταση	Αυτοκινητιστικά ατυχήματα
6. Διαταραχή στην ανάπτυξη του εμβρύου (αλκοολική καρδιοπάθεια)		Επιθετική σεξουαλική συμπεριφορά
7. Επιδείνωση διαφόρων άλλων νόσων		
8. Σωματικό σύνδρομο στέρησης		

Α.6.3 Τυχερά Παιχνίδια

Στην κοινωνική ζωή

Σε ότι αφορά τις κοινωνικές επιπτώσεις από τα τυχερά παιχνίδια , σύμφωνα με έρευνες του Social Systems Research Institute, σε περιοχές που υπάρχουν καζίνο η εγκληματικότητα είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Από την άλλη όμως τα καζίνο προσφέρουν αρκετές θέσεις εργασίας και ενισχύουν τη φορολογία του κράτους (Αναγνωστοπούλου, Κουκουτζέλα, Μαργαρώνη, 2008, 83-84).

Στην προσωπική ζωή του χρήστη

Το άτομο αρχίζει να αποκτά οικονομικά προβλήματα, καθώς το μόνο που τον νοιάζει είναι να ποντάρει. Επίσης, αντιμετωπίζει οικογενειακά προβλήματα, αφού αποξενώνεται από την οικογένειά του, δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις καθημερινές ανάγκες και σπαταλάει την περιουσία τους. Τέλος δεν είναι λίγες οι αυτοκτονίες που έχουν σημειωθεί λόγω έλλειψης χρημάτων και ανικανότητας να πληρώσουν τα χρέη τους (Αναγνωστοπούλου και συν., 2008, 83-84).

Στην οικογενειακή ζωή του χρήστη

Ο τζόγος έχει σοβαρές επιπτώσεις και στο οικογενειακό περιβάλλον. Πολλοί χωρισμοί, διαζύγια, τσακωμοί, βία και παιδιά που υποφέρουν είναι αποτέλεσμα της κατάχρησης των τυχερών παιχνιδιών (Αναγνωστοπούλου και συν., 2008, 83-84).

<u>Α.6.4 Διαδίκτυο</u>

Στην προσωπική ζωή του χρήστη

Ο σύγχρονος άνθρωπος καθημερινά σπαταλά ολοένα και περισσότερες ώρες στο διαδίκτυο, αυτό όμως έχει πολλές επιπτώσεις στον ίδιο όπως προβλήματα φυσικής κατάστασης και στην ψυχολογία του. Πιο συγκεκριμένα κάποιος που κάνει κατάχρηση του διαδικτύου παρουσιάζει προβλήματα όρασης, επαναλαμβανόμενη καταπόνηση της μέσης και ψυχολογικά προβλήματα. Σύμφωνα με έρευνες η αυξανόμενη χρήση του διαδικτύου οδηγεί στην μείωση των προσωπικών συναισθημάτων. Επιπρόσθετα οι πολλές ώρες μπροστά από τον υπολογιστή μπορεί να οδηγήσουν στην έλλειψη φυσικής άσκησης, στην κόπωση του καρπού, πόνους στα μάτια και στη μέση. Αν και τα φυσικά επακόλουθα της χρήσης του διαδικτύου είναι μέτριας σημασίας σε σχέση με την κατάχρηση χημικών ουσιών έχει συνέπειες σε οικογενειακό και ακαδημαϊκό επίπεδο (Θεοδώρου, 2009).

Τα προβλήματα όμως δεν σταματούν εδώ καθώς οι εξαρτημένοι παρουσιάζουν προβλήματα και στον ακαδημαϊκό τομέα. Έρευνα που έγινε σε δασκάλους, βιβλιοθηκονόμους και δασκάλους πληροφορικής έδειξε ότι το διαδίκτυο όχι μόνο δεν βοηθά τους μαθητές αλλά χαλάει και την απόδοσή τους. Με έρευνα που έκανε η Young αποδείχτηκε ότι το 58% των φοιτητών παρουσίασαν μείωση στο χρόνο διαβάσματος, μείωση στους βαθμούς και χαμένες ώρες διδασκαλίας (Θεοδώρου, 2009).

Στην οικογενειακή ζωή του χρήστη

Στο οικογενειακό επίπεδο οι γάμοι, οι αισθηματικές συναντήσεις, οι σχέσεις γονέα-παιδιού και οι στενές φιλίες φαίνεται να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα. Ο εξαρτημένος μειώνει το χρόνο που αφιερώνει στα παραπάνω με αντάλλαγμα περισσότερο χρόνο στο διαδίκτυο. Ο στενός του κύκλος αρχικά υποστηρίζει πως είναι μια φάση που περνάει ο χρήστης όμως στη συνέχεια έρχονται οι διαπληκτισμοί για την κατάσταση του (Θεοδώρου, 2009).

Στην επαγγελματική ζωή του χρήστη

Το διαδίκτυο πλέον είναι το απόλυτο εργαλείο για πάρα πολλές επιχειρήσεις. Στα εργασιακά δεδομένα ο εθισμός στο διαδίκτυο μεταφράζεται ως κατάχρηση του μέσου και τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργήσει είναι πολλά. Αρχικά αποσπάται η προσοχή τους και μειώνεται η απόδοση του. Επίσης, πολλοί είναι αυτοί που αποτραβιούνται από το εργασιακό περιβάλλον και τους συναδέλφους τους με αποτέλεσμα να αποξενώνονται. Δεύτερον, καταχρώνται εργασιακούς πόρους. Πολλοί εκμεταλλεύονται την πρόσβασή τους στο διαδίκτυο για να μπαίνουν σε ιστοσελίδες με πορνογραφικό υλικό, για να τζογάρουν ιντερνετικά, για να μπαίνουν σε chat room, κα. Τέλος, εκθέτει το κύρος της επιχείρησης. Απτά παραδείγματα είναι το κατέβασμα πειρατικού λογισμικού και η νομική υπευθυνότητα που μπορεί να προκύψει από μηνύματα με ρατσιστικό ή σεξουαλικό περιεχόμενο (Θεοδώρου, 2009).

Στην κοινωνική ζωή του χρήστη

Πρόσφατες μελέτες του «Stanford Institute for the Quantitative Studyof Society» και του «Carnegie Mellon's Home Net Project» έδειξαν ότι η αυξανόμενη χρήση του διαδικτύου αποξενώνει τους ανθρώπους και τους κάνει πιο μοναχικούς. Τα άτομα που ξοδεύουν πολύ χρόνο στο διαδίκτυο δεν επενδύουν χρόνο στην κοινωνικοποίηση με φίλους και οδηγούνται σε κοινωνικό αποκλεισμό και κατάθλιψη. Παρόλα αυτά άλλες μελέτες έδειξαν ότι το διαδίκτυο φέρνει πιο κοντά τους ανθρώπους και γεφυρώνει γεωγραφικές αποστάσεις (Θεοδώρου, 2009).

Με βάση τα παραπάνω επικριτές του διαδικτύου υποστηρίζουν ότι η χρήση του μπορεί να συνδέει εικονικά περισσότερα άτομα όμως τους μετατρέπει σε απομονωμένες οντότητες που δεν αλληλεπιδρούν στην πραγματική ζωή. Θεωρούν πως η επικοινωνία δεν είναι τόσο βαθιά και αξιόπιστη όσο μέσω του τηλεφώνου ή από κοντά (Θεοδώρου, 2009).

ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗ

Α.1 Ορισμός απεξάρτησης

Σύμφωνα με τον Πουλόπουλο απεξάρτηση ορίζεται *«Μια μακρόχρονη διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο, που αντιμετωπίζει πρόβλημα κατάχρησης ή και εξάρτησης από μία ουσία, καταφέρνει να αποδεσμευτεί από αυτήν και να φθάσει σε ένα καλύτερο επίπεδο ψυχολογικής, σωματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας»* (Πουλόπουλος, 2011, σελ.51).

Α.2 Χρονική διάρκεια

Απαραίτητη προϋπόθεση για την θεραπεία ενός εξαρτημένου ατόμου από τις ουσίες είναι η παραμονή του στο πρόγραμμα θεραπείας για ένα επαρκές χρονικό διάστημα ώστε να υπάρξουν τα απαραίτητα και τα σωστά αποτελέσματα της θεραπείας. Ο χρόνος που θα διαρκέσει η θεραπεία προέρχεται με βάση τις ανάγκες, τα προβλήματα και το στάδιο της χρήσης ουσιών που καταβάλλουν το άτομο. Σύμφωνα με έρευνες ελάχιστος χρόνος παραμονής και παρακολούθησης των προγραμμάτων απεξάρτησης είναι 3 μήνες, ώστε να επιτευχθεί ένα επιθυμητό, επαρκές και σωστό αποτέλεσμα. Από την στιγμή που θα ξεκινήσει μια θεραπεία με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του εξαρτημένου ατόμου οποιαδήποτε επιπλέον θεραπεία είναι δεκτή με σκοπό πάντα ένα καλύτερο αποτέλεσμα. Βέβαια, ένα καλύτερο αποτέλεσμα της θεραπείας μπορεί να επιτευχθεί, όταν ο θεραπευόμενος θα παραμείνει περισσότερο χρονικό διάστημα στο πρόγραμμα απεξάρτησης που του έχει προταθεί. Παρ' όλα αυτά, ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας, λόγω του ότι υπάρχουν ποικίλοι τρόποι θεραπείας για την απεξάρτηση, όσο μεγαλύτερη είναι η παραμονή ενός εξαρτημένου ατόμου στο πρόγραμμα θεραπείας του, αυτό θα οδηγήσει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον ίδιο. Δεδομένου ότι αρκετά από τα εξαρτημένα άτομα σταματούν νωρίτερα και χωρίς να είναι απαραίτητη η θεραπεία τους, τα προγράμματα πρέπει να φροντίζουν ώστε να υπάρχουν στρατηγικές πρόληψης, ώστε να αποφευχθεί η κίνηση αυτή. Ορισμένες στρατηγικές πρόληψης της υποτροπής αυτής είναι η βελτίωση της ικανότητας για επίλυση προβλημάτων, η ανάπτυξη της δεξιότητας στην αντίσταση της χρήσης ουσιών, καθώς και η αντικατάσταση τους από άλλες δραστηριότητες που έχουν σχέση με την χρήση και είναι πιο εποικοδομητικές και αποτελεσματικές. Σκοπός των προγραμμάτων θεραπείας είναι το άτομο να μάθει να λειτουργεί μέσα στην οικογένεια και την κοινότητα, όπου αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με την ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία θα βοηθήσει στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, καθώς και με την ομαδική ψυχοθεραπεία, όπου αυτή θα το βοηθήσει να ενταχθεί αργότερα σε κοινωνικές ομάδες (Πουλόπουλος, 2005).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η εξάρτηση από τοξικές ουσίες δεν είναι μια ασθένεια που μπορεί να διαρκέσει εφ' όρου ζωής για ένα άτομο που έχει προσβληθεί από αυτή. Με την συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα θεραπείας της απεξάρτησης από ουσίες αρκετά είναι τα άτομα τα οποία έχουν καταφέρει με επιτυχία να απεξαρτηθούν για την υπόλοιπη ζωή τους και να μπορούν να έχουν δικαίωμα συμμετοχής στην κοινωνία. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν κάποια άτομα τα οποία από μόνα τους θα σταματήσουν την χρήση ουσιών και θα παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να προσβληθούν από αυτές. Όμως, υπάρχει η πιθανότητα κάποια εξαρτημένα άτομα μετά το τέλος της συμμετοχής σε ένα πρόγραμμα θεραπείας, μετά την έξοδο τους από αυτό ή μετά από ένα χρονικό διάστημα, να υποτροπιάσουν και να «βάλουν» στην ζωή τους ξανά τις τοξικές ουσίες. Αυτό γίνεται γιατί τα άτομα αυτά είναι πιο ευάλωτα και ευαίσθητα στις ουσίες της ψυχής και αυτό συνδέεται αυτόματα με τον εγκέφαλο, ο οποίος σταματάει να δίνει βάση στους ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες που χρειάζονται τόσο στην εξάρτηση, όσο και στην υποτροπή. Ωστόσο, πρέπει να αναφερθεί ότι κάποια άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση χρήσης ουσιών, ή εξαρτώνται από τις ουσίες μπορεί να παρουσιάσουν συννοσηρότητα, η λεγόμενη ψυχιατρική διαταραχή, όπου θα πρέπει να τους παρέχεται η σωστή και ολοκληρωμένη θεραπεία με σκοπό να αντιμετωπιστούν και τα δύο αυτά προβλήματα (Πουλόπουλος, 2005).

Α.3 Κινητοποίηση για θεραπεία

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες και ανακαλύψεις της φαρμακολογίας, ένα άτομο το οποίο είναι εξαρτημένο από το αλκοόλ ή από τις τοξικές ουσίες, κατά την εισαγωγή του σε κάποιο νοσοκομείο ή σε κάποια μονάδα αποτοξίνωσης υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό πιθανότητας να μην αντιμετωπίζει δυσκολίες κατά την προσαρμογή του και να μην προσβληθεί από σοβαρά συμπτώματα αποστέρησης από την εξαρτημένη ουσία. Μετά από μακροχρόνιες εμπειρίες προκύπτει το συμπέρασμα ότι η αποκατάσταση του νευρικού συστήματος του εξαρτημένου ατόμου θα καταφέρει να επανέλθει στην φυσιολογική του κατάσταση μέσα στο διάστημα των δυο εβδομάδων. Ένα παράδειγμα αποτελεί, ένας καπνιστής να μην καπνίσει για δυο εβδομάδες, παρόλο που αυτό δεν θα τον κάνει να αισθάνεται ευχάριστα και να νιώθει όπως όταν καπνίζει. Έτσι, ο οποιοσδήποτε μπορεί να βοηθήσει κάποιον εξαρτημένο από ουσίες είτε αυτές είναι τοξικές, είτε είναι το αλκοόλ, είτε είναι το κάπνισμα, είτε είναι ο τζόγος για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, το κυρίως θέμα όμως είναι να τον βοηθήσει ώστε να καταφέρει να ξεπεράσει τα συμπτώματα της αποστέρησης (Μάτσα, 2002).

Αξίζει να τονιστεί πάλι, ότι σε γιατρό ή σε κάποια κλινική για θεραπεία απεξάρτησης υποβάλλονται τα άτομα τα οποία έχουν προσβληθεί σε αρκετά μεγάλο βαθμό από την εξάρτηση οποιασδήποτε ουσίας. Με βάση ποικίλες μελέτες που έχουν γίνει μέχρι τώρα δείχνουν, ότι τα άτομα που θα ζητήσουν βοήθεια έχουν βελτίωση στην ένταση της χρήσης που κάνουν (π.χ. είναι μεθυσμένοι λιγότερες μέρες), και προσαρμόζονται

καλύτερα και ευκολότερα στο κοινωνικό σύνολο (δουλεύουν περισσότερες μέρες), κατά την διάρκεια των μηνών που παρακολουθούν την θεραπεία. Βέβαια παρά τις εντατικές και ακριβείς μορφές θεραπείας δεν επιτυγχάνεται η επιθυμητή βελτίωση. Και γι' αυτό τον λόγο πρέπει να ληφθεί υπόψιν, ότι λόγω της ύπαρξης των ατομικών διαφορών που έχουν μεταξύ τους τα άτομα, που παρακολουθούν διαφορετικά θεραπευτικά προγράμματα, η βελτίωση είναι πιθανόν να γίνεται μέσα από μια σύντομη και απλή θεραπεία, όπως αντίστοιχα γίνεται με προσεγγίσεις και τρόπους πιο περίπλοκους και πολυδάπανους. (Μάτσα, 2002).

Α.3.1 Βοήθεια για αυτόν που παίρνει οπιοειδή

Κάνοντας μια αναδρομή στην ιστορία της θεραπείας της απεξάρτησης από τα οπιοειδή θα δούμε ότι η θεραπεία είχε δυο κύριους στόχους. Ο ένας στόχος ήταν να μειωθούν οι δυσάρεστες επιπτώσεις από την απεξάρτηση και ο δεύτερος να αναμορφωθεί η «θέληση». Υπήρχε το εξής δίλλημα των ειδικών εάν θα έπρεπε να γίνεται σταδιακά η μείωση της δόσης, δηλαδή μέσα σε διάστημα εβδομάδων ή μηνών, ή η μείωση να γίνεται με απότομο τρόπο, δηλαδή άμεση διακοπή ή μείωση της δόσης μέσα σε λίγες ημέρες. Ακόμα και σήμερα όμως υπάρχει αυτό το δίλλημα κατά το οποίο οι αρμόδιοι γιατροί προσπαθούν ακόμα να ανακαλύψουν ουσίες μη τοξικές, με τις οποίες θα μειώνεται η ένταση του συνδρόμου της αποστέρησης, όπως αυτό προσπαθούν να βρουν εδώ και 100 χρόνια. Έτσι ο όρος «αναμόρφωση της θέλησης» αντικαταστάθηκε με τον όρο «θεραπεία των παραγόντων που οδηγούν στην χρήση τοξικών ουσιών». (Μάτσα, 2001).

Στις μέρες μας, έχουν ανακαλυφθεί τεχνικές οι οποίες αποσκοπούν να βοηθήσουν τον χρήστη να ξεπεράσει με τέτοιο τρόπο το σύνδρομο της αποστέρησης. Υπάρχει η περίπτωση κάποια εξαρτημένα άτομα, και κυρίως ένα παράδειγμα αποτελούν οι νέοι που χρησιμοποιούν παράνομα την ηρωίνη, η ηθική υποστήριξη και ένα μέρος κατά το οποίο η ουσία δεν είναι διαθέσιμη, να αποτελέσουν έναν σημαντικό παράγοντα χαμηλού επιπέδου της σωματικής εξάρτησης. Στην περίπτωση που ο βαθμός της σωματικής εξάρτησης είναι αρκετά μεγάλος, η ένταση της αποστέρησης μειώνεται με μικρές δόσεις χορήγησης οποιασδήποτε τοξικής ουσίας, και αυτό γιατί η δράση τους είναι η ίδια για όλους τους δέκτες του νευρικού συστήματος. Ένα παράδειγμα αποτελεί η μεθαδόνη, η οποία χορηγείται μέσω του στόματος και είναι αρκετά γνωστή η δράση της στην καταπολέμηση της αποστέρησης και η διάρκειά της αρκετά μεγάλη. Με την ύπαρξη της αποφασιστικότητας καθώς και τα κατάλληλα κίνητρα του ασθενούς, το κάθε εξαρτημένο άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει την φάση της αποστέρησης στο νοσοκομείο, στην θεραπευτική κοινότητα ή και στο σπίτι (Μάτσα, 2001).

Με τα κατάλληλα μέτρα και τις σωστές προφυλάξεις, τα άσχημα αποτελέσματα του συνδρόμου αποστέρησης από την χρήση τοξικών ουσιών των οποίων η δράση παίρνει αρκετό χρόνο να πάψει να υπάρχει στο νευρικό σύστημα του ατόμου, όπως είναι η ηρωίνη και η μορφίνη, περνούν μέσα σε 5 ή 6 μέρες. Αντίστοιχα, όταν πρόκειται για ουσίες, όπως η μεθαδόνη, των οποίων η δράση υπάρχει στο σώμα για

αρκετό καιρό, τότε τα ήπια συμπτώματα αποστέρησης μπορούν να συνεχιστούν για αρκετές εβδομάδες. Παρόλα αυτά όμως και οι δυο περιπτώσεις, όσο αφορά την κατάσταση υποτροπής στις τοξικές ουσίες μετά το πέρας της φάσης της αποστέρησης, ήταν και εξακολουθεί να είναι ένα αρκετά σημαντικό πρόβλημα (Μάτσα, 2001).

Λόγω μιας πραγματικής κατάστασης στις Η.Π.Α., ένα μεγάλο ποσοστό, το οποίο είναι οι 70-90 στους 100 ηρωινομανείς που ακολουθούν επίσημα θεραπευτικά προγράμματα έχουν δείξει ότι υποτροπιάζουν μέσα σε 12 μήνες μετά την φάση της αποστέρησης. Αυτό το γεγονός έγινε η αφορμή να προκληθούν δυο διαφορετικές θεραπευτικές αντιδράσεις, όπου η μια είναι η αναζήτηση τρόπων θεραπείας των παραγόντων, που θεωρούνται υπεύθυνοι για την υποτροπή και η άλλη είναι η παροχή οπιοειδών στους χρήστες τοξικών ουσιών με νόμιμο τρόπο (Μάτσα, 2001).

Α.3.2 Θεραπεία υποκατάστασης με μεθαδόνη

Στην Αμερική το 1965 η χορήγηση της μεθαδόνης γινόταν από το στόμα, και αυτό γιατί σύμφωνα με τους Dole και Nyswander η ουσία αυτή είναι υποκατάστατο της ηρωίνης και έχοντας ρόλο θεραπευτικό δίνει την υπόσχεση για μια μακροχρόνια αντιμετώπιση της χρήσης από το άτομο σε εξωτερική βάση. Όσοι υποστήριξαν την ουσία το έκαναν γιατί θεωρούσαν και πίστευαν ότι αυτό το νέο μέτρο θα έφερνε το αποτέλεσμα για την μείωση της επιθυμίας για ηρωίνη, την ελάττωση της εγκληματικότητας και θα έκανε τους χρήστες να πάρουν θέση σε παραγωγικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα την επανένταξή τους στο κοινωνικό και το εργασιακό περιβάλλον. Βέβαια, υπήρξαν και αυτοί οι οποίοι υποστήριζαν αντίθετες γνώμες για την νέα μέθοδο, εκφράζοντας τις αντιρρήσεις τους ως προς την συνέχιση της εγκληματικότητας των χρηστών, την μεγαλύτερη διαθεσιμότητα «ναρκωτικών» στην μαύρη αγορά, την μη μείωση της διακίνησης της ηρωίνης, το συνεχώς αυξανόμενο αριθμό των εξαρτημένων ατόμων όπως και τα μεθοδολογικά προβλήματα σε αρκετές από τις έρευνες που θεωρούσαν θετικά τα αποτελέσματα της μεθαδόνης. Το μεγάλο ποσοστό εγκληματικότητας των χρηστών που έχει σχέση με την χρήση τοξικών ουσιών ήταν ένας από τους παράγοντες ώστε να αναπτυχθούν τα προγράμματα υποκατάστασης τα οποία έχουν στόχο την μείωση των παράνομων δραστηριοτήτων των χρηστών, όμως το κύριο πρόβλημα του εθισμού φαίνεται ότι δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί (Γιωτάκος, 2015).

Η θεραπευτική μέθοδος της υποκατάστασης είναι εφαρμοσμένη σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και καλύπτει τα δύο τρίτα των θέσεων θεραπείας. Σύμφωνα με δηλώσεις όλων των Ευρωπαϊκών Χωρών, τα αποτελέσματα και τα οφέλη της θεραπείας με υποκατάσταση είναι ομόφωνα, καθώς η θεραπεία αυτή αποτελεί έναν δυνατό παράγοντα στην μείωση της εγκληματικότητας, λοιμωδών νοσημάτων, των θανάτων που προκαλούνται από την χρήση ναρκωτικών, και του κοινωνικού αποκλεισμού, αντίθετα όμως βοηθάει στην επανένταξη των θεραπευμένων στο κοινωνικό σύνολο (Γιωτάκος, 2015).

Όλα τα εξαρτημένα άτομα από τοξικές ουσίες δεν υποβάλλονται στο ίδιο πρόγραμμα θεραπείας και αυτό γιατί η θεραπεία υποκατάστασης δεν είναι μια συγκεκριμένη και ενδεδειγμένη θεραπεία. Λόγω αυτού, υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις ώστε ένα εξαρτημένο άτομο να συμμετέχει σε κάποιο πρόγραμμα θεραπείας και να γίνει δεκτό σε αυτό, οι οποίες είναι η ηλικία του και η πιθανή προηγούμενη συμμετοχή του σε κάποιο «στεγνό» θεραπευτικό πρόγραμμα. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά και την σημασία που έχουν τα θεραπευτικά κέντρα, ένα άτομο τοξικομανές θα πρέπει να ολοκληρώσει με επιτυχία την πλήρη απεξάρτησή του, από το να παίρνει ένα φάρμακο για αρκετά χρόνια προκειμένου να απεξαρτηθεί από τα ναρκωτικά. Παρ' όλα αυτά όμως ορισμένοι χρήστες είναι χρόνιοι και βαριά εξαρτημένοι από τις ουσίες και δεν καταφέρνουν μέσω της παρακολούθησης στα «στεγνά» προγράμματα να απεξαρτηθούν και γι' αυτό θα πρέπει να παρακολουθήσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μια θεραπεία απεξάρτησης με υποκατάστατα. Έτσι, είναι διαθέσιμη για άμεση παροχή και χρήση η κατάλληλη θεραπεία γι' αυτούς, όπως το ίδιο συμβαίνει και για ασθενής οι οποίοι πάσχουν χρόνια από διαβήτη, υπέρταση, επιληψία ή σχιζοφρένεια (Γιωτάκος, 2015).

Στα προγράμματα υποκατάστασης χορηγείται η φαρμακευτική θεραπεία με μεθαδόνη, ή βουπρενορφίνη, ή λεβο-αλφα-ακεταλ-μεθαδόλη (LAAM), καθώς και σε συνδυασμό με αυτά παρέχεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία της ψυχιατρικής και σωματικής συννοσηρότητας (Γιωτάκος, 2015).

Στόχος του προγράμματος είναι να μειωθεί η κατάχρηση των τοξικών ουσιών, και των συναφών με την χρήση προβλημάτων που αφορούν την κοινωνία και την υγεία, καθώς και να διασφαλιστεί η δημόσια υγεία χωρίς να μεταδοθούν ασθένειες και να προκληθεί κάποια μόλυνση από την μετάδοσή τους. Ακόμα ένας βασικός στόχος είναι η παροχή βοήθειας για αποχή από την χρήση ουσιών στα άτομα που το επιθυμούν και μπορούν να την πετύχουν, χωρίς βέβαια να υπάρξει και οποιαδήποτε βλάβη. Κύριος σκοπός όμως είναι να σταθεροποιηθεί το άτομο σε έναν κανονικό τρόπο ζωής, μέσω του οποίου να βελτιωθούν οι οικογενειακές, οι προσωπικές και οι κοινωνικές σχέσεις του και να αποκτήσει το κατάλληλο ενδιαφέρον όσον αφορά την εκπαίδευση-κατάρτισή του, μια θέση εργασίας για τον ίδιο και φυσικά να αποκατασταθεί κατάλληλα επαγγελματικά (Γιωτάκος, 2015).

Α.3.3 Αλκοόλ – Θεραπεία

Πηγή αρχής της θεραπείας είναι ο ίδιος ο ασθενής. Το να αποδεχτεί την ύπαρξη του προβλήματος και την δημιουργία του είναι το αρχικό βήμα που πρέπει να γίνει. Αυτό απαιτεί τον κατάλληλο χρόνο, υπομονή και επιμονή γιατί όπως είναι φυσικό θα υπάρξουν και κάποιες στιγμές που το άτομο θα είναι αδύναμο να αντιμετωπίσει τις όποιες δυσκολίες έρθουν απέναντι του. Όργανα της θεραπείας αποτοξίνωσης του εξαρτημένου αποτελούν η ψυχοθεραπεία και τα κατάλληλα φάρμακα που χρησιμοποιούν οι κλινικές (Bestrong, 2014).

1. Αποτοξίνωση. Η περίοδος αποτοξίνωσης κατά την οποία βρίσκεται ένα άτομο είναι εκείνη στην οποία ο εξαρτημένος απέχει απ' το αλκοόλ και έχει ως στόχο την απεξάρτηση του από αυτό στην αρχή και στο τέλος την ανάρρωση του (Bestrong, 2014).

2. Αντιμετώπιση οργανικών ή και ψυχιατρικών διαταραχών. Για την εισαγωγή ενός εξαρτημένου ατόμου σε μια ψυχιατρική κλινική ή κάποιο νοσοκομείο θα πρέπει να υπάρχει η απαιτούμενη ανάγκη για να εισαχθεί σε αυτήν καθώς και αν έχει κριθεί ότι οι πιθανές υπάρχουσες διαταραχές χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Βέβαια τα συμπτώματα αντιμετώπισης τις περισσότερες φορές μπορούν να λυθούν και από ειδικούς σε εξωτερικά ιατρεία και δεν είναι απαραίτητα τα νοσοκομεία ή κάποια κλινική (Bestrong, 2014).

3. Θεραπευτικό πρόγραμμα. Απαραίτητη προϋπόθεση για να λειτουργήσει σωστά η σχέση του θεράποντος και του θεραπευμένου είναι να υπάρχει εμπιστοσύνη μεταξύ τους. Αυτό συνεπάγεται ο θεράπων να είναι ειλικρινής απέναντι στον θεραπευμένο του και να του λέει την αλήθεια για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται (Bestrong, 2014).

Για να πετύχει οποιαδήποτε θεραπευτική μέθοδος και να έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα θα πρέπει να περιέχει και τους κατάλληλους στόχους. Ένας σημαντικός παράγοντας στην επιτυχία της θεραπείας αποτελεί η οικογένεια με την στήριξη που θα παρέχει κατά την διάρκεια της θεραπείας στον εξαρτημένο (Bestrong, 2014).

4. Διαχρονική παρακολούθηση. Το χρονικό διάστημα κατά το οποίο γίνεται η παρακολούθηση απεξάρτησης για έναν εξαρτημένο αλλά και της οικογένειάς του, η οποία παρέχει την απαιτούμενη στήριξη της στον θεραπευμένο, είναι ένας χρόνος (Bestrong, 2014).

Α.3.4 Τυχερά παιχνίδια

Τα τελευταία χρόνια ένα αρκετά μεγάλο ενδιαφέρον έχει αποτελέσει η εύρεση και η εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τυχερά παιχνίδια, στην οποία υπόκειται ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων καθημερινά. Παρ' όλες τις βιολογικές και ψυχολογικές θεραπείες, οι οποίες έχουν σημειώσει μια σημαντική πρόοδο στον τομέα τους, δεν έχει βρεθεί ακόμα μια συγκεκριμένη θεραπεία εκλογής για την απεξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια (Οικονόμου, Θεοδώρου, Παπαδημητρίου, 2015).

Όσον αφορά τις βιολογικές θεραπείες έχει παρατηρηθεί ότι η νευροβιολογία του παθολογικού τζόγου είναι ασαφής και αδιευκρίνιστη, με αποτέλεσμα οι στρατηγικές της φαρμακολογίας να προέρχονται από καταστάσεις τέτοιες οι οποίες εμφανίζονται ταυτόχρονα με τον τζόγο και από ομοιότητες της ασθένειας με εκείνες τις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, τους εθισμούς και το φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών. Οι δοκιμές για φαρμακευτική αγωγή που έχουν γίνει σε κλινικές έχουν φέρει ένα αποτέλεσμα ικανοποιητικό σχετικά με την ευεργετική χρήση των φαρμάκων, παρόλο που έχουν δεχτεί κάποια κριτική, και αυτό λόγω περιορισμένων δεδομένων σε ασθενείς που δεν προέρχονται από

τυχαίες ελεγχόμενες δοκιμές. Σε λίγες τυχαίες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, η εφαρμογή της θεραπείας με φάρμακα παρουσιάζετε περισσότερο ως αποτελεσματική σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου στην οποία έχει χορηγηθεί ένα εικονικό φάρμακο (placebo), με το μέγεθος της διαφοράς (over all effect size) να είναι υψηλό (0,78). Όμως, σύμφωνα με ποικίλες μελέτες έχουν καταγραφεί μεγάλα ποσοστά πρόωρης εγκατάλειψης της θεραπείας (Οικονόμου και συν., 2015).

Οι προσεγγίσεις που υπάρχουν για τα άτομα που έχουν εθιστεί από τον τζόγο και τα τυχερά παιχνίδια είναι ψυχοθεραπευτικές, καθώς και πολλές σε αριθμό και εμπεριέχουν ψυχαναλυτικές παρεμβάσεις, προγράμματα όπως είναι οι «Ανώνυμοι Τζογαδόροι», τα κλειστά προγράμματα σε νοσοκομεία καθώς και τις παρεμβάσεις με περιεχόμενο την συμπεριφορά, την γνώση καθώς και τον συνδυασμό γνώσης – συμπεριφοράς. Βέβαια η έρευνα όσο αφορά το αποτέλεσμα και την απόδοση της θεραπείας σχετικά με την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια είναι περιορισμένη. Οι αιτίες για τον περιορισμό της έρευνας προκύπτει από τα μικρά και ετερογενή δείγματα, την έλλειψη θεραπειών που βασίζεται σε πρωτόκολλα, την έλλειψη αναπαραγωγής των ερευνών από τους ανεξάρτητους ερευνητές και τα υψηλά ποσοστά άτυπης ανταπόκρισης στη θεραπεία. Αποτέλεσμα αυτών είναι τα μοντέλα γνώσης – συμπεριφοράς να επηρεάσουν αρνητικά την θεωρητική ερμηνεία της εξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια, και αυτό γιατί η υπεροχή τους είναι υψηλότερη από τις επιστημονικές δημοσιεύσεις και δίνουν έμφαση στην μεθοδολογική ακρίβεια. Οι παρεμβάσεις αυτές για τη θεραπεία της απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια έχουν ονομαστεί ως «βέλτιστες πρακτικές», γιατί αποτελούν τον συνδυασμό μιας καλής και ερευνητικής μεθοδολογίας η οποία φέρει σταθερά αποτελέσματα. Σύμφωνα με τους Ravindranetall καθώς και σε σύγκριση με κλινική μελέτη καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι *«η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (ΓΣΘ) βελτιώνει περισσότερο τους ασθενείς στο τέλος της θεραπείας, ενώ ο συνδυασμός της με SSRI' s μειώνει περισσότερο τα συμπτώματα της ασθένειας απ' ότι τα φάρμακα μόνα τους»* (Οικονόμου και συν., 2015, σελ.2).

Όπως είναι λογικό όλες οι θεραπείες έχουν και τους αντίστοιχους περιορισμούς τους. Γι αυτό το λόγο είναι απαραίτητη μια παραπάνω έρευνα για τις θεραπείες που πρόκειται να εφαρμοστούν και στο τέλος θα πρέπει να υιοθετηθούν εκείνες που προέρχονται από ερευνητικά στοιχεία. Ιδιαίτερη σημαντικότητα έχει αυτή η άποψη, γιατί η ενασχόληση παθολογικά με τα τυχερά παιχνίδια έχει άμεση σύνδεση με αρκετές ιατρικές ασθένειες, η οποία οδηγεί στην αύξηση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και έτσι προκύπτει το αποτέλεσμα να φέρει το αυξημένο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (Οικονόμου και συν., 2015).

Α.3.5 Διαδίκτυο – Θεραπεία

Ένας ακόμη εθισμός, που λαμβάνει χώρα στην ζωή του ανθρώπου είναι το διαδίκτυο. Μπορεί να μην είναι αναγνωρισμένο σαν μια οντότητα, όμως έχει ένα ρόλο «προβληματικό» στην καθημερινότητα του ανθρώπου, καθώς υπάρχει μέσα στο οικογενειακό, εργασιακό και προσωπικό του περιβάλλον. Έτσι δημιουργούνται και κάποιες αρνητικές συνέπειες με την συνεχή παρουσία του στην ζωή του ανθρώπου. Σημαντικό είναι να αναγνωρίζεται ο εθισμός αυτός και οι συνέπειες που φέρει, έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν αργότερα οι αρνητικές συμπεριφορές που θα υπάρξουν. Μέσα από αυτόν τον εθισμό, είναι λογικό να υπάρξουν συναισθήματα θυμού, φόβου και ενοχής καθώς και άλλων ψυχικών διαταραχών, όπου θα πρέπει το άτομο να μπορέσει να επεξεργαστεί και να τα διαμορφώσει, έτσι ώστε να μην έχει επιβαρυντικά και άσχημα αποτελέσματα στην ζωή του, αλλά και προς τα άτομα που τον περιβάλλουν. Έτσι οι ειδικοί της ψυχικής υγείας προσπαθούν να προσεγγίσουν με θεραπευτικό τρόπο τα άτομα τα οποία πάσχουν από Διαταραχή Εθισμού στο Διαδίκτυο (Σφακιανάκης, Σιώμος, Φλώρος, 2012).

Έτσι προκύπτουν και κάποιοι στόχοι των θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι οποίοι αναφέρονται παρακάτω:

- *Η αναγνώριση του προβλήματος από την πλευρά του χρήστη και η ενθάρρυνση να το αντιμετωπίσει.*
- *Η αντιμετώπιση της άρνησης που παρατηρείται σε υψηλό ποσοστό στη διαταραχή και κυρίως στους εφήβους.*
- *Η θέσπιση ρεαλιστικών στόχων και η βαθμιαία απεμπλοκή από τις συμπεριφορές εθισμού.*
- *Βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων.*
- *Καλλιέργεια εναλλακτικών συμπεριφορών που επάγουν την ψυχική ευεξία.*
- *Η ανάκτηση του ελέγχου της χρήσης του Διαδικτύου και όχι η πλήρης αποχή, που συνιστά και την ειδοποιό διαφορά στην αντιμετώπιση των άλλων μορφών εθισμού.*
- *Η πρόληψη της υποτροπής* (Σφακιανάκης και συν., 2012, σελ. 90).

Από την άλλη βέβαια υπάρχουν και κάποια επιτυχή σημεία για την διαχείριση της χρήστης του Διαδικτύου, τα οποία είναι:

- *Η πιστή εφαρμογή του προγράμματος του Διαδικτύου.*
- *Η θετική ανατροφοδότηση από τα οικεία πρόσωπα.*
- *Η απόκτηση του ελέγχου πάνω στα χρηματικά ποσά που ξοδεύει ο χρήστης στις διαδικτυακές εφαρμογές.*
- *Η επάνοδος της εργασιακής / σχολικής επίδοσης στα προ του εθισμού επίπεδα.*
- *Η ενασχόληση με παλιές αγαπημένες δραστηριότητες.*
- *Η βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, περισσότερες κοινωνικές επαφές.*

- *Η αναγνώριση της προβληματικής χρήσης του Διαδικτύου από άλλο άτομο στο περιβάλλον του χρήστη. Άσκηση ενεργητικού συμβουλευτικού ρόλου για άτομα που αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα.*
- *Η χρήστη του Διαδικτύου που δεν εγείρει συναισθήματα στέρησης και επιθυμίας υιοθέτησης παλαιότερων σχημάτων χρήσης.*
- *Η προτίμηση για άμεση διαπροσωπική επαφή αντί της επαφής μέσω Διαδικτύου.*
- *Η αναγνώριση του εθισμένου εαυτού ως ξένου και διαφορετικού* (Σφακιανάκης και συν., 2012, σελ. 91).

Με σκοπό την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού έχουν υπάρξει αρκετές προσεγγίσεις, οι οποίες είναι η κινητοποιητική συνέντευξη, η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η παρέμβαση στην οικογένεια, οι ομάδες υποστήριξης (ομάδες 12 βημάτων ή ομαδική ψυχοθεραπείας), ενώ λίγα δεδομένα υπάρχουν για την φαρμακοθεραπεία (Σφακιανάκης και συν., 2012).

Α.4 Θεραπευτικές φάσεις και δραστηριότητες

Μια θεραπεία για να πραγματοποιηθεί χωρίζεται σε τρεις φάσεις. Οι φάσεις αυτές είναι: Η φάση της εισαγωγής, η φάση της εντατικής θεραπείας και η φάση της επανένταξης (Πουλόπουλος, 2005).

Ένα άτομο εξαρτημένο προτού αποφασίσει να ενταχθεί σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα ή σε μια θεραπευτική κοινότητα είναι υποχρεωμένο να γνωρίζει, με μια ενημέρωση που θα του γίνει από τους αρμόδιους, τους κανονισμούς και την διαδικασία του προγράμματος σε μια πιο εξωτερική βάση. Ο σκοπός αυτής της ενημέρωσης είναι η ενίσχυση της κινητοποίησης των μελών με αποτέλεσμα να είναι ενήμεροι για το πρόγραμμα και τις διαδικασίες του, που θα παρακολουθήσουν, με την ένταξη τους στην θεραπευτική κοινότητα. Το πρώτο στάδιο της θεραπευτικής αγωγής είναι «η φάση της εισαγωγής», κατά την οποία το καινούριο μέλος μαθαίνει την πολιτική, τις αρχές και τους κανόνες τους οποίους λειτουργεί μια κοινότητα και στην συνέχεια δημιουργεί σχέσεις προσωπικού και φιλικού επιπέδου με τα άλλα μέλη της κοινότητας. Ταυτόχρονα, η ομάδα της κοινότητας βοηθάει το άτομο να μαθαίνει την αξιολόγηση μιας κατάστασης όπου βρίσκεται, καθώς και τις ανάγκες που έχει να αντιμετωπίσει, να καταλαβαίνει τη φύση της εξάρτησης του και να δέχεται την διαδικασία της αλλαγής στην οποία έχει προσβληθεί. Όπως είναι φυσικό τον πρώτο καιρό θα υπάρχει αντίσταση από το άτομο που παρακολουθείται, καθώς και η επιθυμία γα χρήση ουσιών. Αυτό συμβαίνει, γιατί όταν ένα εξαρτημένο άτομο υπόκειται σε διαδικασία απεξάρτησης έρχονται στο φως οι φόβοι, οι ανησυχίες και οι συγκρούσεις, είτε εξωτερικές είτε εσωτερικές, με αρκετή ένταση, με αποτέλεσμα ο θεραπευόμενος να διακόψει την θεραπεία του και να υποπέσει ξανά στην χρήση τοξικών ουσιών, και ειδικά κατά τους τρεις πρώτους μήνες. Γι' αυτό τον λόγο, καλό είναι το άτομο που μπαίνει σε

διαδικασία παρακολούθησης ενός προγράμματος απεξάρτησης να παραμείνει σε αυτό για τρεις μήνες σίγουρα, ώστε να μην το εγκαταλείψει στην συνέχεια (Πουλόπουλος, 2005).

Εφόσον το άτομο ενταχθεί στην φάση της εισαγωγής, το επόμενο στάδιο είναι η ένταξή του «στην φάση της εντατικής θεραπείας», η οποία έχει ως στόχο την ψυχική απεξάρτηση του ατόμου. Ο σκοπός της φάσης αυτής έχει θεραπευτικό περιεχόμενο, ο οποίος είναι η διαφορά και η αλλαγή στην στάση, στην συμπεριφορά του ατόμου, στις αντιλήψεις του όσο αναφορά τις ουσίες και την χρήση τους, καθώς και η παροχή βοήθειας ώστε να μάθει να αναγνωρίζει και να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές, εκπαιδευτικές, οικογενειακές, επαγγελματικές και ψυχολογικές ανάγκες του. Αποτέλεσμα αυτής της φάσης της θεραπείας είναι το άτομο να έχει την επιθυμία να βελτιώσει τις σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας, καθώς επίσης και με τα άτομα που τον περιβάλλουν σε προσωπικό και φιλικό επίπεδο και έχουν σημαντική αξία για τον ίδιο με την παρουσία τους στην ζωή του (Πουλόπουλος, 2005).

Σε άτομα που κάνουν κατάχρηση τοξικών ουσιών υπάρχει η δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων τους, θετικά ή αρνητικά, με μεγαλύτερη έμφαση στα αρνητικά συναισθήματα. Ορισμένα από αυτά τα αρνητικά συναισθήματα που πρέπει το εξαρτημένο άτομο να «βγάλει» από μέσα του είναι ο θυμός, ο πόνος, η ντροπή και η ενοχή που αισθάνεται για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Μεγάλη προσπάθεια χρειάζεται ωστόσο, για να διατηρήσει την αυτονομία του το άτομο κατά την διάρκεια δημιουργίας στενής σχέσης με άλλους ανθρώπους γύρω του. Σημαντικό επίσης είναι η αντικατάσταση των δραστηριοτήτων που έχουν σχέση με την χρήση των ουσιών με άλλες πιο ευχάριστες και δημιουργικές για το άτομο, ώστε να υπάρξει ένα καλύτερο αποτέλεσμα στην αλλαγή του τρόπου ζωής του. Με αυτόν τον τρόπο θα εξαλειφθούν τα συναισθήματα μοναξιάς και απώλειας που αισθάνεται το εξαρτημένο άτομο όταν διακόπτει την χρήση ουσιών. Με αυτές τις δραστηριότητες δημιουργείται η επιθυμία της άμεσης ικανοποίησης των «θέλω» του ίδιου του ατόμου και ξεκινούν να αντιμετωπίζονται οι σκέψεις και οι προβληματισμοί για τις απογοητεύσεις της ζωής. Η δυσκολία της φάσης αυτής συναντάται σε πιθανή υποτροπή και διακοπή της παρακολούθησης του προγράμματος απεξάρτησης που συμμετέχει το άτομο και γι' αυτό πρέπει να του παρουσιαστούν ως ευκαιρίες αλλαγής του στο μέλλον (Πουλόπουλος, 2005).

Οι δραστηριότητες τις οποίες περιλαμβάνει το ημερήσιο πρόγραμμα της φάσης της εντατικής θεραπείας είναι οι ομάδες αντιπαράθεσης (encounter groups), οι πρωινές συναντήσεις (morning meetings), οι διαδικασίες ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills), τα εκπαιδευτικά μαθήματα, τα σεμινάρια, οι εργασίες που χρειάζονται για τη λειτουργία της κοινότητας καθώς και οποιεσδήποτε άλλες δραστηριότητες και ειδικά προγράμματα. Σημαντική βοήθεια προσφέρουν οι ομάδες αυτοβοήθειας που είναι ένα από τα δυνατά εργαλεία, τα οποία δίνουν την ευκαιρία και την δυνατότητα στα μέλη να μάθουν να συζητούν για θέματα σχετικά με την κοινότητα και την λειτουργία των ομάδων. Έτσι με τον τρόπο αυτό υπάρχει η ενεργή συμμετοχή στις θεραπευτικές διαδικασίες. Τα μοντέλα των θεραπευτικών κοινοτήτων συμπεραίνουμε πως έχουν διαφορά με τα παραδοσιακά μοντέλα θεραπείας, όπως είναι τα ιδρύματα και τα νοσοκομεία στα οποία το προσωπικό είναι υπεύθυνο για αποφάσεις, τις οποίες τα εξαρτημένα άτομα είναι

υποχρεωμένα να τηρήσουν χωρίς να έχουν το δικαίωμα ενεργής συμμετοχής για την λήψη τους (Πουλόπουλος, 2005).

Μέσα στην εντατική θεραπεία η αντιμετώπιση των προβλημάτων που ώθησαν το άτομο στην χρήση ουσιών αποτελεί ακόμα έναν στόχο των θεραπευτικών κοινοτήτων. Ταυτόχρονα, στόχος της θεραπείας είναι να προσφέρει στο άτομο την δυνατότητα απόκτησης βιωμάτων ως πρότυπο οικογένειας, καθώς και ως μέλος της «οικογένειας» της θεραπευτικής κοινότητας, όπου αυτό συγκρίνεται με την απόκτηση της κατάλληλης συμπεριφοράς και των προτύπων που λαμβάνει το άτομο κατά την προεφηβική και εφηβική του ηλικία. Έτσι ουσιαστικά, μπορούμε να πούμε ότι καλύπτεται όποιο κενό έχει δημιουργηθεί σε εκείνη την χρονική περίοδο στη ζωή του ατόμου. Για να επιτευχθεί αυτή η προσπάθεια σε ένα ικανοποιητικό πλαίσιο θα πρέπει το άτομο να παραμένει σε ένα εντατικό περιβάλλον παρακολούθησης του προγράμματος, το οποίο θα διαρκέσει περίπου από 6 έως 12 μήνες και αυτό συνεχίζεται και στην επόμενη φάση η οποία είναι η κοινωνική επανένταξη. Αποτέλεσμα ενός απεξαρτημένου χρήστη είναι να γίνεται το πρότυπο για τα καινούρια μέλη που ξεκινούν κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης, σε αντίθεση με τα παλαιότερα μέλη της κοινότητας τα οποία μπαίνουν στον ρόλο των μεγαλύτερων «αδελφών». Με την ύπαρξη τους πετυχαίνεται ένα θετικό αποτέλεσμα στο άτομο, ενισχύοντας την κοινωνικοποίηση του και καλύπτοντας με έναν έμμεσο τρόπο τα συναισθηματικά προβλήματα που είχαν δημιουργηθεί στις σχέσεις του στο οικογενειακό αλλά και το ευρύ περιβάλλον του. Είναι απόλυτα λογικό και κατανοητό ότι με σκοπό την αλλαγή του ατόμου είναι απαραίτητο να αλλάξουν και οι ήδη υπάρχουσες σχέσεις του πριν και κατά την διάρκεια της χρήσης. Όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον, αλλά πιο πολύ τις αντιδράσεις της οικογένειας ως προς ένα μέλος της το οποίο είναι εξαρτημένο από ουσίες, είναι αρκετά κλονισμένο και επηρεασμένο αρνητικά. Αυτό συμβαίνει από την αρχή που παρουσιάζεται αυτό το φαινόμενο, αλλά και κατά την διάρκεια του. Παρ' όλα αυτά, με την κατάχρηση ουσιών είναι δυνατόν να καλυφθούν άλλα προβλήματα που απασχολούν την οικογένεια ή ακόμα περισσότερο το ίδιο το άτομο, εξασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο «μια ιδιότυπη ισορροπία» μέσα στον θεσμό της οικογένειας. Έτσι, η αποκατάσταση των σχέσεων μέσα στην οικογένεια μπορεί να αποκατασταθεί με την αντιμετώπιση εκείνων των οικογενειακών παραγόντων και προβλημάτων που θα διαιωνίσουν την χρήση των τοξικών ουσιών (Πουλόπουλος, 2005).

Ακόμα μια βασική μέθοδος κινητοποίησης και αλλαγής της συμπεριφοράς των μελών στα αρχικά στάδια της θεραπευτικής κοινότητας είναι η ύπαρξη και η σωστή χρήση κάποιων προνομίων και κυρώσεων, που αποσκοπούν στην συμπεριφορική θεραπεία του ατόμου. Βέβαια, οι κυρώσεις και τα προνόμια δεν είναι τα ίδια σε όλα τα θεραπευτικά προγράμματα. Μέσα σε όλο αυτό, η φύση και η χρήση των κυρώσεων μπορεί να έχουν ένα αρνητικό αποτέλεσμα το οποίο είναι μια έμμεση «ζημιά» μέσα στο περιβάλλον της κοινότητας, καθώς επίσης και να φέρει ευθύνη σε μια πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας. Πρόβλημα αποτελεί και η επανατοποθέτηση των μελών στην αρχική φάση της θεραπείας, που χρησιμοποιείται ως τη μέθοδο αντιμετώπισης της παραβίασης των βασικών κανονισμών της κοινότητας. Συχνή ένδειξη αποτελεί κάποιο πρόγραμμα το οποίο περιλαμβάνει ελλειπή πείρα σχετικά με την θεραπεία της τοξικοεξάρτησης, και αποτέλεσμα αυτού είναι να έχει αυστηρές δομές, με μια μικρότερη δεκτικότητα από τα μέλη, καθώς και

αυξημένη παρουσία της αρνητικότητας με ποσοστό κατάληξης στην διακοπή παρακολούθησης της θεραπείας (Πουλόπουλος, 2005).

Το τρίτο και τελευταίο στάδιο της θεραπείας ενός εξαρτημένου ατόμου είναι η «κοινωνική επανένταξη», όμως πριν φτάσει σε αυτό το στάδιο ο θεραπευόμενος, τα μέλη της θεραπευτικής κοινότητας οφείλουν και πρέπει να τον βοηθήσουν στην ανάπτυξη των προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του, ενισχύοντας έτσι την αυτοεκτίμηση και τον σεβασμό προς τον εαυτό του, αλλά και προς τους άλλους. Όλα αυτά μπορούν να επιτευχθούν μέσω των δραστηριοτήτων και των διαδικασιών στις οποίες υπόκειται το άτομο, κατά την παραμονή του στην θεραπευτική κοινότητα. Μια ολική απαλλαγή από οποιαδήποτε εξάρτηση και η ανεξαρτησία του ατόμου το οποίο ζει μέσα στην κοινωνία και στο σύνολό της είναι ουτοπική. Απαραίτητο είναι το άτομο να απαλλαχτεί από τις δύσκολες και επίπονες εξαρτήσεις της ψυχής, διότι αυτές είναι που τον κάνουν να μην λειτουργεί σωστά μέσα στο οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον του. Σκοπός άρα της θεραπείας είναι η ένταξη του ατόμου στην οικογένεια, στην εργασία, στην φιλία με έναν ομαλό και σταδιακό τρόπο, καθώς και η αποκατάσταση της σχέσης του ατόμου με τον ίδιο του τον εαυτό. Βασικός στόχος του τρίτου σταδίου της θεραπείας απεξάρτησης είναι η μετάβαση από την θεραπευτική κοινότητα στην ευρύτερη κοινωνία. Σειρά αποτελεί η εκπαιδευτική και επαγγελματική αποκατάσταση του ατόμου στο κοινωνικό σύστημα. Παρ' όλα αυτά η εδραίωση της τρίτης φάσης θεραπείας δεν είναι πάντα εφικτή και εύκολα πραγματοποιήσιμη με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα θεραπευτικά κέντρα στην κάθε χώρα, εξαιτίας της οικονομίας, του προσωπικού και των χώρων εγκατάστασης που χρησιμοποιούνται για την πραγματοποίηση και των δύο φάσεων θεραπείας κάποιες φορές. Άρα καταλαβαίνουμε πως τα χαρακτηριστικά και οι στόχοι της κοινωνικής επανένταξης διαφέρουν ανά χώρα. Τα θεραπευτικά κέντρα προσφέρουν υπηρεσίες οι οποίες περιλαμβάνουν συνεδρίες εκτός από ατομικές και οικογενειακές ομάδες αυτοβοήθειας και συμβουλές επαγγελματικού περιεχομένου (Πουλόπουλος, 2005).

Μέσα από όλα αυτά, προκύπτει το εξής ερώτημα: «Τι τελικά λειτουργεί θεραπευτικά σε μια θεραπευτική κοινότητα». Σε αυτήν την ερώτηση, η απάντηση δίνεται από τον Martien Kooyman (1994), σύμφωνα με τον οποίο υπάρχουν δεκαπέντε παράγοντες για την θεραπευτική διαδικασία. Οι παράγοντες στους οποίους αναφέρεται είναι ότι *«Ο πρώτος παράγοντας είναι ότι η θεραπευτική κοινότητα λειτουργεί ως υποκατάστατο της οικογένειας, ο δεύτερος, ότι διέπεται από σταθερή φιλοσοφία, ο τρίτος, ότι έχει συγκεκριμένη θεραπευτική δομή. Οι υπόλοιποι παράγοντες είναι η έμφαση που δίνει η θεραπευτική κοινότητα στην ισορροπία και στην δημοκρατία, στην θεραπεία, στην προώθηση της αυτονομίας, στην κοινωνική μάθηση διαμέσου της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και στην μάθηση μέσω της κριτικής προσέγγισης, στην 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, στην θετική πίεση στα μέλη από τους ομότιμους,*

στην κατανόηση και την έκφραση συναισθημάτων, στην μεταστροφή της αρνητικής στάσης απέναντι στη ζωή σε θετική και στην βελτίωση των σχέσεων με την οικογένεια προέλευσης» (Πουλόπουλος, 2005, σελ.104).

Εν συνεχεία, σύμφωνα με τον ίδιο τον συγγραφέα εάν κάποιος από τους παραπάνω παράγοντες λείπει από την θεραπεία, τότε αυτή δεν είναι το ίδιο αποτελεσματική. Οι θεραπευτικές κοινότητες, αποτελούν ένα δυναμικό φαινόμενο, το οποίο φέρει την υπόσχεση για καινούριες δυνατότητες θεραπείας της απεξάρτησης των ουσιών στο μέλλον, καθώς είναι δυνατό να θεωρηθεί και ως ένα μοντέλο θεραπείας και σε άλλες πολυάριθμες ομάδες που έχουν πρόβλημα αντιμετώπισης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η εξέλιξή τους (Πουλόπουλος, 2005).

Υπάρχει βέβαια και η πιθανότητα, παρ' όλα αυτά η θεραπευτική κοινότητα που ασχολείται με χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών να δεχτεί πολλές φορές μια αυστηρή κριτική. Όταν γίνει αυτή η κριτική έχει ως στόχαστρο την πίεση που γίνεται στα μέλη με σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Αποτέλεσμα της πίεσης αυτής κατά την διάρκεια της θεραπείας, είναι μερικά από τα άτομα που την παρακολουθούν να την εγκαταλείψουν σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ακόμα ένας λόγος όπου γίνεται η κριτική είναι το μεγάλο χρονικό διάστημα που χρειάζεται για να πραγματοποιηθεί σωστά, παρακολουθώντας και τα τρία στάδια, μια θεραπεία. Είναι λογικό όμως, ο χρόνος που θα ολοκληρωθεί μια θεραπεία να εξαρτάται από την θέληση και την πορεία του ατόμου που την παρακολουθεί, και γι' αυτό το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την ψυχική απεξάρτηση είναι ενδεικτικό (Πουλόπουλος, 2005).

Α.5 Προσεγγίσεις της εξάρτησης

Παραδοσιακά οι διάφορες «θεραπείες» παρουσιάζονται και κατηγοριοποιούνται ξεχωριστά για κάθε τοξική ουσία και οποιαδήποτε εξάρτηση. Οπότε καταλαβαίνουμε ότι η θεραπεία απεξάρτησης από τα οπιούχα είναι ανεξάρτητη από αυτή την θεραπεία απεξάρτησης από το αλκοόλ, όπου αυτή με την σειρά της διαφέρει από την θεραπεία απεξάρτησης από το κάπνισμα. Αποτέλεσμα της κάθε εξάρτησης είναι η ύπαρξη μεγάλων διαφορών οι οποίες αναφέρονται στις βιολογικές επιπτώσεις στο άτομο, στα σύνδρομα αποστέρησης και στις κοινωνικές στάσεις απέναντι στη συμπεριφορά, η οποία συνδέεται με την κάθε τοξικομανία. Βέβαια υπάρχουν και ορισμένες ομοιότητες στην θεραπεία, οι οποίες μας δείχνουν και μας κάνουν να καταλαβαίνουμε πως όλες οι τοξικές διαταραχές έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ τους (Jaffe et.al., 1980).

Η κατηγοριοποίηση των τοξικών εξαρτήσεων μπορεί να γίνει με ποικίλους τρόπους. Ένας τρόπος είναι να τις διαχωρίσουμε σε δυο κύριες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι η θεραπεία απομάκρυνσης του εξαρτημένου ατόμου όσον το δυνατόν γρηγορότερα από την τοξική ουσία στην οποία έχει υποβληθεί και στην συνέχεια να του χορηγηθεί η κατάλληλη βοήθεια, ώστε να συνεχίσει την αποχή από αυτή. Η δεύτερη κατηγορία είναι η θεραπεία εφαρμογής που χορηγείται στα άτομα τα οποία προσπάθησαν να

σταματήσουν την χρήση τοξικής ουσίας χωρίς αποτέλεσμα επιτυχίας, και έτσι έχει ως μέθοδο την χορήγηση ενός υποκατάστατου τοξικής ουσίας ή ακόμα και της αρχικής ουσίας με έναν διαφορετικό τρόπο χρήσης της, με σκοπό την ελαχιστοποίηση των βλαπτικών επιπτώσεών της. Βασικός σκοπός ύπαρξης και χορήγησης των υποκατάστατων τοξικών ουσιών, είναι «μια προσωρινή παύση» χρήσης της «πρωτότυπης ουσίας», με στόχο την ολοκληρωτική αποχή από την χρήση τοξικών ουσιών. Όπως είναι φυσικό υπάρχουν αρκετές υποκατηγορίες των δυο αυτών κατηγοριών, όπως επίσης και τα προγράμματα θεραπείας τα οποία αναφέρονται στον θεωρητικό προσανατολισμό του θεραπευτή και στην κάθε συγκεκριμένη τοξική ουσία. Τα οπιοειδή, το κάπνισμα, ο τζόγος και το αλκοόλ είναι κάποια παραδείγματα θεραπείας για την απεξάρτηση τους, όταν αυτά κατακλύσουν κάποιο «ευαίσθητο» άτομο για χρόνιο διάστημα στην ζωή του (Jaffe.et.al., 1980).

Ένα μεγάλο μέρος των θεραπειών με σκοπό την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τοξικές ουσίες αποτελούν οι θεραπευτικοί οργανισμοί ή τα κέντρα θεραπειών που απασχολούνται από τους συμβούλους τοξικοεξάρτησης, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχολόγους ή και ψυχιάτρους καθώς και από άλλους επαγγελματίες που έχουν ως μέλημα την υγεία του ατόμου. Ο τρόπος που μπορεί να γίνει η θεραπεία είναι είτε εξωτερικός είτε εσωτερικός. Αυτό σημαίνει ότι ένα άτομο το οποίο χρειάζεται απεξάρτηση μπορεί να παρακολουθήσει τα προγράμματα απεξάρτησης είτε διαμένοντας σε χώρο του θεραπευτικού οργανισμού κατά την διάρκεια της παρακολούθησής του, είτε διαμένοντας στο χώρο του, αλλά με συχνή παρακολούθηση από κάποιον ειδικό. Κάποιες από τις προσεγγίσεις – μέθοδοι για την αντιμετώπιση της εξάρτησης αποτελούν το ιατρικό μοντέλο, το ψυχοκοινωνικό μοντέλο, τα στεγνά προγράμματα και προγράμματα συντήρησης, τα κλειστά και ανοιχτά προγράμματα (Πουλόπουλος, 2011).

Όπως είναι φυσικό ανάμεσα στους ποικίλους θεραπευτικούς οργανισμούς και στα προγράμματα που διαθέτουν υπάρχουν αρκετές διαφορές, όμως με αρκετούς κοινούς σκοπούς και στόχους. Αρχικό μέλημα όλων των θεραπευτών εξάρτησης προς έναν θεραπευόμενο είναι η μείωση και η πλήρης αποχή από την χρήση παράνομων ουσιών πράγμα που το καθιστά ως πρώτο και βασικό στόχο των θεραπευτικών οργανισμών απεξάρτησης. Ως δεύτερος στόχος λαμβάνεται η δημόσια υγεία και ασφάλεια του πάσχοντος με τρόπο τέτοιο ώστε να μειώνεται ο βαθμός επικινδυνότητας για τον ίδιο. Τέτοιοι κίνδυνοι αποτελούν η άσχημη συμπεριφορά του ατόμου που κάνει χρήση ουσιών προς το περιβάλλον του (οικογενειακό, φιλικό, επαγγελματικό), καθώς και η περίπτωση μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών ή νοσημάτων σε κάποιο τρίτο άτομο. Σημαντική παρ' όλα αυτά είναι η αλλαγή ως προς κάτι καλύτερο της ψυχικής υγείας και έπειτα της σωματικής υγείας του ατόμου που παρακολουθείται, καθώς και η ευρεία κοινωνικοποίησή του με αποτέλεσμα όλα αυτά να συνθέτουν τον τρίτο στόχο των οργανισμών αντιμετώπισης της απεξάρτησης (Πουλόπουλος, 2011).

Ένας τρόπος για να μην υπάρξουν επιπτώσεις είτε στο ίδιο το άτομο που πάσχει από κατάχρηση ουσιών είτε σε κάποιο τρίτο άτομο ή και γενικά στο περιβάλλον του είναι η επαφή με τους θεραπευτικούς οργανισμούς της απεξάρτησης. Μέσω αυτής της επαφής επιτυγχάνεται η ασφάλεια του ίδιου του ατόμου τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε κοινωνικό, όπως και η ασφάλεια των ατόμων που τον περιβάλλουν.

Είναι αρκετά σημαντική η συμμετοχή σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα γιατί σύμφωνα με στοιχεία και με έρευνες που έχουν γίνει η κάθε θεραπεία που χορηγείται είναι σχεδόν πάντα αποτελεσματική και με αυτόν τον τρόπο εξαλείφεται κάθε τυχόν υποτροπή της πάθησης του ατόμου. Το συμπέρασμα λοιπόν είναι πως η παρακολούθηση κάποιου προγράμματος απεξάρτησης είναι απαραίτητη και αναγκαία για το θεραπευόμενο από την συνεχή αποχή του από αυτό (Πουλόπουλος, 2011).

Όπως είναι κατανοητό και λογικό η θεραπεία για την απεξάρτηση ενός ατόμου από τις ουσίες δεν είναι μια συγκεκριμένη, δηλαδή δεν αποτελεί ένα συγκεκριμένο μοντέλο θεραπείας. Τα προβλήματα, οι ανάγκες και η κινητοποίηση που χρειάζεται το άτομο πρέπει να γίνονται και να αντιμετωπίζονται σε σύντομο χρονικό διάστημα με σκοπό να υπάρχει η κατάλληλη ανταπόκριση από το εκάστοτε θεραπευτικό πλαίσιο (Πουλόπουλος, 2011).

Για να επιτευχθεί μια θεραπεία με σωστό τρόπο πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμη για τον ενδιαφερόμενο. Αυτό γιατί ορισμένα από τα εθισμένα άτομα δείχνουν αρνητική διάθεση στο να παρακολουθήσουν κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης. Οπότε οι θεραπευτικοί οργανισμοί ή τα κέντρα απεξάρτησης θα πρέπει να διαθέτουν προγράμματα και τμήματα ένταξης άμεσου χρονικού διαστήματος με σκοπό την εκκίνηση χορήγησης της θεραπείας. Βέβαια υπάρχει και η περίπτωση ένα εθισμένο άτομο να ξεκινήσει μια θεραπεία απεξάρτησης και να την σταματήσει ξαφνικά, αφήνοντας αρκετό καιρό να περάσει μέχρι την επόμενη προσπάθειά του να θεραπευτεί. Ο λόγος που ένα εθισμένο άτομο σε ουσίες θα ξεκινήσει μια θεραπεία είναι είτε εσωτερικός είτε εξωτερικός. Εσωτερικός θεωρείται από την στιγμή που αποφασίζει ο ίδιος να θεραπεύσει τον εαυτό του με την συμμετοχή του σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης καθώς επίσης και με την παρότρυνση του περιβάλλοντος του, το οποίο είναι η οικογένεια, οι φίλοι, η εργασία, όπου όλα αυτά αποτελούν τον εξωτερικό λόγο παρακολούθησης μιας θεραπείας. Υπάρχει όμως και η περίπτωση ο εξωτερικός λόγος απεξάρτησης να είναι αρνητικός και μη αποτελεσματικός προς το άτομο, όταν γίνεται με πίεση και αναγκαστικά (Πουλόπουλος, 2011).

Ο τρόπος που γίνεται η προσέγγιση ενός ατόμου μέσω των προγραμμάτων θεραπείας έχουν ιατροκεντρικό και ψυχοκοινωνικό σκοπό. Όταν αναφερόμαστε στην ιατροκεντρική προσέγγιση μιλάμε για προγράμματα που μπορούν να συνδυάσουν την ψυχολογική υποστήριξη με την παράλληλη χορήγηση ουσιών και η αναφορά στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση αποτελεί την αποχή από την χρήση ουσιών με σκοπό την αλλαγή του ατόμου (Πουλόπουλος, 2011).

Η θεραπευτική προσέγγιση του ΚΕΘΕΑ διακρίνεται με βάση διάφορα μοντέλα και μεθόδους, τα οποία παρουσιάζονται στη συνέχεια και είναι τα εξής:

Α.5.1 Ιατρικό μοντέλο

Το ιατρικό μοντέλο στηρίζεται στους βιολογικούς παράγοντες που μπορεί να προκάλεσαν την εξάρτηση, χωρίς ωστόσο να αγνοεί την ύπαρξη συναισθηματικών και κοινωνικών παραγόντων. Σύμφωνα με την ιατροκεντρική προσέγγιση, η εξάρτηση στηρίζεται στη γεννητική προδιάθεση ενός ατόμου, στην επίδραση των ουσιών στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να δημιουργείται η επιθυμία επανάληψης της χρήσης, καθώς και στη δημιουργία ενός μεταβολικού συνδρόμου, το οποίο εμφανίζεται μετά από μια περίοδο συνεχόμενης χρήσης. Για την αντιμετώπιση των βιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν τη διάθεση των ατόμων που είναι εθισμένοι, έχουν αναπτυχθεί θεραπευτικά προγράμματα που στηρίζονται κυρίως στη χορήγηση υποκατάστατων για τη απεξάρτηση, αλλά και από ένα σύνολο ενεργειών και διαδικασιών, όπως είναι η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, η συνεργασία μεταξύ των ατόμων, αλλά και με το θεραπευτικό προσωπικό, η παραπομπή των ασθενών σε πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια περίθαλψη εάν κρίνεται απαραίτητο, η εκπαίδευση των εξαρτημένων ατόμων και των οικογενειών τους, κ.λπ. Σημειώνεται ότι, η θεραπεία με την χρήση υποκατάστατων απευθύνεται αποκλειστικά σε άτομα εξαρτημένα από οπιούχα (ηρωίνη, κωδεΐνη) (Μάντση, 2014).

Α.5.2 Ψυχοκοινωνικό μοντέλο

Το ψυχοκοινωνικό μοντέλο στηρίζεται σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, βάσει του οποίου η εξάρτηση είναι ένα σύμπτωμα που προκαλεί ψυχολογική και κοινωνική δυσλειτουργία. Στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο εντάσσονται θεραπευτικές κοινότητες οι οποίες στοχεύουν στη διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν στην εξάρτηση, στην πλήρη αποχή των ατόμων, στην ενίσχυση των κοινωνικών και ψυχικών τους δεξιοτήτων, αλλά και στην ανάπτυξη μηχανισμών για την αντιμετώπιση προβλημάτων σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο, χωρίς να είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση ενός αντικειμένου για την αλλαγή της διάθεσης. Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ενεργή συμμετοχή του ατόμου σε καθημερινό πρόγραμμα το οποίο δύναται να περιλαμβάνει ατομική, ομαδική και οικογενειακή θεραπευτική προσέγγιση, καθώς επίσης και εκπαιδευτικές δραστηριότητες και δραστηριότητες ανάληψης ευθυνών (Μάντση, 2014).

Α.5.3 «Στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα

Στόχος των «στεγνών» θεραπευτικών προγραμμάτων είναι η ψυχοκοινωνική θεραπεία, η απεξάρτηση από όλες τις ουσίες και η κοινωνική επανένταξη του ατόμου. Τα προγράμματα αυτά δεν χρησιμοποιούν υποκαταστατικά φάρμακα ως μέθοδος αντιμετώπισης της εξάρτησης. Σύμφωνα με έρευνες το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (18 ΑΝΩ) και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ)

ήταν τα πρώτα θεραπευτικά προγράμματα στην Ελλάδα που εφαρμόστηκαν στις αρχές του 1980 με σκοπό θεραπείας, την εσωτερική παραμονή του θεραπευόμενου, με χρονικό διάστημα παραμονής του ενός χρόνου τουλάχιστον. Στην συνέχεια δημιουργήθηκαν και άλλα στεγνά προγράμματα και από άλλους φορείς, ένα από τα οποία είναι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης. Οι μέθοδοι των διάφορων τύπων «στεγών» θεραπευτικών προγραμμάτων, όπως είναι η ημερήσια παραμονή, ή τα εξωτερικά ιατρεία, ή τα προγράμματα για εφήβους, γυναίκες και άτομα με ψυχιατρική ανάγκη ή τα προγράμματα αυτοβοήθειας αποτελούν την ανάγκη για θεραπεία εξαρτημένων ατόμων με σκοπό την σωστότερη και καλύτερη ανταπόκριση στις ανάγκες των χρηστών (Γιωτάκος, 2015).

Το ποσοστό που καλύπτουν τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι στο 1/3 των θέσεων. Αυτό συνεπάγεται ότι τα άτομα που έχουν μεγάλο κίνητρο για θεραπεία ή τα άτομα που είναι μικρότερα σε ηλικία και δεν έχουν επιβαρυμένο ιστορικό εξάρτησης θα έχουν πιο σωστά και ικανοποιητικά αποτελέσματα από το πρόγραμμα εξάρτησης που παρακολουθούν. Με αυτόν τον τρόπο τα «στεγνά» προγράμματα βρίσκονται «ένα βήμα μπροστά» για την απόφαση της ένταξης και της θεραπείας του εξαρτημένου ατόμου σε πρόγραμμα απεξάρτησης (Γιωτάκος, 2015).

Α.5.4 Προγράμματα συντήρησης

Τα προγράμματα συντήρησης αποτελούν προγράμματα τα οποία αποσκοπούν στην χρήση υποκατάστατων και έχουν ως στόχο την μείωση της βλάβης για τους ασθενείς. Τα προγράμματα συντήρησης εφαρμόζονται συνήθως για την απεξάρτηση μέσω της χορήγησης φαρμάκων και όχι για τα προγράμματα ψυχοθεραπείας και συμβουλευτικής υποστήριξης. Απώτερος σκοπός τους είναι η πρόληψη της υποτροπής και η πλήρης απεξάρτηση του ατόμου, καθώς επίσης και η προσωπική του ανάπτυξη, η ενθάρρυνση και η αυτοβελτίωση (Μάντση, 2014).

Α.5.5 Συμβουλευτικά προγράμματα σε εξωτερικά ιατρεία

Στις Η.Π.Α υπάρχουν πολλά προγράμματα, που προσφέρουν ατομικό η ομαδικό «συμβουλευτικό πρόγραμμα» σε τοξικομανείς, που δεν θέλουν να νοσηλευτούν. Τα άτομα αυτά μπορούν να γίνουν μέλη ενός τέτοιου «συμβουλευτικού προγράμματος», πριν ή μετά από την περίοδο αποτοξίνωσης και έχει ως θέμα απασχόλησης τα προβλήματα της ζωής, τα οποία αναφέρονται στην εργασία, στις νομικές δυσκολίες και τις συζυγικές συγκρούσεις. Κάποια από τα προγράμματα προσφέρουν υγειονομικές υπηρεσίες καθώς και υπηρεσίες επαγγελματικού αναπροσανατολισμού. Ακόμα και αν αυτή η προσέγγιση είναι αρκετά ανθρωπιστική, οι ενδείξεις δεν είναι αρκετές, ώστε να αποδείξουν ότι ένα τέτοιο «συμβουλευτικό» πρόγραμμα, είναι επαρκές για την αλλαγή της ιστορίας της διαταραχής. Σύμφωνα με μελέτες μακρόχρονης

παρακολούθησης που έχουν γίνει δείχνουν, ότι κάποια από τα άτομα που έκαναν χρήση τοξικών ουσιών συνεχίζουν να πηγαίνουν καλά και μετά από 1 ή 2 χρόνια από το τέλος της συμμετοχής τους σε αυτά τα προγράμματα. Υπάρχουν βέβαια και τα άτομα τα οποία διέκοψαν την θεραπεία από την πρώτη τους κιόλας επίσκεψη, όμως και αυτά συνεχίζουν να τα πηγαίνουν το ίδιο καλά (Jaffe.et.al., 1980).

Μια μέθοδος μερικών θεραπευτικών προγραμμάτων ήταν η εφαρμογή των «εξαρτημένων συμπτωμάτων αποστέρησης», όπου σε συνδυασμό με τα κλασσικά «συμβουλευτικά προγράμματα», θα χορηγούνταν στους ασθενείς ουσίες με αρκετά μεγάλη δράση, οι οποίες ανταγωνίζονταν τα οπιοειδή, όπως είναι η naltrexone ή cyclazocine. Αυτό το έκαναν γιατί οι ουσίες αυτές καταλαμβάνουν τους δέκτες των οπιοειδών και δεν έχουν μεγάλη δράση ή ακόμα πολλές φορές η δράση τους είναι μηδαμινή. Έτσι, εμποδίζουν τα οπιοειδή να προκαλέσουν την συνηθισμένη τους δράση τους, όπως είναι η ηρωίνη (Jaffe.et.al., 1980).

Υπάρχει η περίπτωση όμως, ορισμένα άτομα που παίρνουν την ανταγωνιστική ουσία να αισθανθούν την ανάγκη για χρήση ηρωίνης, είτε αυτό είναι λόγω της «εξαρτημένης αποστέρησης», είτε για οποιοδήποτε άλλο λόγω, ενδίδοντας όμως την ανάγκη αυτή, δεν θα νιώσουν κάποια ανακούφιση και ικανοποίηση από τα συμπτώματα της αποστέρησης και δεν θα «μαστουρώσουν». Ακόμα και μετά από τακτική χρήση της ηρωίνης δεν θα δημιουργηθεί κάποια εξάρτηση από αυτήν, γιατί η ηρωίνη δεν μπορεί να φτάσει στους κατάλληλους δέκτες. Με αυτά δεν σημαίνει ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες θα παίξουν σημαντικό ρόλο στην εξαρτημένη αντίδραση της αποστέρησης, δηλαδή μπορεί και να εξαφανιστεί πλήρως, καθώς και η αρκετά ενισχυμένη συμπεριφορά της ένεσης της τοξικής ουσίας θα χάσει την δύναμή της και αυτό γιατί δεν θα υπάρχει πια η αμοιβή - ενίσχυση της τοξικής ουσίας. Βέβαια ένα σημαντικό ¨πρόβλημα¨ που υπήρχε και υπάρχει είναι ότι οι χρήστες δεν είναι πάντα πρόθυμοι να κάνουν χρήση των ανταγωνιστικών ουσιών για χρόνια διαστήματα και γι' αυτό τον λόγο οι ερευνητές δεν είναι σε θέση να πιστοποιήσουν ότι αυτή η προσέγγιση είναι μακροπρόθεσμα αποτελεσματική (Jaffe.et.al., 1980).

Επιπλέον μέθοδοι έχουν ως σκοπό, οι τοξικομανείς να κινητοποιούνται στην ανοχή της αποστέρησης ή να μειώσουν την εσωτερική ένταση, η οποία θεωρείται ότι παίζει έναν ρόλο στην χρήση οπιοειδών μετά την φάση της αποστέρησης. Τέτοιες μέθοδοι είναι η ύπνωση, ο βελονισμός, ο Υπερβατικός Διαλογισμός και η βιο-ανάδραση. Παρά την ύπαρξη αυτών των μεθόδων, δεν έχει πιστοποιηθεί ακόμα από έρευνες η εγκυρότητα και η αποτελεσματικότητας τους μακροπρόθεσμα, όπως η περίπτωση του αλκοολισμού (Jaffe.et.al, 1980).

Α.5.6 Κλειστά και ανοιχτά προγράμματα

Τα θεραπευτικά προγράμματα διακρίνονται σε κλειστά και ανοικτά, ανάλογα με το αν ο θεραπευόμενος παραμένει στο χώρο της θεραπείας ή όχι. Όταν το άτομο παρακολουθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα και παραμένει στο χώρο της θεραπείας και μετά την διάρκεια της παρέμβασης, τότε το

πρόγραμμα χαρακτηρίζεται ως κλειστό. Από την άλλη πλευρά, σε ένα ανοικτό πρόγραμμα, ο θεραπευόμενος διαμένει στο σπίτι του και μεταβαίνει σε καθημερινή βάση στο κέντρο μόνο για τις προγραμματισμένες θεραπευτικές συναντήσεις (ΚΕΘΕΑ, Πως γίνεται η θεραπεία;).

Τα κλειστά προγράμματα αποτελούν τις θεραπευτικές κοινότητες. Πρόκειται για οικιστικές μονάδες στις οποίες διαμένει ο ασθενής για ένα διάστημα από 6 έως 12 μήνες προκειμένου το άτομο να αποκτήσει πλήρως τη λειτουργικότητά του και να επανέλθει στην κοινωνία (ΚΕΘΕΑ, Πως γίνεται η θεραπεία;).

Α.5.7 ΚΕΘΕΑ

Ένα από τα μεγαλύτερα δίκτυα υπηρεσιών απεξάρτησης και επανένταξης ενός ατόμου στην κοινωνία, στην Ελλάδα είναι το ΚΕΘΕΑ. Η ίδρυσή του ξεκινάει από αυτής της ΙΘΑΚΗΣ, η οποία ήταν η πρώτη Ελληνική Θεραπευτική Κοινότητα, το 1983, και είναι πάντα παρούσα στους χρήστες ουσιών καθώς και στις οικογένειες τους, πραγματοποιώντας το σκοπό ίδρυσής του. Η παροχή υπηρεσιών είναι δωρεάν και χωρίς να πρέπει ο ενδιαφερόμενος να περιμένει για να ενταχθεί σε ένα πρόγραμμα του. Ακόμα ένας σκοπός του ΚΕΘΕΑ είναι η αντιμετώπιση του προβλήματος και άλλων μορφών εξάρτησης, όπως είναι το αλκοόλ, ο τζόγος και το διαδίκτυο (Γιωτάκος, 2015).

Θέμα των θεραπευτικών προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ είναι η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της εξάρτησης και των προβλημάτων της, παρέχοντας έτσι μια συμβουλευτική θεραπεία απεξάρτησης, υποστήριξη της οικογενειακής φροντίδας για θέματα υγείας και νομικές εκκρεμότητες, εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση και φυσικά την επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία. Από την στιγμή που θα αρχίσει μια θεραπεία μέχρι και που θα τελειώσει δεν παρέχεται η χορήγηση φαρμακευτικών ή υποκατάστατων ουσιών με σκοπό την απεξάρτηση από τις τοξικές ουσίες. Κύριος στόχος ενός προγράμματος θεραπείας είναι ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση του συνόλου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι οφείλονται στην δημιουργία και την διατήρηση της εξάρτησης, έτσι ώστε το εξαρτημένο άτομο να αποκόψει οριστικά από αυτόν τον φαύλο κύκλο της. Με αυτόν τον τρόπο, το άτομο εμπλέκεται στο διαπροσωπικό του δίκτυο αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Λόγω αυτού, το εξαρτημένο άτομο δεν ονομάζεται και δεν αντιμετωπίζεται ως «ασθενής», ο οποίος συμμετέχει με παθητικό τρόπο σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, αλλά υποβάλλεται με την δική του θέληση και έναν ενεργό τρόπο σ' αυτό. Έτσι, ο θεραπευόμενος με την εθελούσια συμμετοχή του σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης, μπορεί να διατηρήσει το δικαίωμα που του παρέχεται, το οποίο είναι η διακοπή της παρακολούθησης του όταν το επιθυμεί ο ίδιος. Εφόσον, το ίδιο το άτομο πάρει την απόφαση να συμμετάσχει σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να συμμετάσχει ενεργά στις καθημερινές θεραπευτικές, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες (Γιωτάκος, 2015).

Επιπλέον, το ΚΕΘΕΑ είναι υπεύθυνο στην εφαρμογή προγραμμάτων που αφορούν την πρόληψη και την αγωγή της υγείας σε εκπαιδευτικές κοινότητες όλων των βαθμίδων, καθώς και σε ομάδες υψηλού

κινδύνου για χρήση ουσιών και τις τοπικές κοινωνίες. Πιο συγκεκριμένα, από το 1995 λειτουργούν με αρκετή μεγάλη εξέλιξη ο Τομέας Πρόληψης και το Πρόγραμμα Έγκαιρης Παρέμβασης ΠΛΕΤΣΗ, τα οποία απαρτίζουν το Δίκτυο Υπηρεσιών Πρόληψης και Έγκαιρης Παρέμβασης. Ο στόχος του ΚΕΘΕΑ όσον αφορά τον πληθυσμό των ατόμων που παρακολουθεί είναι τόσο ο γενικός πληθυσμός, όσο οι ομάδες και τα άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια της χρήσης ουσιών σε έναν αρκετά επικίνδυνο και μεγάλο βαθμό (Γιωτάκος, 2015).

Παρακάτω παρατίθονται τα στοιχεία τα οποία περιλαμβάνουν οι παρεμβάσεις πρόληψης και αντιμετώπισης της κατάχρησης των τοξικών ουσιών. Αυτές είναι οι εξής:

- *Εκπαίδευση εκπαιδευτικών κάθε βαθμίδας (νηπιαγωγείο, δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, τεχνική εκπαίδευση) σε θέματα διαχείρισης τάξη / ομάδας, στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη παιδιών και εφήβων και αξιοποίηση του ρόλου του εκπαιδευτικού και του σχολείου στην πρόληψη.*
- *Σχολές γονέων και ομάδες γονέων για την εκπαίδευσή τους σε γονεικές δεξιότητες και ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων στην οικογένεια, όπως οι ισχυροί δεσμοί και σχέσεις μεταξύ των μελών, θέσπιση κανόνων και σταθερών ορίων.*
- *Λειτουργία συμβουλευτικών σταθμών σε σχολές μαθητείας του ΟΑΕΔ με στόχο τη συμβουλευτική υποστήριξη εφήβων και νέων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να κάνουν χρήση ουσιών.*
- *Προγράμματα πρόληψης της διακοπής του σχολείου με εστίαση στην περίοδο των μεταβάσεων από το δημοτικό στο γυμνάσιο και από το γυμνάσιο στο λύκειο.*
- *Το Κοινοτικό Κέντρο Εφήβων, το οποίο λειτουργεί από το 2010 στο κέντρο των Εξαρχείων. Πρόκειται για μια υπηρεσία άμεσης πρόσβασης, η οποία ανταποκρίνεται στις νέες ανάγκες που παράγει ο συνδυασμός της κοινωνικοοικονομικής κρίσης και της εξάπλωσης της χρήσης ουσιών στον νεανικό πληθυσμό της Αττικής. Απευθύνεται σε εφήβους και νέους της Αθήνας με προβλήματα και δυσκολίες κοινωνικού αποκλεισμού, παραβατικότητας προσωπικά αδιέξοδα, χρήση ή / και κατάχρηση ουσιών. Περιλαμβάνει λειτουργία στεκιού, ομαδικές δραστηριότητες ψυχαγωγίας και ψυχοεκπαίδευσης, καλοκαιρινό πρόγραμμα για προεφήβους – εφήβους (11-16 ετών), συμβουλευτική νέων και των οικογενειών τους, καθώς και κοινοτικές παρεμβάσεις* (Γιωτάκος, 2015, σελ.245).

Α.5.8 ΚΕΘΕΑ Αριάδνη

Τα ΚΕΘΕΑ αποτελούν Κέντρα Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Πρόκειται για ολοκληρωμένα δίκτυα παροχής υπηρεσιών τα οποία έχουν ως στόχο να βοηθήσουν άτομα τα οποία έχουν κάποια εξάρτηση ώστε να επανενταχθούν στην κοινωνία. Οι υπηρεσίες των ΚΕΘΕΑ παρέχονται δωρεάν, χωρίς να υπάρχουν λίστες αναμονής από τα εξαρτημένα άτομα. Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα ΚΕΘΕΑ παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών το οποίο σχετίζεται με τη συμβουλευτική υποστήριξη του ατόμου αλλά και της οικογένειάς του,

την υποστήριξη σε θέματα υγείας, εκπαίδευσης και κατάρτισης, νομικές εκκρεμότητες, καθώς και στην εφαρμογή προγραμμάτων θεραπείας του εξαρτημένου ατόμου. Ο ολοκληρωμένος χαρακτήρας των ΚΕΘΕΑ διαπιστώνεται και από το γεγονός ότι παρέχονται και προγράμματα αγωγής υγείας στις κοινότητες, καθώς και προγράμματα πρόληψης από τις εξαρτήσεις (ΚΕΘΕΑ, Τι είναι το ΚΕΘΕΑ).

Το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ προσφέρει υπηρεσίες σε άτομα που έχουν εθιστεί και βρίσκονται στις Περιφέρειες Νοτίου Αιγαίου και Κρήτης. Το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ ιδρύθηκε το 1999 και έχει έδρα το Ηράκλειο. Παράλληλα, συμβουλευτικά κέντρα για την προετοιμασία της θεραπείας των ατόμων, βρίσκονται στο Ηράκλειο, τα Χανιά, τον Άγιο Νικόλαο, τη Ρόδο και την Κάλυμνο. Σημειώνεται ότι, τα θεραπευτικά προγράμματα και η ένταξη των εξαρτημένων ατόμων σε κάποια θεραπευτική κοινότητα, πραγματοποιούνται στην πόλη του Ηρακλείου, εκτός αν πρόκειται για άτομα που παραμένουν λειτουργικά και επομένως μπορούν να συμμετάσχουν σε ανοικτές δομές για την υλοποίηση του θεραπευτικού τους προγράμματος. Το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ παρέχει υπηρεσίες και προγράμματα απεξάρτησης σε άτομα που έχουν εθιστεί από παράνομες ουσίες, αλκοόλ και τυχερά παιχνίδια (ΚΕΘΕΑ, ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ).

Το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ παρέχει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας για τα άτομα που έχουν εξαρτηθεί σε παράνομες ουσίες, αλκοόλ ή/και τυχερά παιχνίδια. Το πρόγραμμα που παρέχεται ανήκει στην κατηγορία των στεγνών προγραμμάτων και η συμμετοχή των ατόμων σε αυτά είναι εθελοντική και χωρίς να απαιτείται κάποια οικονομική συνεισφορά. Σε πρώτη φάση, το κέντρο παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες, τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και απέναντι στην οικογένειά του. Στο ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ λειτουργεί συμβουλευτικό κέντρο τόσο στο Ηράκλειο, όσο και στις περιοχές του Λασιθίου και των Χανίων. Το συμβουλευτικό κέντρο εξειδικεύεται κυρίως σε άτομα που έχουν εθιστεί από παράνομες ουσίες. Στα πλαίσια των συμβουλευτικών υπηρεσιών, δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να συμμετέχει είτε σε ατομικές είτε σε ομαδικές συναντήσεις, να συζητά δικά του θέματα και να αναλαμβάνει μερικές ευθύνες με στόχο να ενισχυθεί η αυτοπεποίθησή του. Η συμμετοχή των εξαρτημένων ατόμων σε κάποιο από τα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ μπορεί να βοηθήσει τα άτομα στην προσπάθειά τους για απεξάρτηση, μέσα από διάφορους τρόπους. Χαρακτηριστικά παραδείγματα υπηρεσιών που παρέχονται από τα συμβουλευτικά κέντρα, με στόχο την απεξάρτηση του ατόμου είναι η προετοιμασία τους για την ένταξή τους στη θεραπευτική κοινότητα, η ενίσχυση του κινήτρου τους για να διακόψουν τον εθισμό μέσα από συζητήσεις και σεμινάρια, η ενημέρωση τους για τα θεραπευτικά προγράμματα, η παροχή διατροφής, ψυχιατρικής βοήθειας σε περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο, καθώς και η διενέργεια δωρεάν εξετάσεων. Πέραν όμως από τα εξαρτημένα άτομα, στα συμβουλευτικά κέντρα μπορούν να συμμετέχουν και τα μέλη των οικογενειών τους. Μεταξύ των συμβουλευτικών υπηρεσιών που παρέχονται προς τις οικογένειες των ατόμων, περιλαμβάνονται και η ενημέρωση για τα θεραπευτικά προγράμματα, η κινητοποίησής τους για την υποστήριξη των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης, καθώς και η προετοιμασία τους για την ένταξη του μέλους σε κάποιο πρόγραμμα (ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ, 2019).

Οι συμβουλευτικές υπηρεσίες του ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ επεκτείνονται και στους εφήβους, αλλά και σε άτομα που βρίσκονται ήδη σε κάποια φυλακή. Στην πρώτη περίπτωση, προσφέρονται συμβουλευτικές

υπηρεσίες σε άτομα ηλικίας μεταξύ 14 και 21 ετών, τα οποία είτε παρουσιάζουν κάποιο εθισμό, είτε βρίσκονται σε κάποιο πρώιμο στάδιο εξάρτησης. Βασικοί στόχοι της συμβουλευτικής μονάδας εφήβων είναι να αναγνωριστούν οι παράγοντες που οδηγούν τον έφηβο σε αυτή τη συμπεριφορά, να διαπιστωθεί ο βαθμός εμπλοκής τους στην εξάρτηση, να στηριχθούν οι οικογένειες των εφήβων και να συνειδητοποιήσουν την κατάσταση, καθώς επίσης και να παρασχεθούν υπηρεσίες πρωτογενούς πρόληψης. Όσον αφορά τη συμβουλευτική μονάδα των φυλακών, σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα που έχουν κάποια εξάρτηση παρουσιάζουν ένα ενδεχόμενο παραβατικής συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε σωφρονιστικά καταστήματα. Από το 2003 το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ έχει αναπτύξει συμβουλευτικά προγράμματα στις φυλακές Αλικαρνασσού, Νεάπολης, Χανίων και Αγιάς. Στόχος είναι η δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας και η ενίσχυση των φυλακισμένων από κάποια εξάρτηση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση πραγματοποιούνται ενέργειες όπως, η ενημέρωση για το κέντρο, για τις συνέπειες του εθισμού και των καταχρήσεων, η προετοιμασία για την ένταξη σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, καθώς και η δημιουργία κινήτρων για τους φυλακισμένους ώστε να συνεχίσουν τη θεραπευτική παρέμβαση και μετά την έξοδό τους από τη φυλακή (ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ, 2019).

Μετά τη συμβουλευτική υποστήριξη, το άτομο εντάσσεται στη θεραπευτική κοινότητα. Πρόκειται για την κύρια φάση του προγράμματος, όπου το άτομο ακολουθεί μια εντατική θεραπευτική διαδικασία διάρκειας 9 μηνών, σε ένα ασφαλές περιβάλλον, στο οποίο υπάρχουν και άλλα άτομα με την ίδια εξάρτηση. Στόχος της ένταξης στη θεραπευτική κοινότητα είναι η ενίσχυση των ατόμων, η αλληλοϋποστήριξή τους και η επανένταξή τους στην κοινωνία. Στη θεραπευτική κοινότητα υλοποιούνται προγράμματα και δράσεις με βασικό στόχο την πλήρη αποχή των ατόμων από την εξάρτησή τους, αλλά και την ψυχική τους απεξάρτηση. Παράλληλα, στόχοι των θεραπευτικών κοινοτήτων είναι ο επαγγελματικός προσανατολισμός των ατόμων, η απόκτηση κοινωνικών και ευρύτερων δεξιοτήτων και η υποστήριξη των μελών της κοινότητας και των οικογενειών τους. Οι κυριότερες θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται είναι τα εκπαιδευτικά σεμινάρια, οι ομάδες αυτοβοήθειας και οι οικογενειακές συνεδρίες, οι ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης και εξέλιξης και οι δημιουργικές δραστηριότητες (ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ, 2019).

Η τελευταία φάση του θεραπευτικού προγράμματος είναι το κέντρο κοινωνικής επανένταξης. Στην προκειμένη περίπτωση, το άτομο ενισχύεται να αναλάβει πλήρως τις ευθύνες του, να γίνει αυτόνομο και να δημιουργήσει σχέσεις τόσο σε οικογενειακό όσο και σε επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει επίσης και η περαιτέρω εκπαίδευση και κατάρτιση του ατόμου, ώστε να μπορεί να σταθεί στην κοινωνία σαν ισότιμο μέλος, αλλά και να προληφθεί ενδεχόμενη υποτροπή σε κάποια κατηγορία εξάρτησης (ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ, 2019).

Πέρα από τις βασικές δομές που περιγράφηκαν παραπάνω, το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ παρέχει επίσης τη δυνατότητα ανοιχτής υποστήριξης σε άτομα με εξαρτήσεις, καθώς και κέντρο οικογενειακής υποστήριξης. Οι ανοιχτές δομές υποστήριξης αναφέρονται κυρίως για άτομα που δεν είναι απαραίτητο να ενταχθούν σε κάποιο πρόγραμμα θεραπευτικής κοινότητας. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι άτομα που δεν έχουν τόσο προβληματική σχέση με την εξάρτηση, άτομα τα οποία μπορεί να έχουν ήδη παρακολουθήσει κάποιο

θεραπευτικό πρόγραμμα ή/και άτομα που μπορεί να είχαν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα στη φυλακή και τώρα έχουν αποφυλακιστεί. Όσον αφορά το κέντρο οικογενειακής υποστήριξης, απευθύνεται στους γονείς, στα αδέρφια και στους συντρόφους των εξαρτημένων ατόμων, με στόχο να ενημερωθούν για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του ατόμου, να στηριχθούν οι ίδιοι συναισθηματικά για τις αλλαγές στη ζωή του μέλους της οικογένειας, να είναι σε θέση να στηρίξουν συναισθηματικά το ίδιο το άτομο και να συμβάλλουν γενικότερα στη θετική έκβαση της θεραπευτικής παρέμβασης (ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ, 2019).

Α.6 Δυσκολίες/προκλήσεις απεξάρτησης

Η εξάρτηση βυθίζει το άτομο σε ένα φαύλο κύκλο από αρνητικά συναισθήματα και καταχρήσεις. Προκειμένου το άτομο να θεραπευτεί και να απεξαρτηθεί θα πρέπει να αναγνωρίσει το πρόβλημα και να επιθυμεί να βελτιώσει την υγεία του. Η άρνηση του προβλήματος και η μη αναζήτηση της κατάλληλης βοήθειας αποτελεί τους σημαντικότερους παράγοντες που εμποδίζουν τη θεραπεία του ατόμου από τον εθισμό. Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα δεν δέχονται ότι έχουν εξαρτηθεί από κάτι, ή ακόμα και αν το αποδεχθούν μπορεί να πουν ότι είναι σε θέση να το ξεπεράσουν μόνοι τους ή το ελέγχουν. Η άρνηση απέναντι στην εξάρτηση αποτελεί τη μεγαλύτερη δυσκολία προκειμένου το άτομο να ξεκινήσει μια θεραπεία απεξάρτησης. Σύμφωνα με τη θεωρία, η άρνηση αποτελεί ένα από τα συμπτώματα της εξάρτησης και συνδυάζεται με το πόσο εξαρτημένο είναι ένα άτομο από κάποια κατάσταση (Μισουρίδου, 2015).

Μετά την αποδοχή της κατάστασης από το άτομο, ακολουθεί η θεραπευτική διαδικασία. Οι δυσκολίες που εντάσσονται στη συγκεκριμένη φάση και μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπευτική παρέμβαση είναι κατά κύριο λόγο η χαμηλή αυτοπεποίθηση των ατόμων, η συναισθηματική τους κατάσταση, καθώς και το πώς αντιμετωπίζουν τους γύρω τους και ειδικότερα τους θεραπευτές. Στο ξεκίνημα της θεραπείας τους, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα νιώθουν ντροπή για την παρουσία τους σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης, ενώ παράλληλα αισθάνονται φόβο, άγχος, ενοχές και μοναξιά, ενώ δυσκολεύονται να προσαρμοστούν και στην ομάδα. Πολλές φορές τα άτομα που εισέρχονται σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης μπορεί να το κάνουν εξαιτίας της πίεσης που μπορεί να έχουν δεχθεί από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αισθάνονται καχυποψία απέναντι στους επαγγελματίες υγείας και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Μία ακόμη δυσκολία που μπορεί να παρατηρηθεί κατά την θεραπευτική διαδικασία και κυρίως σε πρώιμη φάση της, είναι το ενδεχόμενο της υποτροπής. Τα συμπτώματα στέρησης και η αδυναμία του οργανισμού να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε υποτροπή (Μισουρίδου, 2015).

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι, σε περιπτώσεις που το άτομο μπορεί να έχει παρουσιάσει κάποια μετατραυματική διαταραχή άγχους, είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσει επιθετική συμπεριφορά τόσο απέναντι στους θεραπευτές, όσο και απέναντι στην ομάδα. Ο λόγος που συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι η

αναβίωση αισθημάτων φόβου και απειλής που μπορεί να σχετίζονται με τραυματικά γεγονότα από τη ζωή του ατόμου (Μισουρίδου, 2015).

Επιπλέον, οι δυσκολίες της απεξάρτησης δεν σχετίζονται αποκλειστικά με τη θεραπευτική παρέμβαση, αλλά με το γενικότερο τρόπο ζωής που θα έχει το άτομο στη συνέχεια της ζωής του. Μεταξύ των σημαντικότερων στόχων της απεξάρτησης είναι να μπορέσει το άτομο να αποκτήσει πλήρως την αυτοδυναμία του και να ενταχθεί στο κοινωνικό πλαίσιο. Για να συμβεί κάτι τέτοιο, τα θεραπευτικά προγράμματα θα πρέπει να αντιμετωπίσουν κάποιες προκλήσεις που σχετίζονται με τη ζωή του εξαρτημένου ατόμου. Για παράδειγμα, θα πρέπει να καλυφθούν τυχόν νομικές εκκρεμότητες του ατόμου, ή ακόμη και προβλήματα στέγασης. Επίσης, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, το άτομο θα πρέπει να είναι σε θέση να ενταχθεί στην αγορά εργασίας και να αναλάβει τις ευθύνες του. Θεωρείται, λοιπόν, σκόπιμο να προβλεφθούν οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις δυσκολίες επαγγελματικής αποκατάστασης των ατόμων. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, μεταξύ των δραστηριοτήτων στη θεραπευτική κοινότητα, υπάρχουν και αυτές που σχετίζονται με την απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων, αλλά και την επαγγελματική κατάρτιση των ατόμων (Μισουρίδου, 2015).

Α.7 Ολοκλήρωση/αποτελεσματικότητα θεραπείας

Η αποτελεσματική ολοκλήρωση της θεραπείας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους στόχους του ΚΕΘΕΑ. Σύμφωνα με τον απολογισμό του έτους 2018 από τα ΚΕΘΕΑ, ο αριθμός των θέσεων σε θεραπευτικές κοινότητες για τα άτομα με προβλήματα εθισμού σε παράνομες ουσίες, τυχερά παιχνίδια και αλκοόλ ανήλθε σε 4.867 άτομα. Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό 70%, το οποίο αντικατοπτρίζει τα άτομα που είχαν κάποια εξάρτηση, έχουν παρακολουθήσει ήδη ένα θεραπευτικό πλάνο και δεν έχουν εθιστεί εκ νέου σε διάστημα 5 έτη μετά τη θεραπευτική παρέμβαση. Επιπλέον, σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι σε ποσοστό 80%, τα άτομα αυτά έχουν ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο και πλέον εργάζονται (ΚΕΘΕΑ, 2019). Σε πρώτη φάση συμπεραίνεται ότι τα ΚΕΘΕΑ σχεδιάζουν, υλοποιούν και ολοκληρώνουν τις υπηρεσίες φροντίδας και θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων με ένα υψηλό ποσοστό αποτελεσματικότητας (Ζαραφωνίτου, 2019).

Προκειμένου μια θεραπεία να κριθεί αποτελεσματική θα πρέπει να έχουν συμβεί τα εξής:

- Να έχει εστιάσει στις εξατομικευμένες ανάγκες του ατόμου, καθώς για κάθε άτομο το πρόγραμμα μπορεί να διαφέρει
- Να είναι εθελοντική
- Να είναι άμεσα διαθέσιμη
- Να συμβάλλει στη συνολική αποκατάσταση του ατόμου, όπως για παράδειγμα να βοηθήσει στην επανένταξή του, στην πρόσβαση στην αγορά εργασίας, κ.λπ.

- Να είναι επαρκής ως προς τη χρονική της διάρκεια και τέλος
- Να αξιολογείται συνεχώς και να γίνονται οι απαραίτητες τροποποιήσεις (Ζαραφωνίτου, 2019).

Στη συνέχεια της παρούσας ενότητας παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία που αποδίδουν την αποτελεσματική εφαρμογή των θεραπευτικών δράσεων του ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα άτομα που δέχθηκαν συμβουλευτική φροντίδα από το κέντρο. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η συμβουλευτική φροντίδα αποτελεί το πρώτο στάδιο της θεραπευτικής παρέμβασης, ώστε να ενισχυθεί η αυτοπεποίθηση του ατόμου και να προετοιμαστεί εάν κριθεί απαραίτητο, για το επόμενο στάδιο.

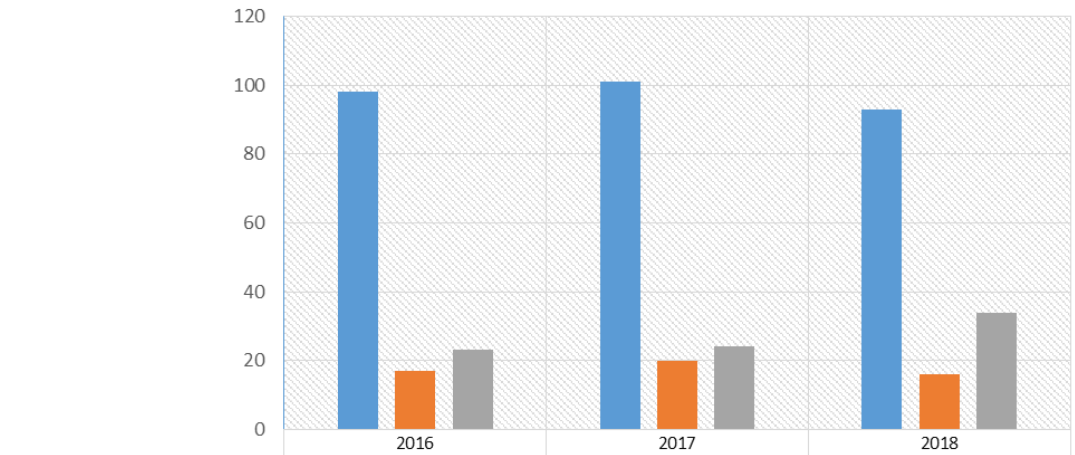
Πίνακας 1.
Παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών από το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ για τα έτη 2016 - 2018.

	2016	2017	2018
Έφηβοι	50	53	63
Ενήλικες (Ηράκλειο Κρήτης)	153	140	150
Ενήλικες (Άγιος Νικόλαος Κρήτης)	32	36	25
Ενήλικες (Χανιά)	61	87	53
Ενήλικες (Ρόδος)	60	100	85
Ενήλικες (Κάλυμνος)	-	6	8
Σύνολο	356	422	384
Πηγή: ΚΕΘΕΑ, 2019			

Την τριετία 2016 – 2018 το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ παρείχε συμβουλευτικές υπηρεσίες σε περισσότερα από 1.100 άτομα που είχαν εξαρτηθεί από παράνομες ουσίες, αλκοόλ ή/και τυχερά παιχνίδια. Το 2017 αποτέλεσε το έτος με τα περισσότερα άτομα που χρειάστηκαν συμβουλευτική υποστήριξη, ο αριθμός των οποίων ανήλθε σε 422. Από αυτούς, οι 53 ήταν έφηβοι, ενώ από τους ενήλικες οι περισσότεροι προήλθαν από το κέντρο του Ηρακλείου και της Ρόδου. Το έτος 2018, ο αριθμός των ατόμων μειώθηκε σε 384, ωστόσο αύξηση παρουσίασε ο αριθμός των εφήβων που ήταν εθισμένοι. Μάλιστα, οι έφηβοι που έχουν εξαρτηθεί και χρειάστηκαν συμβουλευτική υποστήριξη από το ΚΕΘΕΑ, παρουσίαζαν αυξητική πορεία από το 2016. Για το 2018 αύξηση παρουσίασε και ο αριθμός των ατόμων που χρειάστηκαν συμβουλευτική υποστήριξη στο Ηράκλειο Κρήτης (από 140 σε 50 άτομα), ενώ στα υπόλοιπα κέντρα σημειώθηκε μείωση. Αναφορικά με το 2016, ο συνολικός αριθμός των ατόμων που χρειάστηκαν φροντίδα ανήλθε σε 356, εκ των οποίων οι 50 ήταν έφηβοι (ΚΕΘΕΑ, 2019).

Το δεύτερο στάδιο της θεραπευτικής παρέμβασης για την απεξάρτηση, είναι η θεραπευτική κοινότητα στην οποία εντάσσεται ένα άτομο. Πρόκειται για το βασικό στάδιο της θεραπείας ενός ατόμου με

εξάρτηση. Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται ο αριθμός των εξαρτημένων ατόμων που παρακολούθησαν κάποιο εντατικό πρόγραμμα παρέμβασης, κάποιο ήπιο πρόγραμμα, καθώς και ο αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν σε ομάδες κοινωνικής επανένταξης για το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ, τα έτη 2016 έως 2018.



	2016	2017	2018
Μονάδες εντατικής απεξάρτησης	98	101	93
Μονάδες ήπιας παρέμβασης	17	20	16
Κέντρα κοινωνικής επανένταξης	23	24	34

Γράφημα 1. Άτομα που ακολούθησαν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα στο ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ για το διάστημα 2016-2018

Παρατηρείται ότι, οι περισσότεροι που εντάχθηκαν σε κάποια θεραπευτική κοινότητα, παρακολούθησαν προγράμματα εντατικής απεξάρτησης. Για όλα τα έτη, ο αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν σε συγκεκριμένα προγράμματα ξεπέρασε τους 90, με το έτος 2017 να ξεπερνάει τα 100 άτομα. Από την άλλη πλευρά, προγράμματα ήπιας παρέμβασης παρακολούθησαν μέχρι 20 άτομα ανά έτος και συγκεκριμένα το 2017, καθώς τα έτη 2016 και 2018 ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 17 και 16 άτομα. Τέλος, αρκετά χαμηλός ήταν και ο αριθμός των ατόμων που χρειάστηκε να συμμετάσχουν σε ομάδες κοινωνικής επανένταξης. Μόλις 34 άτομα συμμετείχαν σε κέντρα κοινωνικής επανένταξης για το 2018, ενώ τα προηγούμενα έτη ο αριθμός των ατόμων ήταν ακόμη μικρότερος και συγκεκριμένα, 24 και 23 για τα έτη 2017 και 2016 αντίστοιχα (ΚΕΘΕΑ, 2019).

Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν σε προγράμματα απεξάρτησης για τα έτη 2016 έως 2018, με βάση το είδος της εξάρτησης με το οποίο είχαν εθιστεί.

Γράφημα 2. Παροχή υπηρεσιών απεξάρτησης από το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ για το διάστημα 2016-2018, ανά κατηγορία εθισμού

Όπως παρατηρείται, οι περισσότεροι εξαρτώμενοι συμμετείχαν σε προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Για το έτος 2018, 138 άτομα ήταν εθισμένοι στο αλκοόλ, ενώ 89 άτομα παρακολούθησαν πρόγραμμα απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια. Αντίστοιχα στοιχεία προέκυψαν και για τα έτη 2017 και 2016. Και στις δύο περιπτώσεις, τα άτομα που συμμετείχαν σε θεραπευτικά προγράμματα παρουσίασαν αυξητική τάση. Σημειώνεται επίσης ότι, αρκετά υψηλός ήταν και ο αριθμός των οικογενειών των ατόμων που έλαβαν κάποια υποστήριξη. Για το έτος 2018, 97 άτομα συμμετείχαν σε προγράμματα οικογενειακής υποστήριξης, ενώ για το 2017 ο αριθμός αυτός ήταν υψηλότερος και συγκεκριμένα 115 άτομα (ΚΕΘΕΑ, 2019).

Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας ενός εξαρτημένου ατόμου φαίνεται να επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Αρχικά, έχει διαπιστωθεί ότι, η ολοκλήρωση ενός προγράμματος επανένταξης μπορεί να επηρεαστεί από χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως η πιθανότητα υποτροπής τους μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος και ο χρόνος διάρκειας της υποτροπής, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση. Αρχικά, όσο χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά υποτροπής, καθώς και ο μικρός χρόνος διάρκειάς της σε περίπτωση που υπήρχε, τόσο υψηλότερες ήταν οι πιθανότητες αποτελεσματικής ολοκλήρωσης της θεραπείας και επανένταξης του ατόμου. Επιπλέον, άτομα που είναι μεγαλύτερα από 50 ετών ή/και έχουν οικογένειες, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αποτελεσματικής

θεραπευτικής παρέμβασης. Πέρα από την επανένταξη των ατόμων στην κοινωνία, ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να κρίνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι το είδος του προγράμματος που έχουν ακολουθήσει. Έχει διαπιστωθεί ότι, η παρακολούθηση κλειστών προγραμμάτων συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής και χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, ενώ τα συγκεκριμένα προγράμματα φαίνεται να σχετίζονται θετικά με άτομα που έχουν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς επίσης και η οικογένεια, αλλά και να μην έχουν κάποια απασχόληση (Σεγρέδου, Κιοστεράκης, Τσιούγκρη, Πεταλωτής, Μουχτούρη, Πούλης, Μπάρας, Λυμνιούδης, & Τσακίρης, 2014).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Α.1 Η αναγκαιότητα συμμετοχής της οικογένειας

Ο εθισμός ενός ατόμου επηρεάζει σημαντικά και την οικογένειά του. Η διαπίστωση ότι ένα μέλος της οικογένειας έχει πάθει εξάρτηση από κάποια ουσία, αλκοόλ ή τυχερό παιχνίδι, αποτελεί ένα σοκ για αυτήν, ενώ σε περιπτώσεις όπως είναι η χρήση ναρκωτικών κυριαρχούν συναισθήματα πανικού και έντονης ανησυχίας. Η οικογένεια είναι πολύ σημαντικό να συμμετέχει σε προγράμματα υποστήριξης όταν κάποιο μέλος της είναι εξαρτημένο. Οι οικογένειες δεν έχουν την ικανότητα να οδηγήσουν τον χρήστη προς την παραδοχή του προβλήματος και επομένως, στην αντιμετώπισή του. Συνήθως, είναι εγκλωβισμένες σε μια πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων, όπως είναι η οργή, ο θυμός, οι ενοχές, η πικρία και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, η ίδια η οικογένεια αρνείται το πρόβλημα και είναι δύσπιστη με τη θεραπευτική παρέμβαση, καθώς θεωρεί ότι είτε δεν υπάρχει πρόβλημα ή ακόμη και εάν υπάρχει, ότι έχει προσπαθήσει τα πάντα για την αντιμετώπισή του (Μισουρίδου, 2015).

Σύμφωνα με την θεωρία η αποτελεσματικότητα της θεραπείας ενός εξαρτημένου ατόμου καθορίζεται από το βαθμό συμμετοχής της οικογένειας σε αυτήν. Προκειμένου μια θεραπεία να καταστεί αποτελεσματική θα πρέπει τα αρνητικά συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί από την υπάρχουσα κατάσταση να αντιμετωπιστούν. Το οικογενειακό σύστημα θα πρέπει να ηρεμήσει, ενώ θα πρέπει να παύσουν οι πιθανές συγκρούσεις που έχουν δημιουργηθεί μεταξύ των μελών της οικογένειας και του εξαρτημένου ατόμου. Ορισμένες συμπεριφορές όπως είναι οι απειλές, τα επικριτικά σχόλια και οι καβγάδες θα πρέπει να αποφεύγονται και να αντικαθίστανται από συμπεριφορές που ενισχύουν τις οικογενειακές σχέσεις και το ίδιο το άτομο. Τα άτομα της οικογένειας θα πρέπει να καταλάβουν το πρόβλημα και να είναι σε θέση να διαχειριστούν τις καταστάσεις που δημιουργούνται (Μισουρίδου, 2015).

Θεωρείται λοιπόν αναγκαίο, η οικογένεια να συμμετάσχει σε ένα πρόγραμμα υποστήριξης προκειμένου η θεραπευτική παρέμβαση να ολοκληρωθεί με επιτυχία. Η ενημέρωση που παρέχεται από αυτά είναι ζωτικής σημασίας για την θεραπευτική αντιμετώπιση του ατόμου. Μάλιστα, μέσα από τη συγκεκριμένη διαδικασία η οικογένεια θα μπορεί να δει το πρόβλημα αντικειμενικά και να διαχειριστεί τα αρνητικά συναισθήματα που έχουν αναπτυχθεί. Είναι σημαντικό για την οικογένεια να κατανοήσει ότι οι πράξεις του ατόμου που είναι εξαρτημένο σε παράνομες ουσίες, αλκοόλ ή τυχερά παιχνίδια, δεν είναι ηθελημένες, αλλά το άτομο είναι άρρωστο. Όταν η οικογένεια συνειδητοποιήσει ότι πρόκειται για ασθένεια τότε είναι σε θέση να αποδεχθεί την κατάσταση και να αποκλιμακωθούν οι εντάσεις. Επιπλέον, τα άτομα της οικογένειας που συμμετέχουν σε κάποιο πρόγραμμα υποστήριξης βοηθιούνται από τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να μην αισθάνονται ενοχές για την χρήση του μέλους, αλλά να αποδίδουν την ευθύνη στον ίδιο το χρήστη (Μισουρίδου, 2015).

Ένας ακόμη σημαντικός λόγος για τον οποίο η οικογένεια ενός εξαρτημένου ατόμου θα πρέπει να λαμβάνει υποστήριξη και να συμμετέχει στη θεραπευτική παρέμβαση είναι ότι, με αυτόν τον τρόπο τα άτομα θα μπορούν να παρηγορηθούν από άλλους, να μοιραστούν τις ανασφάλειές τους, καθώς και να κατευνάσουν τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν. Η ομαδική θεραπεία συμβάλλει στο να χτιστεί εμπιστοσύνη ανάμεσα στις οικογένειες των εξαρτημένων ατόμων, να ανταλλάξουν τις εμπειρίες τους και να δημιουργήσουν ένα πλαίσιο στο οποίο θα νιώθουν αποδοχή και όχι μειονεκτικά. Παράλληλα, το εξαρτημένο άτομο θα αναγνωρίσει την προσπάθεια των «δικών του» ατόμων και έτσι θα αποδεχτεί την κατάσταση και θα δημιουργήσει κίνητρα για την απεξάρτησή του. Είναι πολύ σημαντικό το άτομο που είναι εξαρτημένο να μπορεί να εκφράζει τα συναισθήματά του, είτε είναι θετικά, είτε αρνητικά, στα μέλη της οικογένειάς του. Κάτι τέτοιο θα έχει σαν αποτέλεσμα να ανακατασκευάσει την ταυτότητά του, ενώ τα μέλη της οικογένειας θα μπορούν να επαναπροσδιορίσουν τις σχέσεις μεταξύ τους (Μισουρίδου, 2015).

Ένας σημαντικός στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι και η πρόληψη μέσα από την υποστήριξη παιδιών των οποίων οι γονείς ή τα αδέρφια είναι εξαρτημένα άτομα, καθώς έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμπλακούν και τα ίδια στην χρήση (ΚΕΘΕΑ, 2018).

Όπως διαπιστώνεται η υποστήριξη της οικογένειας στη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης είναι πολύ σημαντική για την επιτυχημένη έκβασή της. Πέρα από την ενημέρωση και εκπαίδευση των μελών της, η αποδοχή της κατάστασης και η ώθηση που δίνεται στο εξαρτημένο άτομο, αποτελούν πολύ σημαντικά στάδια για την αποκλιμάκωση των αρνητικών συναισθημάτων και των εντάσεων μεταξύ όλων των μελών της οικογένειας (Μισουρίδου, 2015).

Α.2 Κινητοποίηση της οικογένειας

Όπως ήδη αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, η συμμετοχή της οικογένειας στο θεραπευτικό πλάνο για την απεξάρτηση είναι αναγκαία, προκειμένου να ολοκληρωθεί η παρέμβαση με επιτυχία. Μετά την αποδοχή ότι ένα μέλος της οικογένειας είναι εξαρτημένο από ουσίες, αλκοόλ ή τυχερά παιχνίδια και την αναγνώριση των προβλημάτων που έχει δημιουργήσει η εξάρτηση, τα μέλη της οικογένειας όπως επίσης και το ίδιο το άτομο θα πρέπει να εκπαιδευτούν στο να επιτύχουν την επιθυμητή αλλαγή. Με την έννοια της αλλαγής δεν νοείται η αλλαγή της συμπεριφοράς των μελών της οικογένειας προς το εξαρτημένο άτομο, αλλά η αλλαγή στο οικογενειακό σύστημα μέσω του οποίου το πρόβλημα θα μπορεί να αντιμετωπιστεί με ευκολία (Μισουρίδου, 2015).

Στα πλαίσια της κινητοποίησης της οικογένειας για την θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης, έχουν προταθεί ορισμένες στρατηγικές οι οποίες είναι εξής:

1. Η οικογένεια θα πρέπει να διατηρεί την ψυχραιμία της, ειδικότερα κατά τα πρώτα στάδια της θεραπείας, καθώς μπορεί να βιώσει τις πιο έντονες καταστάσεις. Παράλληλα, είναι πολύ σημαντικό να υπενθυμίζει στο άτομο τα θετικά της αποχής από την εξάρτηση.
2. Η οικογένεια θα πρέπει να αποδεχθεί την κατάσταση και να αποδώσει τις ευθύνες στο άτομο. Η αλλαγή είναι στα χέρια του ίδιου του ατόμου και επομένως, η οικογένεια θα πρέπει να αφήσει το άτομο να βιώσει τις αρνητικές καταστάσεις και όχι να προσπαθήσει να τον δικαιολογήσει. Για παράδειγμα, η οικογένεια δεν θα πρέπει να λέει δικαιολογίες στον εργοδότη του εξαρτημένου ατόμου προκειμένου να τον καλύψει. Σημειώνεται ότι, σε περιστατικά που μπορεί να φέρουν σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου, η οικογένεια θα πρέπει να λάβει τα απαραίτητα μέτρα και να μην αφήσει το άτομο να βιώσει μόνο του τις αρνητικές επιπτώσεις της εξάρτησης.
3. Κατά το στάδιο της απεξάρτησης, η οικογένεια θα πρέπει να επιβραβεύει το άτομο για την αποχή του και να κάνει πράγματα για να ενισχύσει ακόμη περισσότερο τα κίνητρα και τη διάθεσή του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα στην προκειμένη περίπτωση αποτελούν οι συζητήσεις, τα αγαπημένα φαγητά του ατόμου, τα φιλιά, η έκφραση όμορφων συναισθημάτων, τα δώρα, κ.λπ.
4. Η οικογένεια θα πρέπει να μάθει να επικοινωνεί με το εξαρτημένο άτομο, με τον κατάλληλο τρόπο. Σύμφωνα με την θεωρία, η επιτυχημένη επικοινωνία καθορίζεται από την προσφορά βοήθειας, την αποδοχή μέρους των ευθυνών όταν είναι απαραίτητο, την αυτονομία, την διατήρηση της θετικής στάσης, της έκφρασης των συναισθημάτων προς το άτομο και της κατανόησης της δικής του πλευράς.
5. Στα πλαίσια της κινητοποίησης της οικογένειας, προτείνεται η οργάνωση ανταγωνιστικών δραστηριοτήτων προκειμένου το άτομο να δημιουργεί ευχάριστες στιγμές, να αισθάνεται ότι μπορεί να αναλάβει ευθύνες και να μπορεί πάλι να γίνεται λειτουργικό.
6. Αποφυγή των περιστατικών βίας. Η οικογένεια θα πρέπει να εκπαιδευτεί στο να αναγνωρίζει τα συμπτώματα επερχόμενων βίαιων επεισοδίων, να αποσύρεται και να εξηγεί με τον κατάλληλο τρόπο στο άτομο ότι αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να οδηγήσουν σε συγκρούσεις.
7. Η οικογένεια θα πρέπει επίσης να έχει στιγμές οι οποίες θα είναι ανεξάρτητες από το άτομο, ώστε να μπορεί και αυτή να είναι λειτουργική. Τα μέλη της, θα πρέπει να έχουν τα δικά της ενδιαφέροντα, απασχόληση και δραστηριότητες, μέσω των οποίων θα χαλαρώνουν και θα αισθάνονται ευχαρίστηση.

Τέλος, να σημειώσουμε ότι, οποιαδήποτε αλλαγή στη συμπεριφορά της οικογένειας, μπορεί να επιφέρει αλλαγές στο οικογενειακό σύστημα. Ένα θετικό παράδειγμα είναι η προσπάθεια αναζήτησης εργασίας από ένα μέλος της οικογένειας, ή και η αναζήτηση ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Σε αυτές τις περιπτώσεις ακόμα και εάν το εξαρτημένο άτομο ήταν αρνητικό αρχικά, στην πορεία μπορεί να ενισχύσει τα κίνητρά του και να κινητοποιηθεί και το ίδιο προς αυτή τη κατάσταση (Μισουρίδου, 2015).

Α.3 Δυσκολίες/προκλήσεις στη θεραπεία της οικογένειας

Οι επιπτώσεις της καθημερινής χρήσης ενός ατόμου έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην οικογένεια. Τα μέλη της οικογένειας αδυνατούν να αποδεχθούν το πρόβλημα, όπως συμβαίνει και με την περίπτωση του ίδιου του εξαρτημένου ατόμου. Η άρνηση αποτελεί την σημαντικότερη δυσκολία για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Τα άτομα της οικογένειας δεν μιλούν ανοιχτά για τα πρόβλημά τους και δεν το κατονομάζουν βιώνοντας αίσθημα ντροπής. Παράλληλα, οι οικογένειες που έχουν μέλη με εξάρτηση προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα από μόνες τους, με αποτέλεσμα να αποκόπτονται από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Ο λόγος που συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι ότι οι οικογένειες αισθάνονται φόβο να μιλήσουν για το πρόβλημα καθώς θεωρούν ότι ο κόσμος θα τους κατακρίνει, ενώ επίσης αποτρέπουν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας από το να αναζητήσουν ενημέρωση ή βοήθεια από άλλους (Μισουρίδου, 2015).

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει μια οικογένεια που έχει κάποιο μέλος με εξάρτηση σχετίζονται με όλα τα μέλη της, όπως είναι οι γονείς, τα αδέλφια, οι σύζυγοι και τα παιδιά. Από την πλευρά των γονέων, όταν βλέπουν το παιδί τους να αποσύρεται, να αδυνατίζει, να έχει επιθετική στάση, να δημιουργεί καβγάδες, κ.λπ. εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής και σωματικής νοσηρότητας. Οι γονείς αισθάνονται ότι έχουν αποτύχει με το παιδί τους και βιώνουν έντονο άγχος. Σημαντικό πρόβλημα μεταξύ της σχέσης των γονέων δημιουργείται σε περιπτώσεις που υπάρχει διαφορετική αντιμετώπιση στο πρόβλημα. Για παράδειγμα, εάν ο ένας γονιός (συνήθως ο πατέρας) θέλει να διώξει το παιδί για να το συνετίσει και ο άλλος (μητέρα κυρίως) θέλει να το κρατήσει κοντά της για να το ελέγξει, είναι πολύ πιθανό να δημιουργηθούν καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και το διαζύγιο των γονέων. Όσον αφορά τα αδέρφια, ένα από τα κυριότερα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει η οικογένεια είναι να ασχοληθούν υπερβολικά με το εξαρτημένο άτομο, με αποτέλεσμα να αισθανθούν την έλλειψη ενδιαφέροντος από τους γονείς τους. Παράλληλα, τα αδέλφια μπορεί να θεωρήσουν ότι έχει υποτιμηθεί το κοινωνικό τους προφίλ και το όνομα τους, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ζημιωμένα από την κατάσταση εθισμού του αδερφού τους. Στην περίπτωση των συζύγων, η κατάχρηση οδηγεί σε προβλήματα κατάθλιψης, άγχους, σωματικών ενοχλήσεων, συγκρούσεων και φαινομένων βίας. Συνήθως, όταν το εξαρτημένο άτομο είναι ο άνδρας, οι γυναίκες βιώνουν χρόνια προβλήματα λεκτικής και σωματικής κακοποίησης. Παράλληλα, αναπτύσσονται έντονα συναισθήματα πόνου, θυμού, εκδικητικότητας, κ.λπ., ανάλογα με το στάδιο του προβλήματος. Τέλος, στην περίπτωση ύπαρξης παιδιών, η εξάρτηση δημιουργεί σε αυτά τα μεγαλύτερα προβλήματα. Η εξάρτηση συνεπάγεται την απώλεια φυσιολογικών αναπτυξιακών σταδίων και την ύπαρξη ενός υγιούς πατέρα για την δημιουργία μιας φυσιολογικής ζωής. Επιπλέον, η εξάρτηση συνεπάγεται περιορισμένο χρόνο του γονέα προς τα παιδιά, δημιουργώντας συναισθήματα ανασφάλειας, εγκατάλειψης, προδοσίας, θυμού και οργής για τα παιδιά, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις τα παιδιά μπορεί να αισθανθούν ενοχές για το κατά πόσο μπορεί να ευθύνονται τα ίδια για την κατάσταση που επικρατεί (Μισουρίδου, 2015).

Κατά την θεραπευτική παρέμβαση, οι δυσκολίες της οικογένειας έγκειται στο κατά πόσο είναι σε θέση να συμμετάσχουν στην θεραπευτική διαδικασία, να ενημερωθούν για την αντιμετώπιση του προβλήματος και να δείξουν θετική στάση στο να αποκαταστήσουν την λειτουργικότητα του ατόμου και ως εκ τούτου να εξομαλύνουν τις δυσλειτουργίες στο οικογενειακό σύστημα (ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ, 2019).

Α.4 Ολοκλήρωση/αποτελεσματικότητα θεραπείας οικογένειας

Τα Κέντρα Οικογενειακής υποστήριξης απευθύνονται στα μέλη της οικογένειας και σε άλλα άτομα του στενού περιβάλλοντος των χρηστών, προσφέροντας ενημέρωση, συμβουλευτική και θεραπευτική υποστήριξη. Η υποστήριξη της οικογένειας διαρκεί όσο και η συμμετοχή του εξαρτημένου στο πρόγραμμα. Το ΚΕΘΕΑ προσφέρει υποστήριξη στους οικείους του χρήστη, ακόμα και αν ο ίδιος δεν έχει ενταχθεί σε θεραπεία. Η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία είναι πολύ σημαντική για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του εξαρτημένου ατόμου, καθώς το άτομο ενισχύεται να παραμείνει στο θεραπευτικό πρόγραμμα, ενώ αυξάνει τα κίνητρά του για επίτευξη της αποχής και βελτίωσης της οικογενειακής και κοινωνικής του λειτουργικότητας (ΚΕΘΕΑ, 2018).

Τα κέντρα οικογενειακής υποστήριξης μπορούν να συμβάλλουν στη αποτελεσματικότητα της θεραπείας των εξαρτημένων ατόμων, καθώς μέσω αυτών η οικογένεια ενημερώνεται για την εξάρτηση και τις δυνατότητες της θεραπείας, ενώ παρέχεται προς αυτούς η αναγκαία συναισθηματική υποστήριξη. Επιπλέον, τα μέλη της οικογένειας εκπαιδεύονται για την υποστήριξη των εξαρτημένων ατόμων και παράλληλα τους κινητοποιούν να συμμετέχουν στη θεραπευτική κοινότητα. Η αποτελεσματικότητα της συμμετοχής της οικογένειας στο θεραπευτικό πλάνο διαπιστώνεται και από την ευαισθητοποίηση και των ίδιων των μελών της για συμμετοχή στις διαδικασίες, αλλά και στην βελτίωση της λειτουργικότητας και της επικοινωνίας στο οικογενειακό σύστημα. Τέλος, επιτυγχάνεται προσωπική ανάπτυξη για τα μέλη της οικογένειας που συμμετέχουν στην θεραπευτική διαδικασία, μέσω της συνύπαρξης σε ομάδες αυτοβοήθειας και δημιουργικές δραστηριότητες (ΚΕΘΕΑ, 2018).

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η παροχή υπηρεσιών υποστήριξης προς τις οικογένειες των εξαρτημένων ατόμων του ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ για τα έτη 2016 έως 2018.

Πίνακας 2. **Άτομα που δέχθηκαν οικογενειακή υποστήριξη από το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ για τα έτη 2016 - 2018.**			
	2016	2017	2018
Έφηβοι	166	100	131
Ενήλικες (Ηράκλειο Κρήτης)	240	265	233
Ενήλικες (Άγιος Νικόλαος Κρήτης)	62	43	51
Ενήλικες (Χανιά)	96	126	108
Ενήλικες (Ρόδος)	67	126	106
Ενήλικες (Κάλυμνος)	-	17	20
Σύνολο	631	677	649
Πηγή: ΚΕΘΕΑ, 2019			

Όπως παρατηρείται στο ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ συμμετείχαν σε προγράμματα οικογενειακής υποστήριξης περισσότερα από 600 άτομα σε ετήσια βάση. Για το έτος 2017 ο αριθμός των ατόμων ήταν αυξημένος σε σχέση με τα έτη 2016 και 2018, γεγονός που οφείλεται στον μεγαλύτερο αριθμό εξαρτημένων ατόμων που συμμετείχαν σε θεραπευτικά προγράμματα. Αναφορικά με τους ενήλικες, στο Ηράκλειο Κρήτης πραγματοποιήθηκαν τα περισσότερα προγράμματα, στα οποία συμμετείχαν 233 άτομα το 2018, ενώ τα προηγούμενα έτη ο αριθμός των μελών ήταν αυξημένος και ειδικότερα, 265 για το 2017 και 240 για το 2016. Για τη συγκεκριμένη τριετία ακολουθούν οι πόλεις των Χανίων και της Ρόδου, όπου το 2018 έλαβαν υπηρεσίες οικογενειακής υποστήριξης 108 και 106 άτομα αντίστοιχα, ενώ στις περιοχές του Αγ. Νικολάου και Καλύμνου η αντίστοιχη συμμετοχή για το 2018 ήταν 51 και 20 άτομα (ΚΕΘΕΑ, 2018).

Αναφορικά με τους εφήβους, τα μέλη των οικογενειών τους που παρακολούθησαν προγράμματα υποστήριξης ξεπέρασαν τους 100, με το 2016 να ανέρχεται στο υψηλότερο επίπεδο και συγκεκριμένα σε 166 άτομα. Σε αντίθεση με το σύνολο των οικογενειών που εξέλαβαν υπηρεσίες υποστήριξης για την απεξάρτηση, των οποίων ο αριθμός ήταν υψηλότερος για το έτος 2017, στους εφήβους, το έτος με τα περισσότερα προγράμματα ήταν το 2016. Για το έτος 2018, υπηρεσίες οικογενειακής υποστήριξης δέχθηκαν 131 μέλη από οικογένειες εξαρτημένων ατόμων (ΚΕΘΕΑ, 2019).

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Β.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Πρόκειται για μια ποιοτική έρευνα, η οποία έχει σκοπό να διερευνήσει μέσα από ημι-δομημένες συνεντεύξεις σε θεραπευτές του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη, τις αντιλήψεις τους γύρω από τους παράγοντες που κινητοποιούν τους εξαρτημένους και τις οικογένειες τους, να αναζητήσουν θεραπευτική βοήθεια, τις δυσκολίες της θεραπείας για τους εξαρτημένους και τις οικογένειες τους, τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ολοκλήρωση της θεραπείας των εξαρτημένων και της οικογένειας τους, καθώς και τις προτάσεις τους για την κινητοποίηση των εξαρτημένων και των οικογενειών τους για την αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας.

Τα ερευνητικά μας ερωτήματα, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις θεματικούς άξονες, είναι τα ακόλουθα:

Α. Κινητοποίηση για Θεραπεία

1. Ποιοι λόγοι συνήθως κινητοποιούν τους εξαρτημένους να αναζητήσουν βοήθεια από το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη;
2. Ποιοι λόγοι συνήθως κινητοποιούν τα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων να αναζητήσουν βοήθεια από το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη;

Β. Δυσκολίες Θεραπείας

3. Που συνήθως δυσκολεύονται οι εξαρτημένοι κατά την διάρκεια της θεραπείας τους;
4. Που συνήθως δυσκολεύονται τα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων κατά την διάρκεια της θεραπείας τους;

Γ. Ολοκλήρωση Θεραπείας

5. Ποιοι παράγοντες βοηθούν τους εξαρτημένους να ολοκληρώσουν την θεραπεία τους;
6. Ποιοι παράγοντες βοηθούν τα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων να ολοκληρώσουν την θεραπεία τους;

Δ. Προτάσεις

7. Τι θα προτείνατε για την βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας των εξαρτημένων;
8. Τι θα προτείνατε για την βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας των μελών της οικογένειας των εξαρτημένων;

Β.2 Ερευνητικό Σχέδιο

Το ερευνητικό σχέδιο περιλαμβάνει την διεξαγωγή ημι-δομημένων συνεντεύξεων σε 11μέλη του θεραπευτικού προσωπικού του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη, τα οποία έχουν κλινική εμπειρία τουλάχιστον δύο χρόνια στο ΚΕΘΕΑ. Οι συνεντεύξεις πάρθηκαν από μέλη του θεραπευτικού προσωπικού ΚΕΘΕΑ Αριάδνη από όλες τις μονάδες (Συμβουλευτικό Κέντρο Ηρακλείου, Θεραπευτική Κοινότητα, Μονάδα Συμβουλευτικής Χανίων, Συμβουλευτική Μονάδα Εφήβων, Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης, Ανοικτή Δομή Υποστήριξης Ηρακλείου).

Β.3 Δειγματοληψία

Όπως είναι γνωστό, το μέγεθος του δείγματος, καθώς και ο τρόπος επιλογής του αποτελούν αρκετά σημαντικά ζητήματα, τα οποία γίνονται αντικείμενο ενδιαφέροντος και προβληματισμού κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού μιας έρευνας.

σ Επαρκή, γιατί θεωρούμε ότι επιτρέπει την επίτευξη του στόχου της έρευνας μέσα στα χρονικά περιθώρια που διατίθενται για την ολοκλήρωση της ερευνητικής διπλωματικής εργασίας. Πρακτικά εφικτό, γιατί θεωρούμε πως δεν πρόκειται για έναν εξωπραγματικό και εκ των πραγμάτων μη εφικτό αριθμό, δεδομένου του αριθμού των μελών του θεραπευτικού προσωπικού του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη.

Η επιλογή του δείγματος σχεδιάστηκε να γίνει στο ΚΕΘΕΑ Αριάδνη, επειδή το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη είναι στην Κρήτη και η πρόσβαση σε αυτό θα ήταν πιο εύκολη για εμάς.

Βασική προϋπόθεση, όμως, προκειμένου το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα να θέσει στη διάθεσή μας τα στοιχεία του προσωπικού του, ήταν να πειστεί για την αξία και τη χρησιμότητα της έρευνας αυτής. Και κάτι τέτοιο κατέστη εφικτό, καθώς πρόκειται για μια έρευνα που ενδιαφέρεται για τις αντιλήψεις των θεραπευτών για την διαδικασία της απεξάρτησης. Ενώ τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα διατεθούν στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, προκειμένου να αξιοποιηθούν σε ερευνητικό, αλλά και κλινικό επίπεδο. Με τον τρόπο αυτό, η συνεργασία του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη για τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής, είχε κάποιο όφελος και για το ίδιο το Θεραπευτικό Πρόγραμμα.

Επιπλέον, θεωρήσαμε ότι είναι σημαντικό να συλλεχθούν πληροφορίες γύρω από τα ακόλουθα στοιχεία των συμμετεχόντων: φύλο, ηλικία, δομή του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη που εργάζονται στο παρόν, έτη κλινικής εμπειρίας στο ΚΕΘΕΑ, ειδικότητα και μεταπτυχιακές σπουδές, ώστε να έχουμε μια πληρέστερη εικόνα όσον αφορά το δείγμα μας. Κι όσον αφορά τα συγκεκριμένα αυτά χαρακτηριστικά, το δείγμα μας παρουσιάζει την ακόλουθη εικόνα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Κατανομή του φύλου των 11 μελών της συνέντευξης

Φύλο	**Συχνότητα**
Άνδρες	3
Γυναίκες	8
Σύνολο	**11**

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

Ηλικίες του δείγματος

Ηλικία	**Συχνότητα**
35	1
38	1
39	1
43	2
49	3
53	2
52	1
Σύνολο	**11**

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

Κατανομή της δομής που εργάζονται στο παρόν

Δομή που εργάζονται στο παρόν	**Συχνότητα**
Συμβουλευτικό Κέντρο Ηρακλείου	1
Θεραπευτική Κοινότητα	1
Μονάδα Συμβουλευτικής Χανίων	4
Μονάδα Εφήβων	2
Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης	1
Ανοιχτή Δομή Υποστήριξης	2

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.

Έτη κλινικής εμπειρίας στο ΚΕΘΕΑ

Έτη κλινικής εμπειρίας	Συχνότητα
22	2
23	1
7	1
18	2
11	1
3	1
2,5	1
5	1
2	1
Σύνολο	**11**

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.

Κατανομή των ειδικοτήτων

Ειδικότητες	Συχνότητα
Κοινωνικοί Λειτουργοί	1
Ειδικό Θεραπευτικό Προσωπικό	1
Νοσηλεύτρια	1
Κοινωνιολόγοι	4
Ψυχολόγοι	4

Β.4 Μέσα Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας σχεδιάστηκε να γίνει μέσω συνέντευξης. Παρόλο που οι συνεντεύξεις είναι χρονοβόρες και δαπανηρές, προσφέρουν πλούσια στοιχεία. Γι' αυτό και στις έρευνες που στηρίζονται στη συνέντευξη (ειδικά στη μη δομημένη ή ημι-δομημένη) τα μικρά δείγματα είναι συνήθως αποδεκτά (Breakwell, 1995).

Η συνέντευξη παρόλο που αποτελεί μια από τις πιο κοινά αναγνωρισμένες μορφές της ποιοτικής ερευνητικής μεθόδου, δεν παύει να αποτελεί μια επίπονη διαδικασία. Η καλή ποιοτική συνέντευξη είναι απαιτητική διανοητικά, πρακτικά, κοινωνικά και δεοντολογικά και χρειάζεται σκληρή και δημιουργική

εργασία. Τόσο ο σχεδιασμός και η διεξαγωγή των ποιοτικών συνεντεύξεων, όσο και η ανάλυση των παραγόμενων στοιχείων απαιτούν μεγάλη ανάλωση δεξιοτήτων, χρόνου και προσπάθειας (Mason, 2004).

Στην ποιοτική κοινωνική έρευνα χρησιμοποιείται ευρέως η συνέντευξη σε βάθος. Σε αυτό τον τύπο συνέντευξης ο ερευνητής κατευθύνει τον ερωτώμενο σε βασικά θέματα, αλλά ο ερωτώμενος αναπτύσσει τις σκέψεις και τις απόψεις του ελεύθερα και σε βάθος. Ο σκοπός της συνέντευξης αυτού του τύπου είναι η συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών για τις εμπειρίες, τις απόψεις, τις στάσεις και τις αναπαραστάσεις των συμμετεχόντων. Η μέθοδος της συνέντευξης και ιδιαίτερα αυτής της συνέντευξης βάθους, προϋποθέτει σημαντικές ατομικές και επικοινωνιακές δυνατότητες από την πλευρά του ερευνητή και αναγνώρισης των πολλαπλών κινδύνων που δύνανται να οδηγήσουν στη διαστρέβλωση των δεδομένων (Ιωσηφίδης, 2003).

Βασικό χαρακτηριστικό της ποιοτικής συνέντευξης είναι η παραχώρηση της δυνατότητας στον ερωτώμενο, να αναπτυχθούν τα θέματα όπως θέλει. Ο ερευνητής μεσολαβεί εκεί όπου χρειάζεται, με τις κατάλληλες ερωτήσεις για να συλλέξει περισσότερες πληροφορίες ή να καθοδηγήσει τον ερωτώμενο. Ειδικότερα, η ανοιχτή, μη τυποποιημένη, ευέλικτη μορφή συνέντευξης στηρίζεται σε κάποιες γενικές ερωτήσεις και θέματα που ο ερευνητής έχει προσδιορίσει να διερευνήσει εκ των προτέρων (Κυριαζή, 2011).

Για το λόγο αυτό επιλέχθηκε η ημι-δομημένη συνέντευξη, όπου ο ερευνητής προσαρμόζει την συζήτηση σύμφωνα με τους ερωτώμενους και του δίνεται η δυνατότητα ευελιξίας αναφορικά με τον τρόπο και τη σειρά που θέτει τις ερωτήσεις. Βασικά πλεονεκτήματά της είναι τα περιθώρια ελευθερίας που προσφέρει, καθώς επίσης και η δυνατότητα διερεύνησης θεμάτων εκτός λίστας, σε περίπτωση που προκύψει μια τέτοια ανάγκη (Κανδυλάκη, 2008).

Το σχέδιο της ημι-δομημένης συνέντευξης, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα, προέκυψε από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Συγκεκριμένα, αποτελείται από τέσσερις θεματικές ενότητες, οι οποίες περιλαμβάνουν 8 ερωτήσεις, ενώ η χρονική διάρκεια της συνέντευξης κυμάνθηκε από 30 έως 45 λεπτά.

Β.5 Μέθοδος Ανάλυσης

Σύμφωνα με τον Mason, η ανάλυση ποιοτικών δεδομένων δεν αποτελεί εύκολο έργο και η δόμηση εξηγήσεων πρέπει να γίνεται διεξοδικά με αυστηρότητα, φροντίδα και πολύ σκέψη. Η μέθοδος ανάλυσης που θα ακολουθήσει, τελικά, ο ερευνητής οφείλει να λαμβάνει υπόψιν της τον τρόπο με τον οποίο ο ερευνητής έχει συλλάβει και διατυπώσει τα ερευνητικά του ερωτήματα, τις φιλοσοφικές και μεθοδολογικές θέσεις που εμπεριέχονται και εκφράζονται σε αυτά, τον τρόπο σχεδιασμού της μελέτης του για τη στήριξη των θέσεων αυτών, καθώς και τις πραγματικότητες της ερευνητικής διαδικασίας, τις οποίες καλείται να αντιμετωπίσει.

Η ανάλυση περιεχομένου είναι η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιεί μια σειρά από διαδικασίες, διεργασίες για να βγάλει χρήσιμα συμπεράσματα από ένα κείμενο. Κεντρική ιδέα της ανάλυσης περιεχομένου είναι η κατηγοριοποίηση των πολλών λέξεων του κειμένου σε λιγότερες και μικρότερες κατηγορίες. Κάθε κατηγορία μπορεί να αποτελείται από μία ή περισσότερες λέξεις. Οι λέξεις, οι φράσεις ή οι άλλες μονάδες κατηγοριοποίησης που ταξινομούνται στην ίδια κατηγορία οφείλουν να έχουν την ίδια σημασία (Weber, 1990).

Κατά το Ναυρίδη (1994), η ανάλυση περιεχομένου είναι ένα σύνολο από τεχνικές που χρησιμοποιούνται στις επιστήμες του ανθρώπου για τη μελέτη διαφόρων κειμένων. Τα κείμενα αυτά μπορεί, μεταξύ άλλων, να είναι απαντήσεις σε ερευνητικές συνεντεύξεις. Το εμπειρικό αντικείμενο της ανάλυσης περιεχομένου είναι διάφορα κείμενα, με την ευρύτερη έννοια του όρου, μια έννοια που δεν περιορίζεται μόνο στο λόγο, γραπτό και προφορικό, αλλά περιλαμβάνει ακόμα εικόνες, χειρονομίες, συστήματα αντικειμένων μέσα στο χώρο, οτιδήποτε δηλαδή είναι δυνατό να «διαβαστεί».

Β.6 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Τα βήματα που ακολουθήσαμε για την συλλογή των δεδομένων της έρευνας καθώς και την ανάλυσή τους είναι τα ακόλουθα.

Καταρχήν, επιδιώξαμε και εν τέλει εξασφαλίσαμε την συνεργασία μας με το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη. Αυτό έγινε τόσο προφορικώς, όσο και εγγράφως, δια μέσου μιας προσωπικής επαφής με τον διευθυντή του Θεραπευτικού Προγράμματος Σκουλά Μιχαήλ. Το έγγραφο που χρησιμοποιήσαμε για την επιδίωξη συνεργασίας με το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη παρατίθεται στο Παράρτημα.

Έπειτα, έχοντας στην διάθεσή μας τα στοιχεία των εργαζομένων, αποφασίσαμε να απευθυνθούμε μονάχα σε όσους μάθαμε ότι είχαν κλινική εμπειρία δύο τουλάχιστον έτη. Πιο συγκεκριμένα, απευθυνθήκαμε σε αυτούς τηλεφωνικώς, ενημερώνοντάς τους για την έρευνά μας και προσκαλώντας τους να συμμετάσχουν σε αυτήν. Τα κίνητρα που δόθηκαν προκειμένου να συμμετάσχουν ήταν απλές ευχαριστίες.

Από το τηλέφωνο τους ενημερώναμε για την έρευνα και κανονίζαμε τον χρόνο και το μέρος για να μπορέσουμε να πάρουμε την συνέντευξη. Οι συνεντεύξεις προγραμματίστηκαν ανάλογα με το που και πότε μπορούσε ο καθένας.

Οι συνεντεύξεις που πήραμε ήταν έντεκα (11). Αμέσως μετά από κάθε συνέντευξη, κρατήθηκαν σημειώσεις γύρω από μη λεκτικές συμπεριφορές και εκφράσεις και γενικότερα για καθετί που προκάλεσε εντύπωση, όχι για να αναλυθούν, αλλά για να χρησιμοποιηθούν ως πλαίσιο για την ανάλυση των λεγομένων των συμμετεχόντων.

Οι συνεντεύξεις μαγνητοφωνήθηκαν και απομαγνητοφωνήθηκαν, αφού βέβαια είχε εξασφαλιστεί η συναίνεση των συμμετεχόντων γι' αυτό. Αν και πρόκειται για αρκετά χρονοβόρες διαδικασίες, η μαγνητοφώνηση και απομαγνητοφώνηση είναι χρήσιμες, καθώς μέσω αυτών είναι δυνατή και διαθέσιμη κάθε πληροφορία που αντλήθηκε από τον ερωτώμενο κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, αποτελώντας με τον τρόπο αυτό ένα πολύ σημαντικό βοήθημα κατά τη φάση της επεξεργασίας και ανάλυσης των απαντήσεων των συμμετεχόντων.

Β.6.1 Το κλίμα των συνεντεύξεων

Από το σύνολο των 11 συνεντεύξεων της έρευνας, οι τέσσερις από αυτές πραγματοποιήθηκαν στη μονάδα συμβουλευτικής Χανίων, μία στο συμβουλευτικό κέντρο Ηρακλείου, μία στη θεραπευτική κοινότητα, δύο στη μονάδα εφήβων, μία στο κέντρο κοινωνική επανένταξης και δύο στην ΑΔΥ.

Ένα κοινό χαρακτηριστικό στοιχείο των συνεντεύξεων της έρευνας ήταν ότι πραγματοποιήθηκαν σε ένα αρκετά ευχάριστο, ζεστό και φιλικό κλίμα. Το γεγονός αυτό οφείλεται, εκτός των άλλων, και στο ότι οι συμμετέχοντες, λόγω των προϋποθέσεων που είχαν τεθεί για συμμετοχή στην έρευνα, ήταν άνθρωποι που εκ των πραγμάτων ήταν ευαισθητοποιημένοι γύρω από το θέμα της έρευνας, έχοντας παράλληλα τη διάθεση να μοιραστούν και να καταθέσουν τη δική τους σχετική εμπειρία, κάτι που ενίσχυε το ήδη υπάρχον ενδιαφέρον κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων.

Η οικειότητα, η άνεση και η αμεσότητα που πολύ γρήγορα διαμορφωνόταν στην πλειονότητα των συνεντεύξεων λόγω των κοινών ενδιαφερόντων και της αίσθησης ουσιαστικής επικοινωνίας μεταξύ της ερευνήτριας και των συμμετεχόντων συνέβαλλε στο να προκύψουν αρκετά ενδιαφέρουσες κι εποικοδομητικές συζητήσεις. Το έκδηλο ενδιαφέρον των συμμετεχόντων για το υπό διερεύνηση θέμα πυροδοτούσε τη διάθεσή τους για ουσιαστική συζήτηση κι εμβάθυνση γύρω από αυτό, κάτι στο οποίο συνέβαλλε σημαντικά η δυνατότητα κατάθεσης της εμπειρίας τους και αναφοράς συγκεκριμένων από αυτήν παραδειγμάτων. Όλα τα παραπάνω είχαν ως αποτέλεσμα οι συνεντεύξεις στο σύνολό τους να αφήσουν μια αίσθηση αισιοδοξίας, δίνοντας μηνύματα ελπίδας αναφορικά με την διαδικασία και τα αποτελέσματα της απεξάρτησης.

Β.7 Ηθικά και Δεοντολογικά Ζητήματα

Καταρχήν, θεωρήσαμε ότι είναι πολύ σημαντικό, οι συμμετέχοντες να τύχουν μεταχείρισης που να είναι σύμφωνη με τα ηθικά και δεοντολογικά κριτήρια για τη διεξαγωγή έρευνας με συμμετέχοντες ανθρώπους.

Πιο συγκεκριμένα, θεωρήσαμε ότι είναι σημαντικό να μη δίνονται υποσχέσεις στους συμμετέχοντες που δεν μπορούν να τηρηθούν. Επιπλέον, πολύ σημαντικά στοιχεία που οφείλαμε να τηρήσουμε ήταν τα εξής: η συνεντεύκτρια να μη φέρει σε δύσκολη θέση τους συμμετέχοντες, να είναι συνεπής στις συναντήσεις της, η διάρκεια της συνέντευξης να μην υπερβαίνει το χρονικό όριο που έθεσε εξαρχής, καθώς και να ευχαριστεί τους συμμετέχοντες στη διαδικασία της ερευνητικής συνέντευξης για τη συνεργασία τους.

Ιδιαίτερη προσοχή θεωρήσαμε ότι έπρεπε να δοθεί στο θέμα της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων (πλήρης ενημέρωση γύρω από όσα οφείλουν να γνωρίζουν για την έρευνα προκειμένου να συμμετέχουν, να έχουν την ελευθερία να επιλέξουν να μη συμμετέχουν), της εξαπάτησής τους (παραπλάνηση, απόκρυψη σημαντικών πληροφοριών), της δυνατότητας αποχώρησής τους από την έρευνα όποτε το θελήσουν, της διατήρησης ανωνυμίας και εχεμύθειας σε σχέση με τα δεδομένα τους, καθώς, επίσης, και της προστασίας τους από σωματική ή ψυχική βλάβη κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Πριν ξεκινήσει κάθε συνέντευξη ενημερώναμε προφορικά τους συμμετέχοντες για την έρευνα και συγκεκριμένα το στόχο της, τις προϋποθέσεις συμμετοχής, το περιεχόμενο των ερωτήσεων της συνέντευξης και την χρονική διάρκειά της. Επίσης, τους δίναμε ένα έγγραφο στο οποίο τους ενημερώναμε για τα δικαιώματα τους, την συζήτηση για το θέμα της μαγνητοφώνησης και της ανωνυμίας. Ταυτόχρονα, παρεχόταν η δυνατότητα στο συμμετέχοντα να κάνει οποιαδήποτε διευκρινιστική ερώτηση σχετικά με την έρευνα και την διαδικασία της συνέντευξης. Τέλος, η διενέργεια της συνέντευξης προϋπέθετε ο συμμετέχων να διαβάσει και να υπογράψει το έντυπο συγκατάθεσής του, καθώς και να συμπληρώσει κάποια προσωπικά του στοιχεία. Τόσο το έντυπο συγκατάθεσης του συμμετέχοντα, όσο και τα στοιχεία που έπρεπε να συμπληρώσει ο συμμετέχοντας παρουσιάζονται στο Παράρτημα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων των 11 συνεντεύξεων θα γίνει σύμφωνα με τους τέσσερις βασικούς θεματικούς άξονες – κατηγορίες ερωτήσεων, πάνω στους οποίους βασίστηκαν οι ερωτήσεις της συνέντευξης. Κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα παρατίθενται αυτούσια αποσπάσματα από τις απαντήσεις των ερωτώμενων παράλληλα με τον εκάστοτε σχολιασμό.

Παρά τις όποιες διαφοροποιήσεις που υπάρχουν ανάμεσα στους συμμετέχοντες στην έρευνα, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της θα γίνει με τρόπο συνολικό, μιας και η έρευνα αυτή στοχεύει στο να καταδείξει το φάσμα, την ποικιλία των απόψεων των θεραπευτών του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη για την απεξάρτηση.

Β.1 Πρώτος άξονας – Κατηγορία ερωτήσεων: Κινητοποίηση για θεραπεία

Όσον αφορά τους **λόγους που ωθούν τους εξαρτημένους να αναζητήσουν βοήθεια από το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη**, σύμφωνα με τους ερωτώμενους, χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες: η οικογένεια (η πίεση που βιώνουν από το οικογενειακό περιβάλλον), το νομικό σύστημα (έχουν κάποια δικαστική απόφαση), τα προβλήματα υγείας (αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό θέμα υγείας και πρέπει να διακόψουν άμεσα) και το προσωπικό κίνητρο (η επιθυμία για αλλαγή).

«Η οικογένεια, το νομικό σύστημα και τα ιατρικά προβλήματα.»
«…3 κύριοι λόγοι που φέρνουν έναν άνθρωπο σε επαφή μαζί μας… Ο πρώτος λόγος συνήθως είναι η οικογένεια,… ο δεύτερος είναι η πίεση από τον νόμο,… είτε οι λόγοι υγείας...»
«Υπάρχει το εσωτερικό και το εξωτερικό κίνητρο… το εξωτερικό, δηλαδή η πίεση από την οικογένεια…»

Από την άλλη στην ερώτηση **ποιοι λόγοι κινητοποιούν τα μέλη της οικογένειας στο να αναζητήσει βοήθεια,** οι απαντήσεις που πήραμε ήταν πολλές. Ανάλογα με τις ηλικίες που συνεργάζονται οι ειδικοί, κυμάνθηκαν και οι απαντήσεις. Από το κέντρο εφήβων μας είπαν πως οι γονείς για να φτάσουν στο σημείο να αναζητήσουν βοήθεια πρέπει να βρουν κάτι (ουσία ή σύνεργα χρήστης), ή να δουν αλλαγή στην συμπεριφορά του παιδιού, ακόμα και κάποια αδικαιολόγητη πτώση στις σχολικές του επιδώσεις. Οι υπόλοιποι ειδικοί που ασχολούνται με ενήλικες, απάντησαν είτε η ενοχή του περιβάλλοντος και ο φόβος να μην πάθει κάτι, είτε το γεγονός ότι βλέπουν τον άνθρωπό τους να υποβαθμίζει την ποιότητα διαβίωσης του, χάνοντας την δουλειά του, απομακρύνεται από το κοινωνικό του περιβάλλον και από την οικογένειά του. Τέλος, αναφέρθηκε η βία που μπορεί να ασκεί ένας εξαρτημένος μέσα στην οικογένεια και το γεγονός ότι αντιλαμβάνονται πως δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα χωρίς την βοήθεια κάποιου ειδικού.

«Η ενοχή, ο φόβος να μην πεθάνει ένα μέλος της οικογένειας, ο θυμός, η ανησυχία, οι έντονες καταστάσεις που βιώνει όλη η οικογένεια μέσα από την χρήση που κάνει ο «εξαρτημένος».
«Νομίζω είναι ο περίγυρος…»
«Βλέπουν τον άνθρωπό τους που έχει οδηγηθεί σε εξαθλίωση…»
«Το ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.»
«Βία μέσα στην οικογένεια, ξυλοδαρμοί, κλοπές και γενικά δεν πάει η κατάσταση αυτή άλλο.»
«…βλέπουν οι γονείς κάτι στην συμπεριφορά του κυρίως και άλλοι βρίσκουν σημάδια χρήσης, δηλαδή θα βρούνε θρύμματα από ένα περίεργο τσιγάρο, θα μυρίσουν κάτι, δηλαδή είναι είτε η συμπεριφορά είτε κυριολεκτικά κάποια πραγματάκια που έχουν ανησυχητικές επιπτώσεις.»

Τελειώνοντας με τον πρώτο θεματικό άξονα, βλέπουμε ότι όλοι οι θεραπευτές συμφωνούν στους λόγους που οδηγούν έναν εξαρτημένο να αναζητήσει βοήθεια. Από την άλλη, όμως, οι απαντήσεις διέφεραν στους λόγους που οδηγούν την οικογένεια να αναζητήσει βοήθεια. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν ασχολούνται όλοι οι θεραπευτές με τις ίδιες ηλικίες, και το είδος της εξάρτησης διαφέρει από ηλικία σε ηλικία. Έτσι, οι θεραπευτές που ασχολούνται με μικρές ηλικίες παρουσιάζουν διαφορετικούς λόγους κινητοποίησης της οικογένειας απ' ότι οι θεραπευτές που ασχολούνται με μεγαλύτερες ηλικίες.

Β.2 Δεύτερος άξονας – Κατηγορία ερωτήσεων: Δυσκολίες θεραπείας.

Στην ερώτηση, **που δυσκολεύονται οι εξαρτημένοι κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας,** οι ειδικοί είπαν πως ο εξαρτημένος δυσκολεύεται στην αλλαγή, στο να εμπιστευτεί, στο σωματικό στερητικό σύνδρομο, στο να δεσμευτεί και στο να συνειδητοποιήσει αυτό που τον έφερε σε αυτό το σημείο.

Οι απαντήσεις που πήραμε σε αυτή την ερώτηση ήταν πολλές και διαφορετικές. Όμως όλες έχουν ένα κοινό στοιχείο, τον φόβο. Ο εξαρτημένος φοβάται να εμπιστευτεί τον θεραπευτή, φοβάται αυτό που θα νιώσει μόλις αρχίσει την θεραπευτική διαδικασία (το στερητικό σύνδρομο). Επίσης, φοβάται να δεσμευτεί σε μια κατάσταση γιατί δεν ξέρει αν θα ανταπεξέλθει. Τέλος, φοβάται να αναλογιστεί και να συνειδητοποιήσει τι είναι αυτό που τον έφερε σε αυτή την κατάσταση.

«στη φάση μεταξύ του τρίτου μήνα και του έκτου, όπου εμβαθύνουν στα προσωπικά βιώματα και σε βιώματα του παρελθόντος, στην συνειδητοποίηση και στην αλλαγή…»
«στο να αλλάξουν τις συνήθειές τους…»
«στην δέσμευση και στο να συνειδητοποιήσουν τι τους έφερε εδώ…»
«να δεσμευτεί να κρατήσει τον στόχο του…»

«στο σωματικό στερητικό σύνδρομο…»

Ως προς τις **δυσκολίες της οικογένειας κατά την θεραπευτική διαδικασία,** οι ερωτώμενοι απάντησαν πως οι οικογένειες δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να παραδεχτούν πως έχουν μερίδιο ευθύνης και να προχωρήσουν σε αλλαγές.

Για τις περισσότερες οικογένειες είναι δύσκολο να κατανοήσουν πως και αυτοί έχουν κάνει λάθη που οδήγησαν το άτομο τους να καταφύγει σε μια εξάρτηση. Γι' αυτό πολλές φορές όταν το συνειδητοποιήσουν εγκαταλείπουν την διαδικασία της απεξάρτησης, και πολλές φορές ακόμα παίρνουν και το εξαρτημένο μέλος τους.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, παρατηρούμε ότι τα μέλη της οικογένειας στρέφουν όλη τους την προσοχή προς το εξαρτημένο μέλος για να αποσπάσουν την προσοχή τους από κάποιο άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν. Για παράδειγμα, ένα ζευγάρι που τσακώνεται συχνά, στρέφει την προσοχή του προς το εξαρτημένο του παιδί, ώστε να μην συζητήσουν τις αιτίες των τσακωμών και οδηγηθούν ενδεχομένως, σε διαζύγιο.

«στην αναγνώριση και την ανάληψη ευθυνών…»
«να παραδεχτούν και να αποδεχτούν την προσωπική ευθύνη…»
«όταν η θεραπευτική διαδικασία απαιτεί να αλλάξουν και αυτοί…»
«στο να διαμορφώσουν μια διαφορετική ποιότητα σχέσης με τον εξυπηρετούμενο...»
«αποποιούνται τις ευθύνες…»

Κλείνοντας τον δεύτερο άξονα ερωτήσεων για τις δυσκολίες της θεραπευτικής διαδικασίας, φαίνεται ότι οι ερωτώμενοι μέσα από το σύνολο των απόψεών τους, δίνουν διάφορους λόγους για το που δυσκολεύεται ένας εξαρτημένος κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Από την άλλη όμως, όλοι δείχνουν να συμφωνούν στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η οικογένεια, υποστηρίζοντας ότι έχουν πρόβλημα στο να αποδεχτούν τις ευθύνες τους.

Β.3 Τρίτος άξονας – Κατηγορία ερωτήσεων: Ολοκλήρωση θεραπείας.

Όσον αφορά τους **παράγοντες που βοηθούν τους εξαρτημένους να ολοκληρώσουν την θεραπευτική διαδικασία,** οι απαντήσεις που πήραμε ήταν το προσωπικό κίνητρο, η θεραπευτική σχέση και η θεραπευτική ομάδα. Επίσης, η οικογένεια κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο.

Για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία της απεξάρτησης, αρχικά ο εξαρτημένος πρέπει να βρει τι είναι αυτό που του δίνει ελπίδα και να βάλει έναν στόχο. Επίσης, η σχέση που θα δημιουργήσει με τον

θεραπευτή του καθώς και με την θεραπευτική ομάδα. Ακόμα ένας σημαντικός παράγοντας είναι το οικογενειακό περιβάλλον του εξαρτημένου.

«να αναζητήσει ή να δημιουργήσει αυτό που του δίνει ελπίδα…»
«η θεραπευτική σχέση και η θεραπευτική ομάδα…»
«το προσωπικό κίνητρο…»

Σχετικά με τους **παράγοντες που βοηθούν την οικογένεια να ολοκληρώσει τη θεραπεία,** οι περισσότεροι υποστήριξαν πως είναι οι ομάδες αυτοβοήθειας και το υποστηρικτικό δίκτυο. Επίσης, το να αναγνωρίσουν τις ευθύνες τους και να θέλουν να κάνουν μια αλλαγή.

Το οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να εμπιστευτεί τους ειδικούς και το πλαίσιο. Είναι καλό γι' αυτούς να βρίσκονται σε ομάδες, να βλέπουν απόφοιτους και να γνωρίζουν άτομα που τα έχουν καταφέρει. Πρώτα όμως πρέπει να αποδεχτούν τις ευθύνες τους, να αναγνωρίσουν που έχουν φταίξει και να επιδιώξουν την αλλαγή.

«όταν καταλάβουν ότι έχουν μερίδιο ευθύνης…»
«όταν καταλάβουν πως πρώτα πρέπει να βοηθήσουν τον εαυτό τους και έπειτα τον άνθρωπό τους…»
«η δύναμη που παίρνουν όταν συνειδητοποιούν πως δεν είναι μόνοι…»

Ολοκληρώνοντας τον τρίτο θεματικό άξονα, συμπεραίνουμε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα, στο σύνολό τους, αναφέρουν πως οι παράγοντες που βοηθούν στην ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας για τον εξαρτημένο είναι η θέληση του ίδιου για αλλαγή και οι σχέσεις που αναπτύσσουν με την θεραπευτική ομάδα. Όσον αφορά την οικογένεια, όλοι υποστήριξαν πως ο σημαντικότερος παράγοντας είναι οι ομάδες αυτοβοήθειας.

Β.4 Τέταρτος άξονος – Κατηγορία ερωτήσεων: Προτάσεις

Αναφορικά με την ερώτηση για το **τι θα πρότειναν στους εξαρτημένους που δεν έχουν αναζητήσει ακόμα βοήθεια,** οι ειδικοί τους παροτρύνουν να δοκιμάσουν και να αναζητήσουν επαγγελματική βοήθεια. Η διαδικασία της απεξάρτησης δεν είναι μια εύκολη διαδικασία, δεν είναι όμως και κάτι το αδύνατο. Με θέληση και υπομονή όλοι μπορούν να τα καταφέρουν. Τους παρακινούν, λοιπόν, να κάνουν το πρώτο βήμα, να δοκιμάσουν και να εμπιστευτούν.

«Να ζητήσουν βοήθεια. Να δουν τι πραγματικά χάνουν με την χρήση.»
«Δομές υπάρχουν. Θεραπείες υπάρχουν. Θέλει κόπο, θέλει χρόνο, θέλει πολύ προσπάθεια.»

«Μόνο εσύ μπορείς, αλλά δεν μπορείς μόνος.»
«να σηκωθούν και να δοκιμάσουν…»
«χρειάζονται βοήθεια για να τα καταφέρουν γιατί μόνοι δεν μπορούν…»

Ανάλογες ήταν και οι απαντήσεις για το **τι θα πρότειναν στις οικογένειες των εξαρτημένων**. Πιο συγκεκριμένα, τους παροτρύνουν να μην εθελοτυφλούν, να αναζητήσουν βοήθεια και να αναγνωρίσουν την σοβαρότητα της κατάστασης.

Είναι σημαντικό οι οικογένειες να καταλάβουν πως η απεξάρτηση δεν είναι μια εύκολη διαδικασία και είναι κάτι το οποίο δεν μπορούν να καταφέρουν αν δεν αναζητήσουν επαγγελματική βοήθεια. Θα πρέπει λοιπόν, «να αφήσουν στην άκρη» άλλα προβλήματα που τους απασχολούν και να ξεπεράσουν φόβους που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν, ώστε να αναζητήσουν βοήθεια όσο το δυνατόν πιο γρήγορα.

«Να ζητήσουν βοήθεια. Δεν μπορούν μόνοι.»
«όσο δεν ζητάτε βοήθεια αφήνετε την εξάρτηση να σας κλέβει τη ζωή της οικογένειας. Αναζητήστε βοήθεια!»
«να βγάλουν το δάχτυλο μπροστά από το μάτι, να δουν το πρόβλημα και να αναζητήσουν βοήθεια.»
«Να κατανοήσουν τη φύση της εξάρτησης για να μπορέσουν να την αντιμετωπίσουν.»
«Θα πρέπει να αναλογιστούν την σημαντικότητα που έχουν στις ζωές των μελών της οικογένειάς τους και πόσο μπορούν να τους επηρεάσουν.»
«οφείλετε να ζητήσετε βοήθεια. Πρώτα για τους ίδιους και στη συνέχεια για την οικογένειά σας.»

Τελειώνοντας με τον τέταρτο και τελευταίο θεωρητικό άξονα για τις προτάσεις, οι ερωτώμενοι στο σύνολό τους προτείνουν στους εξαρτημένους και στις οικογένειες τους να αναζητήσουν βοήθεια. Αναγνωρίζουν ότι δεν είναι εύκολη διαδικασία αλλά ξέρουν πως είναι ο μόνος τρόπος για σίγουρα αποτελέσματα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας, η οποία έγινε με βάση τους τέσσερις θεματικούς άξονες-κατηγορίες των ερωτήσεων της συνέντευξης, φαίνεται ότι παρέχει σημαντικά στοιχεία αναφορικά με τις αντιλήψεις των μελών του θεραπευτικού προσωπικού του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη για την απεξάρτηση. Και ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων που ακολουθεί, ο οποίος βασίζεται, τόσο στο αρχικά παρατιθέμενο θεωρητικό πλαίσιο, όσο και στα ίδια τα αποτελέσματα της έρευνας, προκύπτει βάσει των ειδικότερων αυτών θεματικών αξόνων-κατηγοριών των ερωτήσεων της ερευνητικής συνέντευξης.

Σύμφωνα με τη Κ. Μάτσα (2008), οι παράγοντες που οδηγούν τους εξαρτημένους να αναζητήσουν βοήθεια είναι οι πιέσεις από το φιλικό και το οικογενειακό περιβάλλον, οι δικαστικές αποφάσεις, η έλλειψη φαγητού και στέγης, το κυνηγητό με την αστυνομία, το αίσθημα μοναξιάς και εγκατάλειψης, ο φόβος της φυλακής όπως και προβλήματα υγείας. Ο πιο σημαντικός παράγοντας όμως είναι ότι δεν αντέχουν πια τον εαυτό τους και θεωρούν ότι έχουν πέσει πολύ χαμηλά. Αυτό σε συνδυασμό με το αίσθημα του φόβου του θανάτου τους οδηγούν στο να αναζητήσουν βοήθεια. Σύμφωνα με τον Χ. Πουλόπουλο (2005) υποστηρίζει πως ο πρώτος παράγοντας που κινητοποιεί τους εξαρτημένους είναι το ποινικό σύστημα και ο δεύτερος το οικογενειακό περιβάλλον.

Αναφερόμενοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα, στους λόγους που κινητοποιούν τους εξαρτημένους να αναζητήσουν βοήθεια, φαίνεται να γνωρίζουν καλά τους λόγους με βάση την εμπειρία τους αλλά και τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει. Συμφώνησαν όλοι στο ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι τρεις: η οικογένεια, η υγεία και δικαστική απόφαση.

Οι απόψεις των θεραπευτών του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη φαίνεται να συμφωνούν με όσα βρήκαμε στην βιβλιογραφία, με μικρές διαφορές στην σειρά προτεραιότητας. Δηλαδή, ο Πουλόπουλος υποστηρίζει ότι ο πρώτος παράγοντας που κινητοποιεί τους εξαρτημένους να αναζητήσουν βοήθεια είναι το ποινικό σύστημα, ενώ οι θεραπευτές πιστεύουν πως είναι η οικογένεια. Καθώς επίσης, η Μάτσα αναφέρει ως παράγοντες κινητοποίησης την έλλειψη φαγητού και στέγης, το κυνηγητό με την αστυνομία, το αίσθημα μοναξιάς και εγκατάλειψης, το φόβος της φυλακής όπως και τα προβλήματα υγείας.

Επίσης, όσον αφορά τους λόγους που κινητοποιείται η οικογένεια που έχει ένα εξαρτημένο μέλος αναγνωρίζει το πρόβλημα από την αρχή, όμως αρνείται ενδόμυχα να το αντιμετωπίσει. Δυσκολεύονται στο να αναζητήσουν βοήθεια γιατί σκέφτονται την γνώμη του κοινωνικού τους περίγυρου. Όταν λοιπόν το πρόβλημα φτάσει σε ένα σημείο το οποίο δεν μπορούν να το «ελέγξουν» ή δημιουργείται μια πολύ δυσάρεστη κατάσταση μέσα στην οικογένεια, τότε αποφασίζουν να αναζητήσουν βοήθεια από τους ειδικούς (Γεωργάκας, 2007).

Τα μέλη του θεραπευτικού προσωπικού, από την άλλη, μας έδωσαν ποικίλες απαντήσεις. Το διαφορετικό περιεχόμενο των απαντήσεων είχε να κάνει με το πρόγραμμα στο οποίο εργαζόταν ο κάθε ειδικός. Αυτοί που εργάζονται με έφηβους υποστήριξαν πως οι λόγοι που ωθούν τους γονείς να

αναζητήσουν βοήθεια είναι οι αλλαγές που παρατηρούν στην συμπεριφορά των παιδιών τους. Από την άλλη, οι ειδικοί που ασχολούνται με ενήλικες υποστήριξαν πως οι παράγοντες που οδηγούν την οικογένεια να αναζητήσει βοήθεια είναι ο φόβος, διότι ο εξαρτημένος έχει γίνει επιθετικός, ή ο φόβος να μην πεθάνει, ή το ότι η κατάσταση έχει φτάσει στο απροχώρητο. Οι ειδικοί λοιπόν, φαίνεται να γνωρίζουν καλά τους λόγους που ωθούν τα μέλη της οικογένειας να αναζητήσουν βοήθεια και το πώς πρέπει να τους συμπεριφερθούν ώστε να μπορέσουν να τους βοηθήσουν.

Σύμφωνα με τον Γεωργάκα (2008), οι λόγοι που κινητοποιούν την οικογένεια να αναζητήσει βοήθεια είναι επειδή η κατάσταση έχει φτάσει στο απροχώρητο και δεν μπορούν να ελέγξουν το εξαρτημένο μέλος. Αντίθετα, οι θεραπευτές κατατάσσουν τους λόγους σε κατηγορίες, ανάλογα με τις αλλαγές στην συμπεριφορά των παιδιών, με τον φόβο να μην πεθάνει το εξαρτημένο μέλος και με τον φόβο για την σωματική τους ακεραιότητα.

Στην διάρκεια της διαδικασίας της απεξάρτησης, τα άτομα πρέπει να αλλάξουν ορισμένες συνήθειες που είχαν, ώστε να αντιμετωπίζουν κάποιες καταστάσεις και να βρουν άλλους τρόπους οι οποίοι δεν έχουν τόσο άμεσα αποτελέσματα. Όσο παράδοξο και αν είναι, τα άτομα ένιωθαν ασφάλεια στην προηγούμενη κατάσταση και τώρα νιώθουν αμφιβολίες και φόβο. Φοβούνται την ανάδυση δυσάρεστων συναισθημάτων και ιδεών. Επίσης, η «εκδραμάτιση» είναι άλλος ένας παράγοντας που δυσκολεύει τους εξυπηρετούμενους κατά τη διαδικασία της απεξάρτησης. Τα άτομα παρουσιάζουν αντικοινωνικές ή και παρορμητικές συμπεριφορές, επικίνδυνες κιόλας μερικές φορές. Αυτό συμβαίνει για να αποφύγουν να έρθουν αντιμέτωποι με συναισθήματα τα οποία ενδεχομένως θα τους προκαλέσουν πόνο (Πουλόπουλος, 2005).

Όσον αφορά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εξαρτημένοι κατά την θεραπευτική διαδικασία, οι ερωτώμενοι παρουσιάζουν μια ποικιλία απαντήσεων. Ο εξαρτημένος φοβάται να εμπιστευτεί τον θεραπευτή, φοβάται αυτό που θα νιώσει μόλις αρχίσει τη θεραπευτική διαδικασία (το στερητικό σύνδρομο), φοβάται να δεσμευτεί σε μια κατάσταση γιατί δεν ξέρει αν θα ανταπεξέλθει, φοβάται να αναλογιστεί και να συνειδητοποιήσει τι είναι αυτό που τον έφερε σε αυτή την κατάσταση.

Κοινό στοιχείο της βιβλιογραφίας και των απαντήσεων των θεραπευτών είναι ο φόβος. Επιπρόσθετα, ο Πουλόπουλος (2005) υποστηρίζει ότι τα άτομα μερικές φορές παρουσιάζουν αντικοινωνικές ή και παρορμητικές συμπεριφορές.

Όπως ο εξαρτημένος έτσι και τα μέλη της οικογένειας αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι η συμμετοχή τους στην θεραπευτική διαδικασία. Πολλοί είναι αυτοί που αρνούνται να συμμετάσχουν γιατί νιώθουν φόβο, θυμό, κα. Από την άλλη ακόμα και τα άτομα που συνεργάζονται με το πλαίσιο, αντιμετωπίζουν δυσκολίες γιατί έρχονται αντιμέτωποι με αλήθειες που αφορούν την λειτουργικότητα του οικογενειακού συστήματος (ΚΕΘΕΑ Αριάδνη).

Οι θεραπευτές του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη, υποστηρίζουν ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια σχετικά με την διαδικασία της απεξάρτησης, συμφωνούν στο ίδιο, ότι η οικογένεια

δυσκολεύεται να αντιληφθεί το πρόβλημα και ότι φέρουν και αυτοί ευθύνη. Οι απαντήσεις των θεραπευτών προκύπτουν από τα περιστατικά που έχουν αντιμετωπίσει όλα τα χρόνια εργασίας τους.

Σύμφωνα με τα παραπάνω προκύπτει ότι οι θεραπευτές καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα με την βιβλιογραφία.

Ένας από τους παράγοντες που βοηθάει τον εξαρτημένο να ολοκληρώσει την θεραπευτική διαδικασία, είναι η οικογένεια. Η οικογενειακή θεραπεία ως μέθοδος δίνει την δυνατότητα να αντιμετωπιστούν κάποιοι παράγοντες που οδήγησαν το άτομο στην χρήση. Επίσης, βοηθά στην βελτίωση του εξαρτημένου ατόμου και του οικογενειακού περιβάλλοντος. Από βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι 8 στις 10 μελέτες αναδεικνύουν την συμπεριφορά και την στάση της οικογένειας ως τον σημαντικότερο παράγοντα για την ολοκλήρωση της θεραπείας του εξαρτημένου (Πουλόπουλος, 2005).

Επιπλέον, οι ερωτώμενοι στην ερώτηση για το ποιοι παράγοντες βοηθούν των εξαρτημένο να ολοκληρώσει την θεραπεία του, έδωσαν διαφορετικές απαντήσεις ανάλογα με την μονάδα που εργάζονταν. Οι ειδικοί που είχαν σχέση με έφηβους υποστήριξαν πως ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η οικογένεια. Από την άλλη, οι ειδικοί που δουλεύουν με ενήλικες είπαν πως ο σημαντικότερος παράγοντας είναι το προσωπικό κίνητρο. Όλοι όμως, συμφώνησαν ότι, επίσης, σημαντικός παράγοντας είναι οι θεραπευτικές ομάδες και η υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Οι θεραπευτές συμφωνούν με την βιβλιογραφία, ότι ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η συμμετοχή της οικογένειας και προσθέτουν ακόμα το προσωπικό κίνητρο και τις θεραπευτικές ομάδες.

Τα κέντρα οικογενειακής υποστήριξης είναι σημαντικός παράγοντας στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας της οικογένειας. Αυτό συμβαίνει γιατί μέσα σε αυτά τα προγράμματα τα μέλη της οικογένειας έρχονται σε επαφή και με άλλα μέλη οικογενειών εξαρτημένων και λειτουργούν ως ομάδες αυτοβοήθειας (ΚΕΘΕΑ, 2018).

Οι συμμετέχοντες παρουσιάζονται να γνωρίζουν τους παράγοντες που βοηθούν την οικογένεια να ολοκληρώσει τη διαδικασία της θεραπείας. Κι εδώ ανάλογα με την μονάδα που εργαζόταν ο καθένας και τις ηλικίες με τις οποίες συναναστρέφονται κυμάνθηκαν και οι απαντήσεις. Πιο συγκεκριμένα, οι θεραπευτές που εργάζονται με έφηβους και τις οικογένειες τους υποστήριξαν πως ο σημαντικότερος παράγοντας είναι η ενθάρρυνση και η υποστήριξη που δέχεται η οικογένεια. Από την άλλη, οι ειδικοί που ασχολούνται με τους ενήλικες και τις οικογένειες τους, θεωρούν σημαντικότερο παράγοντα το να αναγνωρίσουν τα λάθη τους και να αναλάβουν την ευθύνη τους. Όλα αυτά φαίνεται να έχουν προκύψει από την πολυετή εμπειρία τους στο χώρο και τη συνεργασία με τους εξαρτημένους και τις οικογένειες τους.

Στην βιβλιογραφία αναφέρονται οι ομάδες αυτοβοήθειας, ενώ μέσα από τις απαντήσεις που πήραμε από τις συνεντεύξεις αναφέρονται η ενθάρρυνση και η υποστήριξη που δέχεται η οικογένεια, η ανάληψη ευθυνών καθώς και η αναγνώριση των λαθών που έχουν κάνει.

Στην τελευταία ερώτηση, σχετικά με τις προτάσεις σε όσους δεν έχουν αναζητήσει ακόμα επαγγελματικού τύπου βοήθεια, οι ερωτώμενοι στο σύνολό τους συμφώνησαν πως θα πρέπει να ζητήσουν

βοήθεια, γιατί μόνοι τους δεν μπορούν να τα καταφέρουν. Οι απαντήσεις τους είναι αποτέλεσμα και της εμπειρίας τους αλλά και των γνώσεων από έρευνες.

Είναι σημαντικό, επίσης, ότι οι ερωτώμενοι συμφώνησαν ομόφωνα στο ότι οι οικογένειες δεν πρέπει να εθελοτυφλούν και να ζητήσουν βοήθεια από τους ειδικούς, γιατί δεν μπορούν να τα καταφέρουν μόνοι τους. Αυτό προκύπτει από την στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που έχει συλλέξει το ΚΕΘΕΑ, από τα περιστατικά που έχει υποστηρίξει όλα τα χρόνια της λειτουργίας του.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το συνολικό συμπέρασμα που προκύπτει από την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας και την ανάλυση των αποτελεσμάτων της, είναι ότι η εξάρτηση είναι μια δύσκολη κατάσταση για τον εξαρτημένο αλλά και για την οικογένειά του. Παρ' όλα αυτά υπάρχει διέξοδος και η θεραπεία της μπορεί να είναι αποτελεσματική, αρκεί να υπάρχει το προσωπικό κίνητρο και το κατάλληλο υποστηρικτικό πλαίσιο.

Οι παράγοντες που ωθούν κάποιον να κινητοποιηθεί και να ζητήσει βοήθεια είναι αρκετοί. Μπορεί να είναι κάποια δικαστική εντολή, κάποιο σοβαρό θέμα σωματικής υγείας και η πίεση από την οικογένεια. Λίγοι, όμως, είναι αυτοί που αποφασίζουν να ζητήσουν βοήθεια από μόνοι τους. Το προσωπικό κίνητρο δεν είναι σύνηθες φαινόμενο και αυτό ίσως να έχει αρνητικές συνέπειες στην διαδικασία της απεξάρτησης.

Αυτό συμβαίνει γιατί οι εξαρτημένοι φοβούνται να αλλάξουν τις συνήθειές τους και τον τρόπο με τον οποίο έχουν μάθει να ζουν μέχρι τώρα. Επίσης, πολλοί είναι αυτοί που φοβούνται να μπουν στη διαδικασία της απεξάρτησης, γιατί δεν θέλουν να βιώσουν το στερητικό σύνδρομο. Η εξάρτηση έχει γίνει ο τρόπος ζωής τους και δεν ξέρουν πώς να ξεφύγουν από αυτό.

Η διαδικασία της απεξάρτησης είναι μια δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία, η οποία μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα για τον εξαρτημένο και την οικογένειά του μόνο όταν και οι δυο προσπαθήσουν και πιστέψουν σε αυτό. Ο καθένας ξεχωριστά πρέπει να αναλάβει τις ευθύνες του, να αναζητήσει τους λόγους που τον οδήγησαν εκεί και να επιχειρήσει την αλλαγή.

Επιπλέον, ο ρόλος της οικογένειας, είναι πολύ σημαντικός στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Καθώς αν δεν συνεργαστεί η οικογένεια, ή δεν πιστέψει στη θεραπεία μπορεί να απομακρύνει το άτομο οποιαδήποτε στιγμή. Επιπλέον, είναι σημαντικό να έχουν εμπιστοσύνη στο πρόγραμμα και να μην παρουσιάζουν επικρίσεις ή αντιρρήσεις στις προτάσεις των θεραπευτών.

Πρέπει, ακόμη, να σημειωθεί ότι για να καταφύγει κάποιος σε μία εξάρτηση δεν φταίει μόνο αυτός. Κάτι άλλο τον έχει οδηγήσει σε αυτή την κατάσταση και αυτό είναι προβλήματα που υπάρχουν μέσα στην οικογένεια. Αυτός είναι και πολλές φορές ο λόγος που η οικογένεια όσο ελέγχει το εξαρτημένο μέλος και δεν τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα (επιθετική συμπεριφορά, κλοπές, κλπ) δεν αναζητά βοήθεια. Το εξαρτημένο μέλος κάποιες φορές λειτουργεί ως αποδιοπομπαίος τράγος. Η οικογένεια του «φορτώνει» όλο το βάρος, αποδίδουν όλα τους τα προβλήματά σε αυτόν και τον κατηγορούν για όλα. Σε άλλες περιπτώσεις το άτομο τριγωνοποιείται, η οικογένεια, δηλαδή, επικεντρώνει όλη την προσοχή πάνω του και παραμελούν τα υπόλοιπα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, επειδή δεν θέλουν να ασχοληθούν πραγματικά με αυτά.

Μέσα από τις απαντήσεις που πήραμε φαίνεται ότι το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη έχει φτιάξει ένα πολύ ισχυρό δίκτυο προγραμμάτων και θεραπειών που στοχεύουν στην απεξάρτηση. Όλοι οι θεραπευτές είναι ειδικά εκπαιδευμένοι στο να μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά οποιαδήποτε μορφή εξάρτησης.

Το γεγονός ότι υπάρχουν τα Προγράμματα (Συμβουλευτικό Κέντρο Ηρακλείου, Θεραπευτική Κοινότητα, Μονάδα Συμβουλευτικής Χανίων, Μονάδα Εφήβων, Κέντρο Κοινωνικής Επανένταξης,

Ανοιχτή δομή Υποστήριξης) καθώς και το γεγονός ότι υπάρχουν προβλήματα και για τις οικογένειες των εξαρτημένων, δείχνει ότι έχουν κατανοήσει βαθιά το πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν και έχουν βρει τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους.

Όλοι οι θεραπευτές που συμμετείχαν στην έρευνα εργάζονται πάνω από δύο έτη στο ΚΕΘΕΑ Αριάδνη και οι περισσότεροι έχουν μεγάλη εμπειρία στον τομέα της απεξάρτησης. Επομένως, τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την έρευνα είναι αποτελέσματα πολυετής εμπειρίας, μεγάλης πείρας στον τομέα της απεξάρτησης.

Υπήρχε μεγάλη ποικιλία στις ειδικότητες, καθώς μιλήσαμε με ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους και νοσηλευτές. Αυτό δείχνει τον επαγγελματισμό του φορέα και πόσο σημαντικό είναι γι' αυτούς μέσα από την διεπιστημονική ομάδα και συνεργασία να βοηθήσουν τους εξαρτημένους και τις οικογένειές τους να αλλάξουν και να βελτιώσουν τον τρόπο ζωής τους.

Από την άλλη, βέβαια τα αποτελέσματα θα ήταν τελείως διαφορετικά αν το δείγμα μας δεν διέθετε τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της εκπαίδευσης και της εμπειρίας στην απεξάρτηση. Καταλαβαίνουμε επομένως, ότι το δείγμα αυτό ήταν το «ιδανικό» για την έρευνα αυτή. Για να καταλάβουμε τον εξαρτημένο και την οικογένειά του καθώς και τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους. Αυτός ήταν κιόλας και ο απώτερος στόχος του σχεδιασμού και της διεξαγωγής της έρευνας αυτής.

Παρά τη χρησιμότητα που μπορεί να έχει η έρευνα αυτή, παρουσιάζει και κάποιους περιορισμούς, τους οποίους οφείλουμε να εντοπίσουμε. Αρχικά, δεν είχαν τη δυνατότητα συμμετοχής ειδικοί στην απεξάρτηση από άλλους οργανισμούς πέρα από το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη. Επίσης, είχαμε άδεια για συνεντεύξεις μόνο από το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη, που αυτό σημαίνει ότι ούτε ειδικοί κάποιου άλλου προγράμματος του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη μπορούσαν να συμμετάσχουν. Τέλος, εκπαιδευόμενοι στο χώρο ή εργαζόμενοι για λιγότερο από δύο έτη στον οργανισμό δεν μπορούσαν να λάβουν μέρος στην έρευνα.

Το σημαντικότερο είναι πως μέσα από την έρευνα αυτή μελετήσαμε τις απόψεις των θεραπευτών για την απεξάρτηση, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ειδικοί, οι εξαρτημένοι και οι οικογένειές τους καθώς επίσης, και τους παράγοντες που βοηθούν στην ολοκλήρωση της θεραπείας. Μάθαμε τους λόγους που κινητοποιούν τον εξαρτημένο και την οικογένεια, αντίστοιχα, ώστε να αναζητήσουν βοήθεια και τους λόγους που τους απομακρύνουν από αυτό. Είδαμε τις απόψεις των θεραπευτών και τις προτάσεις τους προς τα εξαρτημένα μέλη και τις οικογένειες τους. Όλα αυτά ελπίζουμε να φανούν χρήσιμα για τους ειδικούς, για μια συγκεντρωτική εικόνα για την απεξάρτηση, καθώς και για τις οικογένειες και τους εξαρτημένους, υποστηρικτικά και ενημερωτικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Γεωργάκας, Π. (2007). *Εξάρτηση μια ατομική επιλογή, Απεξάρτηση μια συλλογική διαδικασία.* Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.
- Γιωτάκος, Ο. (2015). *Μεγαλώνοντας δυνατούς χαρακτήρες Πέρα από τις ουσίες.* Η Καθημερινή Εκδόσεις: Πεδίο.
- Γκόλνα, Χ., Μαλλιώρη, Μ., Σουλιώτης, Κ., Παπαδημητρίου, Γ.Ν. (2014). *Εξάρτηση από οπιοειδή - Μια χρόνια υποτροπιάζουσα κατάσταση υγείας με σημαντικές υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.* Αθήνα: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες.* Αθήνα: Κριτική.
- Κανδυλάκη, Α. (2008). *Η συμβουλευτική στην κοινωνική εργασία: Δεξιότητες και τεχνικές.* Αθήνα: Τόπος.
- Κουτσελίνη, Α. (2002). *Εξαρτησιογόνες ουσίες.* Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Λιάππας, Γ. (1992). *Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση.* Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.
- Μάτσα, Κ. (2001).*Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές.* Αθήνα: εκδόσεις Άγρα
- Μάτσα, Κ. (2008). *Ψυχοθεραπεία και τέχνη στην απεξάρτηση: το παράδειγμα του 18 ΑΝΩ.* Αθήνα: ΑΓΡΑ Α.Ε.
- Μισουρίδου, Ε. (2015). *Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων.* Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Οικονόμου, Μ., (2016). *Η ψυχοπαθολογία των τυχερών παιχνιδιών, σύγχρονα διαγνωστικά, αιτιολογικά και θεραπευτικά δεδομένα.* Αθήνα: αρχεία Ελληνικής ιατρικής.
- Παπαρρηγόπουλος, Θ., & Κάλλα, Χ. (2018). *Οι εξαρτήσεις: αίτια μηχανισμοί εκδηλώσεις αντιμετώπιση.* Κρήτη: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
- Πουλόπουλος, Χ. (2005). *Εξαρτήσεις οι θεραπευτικές κοινότητες.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πουλόπουλος, Χ. (2011). *Κοινωνική εργασία και εξαρτήσεις: Οι κοινότητες της αλλαγής.* Αθήνα: Τόπος.
- Σεγρέδου, Ε., Κιοστεράκης, Γ., Τσιούγκρη, Β., Πεταλωτής, Μ., Μουχτούρη, Β., Πούλης, Β., …Τσακίρης, Φ. (2014). *Αποτελεσματικότητα προγράμματος απεξάρτησης αλκοολικών, εσωτερικής παραμονής, με ναλτρεξόνη, τα έτη 1997-2000.* Εγκέφαλος, 51, 56-67.

- Σφακιανάκης, Ε., Σιώμος Κ., & Φλώρος, Γ. (2012). *Εθισμός στο διαδίκτυο και άλλες διαδικτυακές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.* Αθήνα: Εκδόσεις Λιβάνη.
- Τζάφφη, Τ., Πήτερσον, Ρ., & Χόντσον, Ρ. (1986). *Ναρκωτικά- Τσιγάρο- Αλκοόλ προβλήματα και απαντήσεις.* Αθήνα: Ο κύκλος της ζωής.
- Τσαρούχας, Κ. (2000). *Αλκοόλ ένα σκληρό ναρκωτικό.* Αθήνα: Άγκυρα.
- Χάιδου, Α., (2016). *Ναρκωτικά.* Αθήνα: Νομική βιβλιοθήκη.
- Χαραλαμπίδης, Ε. (2003). *Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες.* Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας.

Ξένη

- Bennett, P. (2010). *Κλινική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία (επιμέλεια Α. Καλατζή & Α. Ευσταθίου).* Αθήνα: Πεδίο.
- Breakwell, G. (1995). *Η συνέντευξη.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Getzfeld, A. (2009). *Essentials of Abnormal Psychology.* Kaufman A.S. & Kaufman, N.L. Founding Editors.
- Mason, J. (2004). *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Kring A.M., Davison G.C., Neale J.M., Johnson S.L. (2010). *Ψυχοπαθολογία.* (επιμέλεια Ε. Αυδή & Π. Ρούσση). Αθήνα: Gutenberg.
- Nakken, C., (2006). *Το προφίλ του εθισμού.* Χαλάνδρι: ισόρροπον.
- Stanton, M. (1997). *The role of family and significant others in the engagement and retention of drug-dependent individuals.* NIDA Research Monograph Index, 165, 157-180.

Πτυχιακές

- Αναγνωστοπούλου, Ι., Κουκουτζέλα, Α., Μαργαρώνη, Ι. (2008). *Ο τζόγος και η επίδρασή του στη λειτουργία της οικογένειας.* Διαθέσιμη στο: http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/11323 (πρόσβαση στις 26/09/2019).
- Αντωνίου, Μ., Κρίγκου, Χ. (2005). *Οι επιπτώσεις της κατάχρησης του αλκοόλ στις διαπροσωπικές σχέσεις.* Διαθέσιμη στο: https://apothesis.lib.teicrete.gr/bitstream/handle/11713/984/2005Antoniou.pdf?sequence=1&isAllowed=y (πρόσβαση στις 26/09/2019).
- Θεοδώρου, Σ. (2009). *Επιπτώσεις της κατάχρησης του διαδικτύου στην προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική ζωή του σύγχρονου ανθρώπου. Μια θεωρητική και εμπειρική διερεύνηση.* Διαθέσιμη στο: https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/13575/1/TheodorouMsc2009.pdf (πρόσβαση στις 26/09/2019).

- Κρητικού, Ε., Νευραδάκη, Μ. (2003). *Αλκοολισμός, επιπτώσεις αλκοολισμού στην υγεία.* Διαθέσιμη στο: http://hypatia.teiath.gr/xmlui/handle/11400/11323 (πρόσβαση στις 26/09/2013).
- Λευτάκη, Μ. (2006). *Οικογένεια – Εφηβεία και τα Ναρκωτικά στον Ελλαδικό χώρο.* Διαθέσιμη στο: http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/3423/%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20%20.pdf?sequence=1 (πρόσβαση στις 26/09/2013).

Διαδίκτυο

- Βικιπαίδεια. (2018). el.wikipedia.org, (πρόσβαση 27 Ιουνίου 2019).
- Ζαραφωνίτου, Χ. (2019). *Ναρκωτικά. Πρόληψη – επανένταξη.* Ανακτήθηκε από, http://criminology.panteion.gr/attachments/article/334/3%20%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%9B%CE%97%CE%A8%CE%97%20%CE%95%CE%A0%CE%91%CE%9D%CE%95%CE%9D%CE%A4%CE%91%CE%9E%CE%97%20%CE%A4%CE%95%CE%9B%CE%99%CE%9A%CE%9F.ppt (πρόσβαση 30 Ιουνίου 2019).
- Η ψυχολογία των τυχερών παιχνιδιών. Σύγχρονα διαγνωστικά, αιτιολογικά και θεραπευτικά δεδομένα. (2016). www.mednet.gr, (πρόσβαση 30 Ιουνίου 2019).
- ΚΕΘΕΑ. (2018). www.kethea.gr, (πρόσβαση 27 Ιουνίου 2019).
- ΚΕΘΕΑ. (2018). *Απολογισμός έργου 2017.* Αθήνα: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (πρόσβαση 4 Ιουλίου 2019).
- ΚΕΘΕΑ. (2018). *ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ.* Ανακτήθηκε από, https://www.kethea.gr/kethea/therapeftika-programmata/kethea-ariadni/ (πρόσβαση 4 Ιουλίου 2019).
- ΚΕΘΕΑ. (2018). *Πως γίνεται η θεραπεία;* Ανακτήθηκε από, https://www.kethea.gr/chreiazesai-voitheia/narkotika/pos-ginetai-therapeia/ (πρόσβαση 4 Ιουλίου 2019).
- ΚΕΘΕΑ. (2018). *Τι είναι το ΚΕΘΕΑ.* Ανακτήθηκε από, https://www.kethea.gr/kethea/einai-kethea/ (πρόσβαση 4 Ιουλίου 2019).
- ΚΕΘΕΑ. (2019). *Απολογισμός έργου 2018.* Αθήνα: Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (πρόσβαση 4 Ιουλίου 2019).
- ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ. *Θεραπευτικό πρόγραμμα του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων* (πρόσβαση 4 Ιουλίου 2019).
- Μάντση, Μ. (2014). *Θεραπευτική αντιμετώπιση της ουσιοεξάρτησης.* Ανακτήθηκε από, https://www.qualityinhealth.gr/arthra/katigories-arthrwn/item/80-therapeftiki-antimetopisi-tis-ousioeksartisis-mantsi-mairi.html (πρόσβαση 20 Ιουλίου 2019).
- Πληροφόρηση για την ψυχική υγεία. *Η σημασία των στεγνών προγραμμάτων.* Ανακτήθηκε από, https://www.psynet.gr/index.php/eksartiseis/apeksartisi/102-stegna-programmata (πρόσβαση 4 Ιουλίου 2019).

- Συμβουλευτικές υπηρεσίες για άτομα με προβλήματα εθισμού. (2019). *Το κοινό σημείο όλων των εθισμών*. Ανακτήθηκε από, https://www.ethismos.gr/l/to-koino-simeio-olon-ton-ethismon/ (πρόσβαση 4 Ιουλίου 2019).
- Bestrong.org.gr, (2014), https://www.bestrong.org.gr/el/health/alcoholrestriction/alcoholism/alcoholtreatmentanddetoxification/ (πρόσβαση 01 Ιουλίου 2019).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το σχέδιο της συνέντευξης:

Θέμα έρευνας: « **Οι αντιλήψεις των θεραπευτών του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη για την απεξάρτηση: μια ποιοτική προσέγγιση».**

Συμμετέχοντες: θεραπευτές του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη

Ερωτήσεις Συνέντευξης:

Α. Κινητοποίηση για Θεραπεία

1. Ποιοι λόγοι κινητοποιούν τους εξαρτημένους να αναζητήσουν βοήθεια από το ΚΕΘΕΑ;
2. Ποιοι λόγοι κινητοποιούν τα μέλη της οικογένειας να αναζητήσουν βοήθεια από το ΚΕΘΕΑ;

Β. Δυσκολίες Θεραπείας

3. Που συνήθως δυσκολεύονται οι εξαρτημένοι κατά την διάρκεια της θεραπείας τους;
4. Που συνήθως δυσκολεύονται τα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων κατά την διάρκεια της θεραπείας τους;

Γ. Ολοκλήρωση Θεραπείας

5. Ποιοι παράγοντες βοηθούν τον εξαρτημένο να ολοκληρώσει την θεραπεία του;
6. Ποιοι παράγοντες βοηθούν τα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων να ολοκληρώσουν την θεραπεία τους;

Δ. Προτάσεις

7. Τι θα προτείνατε στους εξαρτημένους που δεν έχουν ακόμα αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια;
8. Τι θα προτείνατε στα μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων που δεν έχουν ακόμα αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια;

Έντυπο Συγκατάθεσης Συμμετέχοντα

Τίτλος Έρευνας: **«Οι αντιλήψεις των θεραπευτών του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη για την απεξάρτηση: Μια ποιοτική προσέγγιση** ».

Ερευνήτρια: Άννα Τρακάδα, Εμμανουέλα Σύριου

Η ερευνήτρια έχει εξηγήσει πλήρως αυτή την έρευνα σε εμένα. Είχα την ευκαιρία να κάνω οποιαδήποτε ερώτηση ήθελα γύρω από την έρευνα και να συζητήσω για τη συμμετοχή μου σε αυτήν. Οποιαδήποτε ερώτηση είχα σχετικά με την έρευνα έχει απαντηθεί ικανοποιητικά από την ερευνήτρια.

Δέχομαι να συμμετάσχω στην έρευνα αυτή και ξέρω ότι είμαι ελεύθερος/ελεύθερη να μην απαντήσω σε οποιαδήποτε ερώτηση δεν θέλω να απαντήσω ή να αποχωρήσω εντελώς από την έρευνα. Είμαι πεπεισμένος/πεπεισμένη ότι δεν θα τιμωρηθώ με κάποιον τρόπο, εάν δεν απαντήσω σε κάποια ερώτηση ή αποχωρήσω από την έρευνα.

Δίνω την άδειά μου να μαγνητοφωνηθεί η συνέντευξη και τα αποτελέσματα από την έρευνα να χρησιμοποιηθούν στην τελική αναφορά της διπλωματικής εργασίας, να διατεθούν στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Κρήτης, να παρουσιαστούν και να δημοσιευτούν, με τον όρο ότι η ταυτότητά μου θα κρατηθεί μυστική.

Ημερομηνία: ……

Ονοματεπώνυμο: …….

Υπογραφή: ……...

Τηλέφωνο: ……...

Στοιχεία Συμμετέχοντα

Ονοματεπώνυμο:……

Φύλο: ……...

Ηλικία : …….

Δομή του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη που εργάζεσαι στο παρόν:…….....

Έτη κλινικής εμπειρίας στο ΚΕΘΕΑ:…….

Πτυχίο/Ειδικότητα: ……..…….....
…….

Μεταπτυχιακές Σπουδές :……..
…….

Άλλη Εκπαίδευση:……
……
……
……
……
……

Αλληλογραφία προς το Πρόγραμμα Απεξάρτησης ΚΕΘΕΑ Αριάδνη για Πρόσβαση στα Στοιχεία του προσωπικού

Τρακάδα Άννα, Σύριου Εμμανουέλα
Ραφτοπούλου 17, Μασταμπάς
Ηράκλειο, Τ. Κ. 71305,
τηλέφωνο: 6955830080

Προς Πρόγραμμα Απεξάρτησης
ΚΕΘΕΑ Αριάδνη,
Διονυσίου 1 & Σεφέρη, Αλικαρνασσός
Τ.Κ. 71601, τηλ. 2810 331002

Είμαστε προπτυχιακές φοιτήτριες στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Κρήτης. Λόγω του ενδιαφέροντος που υπάρχει εκ μέρους μας για την απεξάρτηση και πιο συγκεκριμένα την ψυχοκοινωνική προσέγγιση του ΚΕΘΕΑ, επιλέξαμε στα πλαίσια της διπλωματικής μας εργασίας να διεξάγουμε έρευνα για τις αντιλήψεις των θεραπευτών του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη σχετικά με την απεξάρτηση.

Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα περιλαμβάνει τη διεξαγωγή ημι-δομημένων συνεντεύξεων, διάρκειας 45 περίπου λεπτών, σε 8 έως 10 μέλη του προσωπικού του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη. Η ταυτότητα των συμμετεχόντων θα παραμείνει μυστική, σε οποιαδήποτε καταγραφή, παρουσίαση ή δημοσίευση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Τα μέλη του προσωπικού που θα συμμετάσχουν στην έρευνα είναι απαραίτητο να έχουν κλινική εμπειρία, δύο τουλάχιστον ετών στο ΚΕΘΕΑ, έτσι ώστε να καταθέσουν απόψεις και να οδηγηθούν σε προτάσεις που προκύπτουν από την εμπειρία τους, κάτι το οποίο αναμένεται να οδηγήσει σε ενδιαφέροντα ερευνητικά αποτελέσματα και συμπεράσματα.

Ζητάμε, επομένως, τη συνεργασία σας, μέσω της διάθεσης των στοιχείων του θεραπευτικού προσωπικού, οι οποίοι διαθέτουν κλινική εμπειρία για δύο, τουλάχιστον, έτη στο ΚΕΘΕΑ, προκειμένου να τους προσεγγίσουμε και να τους προτείνουμε να συμμετάσχουν στην ποιοτική αυτή έρευνα.

Στην ερευνητική αυτή μας προσπάθεια, η δική σας συνεργασία είναι πολύτιμη. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την έρευνα θα μπορούσαν να διατεθούν φυσικά σε σας και να αξιοποιηθούν σε οποιαδήποτε έρευνά σας στο μέλλον.

Αναμένοντας την ανταπόκρισή σας, σας ευχαριστούμε θερμά.

Με εκτίμηση,
Τρακάδα Άννα, Σύριου Εμμανουέλα