



ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

ΑΘΗΝΑ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ
2012

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ
EXARTISIS SCIENTIFIC JOURNAL ON ADDICTION ISSUES

ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ • Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ • ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
DRUG ADDICTION IN GREECE • INTERNATIONAL EXPERIENCE • FOR THE READERS

Ιδιοκτησία

Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
(ΚΕΘΕΑ)
 Σορβόλου 24, 116 36 ΑΘΗΝΑ
 τηλ.: 210 9241993-6, φαξ: 210 9241986
 ηλεκτρονική διεύθυνση: exartisis@kethea.gr
 ιστοσελίδα: www.exartiseis.gr

Εκδότης-Διευθνήτης

Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ

Αναπληρώτρια Διευθνήτρια Έκδοσης

Άννα ΤΣΙΜΠΟΥΚΛΗ

Συντακτική Ομάδα

Ελένη ΑΡΓΥΡΙΑΔΟΥ, Ρέμος ΑΡΜΑΟΣ,
 Μίρκα ΓΟΝΤΙΚΑ, Γεωργία ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ

Σύμβουλος Έκδοσης

Griffith EDWARDS, Εκδότης του *Addiction*

Διεθνής Συμβουλευτική Επιτροπή

David DEITCH, καθηγητής Κλινικής Ψυχιατρικής
 στο Πανεπιστήμιο Καλιφόρνια Σαν Ντιέγκο
 Δημήτρης ΙΑΤΡΙΔΗΣ, καθηγητής Έρευνας και
 Κοινωνικής Πολιτικής στο Boston College
 Edward KAUFMAN, καθηγητής Κλινικής Ψυχιατρικής
 στο Πανεπιστήμιο Καλιφόρνια, Irvine και εκδότης
 του *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*

Επιστημονική Επιτροπή Έκδοσης

Δημοσθένης ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Κωνσταντίνος ΓΑΖΓΑΛΙΔΗΣ,
 Παναγιώτης ΓΕΩΡΓΑΚΑΣ, Δήμητρα ΓΚΕΦΟΥ-ΜΑΔΙΑΝΟΥ,
 Ανδρέας ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Αθανάσιος ΔΟΥΖΕΝΗΣ,
 Γιώργος ΚΑΛΑΡΡΥΤΗΣ, Χάρις ΚΑΤΑΚΗ,
 Νέστωρ ΚΟΥΡΑΚΗΣ, Άννα ΚΟΚΚΕΒΗ,
 Χρήστος ΚΟΚΚΟΡΗΣ, Βασίλης ΚΟΥΤΡΑΣ,
 †Ευάγγελος ΚΡΟΥΣΤΑΛΑΚΗΣ, Αχιλλέας ΚΡΥΣΤΑΛΛΗΣ,
 Ιωάννα ΚΥΡΙΤΣΗ, Χρήστος ΛΑΣΚΑΡΑΤΟΣ,
 Ιωάννης ΛΙΑΠΠΑΣ, Βασίλειος ΜΑΡΚΗΣ,
 Μάριος ΜΑΡΣΕΛΟΣ, Κατερίνα ΜΑΤΣΑ,
 Βενετσάνος ΜΑΥΡΕΑΣ, Γιώργος ΜΠΑΡΔΑΝΗΣ,
 Αλίκη ΜΟΣΤΡΙΟΥ, Δημοσθένης ΜΠΟΥΓΚΗΣ,
 Κλήμης ΝΑΥΡΙΔΗΣ, Γεράσιμος ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΑΤΟΣ,
 Νικόλαος ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Βασίλης ΠΑΣΣΑΣ,
 Άννα ΠΕΤΡΙΔΟΥ, Πέτρος ΠΟΛΥΧΡΟΝΗΣ,
 Χαράλαμπος ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, Χρήστος ΡΟΓΚΟΤΗΣ,
 Διονύσιος ΣΑΚΚΑΣ, Καλλιόπη ΣΠΙΝΕΛΛΗ,
 Ιωάννης ΤΣΙΑΝΤΗΣ, Ανδρέας ΦΑΚΟΣ,
 Ιάκωβος ΦΑΡΣΕΔΑΚΗΣ, Μάρθα ΦΩΣΤΕΡΗ

Συνδρομές

Ελένη ΡΟΥΣΣΟΥ

Publishing Body

Therapy Centre for Dependent Individuals
(KETHEA)
 24, Sorvolou str., 116 36 ATHENS
 tel.: +30 210 9241993-6, fax: +30 210 9241986
 e-mail: exartisis@kethea.gr
 website: www.exartiseis.gr

Editor in Chief

Gerassimos NOTARAS

Assistant Editor

Anna TSIBOUKLI

Editorial Committee

Eleni ARGYRIADOU, Remos ARMAOS,
 Mirka GONTIKA, Georgia CHRISTOFILI

Consultant Editor

Griffith EDWARDS, Editor in Chief of *Addiction*

International Editorial Advisory Group

David DEITCH, Professor of Clinical Psychiatry,
 University of California San Diego
 Demetrius IATRIDIS, Professor, Social Policy Planning,
 Boston College Graduate School of Social Work
 Edward KAUFMAN, Professor of Clinical Psychiatry,
 University of California, Irvine and Editor of the
American Journal of Drug and Alcohol Abuse

National Editorial Advisory Group

Dimosthenis AGRAFIOTIS, Konstantinos GAZGALIDIS,
 Panagiotis GEORGAKAS, Dimitra GEFOU-MADIANOU,
 Andreas DIMITRIOU, Athanassios DOUZENIS,
 Giorgos KALARRYTIS, Charis KATAKI,
 Nestor KOURAKIS, Anna KOKKEVI,
 Christos KOKKORIS, Vassilis KOUTRAS,
 †Evangelos KROUSTALAKIS, Achilleas KRYSTALLIS,
 Ioanna KYRITSI, Christos LASKARATOS,
 Ioannis LIAPPAS, Vassileios MARKIS,
 Marios MARSELOS, Katerina MATSA,
 Venetsanos MAVREAS, Giorgos BARDANIS,
 Alikis MOSTRIOU, Dimosthenis BOUKIS,
 Klimis NAVRIDIS, Gerassimos PAPANASTASATOS,
 Nikolaos PARASKEVOPOULOS, Vassilis PASSAS,
 Anna PETRIDOU, Petros POLYCHRONIS,
 Charalampos POULOPOULOS, Christos ROGOTIS,
 Dionissios SAKKAS, Kalliopi SPINELLI,
 Ioannis TSIADIS, Andreas FAKOS,
 Iakovos FARSEDAKIS, Martha FOSTERI

Subscriptions

Eleni ROUSSOU

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ - CONTENTS

	Εκδοτικό σημείωμα - Editorial	5
	Για τον Griffith Edwards In the memory of Griffith Edwards	9
	Συνέντευξη με την Gillian Tober Interview with Gillian Tober	15
1	ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ – DRUG ADDICTION IN GREECE	
	<i>Εξάρτηση και μητρότητα</i> Μαρίνα Παπαδή <i>Addiction and motherhood</i> Marina Papadi	29
	<i>Εγκλεισμός – Εξάρτηση και μητρότητα στις γυναικείες φυλακές Κορυδαλλού</i> Παναγιώτης Στούπας <i>Incarceration – Addiction and maternity in women’s prison of Korydallos</i> Panagiotis Stoupas	52
	<i>Εξάρτηση ή Αυτονόμηση: Μελέτη περίπτωσης μιας εξαρτημένης μητέρας</i> Αλεξάνδρα Κερασιώτη, Νεκτάριος Κουλός, Σπυριδούλα Μπίζα <i>Addiction or Autonomy: Case study of an addicted mother</i> Alexandra Kerassioti, Nektarios Koulos, Spyridoula Biza	78
	<i>Οι εφαρμογές πρωτογενούς πρόληψης για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία: Συγκριτική μελέτη</i> Ανδρέας Τσουνής <i>Implementations of primary drug prevention in Greece and Netherlands: A comparative study</i> Andreas Tsounis	92
2	ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ – FOR THE READER	
	Νέα και γεγονότα – News and notes	115
	Οδηγίες προς τους συγγραφείς – Guidance to the authors	128

Για την καλύτερη ενημέρωση των αναγνωστών του περιοδικού τα περιεχόμενα, οι τίτλοι των άρθρων και των περιλήψεων είναι δίγλωσσοι.

Η αναδημοσίευση των πρωτότυπων ελληνικών άρθρων επιτρέπεται μόνο με έγγραφη άδεια από τον εκδότη και θα πρέπει υποχρεωτικά να αναφέρονται η πηγή και οι συγγραφείς. Επίσης, η αναδημοσίευση των μεταφρασμένων άρθρων του περιοδικού επιτρέπεται μόνο με έγγραφη άδεια από τον εκδότη και θα πρέπει υποχρεωτικά να αναφέρονται η πηγή, οι συγγραφείς και το όνομα του μεταφραστή του άρθρου.

For the better information of the readers of this journal the contents, the titles of the articles and of the abstracts are translated into two languages.

Reprint of the original Greek articles is only allowed after the written permission of the editor, and they should always refer the source and the authors. Also reprint of the translated articles is only allowed after the written permission of the editor and they should always refer the source, the authors and the translator.

Εκδοτικό Σημείωμα

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΤΕΥΧΟΣ ΕΙΝΑΙ ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΟ στις εξαρτημένες μητέρες ή μέλλουσες μητέρες και στα παιδιά τους.

Τα ιδιαίτερα προβλήματα της εγκυμοσύνης και της γέννας όπως και της ζωής των νεογνών των εξαρτημένων γυναικών έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημόνων (Blatman, 1971; Wilson, Desmond, and Verniaud, 1973). Έρευνες στη Μεγάλη Βρετανία, η οποία τηρεί και τα πιο αναλυτικά στοιχεία, και για αυτό το λόγο θα αναφερθούμε συχνά στην εμπειρία της, δείχνουν ότι σε ημερήσια βάση γεννιούνται τρία παιδιά με νεογνικό σύνδρομο στέρησης από την ηρωίνη, το κρακ, την κοκαΐνη και άλλες ουσίες. Τα τελευταία πέντε χρόνια στην ίδια χώρα έχουν γεννηθεί με νεογνικό σύνδρομο στέρησης περισσότερα από 5.000 παιδιά ενώ ένα στα δύο μωρά δεν μένει με τη φυσική του μητέρα δυο χρόνια μετά τη γέννα όταν αυτή είναι εξαρτημένη. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται ακόμη και στις περιπτώσεις που η μητέρα έχει λάβει υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ώστε να καταφέρει να φτάσει σε τελειόμηνο τοκετό (Tober, 2013). Παράλληλα, στην ίδια χώρα εκτιμάται ότι 350.000 παιδιά ζουν με εξαρτημένους γονείς και ότι οι πιθανότητες να γίνουν και τα ίδια εξαρτημένοι ενήλικες είναι επτά φορές περισσότερες από αυτές του λοιπού πληθυσμού.

Οι εξαρτημένες γυναίκες δυσκολεύονται να διατηρήσουν επαφή με τους γιαιτρούς ή τα ιδρύματα στα οποία άφησαν τα παιδιά τους. Αυτή η δυσκολία αυξάνεται σημαντικά, ιδιαίτερα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης καθώς συχνά ωθούνται στην πορνεία (Velasquez et al; Stotts, 2003) βιώνοντας ταυτόχρονα μια σειρά από σοβαρά ιατρικά, ψυχολογικά και άλλα προβλήματα σε συνδυασμό με την έλλειψη μόνιμης στέγης.

Παρότι στην Ελλάδα δεν έχουν διεξαχθεί ειδικές μελέτες για τον συγκεκριμένο πληθυσμό, υπάρχει ωστόσο σημαντική εμπειρία τόσο από τα προγράμματα προσέγγισης εγκύων και μητέρων χρηστών στο δρόμο, όσο και από τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ εντός του σωφρονιστικού συστήματος.

Η εμπειρία αυτή επαληθεύει τις μελέτες του εξωτερικού δείχνοντας ότι η τακτική μαιευτική φροντίδα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ασυμβίβαστη με τον τρόπο ζωής των εξαρτημένων γυναικών. Απόρροια της ελλιπούς φροντίδας είναι να αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται από εξαρτημένες μητέρες παρουσιάζοντας υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων σωματικής υγείας.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Παπαδή (2013), της οποίας το άρθρο φιλοξενεί η παρούσα έκδοση, οι εξαρτημένες μητέρες αντιμετωπίζουν προβλήματα από την ελλιπή ιατρική φροντίδα καθώς ανακαλύπτουν την εγκυμοσύνη τους συνήθως μετά την ολοκλήρωση του πρώτου τριμήνου. Έτσι μια σειρά

προβλημάτων υγείας και επιπλοκών όπως ο πρόωρος τοκετός, η εξωμήτριος κύηση, η γέννηση νεκρού εμβρύου, ο ενδομήτριος θάνατος από στερητικό σύνδρομο, ο χαμηλός ρυθμός αύξησης βάρους του βρέφους, η αναιμία, η θρομβοκυτταροπενία, η υπέρταση, η μετάδοση του ιού HIV, η ηπατίτιδα C ή B, η προεκλαμψία κ.ά. (Gerada, 1995; Fraser 1976; αναφέρονται στο Παπαθανασίου 2009) είναι αναμενόμενο να συμβούν.

Τα προβλήματα σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας των βρεφών και των νηπίων είναι σημαντικό να αντιμετωπιστούν με δράσεις έγκαιρης παρέμβασης, αξιοποιώντας παράλληλα τις δυνατότητες επανασύνδεσης των μητέρων με τα παιδιά τους, που προσφέρονται μέσα από το θεραπευτικό πλαίσιο. Η διερεύνηση αυτών των δυνατοτήτων αλλά και των δυσκολιών που συναντά η μητέρα αναδεικνύονται μέσα από τα άρθρα που φιλοξενούνται σε αυτό το τεύχος.

Η ομάδα των γυναικών χρειάζεται υψηλό επίπεδο θεραπευτικής παρέμβασης και συμβουλευτικής στήριξης σε όλα τα στάδια από την εγκυμοσύνη ως τη γέννα και τη μητρότητα ενώ οι παρεμβάσεις πρόληψης και πρώιμης παρέμβασης στην ομάδα των βρεφών και των νηπίων παραμένουν ένα σημαντικό εργαλείο ενίσχυσης της σωματικής και ψυχικής τους υγείας.

Με το τεύχος αυτό, θέλαμε να αναδείξουμε ένα ευαίσθητο και ιδιαίτερο θέμα ελπίζοντας στο άνοιγμα ενός επικοινωνητικού διαλόγου και στην συνέργεια πολλών και διαφορετικών ατόμων και φορέων με στόχο την αντιμετώπισή του. Ευχόμαστε να το επιτύχουμε!

Η Συντακτική Ομάδα

Editorial

THE PRESENT ISSUE IS DEDICATED to addicted mothers or expecting mothers and their children.

The particular challenges of pregnancy, child birth and life of newborns of addicted mothers have been a subject of great interest to many researchers in the past (Blatman, 1971; Wilson, Desmond, and Verniaud, 1973). Research in Great Britain, where the most analytic data is offered and for this reason we will refer to the British experience frequently, have shown that every day three children are born with neonatal abstinence syndrome due to prenatal exposure to heroine, crack, cocaine and other substances. At the same country in the last five years more than 5.000 children with neonatal abstinence syndrome were born, while one out of two newborns doesn't remain with the mother for two years after birth when she is addicted. This phenomenon occurs even in cases where the mother has been received support during her pregnancy in order to achieve full time pregnancy (Tober, 2013). Meanwhile, at the same country it is estimated that 350.000 children live with addicted parents and the chances of them becoming addicted adults is seven times higher that the general population.

It is hard for addicted women to maintain contact with the doctors or the institutions where they leave their children. This difficulty is increasing significantly, especially during the financial crisis as the mothers are often forced to prostitution (Velasquez et al; Stotts, 2003) while experiencing a number of severe medical, psychological and other problems in combination with the lack of permanent housing.

Even though there haven't been relative studies on the specific population in Greece, there is however substantial experience from programs approaching expecting mothers and addict mothers on the street, as well as from programs of KETHEA within the penitentiary system.

This experience verifies the studies conducted abroad, showing that regular obstetric care during pregnancy is incompatible with the life style of addicted women. As a result of the lack of care, the number of children born by addicted mothers is increasing, facing a high risk of developing physical health issues.

As Papadi (2013) mentions, whose article is in this issue, addicted mothers face problems due to the lack of medical care, as they usually discover they are pregnant after the completion of the first trimester. Furthermore, a series of health problems and complications are likely to occur, such as premature child birth, ectopic pregnancy, stillbirth, intrauterine death due to deprivation syndrome, low rate of infant weight gain, anemia, thrombocytopenia, hyper-

tension, HIV transmission, hepatitis C or B, pre-eclampsia etc (Papathanasiou, 2009).

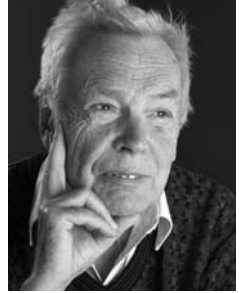
It is crucial that physical as well as mental health issues of infants and toddlers are addressed with early intervention actions, by taking advantage of the possibility of reuniting the mothers with their children, which is offered within the therapeutic framework.

These possibilities as well as the obstacles the mother meet are highlighted in the articles you can find in this issue. This group of women is in need of a high level therapeutic intervention and of counseling support in all stages, from pregnancy to child birth and motherhood, while prevention interventions and early intervention for the groups of infants and toddlers remain a very important tool for the reinforcement of their physical and mental health.

The Editorial Group

Griffith Edwards (1928-2012)

Από τον Tom Babor



Ο Griffith Edwards έφυγε ήσυχα στις 13 Σεπτεμβρίου 2012, στο Νοσοκομείο Bexley στο Greenwich, σε ηλικία 83 ετών. Παλαιό μέλος του Βρετανικού Συλλόγου για τη Μελέτη των Εξαρτήσεων, υπήρξε ο εκδότης του σχετικού περιοδικού, *Addiction*, από το 1978 έως το 2003. Πριν τη συνταξιοδότησή του ήταν Καθηγητής σε Θέματα Εξαρτητικών Συμπεριφορών στο Ινστιτούτο Ψυχιατρικής, στο Νοσοκομείο Maudsley του Λονδίνου (1979-1994), Διευθύντης της Μονάδας Ερευνών για τις Εξαρτήσεις (1967-1994) και Πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου για τις Εξαρτήσεις, στου οποίου τη δημιουργία συνέβαλλε το 1991. Ο Griffith Edwards ήταν ένας εξαιρετος επιστήμονας, ένας σημαντικός μέντορας, ένας αφοσιωμένος θεραπευτής, ένας άνευ όρων φίλος, αλλά και μία διεθνώς αναγνωρισμένη προσωπικότητα για την προσφορά του στη φύση, στα αίτια και στην πρόληψη της εξάρτησης. Ήταν αγαπητός από την οικογένεια και τους φίλους του, για τη ευρυμάθεια, το λέγειν αλλά και το ενδιαφέρον του για τους ανθρώπους.

ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΧΡΟΝΙΑ

Ο James Griffith Edwards γεννήθηκε στο Muktesa, της Ινδίας στις 3 Οκτωβρίου, 1928, όπου μετακόμισαν οι γονείς του, James και Constance, το 1923, λόγω της εργασίας του πατέρα του, ο οποίος ήταν κτηνίατρος βακτηριολόγος. Η οικογένεια Edwards επέστρεψε στην Ουαλία το 1929. Ο πατέρας του παρήγαγε το πρώτο ενεργό εμβόλιο για την πανώλη των βοοειδών. Αργότερα τιμήθηκε με το Τάγμα του Νείλου για τη δουλειά που έκανε στην Αίγυπτο, για την αντιμετώπιση μιας επιδημίας του ιού των βοοειδών. Μετά την αναχώρηση του πατέρα του το 1934, πέρασε τα πρώτα του χρόνια σε ένα μικρό εξοχικό σπίτι στο Χάμψαϊρ χωρίς νερό, ηλεκτρικό ρεύμα ή κεντρική θέρμανση μέχρι το 1945. Η μητέρα του είχε αναλάβει την εκπαίδευσή του στο σπίτι μέχρι την ηλικία των δέκα ετών. Σε ηλικία 17 ετών κέρδισε μια σημαντική υποτροφία στα μαθηματικά, το County Major, και στα 18 κέρδισε μια θέση στο κολλέγιο Balliol της Οξφόρδης. Ξεκίνησε τις σπουδές του στα μαθηματικά και στη φυσική αλλά σύντομα μεταπήδησε στην ιατρική. Το 1948 πέρασε τις προκαταρκτικές εξετάσεις αλλά μετά έφυγε για να υπηρετήσει την υποχρεωτική του θητεία, που τον έφερε γρήγορα στη σχολή εκπαίδευσης ανώτερων αξιωματικών. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου συνειδητοποίησε έντονα το ρόλο των κοινωνικών τάξεων στη μεταπολεμική Αγγλία καθώς και την αμφισβήτηση του απέναντι σε μορφές εξουσίας. Επηρεασμένος από τη δέσμευση του πατέρα του στην επιστήμη αλλά και τον ανθρωπισμό της μητέρας του, όταν επέστρεψε στην Ιατρική Σχολή το 1949, επέλεξε να ειδικευτεί στην ψυχιατρική. Εκτός από τους σταθερούς φίλους που απέκτησε στο Balliol, επιλέχθηκε ως μέλος της ομάδας συζητήσεων του κολλεγίου, η οποία του πρόσφερε πολύτιμη εμπειρία για την μελλοντική του πορεία ως ικανό υποστηρικτή ή πολέμιο ιδεών. Το νοσοκομείο St. Bartholomew, το οποίο επέλεξε για την κλινική του πρακτική, του θύμιζε ακόμη μια φορά την αποστροφή που έτρεφε για τις κοινωνικές διακρίσεις και τα πρόσωπα εξουσίας. Η «εικονοκλασία», που εκφράστηκε στα εκδοτικά του σημειώματα και ο σατυρικός τρόπος γραφής του στο περιοδικό του νοσοκομείου, του οποίου υπήρξε εκδότης

για μια σύντομη περίοδο, τον άφησαν χωρίς δουλειά μετά την ολοκλήρωση της κλινικής του πρακτικής.

Μετά από αρκετές άνευ ενδιαφέροντος θέσεις σε διάφορα νοσοκομεία, που του προσέφερανε ωστόσο πολύτιμη εμπειρία στη γενική ιατρική, έγινε δεκτός για εκπαίδευση στην ψυχιατρική στο νοσοκομείο Maudsley, το οποίο τότε τελούσε υπό την ηγεσία του Aubrey Lewis. Τα πρώτα του χρόνια εκεί μπορούν να περιγραφούν ως επανάληψη των χρόνων του στο Balliol. Κάτι που σήμαινε επιστροφή στον κόσμο των ιδεών, της επιστήμης και της αναζήτησης απαντήσεων. Το Maudsley εκείνη την περίοδο αναδυόταν ως βάση της επιστήμης για τη σύγχρονη ψυχιατρική, ένας χώρος που αποτελούσε διεθνές κέντρο θεραπευτικής καινοτομίας, επιστημονικής δημιουργικότητας και νέου παραδείγματος στην κοινωνική ψυχιατρική. Γοητευμένος από την έρευνα και το γράψιμο, δημοσιεύει το 1960 το πρώτο του άρθρο (αναφορικά με την θεραπεία ύπνωσης για το άσθμα 1). Με μέντορες όπως ο D.L. Davies, σχεδιάζει μία από τις πρώτες συγκριτικές μελέτες για τη θεραπεία του αλκοολισμού σε ασθενείς εξωτερικής παρακολούθησης και νοσηλείας (2). Αργότερα θα περιέγραφε πως μαγνητίστηκε από τη μελέτη των εθισμών μέσω ενός συνδυασμού τύχης, καθοδήγησης, καθώς και της πρόκλησης για εφαρμογή της επιστήμης στη μελέτη ασθενών, τους οποίους ένιωθε ότι μπορούσε να κατανοήσει.

Η ΣΤΑΔΙΟΔΡΟΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

Ακολούθησαν άλλα ερευνητικά προγράμματα με δημοσιεύσεις για τους αλκοολικούς στις φτωχογειτονιές καθώς και το διαισθητικό εύρημα ότι με τους αλκοολικούς οι απλές, εξατομικευμένες, δομημένες συμβουλές για διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ ήταν εξίσου αποτελεσματικές όσο και η εντατική θεραπεία. Με την εμφάνιση μιας επιδημίας ηρωίνης στους δρόμους του Λονδίνου γύρω στα μισά της δεκαετίας του '60 το Βρετανικό Συμβούλιο Ιατρικών Ερευνών (MRC) πείστηκε για την ανάγκη δημιουργίας μιας ερευνητικής μονάδας στο Ινστιτούτο Ψυχιατρικής του Maudsley. Ο Griffith θεωρήθηκε ως το ανερχόμενο αστέρι που θα μπορούσε να διευθύνει τις κλινικές και επιδημιολογικές έρευνες και να βοηθήσει στη δημιουργία καινοτόμων θεραπευτικών προγραμμάτων. Η χρηματοδότηση του MRC και η ισχυρή πειθώ του προσέελκυσαν έξυπνους νεαρούς επαγγελματίες από πολλές ειδικότητες, οι οποίοι ασχολούνταν με την έρευνα στο πλήρες φάσμα των εξαρτήσεων, συμπεριλαμβανομένου του αλκοόλ, του καπνού και άλλων ναρκωτικών. Ταξίδεψε πολύ, παρατηρώντας με ποιο τρόπο οι διαφορετικές χώρες αντιμετώπιζαν την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ και ανέπτυξε στενές σχέσεις με συναδέλφους από ολόκληρο τον κόσμο.

Οι έρευνές του διεύρυναν τα όρια της επιδημιολογίας, των κλινικών δοκιμών, των υπηρεσιών για την υγεία, της εθνογραφίας, της ιστορίας αλλά και της πολιτικής για την υγεία. Υπήρξε πρωτοπόρος όχι μόνο στο σχεδιασμό σημαντικών κλινικών πειραμάτων, αλλά και στην αναβάθμιση των ερευνών σε επίπεδο διεπιστημονικής ερευνητικής ομάδας και διεπιστημονικού ερευνητικού κέντρου. Του άρεσε να δουλεύει με ανθρώπους, ιδιαίτερα με ανθρώπους που έφεραν στο τραπέζι απλά ερωτήματα, νέες μεθόδους, δημιουργικές ερμηνείες αλλά και αμφισβήτηση.

Το άρθρο που δημοσίευσε το 1976 σε συνεργασία με τον Milton Gross (3) και το οποίο περιγράφει το Σύνδρομο Εξάρτησης από το Αλκοόλ έγινε ένα κλασικό θεωρητικό κείμενο σε έναν τομέα που αναζητούσε μια σαφή κλινική περιγραφή γύρω από την οποία να

οργανώσει την έρευνα και την κλινική πρακτική του. Το κείμενο αυτό επαναπροσδιόρισε όλα όσα περικλείονταν προηγουμένως στον διφορούμενο ορισμό του αλκοολισμού, περιλαμβάνοντας ως βασικό πυρήνα τη δημιουργία μιας ακατανίκητης ανάγκης για κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ. Στοιχεία κλειδιά για το σύνδρομο εξάρτησης, τα οποία επιβεβαιώθηκαν στη συνέχεια και από άλλους κλινικούς και βιολόγους, περιελάμβαναν την περιορισμένη ικανότητα ελέγχου της κατανάλωσης αλκοόλ, τον καθορισμό της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την χρήση αλκοόλ, τις νευρολογικές και γνωστικές αλλαγές, την υποκειμενική έντονη επιθυμία (λαχτάρα) για το αλκοόλ, την ανοχή στην επίδραση της ουσίας, τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης καθώς και την προτεραιότητα που δίνεται στην ουσία έναντι όλων των άλλων επιδιώξεων και απολαύσεων. Οι δημοσιεύσεις του Edwards σχετικά με το σύνδρομο εξάρτησης χρησιμοποιήθηκαν ως βάση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) για την 9η και 10η αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών (ICD), και ενσωματώθηκαν στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο της Ένωσης Αμερικανών Ψυχιάτρων για την έκδοση του Εγχειριδίου το 1987 και το 1994. Η έννοια συνδρόμου εξάρτησης εφαρμόστηκε επίσης σε άλλες εθιστικές ουσίες όπως η νικοτίνη, τα οπιούχα, η κοκαΐνη και τα κατασταλτικά-υπνωτικά. Η έννοια του συνδρόμου της εξάρτησης επηρέασε σημαντικά τον τρόπο που γίνεται αντιληπτή, θεραπεύεται και προλαμβάνεται η εξάρτηση.

Δύο άλλα ιδιαίτερα σημαντικά άρθρα του Edwards δημιουργούν το έδαφος για μακρόχρονες κλινικές έρευνες από κοινωνικούς, συμπεριφοριστικούς και κλινικούς επιστήμονες στον αναδυόμενο τομέα της θεραπείας και της θεωρίας της εξάρτησης. Η πρώτη μελέτη (4) ήταν μια δοκιμή σε τυχαίο δείγμα που συνέκρινε τη θεραπεία εξωτερικής παρακολούθησης με τη σύντομη παρέμβαση συμβουλευτικής για τη διακοπή της κατανάλωσης αλκοόλ. Η μελέτη δημοσιεύτηκε σε ένα άρθρο στο περιοδικό *Journal of Studies on Alcohol*, το 1976, και οι δύο ομάδες παρουσίασαν παρόμοιες βελτιώσεις όσον αφορά στη νηφαλιότητα, ενώ οι αλκοολικοί που συμμετείχαν σε εντατική θεραπεία δεν είχαν καλύτερα αποτελέσματα από όσους συμμετείχαν σε παρέμβαση συμβουλευτικής. Η μελέτη επίσης έδειξε ότι δύο έτη μετά από την ολοκλήρωση της θεραπείας, τα άτομα που είχαν σοβαρότερη εξάρτηση από το αλκοόλ είχαν καλύτερα αποτελέσματα χάρη στην εντατικότερη παρέμβαση. Με αυτόν τον τρόπο παρακινήθηκε η πραγματοποίηση μιας σειράς μελετών για τη θεωρία του «συνδυασμού» (matching), που υποστήριζε ότι οι θεραπευόμενοι θα ωφελούνταν περισσότερο από θεραπείες οι οποίες «ανταποκρίνονταν» στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Σε μια παράξενη στροφή των ερευνών προς αυτήν την κατεύθυνση, ο Edwards και ο συνεργάτης του στην στατιστική, Colin Taylor, (5) ανέλυσαν, αργότερα, επιπλέον στοιχεία που είχαν συγκεντρώσει από τους ίδιους τους θεραπευόμενους. Τα στοιχεία αυτά έδειξαν ότι ενδεχομένως τα αρχικά συμπεράσματα για την ένταξη τους σε θεραπεία να ήταν λανθασμένα επειδή η επίδραση που παρατηρήθηκε δύο χρόνια μετά τη θεραπεία δεν εμφανίστηκε τον πρώτο χρόνο μετά τη θεραπεία. Η ειλικρινής αποδοχή των συγγραφέων για το ενδεχόμενο ενός πιθανού λανθασμένου συμπεράσματος στάθηκε προφητική. Πολλές από τις επόμενες μελέτες που ακολούθησαν δεν κατάφεραν να εξάγουν παρόμοια αποτελέσματα.

Σε ένα άλλο παράδειγμα της ακεραιότητάς του, ο Edwards επανεξέτασε μια ομάδα ατόμων με προβλήματα αλκοολισμού, που είχε μελετηθεί στο παρελθόν από το μέντορά του, τον ψυχίατρο D.L. Davies. Η αρχική μελέτη (6), που δημοσιεύθηκε το 1962, παρουσίαζε το διαισθητικό εύρημα ότι πολλά άτομα επέστρεψαν στη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μετά από θεραπεία για την αντιμετώπιση σοβαρής εξάρτησης από το αλκοόλ. Τα συμπε-

ράσματα του Edwards (7), που δημοσιεύθηκαν 23 έτη μετά τα αρχικά του Davies, έδειξαν ότι ο Davies είχε παραπλανηθεί πολύ από τους θεραπευόμενους και ότι κανένας τους δεν ήταν πιθανό να έχει επιστρέψει στη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ.

Μέχρι τη συνταξιοδότησή του το 1994, η Μονάδα Ερευνών για τις Εξαρτήσεις είχε γίνει ένα από τα κορυφαία ερευνητικά κέντρα σε θέματα εξαρτήσεων σε ολόκληρο τον κόσμο, ενώ είχε πλέον μετονομαστεί σε Εθνικό Κέντρο για τις Εξαρτήσεις κάτι που μαρτυρούσε τόσο την εμβέλεια της ερευνητικής ομάδας που είχε δημιουργήσει ο Griffith Edwards, όσο και τη διεθνή φήμη που είχε καταφέρει να αποκτήσει.

ΕΚΔΟΤΗΣ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΤΟΥ WHO

Ίσως επειδή και ο πατέρας του και ο παππούς του από την πλευρά της μητέρας του υπήρξαν συντάκτες περιοδικών παρότι μερικής απασχόλησης, τα ακαδημαϊκά ενδιαφέροντα του Griffith Edwards ήταν φυσικό να τον τραβήξουν προς τις επιστημονικές εκδόσεις. Το 1978 διορίστηκε συντάκτης του βρετανικού περιοδικού *Addiction*, [British Journal of Addiction] σε μία εποχή που τα γραφεία του περιοδικού αποτελούνταν από τρία κουτιά παπουτσιών που περιείχαν άρθρα αρκετών ετών που είχαν γίνει αποδεκτά αλλά παρέμεναν μέχρι εκείνη τη στιγμή αδημοσίευτα χειρόγραφα διαφόρων επιπέδων και ενδιαφερόντων. Το περιοδικό ιδρύθηκε το 1884 και θεωρούνταν το παλαιότερο εξειδικευμένο περιοδικό σε θέματα εξαρτήσεων στον κόσμο. Ο Edwards ήταν υπερήφανος που αποτελούσε μέρος μιας ιστορικής κληρονομιάς που είχε στόχο την κατανόηση και αντιμετώπιση των εξαρτήσεων. Πέρασε μια ολόκληρη δεκαετία προσπαθώντας να βοηθήσει το περιοδικό να ανακτήσει το επιστημονικό και ακαδημαϊκό του κύρος. Το όραμά του για τον τομέα αποκρυσταλλώθηκε γύρω από το περιοδικό, χρησιμοποιώντας το ως μέσο αλλαγής που θα το έφτανε από τα τέσσερα στα δώδεκα τεύχη ετησίως. Διεύρυνε την Ομάδα Διοίκησης, έφτιαξε νέα γραφεία στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Αυστραλία και δημιούργησε ένα δίκτυο με περισσότερους από 150 βοηθούς εκδοτών από 17 χώρες, για τη διευκόλυνση της διαδικασίας αξιολόγησης των άρθρων. Μέχρι να παραδώσει ο Edwards την ευθύνη έκδοσης στον Robert West το 2004, το περιοδικό κατείχε την πρώτη θέση ανάμεσα σε 85 παρόμοιες εκδόσεις σε θέματα εξαρτήσεων, βάσει του αντίκτυπού του στον επιστημονικό τομέα. Επίσης, είχε φτάσει να αποτελεί φάρο επιστημονικών πορισμάτων, αντηχείο έντονων αντιπαραθέσεων, ενώ κατείχε ηγετική θέση στην προώθηση της επιστημονικής ακεραιότητας.

Παράλληλα με την προοδευτική του ενασχόληση με το περιοδικό, ο Edwards ανέπτυξε μια σταθερή σχέση με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το αρμόδιο τμήμα των Ηνωμένων Εθνών για τα παγκόσμια ζητήματα υγείας. Τα 30 έτη αφιλοκερδούς γνωμοδότησης τα οποία πρόσφερε, έφεραν κυριολεκτικά το θέμα των εξαρτήσεων στην ημερήσια διάταξη της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης των ασθενειών σε διεθνές επίπεδο. Βοήθησε στην ανάπτυξη πρότυπων προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού, τις επιδημίες ναρκωτικών και την αντιμετώπιση του HIV/AIDS σε εθνικό επίπεδο. Συνέβαλε στη συγγραφή πολλών σημαντικών δημοσιεύσεων του WHO, συμπεριλαμβανομένου του *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective* το 1975 (8). Το αποκαλούμενο «πορφυρό βιβλίο» έχει χρησιμεύσει ως πρότυπο για την επιδημιολογική και πολιτική έρευνα για τον έλεγχο του προβλήματος του αλκοολισμού παγκοσμίως. Ήταν μια σημαντική επιρροή που βρισκόταν πίσω από τις επόμενες αναπροσαρμογές σημα-

ντικών έργων της επιστημονικής βιβλιογραφίας όπως το Alcohol Policy and the Public Good (9) και το Alcohol: No Ordinary Commodity (10). Και τα δύο αυτά, ακολούθησαν το πρότυπο του «πορφυρού βιβλίου» με τη συνεργατική συγγραφή, το διεθνές εύρος και με έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ επιστήμης και πολιτικής.

ΒΡΑΒΕΙΑ, ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ

Ένας παραγωγικός συγγραφέας, ο Edwards υπέγραψε ή συν-υπέγραψε περισσότερα από 300 επιστημονικά άρθρα, 40 βιβλία και πολυάριθμες εκθέσεις και συντακτικά σημειώματα. Εξακολουθεί, ακόμη και σήμερα, να είναι ένας από τους πιο συχνά αναφερόμενους συγγραφείς στον τομέα της επιστήμης των εξαρτήσεων. Ο Edwards δεν συνέβαλε απλώς στη δημιουργία του Εθνικού Κέντρου για τις Εξαρτήσεις στη Βρετανία, υπήρξε επίσης η κινητήρια δύναμη για τη δημιουργία της Διεθνούς Επιτροπής των Εκδοτών Περιοδικών για τις Εξαρτήσεις (ISAJE), στην οποία σήμερα εκπροσωπούνται περισσότερα από 35 περιοδικά του χώρου. Μετά τη συνταξιοδότηση του υπέγραψε ή συνυπέγραψε αρκετά βιβλία για το ευρύ κοινό (11), καθώς επίσης και μια ιστορική ανάλυση του Thomas Trotter, μιας σημαντικής προσωπικότητας στο χώρο της μελέτης του αλκοολισμού του 19ου αιώνα (12). Επίσης, λίγο πριν το θάνατό του, κατάφερε να ολοκληρώσει και ένα μυθιστόρημα.

Υπήρξε αποδέκτης πολυάριθμων πανεπιστημιακών υποτροφιών. Τα μετέπειτα ακαδημαϊκά βραβεία του περιελάμβαναν το Jellinek Memorial Prize για τη συνεισφορά του στις έρευνες για το αλκοόλ σε διεθνές επίπεδο (1981), το Evian Health Prize (1986), το Nathan Beddy Gold Medal για τις διεθνείς έρευνες για την κατάχρηση ουσιών, που του απονεμήθηκε από το αμερικανικό κολλέγιο για τα προβλήματα της εξάρτησης από τα ναρκωτικά στις ΗΠΑ (1986) και το βραβείο Auguste Forrell για τις ευρωπαϊκές έρευνες για το αλκοόλ (1998). Το 1987 του απονεμήθηκε ο τίτλος του Διοικητή της Βρετανικής Αυτοκρατορίας (C.B.E.) για τις υπηρεσίες του στις Κοινωνικές Επιστήμες και στην Ιατρική.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΦΙΛΟΙ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΙ

Σημείο ορόσημο στην προσωπική ζωή του Edwards υπήρξε το 1981 ο γάμος του με τη Susan Stables. Η οικογενειακή ζωή στην οικία επί της οδού Crooms Hill, 32 στο Greenwich περιστρεφόταν γύρω από το αμοιβαίο ενδιαφέρον τους για τα βιβλία, τη μουσική, την τέχνη, την καλή συζήτηση και το καλό κρασί. Συχνές ήταν οι συγκεντρώσεις φίλων, γειτόνων και συγγενών. Το βιβλίο επισκεπτών στην είσοδο του σπιτιού αποτελεί μαρτυρία για την εκτενή λίστα ανθρώπων που περνούσαν από το σπίτι, όπου συχνά διανυκτέρευαν επισκέπτες από ολόκληρο τον κόσμο. Το καθιστικό της οικογένειας Edwards θύμιζε πολύ τα αντίστοιχα σαλόνια του 17ου αιώνα, με διακριτικές συζητήσεις φιλοσοφικού περιεχομένου, και συζητήσεις για την πολιτική των εξαρτήσεων μεταξύ των καλεσμένων. Ο Griffith Edwards δεν παθιαζόταν μόνο για την οικογένεια, τους φίλους και την επιστήμη των εξαρτήσεων, συχνά έβαζε και τους ασθενείς του στο προσκήνιο με ένα ειλικρινές ενδιαφέρον για την αστάθεια της ανθρώπινης φύσης.

Τον χαιρετούν η γυναίκα του Susan, ο γιος του Daniel, η κόρη του Rose, η νύφη του Laurence και η εγγονή του, Constance. Ο Dan και η Rose είναι παιδιά του από τον προηγούμενο γάμο του με την Evelyn Morrison.

Παραπομπές

1. Edwards, G. (1960) Hypnotic treatment of asthma: real and illusory results. *British Medical Journal* 2, 492-499.
2. Edwards, G. and Guthrie, S. (1967) A controlled trial of in-patient and outpatient treatment of alcohol dependency. *Lancet* 1, 555-59.
3. Edwards, G. and Gross, M.M. (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal* 1, 1058-1061.
4. Edwards G., Orford J., Egert S., Guthrie S., Hawker A., Hensman C., Mitcheson M., Oppenheimer, E. and Taylor, C. (1977) Alcoholism. A controlled trial of "treatment" and "advice". *Journal of Studies on Alcohol* 38, 1004-1031.
5. Edwards, G., Oppenheimer, E. and Taylor, C. (1992) Hearing the noise in the system. Exploration of textual analysis as a method for studying change in drinking behaviour. *British Journal of Addiction* 87, 73-81.
6. Davies, D.L. (1962). Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23, 94-104.
7. Edwards, G. (1985) A later follow-up of a classic case series: D.L. Davies's 1962 report and its significance for the present. *Journal of Studies on Alcohol* 46, 181-190.
8. Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R., Room, R., Schmidt, W., Skog, J., Sulkunen, P. & Österberg, E. (1975) *Alcohol Control Policies In Public Health Perspective*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
9. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. & Skog, O-J (1994) *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, Oxford.
10. Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I. (2003) *Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and public policy*. Oxford and London: Oxford University Press.
11. Edwards, G. (2000) *Alcohol: The Ambiguous Molecule*. London, Penguin Books. Published 2002 in US by Thomas Dunne Books as *Alcohol, the World's Favourite Drug*.
12. Vale B. and Edwards G. (2010) *Physician to the Fleet: The Life and Times of Thomas Trotter, 1760-1832*. Woodbridge UK: Boydell & Brewer.

Συνέντευξη με την GILLIAN TOBER
Interview with GILLIAN TOBER

Εξαρτήσεις (Ε): Καλώς ορίσατε στην Ελλάδα.

GillianTober (GT): Σας ευχαριστώ.

Ε: Καταρχήν να σας ευχαριστήσουμε για το έργο σας εδώ. Θα θέλατε να μας πείτε κάποια πράγματα για τη δουλειά σας και τους τομείς ενασχόλησής σας;

GT: Η πρώτη μου επαφή με το χώρο των εξαρτήσεων πραγματοποιήθηκε το 1977, όταν έκανα την πρακτική μου σε μια μονάδα αποτοξίνωσης, διαμονής, σε ένα κέντρο μετά-θεραπευτικής φροντίδας για άστεγους ανθρώπους με προβλήματα αλκοολισμού, στο Leeds. Είχα πτυχίο Ψυχολογίας και Μεταπτυχιακό τίτλο στην Κοινωνική Εργασία και εκεί έκανα την πρακτική μου. Μαγεύτηκα κατευθείαν από τους ανθρώπους που προσπαθούσαμε να βοηθήσουμε, από τους ανθρώπους που έκαναν αυτή τη δουλειά, και από τις τρελές ιδέες του οργανισμού. Ήταν ένας οργανισμός απόλυτα δεσμευμένος να βοηθά ανθρώπους που βρίσκονται στο δρόμο, που τους είχε συλλάβει η αστυνομία, που βρίσκονταν στα κρατητήρια, ή στη φυλακή, ή ήταν υπόδικοι και ουσιαστικά δεν λάμβαναν ιδιαίτερη βοήθεια για το πρόβλημα εξάρτησης από το αλκοόλ. Εργάστηκα εκεί για έξι χρόνια. Κάναμε αποτοξίνωση και έπειτα πρόληψη της υποτροπής, στη συνέχεια προσπαθούσαμε να παραπέμψουμε τα άτομα αυτά σε μετά-θεραπευτική φροντίδα, σε «καθαρά» σπίτια. Είχαμε ένα ολόκληρο δίκτυο «καθαρών» σπιτιών. Πριν φύγω από εκεί είχα καταφέρει να οργανώσω ένα «σπίτι για γυναίκες». Γενικότερα ήταν ένας οργανισμός όπου κυριαρχούσαν οι άνδρες. Πιστεύω ότι ενδεχομένως οι γνώσεις που πήρα για τη συγκεκριμένη ομάδα εξυπηρετούμενων, και για τον τρόπο με τον οποίο γίνονταν διακρίσεις απέναντι σε αυτή τη συγκεκριμένη ομάδα ήταν πολύτιμες. Αυτός ήταν ένας οργανισμός ο οποίος δεν δέχονταν γυναίκες όταν τον είχα πρωτογνωρίσει. Όλοι οι άνδρες διευθυντές έλεγαν «Δεν μπορούμε να δεχτούμε γυναίκες, δεν υπάρχει χώρος διαθέσιμος και επιπλέον είναι πολύ δύσκολο να δουλέψουμε μαζί τους». Θεωρώ λοιπόν ότι σε αυτό το επίπεδο αυτό ήταν ένα επίτευγμα, ότι ξεκίνησαν να δέχονται γυναίκες, αλλά και το ότι βρέθηκε ένας «στεγνός» χώρος ειδικά για γυναίκες. Δυστυχώς αφότου έφυγα έκλεισε, όμως είχε τουλάχιστον γίνει μια αρχή. Αργότερα ξεκίνησα να εργάζομαι στη Μονάδα για τις Εξαρτήσεις όπου διευρύνθηκε η δουλειά μου. Εκεί δούλευα με άνδρες και με γυναίκες, με άτομα που είχαν προβλήματα με το αλκοόλ αλλά και με άτομα που είχαν προβλήματα με άλλες ουσίες. Αυτή ήταν η πρώτη επαφή μου με ουσιαστικά με το χώρο, με άτομα που είχαν πρόβλημα χρήσης ουσιών. Εκείνη την περίοδο τα προβλήματα με την ηρωίνη είχαν αυξηθεί σημαντικά. Στο παρελθόν είχαμε αρκετά προβλήματα με τη χρήση αμφεταμινών, η ηρωίνη όμως ήταν κάτι σχετικά καινούργιο. Εκείνη την περίοδο ξεκίνησα και την ερευνητική μου καριέρα. Αυτό το κομμάτι ξεκίνησε με μια έρευνα για τη χρήση ηρωίνης στο Leeds. Επίσης εκεί ξεκίνησα την εκπαιδευτική μου καριέρα, δημιουργώντας ένα τμήμα εκπαίδευσης.

Ε: Για τα στελέχη;

GT: Ναι, για τους επαγγελματίες. Η φιλοδοξία μας ήταν να εκπαιδεύσουμε τους ανθρώπους οι οποίοι ασχολούνταν με τα προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών, αρχικά στο

Leeds. Εκπαιδεύσαμε το προσωπικό του νοσοκομείου, γιατρούς και νοσηλευτές. Εκπαιδεύσαμε το προσωπικό των μαιευτικών κλινικών, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους επιτηρητές των αναστολών, τους εργαζόμενους στο σωφρονιστικό σύστημα. Εκπαιδεύσαμε το προσωπικό και δημιουργήσαμε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα ειδικά για εξειδικευμένους επαγγελματίες σε ολόκληρη τη χώρα, ενώ ταυτόχρονα αναπτύξαμε το ερευνητικό μας πρόγραμμα.

Θεωρώ πως ήμουν πολύ τυχερή, που μπόρεσα να εξελιχθώ σε αυτές τις τρεις κατευθύνσεις. Έκανα κλινική πρακτική, συμμετείχα σε ερευνητική δουλειά και είχα στήσει ένα τμήμα εκπαίδευσης. Το τμήμα αυτό συνεργαζόταν με το Πανεπιστήμιο του Leeds. Κάναμε αρκετά μαθήματα σε συνεργασία με το συγκεκριμένο πανεπιστήμιο σε όλα τα επίπεδα. Επιστρέφοντας στις σπουδές μου ασχολήθηκα με την Ψυχολογία σε επίπεδο διδακτορικής διατριβής. Μελέτησα τα θέματα ανάπτυξης της εξάρτησης, τις σχετικές μετρήσεις και την παρακολούθηση (follow-up) ατόμων με εξαρτητικές διαταραχές. Ουσιαστικά αυτό είναι με το οποίο ασχολούμαι έκτοτε. Αυτοί είναι οι τρεις βασικοί τομείς της εργασίας μου.

E: Αρκετά πλούσια δουλειά. Έχετε λοιπόν δουλέψει με πολλές διαφορετικές ομάδες πληθυσμού, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της Συνέντευξης Κινητοποίησης. Από όλες αυτές τις ομάδες θεραπευμένων, υπάρχει κάποια που ενδεχομένως να ξεχωρίζετε από τις υπόλοιπες; Ποιες είναι κάποιες από τις κυριότερες δυσκολίες που αντιμετωπίσατε και πως τις ξεπεράσατε;

GT: Όπως ανέφερα και νωρίτερα ξεκίνησα κάποια στιγμή να δουλεύω με άστεγους. Αυτή η δουλειά μου είχε φανεί τόσο εποικοδομητική. Όταν ο άλλος δεν έχει τίποτα, υπάρχουν τόσα πράγματα που μπορείς να κάνεις να τον βοηθήσεις. Έβρισκα λοιπόν πολύ δημιουργική τη δουλειά που έκανα, την απολάμβανα. Επρόκειτο για ένα πληθυσμό τον οποίο δεν είχα ξανασυναντήσει ποτέ πριν στη ζωή μου, ήταν λοιπόν εποικοδομητικό και αποτελούσε μια πρόκληση.

Έχω δουλέψει με άτομα εντός του σωφρονιστικού συστήματος, αλλά μπορώ να πω ότι ήταν το καλύτερό μου. Θεωρώ ότι η δουλειά με άτομα τα οποία δεν θέλουν να βρίσκονται εκεί, είναι πολύ δύσκολη, δεν είναι μεταξύ των σημαντικών μου δεξιοτήτων αυτό. Εγώ διδάσκω τον τρόπο με τον οποίο γίνεται. Η Συνέντευξη Κινητοποίησης είναι μια σημαντική μέθοδος για την εμπλοκή των ατόμων που δεν μπορούν με βεβαιότητα να αποφασίσουν για ποιο λόγο βρίσκονται εκεί που βρίσκονται. Από όλα τα εργαλεία που έχουμε διαθέσιμα λοιπόν, αυτό είναι το πιθανότερο να είναι αποτελεσματικό. Ήταν όμως μεγάλη πρόκληση η δουλειά με αυτό τον πληθυσμό.

E: Ήταν δυσκολότερη η δουλειά με εφήβους ή ενήλικες με νομικά προβλήματα;

GT: Δεν έχω δουλέψει με άτομα κάτω των 16 ετών που είχαν εμπλοκή με το νόμο. Έχω δουλέψει όμως με παιδιά πολύ νεαρότερης ηλικίας. Έχω ασχοληθεί, για μεγάλο διάστημα, με τα παιδιά ατόμων που είχαν πρόβλημα με το αλκοόλ ή με τα ναρκωτικά. Συναντούσα λοιπόν και αυτή την ομάδα παιδιών.

Θεωρώ ότι και αυτή η δουλειά ήταν εξαιρετικά εποικοδομητική, να βοηθήσεις αυτά τα παιδιά να συνειδητοποιήσουν ότι πρέπει να κάνουν κάτι να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα χρήσης αλκοόλ και ουσιών των γονιών τους. Αυτή λοιπόν ήταν μια διαφορετική ομάδα. Τώρα είμαι Επικεφαλής Σύμβουλος για την Ομάδα Εγκύων και Γονιών που έχου-

με. Συναντώ λοιπόν μητέρες και εγκύους που έχουν πρόβλημα με τη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών. Αυτό είναι πολύ δύσκολο γιατί έχεις να αντιμετωπίσεις τους ενήλικες που έχουν πρόβλημα χρήσης ουσιών και τα παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο. Εμπλέκονται πολλοί άνθρωποι, διαφορετικοί φορείς, υπηρεσίες. Αυτό μπορεί να γίνει αρκετά επίπονο.

Ε: Υπάρχει κάποιο πρόγραμμα για μητέρες με προβλήματα εξάρτησης;

GT: Ναι, έχουμε ένα πρόγραμμα όπου ο στόχος είναι να ξεκινήσουμε να τις βλέπουμε από νωρίς στην εγκυμοσύνη τους και να τους παρέχουμε σε ένα κέντρο όλη την προγεννητική φροντίδα που χρειάζονται.

Όσον αφορά στο πρόβλημα της εξάρτησης, αυτό που κάνουμε είναι ότι τις παρακολουθούμε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και για περίπου έξι μήνες μετά. Στη συνέχεια ελπίζουμε να μπορούν να συνεχίσουν με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Αυτό όμως δεν γίνεται εάν εξακολουθούν να έχουν προβλήματα, εάν δεν φροντίζουν τα παιδιά τους όπως πρέπει. Σε αυτό το στάδιο δεν τους τα παίρνουμε ακόμη. Υπάρχουν πολλές περιστάσεις κατά τις οποίες εξακολουθούμε να τις βλέπουμε και μετά. Είναι μια πολύ πετυχημένη ομάδα. Οι συνεργάτες μου είναι μαιές, ιατρικοί επισκέπτες, γιατροί για την εξάρτηση και θεραπευτές, και είναι πολύ καλοί στο να εμπλέκουν αυτές τις γυναίκες και να βοηθούν τις μητέρες να φτάσουν την εγκυμοσύνη σε φυσιολογικά επίπεδα μέχρι τον τοκετό. Τα μωρά γεννιούνται με φυσιολογικό βάρος, σε ικανοποιητικό αριθμό εβδομάδων. Δυστυχώς από έρευνες που κάναμε πρόσφατα, και τις οποίες σκοπεύσαμε να συνεχίσουμε στη Μεγάλη Βρετανία, όταν μελετάμε σε βάθος δύο χρόνων μετά, φαίνεται ότι ένα στα δύο από αυτά μωρά δεν μένει πλέον μαζί με τη φυσική του μητέρα. Έχουμε λοιπόν καλά αποτελέσματα μέχρι τον τοκετό αλλά στόχος είναι να βελτιώσουμε τα αποτελέσματα μέχρι και τα δύο πρώτα χρόνια του παιδιού. Αυτό δουλεύουμε τώρα.

Ε: Πολύ ενδιαφέρουσα αυτή η δουλειά που κάνετε, εύχομαι καλή επιτυχία και στη συνέχεια.

GT: Ευχαριστούμε.

Ε: Από την εμπειρία που έχετε στην εκπαίδευση επαγγελματιών, ποια είναι η μεγαλύτερη δυσκολία με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης; Ποια είναι η γνώμη σας όσον αφορά την αντίσταση από τους συμβούλους;

GT: Πολύ ωραία αυτή η ερώτηση. Υπάρχει αντίσταση από τους συμβούλους, εάν κανείς δεν είναι καλός εκπαιδευτής, υπάρχει αντίσταση από τους συμβούλους. Αυτό είναι γενικότερο. Ανατρέχοντας στην προσωπική μου εμπειρία από την εκπαίδευση, και έχω περισσότερα από 20 χρόνια εμπειρίας στον τομέα αυτό, με κάθε ομάδα εκπαιδευομένων θα πρέπει όταν τους συναντήσω να έχω τη διάθεση να τους δω, να πιστεύω ότι θα μάθουν κάτι, να έχω καλή διάθεση, και να διώχνω τις υπόλοιπες σκέψεις / ανησυχίες από το μυαλό μου. Πρέπει να τους αφιερώσω το 100% της προσοχής μου.

Αντιμετωπίζεις λοιπόν τους εκπαιδευόμενους με τον ίδιο τρόπο όπως και τους θεραπευόμενούς σου. Επίσης, πρέπει να γνωρίζεις καλά το αντικείμενο. Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζεις το αντικείμενό σου πολύ καλά, και να μπορείς να γίνεσαι χρήσιμος στους εκπαιδευόμενους, να έχεις κάτι να τους προσφέρεις. Η δική μου μέθοδος διδασκαλίας όταν συναντιόμαστε είναι να τους βοηθώ να λύσουν τα προβλήματα που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν και όχι να τους δίνω επιπλέον δουλειά να κάνουν. Εντοπίζω λοι-

πόν τον τρόπο. Αυτό είναι ιδιαίτερος χρήσιμο με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης. Είναι κάτι το οποίο κάνεις με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης, συμβάλεις να γίνει καλύτερη και πιο εύκολη η δουλειά που έχουν να κάνουν οι άνθρωποι. Εάν το κάνεις αυτό, τότε οι μαθητές σου θα αντιστέκονται μόνο εάν δεν βλέπουν το νόημα σε αυτό που κάνουν. Κυρίως όμως θα αντιστέκονται εάν νιώθουν ότι απειλούνται από την εκπαίδευση. Εάν έχουν κάτι να κρύψουν, εάν δεν έχουν αυτοπεποίθηση σε επαγγελματικό επίπεδο. Εάν δεν χαίρονται με αυτά που κάνουν τότε θα υπάρξει αντίσταση.

Έχουμε δημοσιεύσει και ένα σχετικό βιβλίο στο Leeds, για τη Συνέντευξη Κινητοποίησης, λέγεται "Motivational Dialogue". Εκπαιδεύω στη Συνέντευξη Κινητοποίησης τα τελευταία 25 χρόνια, στον τρόπο ομιλίας, συμβουλευτικής κλπ. Πρόκειται για μια μορφή διαλόγου που μπορεί να αξιοποιήσει κανείς είτε δουλεύει σε κέντρο συμβουλευτικής, είτε δουλεύει σε θεραπευτική κοινότητα, είτε μέσα στη φυλακή, είτε οπουδήποτε αλλού.

Κλείνοντας θέλω να παρατηρήσω ότι τα «διδάγματα» της Συνέντευξης Κινητοποίησης έχουν πάρει έναν κατά κάποιο τρόπο δογματικό χαρακτήρα. Όπου όλα διαχωρίζονται σε αυτά που ανήκουν στη Συνέντευξη Κινητοποίησης και σε αυτά που δεν ανήκουν στη Συνέντευξη Κινητοποίησης. Η δική μου φιλοδοξία είναι να το απλοποιήσω, να το κάνω όσο πιο γενικό μπορεί να γίνει. Πιστεύω λοιπόν ότι εάν καταφέρω να δείξω στους μαθητές μου ότι αυτό που έχω να τους προσφέρω θα τους φανεί χρήσιμο, τότε δεν θα συναντήσω αντίσταση.

Ε: Πάρα πολύ ενδιαφέρουσα προσέγγιση. Ποια θα λέγατε ότι είναι τα σημαντικότερα προσόντα ενός συμβούλου τοξικοεξάρτησης που εφαρμόζει τη Συνέντευξη Κινητοποίησης; Και με ποιο τρόπο μπορεί να τα καλλιεργήσει;

GT: Καλή ερώτηση, παρόμοια με κάποια προηγούμενη. Πιστεύω ότι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ανοιχτό μυαλό. Ίσως ακούγεται ως κλισέ, το «ανοιχτό μυαλό». Αυτό το εμπνεύστηκα από μια Βρετανή ψυχολόγο, η οποία είχε πει «Την ημέρα που θα κάθωμαι μπροστά από έναν θεραπευόμενο, ένα καινούργιο θεραπευόμενο, και θα σκεφτώ ότι τον έχω ξαναδεί, ότι τον γνωρίζω, τότε θα έχει έρθει η στιγμή να αποσυρθώ».

Η ικανότητα να μπορείς να αντιμετωπίζεις το κάθε ξεχωριστό άτομο ως μοναδικό. Αυτό εννοώ όταν λέω ανοιχτό μυαλό, ότι δεν κάνεις υποθέσεις. Η εμπειρία σου φυσικά σε διδάσκει πώς να εντοπίζεις κάποια πράγματα, να τα αναγνωρίζεις, να τα κατανοείς, και να καταλαβαίνεις αυτό το άτομο. Όμως θα πρέπει να μπορείς να παραμένεις εξαιρετικά οριοθετημένος. Εάν δεν ακούσεις κάτι συγκεκριμένο από κάποιον δεν το γνωρίζεις. Δεν γνωρίζεις τίποτα γι' αυτόν. Εάν έρθει στη μονάδα σας ένα άτομο, 24 ετών, λευκός, άνεργος, χρήστης ηρωίνης, που αποτελεί κατά μέσο όρο τη συνηθισμένη εικόνα του χρήστη που γνωρίζουμε, θα πρέπει να θυμάστε ότι είναι όλοι διαφορετικοί ο ένας από τον άλλο. Δεν γνωρίζετε τίποτα για τον άνθρωπο που έχετε απέναντι σας. Αυτό είναι το πρώτο βασικό βήμα. Το επόμενο είναι η εμπιστοσύνη. Εμπιστοσύνη σε αυτά που ήδη γνωρίζουμε, και μετριοφροσύνη να γνωρίζουμε ότι υπάρχουν πολλά ακόμη να μάθουμε. Πάντα υπάρχουν πολλά ακόμη να μάθει κανείς, διότι δεν μπορεί κάποιος να έχει δει όλες τις εκδηλώσεις του προβλήματος με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Οι άνθρωποι που έρχονται να με δουν πάντοτε εμφανίζουν κάτι που δεν έχω ξαναδεί στο παρελθόν.

Αυτά λοιπόν είναι τα βασικά προσόντα, καθώς επίσης και η προθυμία για μάθηση νέων δεξιοτήτων. Η προθυμία να ξεετάσει κανείς νέα στοιχεία, να τα πιστέψει και να πει: «Πρέπει να εφαρμόσω αυτά τα στοιχεία, γιατί άνθρωποι πιο έξυπνοι από εμένα τα ανακά-

λυψαν και μου τα έδωσαν για να με καθοδηγήσουν». Αυτά είναι τα προσόντα νομίζω. Η εμπειρία μου, μου έχει δείξει επίσης ότι η ευφυΐα σε ένα συγκεκριμένο βαθμό είναι απαραίτητη. Πρέπει να έχουν αυτή την ευφυΐα για να μπορούν από την ανάγνωση των ερευνητικών πορισμάτων να μεταφέρουν κάτι στην πράξη. Αυτό είναι κάτι με το οποίο τους βοηθώ εγώ.

E: Είναι μια πολύ όμορφη και ανθρώπινη αντιμετώπιση αυτή που παρουσιάσατε, όπως και αυτό που αναφέρατε ότι όταν έρχεται ένας ασθενής δεν χρειάζεται να γνωρίζουμε τα πάντα για αυτόν. Το βρίσκω πολύ ενδιαφέρον και πρωτότυπο.

GT: Ήταν, όταν το είχε πει μια συνάδελφος ψυχολόγος.

E: Είχατε ξανά στο παρελθόν την ευκαιρία να δουλέψετε με έλληνες επαγγελματίες;

GT: Είχα το προνόμιο να δουλέψω με τέσσερα στελέχη του ΚΕΘΕΑ στο παρελθόν, πέντε εάν συνυπολογίσουμε και το Διευθυντή του οργανισμού, Χαράλαμπο Πουλόπουλο, που είχε έρθει να παρακολουθήσει ένα σεμινάριο το 1993. Ακόμη τέσσερα άτομα μας έχουν επισκεφθεί και έκαναν πρακτική σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Η πρώτη ήταν η Σωτηρία Τσιώτρα, ήρθε και έμεινε μαζί μας για ένα χρόνο. Η Σωτηρία μας έδωσε μια πλήρη εικόνα της ελληνικής πραγματικότητας.

Η Σωτηρία ήταν μία από τους φοιτητές που εντοπίστηκαν από εξωτερικό αξιολογητή του προγράμματός μας ως παράδειγμα καλής πρακτικής. Είδε μια βιντεοσκόπηση που είχε κάνει και είπε «Κοιτάξτε, αυτή είναι η εικόνα της δέσμευσης». Και το θυμάμαι ακόμη που το είχα δει, αν και πρόκειται για δώδεκα χρόνια πριν και ενώ έχουν περάσει εκατοντάδες φοιτητές. Μετά είχαμε την Ιωάννα και την Αναστασία και τώρα πρόσφατα είχαμε την Όλγα Ζήση, ήταν πολύ ωραία η δουλειά που κάναμε μαζί τους. Συνέβαλαν σημαντικά στη δουλειά μας. Η Όλγα έκανε ένα ερωτηματολόγιο για τη μονάδα εγκύων και γονιών, το οποίο ήταν πολύ χρήσιμο για τη δουλειά μας. Είχε δουλέψει πολύ σκληρά για να το ετοιμάσει και όταν μας το παρουσίασε μας φάνηκε πολύ χρήσιμο. Όλοι όσοι ήρθαν συνέβαλαν σημαντικά. Ως αποτέλεσμα αυτής της σχέσης που δημιουργήθηκε πολλοί από το προσωπικό μας έχουν περάσει πολύ ωραίες διακοπές στην Ελλάδα. Επίσης ήταν πολύ μεγάλη ευχαρίστηση για μένα να έρθω εδώ, στην Ελλάδα, και να συνεργαστώ με τον οργανισμό σας, στον οποίο θεωρώ ότι χρειάζεται ειδικός έπαινος για τη δουλειά που κάνει.

E: Σας ευχαριστούμε

GT: Αποτελεί έμπνευση

E: Σας ευχαριστούμε. Κατά κάποιο τρόπο απαντήσατε και στην επόμενη ερώτηση που ήθελα να σας κάνω, εάν υπάρχει κάτι που ενδεχομένως σας εντυπωσίασε εδώ... αλλά μου απαντήσατε ήδη οπότε...

GT: Το ΚΕΘΕΑ με έχει εντυπωσιάσει με πολλούς τρόπους. Θεωρώ πως έχετε κατακτήσει μια αξιοζήλευτη θέση, έχοντας βάλει τους θεραπευόμενούς σας σε προτεραιότητα και αναπτύσσετε τον οργανισμό γύρω από τις δικές τους ανάγκες, με βάσει τα πιο πρόσφατα ευρήματα και τις πλέον σύγχρονες τεχνικές για την καλύτερη αντιμετώπιση των θεραπευόμενων. Στη χώρα μου είχαμε μια κυβέρνηση η οποία έδινε και απέσυρε τη χρηματοδότηση ανάλογα με το αν ικανοποιούταν το πρόγραμμα που έθεταν εκείνοι. Εδώ και κάποια χρόνια, λοιπόν, πολλοί από τους οργανισμούς στη Βρετανία έπρε-

πε να διαμορφώνουν τις υπηρεσίες τους σύμφωνα με τις επιθυμίες της κυβέρνησης. Εμείς στη Μονάδα για τις Εξαρτήσεις του Leeds, είμαστε τυχεροί διότι δεν αναγκαστήκαμε να συμβιβάσουμε την πρακτική μας. Η συνέπεια, ωστόσο, ήταν ότι ο προϋπολογισμός μας έχει μειωθεί στο μισό, και τα υπόλοιπα χρήματα έφυγαν από εμάς και πήγαν σε φορείς οι οποίοι κάνουν καλύτερα αυτό που επιθυμεί η κυβέρνηση.

Εξειδικευτήκαμε λοιπόν πάρα πολύ ως οργανισμός: ασχολούμαστε με τη διπλή διάγνωση, με θέματα ψυχικής υγείας, με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας μαζί με εξάρτηση, με εγκυμοσύνη ή οικογένεια και κατάχρηση ουσιών, σοβαρή σωματική ασθένεια και κατάχρηση ουσιών. Η ομάδα μας έχει την πολυτέλεια να έχει πρόσβαση σε νοσοκομείο, όπου μπορούμε να δούμε άτομα με προβλήματα ήπατος ή καρδιάς και να προσπαθήσουμε να τους βοηθήσουμε. Τελικά, έχουμε εξειδικευτεί πάρα πολύ, λόγω αυτής της αντίδρασης. Αποφασίσαμε ότι «δεν θα θεραπεύουμε τους ανθρώπους σύμφωνα με τα όσα υπαγορεύει η κυβερνητική ατζέντα, αλλά σύμφωνα με τις δικές τους ανάγκες». Εάν λοιπόν κάποιος δεν χρειάζεται μεθαδόνη, δεν του χορηγούμε μεθαδόνη, τους βοηθάμε να κάνουν κάτι διαφορετικό.

Θα ήθελα λοιπόν να συγχαρώ το ΚΕΘΕΑ για την επιδεξιότητα που προφανώς δείχνει στις διαπραγματεύσεις του, για τις καλές δημόσιες σχέσεις του. Δεν γνωρίζω ποια είναι η κυβερνητική πολιτική για τα ναρκωτικά στη χώρα σας ενδεχομένως να διαφέρει από την αντιμετώπιση των υπόλοιπων προβλημάτων της χώρας.

Ε: Στις μέρες μας πιστεύω ότι είναι δύσκολο, για όλους. Η οικονομική κρίση θεωρώ ότι θα επηρεάσει όλους τους τομείς. Θα δούμε.

ΓΤ: Ναι, σίγουρα. Και στην Αγγλία, μειώνονται πολύ τα χρήματα στον δημόσιο τομέα.

Ε: Ασχολείστε με κάτι καινούργιο αυτή την περίοδο, το οποίο θα θέλατε να το μοιραστείτε μαζί μας;

ΓΤ: Έχουμε έναν σχεδόν καινούργιο πρόγραμμα, βρισκόμαστε στα μισά ενός ερευνητικού προγράμματος, στο οποίο προσπαθούμε εδώ και χρόνια να βάλουμε τους ανθρώπους που δουλεύουν σε Γενικά Νοσοκομεία να εντοπίζουν τα άτομα που έχουν προβλήματα με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά και να τους εμπλέκουν σε κάποιο είδος θεραπείας. Αυτή την περίοδο ξεκινάμε ένα νέο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, και διαφέρει αρκετά από ό,τι έχουμε κάνει στο παρελθόν. Στο παρελθόν επιλέγαμε ποιους θα εκπαιδεύαμε στο νοσοκομείο. Τώρα λοιπόν είμαστε πολύ αισιόδοξοι και λέμε: «Σε ένα νοσοκομείο, σχεδόν όλοι οι άνθρωποι κάποια στιγμή συναντούν κάποιον, ο οποίος έχει πρόβλημα με το αλκοόλ. Όλο το προσωπικό του νοσοκομείου. Θα προσπαθήσουμε λοιπόν να εκπαιδεύσουμε όσο το δυνατόν περισσότερους ώστε να μπορούν να μιλήσουν με τους ασθενείς σχετικά με το πρόβλημα της κατανάλωσης αλκοόλ βοηθώντας τους να σκεφτούν το ενδεχόμενο να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό».

Πιστεύω ότι θα είναι ένα πολύ ενδιαφέρον πρότζεκτ, καθώς και στο παρελθόν έχουμε μελετήσει ερευνητικά τι συμβαίνει, συγκρίνοντας θεραπευτικές παρεμβάσεις μεταξύ τους. Ο ρόλος που είχα στην έρευνα ήταν να δω τι συμβαίνει στη θεραπεία, στις συνεδρίες και να εντοπίσω τι είναι αυτό που κάνει τη διαφορά για τους ασθενείς. Αυτό σημαίνει να πάω ένα βήμα πίσω και να δω, μπορούμε να βελτιώσουμε το πώς φτάνουν οι άνθρωποι μέχρι εκεί; Όσον αφορά στο νοσοκομείο, μπορούμε να βελτιώσουμε τη διαδικασία αποχώρησης από το νοσοκομείο και μετακίνησής τους σε κλινική για να αντιμετωπί-

σουν το πρόβλημα του αλκοόλ; Στην Αγγλία έχουμε ένα πολύ ιδιαίτερο πρόβλημα με τις εισαγωγές που σχετίζονται με το αλκοόλ. Είναι πολλές. Οι άνθρωποι καταλήγουν στο νοσοκομείο επειδή πίνουν πάρα πολύ μεγάλες ποσότητες. Μπορεί λοιπόν να φτάσουν στα επείγοντα επειδή μέθυσαν και είχαν ένα ατύχημα. Μπορεί να εισαχθούν στη μονάδα ήπατος γιατί πίνουν τόσο πολύ που έχει καταστραφεί το συκώτι τους. Δεν πρόκειται για ανθρώπους οι οποίοι πίνουν αλκοόλ 40 χρόνια. Είναι άνθρωποι οι οποίοι πίνουν αλκοόλ πέντε χρόνια ή δέκα χρόνια. Συναντάμε νέους ανθρώπους.

Αυτό που κάνουμε λοιπόν είναι ότι προσπαθούμε να εντοπίσουμε αυτά τα άτομα, νωρίτερα μέσα από το σύστημα. Προσπαθούμε να εντοπίσουμε περισσότερους μέσα από το νοσοκομείο, να τους «διώξουμε» από τα νοσοκομεία και να τους στείλουμε για θεραπεία στην κοινότητα.

E: Με ποιο τρόπο το κάνετε; Εννώ με ποιο τρόπο προσπαθείτε να το αλλάξετε τώρα. Αν κατάλαβα καλά προσπαθείτε να τους βρείτε από την αρχή;

GT: Ξεκινήσαμε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα όπου πάμε και εκπαιδεύουμε το προσωπικό στα νοσοκομεία. Έχουμε λοιπόν μια ομάδα στελεχών, που είναι διαθέσιμη στο νοσοκομείο, ζητάμε από όλα τα στελέχη του νοσοκομείου που εκπαιδεύονται να πουν στους ασθενείς: «Θα ήθελες να σκεφτείς λίγο για τη χρήση αλκοόλ, θα ήθελες να μιλήσεις με κάποιον ειδικό που έχουμε εδώ;». Τότε τα δικά μας στελέχη επισκέπτονται τον ασθενή την ίδια ή την επόμενη ημέρα, άμεσα πάντως. Έχουμε την ευκαιρία να δούμε αυτόν τον άνθρωπο ακόμη και μέσα στο νοσοκομείο.

E: Μέχρι τώρα ποια βλέπετε να είναι η αντίδραση του προσωπικού του νοσοκομείου; Πως αντιδρούν σε αυτό;

GT: Πρόκειται για κάτι που μόλις έχουμε ξεκινήσει.

E: Δεν έχετε δει αποτελέσματα δηλαδή ακόμη.

GT: Το έχουμε εφαρμόσει σε πολύ συγκεκριμένες πτέρυγες και είναι πολύ θετικά τα αποτελέσματα. Το προσωπικό του νοσοκομείου βιώνει πολύ μεγάλη απογοήτευση, όταν βλέπει κάποια άτομα να έρχονται και να ξαναέρχονται. Έρχονται στο νοσοκομείο, φεύγουν ξαναπίνουν, επιστρέφουν στο νοσοκομείο, ξαναφεύγουν, ξαναπίνουν, είναι ένας φαύλος κύκλος ματαίωσης.

Μέχρι τώρα το έχουμε εφαρμόσει στις μαιευτικές κλινικές. Το έχουμε εφαρμόσει στις μονάδες που ονομάζουμε *Μονάδες Λήψης Απόφασης*. Πρόκειται για μια μονάδα στην οποία πηγαίνουν οι ασθενείς μετά τα επείγοντα. Εάν χρήζουν νοσηλείας δεν μπορούν να τους αφήσουν να φύγουν, πρέπει να μείνουν μέσα. Ωστόσο λόγω των κυβερνητικών στόχων, δεν μπορεί να μείνει κανείς περισσότερο από τέσσερις ώρες στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Μετά τις τέσσερις ώρες, πρέπει να πάει κάπου. Έφτιαξαν λοιπόν μια καινούργια μονάδα όπου λαμβάνεται η απόφαση για τη συνέχεια. Η προηγούμενη κυβέρνηση με όλους αυτούς τους στόχους ήταν τρελή!

E: Καλή τύχη με αυτό, καλή συνέχεια. Η ερώτηση που έχω να κάνω τώρα μάλλον μοιάζει με μια προηγούμενη αλλά θα την κάνω. Ποια είναι τα ιδιαίτερα προσόντα που πρέπει να έχει ένας σύμβουλος; Ποια είναι τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά;

GT: Σας ευχαριστώ. Είναι όντως ίδια η ερώτηση, ας το δούμε. Λοιπόν, εάν το θέμα είναι να αξιολογήσουμε εάν κάποιος είναι κατάλληλος για πρόσληψη ή όχι. Πρέπει να δούμε

καταρχήν εάν αυτός ο άνθρωπος ταιριάζει με το χώρο. Πιστεύω ότι είναι παρόμοιο σε όλους τους οργανισμούς. Έχετε αποδείξεις ότι αυτό το άτομο είναι «ομαδικός παίχτης»; Έχετε αποδείξεις ότι αυτό το άτομο θα συμμετέχει στις διαδικασίες μάθησης και εποπτείας που παρέχει ο οργανισμός; Επειδή εμείς ζητάμε από όλους τους συμβούλους να βιντεοσκοπούν τις συνεδρίες τους, θα τους ζητούσαμε να φέρουν στη συνέντευξη μια βιντεοσκοπημένη συνεδρία. Εάν δεν το κάνουν αυτό, είτε θα έχουν κάποιον πολύ καλό λόγο, που θα τον πιστέψω και θα τον αποδεχτώ, είτε καταλαβαίνω ότι θα υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Αυτό είναι ένα εμπόδιο. Αφού δω το βίντεό τους και δω τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν, θα τους ζητούσα να πάνε να μιλήσουν σε κάποιον που έχει πρόβλημα με το κάπνισμα, ή σε κάποιον από τους ήδη υπάρχοντες θεραπευόμενούς του, σχετικά με τη χρήση αλκοόλ ή ουσιών και θα δω με ποιο τρόπο το χειρίστηκαν και αυτό. Θα προσέξω τι ερωτήσεις έκαναν, ποια ήταν η στάση τους. Αν ακούν τον άλλο ή όχι, αν μπορούν να παραμερίσουν τις προσωπικές τους θέσεις, κριτικές, αν μπορούν να δημιουργήσουν επαφή με τον ασθενή, αν είναι σε θέση να περάσουν το μήνυμα ότι θέλουν να βοηθήσουν αλλά χωρίς να κατευθύνουν τον ασθενή τι κάνει. Αυτά τα στοιχεία θα κοιτούσα.

Ψάχνω ανθρώπους οι οποίοι έχουν κατασταλάξει στη ζωή τους, οι οποίοι είναι σταθεροί σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Ψάχνω ανθρώπους που πιστεύουν στην εκπαίδευση, που θεωρούν ότι έχουν κάτι να μάθουν, ότι πάντα υπάρχει κάτι να μάθεις. Τέλος ψάχνω ανθρώπους ειλικρινείς, που ξέρουν να σέβονται τους γύρω τους, όλους τους γύρω τους, ανεξάρτητα ποιος είναι απέναντί τους. Και ανθρώπους, νομίζω το έχω αναφέρει ξανά, με ανοιχτό μυαλό, οι οποίοι αναζητούν ανθρώπους που θα τους εμπνεύσουν.

Ε: Ποιους ανθρώπους στη ζωή σας θα μπορούσατε να χαρακτηρίσετε δασκάλους και μέντορες στη δουλειά ή και στη ζωή σας ενδεχομένως;

GT: Υπάρχουν πολλοί, πολλοί άνθρωποι που υπήρξαν δάσκαλοί μου, άνθρωποι που αποτέλεσαν έμπνευση σε διάφορους τομείς στη ζωή μου. Καταρχήν ο συνάδελφός μου, Duncan Raistrick, που είναι ο επικεφαλής ψυχίατρος στη Μονάδα για τις Εξαρτήσεις. Συνεργαζόμαστε από το 1984, και πρόκειται για έναν άνθρωπο οποίος δεν εγκαταλείπει ποτέ. Ανεξάρτητα από το πόσο δύσκολη είναι μια κατάσταση, πόσο μεγάλες οι περικοπές, πόσο χάλια η κυβέρνηση, ο Duncan προσπαθεί και βρίσκει τη λύση. Αποτελεί έμπνευση αυτός ο άνθρωπος, είναι ο άνθρωπος με το μεγαλύτερο πείσμα που γνωρίζω. Πείσμα με την έννοια της επιμονής.

Ορισμένες φορές του παίρνει λίγο χρόνο αλλά δεν σταματάει. Δεν κάθεται να περιμένει με κάποιο πρόβλημα, ψάχνει να βρει τη λύση. Είναι ένας ιδιαίτερα έξυπνος άνθρωπος. Είναι μοναδικός. Νομίζω αυτό φαίνεται κυρίως όταν διαφωνώ μαζί του, όταν έχω διαφορετική άποψη για κάτι και εμπιστεύομαι αυτό που υποστηρίζει εκείνος και πιστεύω ότι θα πάει καλά. Αποτελεί μεγάλη έμπνευση σοφίας και επιμονής λοιπόν.

Έπειτα είναι μια γυναίκα που γνώρισα αρκετά νωρίς στην καριέρα μου, από το National Addiction Center, το οποίο τότε ονομαζόταν Addiction Research Unit. Η γυναίκα αυτή ήταν η Gloria Litman, η οποία δεν είναι ιδιαίτερα γνωστή. Δούλεψε στο σημερινό National Addiction Center. Ήταν μια πολύ καλή ερευνήτρια. Μια γυναίκα που δεν φοβόταν να σηκώσει το παράστημά της σε αυτούς με τους οποίους διαφωνούσε, οι οποίοι μπορεί να ήταν κατά κάποιο τρόπο ακόμη και απειλητικοί. Είναι ένας παράξε-

νος χώρος, ο χώρος των εξαρτήσεων, και βρίθει απροσδόκητων συμπεριφορών από τους ανθρώπους. Η Gloria αποτέλεσε έμπνευση για μένα, αντιστάθηκε σε ανθρώπους ιδιαίτερα απόλυτους, οι οποίοι θεωρούσαν ότι γνωρίζουν τα πάντα αλλά δεν διάβαζαν τις έρευνες. Τη θυμάμαι ως μια ιδιαίτερη πηγή έμπνευσης. Μια άλλη γυναίκα που υπήρξε έμπνευση στη ζωή μου είναι η Kathleen Carroll, μια καθηγήτρια από το Πανεπιστήμιο του Yale, η οποία ασχολείται εδώ και πολλά χρόνια με την έρευνα όσον αφορά την παροχή θεραπείας.

Ως εκπαιδευτρια με ενδιαφέρει πολύ τι κάνουν οι σύμβουλοι. Τους ενδιαφέρει να τους εκπαιδεύσουμε ή κάνουν κάτι εντελώς διαφορετικό; Αυτό ξεκίνησα να το μελετώ το 1990 όταν έκανα τη δοκιμή με τη θεραπεία του αλκοόλ στη Μεγάλη Βρετανία. Η Kathy Carroll είχε ηγηθεί της ίδιας έρευνας στο Project MATCH. Πήγα λοιπόν στις ΗΠΑ για να μάθω από εκείνη, τι είχε κάνει. Και ήταν ένας άνθρωπος πολύ γενναϊόδωρος με το χρόνο της και ως άνθρωπος πολύ ευχάριστος. Αυτή η επίσκεψη καθόρισε σε μεγάλο βαθμό την πορεία της δικής μου έρευνας. Διδάχθηκα πολλά από τον τρόπο με τον οποίο είχε οργανώσει εκείνη τα πράγματα και τον τρόπο που τα εξέταζε. Όλα αυτά που εξέταζε. Αυτά με βοήθησαν πολύ να οργανώσω τη δική μας έρευνα. Ήταν πραγματικά πολύ μεγάλη έμπνευση για μένα, για να μάθω να κάνω τα πράγματα πραγματικά σωστά.

E: Θεωρείτε ότι η προσωπική θεραπεία είναι σημαντική για να είναι κανείς καλός θεραπευτής;

GT: Όχι, δεν το πιστεύω αυτό. Εγώ θεωρώ ότι είμαι καλή θεραπεύτρια, δεν συμμετείχα ποτέ όμως σε θεραπεία προσωπικά. Δεν θεωρώ ότι είναι αναγκαίο. Είναι ένας πολύ συγκεκριμένος τρόπος σκέψης. Ενδεχομένως θα μετανιώσω αργότερα γι' αυτό που σας λέω τώρα αλλά πιστεύω ότι η προσωπική θεραπεία μπορεί να προκαλέσει πολύ σημαντικά προβλήματα.

E: Αυτό είναι πολύ ενδιαφέρον.

GT: Πρέπει να σας πω ότι έχω φίλους που θα ήθελαν να με σκοτώσουν, για αυτό που σας λέω και μόνο. Οι καλύτεροι θεραπευτές που έχω γνωρίσει, με τα χαρακτηριστικά που περιέγραψα, είναι άνθρωποι οι οποίοι επιθυμούν να βελτιώσουν την πρακτική τους. Αυτό δεν αφορά τον εαυτό τους. Εάν δεν μπορώ να καθίσω με κάποιον αφιερώνοντάς του το 100% της προσοχής μου, τότε ενδεχομένως να χρειάζομαι θεραπεία. Μπορεί να με βοηθήσει να ξεκαθαρίσω τα πράγματα μέσα μου. Αυτό που με ενδιαφέρει ωστόσο, δεν είναι εάν αυτός ο άνθρωπος συμμετέχει σε προσωπική θεραπεία, αλλά εάν μπορεί να δώσει στον θεραπευόμενό του το 100% της προσοχής του. Κατανοείτε τη διαφορά; Ενδεχομένως να πρέπει να πάνε για θεραπεία για να ξεκαθαρίσουν αυτά που έχουν στο μυαλό τους.

Θα σας δώσω ένα παράδειγμα. Κάναμε μια μεγάλη έρευνα και εγώ επόπτευα τους επόπτες. Καθόντουσαν λοιπόν οι επόπτες και έβλεπαν τα βίντεο με τις συνεδρίες και έπειτα μιλούσαν στο τηλέφωνο με τους συμβούλους που είχαν κάνει τη συνεδρία. Γιατί μπορεί να γίνει εποπτεία και από μακριά, καθόντουσαν λοιπόν μετά οι επόπτες και έβλεπαν το βίντεο ενώ συνομιλούσαν στο τηλέφωνο με το σύμβουλο. Με παίρνει λοιπόν τηλέφωνο ένας από τους επόπτες κάποια στιγμή και μου λέει: «Έχω μια σύμβουλο στην εποπτεία και δεν μπορώ να καταλάβω τι συμβαίνει» δεν μιλούσαν εκείνη τη στιγμή, απλά με πήρε τηλέφωνο να με ενημερώσει για το τι συνέβη. Μου λέει λοιπόν: «Δεν

μπορώ να καταλάβω τι γίνεται εδώ. Αυτή η σύμβουλος είναι εξαιρετική στη Συνέντευξη Κινητοποίησης. Κάθετα δέκα ολόκληρα λεπτά και εφαρμόζει εξαιρετικά τη Συνέντευξη Κινητοποίησης και ξαφνικά σταματάει και κάνει κάτι άσχετο. Σταματάει. Το χάνει, και κάνει κάτι εντελώς άσχετο με τη συνεδρία. Δεν μπορώ να το καταλάβω, μου λέει. Έχουμε μιλήσει για αυτό, καταλαβαίνει τι είναι αυτό που κάνει λάθος. Μου στέλνει ένα άλλο βίντεο και κάνει ακριβώς το ίδιο». Καθίσαμε λοιπόν και είδαμε και οι δύο το βίντεο και του είπα: «Πιστεύω ότι κάτι συμβαίνει στη ζωή της. Είναι καλή θεραπεύτρια αλλά ξαφνικά χάνει τη συγκέντρωσή της». Αυτό συνεχίστηκε με τον ίδιο τρόπο για λίγο και μετά ζήτησε η ίδια να σταματήσει γιατί ο γάμος της διαλυόταν. Αυτό είναι ένα παράδειγμα. Συνέβαινε κάτι τόσο σημαντικό στη ζωή της και δεν μπορούσε να συγκεντρωθεί. Ήταν καλή, το γνωρίζαμε ότι ήταν καλή, ήταν ικανή θεραπεύτρια. Αλλά δεν μπορούσε να συγκεντρωθεί, δεν μπορούσε να δώσει την πρόποσα προσοχή.

Ανεξάρτητα λοιπόν, εάν πήγαινε συστηματικά σε θεραπεία ή όχι, θα τη βοηθούσε να καταφέρει να ξεπεράσει τη διάλυση του γάμου της, θα την έκανε καλύτερη στη δουλειά της. Αυτό όμως το υποστηρίζω επειδή κάτι δεν πάει καλά στη ζωή της, οκ; Η απάντησή μου λοιπόν στο ερώτημα αυτό είναι όχι, δεν το θεωρώ προϋπόθεση. Δεν χρειάζεται να πάνε όλοι σε θεραπεία για να γίνουν καλοί θεραπευτές. Εάν όμως κάτι συμβαίνει, κάτι το οποίο εμποδίζει την καλή τους απόδοση, τότε θα πρέπει να το κοιτάξουν και να το λύσουν. Το να συμμετέχεις σε θεραπεία δεν σε κάνει καλό θεραπευτή. Το να εκπαιδεύεται κανείς στις απαραίτητες δεξιότητες για τους θεραπευτές είναι που θα σε κάνει καλό θεραπευτή, αυτή είναι η δική μου άποψη.

Ε: Εγώ αναφερόμουν στη συμπόνια που μπορεί να βιώσει κανείς για τον άλλο άνθρωπο. Ήμουν θεραπεύτρια και αυτό που εννοώ είναι ο τρόπος με τον οποίο κατανοεί κανείς τα προβλήματα του άλλου, πως συμπάσχει μαζί του. Αυτό ήταν που με ενδιέφερε.

GT: Κατάλαβα. Είναι πολύ σημαντικό να διατηρηθεί μια απόσταση επαγγελματική. Εάν σε αναστατώνουν πολύ τα προβλήματα του άλλου, θα είναι πολύ δύσκολο να τον βοηθήσεις. Υπάρχουν περιπτώσεις, τις οποίες ως θεραπεύτρια νιώθω ότι δυσκολεύομαι πολύ να αντιμετωπίσω. Είχα κάποια φορά μια γυναίκα η οποία είχε χάσει το γιό της σε τροχαίο δυστύχημα με μηχανή. Ο γιος της ήταν στην ίδια ηλικία με τον δικό μου. Αυτό με δυσκόλεψε πάρα πολύ, παρόλα αυτά θεώρησα ότι ήμουν ο καταλληλότερος άνθρωπος να την αναλάβει γιατί όπως και να το εξέταζα είχε πολύ πόνο. Δεν γνώριζα τον πόνο που βίωνε, όμως μπορούσα λίγο να τον φανταστώ. Ήταν δύσκολο.

Το αντίθετο παράδειγμα είναι, η δυσκολία που έχω να δουλέψω με άνδρες οι οποίοι κακοποιούν γυναίκες. Και εδώ έρχεται το ερώτημά σας σχετικά με την συμπόνια. Δεν μου είναι εύκολο να συμπονέσω τους άνδρες που κακοποιούν τη γυναίκα τους. Γνωρίζω ότι αυτό είναι το όριό μου. Θα μπορούσα να βοηθήσω τη γυναίκα. Αλλά με αυτόν τον άνδρα... θα προσπαθούσα, εάν έβλεπα ωστόσο ότι δεν μπορώ να του προσφέρω τις υπηρεσίες που του αξίζουν, θα ζητούσα από κάποιο συνάδελφο να αλλάξουμε και να το αναλάβει. Δεν νομίζω ότι πρέπει να πάω για θεραπεία για τίποτα από αυτά τα δύο. Νομίζω ότι αυτό είναι οκ, υπό την προϋπόθεση ότι δουλεύω με ομάδα. Θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντικό για τους ανθρώπους να γνωρίζουν τα όριά τους. Και η λέξη συμπόνια που χρησιμοποιήσατε είναι πολύ σημαντική. Εάν δεν συμπονάς κάποιο θεραπευόμενο, άσε καλύτερα κάποιον που μπορεί να τον συμπονέσει να δοκιμάσει να τον βοηθήσει.

Ε: Ωραία, σας ευχαριστώ. Κλείνοντας έχω μια τελευταία ερώτηση, ποια θα ήταν η συμβουλή σας για έναν νέο θεραπευτή, ή σύμβουλο; Κάποιον που τώρα ξεκινάει την καριέρα του.

GT: Νομίζω ότι η πρώτη συμβουλή που θα τους έδινά είναι να μιλήσουν με όσο το δυνατόν περισσότερους εξαρτημένους μπορούν. Να πάνε σε κλινικές, να μπουν σε ομάδες, να αφιερώσουν όσο περισσότερο χρόνο διαθέτουν να συνεργαστούν με ανθρώπους που κάνουν αυτή τη δουλειά. Να μαζέψουν όσο περισσότερη εμπειρία μπορούν, δεν υπάρχει ταχύρυθμο τμήμα για την εμπειρία. Όταν παρακολουθώ τους επαγγελματίες που έχουν καλές δεξιότητες, κάτι που παρατηρώ είναι ότι όλοι μοιράζονται ένα ακόμη χαρακτηριστικό, την εγκυρότητα. Ένα πολύ σημαντικό προσόν για ένα θεραπευτή είναι να γνωρίζει καλά το αντικείμενο με το οποίο δουλεύει. Αν δουλεύω με άτομα με προβλήματα με το αλκοόλ, δεν χρειάζεται να έχω και εγώ πρόβλημα με το αλκοόλ, χρειάζεται όμως να γνωρίζω όσο καλύτερα μπορώ το πώς είναι τα προβλήματα με το αλκοόλ που έχουν οι άλλοι.

Αυτή είναι μια γενική αρχή. Δεν χρειάζεται να το έχεις κάνει εσύ, χρειάζεται όμως να έχεις μεγάλη εμπειρία ακούγοντας τους άλλους. Εάν λοιπόν ο σύμβουλος, κάθεται εκεί απέναντι και είναι σαφές ότι δεν καταλαβαίνει στο ελάχιστο για τι πράγμα μιλάει ο άλλος, και δυσκολεύεται να πιστέψει ότι μπορεί κάποιος να έχει μια τέτοια εμπειρία, τότε αυτός ο άνθρωπος δεν θα μπορέσει να νιώσει ασφαλής. Θα προσέθετα και αυτό λοιπόν στα προηγούμενα σχόλιά μου, σχετικά με το τι χρειάζεται κανείς να έχει. Για το νέο επαγγελματία λοιπόν θα έλεγα, μαζέψτε όσο περισσότερη εμπειρία μπορείτε ακούγοντας τους ανθρώπους όταν μιλάνε. Απλά ακούστε τις εμπειρίες τους. Διαβάστε τις καλύτερες έρευνες που δημοσιεύονται. Μην σπαταλάτε το χρόνο σας διαβάζοντας ανούσια πράγματα. Μην ασχολείστε με τις διάφορες απόψεις. Διαβάστε έρευνες. Δείτε σε ποια συμπεράσματα καταλήγουν, οι ποιοτικές έρευνες, οι ποσοτικές έρευνες, έχετε ανοιχτό μυαλό.

Διαβάστε και ακούστε τους ανθρώπους. Αυτή νομίζω θα ήταν η συμβουλή που θα έδινά.

Ε: Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας. Μου άρεσε πολύ η συζήτηση που κάναμε. Σας ευχαριστώ και πάλι.

GT: Σας ευχαριστώ.

ΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
DRUG ADDICTION IN GREECE



ADDICTION AND MOTHERHOOD

MARINA PAPADI, PHD¹

A b s t r a c t

Through the narrations of addicted mothers who are in treatment, we are able to identify and focus on the elements and the conditions which contributed to the initiation of drug abuse, as well as to the personal decision of these women to stop using drugs. All the data derive from their life-stories as they were described while they were in treatment in the special treatment unit for mothers and their children in the Treatment Unit 18-ANO.

Treatment approaches especially designed for women, constitute an important factor for the initiation of treatment and relapse prevention while still in treatment.

¹ Clinical Psychologist-Psychotherapist, Scientific Responsible of the School of the Treatment Unit 18 ANO, Psychiatric Hospital of Attica.

Contact details: marpapadi@yahoo.gr Tel: +30210 3622217 – +30210 3645603.

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

ΜΑΡΙΝΑ ΠΑΠΑΔΗ, PhD²

Περίληψη

Ο αφηγηματικός λόγος μητέρων, εξαρτημένων από την χρήση τοξικών ουσιών, στην διάρκεια της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας επιτρέπει την ανάδειξη εκείνων των στοιχείων – συνθηκών που συντέλεσαν στην έναρξη της χρήσης αλλά και στην προσωπική απόφαση αυτών των γυναικών να έρθουν σε ρήξη μαζί της, σύμφωνα με τις ιστορίες ζωής που κατέθεσαν μέλη του ειδικού προγράμματος για εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω.

Οι εξειδικευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις ως προς το φύλο αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα τόσο για την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας όσο και για την πρόληψη της υποτροπής στην διάρκεια της θεραπείας απεξάρτησης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι εξαρτημένες από ουσίες γυναίκες ως μια ιδιαίτερη ομάδα στο σύνολο των γυναικών αλλά και στον πληθυσμό των εξαρτημένων έχουν αρχίσει τα τελευταία χρόνια ν' απασχολούν τόσο την διεθνή βιβλιογραφία όσο και τα θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης τα οποία δημιουργούν ειδικά θεραπευτικά πλαίσια για τις εξαρτημένες γυναίκες.

Έτσι αμφισβητείται η άποψη η οποία δηλώνει ότι οι γυναίκες δεν αποτελούν ειδικό πεδίο έρευνας καθώς η κυρίαρχη θέση αναφέρει ότι η κατάχρηση ουσιών είναι μια συμπεριφορά περισσότερο διαδεδομένη στους άντρες παρά στις γυναίκες και η ίδια η εμπειρία της κατάχρησης ουσιών είναι ίδια και στα δύο φύλα.

Το 2002 η Brown αναφέρει ότι η ιστορία της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών στις γυναίκες είναι μια χρόνια άρνηση, μια απουσία.

Η εμπειρία της εξάρτησης στις γυναίκες δεν δείχνει μια αποκλειστική εικόνα και δεν έχει μια και μοναδική ανάγνωση. Μαζί με την ευχαρίστηση θα δει κανείς την οδύνη, την επιθυμία για την ζωή, την κακή σχέση με το σώμα και το αβίωτο φύλο, τον θάνατο και τις απώλειες τόσο στο ψυχικό όσο και στο σωματικό επίπεδο.

Παράλληλα παρατηρείται ότι η προκατάληψη απέναντι στην εξαρτημένη γυναίκα όπως αυτή διαμορφώνεται από την διαιώνιση των κοινωνικών ρόλων έχει συχνά οδηγήσει στην άρνηση της κατάστασής της και στην μη προσέλευση στο θεραπευτικό πλαίσιο. Η υπό-εκπροσώπηση των γυναικών στα θεραπευτικά πλαίσια είναι γεγονός το οποίο υπογραμμίζει με την σειρά του το μικρό αριθμό ερευνών και μελετών σχετικά με τη θεραπεία και τα αποτελέσματά της στον γυναικείο πληθυσμό των χρηστών.

² Κλινική Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπεύτρια, Επιστημονικά Υπεύθυνη του Σχολείου της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Στοιχεία επικοινωνίας marparadi@yahoo.gr Τηλέφωνο 210 3622217 – 210 3645603.

Απέναντι στον κυρίαρχο βίο – ιατρικό λόγο για την εξάρτηση η αναφορά του λόγου των ίδιων των γυναικών μέσα από την αφήγηση της ιστορίας της ζωής τους, μας φέρνει πιο κοντά στην θέση του Reinman (2005) η οποία αναφέρει ότι η χρήση και η κατάχρηση ουσιών είναι προϊόντα ενός συγκεκριμένου κάθε φορά κοινωνικού – ιστορικού – πολιτιστικού πλαισίου.

Έτσι ο λόγος γίνεται ένα σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση της ουσιοεξάρτησης στις γυναίκες που μπορεί να μας δείξει τις απόψεις τους ως υποκείμενα μιας εμπειρίας που ζουν μέσα σε αυτό το πλαίσιο.

Όταν η εξαρτημένη γυναίκα βιώνει παράλληλα και την μητρότητα οι προαναφερόμενες συνθήκες γίνονται εντονότερες λόγω του στίγματος που την συνοδεύει καθώς αμφισβητεί και παραβιάζει τα κυρίαρχα πρότυπα της μητρότητας, διαψεύδει τις κοινωνικές προσδοκίες για τα χαρακτηριστικά του ρόλου της μητέρας (Μάτσα, 2003).

Παράλληλα η συμβολή του φεμινισμού ήταν σημαντική καθώς έδωσε την δυνατότητα για μια διαφορετική κατανόηση και ερμηνεία της πραγματικότητας προστατεύοντας τις γυναίκες γενικότερα από τους μύθους που περιέβαλαν την μητρότητα. Η μητρότητα θεωρείται από το νέο ρεύμα του φεμινισμού (maternal revivalism) ως μια δοκιμασία αλλά και μια δύναμη, μια διαδικασία η οποία έχει θετικές εμπειρίες αλλά και δυσκολίες, οι οποίες γίνονται κατανοητές μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο όπου η μητρότητα εξιδανικεύεται (Gordon, 1990; Μπανάκη, 2004).

Η επιστήμη δε της ψυχολογίας όπως και οι ψυχολόγοι αποτελούν μέρος αυτής της κοινωνικής πραγματικότητας και δεν είναι παράξενο που έχουν αποτυπώσει και ενσωματώσει τις γενικότερες κοινωνικές κατασκευές για την μητρότητα στον τρόπο με τον οποίο την εκφράζουν και δομούν μέσα από τις ψυχολογικές θεωρίες.

Έτσι πολλές από τις ψυχολογικές έρευνες που έχουν γίνει για την μητρότητα να μην αντανakλούν την πραγματικότητα της ζωής και του βιώματος της μητρότητας σε πολλές γυναίκες όπως γυναίκες εξαρτημένες, γυναίκες με διαφορετική εθνικότητα, εργαζόμενες με αποτέλεσμα να συσχετισθούν με αρνητικές κατασκευές για την μητρότητα (Μπανάκη 2004).

Διαμορφώνοντας κυρίαρχες απόψεις για την ιδανική μητέρα υποστηρίχθηκαν και επίσημες πολιτικές παρεμβάσεις για την νομοθεσία που αφορά στην οικογένεια και την μέριμνα του παιδιού. Η εξαρτημένη μητέρα είτε αναλάβει την ανατροφή του παιδιού της είτε όχι δεν είναι μια ιδανική μητέρα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας δεν είναι η διερεύνηση των αιτιών που οδηγούν τις γυναίκες σε μια σχέση εξάρτησης από τις ουσίες όσο η παρουσίαση και ο προβληματισμός γύρω από τις διεργασίες – συνθήκες που συμβαίνουν στο ψυχικό – οικογενειακό – κοινωνικό πλαίσιο της ζωής μιας γυναίκας που εκτός από εξαρτημένη είναι και μητέρα.

Καθώς η γυναικεία εξάρτηση σε συνάρτηση με την μητρότητα είναι ένα πολύπλοκο και σύνθετο πρόβλημα το οποίο καταγράφεται σε παγκόσμια κλίμακα πλέον στην παρούσα εργασία γίνεται μια αναφορά στο προφίλ της εξαρτημένης γυναίκας στην σύγχρονη πραγματικότητα, διερευνώνται στάσεις και συμπεριφορές της εξαρτημένης μητέρας απέναντι στο παιδί της, στα συναισθήματά της σε σχέση με τον ρόλο της, οι συνθήκες της ζωής της ενώ παρατίθεται η μεθοδολογία και τα δεδομένα της εργασίας αυτής η οποία στηρίχθηκε στον αφηγηματικό λόγο των γυναικών αυτών.

Το προφίλ της εξαρτημένης γυναίκας – μητέρας

Η αναφορά στο προφίλ θέτει ένα βασικό ερώτημα. Υπάρχει άραγε ένα ιδιαίτερο προφίλ ή συγκεκριμένη δομή προσωπικότητας για την εξαρτημένη γυναίκα;

Η απάντηση σύμφωνα με την βιβλιογραφία και τα ερευνητικά δεδομένα είναι, όχι. Ωστόσο φαίνεται να υπάρχουν διαφορές με βάση το φύλο στον πληθυσμό των εξαρτημένων οι οποίες τις διαφοροποιούν ως ομάδα (Ζώτου & Κοπακάκη, 2005; Μάτσα, 2001; Neagle, 1988; Reed, 1985).

Διαφορές στην χρήση – προσέλευση στην θεραπεία

Η χρήση των ουσιών στην βιβλιογραφία φαίνεται να αφορά ως μια δυσλειτουργική συμπεριφορά και ως φαινόμενο κυρίως τον ανδρικό πληθυσμό, καθώς το 70-80% των χρηστών είναι άνδρες (Kandall, 1998).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση από το European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005) σε προγράμματα απεξάρτησης υπογραμμίζουν την αυξημένη σε αριθμό παρουσία των εξαρτημένων ανδρών. Επίσης η αναλογία των ανδρών – γυναικών, η οποία είναι περίπου 3 προς 1 στις εισαγωγές που πραγματοποιούνται σε θεραπευτικές κοινότητες τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη, αποτελεί χαρακτηριστική εικόνα του φαινομένου αυτού (DeLeon & Jainchill, 1991).

Επίσης αντιμετωπίζουν σοβαρότερα ψυχολογικά προβλήματα, περισσότερα ιατρικά προβλήματα, έχουν χαμηλότερο εισόδημα, μεγαλύτερη σοβαρότητα εξάρτησης, μεγαλύτερα ποσοστά κακοποίησης, λιγότερες όμως εκκρεμότητες με το νόμο (Lundy, Gottheil, Serota, Weinstein & Sterling, 1995; Marsh & Miller, 1985; McLellan et al., 1992; Rohsenow, Corbett & Devine, 1998; Wallen 1992).

Διαφορές στο επίπεδο της ψυχικής διαταραχής

Σύμφωνα με την Μάτσα (1997) η εξάρτηση από ουσίες στις γυναίκες συνυπάρχει με κάποια ψυχική διαταραχή (κατάθλιψη που μπορεί να οδηγήσει σε απόπειρες αυτοκτονίας, ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία, κρίσεις πανικού κ.ά.).

Παράλληλα η ψυχική διαταραχή μπορεί να συνυπάρχει και σε άλλα μέλη της οικογένειάς της.

Σύμφωνα με τους Brown et al. (2002) και DeLeon & Jainchill (1982) οι γυναίκες που προσεγγίζουν θεραπευτικά προγράμματα απεξάρτησης συχνά αναφέρουν σαν ένα από τους πιο σημαντικούς λόγους τα σοβαρά συναισθηματικά και ψυχιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ίδιες (Ζώτου & Κοπακάκη, 2005).

Παρατηρείται επίσης η αναφορά τους σε συμπτώματα φοβίας και συνδρόμου μετά-τραυματικού στρες (VanDamme 1998), καθώς οι συνθήκες ζωής τους όχι μόνο κατά την περίοδο της χρήσης χαρακτηρίζεται από κακοποίηση συναισθηματική και σεξουαλική.

Διαφορές στην επαγγελματική ζωή

Οι γυναίκες που προσέρχονται στα προγράμματα απεξάρτησης αντιμετωπίζουν σοβαρότερα επαγγελματικά προβλήματα, έχουν υψηλά ποσοστά ανεργίας αν και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο είναι υψηλότερο από εκείνο των ανδρών χρηστών.

Σύμφωνα με την Μάτσα (1997) το 1/3 αυτών είναι άστεγες και το 95% άνεργες.

Ιατρικά προβλήματα

Οι εξαρτημένες γυναίκες αντιμετωπίζουν σοβαρό κίνδυνο για την μόλυνση από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ιδιαίτερα από τον ιό του AIDS (Μάτσα 1997) καθώς δεν ζητούν την χρήση προφυλακτικού ακόμα και αν το δέχονται ως μια μέθοδο προστασίας και αντισύλληψης. Έτσι ενισχύεται η εικόνα της εξαρτημένης γυναίκας ως σεξουαλικά διαθέσιμης, χωρίς διακρίσεις την ώρα που χρειάζεται να καταφεύγει στην πορνεία για την εξοικονόμηση χρημάτων.

Οι βιολογικές διαφορές των φύλων φαίνεται να συσχετίζονται με τις συνέπειες της χρήσης καθώς οι γυναίκες ιδιαίτερα αυτές που καταναλώνουν αλκοόλ επιβαρύνονται περισσότερο και να παρουσιάσουν κίρρωση του ήπατος (Lex 1991; Ζώτου & Κοπακάκη 2005).

Έναρξη της χρήσης και το πλαίσιο των σχέσεων.

Η γυναικεία εξάρτηση είναι στενά συνδεδεμένη με την έναρξη ετερόφυλων σχέσεων τόσο των συντροφικών όσο και των ερωτικών (Παπαθανασίου 2009).

Ευρήματα από έρευνα (Moe, 2006) δηλώνουν ότι οι γυναίκες μπορούν να μνηθούν στην χρήση ουσιών εκτός από τους συντρόφους τους και από μέλη της οικογένειάς τους.

Οι Bryant & Treloar (2007) βρήκαν ότι οι άνδρες σύντροφοι των γυναικών χρηστριών τις διευκόλυναν ως προς την έναρξη της χρήσης ουσιών με πρακτικές όπως την προμήθεια ουσιών, σύριγγας κ.ά.

Επίσης επισήμαναν ότι οι γυναίκες ξεκίνησαν την χρήση σε γυναικείες ομάδες γεγονός που δηλώνει μια ενεργητική συμμετοχή των γυναικών στην εμπειρία της χρήσης.

Η βιβλιογραφία δείχνει επίσης ότι οι γυναίκες αρχίζουν την χρήση μετά από παρότρυνση του συντρόφου τους ή σχετίζονται με χρήστες οι οποίοι τις προμηθεύουν ενώ φαίνεται να συνεχίζουν λόγω της χρήσης του άνδρα συντρόφου τους (Moe, 2006; Westermeyer & Boedicker, 2000; Νικολάου, 2001).

Η Covington (2002) και η Sun (2007) αναφέρουν ότι οι ερωτικές σχέσεις των γυναικών χρηστριών αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα για την θεραπεία των γυναικών και συνηγορούν στην κατάχρηση και εξάρτηση των γυναικών με τους εξής τρόπους:

1. Οι γυναίκες φαίνεται να μπαίνουν στην χρήση μετά από παρότρυνση του συντρόφου.
2. Οι άνδρες αποτελούν τους κύριους προμηθευτές των ουσιών στις γυναίκες από την εγκαθίδρυση της εξάρτησης.
3. Οι γυναίκες περιγράφουν την απογοήτευση που αισθάνονται από άνδρες, από την παραμέληση του παιδιού τους και τις καταδίκες.
4. Πολλές είναι θύματα κακοποίησης από άνδρες.
5. Οι γυναίκες ενισχύονται λιγότερο από τους συντρόφους για να ενταχθούν σε πρόγραμμα απεξάρτησης σε σύγκριση με τους άνδρες.

Ο παράγοντας ηλικία έναρξης της χρήσης παρουσιάζει αντικρουόμενα δεδομένα

Για τους Amaro & Hardy – Fanta (1995) οι γυναίκες ξεκινούν την χρήση σε πιο προχωρημένη ηλικία από αυτή των ανδρών, γεγονός που δεν επιβεβαιώνεται από τους Westermeyer & Boedicker (2000) οι οποίοι δεν βρήκαν κάποια σημαντική διαφορά στις έρευνες τους και από το ΚΕΘΕΑ (2002) που μιλά για έναρξη της χρήσης σε μικρότερη ηλικία.

Τέλος οι γυναίκες φαίνεται να παραμένουν μικρότερο χρονικό διάστημα στην χρήση και ασχολούνται με τα οικιακά (Hernandez – Avila, Rounsaville & Kranzler, 2004).

Διαφορές ως προς την παραβατικότητα

Τα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται να επιβεβαιώνουν ότι οι γυναίκες εμπλέκονται λιγότερο συχνά σε ποινικές και εγκληματικές δραστηριότητες (Παπαθανασίου 2009).

Στην Ελλάδα το ποσοστό των γυναικών που καταδικάζονται είναι μικρότερο των ανδρών (30:1) σύμφωνα με το ΕΠΙΨΥ 1999.

Οι Ζώτου & Κοπακάκη (2005) μιλούν για διαφοροποίηση του φύλου ως προς το είδος των αδικημάτων με εκείνα των γυναικών να αφορούν στην πορνεία.

Για τις γυναίκες η χρήση ουσιών φαίνεται να δημιουργεί αντανakλαστικά τιμωρίας παρά θεραπείας (Velasquez & Stotts, 2003) καθώς στην Αμερική τα παιδιά απομακρύνονται από το σπίτι αν η μητέρα κάνει χρήση ουσιών σε σχέση με την χρήση του πατέρα (Chavkin, Paone, Friedman, Willets, 1993).

Έτσι οι γυναίκες δεν θα αναζητήσουν την θεραπεία καθώς θα ενδοβάλλουν την κοινωνική αντίληψη που τις θέλει ανίκανες μητέρες και η εξάρτηση θα αποκτήσει ισχυρότερη κοινωνική σημασία από την μητρότητα.

Εγκυμοσύνη και μητρότητα

Η εγκυμοσύνη παράλληλα με την εξάρτηση γίνεται πλέον ένα σημαντικό θέμα καθώς συνδέεται με μια σειρά προβλημάτων υγείας και επιπλοκών όπως πρόωρος τοκετός, εξωμήτριος κύηση, γέννηση νεκρού εμβρύου, ενδομήτριος θάνατος από στερητικό σύνδρομο, χαμηλός ρυθμός απόκτησης βάρους στο βρέφος, αναιμία, θρομβοκυτταροπενία, υπέρταση, μετάδοση HIV, ηπατίτιδα C, B, προεκλαμψία κ.ά. (Gerada, 1995; Fraser 1976 αναφέρεται στο Παπαθανασίου 2009).

Οι εξαρτημένες μητέρες αντιμετωπίζουν προβλήματα από την ελλιπή ιατρική φροντίδα καθώς ανακαλύπτουν την εγκυμοσύνη συνήθως μετά την ολοκλήρωση του πρώτου τριμήνου, γεγονός που δεν επιτρέπει την διακοπή της ακόμη και αν δεν θέλουν το παιδί. Γίνεται αντιληπτό ότι το παιδί θα είναι ένα παιδί που θα βιωθεί χωρίς επιθυμία, χωρίς την φαντασίωση που ενισχύει το δεσμό μητέρας παιδιού.

Είναι ένα παιδί χωρίς προϊστορία (Κερασιώτη, Μπιζά, Πολυχρονοπούλου, Σφήκα 2011).

Τέτοια ευρήματα, τα οποία είναι πραγματικότητα, χρησιμοποιούνται ως δείκτες της ανικανότητας της μητέρας που κάνει χρήση στο γονικό της ρόλο και στις συνθήκες υγιεινής και ασφάλειας των παιδιών της (Abbott, 1995).

Η Babcock (2008) επισημαίνει ότι η επικέντρωση της μελέτης στα προβλήματα υγείας των παιδιών ενοχοποιεί τις μητέρες μέσα από την αναπαραγωγή εκείνων των κοινωνικών στερεοτύπων για τις εξαρτημένες μητέρες και αποσιωπούν την συμμετοχή των ανδρών σε αυτά (αναφέρεται στο Παπαθανασίου 2009).

Παράλληλα αναφέρεται ότι ένα ποσοστό 40-50% των εξαρτημένων μητέρων θα αναλάβουν την φροντίδα των παιδιών τους (Σφηκάκη 2001) χωρίς την συμμετοχή των συντρόφων τους καθώς και οι ίδιοι τις περισσότερες φορές είναι εξαρτημένοι. Έτσι δημιουργεί-

ται μια ιδιότυπη μονογονεϊκή οικογένεια ακόμη και αν το παιδί έχει αναγνωρισθεί και από τους δύο γονείς.

Κακοποίηση και βία στην ζωή της εξαρτημένης γυναίκας – μητέρας

Οι εξαρτημένες γυναίκες για την Μοε (2006) κακοποιούνται σωματικά, σεξουαλικά και ψυχικά από τους άνδρες συντρόφους τους.

Το 74% γυναικών που παρακολούθησαν πρόγραμμα απεξάρτησης από αλκοόλ και ψυχοτρόπες ουσίες αναφέρει σεξουαλική κακοποίηση (Jarvis & Copeland, 1997) ενώ παρόμοια δεδομένα από την Αγγλία αναφέρουν κακοποίηση σε ποσοστό 50-90% (McKeganey, Neale & Robertson 2005).

Οι McHugo et al (2005) στην ερευνά τους βρίσκουν ότι το 85% των γυναικών με εξάρτηση και ψυχικά προβλήματα είχαν κακοποιηθεί στην ενήλικη ζωή τους και ένα ποσοστό 60% ανέφεραν σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία (αναφέρεται στο Παπαθανασίου, 2009).

Έτσι η χρήση μπορεί να αποτελεί ένα τρόπο διαχείρισης και ανακούφισης από το τραύμα της κακοποίησης.

Η κακοποίηση σε όλες τις μορφές της μπορεί να επηρεάσει την αύξηση της χρήσης όσο και την θεραπεία καθώς μπορεί να εμποδίσει την συμμετοχή της εξαρτημένης γυναίκας στο θεραπευτικό πλαίσιο την στιγμή που ίδια έχει ειδικές ανάγκες όπως έχουν περιγραφεί παραπάνω και υψηλό κίνδυνο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τέλος η Galvani (2006) αναφέρει επίσης ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές απεξάρτησης και δεν γνωρίζουν την σύνδεση της χρήσης με την κακοποίηση δεν αξιολογούν την επίδρασή της στην θεραπεία των γυναικών θέτουν σε δοκιμασία την συνολική θεραπεία και υγεία των γυναικών αυτών και των παιδιών του (Παπαθανασίου 2009).

Το στίγμα της εξαρτημένης γυναίκας – μητέρας

Ερευνητικά δεδομένα της SAMHSA (2007) στις ΗΠΑ, δείχνουν ότι το 28,9% των γυναικών που έκαναν χρήση ενώ αναγνώριζαν ότι είχαν ανάγκη για θεραπεία και ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης δεν παρακολούθησαν λόγω του στίγματος. Εδώ το στίγμα συμπεριλαμβάνει αντιλήψεις όπως *οι άλλοι μπορούν να σχηματίσουν αρνητική εικόνα για μένα, η θεραπεία ίσως επηρεάσει αρνητικά την δουλειά μου, δεν θέλω να μάθουν οι άλλοι για μένα, φοβάμαι, αισθάνομαι ντροπή, μπορεί να έχω μπλεξίματα με την αστυνομία και τις κοινωνικές υπηρεσίες* (αναφέρεται στο Παπαθανασίου 2009).

Τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής εκφράζουν την εικόνα της αποτυχημένης γυναίκας και μητέρας την οποία κουβαλά και αναπαράγει παρόλο που την κάνει στόχο (O' Connor et al 2002; VanDamme, 1998).

Το στίγμα με την έννοια της έντονης κοινωνικής αποδοκίμασίας είναι ισχυρός ψυχολογικός παράγοντας που διαφοροποιεί την κατάχρηση ανδρών και γυναικών (Covington, 2002; Παπαθανασίου 2009).

Η γυναίκα τοξικομανής – μητέρα είναι διπλά καταπιεσμένη, διπλά στιγματισμένη αναφέρει η Μάτσα (2001) και συνεχίζει... η κοινωνία την θεωρεί μίσημα, πηγή κοινωνικών δεινών... ανάξια για το ρόλο της μητέρας.

Παράλληλα η εξάρτηση στις γυναίκες βοηθά την αντίληψη για την σεξουαλική της διαθεσιμότητα, χωρίς θέληση, χωρίς όρια. Η σύνδεση με την πορνεία είναι δεδομένη και αντιμετωπίζεται κυρίως ως ηθικό ζήτημα (Velasquez & Stotts, 2003 αναφέρεται στο Παπαθανασίου 2009).

Εξάρτηση και μητρότητα. Η συνάντηση με το θεραπευτικό πλαίσιο

Όπως έγινε κατανοητό από την παρουσίαση των χαρακτηριστικών που ομαδοποιούν τις εξαρτημένες γυναίκες σε προηγούμενο κεφάλαιο οι εξαρτημένες μητέρες συναντούν τις ουσίες και οδηγούνται στην χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση σε κάποια σημαντικά κρίσιμη στιγμή της ζωής τους ακριβώς γιατί προϋπάρχει της συνάντησης αυτής το σύνολο ή ο συνδυασμός αυτών των χαρακτηριστικών που επέδρασαν καταλυτικά στην πορεία της ζωής της.

Προϋπάρχει μια ελλειμματικά δομημένη και ευάλωτη προσωπικότητα, η σοβαρή δυσλειτουργία του οικογενειακού συστήματος με την ανεπάρκεια των γονεϊκών ρόλων, τις στερήσεις και τις εμπειρίες έντονης ενδοοικογενειακής βίας και κακοποίησης (Παπαδή, 2008).

Για την Μάτσα (2001) η εξαρτημένη γυναίκα έχει βιώσει συσσωρευμένα τραύματα και χαρακτηρίζεται από σοβαρότατα ναρκισσιστικά ελλείμματα, ενώ από πλευράς ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης, οι γυναίκες αυτές εκφράζουν προβληματικές της εφηβείας γύρω από θέματα προσωπικής, επαγγελματικής, κοινωνικής και σεξουαλικής ταυτότητας (Καλατζή, Κουλός, Μικελοπούλου 2011).

Όλα αυτά θα γίνουν περισσότερο πολύπλοκα και θα επηρεασθεί η δυναμική τους σε αυτή την γυναίκα με την συνήθως απροσδόκητη παρουσία ενός παιδιού στην ζωή της η οποία θα δημιουργήσει μια σειρά έντονων πολλές φορές και συγκρουόμενων συναισθημάτων.

Το αρχικό σοκ λέει η Κερασιώτη κ.ά. (2011) το διαδέχεται μια εσωτερική πάλη για πώς θα πρέπει να νιώθει. Ενοχές για την εγκυμοσύνη, θυμός που το μωρό είναι αποτέλεσμα ερωτικής συνεύρεσης σε περίοδο χρήσης και που τις περισσότερες φορές έχει ένα απόντα επίσης χρήστη πατέρα, άγχος και φόβο για το πώς θα αναλάβει το μητρικό της ρόλο.

Με την μητρότητα, δυο ανθρώπινα πλάσματα, βρίσκονται σε φάση εξάρτησης. Το παιδί της από εκείνη και εκείνη από την χρήση των ουσιών γεγονός που την μετατρέπει σε μια μητέρα που δεν είναι συναισθηματικά και σωματικά διαθέσιμη για το παιδί της.

Έτσι η μητρότητα θα γίνει το κεντρικό θέμα της ταυτότητάς της ακόμα και αν αυτή η εγκυμοσύνη δεν είναι επιθυμητή και προγραμματισμένη (Κερασιώτη κ.ά. 2011).

Η εγκυμοσύνη στην εξαρτημένη γυναίκα πολύ περισσότερο η γέννηση του βρέφους θα κάνει αισθητή στην ίδια την σοβαρή δυσκολία της στην σύναψη δεσμού με το παιδί της.

Σοβαρά επώδυνα βιώματα, προηγούμενες εγκυμοσύνες που οδηγήθηκαν στην έκτρωση, το συναίσθημα της απώλειας, του αβίωτου πένθους, η επανάληψη της σχέσης με την δική της μητέρα άρα και η εικόνα της ως παιδί θα επηρεάσουν με την έντονη παρουσία τους συνειδητά ή ασυνειδητά την σχέση της με τις ουσίες, θα ενισχύσουν την ανασφάλειά της ως προς τον γονεϊκό της ρόλο και την επεξεργασία συναισθηματική και φανταστική της εικόνα του παιδιού που πρόκειται να γεννηθεί.

Γίνεται έτσι ένα πρόσωπο τραγικό που καλείται να μεταδώσει αυτό που η ίδια δεν έχει κατακτήσει (Καλατζή κ.ά. 2011) και αυτό που τελικά μεταδίδεται είναι το περιεχόμενο ενός χώρου κενού γεγονός που την καθιστά δέσμια μέσα από την χρήση σε μια κατάσταση μόνιμης παιδικότητας.

Απούσα ως μητέρα μοιράζεται με το παιδί της την ίδια ανάγκη, της ύπαρξης του σημαντικού Άλλου.

Για την εξαρτημένη μητέρα την θέση του σημαντικού Άλλου έχει καταλάβει η ουσία και ο συμβολισμός της.

Η εξαρτημένη μητέρα φαίνεται να επαναλαμβάνει την δική της σχέση με την μητέρα της δίνοντας στο παιδί τους την ευκαιρία να μπει σε μια θέση μεταβατικού αντικειμένου όπως υπήρξαν και οι ίδιες για τις μητέρες τους.

Λέει χαρακτηριστικά η Joyce McDougall (2001) *προσπαθώντας να προσεγγίσουν με θεωρητικά την λύση της εξάρτησης αντιλαμβανόμαστε ότι οι σχέσεις παιδιού με το πρώτο αντικείμενο (μητέρα) παίζουν αποφασιστικό ρόλο στο σχήμα αυτής της ψυχικής λειτουργίας.*

Επίσης αναφέρει ότι προσπαθώντας να συνοψίσει τις μητρικές αναπαραστάσεις των ασθενών της που υπέφεραν από εξαρτημένες επιθυμίες, παρατήρησε ότι αποδίδουν δυο αντίθετα χαρακτηριστικά στην εσωτερική μητέρα: αφενός την περιγράφουν σαν κάποιον που αρνείται και την παραμικρή σωματική επαφή (πράγμα που μπορεί να ερμηνευθεί ως τρόμος της μητέρας μην τυχόν καταβροχθιστεί, απορροφηθεί ή αδειάσει από το μωρό της) και αφετέρου, τα παιδιά την αντιλαμβάνονται ως υπερπροστατευτική και εξαρτημένη από αυτά. Επιπλέον οι μητέρες αυτές παρουσιάζονται σαν να νοιάζονται πολύ για τον φυσικό πόνο των παιδιών τους, ενώ είναι ανίκανες να αντιληφθούν και να καταλάβουν τον ψυχικό τους πόνο.

Η αλλαγή και η βελτίωση της σχέσης της εξαρτημένης μητέρας με τον εαυτό της η οποία αντανakλά στην επεξεργασία των αναπαραστάσεων της δικής της σχέσης με την μητέρα της και στην διαθεσιμότητά της στον δεσμό με το παιδί της δεν είναι δυνατή χωρίς την ύπαρξη και ενός θεραπευτικού πλαισίου που θα λειτουργήσει ως ένας μεταβατικός χώρος κατά τον Winnicott (1976) ο οποίος θα συγκρατήσει και θα μεταβολίσει αυτό το πολύ σημαντικό υλικό.

Ειδικές θεραπευτικές δομές για εξαρτημένες μητέρες στο πλαίσιο των οποίων μπορούν να έχουν και τα παιδιά τους, τους επιτρέπουν μέσα από την θεραπευτική σχέση να λειτουργήσουν με επάρκεια στο μητρικό τους ρόλο και να αναπτύξουν τον συναισθηματικό δεσμό με τα παιδιά τους (Κερασιώτη κ.ά. 2011).

Έτσι η θεραπευόμενη μητέρα θα μπορέσει να βιώσει την νέα εμπειρία της θεραπείας ως ένα συνολικό, ενιαίο βίωμα το οποίο θα λειτουργήσει επανορθωτικά και θα την οδηγήσει στην ανάδειξη ενός ισχυρού Εγώ, ικανού να βιώνει ικανοποίηση μακριά από την εξάρτησή, να λειτουργεί ως κοινωνικό Υποκείμενο (Καλατζή κ.ά. 2011).

Η κατάσταση στην Ελλάδα

Η χρήση, κατάχρηση και εξάρτηση των γυναικών από τοξικές ουσίες έγινε αντικείμενο ερευνητικής μελέτης και θεραπευτικής πρακτικής τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα.

Αρχικά τα πρώτα χρόνια η επιστημονική μελέτη για την εξάρτηση παρουσιαζόταν ως μια κα-

θαρά ανδρική υπόθεση. Αργότερα εστιάστηκε στις διαφορές των φύλων και μόλις την τελευταία δεκαετία άρχισε να αναφέρεται ξεχωριστά στις γυναίκες ως μια αυτόνομη κοινωνική ομάδα.

Στο επίπεδο της θεραπευτικής προσέγγισης για τις εξαρτημένες γυναίκες και μητέρες θεσπίστηκαν το 1997, 2000, 2006 (ΕΚΤΕΠΝ, 2006; ΚΕΘΕΑ, 2002; 18ΑΝΩ αναφέρεται στο Παπαθανασίου 2009).

Το 1997 δημιουργείται στην Ελλάδα το πρώτο Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Γυναίκες της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω του ΨΝΑ.

Στην λειτουργία του τα πρώτα χρόνια λίγες γυναίκες ξεκίνησαν θεραπεία (Μάτσα, 1998), 6 άτομα το 1995, 4 άτομα το 1996 ενώ τα ίδια έτη στο Συμβουλευτικό Σταθμό 79 άτομα το 1995 και 63 το 1996.

Τον Ιανουάριο του 2000 το ΚΕΘΕΑ θα ξεκινήσει το δικό του πρόγραμμα εξαρτημένων μητέρων στην ΙΘΑΚΗ.

Το 2003 θα δημιουργηθεί από το 18 Άνω ο Συμβουλευτικός Σταθμός για εξαρτημένες μητέρες και γυναίκες με ειδικό χώρο για την θεραπεία των παιδιών.

Τέλος το Μάιο του 2006 δημιουργείται επίσης από την Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω το ειδικό πρόγραμμα κλειστής διαμονής για τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους δίνοντας έμφαση τόσο στο θέμα της εξάρτησης όσο και στο γονεϊκό δεσμό μητέρας παιδιού.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ποιοτική Μελέτη

Η Measham (2002) και η Ettore (2004) ισχυρίζονται ότι το φύλο είναι ζωτικής σημασίας στην κατανόηση της χρήσης ουσιών τον 21ο αιώνα, ενώ οι έμφυλες ταυτότητες στις κουλτούρες των ναρκωτικών δεν επιτελούνται μέσω των δύο πόλων του τι είναι αντρικό και γυναικείο, αλλά από τους κοινούς τόπους όπου οι άνδρες και οι γυναίκες εκπληρώνουν τις παραδοσιακές και μη ταυτότητες με την χρήση ουσιών, τις στάσεις και τη συμπεριφορές των ατόμων, τις κουλτούρες των ναρκωτικών μέσα στις οποίες καταλαμβάνουν μία θέση και τις πολυπλοκότητες των διάφορων ρόλων του φύλου τους που οι γυναίκες χρήστριες εκπληρώνουν όπως οι μητέρες (Παπαθανασίου 2009).

Όπως προαναφέρθηκε η εμπειρία των γυναικών με την εξάρτηση έχει μελετηθεί κυρίως μέσα από την οπτική των διαφορών των δύο φύλων ή την επιδημιολογία.

Παράλληλα στο ευρύτερο γυναικείο πληθυσμό οι μελέτες για την μητρότητα αγνόησαν την σημασία της εμπειρίας της ίδιας της γυναίκας που γίνεται μητέρα και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται η ίδια τον εαυτό της μέσα στην μητρότητα.

Καταγράφεται λοιπόν ένα έλλειμμα σχετικά με τον λόγο των ίδιων των γυναικών και ειδικότερα πως αυτές αφηγούνται και νοηματοδοτούν την πορεία στην χρήση και τον μητρικό τους ρόλο μέσα σε αυτή την πορεία.

Με βάση τα παραπάνω δημιουργήθηκε η ανάγκη σχεδιασμού μιας μελέτης που θα έδινε έμφαση στην υποκειμενικότητα του βιώματος της μητρότητας μέσα από τον τρόπο που η

ίδια αντιλαμβάνεται το σύνολο της ύπαρξής της στην πορεία μέσα στην εξάρτηση από τις ουσίες αλλά και στην θεραπεία της.

Καταλληλότερη θεωρήθηκε η ποιοτική μελέτη η οποία όπως και η θεραπεία τους θα τις αναγνώριζε ως υποκείμενα των εμπειριών τους.

Για τον Smith (1994a) η καταλληλότερη ποιοτική μέθοδος για την ανάπτυξη των γυναικείων θεμάτων είναι η αφήγηση η οποία προσπαθεί να μεταφέρει αυτούσια την σημασία που αποδίδουν οι ίδιες οι γυναίκες μέσα από τις αυτοβιογραφίες τους με τις ουσίες.

Μέθοδος συλλογής υλικού και ανάλυσής του

Η αφήγηση ζωής είναι ένα ξεχωριστό είδος ιστορίας όπου το άτομο συνθέτει διαφορετικά κομμάτια του εαυτού του σε ένα όλο που να έχει σημασία τόσο για το ίδιο όσο και για τους άλλους. Ως αφήγηση έχει αρχή, μέση και τέλος, όπου αναπαρίσταται ο τρόπος με τον οποίο το άτομο δομεί αφηγηματικά τις εμπειρίες του (McAdams, 1990).

Η αφήγηση της ζωής στην παρούσα μελέτη δεν στηρίχθηκε στην συνέντευξη αλλά στις βιογραφίες εξαρτημένων μητέρων που συμμετείχαν σε θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης και τις έγγραφαν έχοντας ενημερωθεί για τους στόχους αυτής της μελέτης και με την δέσμευση της ερευνητριάς για την εξασφάλιση της ανωνυμίας τους και της προστασίας των προσωπικών τους δεδομένων.

Οι βιογραφίες κρίθηκαν ως καταλληλότερη επιλογή καθώς ήταν διαθέσιμες οι ίδιες περισσότερο σε αυτό παρά να συμμετέχουν σε μια συνέντευξη με ένα άτομο που δεν θα ήταν ο θεραπευτής τους και θα χρειαζόταν να μιλήσουν τόσο προσωπικά.

Επίσης σημαντικός παράγοντας για την επιλογή των βιογραφιών τους ήταν ο χρόνος που δεν διέθεταν καθώς συμμετείχαν σε μια σειρά από θεραπευτικές δραστηριότητες στην διάρκεια της ημέρας. Έτσι οι βιογραφίες γράφτηκαν από τις ίδιες στον χρόνο που εκείνες ήταν διαθέσιμες να το κάνουν.

Το υλικό αποτελούν οι βιογραφίες 4 εξαρτημένων μητέρων που παρακολουθούν την φάση της κοινωνικής επανένταξης του ειδικού προγράμματος εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους της Μονάδας Απεξάρτησης 18 Άνω.

Και οι 4 μητέρες επιλέχθηκαν μετά από συζήτηση με τους ατομικούς θεραπευτές τους για το αν ήταν η κατάλληλη στιγμή για τα θέματα που επεξεργάζονταν στην ψυχοθεραπεία τους να τους ζητηθεί να γράψουν τη βιογραφία τους καθώς η βιογραφία ως μέθοδος συλλογής υλικού δεν χρησιμοποιείται στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο.

Οι βιογραφίες συλλέχθηκαν σε χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας από την στιγμή που ενημερώθηκαν για την μελέτη.

Οι βιογραφίες τους καταγράφηκαν και στην συνέχεια επιλέχθηκαν οι βασικοί θεματικοί άξονες, εκτός της μητρότητας, οι οποίοι κυριαρχούσαν στις αφηγήσεις τους και οι οποίοι παρουσιάζονται σε αυτή την μελέτη.

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε κατά την ανάλυση ήταν η εξής:

1. Προσεκτική ανάγνωση του κειμένου πολλές φορές ώστε να αναδυθεί μια συγκεκριμένη μορφή για το που εστιάζει το κείμενο. Έτσι τα σημαντικά στοιχεία της ιστορίας προέκυψαν με βάση την συνολική ιστορία και όχι το προσωπικό ενδιαφέρον και την ψυχο-

θεραπευτική εμπειρία της ερευνήτριας ως εργαζόμενης σε πλαίσιο απεξάρτησης.

2. Καταγραφή της αρχικής και γενικής εντύπωσης της κάθε βιογραφίας.
3. Καταγραφή των βασικών θεματικών που προέκυψαν ως κοινά στοιχεία στις βιογραφίες τους.
4. Παράθεση αυτούσιων αποσπασμάτων των αφηγήσεων, με σκοπό την διασφάλιση αλλά και την ανάδειξη της υποκειμενικότητας των εξαρτημένων μητέρων και την δυνατότητα πιθανών εναλλακτικών ερμηνειών από άλλους ερευνητές ή ενδιαφερόμενους για τέτοια μελέτη.

Αν και βασικός στόχος της μελέτης ήταν να δοθεί έμφαση στο λόγο και την εμπειρία που περιγράφει για τις εξαρτημένες μητέρες οι ερμηνείες δεν ήταν δυνατόν να αποφευχθούν. Οι Kidder & Fine (1987) ορίζουν τις ερμηνείες που προκύπτουν από την αφήγηση ως καλειδοσκοπικές (αναφέρεται στο Μπανάκη 2004) καθώς μπορούν να αλλάζουν και να οδηγήσουν σε διαφορετικές οπτικές.

ΒΑΣΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Η παιδική ηλικία

Μερικά στοιχεία από τα πιο σημαντικά που αποκτούν αξία και ένα ιδιαίτερο ρόλο στο ατομικό ιστορικό της παιδικής ηλικίας αυτών των γυναικών είναι τραυματικά γεγονότα όπως απώλειες αγαπημένων προσώπων

Όταν ήμουν 8 χρονών έχασα τον πατέρα μου, για μένα ήταν μεγάλος πόνος αυτό όπως και όταν έχασα την γιαγιά μου.

Συναισθήματα μοναξιάς που δεν επιτρέπουν την επεξεργασία των τραυμάτων

Έμεινα τελείως μόνη μου γιατί ούτε τ'αδέρφια μου ούτε η μητέρα μου ήταν κοντά μου.

Μυστικά που προκαλούν ένα σοκ συναισθηματικό, μια ρήξη δυνατή στην σχέση με την μητέρα. Αυτή η διάσταση προκαλεί μια στιγματία απώλεια του είναι.

Δεν θα ξεχάσω τον χαρακτηρισμό που άκουσα. Υιοθετημένο μπάσταρδο και την υποψία ότι δεν ήταν αυτή η πραγματική γυναίκα που με γέννησε. Νόμισα ότι χάθηκα όταν μου το επιβεβαίωσε.

Ο γονεϊκός ρόλος των παππούδων και των γιαγιάδων που τους επιτρέπει να έχουν μια την ανάμνηση της ηρεμίας και της ευτυχίας σαν χαρακτηριστικά της σχέσης με τον εαυτό τους. Να θυμούνται ότι μπόρεσαν στην ζωή τους να νιώσουν και αγάπη για τον Άλλο και για τον εαυτό τους.

Όταν ζούσα στο σπίτι της γιαγιάς μου ήμουν ένα ευτυχισμένο παιδάκι. Η γιαγιά μου κάθε καλοκαίρι έπαιρνε εμένα και τον αδερφό μου και πηγαίναμε διακοπές σε διάφορα σημεία της Ελλάδας.

Τα πρώτα μου χρόνια τα μεγάλωσα με την γιαγιά μου και τον παππού μου. Δεν ήταν πραγματικός παππούς αλλά εγώ τον θεωρούσα.

Τις περισσότερες φορές ζητάγα από την μάνα μου να με πάει στην γιαγιά μου. Την

γιαγιά μου την φώναζα μαμά για αρκετά χρόνια. Την αγαπούσα πολύ και υπάρχουν στιγμές που μου λείπει ακόμα πολύ έντονα.

Ωστόσο στην βιβλιογραφία για την μελέτη της παιδικής ηλικίας του τοξικομανή, μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι υπάρχουν αναμνήσεις μιας ήρεμης και παιδικής ηλικίας αν και μπορεί να βιώσουν στην πορεία της ζωής τους μεγάλους κινδύνους κατά περιόδους ή σε σημαντικές εξελικτικές φάσεις της ζωής τους.

Μέχρι τότε η ζωή μου κυλούσε ήρεμα και πάντα ένιωθα να παίρνω ικανοποίηση από οτιδήποτε έκανα και κατάφερνα για μένα.

Μόνο τα μαθητικά μου χρόνια ήταν καλά στην ζωή μου. Μόνο αυτά θέλω να θυμάμαι.

Η πορεία του παιδιού που θα γίνει μια εξαρτημένη γυναίκα και μητέρα είναι αντιφατική. Φαίνεται ενσωματωμένη στην οικογένεια και δεν είναι. Είναι κάποια μοναδική και ξεχωριστή και δεν είναι. Παίζει και δεν παίζει. Συναντά τον παράδεισο και μετά την πτώση.

Καταργεί τον χρόνο και ο χρόνος που έζησε είναι αρκετά σκληρός.

Το πέρασμα στην εφηβεία

Στην βιβλιογραφία η συνάντηση με την ουσία συμπίπτει με την εφηβεία, το τέλος της παιδικής ηλικίας και η πορεία προς την ενήλικη ζωή και σεξουαλικότητα.

Εάν σε αυτή την φάση οι συγκρούσεις τόσο οι εσωτερικές σε ψυχικό επίπεδο όσο και αυτές με τα γονεϊκά πρότυπα που δεν θα της επιτρέψουν να ταυτιστεί με σημαντικά πρόσωπα στην ζωή της τότε το σώμα της και το πέρασμα στην πράξη θα είναι μια σημαντική διέξοδος και εκτόνωση.

Τα εφηβικά μου χρόνια ήταν σκληρά, βίαια και πολύ ξύλο. Το μόνο που σκεφτόμουν ήταν ότι ήθελα να φύγω από το σπίτι. Ποτέ δεν είχα νιώσει μια ζεστή αγκαλιά, ένα χέρι, ποτέ δεν έχω ακούσει από τα χείλη των γονιών μου την λέξη σ'αγαπώ.

Η ουσία και η χρήση θα καλύψει την αίσθηση αδυναμίας και θα της επιτρέψει να νιώσει μια αίσθηση παντοδυναμίας στην επικοινωνία της με τον εαυτό της και τους άλλους. Θα υιοθετήσει ένα μητρικό ρόλο αυτό που δεν πήρε και δεν της έδωσε η μητέρα της.

Στην εφηβεία μου είχα μπλέξει με παρέες και έβγαينا συνέχεια έξω πάντα με δικά μου λεφτά. Όταν έφτασα στα 16 ήρθε στην ζωή μου η ουσία αρχικά το αλκοόλ για να φτιάξω κεφάλι και μετά η ηρωίνη.

Μέχρι τα 18 έζησα με τους γονείς μου και σπούδασα σε επαγγελματική σχολή ενώ παράλληλα δούλευα μέχρι αργά το βράδυ για να μην τους είμαι βάρος. Όλα φαίνονταν καλά και τέλεια για εκείνους και δεν ήξεραν ότι ένα συγγενικό πρόσωπο με είχε βιάσει. Ήμουν πολύ δυνατή και εκείνοι, ιδίως η μητέρα μου πολύ στενάχωρη. Θα την σκότωνε η αλήθεια.

Πολλοί έφηβοι και έφηβες δοκιμάζουν ουσίες καθημερινά αλλά δεν θα καταλήξουν όλοι στην εξάρτηση. Αυτό που φαίνεται να έχει μια καθοριστική σημασία έχει να κάνει με την καθήλωση στην φάση της παιδικής ηλικίας στο στάδιο του θρυμματισμένου καθρέφτη κατά τον Claude Olivenstein (1982). Ένα στάδιο εύθραυστου και θρυμματισμένου ναρκισσιμού, στην διαρκή αναζήτηση μιας ταυτότητας, που δεν σχηματίστηκε στην βρεφική ηλικία (6-18 μηνών), στο στάδιο του καθρέφτη, κατά τον Lacan.

Η δυναμική της οικογένειας

Ο ρόλος της οικογένειας έχει καταγραφεί και αναλυθεί στην προβληματική της εξάρτησης.

Αν και δεν υπάρχει συγκεκριμένη δομή οικογένειας στην εξάρτηση μπορεί κανείς να αναγνωρίσει στην οικογένεια της εξαρτημένης μητέρας χαρακτηριστικά και δυναμικά, τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφορές που ενοχοποιούνται ως δυσλειτουργικές γονικές πρακτικές.

Η χρήση αναφέρεται σαν μια συνηθισμένη εικόνα καθώς η μύηση ξεκινά μέσα από την οικογένεια, από τους γονείς αλλά και από άλλα μέλη όπως αδέρφια ή μέλη της ευρύτερης οικογένειας, θείοι κλπ

Όταν η κόρη μου ήταν 10 μηνών ξεκίνησα την χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης μαζί με την αδερφή μου. Ήταν δύσκολο να σταματήσω.

Η θεία μου, μικρότερη αδερφή της μητέρας μου ήταν πολλά χρόνια στην χρήση. Όταν μέναμε στην πόλη ερχόταν συχνά στο σπίτι μας και στο μυαλό μου έχουν καταγραφεί πολλές άσχημες εικόνες από την χρήση. Από πολύ μικρή την χρήση την είχα πολύ οικεία μέσα στο σπίτι, διότι και ο πατέρας μου έκανε χρήση μαριχουάνα. Βλέποντας την θεία μου της ζήτησα και εγώ. Στην αρχή ήταν αρνητική αλλά όχι για πολύ ώρα. Μετά από λίγο καιρό της ξαναζήτησα να κάνω χρήση και μου έδωσε χωρίς κανένα δισταγμό. Για αρκετό καιρό κατέβαινα στο σπίτι της γιαγιάς μου και έκανα χρήση με την θεία μου.

Αν δεν έκανα χρήση δεν μπορούσα να λειτουργήσω. Πήγαινα στην θεία μου έπαιρνα ηρωίνη, της έδινα λεφτά, μου έδινε.

Όταν γνώρισα την μάνα μου ήταν ψυχρή και απόμακρη και το μόνο που μου είπε ήταν πως ο πατέρας μου ήταν χρήστης και αυτός και πως δεν με ήθελε.

Εδώ φαίνεται ο άλλος, ο σημαντικός άλλος να είναι σταθερά παρών στην δόμηση συμπεριφορών που οδηγούν στην εξάρτηση ακόμα και όταν είναι απών.

Η εξαρτημένη γυναίκα υπήρξε ένα κακοποιημένο παιδί μέσα από την δόμηση τέτοιων συμπεριφορών και την έλλειψη προτύπων για ταύτιση. Η ποιότητα της σχέσης με την μητέρα είναι καθοριστική για την κοινωνικοποίηση και την ασφάλεια που έχει ανάγκη το παιδί για να την αποχωρισθεί.

Ο Winnicott, περιγράφει ότι, όταν το υποκείμενο δεν έχει κατακτήσει την ικανότητα να είναι μόνος του (δηλαδή να είναι μόνος ενώπιον της μητέρας), προκειμένου να λύσει τα συναισθηματικά προβλήματα που συναντά, θα αναζητά την καθησυχαστική παρουσία της μητέρας και θα την αντικαταστήσει η τροφή, τα ναρκωτικά, το κάπνισμα, οι άλλοι προκειμένου πρόσκαιρα να αντισταθμίσουν το στρες.

Έχουν δηλαδή την λειτουργία ενός μεταβατικού αντικειμένου.

Η μάνα μου έλεγε τα πάντα. Ακόμα και το πως κοιμήθηκε με τον γκόμενο και εγώ της έλεγα συνέχεια ότι δεν είμαι φίλη σου γιατί μου το κάνεις αυτό ρε γαμώτο.

Η μάνα μου συνέχιζε και εμένα αυτό με στεναχωρούσε. Είχα συνεχώς την εικόνα του νεκρού πατέρα μου στο μυαλό. Η μάνα μου δεν με πρόσεχε καθόλου, φρόντιζε μόνο τους γκόμενους.

Γύριζα από την δουλειά μου και για μένα δεν υπήρχε φαγητό. Έπρεπε να πιω για να τα ξεχάσω.

Όταν γεννήθηκα ο πατέρας μου είχε αρνηθεί την ύπαρξή μου. Η μητέρα μου ζούσε μαζί μας αλλά ήταν σαν να μην υπήρχε.

Ο πατέρας μου από την αρχή που μείναμε μαζί ήταν πολύ σκληρός με μένα και την αδερφή μου. Μας μάλωνε συνέχεια για το παραμικρό και μας έδερνε πολύ άσχημα. Πολλές φορές από το ξύλο μας άφηνε σημάδια στο σώμα μας και η μητέρα ποτέ δεν τον σταμάτησε.

Ο πατέρας μου με κατηγορούσε για την κατάσταση της μητέρας μου, ότι εγώ φταίω δηλαδή που αρρώστησε εκείνη και ήμουν μόνο 8 χρονών.

Η πατρική φιγούρα επιβεβαιώνεται επίσης συναισθηματικά στερητική όπως η μητέρα, κακοποιητική και βίαιη, αδύναμη και αδιάφορη αλλά. Για τον Olivenstein (1982) ο εξαρτημένος άνθρωπος είναι αντιμετώπος με μια νοσταλγία ταυτότητας. Έχει να αντιμετωπίσει τον νόμο, έτοιμος να τον παραβεί, γιατί δεν έχει ενσωματώσει, δεν έχει δεχθεί τις απαγορεύσεις του μέσα από μια ελλειμματική πατρική λειτουργία.

Τέλος ο αδελφικός δεσμός ο παραγνωρισμένος του οικογενειακού μυθιστορήματος περιλαμβάνει το μίσος, τον φθόνο, την ζήλια αλλά και την αγάπη.

Για τον Kaes (2010) το αδελφικό σύμπλεγμα δηλώνει μια θεμελιώδη οργάνωση των ερωτικών, ναρκισσιστικών και αντικειμενοτρόπων επιθυμιών του μίσους και της επιθετικότητας απέναντι σε αυτό τον άλλο τον οποίο αναγνωρίζουμε ως αδερφό ή αδερφή.

Εμένα με μαλώνανε τα αδέρφια μου συνέχεια ρωτούσαν την μάνα μου γιατί την έκανες αυτή δεν σου φτάνανε εμείς; Εγώ τότε έκλαιγα συνέχεια, είχα καταλάβει ότι δεν με θέλανε, ότι ήμουν βάρος.

Όταν άρχισε η σχολική χρονιά πήγαμε σχολείο εγώ και ο αδερφός μου. Ποτέ δεν μας πήγε η μάνα μου και το σχολείο ήταν αρκετά μακριά από το σπίτι μας. Ένιωθα πολύ άσχημα που η μητέρα μου δεν ήταν κοντά μας.

ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

Η εγκυμοσύνη

Η παρουσία των παιδιών στην ζωή των εξαρτημένων γυναικών συνδυάζεται με την απουσία ή την εγκατάλειψη από τους συντρόφους τους. Έτσι δημιουργείται μια ιδιότυπη μονογονεϊκή οικογένεια όπου το παιδί διώχνει τον πατέρα.

Σε αυτές τις 4 μητέρες το σκηνικό αυτό επαναλαμβάνεται ακόμα και στην περίπτωση μιας που είναι παντρεμένη αλλά ο σύζυγός της επίσης χρήστης θα αντιμετωπίσει ακόμη μεγαλύτερο πρόβλημα με τον ερχομό του παιδιού του. Και για τις 4 γυναίκες είναι η πρώτη εγκυμοσύνη, και το πρώτο τους παιδί.

Φαίνεται να επαναλαμβάνεται αυτό που προηγούμενες έρευνες και η θεραπευτική εμπειρία αναφέρει, ότι δηλαδή σε καμία περίπτωση η εγκυμοσύνη τους δεν ήταν προγραμματισμένη, δεν ήταν επιλογή τους αλλά ένα τυχαίο γεγονός στην πορεία τους στην χρήση ουσιών και στην πορεία των σχέσεών τους με το άλλο φύλο. Αυτό που φαίνεται να

επαναλαμβάνεται είναι η έναρξη μιας σχέσης η οποία αρχικά είναι επιθυμητή και τρυφερή η οποία δεν επιτρέπει την επιθυμία για ένα παιδί.

Μετά από λίγο καιρό γνωρίζω τον..... μου άρεσε πολύ και εκείνος έδειχνε να με φροντίζει Έτσι τα φτιάξαμε και μετά από λίγο καιρό μείναμε μαζί. Εγώ πέρναγα τέλεια μαζί του γιατί ενδιαφερόταν για μένα και εγώ το ένιωσα για πρώτη φορά στην ζωή μου. Περνάμε καλά, εκείνος ήταν χρήστης, εγώ δεν είχα καταλάβει τίποτα και μετά από λίγο καιρό με αρρωσταίνει και εμένα με χάπια, μετά κολλάω στις ουσίες, την ηρωίνη και μένω έγκυος. Δεν το περίμενα. Ήθελα και δεν ήθελα να το κρατήσω. Δεν ήξερα τι πρόβλημα είχα με την πρέζα.

Η εγκυμοσύνη γίνεται επιθυμητή όχι για την ίδια την γυναίκα, όχι για την ύπαρξη του παιδιού αλλά για την σωτηρία μιας σχέσης με τον σύντροφο η οποία στηρίζεται στις ουσίες.

Ένας σημαντικός αριθμός μητέρων, εκφράζεται θετικά για την παρούσα κύηση, ενώ θεωρεί το μωρό ως ευκαιρία και εναποθέτει μη ρεαλιστικές προσδοκίες στο αγέννητο μωρό (Kissin et al, 2001; Κερασιώτη κ.ά. 2011)

Το Νοέμβριο μένω έγκυος στην κόρη μου. Ήθελα να την κρατήσω πιστεύοντας ότι έτσι θα κρατούσα για πάντα τον..... και η σχέση μας θα άλλαζε.

Αλλού η εγκυμοσύνη βιώνεται απειλητικά και φαίνεται να προκαλεί ανυπόφορο ναρκισσιστικό πλήγμα, να έχει τον χαρακτήρα της παραβίασης και της εισβολής στην ζωή της και στο σώμα της. Επίσης γίνεται ένα γεγονός που επηρεάζει την δυναμική της οικογένειας και επιτρέπει την επιστροφή της εξαρτημένης γυναίκας στην οικογένειά της.

Στα 25 γνώρισα τον πατέρα της μπέμπας μου. Ήταν παντρεμένος. Μετά από ένα χρόνο μένω έγκυος. Στην αρχή δεν το είχα καταλάβει παρά μόνο όταν έφτασα 4 μηνών.

Στην αρχή το έκρυβα μόνο η μητέρα μου το ήξερε και κανένας άλλος. Αλλά κάποια στιγμή δεν μπορούσα να το κρύψω. Το μάθανε όλοι και έγινε χαμός. Ο πατέρας μου δεν το ήθελε καθόλου, με έβριζε από το πρωί ως το βράδυ. Η εγκυμοσύνη μου ήταν δύσκολη για μένα. Δεν το ήθελα το παιδί, ήθελα να το αποβάλλω, μόνο αυτό ήθελα. Το σιχαινόμουν. Σκεφτόμουν διάφορους τρόπους για να το σκοτώσω. Δενμίλαγα σε κανέναν, δεν ήθελα τίποτα. Το μόνο που ήθελα ήταν να ξεφορτωθώ το παιδί.

Χαρακτηριστική αναφορά της εγκυμοσύνης σαν ένα γεγονός όμοιο με τα άλλα, χωρίς συναισθηματική επένδυση, χωρίς σκέψεις, χωρίς φαντασιώσεις.

Η γέννηση του παιδιού μου.

Η χρήση ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και η επανάληψη της οικογενειακής δυναμικής στην ζωή αυτών των μητέρων φαίνεται να είναι μια στρατηγική επιβίωσης προκειμένου να δραπετεύσει από την ενοχή, την αμφιθυμία ή την έλλειψη επιθυμίας για το παιδί τους, την αδυναμία για την ανάληψη ευθυνών για το παιδί.

Η γέννηση του παιδιού και ο γονεϊκός ρόλος

Η γέννηση του παιδιού όπως και η εγκυμοσύνη στις εξαρτημένες μητέρες δεν φαίνεται να λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας στη χρήση ουσιών. Ακολουθεί μια φάση ζωής με περισσότερη χρήση, με παραβατική συμπεριφορά και την ανάληψη του γονεϊκού ρόλου από τον παππού και την γιαγιά.

Σε μια μόνο μητέρα η γέννηση του παιδιού στήριξε την απόφασή της για θεραπείας και την αναζήτηση βοήθειας άμεσα.

Δεν ήξερα πως θα καταλήξω να την αφήσω στην μάνα μου 40 ημερών.

Εγώ κατευθείαν στην Ομόνοια για να βρω την δόση μου δεν σκέφτηκα τίποτα πίσω μου. Μπαίνω κατευθείαν στο κύκλωμα γνωρίζω άτομα που είναι στην χρήση και τότε κόλλησα για τα καλά. Για να βρω την δόση μου έκανα πορνεία, μάλωνα συνέχεια, έκανα νταραβέρι, ήμουν αγρίμι, έκανα ότι ήθελα στην πιάτσα. Έκανα ληστεία, με συλλάβανε για ξυλοδαρμό και μπήκα φυλακή. Συνέχισα να πίνω ηρωίνη. Μίλαγα με το παιδί στο τηλέφωνο για πολλά χρόνια χωρίς να το βλέπω, αλλά εκείνο δεν μου μίλαγε καλά. Στο σχολείο λέει ότι έχω πεθάνει και με φωνάζει θεία.

Όλα όμως ήταν μια αυταπάτη αφού παντρευτήκαμε όταν η κόρη μου ήταν 10 μηνών, ξεκίνησα και την χρήση κοκαίνης μαζί με την ηρωίνη. Πίναμε μαζί με τον άντρα μου και την αδερφή μου. Αυτά τα χρόνια ήταν κόλαση για μένα. Δεν ζούσα, απλώς υπήρχα δεν ξέρω πως και γιατί.

Εισέπραξα υποτίμηση, αμφισβήτηση, έλεγα διαρκώς ψέματα αναγκάστηκα να μείνω στον δρόμο κάτω από άθλιες συνθήκες, έχοντας ένα παιδί πότε στους δικούς μου και πότε στους γονείς του άντρα μου χωρίς να το βλέπω, χωρίς να γνωρίζει η μικρή ποια είμαι και ποιος τελικά είναι ο δικός μου ρόλος. Όλοι οι υπόλοιποι είχαν αναλάβει αυτό που εγώ δεν μπορούσα.

Το 2009 έρχεται στην ζωή η κόρη μου και όλα αλλάζουν. Γεννήθηκε με στερητικά και έμεινε 1 μήνα στο νοσοκομείο. Πήγαίνα και την έβλεπα τακτικά, να πω την αλήθεια δεν το είχα δεχθεί ότι είχα παιδί.

Η αδυναμία και η άρνηση ακόμη να δημιουργήσουν οι εξαρτημένες μητέρες σχέση με το παιδί τους οφείλεται τόσο στις εμπειρίες που έχουν οι ίδιες από την δική τους μητέρα, από μία σχέση συναισθηματικά απόμακρη μια σχέση στέρησης για την παιδική ηλικία της εξαρτημένης μητέρας, όσο και στον φόβο, τον θυμό και την άγνοια που προκαλεί η χρήση.

Η επαφή με το θεραπευτικό πλαίσιο και οι αλλαγές στον γονεϊκό ρόλο και στον δεσμό μητέρας παιδιού

Οι μητέρες συμφωνούν πως δεν χρησιμοποίησαν κάποιο τρόπο για να προστατέψουν τα παιδιά τους τουλάχιστον συνειδητά καθώς όταν έκαναν χρήση δεν υπήρχε τίποτε άλλο εκτός της ουσίας. Αντίθετα προσπάθησαν για μια ακόμη φορά να δραπετεύσουν μέσα από τις ουσίες, μια στρατηγική ψυχικής και συναισθηματικής επιβίωσης.

Τα παιδιά του θα τα αφήσουν στους γονείς τους ή θα τα πάρουν μαζί τους στο θεραπευτικό πλαίσιο.

Η μητέρα μου είναι κοντά μου τώρα που είμαι στο πρόγραμμα. Της έχω αφήσει την κόρη μου και ξέρω ότι είναι καλή γιαγιά

Το παιδί γίνεται κίνητρο για θεραπεία όταν οι ίδιες έχουν εκτιμήσει την σοβαρότητα της κατάστασής τους.

Κουράστηκα από την ξεφτίλα για μένα και την κόρη μου.

Όταν κατάλαβα ότι έχω τερματίσει και πάτωνα αποφάσισα να μπω στο πρόγραμμα παίρνοντας και την μικρή μαζί μου, χωρίς να έχω καμία σχέση μαζί της από πριν.

Κάποια στιγμή με φωνάζει η κοινωνική λειτουργός του νοσοκομείου και μου εξηγεί ότι δεν μπορώ να την πάρω από την στιγμή που είμαι στην χρήση. Μου πρότεινε να πάω σε πρόγραμμα απεξάρτησης. Στην αρχή ήμουν αρνητική. Σε δεύτερη φάση το ξανασκέφτηκα.

Οι αλλαγές της θεραπείας μπορούν να υπάρξουν και να βιωθούν όταν οι μητέρες αυτές αναγνωρίσουν οι ίδιες το αίτημα τους για βοήθεια και την επιθυμία τους για την ζωή, όταν συνειδητοποιήσουν την ανεπάρκεια του μητρικού τους ρόλου, όταν αποκαταστήσουν τους ρόλους στην σχέση μητέρας παιδιού, όταν αποδεχθούν τα συναισθήματά τους όσο αρνητικά και αν είναι για ένα παιδί που δεν επιθύμησαν.

Είχα ένα παιδί που δεν ήξερα πως μεγάλωνε, πως περπατούσε, πότε μίλησε και καλούμαι εγώ τώρα να κάνω σχέση μαζί του.

Είναι όμως επιλογή μου να την έχω μαζί μου (στο θεραπευτικό πρόγραμμα) και δεν το μετανιώνω. Τώρα είμαστε μαμά και κόρη. Υπάρχουν φυσικά δυσκολίες, υπάρχει σχέση μαζί της και αυτό το έχω κερδίσει, το έχω κατακτήσει και είμαι περήφανη και για τις δυο μας που παλέψαμε και συνεχίζουμε να παλεύουμε για την σχέση μας.

Δυσκολεύτηκα στην αρχή να κάτσω. Μετά από λίγες μέρες ήρθε και η μικρή. Εκεί δυσκολεύτηκα περισσότερο. Δεν ήθελα να δεχθώ ότι έχω παιδί. Είναι πολύ δύσκολο να κάνεις απεξάρτηση και ταυτόχρονα να είσαι μητέρα. Τρομερά δύσκολα. Υπάρχουν στιγμές που ήθελα να φύγω, να ανοίξω την πόρτα και να εξαφανισθώ αλλά κάτι με κράταγε πίσω. Μάλλον ήθελα να ζήσω και όχι να πεθάνω. 9 μήνες στο κλειστό πρόγραμμα μου βγήκαν πολλές συμπεριφορές άσχημες αλλά ήταν για καλό.

Εκεί κατάλαβα πως είναι να νοιάζεται κάποιος για σένα πραγματικά, να σε ακούει, να διεκδικεί ότι σου ανήκει, να ακούς τον άλλο, να αγαπάς τον εαυτό σου και να θέλεις την ζωή. Όσο για την μικρή υπάρχουν στιγμές που την αρνούμαι, που δεν την θέλω, που νιώθω ότι μου έχει δέσει τα χέρια ότι δεν νιώθω ελεύθερη. Είναι όμως όλη μου η ζωή, είναι η οικογένειά μου, είναι το παιδί μου. Εάν δεν υπήρχε ίσως να μην ζούσα. Ήταν ο λόγος που ξεκίνησα την θεραπεία πριν την μικρή δεν το σκεφτόμουν. Αλλά στην πορεία δεν ήταν μόνο η μπουμπού, είδα πολλά κομμάτια δικά μου και οι ρόλοι που οδήγησαν στην χρήση.

Αυτή την στιγμή μένω με την κόρη μου σε ξενώνα. Εδώ αντιμετωπίζεις προβλήματα οικογενειακά, κοινωνικά, επαγγελματικά ακόμη και το παρελθόν που έχεις αφήσει πίσω σου.

Η καθημερινότητά μου είναι δύσκολη αλλά το παλεύω και δεν το βάζω κάτω. Υπάρχουν στιγμές που είμαι αισιόδοξη.

Η υποστηρικτική λειτουργία του θεραπευτικού πλαισίου ουσιαστικά διαμορφώνει έναν μεταβατικό χώρο (Winnicott, 1976), ικανό να μεταβολίσει και να συγκρατήσει όλες τις ενδοψυχικές συγκρούσεις αυτών των μητέρων που προκύπτουν από την επανάληψη τρόπων συμπεριφοράς και δημιουργίας σχέσεων με το ίδιο το πλαίσιο και τους εκφραστές του που είναι οι θεραπευτές τους. Η θεραπευτική σχέση θα τους δώσει την δυνατότητα να επαναλάβουν την σχέση με την δική τους μητέρα αρχικά, να δημιουργήσουν και να αναλύσουν αναπαραστάσεις και πολύτιμο υλικό στην ψυχοθεραπεία τους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η επιλογή του αφηγηματικού λόγου μέσω των βιογραφιών, για την μελέτη της μητρότητας σε εξαρτημένες μητέρες και των συνθηκών της ζωής τους στηρίχθηκε στην αναγνώριση και την πεποίθηση σύμφωνα με την οποία ο λόγος αποτελεί μια πολύ σημαντική μεταβλητή. Παραπέμπει σε ιδέες, γνώμες αλλά κυρίως στην σύνθεση εμπειριών, αναμνήσεων συναισθημάτων που αποκαλύπτουν τον εαυτό, τον άλλον και την κοινωνική πραγματικότητα. Σε αυτή την μελέτη το ζητούμενο δεν ήταν η αντιπροσωπευτικότητα για τον σύνολο του πληθυσμού των εξαρτημένων γυναικών και μητέρων αλλά η έκφραση αυτού του λόγου, η ανάδειξη των εμπειριών και των βιωμάτων που τον συνθέτουν και η διατύπωση ίσως και συμπερασμάτων για εξαρτημένες μητέρες που έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τα υποκείμενα της μελέτης.

Οι εξαρτημένες μητέρες που συμμετείχαν στην μελέτη μας έδωσαν το παρελθόν και το παρόν της ζωής τους έχοντας ήδη μια εικόνα για τον εαυτό τους και την πορεία τους. Μας θυμίζουν ότι όσα και αν γνωρίζουμε ως επιστήμονες για την εξάρτηση ή την μητρότητα προέχει η ανασύσταση της εμπειρίας του ατόμου και ο ανασχηματισμός της μέσω της αφήγησης.

Έτσι και για τους ειδικούς που δουλεύουν στην θεραπεία απεξάρτησης ο κόσμος δεν πρέπει να είναι δεδομένος και πως έχουμε την ανάγκη να αναζητούμε πως τα άτομα που έχουν το βίωμα της εξάρτησης, τον κατανοούν, τον ερμηνεύουν και του δίνουν το δικό τους νόημα.

Έτσι μπορούμε να δούμε το άτομο στην κατεύθυνση του από τις αντικειμενικές συνθήκες της ζωής του στο βίωμα, από το ψυχικό στο κοινωνικό (Ναυριδης, 1994) και αντίστροφα.

Παράλληλα είναι γνωστό ότι ο εξαρτημένος άνθρωπος μιλά μέσα από την πράξη και τον τρόπο που χρησιμοποιεί το σώμα του για την οδύνη που τον κατακλύζει.

Η αφήγηση των εμπειριών του δηλώνει όχι μόνο τις αιτίες που τις προκάλεσαν αλλά την νοηματοδότησή τους από τον ίδιο.

Στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώθηκαν ήδη γνωστά αποτελέσματα από προηγούμενες μελέτες και θεραπευτικές εμπειρίες για την εξάρτηση στην γυναίκα που είναι ταυτόχρονα και μητέρα. Οι τραυματισμοί στην παιδική της ηλικία, η επανάληψη της σχέσης με την μητέρα της μέσα από την σχέση με το παιδί της, ο δικός της ανεπαρκής μητρικός ρόλος, η εξάρτηση ως ένα οικογενειακό ζήτημα, η θεραπεία της εξάρτησης και του μητρικού δεσμού με το παιδί. Είναι εμφανές νομίζω η ανάγκη να σχεδιασθούν και να αναπτυχθούν εξειδικευμένες παρεμβάσεις θεραπείας απεξάρτησης για τις γυναίκες καθώς η συμμετοχή τους στην θεραπεία είναι μικρότερη σε σχέση με αυτή των αντρών, ενώ το στίγμα και οι συνέπειές του στην ζωή τους και στην οικογένειά τους είναι ένας σοβαρός ανασταλτικός παράγοντας. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία υπάρχουν τουλάχιστον έξι πιθανές ομάδες εξαρτημένων γυναικών που θα μπορούσαν να ενταχθούν σε εξειδικευμένες με βάση το φύλο θεραπευτικές παρεμβάσεις: οι έγκυες (που υποδιαιρούνται στις έφηβες και τις ενήλικες), όσες κάνουν ενδοφλέβια χρήση, οι έφηβες πολυ-χρήστριες, οι επαγγελματίες, οι νοικοκυρές και οι ηλικιωμένες (Ζώτου & Κοπακάκη 2005).

Στο σχεδιασμό των εξειδικευμένων παρεμβάσεων η δημιουργία ενός φιλικού περιβάλλοντος στα πλαίσια απεξάρτησης, η φαρμακοθεραπεία όπου συνυπάρχουν ψυχιατρικά προβλήματα, η ψυχοθεραπεία και η ψυχοθεραπευτική σχέση ως βασικό εργαλείο θερα-

πείας φαίνεται να είναι πολύ σημαντικές συνθήκες για την συμμετοχή των γυναικών στα θεραπευτικά πλαίσια. Η δυνατότητα επίσης να έχουν οι γυναίκες ειδικές ομάδες φύλου που θα πραγματοποιούνται για να μοιράζονται θέματα κακοποίησης (DeLeon 2000 αναφέρεται στο Ζώτου & Κοπακάκη 2005).

Βιβλιογραφία

- Abbott, A.A. (1995). Substance abuse and feminist perspective. In N. Van Den Bergh (Eds.), *Feminist practice in the 21st century* (pp. 258-277). Washington, DC; National Association of Social Workers Press.
- Amaro, H., Hardy- Fanta, C. (1995). *Gender relations and statical manual of medal disorders- IV- TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arfken, C.S., Schuster C.R.(2001). Gender differences in problem severity at assessment and treatment relation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 53-57.
- Babcock, M. (2008). Substance- using mothers: Bias in culture and research. *Journal of Addictions Nursing*, 19, 87-91.
- Brown V.B., Melchior L., A Waite – O’ Brien N., Huba G.I. (2002). Effects of woman – sensitive long-term residential treatment on psychological functioning of diverse populations of women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 133-144.
- Bryant, J., Treloar, C. (2007). The gender context of initiation to injecting drug use: Evidence for women as active initiates. *Drug and Alcohol Review*, 26, 287-293.
- Chavkin, W., Paone, D., Friedman, P., Wilets, I. (1993). Reframing the debate: Toward effective treatment for inner city- abusing mothers. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 70, 50-68.
- Covington, S.S. (2002). Helping women recover: Creating gender- responsive treatment. In S.L.A. Straussner and S. Brown (Eds.), *the handbook of addiction treatment of women: Theory and Practice* (pp. 52-72). San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- De Leon G., Jainchill, N. (1982). Male and Female drug abusers: social and psychological status 2 years after treatment in a therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 465-497.
- De Leon, G., Jainchill, N. (1991). Residential therapeutic communities for female substance abusers. *Bulltin of the New York Academy of Medicine*, 67, 277-290.
- Duparc F. (2008). André Green - Παιδική ηλικία και εφηβεία. Εκδόσεις Κατάρτι.
- Ettorre, E. (2004). Revisioning women and drug use: Gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15, 327-335.
- Ferenczi S. (2008). Σύγχυση γλωσσών ανάμεσα στους ενήλικες και τα παιδιά. Η γλώσσα της τρυφερότητας και του πάθους. *Περιοδικό Εκ των Υστέρων*, No 17, 21-33.
- Galvani, E. (2006). Safety First; The impact of domestic abuse on women’s treatment experience. *Journal of Substance use*, 11(6), 395-407.
- Gerada, C. (1995). Pregnancy and drug abuse: Complications and management issues. *European Addiction Research*, 11, 46-50.
- Gordon, T. (1990). *Feminist Mothers*. London: MacMillan.
- Hernandez- Avila, C.A., Rounsaville, B.J., Kranzler, H.R. (2004). Opioid- Cannabis and alcohol –dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 265-272.

- Jarvis, T.J., Copeland, J. (1997). Child sexual abuse as a predictor of psychiatric co-morbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 61-69.
- Kandall, S.R. (1998). Women and addiction in the United States, 1920 to the present. In: C.L. Wetherington and A.B. Roman (Eds), *Drug addiction research and the health of women* (pp 98-4290). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kidder, L. H Fine, M. (2003). Η Ποιοτική Έρευνα στην Ψυχολογία: μια ριζοσπαστική παράδοση. In: Fox, D. and Prilleltensky, I, (Eds), *Κριτική Ψυχολογία: Εισαγωγή*, Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Kidder, L. H., Fine, M. (1987). Qualitative and quantitative methods: When stories converge. In M. M. Mark and L. Shotland (Eds.), *New directions in program evaluation*. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Kissin, W., Sviks, D., Morgan, G., Hang, N. (2001). Characterizing pregnant drug- dependent women in treatment and their children. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 27-34.
- Lex, B.W. (1991). Gender differences and substance abuse. In: Mello, N.K., ed. *Advances in Substance Abuse: Behavioral and Biological Research*, Val. IV. London: Jessica Kingsley.
- Lundy, A., Gottheil, E., Serota, R.D., Weinstein, S.P., Sterling, R.C. (1995). Gender differences and similarities in African- American crack cocaine abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 260-266.
- MacDougall J. (2001). Ψυχική Οικονομία στις καταστάσεις εξάρτησης. *Περιοδικό Εκ των Υστέρων*, No 5, 11-30.
- Marsh, I., Miller, N. (1985). Female Clients in Substance Abuse Treatment. *International Journal of Addictions*, 20, 995-1019.
- McAdams, D.P.(1990). *The person: An Introduction to Personality Psychology*. Orlando Harcourt Brace.
- McHugo, G.J., Kemmerer, N., Jackson, E.W., Markoff, L.S., Gatz, M., Larson, M.J., et al. (2005). Women, co-occurring disorders and violence study: Evaluation design and study population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 91-107.
- McKeganey, N., Neale, J., Robertson, M. (2005). Physical and sexual abuse among users contacting drug treatment services in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12(3), 223-232.
- McLellan et al., (1992). The fifth edition of the Addiction Severity, Index: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Measham, F. (2002). Doing gender- doing drugs. Conceptualizing the gendering of drug cultures. *Contemporary Drug Problems*, 29(2), 335-373.
- Moe, A.M. (2006). Women, drugs and crime. *Criminal Justice Studies*, 19(4), 337-352.
- Neagle, M. (1988). Substance Abuse among Women: Prevalence, Patterns and Treatment Issues, *Mental Health Nursing*, 9, 127-137.
- O' Connor, L.E, Esherick, M. & Vieten, C. (2002). Drug-and alcohol- abusing women. In S.L.A. Straussner and S. Brown (Eds.), *The handbook of addiction treatment for women: Theory and practice* (pp.75-98). San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Olivenstein, C. (1982). *La vie du toxicomanes*, Paris: Ed PUF.
- Petil P. (1988). Τοξικομανία και Πατρική Λειτουργία. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 43-47.
- Reed, G.B. (1985). Drug Misuse and Dependency in Women: The meaning and Implications of Being. Considered a Special Popularity or Minority group. *The International Journal of Addictions*, 29 (1), 115-125.
- Reinarman, C. (2005). Addictions as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research and Theory*, 13(4), 307-320.
- Rene Kaes (2010). Το αρχαίο αδελφικό σύμπλεγμα. *Περιοδικό Εκ των Υστέρων*, No 20, 17-33.
- Rohsenow, D.J., Corbett, R., Devine, D. (1998). Molested as Children: A hidden contribution to substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 13-18.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2007). *The NSDUH report Substance use treatment among women of childbearing age*. Rockville, MD Office of Applied Studies.

- Smith, A.J (1994 A). Reconstructing Selves: An Analysis of discrepancies between women's contemporaneous and retrospective accounts of the transition to motherhood. *British Journal of Psychology*, 85: 371-392.
- Sun, A. (2007). Relapse among substance – abusing women: Components and processes. *Substance Use and Misuse*, 42, 1-21.
- Van Damme, K. (1998). Vronwgerichte verslavingszorg. (Jaurgang 6, 1): De Kiem.
- Velasquez, M.M., & Stotts, A. L. (2003). Substance abuse and dependence disorders in women. In M. Kopala and M.A. Keitel (Eds.), *Handbook of Counseling Women* (pp.482-505). Thousand Oaks, London: Sage
- Wallen, J. (1992). A comparison of male and female clients in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 243-248.
- Weldon E. (1997). Η σκοτεινή πλευρά της μητρότητας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Westermeyer, J., Boedicker, A.E. (2000). Course severity and treatment of substance abuse among women versus men. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(4), 523-535.
- Winnicott D. (1976). Το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός του κόσμος. Εκδόσεις Καστανιώτης.
- Αλεξανδρίδης, Α. (1996). Τραύμα εφήβων ηρωινομανών. Μέρος Ι, Τετράδια Ψυχιατρικής No 54, 131-134.
- EKTEΠN 2006: Ετήσια Έκθεσή του για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
- Ζώτου Σ., Κοπακάκη Μ. (2005). Χρήση ουσιών στην εφηβεία. Παράγοντας φύλο και οικογενειακό ιστορικό. *Εξαρτήσεις*, τεύχος 8, 26-36.
- Καλατζή Μ., Κουλός Ν., Μικελοπούλου Κ., (2011). Η δυναμική των σχέσεων στο ειδικό τμήμα γυναικών εξαρτημένων μητέρων με τα παιδιά τους. Εισήγηση στο 7ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο 27-29/5/2011.
- Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α), (2002). Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α., το 2000 και το 2001. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Κερασιώτη Α., Μπίζα Σ., Πολυχρονοπούλου Γ., Σφήκα Δ. (2011). Μητρότητα στην εξάρτηση. Ευκαιρία για αλλαγή ή καταδίκη/βάρος. Γόστερ στο 7ο Πανελλήνιο Παιδοψυχιατρικό Συνέδριο 27-29/5/2011.
- Κεφαλάς, Π., Ματσάκα, Ι., Μαρinoπούλου, Μ. (1997). Κλινικά δεδομένα κοριτσιών που προσέρχονται στο τμήμα εφήβων και νέων της Μονάδας Απεξάρτησης ΨΝΑ, Τετράδια Ψυχιατρικής, 57, 49-53.
- Λαζαράτου, Ε. (2007). Το διαγενεαλογικό αντικείμενο. *Περιοδικό Εκ των Υστέρων*, No 15, 89-107.
- Μάτσα, Κ. (1997). Ο Τοξικομανής και η Οικογένειά Του. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή.
- Μάτσα, Κ. (1998). Έχει πραγματικά ανάγκη η ελληνική κοινωνία από ένα ειδικό για γυναίκες πρόγραμμα απεξάρτησης; Τετράδια Ψυχιατρικής, No 61, 85-91.
- Μάτσα, Κ. (2001). Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές.... Το αίνιγμα της τοξικομανίας. Εκδόσεις Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2003). Βία, περιθώριο, στιγματισμός. Οι συντεταγμένες της ζωής και της σχέσης των τοξικομανών μητέρων κα των παιδιών τους. Τετράδια Ψυχιατρικής No 82, 8-15.
- Μπανάκη, Σ. (2004). Αφηγήσεις γυναικών για το βίωμα της μητρότητας. Μεταπτυχιακή Εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/κης.
- Ναυρίδης, Κλ. (1994). Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Νικολάου, Κ. (2001). Γυναίκες χρήστριες τοξικών ουσιών: μια ομάδα με διαφορετικές ανάγκες που δεν καλύπτονται από το υπάρχον σύστημα. Τετράδια Ψυχιατρικής, No 76.

- Παπαδή, Μ. (2008). Η συνοχή και η προσαρμοστικότητα στην οικογένεια του εξαρτημένου. Συμβίωση ή υποστήριξη; Ο ρόλος της στην θεραπεία απεξάρτησης. Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Ψυχολογίας.
- Παπαθανασίου, Μ. (2009). Γυναίκες και ουσιοεξάρτηση: Προσεγγίζοντας το λόγο τους μέσα από την ανάλυση του λόγου. Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα: Ψυχολογίας.
- Σιαμίλη, Ε., Σελιγκούνα, Β. (2005). Εξαρτημένη Μητέρα: Το βίωμα της μητρότητας σε συνάρτηση με την εξάρτηση από ουσίες. Μεταπτυχιακή Εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/κης.
- Σφηκάκη, Μ. (2001). Σεξουαλική Κακοποίηση. Η σχέση της με την Τοξικομανία. Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 67, 8-12.

INCARCERATION – ADDICTION AND MATERNITY IN WOMEN'S PRISON OF KORYDALLOS

PANAGIOTIS STOUPAS¹

Abstract

In the last decade, a great effort has been made in Greece for the support and treatment of drug addicted individuals. Unfortunately however, the differentiation, the diversity and the particularity of the groups composing the population of drug addicts in Greece render the development of relevant specialized services very difficult, in order to cover the needs of each group separately. This results to the exclusion of various social groups from treatment and the limitation of therapeutic approaches.

One of these special groups of drug addicted individuals, which also constitutes the objective of my research work, are incarcerated mothers - users.

Nowadays, narcotic drugs are often the subject of research, study and reflection among the scientific community. However, it is important to note that the gender of users as a parameter is hardly ever included as an important variable. A deeper understanding of the woman – user, as well as the investigation of certain specific behaviours, will improve the therapeutic approach which was used until recently.

The main objective and milestone of this research was to comprehend the way in which the incarcerated mothers “construct”, conceive and experience the concept of maternity in relation to substance abuse.

It is the intention of this study to aid a most effective treatment planning for this specific population, having previously recorded its particular needs and to shed light on factors influencing particular behaviours. The fundamental goal was the reduction of relapses and the increase of the percentage of individuals who are rehabilitated properly in society.

The greatest challenge of this research was to study the dependent mothers in regards to psychological aspects of their behaviour and detect tendencies, views and attitudes regarding their addictive behaviour in relation to their role as mothers. The complexity of these variables impeded the objective recording of problems that they face as well as the investigation of views, tendencies, stereotypes and emotional condition. Taking the aforementioned into consideration and also discussing it with experienced colleagues, we were led to the conclusion that we should implement a combination of research techniques, both quantitative and qualitative for the better analysis of the results.

The study showed that incarceration as a policy does not help the problems faced by addicted mothers, and at the same time constitutes a mechanism causing additional problems, both for the mothers and their children.

¹ Contact Details: KETHEA-EN DRASEI 41-43 Drosopoulou & Tinou, 112 57 Kipseli. Tel.: +30210 3847700, +30210 3300058, +30210 3820833, Fax: +30210 3303903, e-mail: pstoupas@gmail.com

Thus, policies should encourage alternative measures instead of penal prosecution, reinforcing the treatment of drug-addiction.

Therapeutic programs, on the other hand, need to apply a flexible treatment model including specialised therapeutic techniques that will cover the particular needs of mothers and their children.

Key Words: Incarceration, Addiction, Maternity, Women, Prison

ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΣ – ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΕΣ ΦΥΛΑΚΕΣ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ

ΣΤΟΥΠΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ²

Π ε ρ ί λ η ψ η

Την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας γίνεται μια μεγάλη προσπάθεια για την υποστήριξη και θεραπεία των τοξικοεξαρτημένων ατόμων. Δυστυχώς όμως η διαφορετικότητα, η ποικιλομορφία και η ιδιαιτερότητα των ομάδων που απαρτίζουν τον τοξικοεξαρτημένο πληθυσμό στην Ελλάδα καθιστά πολύ δύσκολη την ανάπτυξη αντίστοιχων εξειδικευμένων υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών της κάθε ομάδας ξεχωριστά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό από τη θεραπεία διάφορων κοινωνικών ομάδων και το περιορισμό των θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Μία από αυτές τις ειδικές ομάδες τοξικοεξαρτημένων, που αποτελεί και στόχο της ερευνητικής μου εργασίας, είναι οι έγκλειστες μητέρες – χρήστες.

Παρόλο που τα τελευταία χρόνια, στην επιστημονική κοινότητα, τα ναρκωτικά αποτελούν συχνά αντικείμενο διερεύνησης, μελέτης και προβληματισμού, διαπιστώνεται πως η παράμετρος του φύλου των χρηστών ελάχιστες φορές συμπεριλαμβάνεται ως ιδιαίτερη μεταβλητή. Η βαθύτερη κατανόηση της γυναίκας – χρήστη καθώς και η αναζήτηση κάποιων ιδιαίτερων συμπεριφορών, θα συμβάλουν στη βελτίωση της μέχρι τώρα θεραπευτικής της αντιμετώπισης.

Κεντρικός στόχος και άξονας αυτής της έρευνας ήταν να ανιχνεύσει με ποιον τρόπο οι εξαρτημένες έγκλειστες μητέρες «κατασκευάζουν», αντιλαμβάνονται και βιώνουν το νόημα της μητρότητας σε σχέση με τη γενικότερη κατάσταση της χρήσης ουσιών (στην οποία βρίσκονται) και να εστιάσει στις «εικόνες», τις επιθυμίες και τις εμπειρίες τους από το άμεσο οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον και τον γενικότερα κοινωνικό περίγυρο. Έγινε προσπάθεια να ερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο συγκροτείται, διατηρείται ή χάνεται η προσωπική και μητρική τους ταυτότητα.

Πρόθεση αυτής της μελέτης ήταν να βοηθήσει στον αποτελεσματικότερο σχεδιασμό της θεραπείας του συγκεκριμένου πληθυσμού, αφού διερεύνησε και κατέγραψε τις ιδιαίτερες ανάγκες του, αλλά και φώτισε τους παράγοντες διαμόρφωσης συγκεκριμένων συμπεριφορών. Βασικός στόχος είναι η μείωση των υποτροπών και η αύξηση του ποσοστού των ατόμων που ενσωματώνονται ομαλά στην κοινωνία.

Είναι γνωστό ότι οι γυναίκες αποτελούν μειονότητα σε όλα τα θεραπευτικά προγράμματα με αναλογία ανδρών/γυναϊκών 5/1 έως 4/1 (Greek Focal Point of REITOX, 2000). Αυτή η μεγάλη διαφορά είναι ενδεικτική του πόσο αποκλεισμένες νοιώθουν στα υπάρχοντα προγράμματα. Από την άλλη ο αριθμός φυλακισμένων γυναικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση αυξάνεται σταθερά. Στην Ισπανία, ο αριθμός των έγκλειστων γυναικών έχει

² Στοιχεία Επικοινωνίας: ΚΕΘΕΑ-ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ Δροσσοπούλου 41-43 & Τήνου, 112 57 Κυψέλη. Τηλ.: +30210 3847700, +30210 3300058, +30210 3820833, Fax: +30210 3303903, e-mail: pstoupas@gmail.com

σχεδόν τριπλασιαστεί. Ενώ, στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο αποκαλύπτουν σημαντικά επίπεδα προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στις γυναίκες κατά την είσοδό τους στη φυλακή.

Η πρόκληση της συγκεκριμένης έρευνας ήταν ότι χρειαζόταν να μελετηθούν οι εξαρτημένες μητέρες σε θέματα που αφορούν τις ψυχολογικές πλευρές της συμπεριφοράς τους και να ανιχνευθούν τάσεις, απόψεις και στάσεις σχετικά με τη διαπιστωμένη εξαρτητική τους συμπεριφορά και σε σχέση με το ρόλο τους ως μητέρες. Η πολυπλοκότητα των μεταβλητών αυτών δυσχεραίνει την αντικειμενική καταγραφή των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν αλλά και στη διερεύνηση των απόψεων, των τάσεων, των στερεοτύπων και της συναισθηματικής τους κατάστασης. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω αλλά και συζητώντας με έμπειρους συναδέλφους καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι έπρεπε να χρησιμοποιήσουμε συνδυασμό ερευνητικών τεχνικών, τόσο ποσοτικών όσο και ποιοτικών για την καλύτερη ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Η μελέτη έδειξε ότι η πολιτική του εγκλεισμού όχι μόνο δεν βοηθάει στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εξαρτημένες μητέρες, αλλά αποτελεί ένα μηχανισμό που επιφέρει επιπρόσθετα προβλήματα τόσο στις ίδιες όσο και στα παιδιά τους.

Χρειάζεται να εφαρμοστούν πολιτικές που θα ευνοούν τα εναλλακτικά μέτρα αντί της ποινικής δίωξης, ενθαρρύνοντας την απεξάρτηση. Ενώ, τα θεραπευτικά προγράμματα χρειάζεται να εφαρμόσουν ένα ευέλικτο μοντέλο θεραπείας με εξειδικευμένες θεραπευτικές τεχνικές που θα καλύπτουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των μητέρων καθώς και των παιδιών τους.

Λέξεις Κλειδιά: Εγκλεισμός, Εξάρτηση, Μητρότητα, Γυναίκες, Φυλακή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πρόβλημα της τοξικοεξάρτησης έχει αποτελέσει θέμα πολλών συζητήσεων και προβληματισμών τόσο από την πλευρά της πολιτείας πολλών ευρωπαϊκών χωρών όσο και από την πλευρά φορέων και οργανισμών που ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα. Η πολυπλοκότητα όμως του συγκεκριμένου προβλήματος και η αντιμετώπισή του ως φαινομένου πλέον κοινωνικού, επιτρέπει τη μελέτη πολλών αδιερεύνητων πτυχών της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Άλλωστε, είναι ένα φαινόμενο διαρκώς εξελίξιμο, που σημαίνει ότι θα παραμείνει στο προσκήνιο – ως θέμα προβληματισμού – για πολύ ακόμη.

Την τελευταία δεκαετία, στη χώρα μας γίνεται μεγάλη προσπάθεια για την υποστήριξη και τη θεραπεία των τοξικοεξαρτημένων ατόμων. Δυστυχώς, όμως, η διαφορετικότητα, η ποικιλομορφία και η ιδιαιτερότητα των ομάδων που απαρτίζουν τον τοξικοεξαρτημένο πληθυσμό στην Ελλάδα καθιστά πολύ δύσκολη την ανάπτυξη αντίστοιχων εξειδικευμένων υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών της κάθε ομάδας ξεχωριστά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό από τη θεραπεία διάφορων κοινωνικών ομάδων και τον περιορισμό των θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Η ομάδα των εξαρτημένων γυναικών εμφανίζει εντονότατα την εικόνα της κοινωνικής διάκρισης, της διαφοροποίησης και της περιθωριοποίησης. Στην Ευρώπη υπάρχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για τις γυναίκες και ειδικότερα τις έγκυες γυναίκες και μητέρες. Πιο συγκεκριμένα, σε χρήστριες γυναίκες εγκύους παρέχεται άμεση πρόσβαση σε

υπηρεσίες υποστήριξης. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στις εξαρτημένες μητέρες αφορούν σε μια σειρά θεμάτων όπως η ψυχική υγεία, η κατάχρηση ουσιών, η επαγγελματική συμβουλευτική, οι γονεϊκές ικανότητες, η λειτουργικότητα στο χώρο του σπιτιού κ.ά. Η Ελλάδα μόλις τα τελευταία χρόνια συνειδητοποίησε τις ιδιαίτερες ανάγκες των γυναικών χρηστών και πραγματοποιούνται τα πρώτα βήματα για την αντιμετώπισή τους. Μια από τις παρεμβάσεις, που έχουν γίνει στη χώρα μας και απευθύνεται στο γυναικείο πληθυσμό των φυλακών, είναι η θεραπευτική κοινότητα ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ του Κέντρου Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων, η οποία και αποτελεί εφελκυστικό και πεδίο δράσης της παρούσας έρευνας.

Κεντρικός στόχος και άξονας αυτής της έρευνας είναι να ανιχνεύσει με ποιον τρόπο οι εξαρτημένες, έγκλειστες μητέρες «κατασκευάζουν», αντιλαμβάνονται και βιώνουν το νόημα της μητρότητας σε σχέση με τη γενικότερη κατάσταση χρήσης ουσιών (στην οποία βρίσκονται) και να εστιάσει στις «εικόνες», τις επιθυμίες και τις εμπειρίες τους από το άμεσο οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον και τον κοινωνικό περίγυρο γενικότερο. Θα γίνει προσπάθεια να ερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο συγκροτείται, διατηρείται ή χάνεται η προσωπική και μητρική τους ταυτότητα. Ο τελικός σκοπός της έρευνας είναι να εντοπιστούν, εάν υπάρχουν, ιδιαίτερες ανάγκες και αν ναι, να αποτελέσουν τη βάση διαμόρφωσης του θεραπευτικού μας μοντέλου, στοχεύοντας στην ομαλή τους θεραπευτική πρόοδο και τη μείωση των διακοπών από τη θεραπεία.

Εξάρτηση και Εγκλεισμός

Ο εγκλεισμός των εξαρτημένων θεωρητικά έχει ως στόχο το σωφρονισμό και την αλλαγή της παραβατικής συμπεριφοράς, ωστόσο είναι γνωστό ότι η φυλακή δεν σωφρονίζει, αντιθέτως, για τους περισσότερους κρατούμενους, ο εγκλεισμός αποτελεί μια τραυματική εμπειρία, μια σύγχυση ταυτότητας. Σε αυτό το πλαίσιο οι εξαρτημένοι παραβάτες είναι διπλά αποκλεισμένοι, καθώς, από τη μια, οι ευκαιρίες για απεξάρτηση και αλλαγή του τρόπου ζωής τους είναι ελάχιστες και από την άλλη, περιθωριοποιούνται και στιγματίζονται για αδικήματα που χρήζουν θεραπευτικής αντιμετώπισης και όχι τιμωρίας. Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Εργαστήριο Ποινικών και Εγκληματολογικών Ερευνών το Μάιο του 2006 με τη συνεργασία του θεραπευτικού προγράμματος ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ και στόχο την αξιολόγηση του θεραπευτικού προγράμματος όσον αφορά τον γενικό πληθυσμό των γυναικείων φυλακών Κορυδαλλού, προκύπτει ότι ο πληθυσμός ανέρχεται σε 560 κρατούμενες, εκ των οποίων 386 είναι Ελληνίδες και 174 αλλοδαπές με 24 από αυτές (10 Ελληνίδες και 14 αλλοδαπές) να είναι κάτω των 21 ετών. Σε μεγάλο ποσοστό οι γυναίκες είναι έγγαμες και μητέρες, ενώ 14 εξ αυτών κρατούνται σε ειδική πτέρυγα για μητέρες, αφού μαζί τους διαμένουν και τα ανήλικα τέκνα τους μέχρι την ηλικία των τριών (3) ετών. Ειδικότερα, 274 (202 Ελληνίδες και 72 αλλοδαπές) κρατούνται για παραβάσεις του Νόμου περί Ναρκωτικών, ποσοστό 51% στο σύνολο των κρατούμενων. Οι κρατούμενες γυναίκες αντιμετωπίζουν πληθώρα σωματικών και ψυχικών προβλημάτων που είναι είτε παθολογικής φύσης, είτε σχετίζονται με τις συνέπειες του εγκλεισμού. Ειδικότερα, οι εξαρτημένες αντιμετωπίζουν στο σύνολο τους προβλήματα που χρήζουν ειδικής φροντίδας και παρακολούθησης.

Τα εναλλακτικά μέτρα αντί της ποινικής δίωξης, συνήθως θεραπευτικού ή κοινωνικού χαρακτήρα εφαρμόζονται σήμερα σε ολόκληρη την Ε.Ε., παρά το γεγονός ότι διαφέρουν ως προς την ποιότητα και τα αποτελέσματά τους. Η έρευνα δείχνει ότι η θεραπεία

των εξαρτημένων στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης μπορεί να παραγάγει θετικά αποτελέσματα (ΕΚΤΕΠΝ, 2001). Σε ορισμένες χώρες, μεταξύ των οποίων και στην Ελλάδα, τέτοιου είδους μέτρα δεν εφαρμόζονται επαρκώς λόγω των νομικών περιορισμών ή του γενικού σκεπτικισμού περί της αποτελεσματικότητάς τους. Αντιθέτως, σε μερικές χώρες η θεραπεία αποτελεί τον κανόνα.

Είναι γνωστό, ότι οι γυναίκες αποτελούν τη μειονότητα σε όλα τα θεραπευτικά προγράμματα με αναλογία ανδρών/γυναικών από 5>1 έως 4>1 (Greek Focal Point of REITOX, 2000). Αυτή η μεγάλη διαφορά είναι ενδεικτική του βαθμού που υιόθουν αποκλεισμένες από τα υπάρχοντα προγράμματα. Από την άλλη, ο αριθμός φυλακισμένων γυναικών στην Ε.Ε. αυξάνεται σταθερά. Στην Ισπανία, ο αριθμός των εγκλείστων γυναικών έχει σχεδόν τριπλασιαστεί, ενώ, στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο αποκαλύπτουν σημαντικά επίπεδα προβληματικής χρήσης ναρκωτικών στις γυναίκες κατά την είσοδό τους στη φυλακή.

Σύμφωνα με την έκθεση της IREFREA για τη χρήση ναρκωτικών από τις γυναίκες, σημαντικό ρόλο για κάθε θεραπευτική προσέγγιση «πρέπει» να αποτελεί η γυναικεία ταυτότητα. Συνήθως, η εξαρτημένη γυναίκα βιώνει ως ελλειμματική την ταυτότητα της, υιοθετεί αντρικές συμπεριφορές ή γίνεται πολλές φορές επιθετική με βίαιες εκρήξεις θυμού, συμπεριφορές που τη βοηθούν να επιβιώσει στο σκληρό κόσμο των ναρκωτικών. Πίσω, όμως, από τη σκληρή εικόνα που προβάλλει και την προκλητική της συμπεριφορά κρύβεται η τεράστια οδύνη που βιώνει στη ζωή της, λόγω της χρήσης ουσιών. Μια ζωή, που χαρακτηρίζεται από το διπλό δεσμό στη σχέση με την ουσία και την προσπάθεια ελέγχου της εξάρτησης, που είναι τόσο επώδυνη και εγκλωβιστική ώστε, δυστυχώς, συχνά, την οδηγεί ακόμη και στο θάνατο (Bateson, 1971).

Οι εξαρτημένες γυναίκες περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία ως παρορμητικές, απεγνωσμένες, εγωίστριες, επικίνδυνες, ενώ πολύ συχνά η πηγή χρήματος για να συντηρήσουν τον εθισμό τους είναι μέσω της «βιομηχανίας του sex». Τα σχετιζόμενα με το sex επαγγέλματα αποτελούν καθιερωμένη πηγή εισοδήματος για το 60% των γυναικών – χρηστών. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αυξημένο ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας, τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας (υψηλότερα από αυτά των ανδρών), η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, η κοινωνική τους απομόνωση, το υψηλό ποσοστό σεξουαλικής κακοποίησης, η αυτοκαταστροφική τους συμπεριφορά είναι αυτά που συνθέτουν την εικόνα της εξαρτημένης γυναίκας και των προβλημάτων της. Η εξαρτημένη γυναίκα συχνά προέρχεται από μια προβληματική οικογένεια, όπου η εξάρτηση φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο (Alexa Kraken, 1995). Συνεπώς, η εξάρτηση στις γυναίκες είναι ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο πρόβλημα που απαιτεί παρέμβαση και θεραπεία σε πολλά επίπεδα και, κυρίως, ότι η αντιμετώπιση και οι υπηρεσίες θα πρέπει να απευθύνονται ειδικά σε αυτόν πληθυσμό.

Σύμφωνα με πολλές μελέτες οι εξαρτημένες μητέρες αντιμετωπίζουν επίσης προβλήματα, σωματικής και ψυχικής υγείας (Dark et al, 1992, Swift et al, 1996). Συνήθως, από τις εξαρτημένες, η εγκυμοσύνη γίνεται αντιληπτή σε προχωρημένο στάδιο, λόγω της αμνηρόροιας και της ψευδούς πεποίθησης, ότι επειδή κάνουν χρήση ουσιών, δεν υπάρχει πιθανότητα να συλλάβουν και να τεκνοποιήσουν. Συνεπώς συνήθως δε λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα ενώ έχει διαπιστωθεί πως γυναίκες που δεν έλαβαν επαρκή υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν τρεις φορές περισσότερες επιπλοκές απ' ότι οι γυναίκες που έζησαν την εγκυμοσύνη τους σε ευνοϊκές ψυχο-κοινωνικές συνθήκες (Nucnolls, Cassel and Kaplan, 1972).

Η εξαρτημένη γυναίκα, συχνά, δεν επιθυμεί τη γέννηση ενός παιδιού αλλά την άμβλωση. Άλλοτε όμως, επιθυμεί τη μητρότητα γιατί πιστεύει ότι το μωρό που θα φέρει στον κόσμο μπορεί να είναι ο «λυτρωτής», αυτός που θα εμψυχήσει μια νέα πνοή στις πληγωμένες φιλοδοξίες της, αυτός που υπόσχεται μια τέλεια σχέση αγάπης, έτσι όπως την ονειρευόταν. Μπορεί να είναι το ιδανικό πρόσωπο που θα καλύπτει όλα τα κενά και τις ελλείψεις (Ρήγα, 1991). Ωστόσο, μετά τη γέννηση του παιδιού, ακολουθεί η απομυθοποίηση, καθώς οι γυναίκες συνειδητοποιούν τις τεράστιες απαιτήσεις του καινούργιου ρόλου και τις δυσκολίες ανταπόκρισης σε αυτόν.

Παράλληλα, αρκετές εξαρτημένες μητέρες βιώνουν τον εγκλεισμό χωρίς υπάρχει καμία ειδική ρύθμιση για τις μητέρες κρατούμενες, τα παιδιά των οποίων ζουν έξω από το σωφρονιστικό κατάστημα ενώ και οι διατάξεις για τη διαφορετική αντιμετώπιση των γυναικών κρατουμένων λόγω των ιδιαιτεροτήτων του φύλου τους, που υπάρχουν σήμερα στο σωφρονιστικό κώδικα, είναι πολύ περιορισμένες. Ειδικές ρυθμίσεις υπάρχουν για τις κρατούμενες εγκύους, λεχώνες, θηλάζουσες κ.τ.λ. Οι έγκυες γυναίκες μπορούν να οδηγηθούν σε δημόσια ή ιδιωτική κλινική για τον τοκετό, ενώ μπορούν να κρατήσουν το βρέφος κοντά τους (μέσα στη φυλακή) όσο καιρό το θηλάζουν, ή σε εξαιρετικές περιπτώσεις, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, η επικοινωνία της μητέρας με το παιδί, που είναι εκτός φυλακής, μπορεί ακόμη και να απαγορευτεί για λόγους υγείας ή ασφάλειας.

Η ΕΡΕΥΝΑ

Η συγκεκριμένη έρευνα θα εστιάσει στη μελέτη των τοξικοεξαρτημένων μητέρων σε θέματα που αφορούν τις ψυχολογικές πλευρές της συμπεριφοράς τους και στην ανίχνευση τάσεων, απόψεων και στάσεων σχετικά με τη διαπιστωμένη εξαρτητική τους συμπεριφορά και συνδυαστικά με το ρόλο τους ως μητέρες. Η πολυπλοκότητα των μεταβλητών αυτών δυσχεραίνει την αντικειμενική καταγραφή των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν αλλά και τη διερεύνηση των απόψεων, των τάσεων, των στερεοτύπων και της συναισθηματικής τους κατάστασης. Για τον σκοπό αυτό θα αξιοποιηθούν σε συνδυασμό ερευνητικές τεχνικές, ποσοτικές και ποιοτικές, για την καλύτερη ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Ποιοτική μελέτη

Για την ποιοτική έρευνα επιλέχθηκε η τεχνική της εστιασμένης συνέντευξης, η οποία προήλθε από την ομαδική θεραπεία, χρησιμοποιήθηκε στην ποιοτική έρευνα αγοράς και θεωρήθηκε κατάλληλη για εφαρμογή στη διερεύνηση ειδικών κοινωνικών ομάδων (Χ. Πουλόπουλος & Α. Τσιμπουκλή, 1995). Χρησιμοποιείται δε, ευρέως, στο χώρο της ψυχικής υγείας, επειδή φέρνει γρήγορα και χωρίς μεγάλο οικονομικό κόστος αποτελέσματα. Ο σχεδιασμός των ομάδων αυτών είναι τέτοιος ώστε κάθε ομάδα να είναι όσο το δυνατόν πιο ομοιογενής από άποψη φύλου, ηλικίας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ατόμων που την απαρτίζουν ή οποιουδήποτε άλλου σημαντικού κριτηρίου που ενδιαφέρει την έρευνα (στη συγκεκριμένη έρευνα η χρήση ουσιών και η μητρότητα). Οι συμμετέχοντες στις ομάδες, προσκαλούνται κατά ομάδα, σε διαμορφωμένο χώρο, και ο ερευνητής – συντονιστής θέτει ερωτήσεις που οδηγούν σε έναρξη ή συνέχιση της συζήτησης, ακολουθώντας μια προδιαγεγραμμένη σειρά θεμάτων ενδιαφέροντος (Welch, 1985). Δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να παρέχουν πληροφορίες, απόψεις,

εντυπώσεις, να χρησιμοποιούν τις δικές τους λέξεις και να κάνουν τους δικούς τους συσχετισμούς και συνειρμούς, με τον ίδιο τρόπο που η ψυχοθεραπεία επιτρέπει στα άτομα να δίνουν τη δική τους ερμηνεία των φαινομένων. Δεν περιορίζει τα άτομα με τον τρόπο που περιορίζονται από τη δομή ενός «κλειστού ερωτηματολογίου». Στις ομάδες εστίασης, οι συμμετέχοντες μοιράζονται ένα παρόμοιο ή και το ίδιο πρόβλημα. Έτσι, νιώθουν πιο άνετα όταν μιλάνε μεταξύ τους γι' αυτό το θέμα. Η έμφαση δίνεται στην ομάδα, στην αλληλεπίδραση των μελών της και στις δυναμικές που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της συνάντησης (Χ. Πουλόπουλος & Α. Τσιμπουκλή, 1995).

Ποσοτική Έρευνα

Για την ποσοτική αποτίμηση της σοβαρότητας των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενες μητέρες χρήστριες, χρησιμοποιήθηκε το EUROPAASI (εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασης), σταθμισμένο και αξιόπιστο, τόσο στη διεθνή όσο και την ελληνική πραγματικότητα. Το EuroPasi συμπληρώνεται μέσω προσωπικής συνέντευξης. Η μέθοδος παρέχει το πλεονέκτημα της απεριόστης έκφρασης των απόψεων του ερωτώμενου, χωρίς τις παρεμβάσεις ή αναστολές που μπορεί να προκαλέσει η παρουσία τρίτων, όπως συμβαίνει στις ομαδικές συζητήσεις. Παρέχει σημαντικές πληροφορίες για διαφορετικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου, που συμβάλουν ή επηρεάζονται από την εξάρτηση και την κατάχρηση ουσιών. Έχει προσαρμοστεί για τα ευρωπαϊκά δεδομένα από το ASI (Addiction Severity Index) (5η έκδοση, McLellan, 1992). Αποτελεί την πρώτη βάση, από αυτό-αναφορά των προσερχόμενων για θεραπεία εξαρτημένων στα θεραπευτικά προγράμματα του ΚΕΘΕΑ, για την ανάπτυξη ενός σχεδίου θεραπείας, που αξιοποιείται τόσο κλινικά όσο και από την έρευνα.

Ηθικά και Νομικά Θέματα

Καταρχήν, έγινε αναλυτική ενημέρωση του σκοπού, των στόχων και του τρόπου διεξαγωγής της έρευνας, στη Διεύθυνση των Γυναικείων Φυλακών Κορυδαλλού και στη συνέχεια στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, προκειμένου να εξασφαλιστεί η συγκατάθεση και η παροχή της απαιτούμενης άδειας για τη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας. Εξασφαλίστηκε άδεια για τη συλλογή και τη χρήση των δεδομένων από τα αρχεία του θεραπευτικού προγράμματος ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ, καθώς και από άλλα θεραπευτικά προγράμματα, και από τις ομαδικές συναντήσεις με τα μέλη της ομάδας – στόχου. Οι παραπάνω διαδικασίες καθορίζονται και διέπονται από τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας του ΚΕΘΕΑ και από τη διακήρυξη των δικαιωμάτων των μελών που είναι ενταγμένοι στα θεραπευτικά προγράμματα. Βασικό μέλημα ήταν η εξασφάλιση της συγκατάθεσης των ίδιων των μελών που συμμετείχαν στην έρευνα για τη χρήση και την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιλέχθηκαν να είναι από το θεραπευτικό πρόγραμμα ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ. Για την αξιοπιστία της έρευνας απαιτούνται τουλάχιστον δύο συναντήσεις με σταθερή σύνθεση ομάδων, γεγονός που εξασφαλίζεται ευκολότερα όταν οι συμμετέχοντες έχουν σταθερές συνθήκες διαβίωσης, όπως τα μέλη ενός θεραπευτικού προγράμματος. Έτσι, η έρευνα συμπεριέλαβε συμμετέχοντες από τη θεραπευτική κοινότητα (που λειτουργεί στην Κεντρική Γυναικεία Φυλακή Κορυδαλλού) Ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων στην ομάδα ήταν δεκατρείς (13) έγκλειστες χρήστες. Όλες πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής και είχαν μέσο χρόνο παραμονής στο θεραπευτικό πρόγραμμα από ένα μήνα έως πέντε χρόνια. Όλα τα μέλη της ομάδας, μετά από ενημέρωση που τους έγινε, δέχτηκαν να συμμετέχουν.

Ομαδικά Εστιασμένες Συνεντεύξεις

Κατά την έναρξη των διαδικασιών πρόσκλησης και καθορισμού του τελικού τόπου και χρόνου πραγματοποίησης της ομάδας, ένα μέλος με ενημέρωσε ότι δεν επιθυμούσε να συμμετάσχει, ενώ, ένα ακόμη μέλος απουσίαζε λόγω της μεταγωγής της σε άλλο σωματιστικό κατάστημα. Έτσι, λοιπόν, ο τελικός αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν, εθελοντικά, στην ομάδα ήταν έντεκα (11). Παράλληλα με τις παραπάνω διαδικασίες (επιλογής των μελών της ομάδας και ενημέρωσης τους για το σκοπό και το στόχο της συνάντησης αυτής), εξασφαλίστηκε η άδεια από το ΚΕΘΕΑ αλλά και από τη Διευθύντρια των Γυναικείων Φυλακών Κορυδαλλού για την πραγματοποίηση της ομάδας εστίασης εντός του χώρου των φυλακών.

Αναλυτικότερα, πραγματοποιήθηκαν τρεις συναντήσεις. Η πρώτη συνάντηση είχε ως στόχο την ενημέρωση των υποψηφίων μελών για το σκοπό και τους στόχους της έρευνας. Ενημερώθηκαν για τον τρόπο διεξαγωγής της ομάδας, καθώς και για τον τρόπο αξιοποίησης των αποτελεσμάτων. Τέλος, τους έγινε σαφές ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία και το απόρρητο των πληροφοριών που θα συλλεχθούν και ότι στην τελική καταγραφή των αποτελεσμάτων θα χρησιμοποιηθούν ψευδώνυμα, τα οποία ζήτησα να τα επιλέξουν οι ίδιες. Επίσης, ενημερώθηκαν ότι με την κατάθεση του τελικού project θα καταστραφεί οποιοδήποτε ηχογραφημένο υλικό υπήρχε από τις συναντήσεις.

Για την καλύτερη υποστήριξη και διεξαγωγή των ομάδων εστίασης, αξιοποιήθηκαν ως βοηθί του συντονιστή, εξωτερικοί συνεργάτες (εθελοντές), με τους οποίους είχαν προηγηθεί πολλές συναντήσεις, προκειμένου να κατανοήσουν το στόχο της έρευνας καθώς και το ρόλο τους στις συναντήσεις αυτές. Η τήρηση του κώδικα δεοντολογίας, του απορρήτου για τη χρήση των ερευνητικών αποτελεσμάτων και την εξασφάλιση της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων, ήταν προϋποθέσεις που τηρήθηκαν για την αντιμετώπιση των νομικών και ηθικών ζητημάτων.

Μέθοδος καταγραφής συνεντεύξεων-ανάλυση περιεχομένου

Για την καταγραφή των συνεντεύξεων χρησιμοποιήθηκαν δύο δημοσιογραφικά μαγνητόφωνα (ψηφιακού τύπου) ενώ, παράλληλα, ο βοηθός συντονιστή, όπως είχε συμφωνηθεί, κατέγραφε τα πρακτικά. Η απομαγνητοφώνηση πραγματοποιήθηκε από δύο διαφορετικούς ανθρώπους εξασφαλίζοντας, έτσι, την αντικειμενικότητα του ερευνητή. Η διαδικασία της απομαγνητοφώνησης ήταν αρκετά δύσκολη, γιατί οι συμμετέχοντες, πολλές φορές, ήταν συναισθηματικά φορτισμένοι, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η καταγραφή της συζήτησης. Στο τέλος κάθε συνέντευξης ακολουθούσε συνάντηση με τη βοηθό συντονιστή για τη σύνοψη των μηνυμάτων της συνέντευξης και την ανταλλαγή πληροφοριών. Επίσης, στο τέλος, γινόταν συνάντηση με το θεραπευτικό προσωπικό του προγράμματος, με σκοπό την ενημέρωση τους για τη δυναμική και το κλίμα της ομάδας.

Ημί-δομημένες συνεντεύξεις EUROPASI

Για την ποσοτική αποτίμηση της σοβαρότητας των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενες μητέρες χρήστριες, χρησιμοποιήθηκε το EUROPASI. Η διαδικασία της συλλογής των δεδομένων έγινε μέσω ημί-δομημένης ατομικής συνέντευξης και η διάρκεια της κάθε συνέντευξης ήταν περίπου 60 λεπτά. Πρώτο μέλημα του ερευνητή ήταν η ενημέρωση σχετικά με το σκοπό της συνέντευξης καθώς και για τον τρόπο επεξεργασίας των ερευνητικών αποτελεσμάτων, επισημαίνοντας την απόλυτη εμπιστευτικότητα.

Η επεξεργασία έγινε σε ηλεκτρονικό υπολογιστή, με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS έκδοση 13.0.

Οι χώροι που χρησιμοποιήθηκαν για τις συνεντεύξεις, ήταν οι χώροι που λειτουργεί το θεραπευτικό πρόγραμμα, οι οποίοι έχουν παραχωρηθεί από το σωφρονιστικό κατάστημα, θεωρώντας ότι εκεί οι ερωτώμενες θα ένιωθαν μεγαλύτερη ασφάλεια.

Στην παρούσα φάση, το EUROPASI χορηγήθηκε σε έντεκα κρατούμενες, εκ των οποίων οι εννέα βρίσκονταν στην κύρια φάση απεξάρτησης, ενώ οι τρεις, στην πρώτη φάση θεραπείας, που έχει ως στόχο την αύξηση του κινήτρου των μελών, τη διάγνωση των ψυχοκοινωνικών αναγκών και τη δημιουργία θεραπευτικού συμβολαίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ EUROPASI

Συνολικά, εξετάστηκαν οι περιπτώσεις 11 διαφορετικών μητέρων, οι οποίες τη δεδομένη στιγμή που δόθηκε το ερωτηματολόγιο, βρίσκονταν στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού και ήταν μέλη του Θεραπευτικού Προγράμματος «ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ», το οποίο λειτουργεί στα πλαίσια του σωφρονιστικού συστήματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑ*	ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΕΚΝΩΝ	ΗΛΙΚΙΑ ΤΕΚΝΩΝ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΦΥΛΑΚΗ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
1. Ειρήνη	33	1	13	7 χρόνια	6 χρόνια
2. Αριάννα	35	1	14	5 χρόνια	5 χρόνια
3. Γκρασιέλα	28	1	11	4 χρόνια	3 χρόνια
4. Ζώη	36	1	13	10 μήνες	8 μήνες
5. Νάντια	50	1	25	4 ½ μήνες	4 μήνες
6. Βούλα	30	1	15	8 μήνες	1 μήνα
7. Λένα	42	1	20	8 μήνες	2 μήνες
8. Κατερίνα	40	1	19	4 χρόνια	16 μήνες
9. Κάθριν	52	3	26, 27, 28	4 μήνες	3 μήνες
10. Δανάη	49	3	27, 30, 31	3 ½ χρόνια	2 μήνες
11. Άλεξ	38	1	8 μηνών απεβίωσε	8,5 μήνες	5,5 μήνες

* Τα ονόματα που αναφέρονται στον παραπάνω πίνακα είναι ψευδώνυμα, τα οποία επέλεξαν οι ίδιες οι κρατούμενες, για τη διασφάλιση του απορρήτου και της ανωνυμίας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (46%) είναι μεταξύ 31 και 40 ετών, ενώ μεταξύ 41 και 50 ετών είναι το 27%, άνω των 51 χρόνων βρίσκεται το 18% τέλος, κάτω των 30 ετών είναι το 9%. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το

μεγαλύτερο ποσοστό (45,5%) βρίσκεται σε διάσταση, 18,2% είναι διαζευγμένες, 18,2% χήρες, 9,1% είναι παντρεμένες και τέλος 9,1% ανύπαντρες. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το 45,5% των ερωτώμενων είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 36,4% απόφοιτοι Δημοτικού, το 9,1% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου ενώ το ίδιο ποσοστό (9,1%) είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου.

Σχετικά με την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων, το 64% αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα σωματικής υγείας, με συνηθέστερα προβλήματα, τα ενδοκρινολογικά, τα ορθοπεδικά και τα γυναικολογικά. Όσον αφορά στο ποσοστό των συμμετεχόντων που έχουν μολυνθεί από ηπατίτιδα, αυτό φτάνει στο 60%. Ενώ, δεν υπάρχουν ερωτώμενες οι οποίες να έχουν μολυνθεί από HIV. Αναφορικά με τις παράνομες ουσίες σχεδόν όλες οι ερωτώμενες (90,1%) έχουν κάνει συστηματική χρήση κοκαΐνης, το 81,8% έχει κάνει συστηματική χρήση κάνναβης, ενώ το ίδιο ποσοστό (81,8%) έχει κάνει συστηματική χρήση ηρωΐνης. Σε ότι έχει να κάνει με την ουσία, από την οποία οι συμμετέχουσες δηλώνουν ότι βιώνουν μεγαλύτερη εξάρτηση, το 45% θεωρεί ότι αντιμετωπίζει πολλαπλό εθισμό, το 27% πιστεύει ότι η ουσία από την οποία αντιμετωπίζει κύριο πρόβλημα εξάρτησης, είναι η κοκαΐνη, το 19% πιστεύει ότι είναι η ηρωΐνη, ενώ το 9% πιστεύει ότι είναι τα φάρμακα – χάπια.

Οι επτά (7) από τις έντεκα (11) συμμετέχουσες (ποσοστό 63,6%) έχουν υποστεί, τουλάχιστον, μια φορά στη ζωή τους overdose, ενώ τρεις (3) από τις έντεκα (11 - ποσοστό 27,3%) έχουν υποστεί, τουλάχιστον, μια φορά στη ζωή τους, τρομώδες παραλήρημα. Σε ότι αφορά προηγούμενες προσπάθειες θεραπείας των ερωτώμενων, μόνο δύο (2) από τις έντεκα (11) ερωτώμενες (ποσοστό 18,2%) είχαν προσεγγίσει, στο παρελθόν, κάποιο άλλο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Αναφορικά με τις νομικές εκκρεμότητες, στο 100% των ερωτώμενων έχουν απαγγελθεί κατηγορίες για κατοχή ή για κατοχή και εμπορία ναρκωτικών ουσιών. Αναλυτικότερα, στο 54,55% έχει απαγγελθεί μία κατηγορία για το συγκεκριμένο παράπτωμα, στο 27,27% δύο κατηγορίες, στο 9,09% έξι κατηγορίες, ενώ στο υπόλοιπο 9,09% δέκα κατηγορίες για το συγκεκριμένο παράπτωμα Σε τρεις (3) από τις (11) ερωτώμενες έχουν απαγγελθεί κατηγορίες για φθορά ξένης περιουσίας (π.χ. διάρρηξη, κλοπή, απάτη κ.λπ.). Κατηγορίες για εγκλήματα βίας (π.χ. ληστεία, επίθεση, ανθρωποκτονία/φόνος κ.λπ.) έχουν απαγγελθεί σε μία (1) ερωτώμενη, ενώ κατηγορίες για πορνεία έχουν απαγγελθεί, επίσης, σε μία (1) συμμετέχουσα. Για τα συγκεκριμένα παραπτώματα, έξι (6) από τις έντεκα (11) κατηγορούμενες (ποσοστό 55,5%) έχουν καταδικαστεί, τουλάχιστον, μια φορά. Πιο συγκεκριμένα, τέσσερα (4) άτομα (36,36%) έχουν μία καταδίκη, ένα (1) άτομο έχει τέσσερις καταδίκες και τέλος ένα (1) άτομο έχει έξι καταδίκες.

Ο μέσος όρος παραμονής των ερωτώμενων στη φυλακή είναι 32 μήνες. Πιο συγκεκριμένα, πέντε (5) άτομα (ποσοστό 45%) έχουν εκτίσει ποινή φυλάκισης σε όλη τους τη ζωή από 31 μήνες και άνω, πέντε (5) άτομα (ποσοστό 45%) έχουν φυλακιστεί συνολικά στη ζωή τους για χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών, ενώ μία (1) ερωτώμενη (ποσοστό 9%) έχει φυλακιστεί από 11 έως 30 μήνες.

Αναφορικά με τις συνθήκες διαβίωσης, που αφορούν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα των τριών τελευταίων χρόνων, τέσσερις (4) από τις έντεκα (11) ερωτώμενες (ποσοστό 36,4%) έμεναν μόνες με τα παιδιά τους, τέσσερις (4) (ποσοστό 36,4%) έμεναν σε ελεγχόμενο περιβάλλον, δύο (2) (ποσοστό 18,2%) έμεναν μόνες τους και μία (ποσοστό

9,1%) έμενε με φίλους της. Σε ότι έχει να κάνει με το οικογενειακό ιστορικό, μία από τις συμμετέχουσες δήλωσε ότι η μητέρα της έχει πρόβλημα με ναρκωτικά, μία δήλωσε ότι η μητέρα της έχει προβλήματα με το αλκοόλ και μία ότι η μητέρα της κάνει χρήση ψυχοφαρμάκων. Επιπλέον, τρεις (3) ερωτώμενες δήλωσαν ότι ο πατέρας τους έχει πρόβλημα με αλκοόλ και μία ότι ο πατέρας της έχει πρόβλημα με ναρκωτικές ουσίες.

Τέλος, μια ερωτώμενη ανέφερε ότι ο αδελφός της αντιμετωπίζει πρόβλημα με χρήση ναρκωτικών ουσιών, μία άλλη ερωτώμενη ότι δύο αδέρφια της έχουν πρόβλημα με χρήση ναρκωτικών ουσιών, ενώ μία ακόμη ερωτώμενη δήλωσε ότι η αδελφή της αντιμετωπίζει πρόβλημα με χρήση ναρκωτικών ουσιών καθώς και με χρήση ψυχοφαρμάκων.

Σχετικά με τα άτομα από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, με τα οποία οι ερωτώμενες νιώθουν κοντά, το 70% δήλωσαν τα παιδιά τους, το 45,5% τα αδέρφια τους, από 36,4% δήλωσαν τη μητέρα τους και τον σύντροφο/σύζυγο τους αντίστοιχα, το 27,3% φίλους και τέλος, μόνο το 18,2% δήλωσαν ότι νιώθουν κοντά στον πατέρα τους. Αναφορικά με τα άτομα από το οικογενειακό περιβάλλον, με τα οποία υπήρξαν έντονες συγκρούσεις, το 36,36% ανέφερε έντονες συγκρούσεις με σύντροφο/σύζυγο, από 27,27% δήλωσε έντονες συγκρούσεις με τη μητέρα, με τα αδέρφια καθώς και με στενούς συγγενείς αντίστοιχα, και επιπλέον το 9,09% ανέφερε έντονες συγκρούσεις με τον πατέρα τους.

Όσον αφορά στη συναισθηματική (να τους απευθυνθούν με σκληρά λόγια και να τους κάνουν να νιώσουν άσχημα), τη σωματική (να υποστούν σωματικές βλάβες) καθώς και τη σεξουαλική κακοποίηση των ερωτώμενων (σεξουαλικές προτάσεις ή εξαναγκασμό σε σεξουαλικές πράξεις), το 90,9% δήλωσε ότι έχει βιώσει συναισθηματική κακοποίηση, το 45,5% ότι έχει υποστεί σωματική κακοποίηση και τέλος, το 36,4% δήλωσε ότι έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση.

Σε ότι αφορά τα ψυχολογικά/συναισθηματικά προβλήματα που έχουν αντιμετωπίσει οι ερωτώμενες, το 100% ανέφερε ότι έχει βιώσει σοβαρή κατάθλιψη, τουλάχιστον, μία φορά κατά τη διάρκεια της ζωής του, το 81,82% έχει βιώσει σοβαρό άγχος και ένταση, το 63,64% έχει βιώσει δυσκολίες στο να καταλαβαίνει, να συγκεντρώνεται και να θυμάται πράγματα, το 54,55% έχει βιώσει δυσκολίες στο να ελέγξει τη βίαιη συμπεριφορά του, ενώ το 36,36% δήλωσε ότι έχει βιώσει κάποια στιγμή στη ζωή του ψευδαισθήσεις και ότι έχει κάνει χρήση ψυχοφαρμάκων με συνταγή γιατρού για συναισθηματικό/ψυχολογικό πρόβλημα αντίστοιχα. Τέλος, το 72,73% δήλωσε ότι έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ

Η χρήση κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης

Η εγκυμοσύνη ανακίνησε έντονα συναισθήματα πόνου, ενοχών και αγωνίας και στην αρχή οι γυναίκες είχαν μεγάλη δυσκολία να περιγράψουν εκείνη την περίοδο. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις φαίνεται πως η εγκυμοσύνη δεν ήταν αποτέλεσμα μίας υγιούς σχέσης. Την περίοδο της εγκυμοσύνης, από τις απαντήσεις τους, οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν μια έντονη εσωτερική σύγκρουση: εκείνη της χρήστριας που δεν επιθυμεί να φέρει στον κόσμο ένα παιδί, και εκείνη της γυναίκας που καλείται να γίνει μητέρα.

Άλεξ: Στην εγκυμοσύνη εγώ ήμουν πολύ άσχημα. Μια το ήθελα το παιδί, μια δεν το ήθελα.

Η περίοδος της εγκυμοσύνης φαίνεται να είναι μια περίοδος κρίσης για τις εξαρτημένες μητέρες. Από ερώτηση που τους έγινε για το πώς ένιωθαν εκείνη την περίοδο, φαίνεται ότι βίωναν έντονα συναισθήματα, κυρίως, φόβου, αγωνίας, θυμού, ανασφάλειας αλλά και χαράς. Ενώ, έντονη είναι και η ανησυχία τους για το εάν θα φέρουν στον κόσμο ένα υγιές παιδί.

Γκρασιέλα: Εγώ ένιωθα συνέχεια φόβο. Πολύ όμως! Σε πολύ μεγάλο βαθμό. Να κλείνομαι πάρα πολύ στον εαυτό μου. Να μην μιλάω σε κανένα... Ένιωθα να απειλούμαι από κάποιον, αλλά χωρίς να ξέρω τι ήταν αυτό και μετά...

Δανάη: Εγώ και στις τρεις εγκυμοσύνες μου αισθανόμουν ανασφάλεια... Δεν μπορούσα να συμβιβαστώ με τον εαυτό μου.

Κάθρην: Είχα φόβους μεγάλους... Φοβόμουν αν θα βγει γερή, αλλά είχα πολύ ανασφάλεια, πολύ φόβο, μέχρι να γεννήσω. Φοβόμουν πολύ...

Στην ερώτηση, εάν άλλαξε ο τρόπος και το είδος χρήσης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον ο τρόπος που αντιμετωπίζουν τη χρήση ουσιών. Από τις απαντήσεις τους φαίνεται πως, σε μερικές περιπτώσεις, υπάρχει διακοπή της χρήσης, ενώ, στις περισσότερες περιπτώσεις, αρκούνται στη μείωση της ενώ, σε μερικές περιπτώσεις, η περίοδος της εγκυμοσύνης δεν ήταν ικανή να μειώσει ή να διακόψει τη χρήση η οποία συνεχιζόταν κανονικά.

Ζωή: Ένιωθα ότι δεν ήμουν μέσα στα πράγματα. Ότι ήμουν «ξενέρωτη»... Σκεφτόμουν πολύ, να γεννήσω, να τελειώνω, να μπω και εγώ στο «πάρτι»... Πουθενά δεν χωρούσα (σιγανά)...

Αριάννα: Εκείνο το διάστημα δεν έκανα χρήση εγώ. Έκανα, όμως πριν μεγάλη χρήση αλκοόλ, χαπιών.

Δανάη: Ήμουν τρομοκρατημένη. Γιατί έπινα και στις τρεις εγκυμοσύνες και φοβόμουν και το ήξερα μόνο εγώ ότι έπινα...

Βούλα: Εγώ σε όλη την εγκυμοσύνη έκανα χρήση. Χασίς και έκανα ηρωίνη.

Στο πλαίσιο όλων των δυσκολιών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, έντονη ήταν η ανάγκη για φροντίδα και υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον. Από τις απαντήσεις που δίνουν, αυτή η ανάγκη δεν καλύπτεται, στις περισσότερες, με αποτέλεσμα να βιώνουν έντονη ανασφάλεια και να απομονώνονται. Με αυτές τις συνθήκες, ο δρόμος για τη δημιουργία του σταδιακού κτισίματος μιας υγιούς σχέσης με το παιδί φαίνεται να γίνεται ακόμη πιο δύσκολος. Στην ερώτηση «Ποιός ο ρόλος της οικογένειας κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης;» δόθηκαν οι παρακάτω απαντήσεις:

Ειρήνη: Έμενα σ' ένα περιβάλλον που δεν με ήθελε κανένας. Ένιωθα ότι συνέχεια με παρακολουθούσαν μάτια, και μου «έβαζαν χέρι»...

Κατερίνα: Εγώ ήμουνα μόνη μου. Ολομόναχη μπορώ να πω. Εγώ ένιωθα καλά με μένα. Με τους μόνους που δεν ένιωθα καλά ήταν οι γονείς μου.

Ο πατέρας, κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης, παρουσιάζεται από τις απαντήσεις τους ως απών. Η απουσία του φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας. Στην ερώτηση «Ποιός ο ρόλος του πατέρα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης;» δόθηκαν οι παρακάτω απαντήσεις:

Κατερίνα: Εγώ αναζητούσα τη στοργή και τη φροντίδα του (άντρα μου)... Ο πατέρας απών... Δεν ήταν πουθενά σε όλα αυτά...

Αριάννα: Μου έλειπε πάρα πολύ το νοιάξιμο και η φροντίδα από τον άντρα μου...

Σχεδόν, σε όλες τις περιπτώσεις, ο πατέρας εμφανίζεται ως χρήστης ουσιών, και συχνά γίνεται εκφραστής βίας απέναντι στη σύντροφό του, σπανιότερα, φαίνεται να είναι στοργικός. Ενώ, σε πολλές από τις περιπτώσεις, δηλώνουν ότι δεν μπορούν να στηριχθούν σε αυτόν.

Ειρήνη: Ο άντρας μου ήταν αλκοολικός, και ένας λόγος που δεν ήθελα το παιδί ήταν αυτός. Φοβόμουν, δηλαδή, δεν ήξερα τι θα γινότανε...

Αριάννα: Ο σύζυγός μου...αν και ήτανε...αρκετά μεγαλύτερός μου, από μένα. Δεκαπέντε – δεκαέξι χρόνια...δεν ήτανε έτοιμος να κάνει σπίτι...

Δανάη: Είχε πάρα πολύ βίαιη συμπεριφορά. Μέχρι και ξύλο. Είχα σκεφτεί να το ρίξω, αλλά...

Κάθρην: Όταν έμεινα έγκυος όμως, η συμπεριφορά άλλαξε πάρα πολύ απέναντί μου. Μου φερότανε πάρα πολύ βάνουσα. Με χτυπούσε. Χτυπούσε την κοιλιά μου

Το κενό της απουσίας του πατέρα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, αλλά, και την αδυναμία της μητέρας να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της εγκυμοσύνης, αναλαμβάνει, κυρίως, η οικογένεια της εξαρτημένης, ενώ, σε μερικές περιπτώσεις, η οικογένεια του πατέρα. Τα ήδη επιβαρυσμένα προβλήματα της υγείας της εξαρτημένης μητέρας λόγω της χρήσης ουσιών, αλλά και η συχνή αμέλεια της σωματικής της κατάστασης και της γυναικολογικής της φροντίδας, παρουσιάζουν προβλήματα τόσο στην εγκυμοσύνη, όσο και κινδύνους στην υγεία του παιδιού, ακόμη και το θάνατο. Στην ερώτηση «Υπήρχαν επιπλοκές κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης» δόθηκαν οι παρακάτω απαντήσεις:

Λένα: Είχα πάρα πολλά προβλήματα... Έπαιρνα πάρα πολλές ορμόνες...

Κάθρην: Όταν γεννήθηκε, γεννήθηκε πάρα πολύ πρόωρα και το βάλαμε στη θερμοκοιτίδα...

Άλεξ: Το παιδί γεννήθηκε με στερητικά.

Νάντια: Γεννήθηκε και πολύ αδύνατη...

Κατερίνα: Ήμουν σχεδόν κάθε μήνα με αιμορραγίες...

Λένα: Βγήκε με πρόβλημα. Δεν μπορούσε να φάει καλά. Ήταν πρώιμο.

Κάθρην: Έπαθε εντεροκολίτιδα και σπαστική κολίτιδα και πήγε να πεθάνει και ήταν ένα κιλό.

Δανάη: Είχαμε κάνει το Παίδων σπίτι μας. Είχε πνευμονικό το παιδί.

Άλεξ: Κάτι με έτρωγε μέσα, σαν να προαισθανόμουν ότι κάτι θα πάει στραβά, όπως και πήγε...(κλαίγοντας).

Γκρασιέλα: Μέχρι τα εφτά του χρόνια τον έτρεχα συνέχεια στα νοσοκομεία...

Συναισθήματα-στάση προς τα παιδιά

Φαίνεται, πως η προσδοκία, που πολλές φορές έχουν, ότι με τον ερχομό του παιδιού τα προβλήματα θα λυθούν, καταρρέει. Οι περισσότερες νοιώθουν ανεπαρκείς να αναλάβουν το ρόλο τους, ανίκανες να αναλάβουν τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες που συνοδεύουν τη γέννηση του παιδιού. Ζουν σε καταστάσεις διαρκούς stress, με ενοχές, άγχος, ντροπή, απελπισία. Αυτό, τις οδηγεί ξανά στη χρήση και μοιραία αναλαμβάνουν οι γιαγιάδες το μεγάλωμα των παιδιών. Στην ερώτηση «Πώς βιώνεις τον ρόλο σου ως μητέρα» δόθηκαν οι παρακάτω απαντήσεις:

Ειρήνη: Ενώ πίστευα ότι ο ερχομός του παιδιού θα άλλαζε προς το καλύτερο τα πράγματα... Δυστυχώς τα άλλαξε προς το χειρότερο τα πράγματα...

Ζωή: Και σ' όλη την εγκυμοσύνη είχα πλάσει στο μυαλό μου το ρόλο της μητέρας, καμία σχέση με τον πραγματικό... Δεν μπορούσα να κοιμηθώ. Δεν την ήθελα καθόλου. Την ανέλαβε η μητέρα μου κάτω.

Γκρασιέλα: Όταν το γέννησα το αμέλησα κιόλας. Ήθελα να το ξεχάσω.

Κατερίνα: Στην δευτέρα δημοτικού τα άφησα όλα.

Λένα: Νιώθω τύψεις και ενοχές για τη ζωή του που του κατέστρεψα...

Δανάη: Τύψεις περισσότερο και πολύ αγάπη, γιατί με στερήθηκε σαν μάνα...

Γκρασιέλα: Τύψεις και ενοχές νιώθω! Εγώ έχω φόβο, ντροπή απέναντι στο παιδί μου, για πράγματα που έχω κάνει. Σε βαθμό ντροπής...!

Δανάη: Εγώ νιώθω τύψεις, ενοχές, αλλά και ζήλια. Γιατί με τον τρόπο μου ...τα παιδιά μου τα έστειλα προς άλλες κατευθύνσεις...

Κατερίνα: Στο νου μου πάντα τη χρήση. Άρχισα λοιπόν να πίνω πάλι...

Συχνά, μέσα στην απελπισία τους, ξεσπούν την οργή τους πάνω στα παιδιά τους. Άλλοτε, γίνονται τρυφερές μητέρες προσπαθώντας να ανταποκριθούν θετικά στον ρόλο τους.

Δανάη: Εν τω μεταξύ, μου είχανε μείνει πολλά νεύρα εμένα και... δεν μπορούσα... ξέσπαγα στο μωρό.

Κατερίνα: Εγώ για σαράντα μέρες δεν επέτρεπα σε κανένα να ακουμπήσει το παιδί. Ήθελα να τα κάνω όλα μόνη μου και μπάνιο, φαγητό τα πάντα.

Άλεξ: Να πω εγώ...Εμείς όταν γυρίσαμε σπίτι, είχα ηρεμήσει πάρα πολύ. Είχα αλλάξει πάρα πολύ. Ήμουν αφοσιωμένη στο παιδί.

Το γεγονός ότι ο πατέρας συνεχίζει να είναι απών, εντείνει τα προβλήματα της μητέρας, τόσο σε συναισθηματικό επίπεδο, βιώνοντας συχνότερα μοναξιά και απογοήτευση, όσο και σε πρακτικά θέματα, όπως η ευθύνη και καθημερινή φροντίδα του παιδιού. Στις περισσότερες, το διαζύγιο και η διάσταση μεταξύ τους είναι αναπόφευκτη. Στην ερώτηση «Ποιά η σχέση τους με τον πατέρα του παιδιού τους», δόθηκαν οι παρακάτω απαντήσεις:

Γκρασιέλα: Ο πατέρας του δεν ήταν δίπλα μου. Ποτέ. Μόνη μου. Δεν είχα κανέναν δίπλα μου. Δεν θυμάμαι κάποια στιγμή να ήμουνα εγώ, ο πατέρας του και το παιδί μαζί...

Κατερίνα: Και είχα πει ότι είχα και διπλό ρόλο. Της μητέρας και του πατέρα. Γιατί ο

πατέρας δεν ήταν ποτέ, ούτε σε ένα κλάμα, ούτε πουθενά, πουθενά...έλειπε. Είχε φτιάξει δική του ζωή... Αποφάσισα να πω στον πατέρα του να φύγει από το σπίτι δεν τον θέλω άλλο. Όπως και έγινε.

Ειρήνη: Η σχέση με τον άνδρα μου ήταν ήδη προβληματική. Αλλά μετά τη γέννηση του παιδιού έγιναν χειρότερα τα πράγματα...

Από την ερώτηση, εάν βοήθησε η ύπαρξη του παιδιού στη διαχείριση της χρήσης, φαίνεται, στο πρώτο διάστημα, με τη γέννηση του παιδιού, να προσπαθεί να ταυτιστεί με το ρόλο της μητέρας, να τρέχει και να φροντίζει για όλους και για όλα, παιδί, σύντροφο, χρήση κ.τ.λ. Γρήγορα, όμως, μέσα σ' ένα κυκλώνα συναισθημάτων, εγκαταλείπει την προσπάθειά της και αναλαμβάνουν οι γιαγιάδες την ανατροφή των παιδιών τους.

Κατερίνα: Συνέχιζα εγώ να παίζω το διπλό ρόλο και συγχρόνως να είμαι στη χρήση και το ρόλο να κρατάω αυτόν.

Ειρήνη: Πολλές φορές, θυμάμαι τα βράδια να έχω (το γιο) άρρωστο, να κάνει εμετό και από την άλλη εμετό ο άλλος (ο άνδρας της)...

Επιμέλεια-κηδεμονία παιδιών

Σε όλες τις περιπτώσεις την επιμέλεια του παιδιού, «νομικά» και «τυπικά», την έχουν οι ίδιες. Το περιβάλλον που ζουν διαφοροποιείται ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, οικονομική, ηλικία και άλλες παραμέτρους. Ενώ, για το περιβάλλον που ζουν κατά το διάστημα της φυλάκισής τους, ιδιαίτερη ανησυχία εκφράζουν οι μητέρες που έχουν ανήλικα παιδιά.

Λένα: Και μένα ήταν πάντα ανάμεσα σε δύο στρατόπεδα: το σόι του πατέρα του και το δικό μου...

Αριάννα: Εγώ ανησυχώ ιδιαίτερα, γιατί το περιβάλλον που μεγαλώνει... πιστεύω ότι είναι τελειώς ακατάλληλο...

Γκρασιέλα: Εγώ ανησυχώ πάρα πολύ για το γιο μου, γιατί στο περιβάλλον που ζει, εντάξει αυτοί οι άνθρωποι δεν βάζουν όρια. Είναι χύμα...

Συναισθήματα-Στάση των παιδιών

Σε όλες τις περιπτώσεις, τα παιδιά από μικρή ηλικία έχουν βιώσει τη χρήση ουσιών, συχνότερα, και από τους δύο γονείς. Στο περιβάλλον που μεγαλώνουν, λόγω του χάους που επικρατεί στην οικογένεια, το παιδί ζει σε κατάσταση συνεχούς άγχους. Το κλίμα της ομάδας «βάρυνη», όταν τους ζητήθηκε να εκφράσουν τις ανησυχίες τους για συμπεριφορές των παιδιών τους. Από τις απαντήσεις που δίνουν, με έντονο συναίσθημα ενοχής, παρατηρείται ότι τα περισσότερα παιδιά βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς, ανασφάλειας, θυμού. Ανησυχίες εκφράζουν, επίσης, για συμπεριφορές βίας καθώς και για τη χρήση ουσιών.

Λένα: Εγώ να πω ότι και από την πρώτη φυλακή, τον είχανε διώξει από τα περισσότερα σχολεία. Έβγαζε πολύ αντίδραση. Έτρωγε συνέχεια αποβολές. Μέχρι του σημείου να κατουρήσει στον πίνακα, να ζωγραφίζει όλους τους τοίχους...

Ζώη: Εμένα η κόρη μου, μετά που είδε το περιστατικό στο σπίτι, που με πιάσανε έκλαιγε με το παραμικρό και μετά έβλεπε εφιάλτες...

Νάντια: Όταν ήταν μικρή ακόμη, δημοτικό, είχε ψυχολογικά προβλήματα...

Δανάη: Όταν θέλανε κάποιος να πάει στο σχολείο η μαμά ή ο μπαμπάς, ή σε κάποια γιορτή, «μαμά μην έρθεις εσύ», μου έλεγαν.

Λένα: Έχει δοκιμάσει και χασίς ο... (γιος).

Αριάννα: Έχει ανασφάλειες πολλές, τις οποίες εκφράζει, αγωνίες, έχει πολλά μέσα του αυτό το παιδί.

Κάθρην: Και τώρα που είναι μέσα (εννοεί στην φυλακή) και ξέρουν ότι εγώ είμαι εδώ και δεν παίρνω ναρκωτικά, μόνο αυτό τους φτάνει...

Δανάη: Γιατί ξέρω ότι είναι στη χρήση. Το 'χω μάθει, δηλαδή. Και φοβάμαι πολύ γι' αυτόν...

Γκρασιέλα: Τις προάλλες είχε φύγει και τον βρήκαν στην Ελευσίνα. Και ανησυχώ, γι' αυτό. Και επίσης, φοβάμαι πολύ να μη πάρει ναρκωτικά, γιατί παλαιότερα τον έχουν πιάσει να πίνει αλκοόλ...

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η συμπεριφορά των παιδιών που μεγαλώνοντας, συνειδητοποιούν το πρόβλημα της εξάρτησης, αντιστρέφουν τους ρόλους και παίρνουν το ρόλο του γονέα, βάζοντας όρια, με κυρίαρχο το συναίσθημα της έλλειψης εμπιστοσύνης απέναντι τους.

Λένα: Είχε... έχει ανταλλάξει τους ρόλους του, δηλαδή... και αυτό ήταν τρομερό βάρος για 'κεινον... και εδώ να πας τόσο λεφτά στο μπαμπά «και τι τα θέλει τόσα λεφτά, τι θα τα κάνει».

Ζωή: Άρχισε να παίρνει το ρόλο της μαμάς, την επηρέασε και γινόταν η μαμά μου «μη καπνίζεις, μην πίνεις, πάλι πίνεις...».

Νάντια: Έχει πάρει το ρόλο... αν δεν είμαι εγώ μαμά, είναι εκείνη... με συμβουλεύει, έχει χαρεί που είμαι στο Πρόγραμμα, θέλει να μην ξαναπιώ, θέλει να με βλέπει καλά...

Οι επιπτώσεις του εγκλεισμού

Οι περιορισμένες δυνατότητες επικοινωνίας και ο χρόνος κράτησης δεν συμβάλλουν στη βελτίωση των σχέσεων με αποτέλεσμα οι ήδη διαταραγμένες σχέσεις τους να επιβαρύνονται περισσότερο. Από την ερώτηση *εάν υπάρχει επικοινωνία με τα παιδιά τους και τι είδους*, το κύριο μέσο επικοινωνίας είναι το τηλέφωνο, κάτι που επιλέγουν οι ίδιες προκειμένου να αποφύγουν και τη δυσκολία της συναισθηματικής φόρτισης, καθώς και τις απαράδεκτες συνθήκες επισκεπτηρίου, που θεωρούν ότι επιβαρύνουν την ψυχική κατάσταση του παιδιού. Ένα από τα προβλήματα που αναφέρουν είναι οι επιπτώσεις που υφίστανται τα παιδιά τους λόγω του εγκλεισμού τους. Από τις απαντήσεις που δίνουν, εκτιμάται ότι αισθάνονται ντροπή επειδή ο στιγματισμός, που αφορά τις ίδιες, μεταδίδεται και σ' αυτά. Ιδιαίτερες αναφορές γίνονται για τον τρόπο που το διαχειρίζονται τα παιδιά τους, το τεράστιο βάρος που βιώνουν κατά την περίοδο εγκλεισμού της μητέρας.

Ζωή: Και βέβαια ντρέπεται, τώρα το έχω προσέξει, όταν παίρνω τηλέφωνο και είναι με φίλες της δε μου λέει ποτέ μαμά σ' αγαπώ, αλλά «πάρε με σε λίγο». Εγώ νομίζω... ότι γι' αυτήν είναι ένα βάρος παραπάνω που πρέπει να κρατήσει μία ισορροπία το σπίτι μας... να μη βγει το όνομα για έξω...

Νάντια: Στεναχώρια... και ντρέπεται κιόλας που είμαι εδώ...

Δανάη: Για εμένα τα κορίτσια μου ντρέπονται... άλλαξαν περιοχή...

Βούλα: Εμένα στεναχωριέται πολύ τώρα που είμαι μέσα, και στο τηλέφωνο και όταν έρχεται στο επισκεπτήριο και με βλέπει... Το εκφράζει με το κλάμα...

Κατερίνα: Απομόνωση... όταν πάει στο σπίτι κόσμος, και άλλα παιδιά με τους γονείς τους, αυτός θέλει να είναι μόνος του, δεν θέλει να βλέπει τα άλλα παιδιά με τους γονείς τους...

Λένα: Και μου λέει «κοίτα εδώ, το κεφάλι μου αδειάζει πάλι από τη στεναχώρια μου που είμαι μόνος μου...».

Γκρασιέλα: Εμένα στεναχωριέται πάρα πολύ και ανυπομονεί πάρα πολύ να βγω έξω... και μου λέει «αν δε βγεις έξω, δε βλέπω να κάνω κάτι...»

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες για τις δυσκολίες και τα κακώς κείμενα που βιώνουν οι κρατούμενες μητέρες. Με κίνδυνο να επαναληφθώ, απέφυγα την ερώτηση και αντί αυτής, «θεωρώντας τις ίδιες, τις πλέον κατάλληλες», επέλεξα να προτείνουν τι χρειάζεται να αλλάξει στο σύστημά δικαιοσύνης για την καλύτερη αντιμετώπιση των μητέρων.

Νάντια: Να το δεις έστω από κοντά, να το αγκαλιάσεις το παιδί σου, να μην το δεις μέσα από το τζάμι και σου φαίνεται τόσο μακρινό... θα το ήθελα...

Αριάννα: Αλλιώς θα δικαζόμασταν, γιατί είναι πάρα πολύ σοβαρό... η μάνα...

Ζώη: Θα ήθελα και η κόρη μου, όχι μόνο πριν μπει, και όταν είμαστε μαζί, να υπάρχει μία συζήτηση με κάποιον αρμόδιο. Εγώ αυτό ένιωσα όσες φορές την έχω δει, και θυμάμαι έντονα και την ταραχή μου πριν τη δω, και μετά... κράτησε δυο μέρες...

Λένα: Η συμπεριφορά και των υπαλλήλων απέναντι στα παιδιά είναι κάπου οδυνηρή... δηλαδή ο γιος μου κάθε φορά που έρχεται... έρχεται με νεύρα μέσα...

Ειρήνη: Η Δικαιοσύνη δε μπορεί να αντιμετωπίζει με τον ίδιο τρόπο μία μητέρα χρήστρια... Φτάνοντας, πλέον αυτός ο άνθρωπος στη φυλακή, πιστεύω ότι σίγουρα χρειάζεται ένας ειδικός χώρος για επισκεπτήριο, δικαίωμα περισσότερου χρόνου, εκπαιδευμένο προσωπικό που θα είναι παρόν...

Άλεξ: Η αντιμετώπιση είναι τελείως λάθος... και για τη μητέρα και το παιδί, και νομίζω ότι εκτός του ειδικού χώρου, θα έπρεπε να υπάρχουν άδειες, να βλέπουν τα παιδιά στο περιβάλλον τους...

Κατερίνα: Αλλά έχω ζήσει τη Δικαιοσύνη και πολύ έντονα... όταν γύρισε ο Πρόεδρος και μου είπε «μιλάς σαν μάνα; όταν τα έκανες αυτά δεν τα σκεφτόσουν;» και πίσω ακριβώς ήταν το παιδί.

Συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα

Σχετικά με τα αρχικά κίνητρα προσέλευσης των μητέρων στο πρόγραμμα, τοποθετούνται ανάλογα με τις εμπειρίες ζωής και τους στόχους που έχουν. Κοινό σημείο για τις περισσότερες, με ξεκάθαρο κίνητρο, είναι η ψυχική απεξάρτηση, καθώς και τα παιδιά τους.

Νάντια: Για να σταματήσω να πίνω, γιατί τα έχω στη σκέψη μου δεν μου έχουν φύγει και είναι πολύ βασικό, γι' αυτό ήρθα γιατί θέλω βοήθεια, υποστήριξη... συγγνώμη δεν το είπα... και για το παιδί μου...

Κάθρην: Ήρθα για το λόγο ότι πρέπει να γίνω καλά, γιατί ντρέπομαι να βλέπω τα παιδιά μου έτσι... και για τα παιδιά μου...

Αριάννα: Εγώ ήρθα για τον εαυτό μου, δεν ξέρω αν είναι κακό που δεν σκέφτηκα να έρθω για το παιδί μου, για τον εαυτό μου ήρθα...

Όσον αφορά στο βαθμό ικανοποίησης από το πρόγραμμα σε σχέση με την υποστήριξη τους στον ρόλο ως μητέρες, η εκτίμηση από τις απαντήσεις που δίνουν, διαφοροποιείται ανάλογα με το χρόνο παραμονής τους στο πρόγραμμα, καθώς και από τις προτεραιότητες και τις ανάγκες που ορίζει το κάθε μέλος.

Άλεξ: Όχι. Εγώ θα ήθελα να έχει περισσότερο... δεν με καλύπτει...

Κάθρην: ούτε εμένα με καλύπτει, ούτε στα παιδιά μου, πουθενά... δηλαδή για εμένα μόνο...

Αριάννα: Στη φάση που είμαι εγώ τώρα, στην κύρια φάση θεραπείας, ήθελα εγώ και βρήκα τρόπους και πήρα βοήθεια, σαν μάνα, είτε μέσα από το θεραπευτή μου με ατομικές συναντήσεις, είτε με ομάδες οικογένειας...

Κατερίνα: Εγώ πιστεύω ότι βοηθάει...

Ειρήνη: Εγώ πιστεύω ότι είναι ανάλογα στη φάση που βρίσκεται ο καθένας και τι ζητάει...δεν μπορώ να μιλήσω, γενικώς, για το Πρόγραμμα. Στη φάση που βρίσκομαι χρειάζομαι μία πιο εξειδικευμένη υποστήριξη...

Όσον αφορά το βαθμό υποστήριξης από μέλη της ομάδας τους που δεν είναι μητέρες οι απαντήσεις φαίνεται να διχάζουν την ομάδα.

Νάντια: Εγώ πιστεύω, όχι, σαν μητέρες, όχι...

Ζωή: Εμένα με έχει βοηθήσει μέλος που δεν είναι μητέρα, στο θέμα το δικό μου, μητέρα με κόρη.

Ειρήνη: Ένιωθα ότι καταλαβαίνει ως παιδί, όχι ως μάνα, αλλά με βοηθούσε εμένα να δω πώς νιώθει ένα παιδί, αλλά όχι ακριβώς να νιώθει εμένα...

Από τις απαντήσεις που δίνουν σε σχέση με την ερώτηση εάν θεωρούν ότι με τη διαδικασία της θεραπείας εξελίσσονται, ως άνθρωποι, ως μητέρες, εκτιμούν ως πολύ θετική την τωρινή τους εξέλιξη, βλέποντας πιο αισιόδοξα το μέλλον τους.

ΟΛΕΣ: Ναι, βέβαια...

Ειρήνη: Είναι πολύ καλύτερα τα πράγματα. Νιώθω πάρα πολύ αγάπη. Ανησυχία. Ευθύνη... και φόβο... Ανάγκη να του δώσω πάρα πολλά πράγματα.

Βούλα: Και εγώ το νιώθω, είμαι κοντά στον ένα μήνα και νιώθω καλύτερα τον εαυτό μου...

Γκρασιέλα: Τώρα νιώθω πολύ καλά με το γιο μου και σαν μητέρα και με όλα μου. Νιώθω πολύ περήφανη γι' αυτόν και που έχω ένα παιδί.

Βούλα: Ένα χρόνο που έχουν φτιάξει οι σχέσεις μας. Μιλάμε πλέον ανοιχτά... (πολύ συγκινημένη).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποκτούν οι φόβοι και οι προσδοκίες που έχουν οι μητέρες για μετά την αποφυλάκιση. Στην συντριπτική πλειοψηφία ελπίζουν ότι θα καταφέρουν να δημιουργήσουν μια υγιή σχέση μάνας – παιδιού. Ενώ, αυτά που θεωρούν ότι θα αντιμετωπίσουν είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης που μπορεί να αντιμετωπίσουν από τα παιδιά τους, καθώς και την αποδοχή του ρόλου τους ως μητέρες. Χαρακτηριστικές είναι οι απαντήσεις για τις προσδοκίες και τους φόβους τους.

Προσδοκίες

Ζωή: Μαμά με κόρη, χωρίς φόβους, αλλά και με το σεβασμό που πρέπει.

Γκρασιέλα: Μου αρέσει πάρα πολύ και ονειρεύομαι με το γιο μου. Να μου ανοίγεται περισσότερο, προσπαθώ και το ονειρεύομαι

Κάθρην: Θέλω να είμαι στις χαρές, στις λύπες, στους γάμους, στα εγγόνια, παντού, να είμαι μαζί τους...

Κατερίνα: Σημαντικό ρόλο για μένα έχει η ειλικρίνεια και η εμπιστοσύνη...

Δανάη: Εγώ θα ήθελα προσωπικά, να ήταν καθαρά μαμάς – κόρης, γιαγιάς οι σχέσεις μου...

Φόβοι

Ζωή: Εγώ φοβάμαι πολύ όταν βγω έξω το ρόλο της μητέρας. Δεν τον έχω ζήσει καθόλου και θα αντιμετωπίσω δυσκολίες στο θέμα της εμπιστοσύνης της κόρης μου.

Νάντια: Εγώ φοβάμαι αν θα βγω έξω, θα δυσκολευτώ πολύ να μου έχει εμπιστοσύνη...

Λένα: Ο χρόνος που θέλεις εσύ να εγκλιματιστείς στον έξω κόσμο από όλη αυτή την αποχή σου...

Ειρήνη: Δυσκολία που πιστεύω ότι θα αντιμετωπίσω είναι να μάθει το παιδί ότι εγώ είμαι η οικογένειά του...

Αριάννα: Φοβάμαι πώς θα επανασυνδεθεί η σχέση με το παιδί μου.

Λένα: Πάρα πολλά αυτά τα κομμάτια που προσπαθείς και εσύ να επιβιώσεις, αλλά και να στηρίξεις και κάποιον που είναι ευθύνη δική σου.

Όλες συμφώνησαν με τη άποψη ότι θα χρειαστούν υποστήριξη, μετά την αποφυλάκισή τους, προκειμένου να ανταποκριθούν στις δυσκολίες, που έχουν να αντιμετωπίσουν.

ΟΛΕΣ: Ναι, βέβαια...

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ποσοτική μελέτη

Ξεκινώντας την καταγραφή των αποτελεσμάτων, πολύ γρήγορα, διαπιστώνεται από τη ανάλυση των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, η πολυπλοκότητα και η πολυμορφία των προβλημάτων των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Από την ανάλυση των ποσοτικών αποτελεσμάτων, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει ομοιογένεια σε σχέση με την ηλικία τους. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι οι διαφορετικές εξελικτικές ανάγκες αυ-

τών των γυναικών χρειάζεται να αντιμετωπίζονται με εξαιρετική ευελιξία. Ένα στοιχείο που λειτουργεί ενισχυτικά ως προς την ανάγκη εξατομικευμένης προσέγγισης είναι ότι εμφανίζουν διαφοροποίηση σε ότι αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση καθώς και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση ότι εκτός από τα προβλήματα σωματικής υγείας που αναφέρουν, παρουσιάζουν σε υψηλό ποσοστό προβλήματα ψυχοπαθολογίας. Το 100% του δείγματος ανέφερε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στη ζωή τους. Ωστόσο, λόγω του είδους της έρευνας, αλλά και του μικρού δείγματος, δεν μπορούμε να προβούμε σε ασφαλή συμπεράσματα όσον αφορά την βαρύτητα των ψυχικών νόσων. Χρειάζεται εστιασμένη έρευνα για τη συν-νοσηρότητα που πιθανόν θα προσέφερε σημαντικές πληροφορίες στη θεραπεία τους. Όπως φαίνεται από τα ερευνητικά αποτελέσματα, οι περισσότερες έχουν μεγαλώσει σε ένα οικογενειακό περιβάλλον όπου η εξάρτηση κατέχει σημαντικό ρόλο. Συνήθως, κάποια απ' τα κοντινά πρόσωπα, ο πατέρας, η μητέρα, τα αδέρφια έκαναν χρήση ουσιών. Έχουν μεγαλώσει σε οικογενειακό περιβάλλον όπου επικρατούσε η βία, η συναισθηματική κακοποίηση, καθώς υπήρξαν και θύματα σεξουαλικής κακοποίησης.

Ποιοτική Μελέτη

Μέσα σ' αυτόν το χαοτικό τρόπο ζωής, λόγω της εξάρτησης, έρχονται αντιμέτωπες με μια *μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη*. Τα συναισθήματα που αναδύονται μπροστά σε ένα τέτοιο γεγονός (και όπως τα περιγράφουν οι ίδιες) είναι αρνητικά και εμπεριέχουν το στοιχείο του φόβου και της αγωνίας. Αγωνία, για τη γέννηση ενός παιδιού, για το οποίο δεν είναι έτοιμες ηλικιακά, συναισθηματικά αλλά και οικογενειακά να μεγαλώσουν και να υποστηρίξουν. Και αυτό γιατί η εγκυμοσύνη έρχεται σε ένα σημείο της ζωής τους, όπου δεν βιώνουν ομαλή και φυσιολογική οικογενειακή κατάσταση (αντιθέτως, σύζυγος χρήστης, σύντροφος απών κ.ά.) και νιώθουν φόβο και αγωνία για τον ερχομό ενός παιδιού όσον αφορά την καθημερινή φροντίδα, την οικονομική του εξασφάλιση και τη συναισθηματική κάλυψη των αναγκών του. Από την άλλη, φαίνεται οι ίδιες να θεωρούν ότι μέσω της γέννησης ενός παιδιού, οι ίδιες θα βρουν *λύτρωση* από την εξάρτησή τους. Ουσιαστικά δηλαδή, το μωρό θα τις βοηθήσει να απεμπλακούν από την έως τώρα ζωή τους, να αλλάξουν σελίδα και να μεταμορφωθούν σε μητέρες, γυναίκες προσαρμοσμένες σε κοινωνικά αποδεκτούς ρόλους. Αμφιταλαντεύονται και διχάζονται, από τη μία να συνεχίσουν τον ήδη υπάρχοντα τρόπο ζωής τους και από την άλλη, να αναλάβουν έναν κοινωνικό ρόλο (της μητέρας), για τον οποίο έχουν μεγαλώσει και έχουν γαλουχηθεί από παιδιά. Προσπαθώντας να εκπληρώσουν το ρόλο αυτό, γεννιέται η ελπίδα της αλλαγής και της «αναγέννησης» και για τις ίδιες. Η συμπεριφορά τους, σχετικά με τη χρήση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, διαφέρει και μπορεί να εντοπιστεί σε τρεις βασικές παραμέτρους: α) Διακοπή χρήσης, β) Μείωση ή περιστασιακή χρήση και γ) Συνέχιση της χρήσης με τον ίδιο ρυθμό.

Η χρήση από τη μητέρα εγκυμονεί κινδύνους τόσο για την ίδια όσο και για τη σωματική και ψυχική υγεία του παιδιού. Τα παιδιά της εξαρτημένης μητέρας, με τη γέννησή τους, και πριν συνειδητοποιήσουν οτιδήποτε άλλο, έρχονται αντιμέτωπα με το σκληρό κόσμος των ουσιών, αντιμετωπίζοντας ιδιαίτερα προβλήματα υγείας. Συχνά παρουσιάζουν στερητικό σύνδρομο, γεννιούνται με απώλεια βάρους, ενώ, σε άλλη περίπτωση, έρχονται αντιμέτωπα με τον ξαφνικό θάνατο. Η δυσκολία της μητέρας να ανταποκριθεί με συνέπεια στις ανάγκες του παιδιού, προσφέροντάς του αγάπη και ασφάλεια, καθώς και σταθερότητα στη γονεϊκή συμπεριφορά, θέτει σε σοβαρό κίνδυνο και τελι-

κά, υπονομεύει και καταδικάζει τη μεταξύ τους σχέση. Το παιδί μεγαλώνει και ζει κάτω από ανασφάλεια και διαρκές πένθος, η καθημερινή κατάσταση αποχωρισμού που βιώνει, είτε με την απουσία του πατέρα λόγω εγκλειψης ή θανάτου, είτε με την απουσία της μητέρας λόγω του εγκλεισμού της, του προκαλούν έντονο άγχος. Τα παιδιά συχνά αναλαμβάνουν ρόλους ενηλίκων και προσπαθούν με αυτόν τον τρόπο να ισορροπήσουν την κατάσταση. Αυτή η αντιστροφή ρόλων, φαίνεται να προστατεύει την κοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού, καθώς και τη σχέση του με τη μητέρα.

Η συνειδητή και ασυνειδητή προσπάθεια των παιδιών στην αναμέτρηση με το πρόβλημα της εξάρτησης, η υιοθέτηση των ρόλων, περιγράφεται συνήθως από την εξής τυπολογία: το παιδί «ήρωας», το παιδί «αποδιοπομπαίος τράγος», το παιδί «μασκότ» και το «χαμένο» παιδί (Rivinus, 1991; Brooks and Rice, 1997). Πίσω, όμως, από αυτούς τους ρόλους που αναλαμβάνει να παίξει, προκειμένου να ανταποκριθεί στις δύσκολες συνθήκες της ζωής του, φαίνεται να κρύβονται οδυνηρά συναισθήματα ανασφάλειας, φόβου και πόνου. Η μητέρα, από την άλλη, εγκλωβισμένη στις νέες καταστάσεις και αδυνατώντας να ανταποκριθεί στο ρόλο της, φαίνεται να εγκαταλείπει την προσπάθειά της και βυθίζεται όλο και περισσότερο στον κόσμο των ουσιών. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν με τον εγκλεισμό, φαίνεται να είναι τριπλής σημασίας για τις ίδιες. Βιώνουν το βάρος της εξαρτημένης γυναίκας, της φυλακισμένης γυναίκας και της κακής μητέρας. Το γεγονός του εγκλεισμού, επηρεάζει όχι μόνο τις ίδιες, αλλά όλο το σύστημα της οικογένειας και ιδιαίτερα τα παιδιά τους. Με τον εγκλεισμό της μητέρας, τα παιδιά έχουν να αντιμετωπίσουν το στερεότυπο της φυλακής, καθώς και την προκατάληψη της εξάρτησης, που πλέον, έχει γιγαντωθεί. Βιώνουν μία τεράστια γκάμα αρνητικών συναισθημάτων, που κυμαίνονται από την οργή μέχρι την απόγνωση, και διαμορφώνουν τους όρους μιας διαταραγμένης συμπεριφοράς στην οποία επικρατεί, άλλοτε η βία και άλλοτε, η απάθεια. Μέσα σε αυτήν την απόγνωση, σε μερικές περιπτώσεις, προσπαθώντας να κατανοήσουν την μητέρα τους, οδηγούνται σε ακραίες συμπεριφορές, όπως είναι η χρήση ουσιών, είτε περιστασιακή, είτε συστηματική.

Κατά την περίοδο του εγκλεισμού, στην «καλύτερη περίπτωση», αναλαμβάνει η οικογένεια της μητέρας την ανατροφή και την κοινωνικοποίηση του παιδιού. Όπως δηλώνουν οι ίδιες, δεν θεωρούν κατάλληλο το περιβάλλον που μεγαλώνουν τα παιδιά τους. Άλλωστε, η εξέλιξη της μητέρας μας αναδύει την προβληματική δυναμική της οικογένειας. Από την άλλη, οι νομικές ρυθμίσεις του σωφρονιστικού συστήματος, αλλά και οι ακατάλληλες διαδικασίες επισκεπτηρίου, όχι μόνο δεν βοηθούν την επικοινωνία και την ενίσχυση της σχέσης μητέρας- παιδιού, αλλά λειτουργούν αποτρεπτικά, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνονται οι μεταξύ τους σχέσεις. Τα συναισθήματα της ενοχής απέναντι στα παιδιά τους αλλά, και η ανάγκη τους για υποστήριξη από ανθρώπους που θα τις βοηθήσουν για μια καινούργια ζωή χωρίς ουσίες, είναι τα κοινά σημεία που τις κινητοποιούν για τη συμμετοχής τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Με τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα και μέσα από τις θεραπευτικές διαδικασίες, φαίνεται να αναγνωρίζουν τις ανάγκες των παιδιών τους, καθώς και του τρόπου που συνέβαλε η εξάρτηση στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, τόσο οι ίδιες, όσο και τα παιδιά τους. Σταδιακά, και με την ενίσχυση από το θεραπευτικό προσωπικό, μέσα από τις διαδικασίες της ομάδας, καταφέρνουν να εκφράζουν την άποψή τους, κάνοντας κριτική και αυτοκριτική, μαθαίνουν να μοιράζονται τα συναισθήματά τους, ξεπερνώντας έτσι το βάρος του κρυμμένου προβλήματος, ανακουφίζοντας τις ενοχές και τη ντρο-

πή τους. Επίσης, η ενίσχυση της συμμετοχής τους σε εκπαιδευτικές, επαγγελματικές και δημιουργικές δραστηριότητες, συμβάλει –πέρα των άλλων θετικών αποτελεσμάτων– στην ανάπτυξη και στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησής τους, βελτιώνοντας έτσι τον γονεϊκό τους ρόλο, μιας και κεντρικό πρόβλημα είναι η έλλειψη αυτοπεποίθησης σε αυτόν το ρόλο που θα αναλάβουν βγαίνοντας από τη φυλακή. Αυτή η αποδοχή, που εξασφαλίζεται πολύ δύσκολα από τις ίδιες, γίνεται η βάση μιας καινούργιας σχέσης με τον εαυτό τους, αλλά επιπλέον τους επιτρέπει να ονειρεύονται μια υγιή σχέση με το παιδί τους.

Σημαντικό ρόλο, κατά τη διαδικασία των θεραπευτικών ομάδων, φαίνεται να κατέχουν και τα μέλη της κοινότητας που δεν είναι μητέρες, οι οποίες ταυτίζονται, κυρίως, με τον ρόλο του παιδιού (προφανώς από τη δική τους αρνητική σχέση με τη μητέρα τους), βοηθώντας έτσι, τις έγκλειστες μητέρες να κατανοήσουν καλύτερα τον συναισθηματικό κόσμο των παιδιών τους και τις ανάγκες τους. Η πολυπλοκότητα, όμως, των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μητέρες, καθώς και οι περιορισμοί του θεραπευτικού προγράμματος λόγω της λειτουργίας του μέσα στη φυλακή, φαίνεται να απαιτούν βάθος χρόνου για τη βελτίωση του γονεϊκού τους ρόλου. Η εξάρτηση στις μητέρες που είναι και έγκλειστες, εγείρει ιδιαίτερα και πολύπλοκα προβλήματα που χρήζουν ιδιαίτερης σημασίας και προσοχής.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι κατά την περίοδο του εγκλεισμού, ο κίνδυνος της παραμέλησης, της απομόνωσης και του στιγματισμού είναι στοιχεία που καθιστούν οποιαδήποτε προσπάθεια απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης ανέφικτη. Σκοπός μας, λοιπόν, θα πρέπει να είναι να μετατρέψουμε την τιμωρία σε ευκαιρία για αυτές τις γυναίκες, παρέχοντάς τους τη δυνατότητα να καταφέρουν να απεξαρτηθούν και να γίνουν πιο αποτελεσματικές προς τις ίδιες και ως προς τη σχέση τους με τα παιδιά τους. Προϋπόθεση για την επίτευξη του παραπάνω στόχου, είναι η ύπαρξη ευαισθητοποίησης και συλλογικής προσπάθειας από όλους τους αρμόδιους φορείς που εμπλέκονται. Είναι επομένως αναγκαίο, να αναπτυχθούν εξειδικευμένες θεραπευτικές τεχνικές στο πλαίσιο υποστήριξης, κατά την περίοδο του εγκλεισμού, που θα παρέχουν υπηρεσίες με στόχο την ψυχική απεξάρτηση, την επίλυση των προβλημάτων υγείας, την ενδυνάμωση του γονεϊκού ρόλου, τη στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος, την επανασύνδεση με διαδικασίες εκπαίδευσης, καθώς και την επανασύνδεση, σε νέα βάση, με τα παιδιά τους.

Το θεραπευτικό πλαίσιο της Κοινωνικής Επανένταξης θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή μετάβαση από το μέσα (φυλακή) στην κοινωνική τους δραστηριοποίηση, με καθοριστικό ρόλο τη συγκρότηση της νέας ταυτότητας της μητέρας. Τέλος, είναι σημαντική η εστίαση της θεραπευτικής παρέμβασης στην αναδόμηση της οικογένειας καθώς και στην υποστήριξη του παιδιού. Επίσης σημαντικό ρόλο κατέχει η ενίσχυση των επαγγελματιών του χώρου καλύπτοντας τις παραπάνω ανάγκες καθώς και τη δημιουργία ανάπτυξης ενός δικτύου συνεργατών με θεσμικά πλαίσια, φορείς και ιδιώτες.

Όπως φάνηκε και από τα αποτελέσματα της έρευνας, η πολιτική του εγκλεισμού, όχι μόνο δεν βοηθάει στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εξαρτημένες μητέρες, αλλά αποτελεί ένα μηχανισμό που επιφέρει επιπρόσθετα προβλήματα, τόσο στις ίδιες, αλλά και στα παιδιά τους. Χρειάζεται, επομένως, να εφαρμοστούν πολιτικές που θα ευνοούν τα εναλλακτικά μέτρα αντί της ποινικής δίωξης, ενθαρρύνοντας την απεξάρτηση. Απα-

ραίτητη κρίνεται η συνεργασία μεταξύ του Υπουργείου Δικαιοσύνης και των προγραμμάτων απεξάρτησης για την καλύτερη εξασφάλιση της εναλλακτικής αντιμετώπισης. Στην περίπτωση του εγκλεισμού, το νομοθετικό πλαίσιο θα πρέπει να διευκολύνει την ένταξη σε θεραπευτικό πρόγραμμα, καθώς και την αποφυλάκιση με την ολοκλήρωση της θεραπείας. Όσο αφορά το θεσμικό πλαίσιο της φυλακής, πρέπει να συνοδεύεται από μέτρα υποστήριξης που θα συμβάλουν στη θεραπεία και την κοινωνική τους επανένταξη. Χρειάζεται να διαμορφωθούν χώροι που θα καλύπτουν τις επικοινωνιακές ανάγκες με τα παιδιά τους. Να θεσμοθετηθούν ειδικές άδειες μητέρων που θα διευκολύνουν την ομαλή επανασύνδεση με τα παιδιά τους και την αύξηση των κινήτρων για την εισαγωγή σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Τέλος, χρειάζεται συστηματική εκπαίδευση στο σωφρονιστικό προσωπικό, που καλείται να διαχειριστεί τόσο σημαντικά και δύσκολα προβλήματα, όπως είναι η διαπαιδαγώγηση των εξαρτημένων μητέρων.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Bateson, G., (1971), *The cybernetics of self: A theory of alcoholism*, Psychiatry, 34,1-18.
- Bowen M., (1998), Τρίγωνα στην Οικογένεια., Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Bettelheim, (1987), Dialogues with mothers, Εκδόσεις Γλάρος.
- Darke S., Wodak A., Hall W., Heather N., Ward J., 1992, Prevalence and Predictors of Psychopathology among opiate users, *British Journal of Addiction* 87: pp. 771 – 776
- De Leon George, (2000), *The Therapeutic Community: theory, model, and method*, New York.
- Dole V.P. & Nyswander M. (1965) A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *Journal of the American Medical Association*, 193, 8, 80-84.
- EMCDDA – European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, *Ετήσιες εκθέσεις σχετικά με την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση από το 2000 έως το 2006*, Αθήνα, EMCDDA.
- Goffman E. (2001), *Στίγμα*, Αθήνα, Αλεξάνδρεια.
- Goffman E. (1994), *Άσυλα*, Μετάφραση Ξενοφών Κομνηνός. Αθήνα, Ευρύαλος.
- Howitt D. & Cramer D. (2001), Στατιστική με το SPSS 11 για Windows, Κλειδάριθμος.
- Ivey A.E. & Gluckstern N. (1995), Συμβουλευτική: Βασικές Δεξιότητες Επιρροής, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Kaplan H.& Sadock B. (2000), *Ψυχιατρική*, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Kranke A., (1995) Women's Drug Dependence: Explanatory Approach side Means of Prevention Presentation at the Symposium "Women and Drugs.
- Minuchin S. (2000), *Οικογένειες και Οικογενειακή Θεραπεία*,. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Nucholls C., Cassel J. and Kaplan B., 1972, *Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy*, *American Journal of Epidemiology* 95: pp. 431 – 441.
- Prochaska J.O. Ph.D., J.C. Norcross Ph.D., C.C. Di Clemente Ph.D. (1992), In search of how people change: Applications to addictive behaviours, *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Reitox, Greek focal point (2000), Annual report.
- Rivinus, T.M.(1991) Psychoanalytic Theory and Children of Chemically Dependent Parents: Ships Passing in the Night? In T.M. Rivinus (ed.) *Children of Chemically Dependent Parents: Multiperspectives from the Cutting Edge*. US: Brunner/Mazel.

- Shipman Pat. (1998), *Η Εξέλιξη του Ρατσισμού*, Αθήνα, ΝΕΑ ΣΥΝΟΠΑ.
- Stocco, P., Llacer, J.J.L., Calafat, A., Mendes, F. (2000) *Women Drug Abuse In Europe: Gender Identity*. Venezia: European Institute of Research on the Risk Factors in Infancy and Adolescence (IREFREA).
- Swift W., Copeland J., Wayne H., 1996, *Characteristics of Women with Alcohol and other Drug Problems. Finding of an Australian National Survey*, *Addiction* 91: pp. 1141 – 1150.
- Swigart J. (1991), *Ο Μύθος της κακής μητέρας*, Αθήνα, Αποσπερίτης
- Walker L. (1989), *Η Κακοποιημένη Γυναίκα*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Wurmser, L. (1984) The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*.

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- Αρχιμανδρίτου Μ.(2000), *Η Ανοικτή Έκτιση της Ποινής*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Ασημάκης Π., (2001), *Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες*, Αθήνα, Ασημάκης.
- Γιωτοπούλου – Μαραγκοπούλου, (1984), *Εγχειρίδιο Εγκληματολογίας Μέρος Α'*, Αθήνα, Νομική βιβλιοθήκη.
- Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα – ΤΟΜΟΣ Α' (Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο), (1996), Επιστημονικός Υπεύθυνος: καθ. Ηλίας Κατσούλης. Αθήνα, ΕΚΚΕ.
- Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα – ΤΟΜΟΣ Β' (Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο), (1996), Επιστημονικός Υπεύθυνος: καθ. Ηλίας Κατσούλης. Αθήνα, ΕΚΚΕ.
- ΕΚΤΕΠΝ - Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας, (2000), Κατάσταση του προβλήματος των Ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Ε.Κ.Τ.Ε.Π.Ν. (2002 έως το 2004). Ετήσιες εκθέσεις του για την κατάσταση των ναρκωτικών στην Ελλάδα, Αθήνα, Ερευνητικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα ναρκωτικά*, (2002-2006). Αθήνα, Υπουργείο Υγείας
- Ιατρίδης Δ. (1990), *Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής*, Αθήνα, Gutemberg.
- Καπάρδης Α., (2004), *Ψυχολογία και Δίκαιο*, Αθήνα, Μεσόγειος.
- ΚΕΘΕΑ, (2000), *Συμβουλευτική στον τομέα της Τοξικοεξάρτησης: Γνώσεις, Δεξιότητες, Στάση στην επαγγελματική πρακτική*, Αθήνα, Σχήμα και Χρώμα.
- ΚΕΘΕΑ, (2002), *Εξαρτήσεις Vol. 1,2,3,4,5,6,7: Επιστημονική Περιοδική έκδοση για Θέματα Εξαρτήσεων*, Αθήνα, Σχήμα και Χρώμα.
- ΚΕΘΕΑ, (2005), *Κοινωνιοδημογραφικά Χαρακτηριστικά και Συνθήκες ΚΕΘΕΑ*, (2000, 2001, 2002, 2003, 2004), Αθήνα, Σχήμα και Χρώμα.
- Κλήμης Ν. (2002), *Εξουσία, Βία, Πόνος*, Τόμος Α', Αθήνα, Καστανιώτης
- Κλήμης Ν, (2002), *Εξουσία, Βία, Πόνος*, Τόμος Β', Αθήνα, Καστανιώτης.
- Κουράκης Ν. (1997), *Ποινική Καταστολή*, Αθήνα – Κομοτηνή, Σάκκουλα
- Κρεμμύδας Α. (2005), *Δυσκολίες και Προοπτικές στην Κοινωνική Ένταξη Αποφυλακισμένων Τοξικοεξαρτημένων Ατόμων*. Διπλωματική Εργασία.
- Λάζος Γ. (1998), *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες – Θεωρία και Πράξη*, Αθήνα, Παπαζήσης ΑΕΒΕ.
- Λιάππας Ι. (1999), *Ναρκωτικά: Εθιστικές ουσίες, Κλινικά Προβλήματα, Αντιμετώπιση*. Αθήνα, Πατάκης.
- Λυδάκη Αν., (2001), *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, Αθήνα, Καστανιώτης.
- Μαλικιώση - Λοϊζου Μ. (1999), *Συμβουλευτική Ψυχολογία*, Ελληνικά Γράμματα.

- Μανεσιώτη, Ντάλιου, Κόκκορης, (2006), *Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των γυναικών στην Μονάδα Βραχείας Διάρκειας Πειραιά του Ο.Κ.Α.ΝΑ.*, Τετράδια Ψυχιατρικής τ. 94, σ. 161-165.
- Μάνος Ν. (1997), *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής* (Αναθεωρημένη έκδοση), Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Μαργαρίτης Λ – Παρασκευόπουλος Ν. (2000), *Σωφρονιστικός Κώδικας και Συναφή Κείμενα*, Αθήνα, Σάκκουλα.
- Μαργαρίτης Λ.– Παρασκευόπουλος, Ν. Ποινικός Κώδικας και Ειδικοί Ποινικοί. Μαργώνη Β. (2004), *Εξαρτημένη μητέρα και παιδί. Ο ρόλος του κέντρου βοήθειας*. Τετράδια Ψυχιατρικής τ. 88, σ. 65-68.
- Μάτσα Κ. (2001), *Γυναίκα Τοξικομανής. Χειραφέτηση και Κοινωνική Επανάταξη*, Τετράδια Ψυχιατρικής τ. 76, σ. 18-28.
- Μισουρίδου Ε., (2004), *Εξάρτηση και μητρότητα*, Τετράδια Ψυχιατρικής τ. 88, σ. 59-64.
- Μπερτράν Κ. (2000), *Επάγγελμα Μωρό*, Αθήνα, Καστανιώτης.
- Νόμοι, (2000), Αθήνα, Σάκκουλα.
- Νάταλι Αντζίρο, (2001), *Γυναίκα μια Εσωτερική Γεωγραφία*, Αθήνα, Πατάκη,
- Πανούσης Ι., (1989), *Η σωφρονιστική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα (από τον κυνισμό της εργασίας στην ουτοπία της αγωγής;)*, Αθήνα – Κομοτηνή, Σάκκουλα.
- Πουλόπουλος Χ. & Τσιμπουκλή Α., (1995), *Ομαδικά εστιασμένη συνέντευξη: Ένα νέο μεθοδολογικό εργαλείο έρευνας στον τομέα των κοινωνικών επιστημών*, Κοινωνική εργασία, τ. 39, 158 -163, ΣΚΛΕ, Αθήνα.
- Πουλόπουλος Χ., (2002), *Υποτροπή στην Εξάρτηση από Ψυχότροπες Ουσίες*, Ανάτυπο από την Ποινική Δικαιοσύνη, Τεύχος 3.
- Πουλόπουλος Χ., (2005), *Εξαρτήσεις. Οι θεραπευτικές Κοινότητες*. Αθήνα, Ελληνικά γράμματα.
- Ρήγα Α. Β., (1991) *Μητρότητα εκτός γάμου και τοξικομανία (μελέτη μιας περίπτωσης)* Αθήνα, Μαυρομάτη.
- Σπινέλλη Κ., Κουράκης Ν., (2006), *Έρευνα Αξιολόγησης του Θ.Π. ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ*
- Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, (1993), *ICD-10*, Αθήνα, ΒΗΤΑ.
- Τέντης Γ., (2002), *Εγκλεισμός των ουσιοεξαρτημένων. Τιμωρία η ευκαιρία για κοινωνική αποκατάσταση και δραστηριοποίηση. Διπλωματική Εργασία*
- Τσαλίκογλου Φ., (1999), *Η ψυχολογία της καθημερινής ζωής*, Αθήνα, Καστανιώτης.
- Τσιγκάνου Ι., Τζωρτοπούλου Μ. Ζαραφωνίτου Χ.,(2001). *Φύλο και κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες*, Αθήνα, Μελέτη βιβλιογραφικής Επισκόπησης.
- Φαρσεδάκη Ι., Συλικού Γ., (1996), *Ναρκωτικά*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη
- Φουκώ Μ. (1989), *Επιτήρηση και Τιμωρία – Η Γέννηση της Φυλακής*, Αθήνα, Ράππα.
- Χαραμή Χρ. (2004), *Γνωριμία με τις Εξαρτημένες Μητέρες*, Τετράδια Ψυχιατρικής τ. 88, σ. 69-76

ADDICTION OR AUTONOMY: CASE STUDY OF AN ADDICTED MOTHER

ALEXANDRA KERASSIOTI*, NEKTARIOS KOULOS & SPYRIDOULA BIZA

Abstract

This paper presents the case of a female addict in the *Special Program for Addicted Mothers and their Children*, in 18 Ano, Psychiatric Hospital of Attica. Elpida is a single mother, heroin and cocaine addict, living in a rural centre. She refers to the program 20 days after giving birth to her baby, following advice from the social services of the Maternity hospital and under her father's pressure. Elpida is included in the Sensitization introduction phase with a very ambivalent attitude towards treatment. In the second phase of psychological addiction therapy, Elpida regresses, manifests extreme behaviors, but gradually moves to changes. During her therapy she forms a strong motive for change and manages to involve in therapeutic relationships. She also became able to bond with her child and to be a "good enough mother". In the last phase of rehabilitation, Elpida stabilizes her psychic changes and moves towards social and occupational integration.

Key Words: Addiction, Female addict, Motherhood, Therapeutic setting, Special program for addicted mothers

* Contact Details: 10-12 Aristeidou street, 10559 Greece, tel. +302103215990

ΕΞΑΡΤΗΣΗ Η ΑΥΤΟΝΟΜΗΣΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΚΕΡΑΣΙΩΤΗ¹, ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ ΚΟΥΛΟΣ² & ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ ΜΠΙΖΑ³

Περίληψη

Θα παρουσιαστεί η προσπάθεια μιας εξαρτημένης από ουσίες γυναίκας στην πορεία της θεραπείας απεξάρτησής της στο *Ειδικό πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων με τα παιδιά τους*, στη Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Η Ελπίδα είναι μια άγαμη μητέρα εξαρτημένη από ηρωίνη και κοκαΐνη. Κατάγεται από μεγάλο αστικό κέντρο και προσέρχεται στο πρόγραμμα μητέρων έχοντας γίνει μητέρα ενός βρέφους μόλις 20 ημερών μετά από υπόδειξη της κοινωνικής υπηρεσίας του μαιευτηρίου στο οποίο γέννησε και υπό την πίεση του πατέρα της. Ερχόμενη στο πρόγραμμα δείχνει να διακατέχεται από μεγάλη αμφιθυμία αναφορικά με την απεξάρτησή της από ουσίες και εντάσσεται στο πρόγραμμα ευαισθητοποίησης. Στην κλειστή φάση της ψυχολογικής απεξάρτησης η Ελπίδα παρουσιάζει σταδιακά αλλαγές συνοδευόμενες από έντονες παλινδρομήσεις και εκδραματίσεις. Κατά την πορεία της θεραπείας της διαμορφώνει ένα πιο ισχυρό προσωπικό κίνητρο για αλλαγή, καταφέρνοντας να δεσμευτεί και να επενδύσει στις θεραπευτικές σχέσεις. Ως μητέρα μπόρεσε να συνάψει δεσμό με το παιδί της και να ανταποκριθεί επαρκώς στο μητρικό της ρόλο. Τέλος, στη φάση της κοινωνικής επανένταξης η Ελπίδα σταθεροποιεί τις εσωτερικές της αλλαγές και εντάσσεται κοινωνικά και επαγγελματικά.

Λέξεις Κλειδιά: Εξάρτηση, Εξαρτημένη γυναίκα, Μητρότητα, Θεραπευτικό πλαίσιο, Ειδικό πρόγραμμα εξαρτημένων μητέρων

¹ Κερασιώτη Αλεξάνδρα, ψυχολόγος (Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω, Ψ.Ν.Α. / Ειδικό πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων και των παιδιών τους). Διεύθυνση Επικοινωνίας: Αριστείδου 10-12, Αθήνα, Τ.Κ. 10559, Τηλ. 2103215990

² Κουλός Νεκτάριος, ψυχολόγος (Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω, Ψ.Ν.Α. / Ειδικό πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων και των παιδιών τους)

³ Μπιζά Σπυριδούλα, ψυχολόγος / νοσηλεύτρια (Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω, Ψ.Ν.Α. / Ειδικό πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων και των παιδιών τους)

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Το φαινόμενο της εξάρτησης από ουσίες ή της τοξικομανίας (addiction / substance abuse / toxicomanie) προτιμούμε να το προσεγγίζουμε θεωρητικά, όπως έχει περιγράψει ο Claude Olievenstein στη δεκαετία του 1970, ως «το προϊόν της συνάντησης μιας ουσίας με μια συγκεκριμένη ελλειμματική προσωπικότητα σε μια δεδομένη κοινωνικοπολιτισμική στιγμή» (παρατίθεται στο Μάτσα, 2001, σελ. 19).

Στην κλινική πρακτική στο πρόγραμμα των Εξαρτημένων Μητέρων του 18 Άνω, η κατανόηση της ψυχικής λειτουργίας της εξαρτημένης μητέρας γίνεται κυρίως μέσα από την ψυχαναλυτική οπτική. Διάφοροι θεωρητικοί στα πλαίσια της θεωρίας των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (Klein, 1946; Winnicott, 1953, 2003; Kernberg, 1992), οι μελέτες του Lacan (1994) αλλά και η θεωρία του δεσμού (Bowlby, 1988) έχουν δια φωτίσει τις πρώιμες σχέσεις του βρέφους με τις γονεϊκές φιγούρες και την επίδρασή τους στη σταδιακή οργάνωση της προσωπικότητας του ως την ενήλικη ζωή.

Η θεραπευτική παρέμβαση στο πρόγραμμα των Εξαρτημένων Μητέρων δίνει επιπλέον έμφαση στη θεωρία δεσμού (Bowlby, 1988) δεδομένης της σπουδαιότητας της σύναψης δεσμού για την υγιή ψυχολογική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού της εξαρτημένης μητέρας. Ο δεσμός ξεκινά να αναπτύσσεται από την περίοδο της εγκυμοσύνης – στην περίπτωση των εξαρτημένων γυναικών συνήθως δε βιώνεται – και εξελίσσεται μέσα από την αλληλεπίδραση μητέρας – παιδιού. Τα βιώματα του ίδιου του γονέα ασκούν καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία αναπαραστάσεων της δικής του σχέσης με το παιδί του. Ιδιαίτερα η σχέση μητέρας – κόρης επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη θηλυκή ταύτιση του εαυτού και τη μετάβαση στη μητρότητα (Siddiqui, Hägglöf, & Eisemann, 2000). Η δημιουργία ισχυρού συναισθηματικού δεσμού του παιδιού με ένα πρόσωπο φροντίδας, όπως η μητέρα, προάγει την αίσθηση ασφάλειας διαμορφώνοντας ανάλογες νοητικές αναπαραστάσεις των προσώπων φροντίδας, οι οποίες λειτουργούν ως πρότυπα για τη συμπεριφορά, τις προσδοκίες του ατόμου, την αυτοαξία του και για το σχετιζοσθαί του με τους άλλους, επηρεάζουν δηλαδή την ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στην ενήλικη ζωή (Bowlby, 1982).

Η εγγύτητα βρέφους – μητέρας κατά τους πρώτους μήνες συμβάλλει καθοριστικά στη σύναψη δεσμού. Διαδικασία που ανακόπτεται στην περίπτωση της εξαρτημένης μητέρας τόσο λόγω πιθανού στερητικού συνδρόμου όσο και εξαιτίας της συνέχισης της χρήσης ουσιών εκ μέρους της. Το Πρόγραμμα των Εξαρτημένων Μητέρων του 18 Άνω παρέχει στην εξαρτημένη γυναίκα και το παιδί της την ευκαιρία να συναντήσουν ξανά ο ένας τον άλλο ή αν βρίσκονται στην αρχή της σχέσης τους την ευκαιρία να γνωριστούν σε ένα πλαίσιο που διέπεται από σταθερότητα, συνέπεια, αποδοχή και όρια, το πλαίσιο της θεραπείας. Η εξαρτημένη γυναίκα παράλληλα με την προσωπική της θεραπεία μπορεί να επεξεργαστεί αφενός συναισθήματα και σκέψεις που αφορούν το μητρικό της ρόλο και αφετέρου να αφοσιωθεί στη φροντίδα του παιδιού της έχοντας συνεχή βοήθεια και στήριξη από το θεραπευτικό πλαίσιο. Επίσης, γνώσεις που δίνονται σχετικά με την ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του παιδιού συντελούν στη θετικότερη αλληλεπίδραση μητέρας – παιδιού και στην ενίσχυση της εγγύτητάς τους.

Παράλληλα με την ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, που αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας, στο επίκεντρο της θεραπείας βρίσκεται και η εμπλοκή των θεραπευομένων μητέρων σε ομάδες που χρησιμοποιούν διάφορες μορφές τέχνης και που έχουν έναν ψυχοεκπαιδευτικό χαρακτήρα (Μάτσα, 2001).

Στην παρούσα μελέτη περίπτωσης, ωστόσο, εστιάζουμε και παρουσιάζουμε τις διαδικασίες και παρεμβάσεις που συντελέστηκαν στην ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Στην ψυχοθεραπευτική συνθήκη, ο θεραπευτής μπορεί να στηρίξει σημαντικά την κλινική εργασία του με την εξαρτημένη μητέρα στην κατανόηση των φαινομένων της μεταβίβασης⁴, της αντιμεταβίβασης⁵ (Racker, 1968) και της εκδραμάτισης⁶, όπως αυτά εκδηλώνονται στη σχέση με τον θεραπευτή και το θεραπευτικό πλαίσιο.

Η ιστορία της Ελπίδας και η προσέλευση στο πρόγραμμα

Η Ελπίδα είναι το πρώτο παιδί μιας τετραμελούς οικογένειας με μια αδερφή μικρότερη κατά 6 έτη. Η μητέρα της πέθανε σε ηλικία 50 ετών και ενώ η Ελπίδα ήταν σε ηλικία 25 ετών. Η αδερφή της πάσχει από χρόνια νόσο. Ο πατέρας της, συνταξιούχος, είναι αυτός που φροντίζει για τα δυο του παιδιά και εκείνος που κατευθύνει την Ελπίδα στο *Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων με τα παιδιά τους* αμέσως μετά τη γέννηση της κόρης της κατόπιν παρότρυνσης της κοινωνικής υπηρεσίας του μαιευτηρίου.

Η Ελπίδα ως παιδί μεγαλώνει με τη μητρική γιαγιά, της οποίας έχει και το όνομα. Η μητέρα της δουλεύει ως ιδιωτική υπάλληλος και λείπει πολλές ώρες από το σπίτι. Κύρια μέριμνα της μάλλον είναι η προσωπική ευχαρίστηση και διασκέδαση. Όταν επιστρέφει στο σπίτι δεν έχει πάντα τη διάθεση να είναι παρούσα στις φροντίδες των παιδιών της. Άλλοτε παρέχει στα παιδιά της μια αίσθηση ζεστασιάς και άλλοτε είναι συναισθηματικά απύουσα και επικεντρωμένη στις δικές της δυσκολίες και ανάγκες. Η Ελπίδα την περιγράφει ως μια γυναίκα κουρασμένη και αποσυρμένη. Θυμάται να τη διεκδικεί έντονα ως μητέρα σε μια μη λειτουργική σχέση, συμβιωτική και εξαρτητική. Αμφιθυμικά συναισθήματα την διακατείχαν όσον αφορά τη μητέρα της: από τη μια έντονη επιθυμία και ανάγκη για φροντίδα από την άλλη θυμός. Η μητέρα της της εκμυστηρευόταν τα πάντα για την προσωπική και συζυγική της ζωή χωρίς όρια και ενδοιασμούς. Συχνά κατηγορούσε στην Ελπίδα τον πατέρα της εμπλέκοντας την με αυτόν τον τρόπο στις συζυγικές τους διαφορές και διενέξεις. Ως αποτέλεσμα η Ελπίδα απομακρυνόταν ολοένα και περισσότερο από τον πατέρα της και ταυτιζόμενη με τη μητέρα της θύμωνε μαζί του.

Η μητέρα μοιάζει να έχει εσωτερικευθεί στον ψυχισμό της Ελπίδας ως μια καταθλιπτικά αποσυρμένη και αδύναμη γυναίκα που δεν είναι σε θέση να προσφέρει επαρκή φροντίδα και ενδιαφέρον στα παιδιά της. Ο πατέρας γίνεται αντιληπτός από την Ελπίδα, μέσα από τα μάτια της μητέρας, σαν μια πολύ αυστηρή και απειλητική φιγούρα τόσο απέναντι

⁴ Υποδηλώνει μια διεργασία μέσω της οποίας οι ασυνείδητες επιθυμίες επανενεργοποιούνται και αποκτούν υπόσταση επίκαιρου γεγονότος. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιούν αντικείμενα τα οποία επενδύονται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο σχέσεων, με πρώτο και κυριότερο το πλαίσιο της ψυχαναλυτικής σχέσης. Βλ. Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1981). *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης*. Αθήνα: Κέδρος, σελ. 305.

⁵ Σύνολο ασυνείδητων αντιδράσεων του ψυχαναλυτή απέναντι στον ψυχαναλυόμενο και συγκεκριμένα στη μεταβίβασή του. Βλ. Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1981). *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης*. Αθήνα: Κέδρος, σελ. 57.

⁶ Φαινόμενο κατά το οποίο το υποκείμενο, υπό την κυριαρχία των ασυνείδητων φαντασιώσεων και επιθυμιών του, τις βιώνει σαν να ανήκαν στο άμεσο παρόν με μιαν έντονη αίσθηση επικαιρότητας. Η αίσθηση αυτή εντείνεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι το άτομο παραγνωρίζει την προέλευση και τον επαναληπτικό της χαρακτήρα. Βλ. Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1981). *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης*. Αθήνα: Κέδρος, σελ. 166.

ντι στη μητέρα όσο και απέναντι στην ίδια, ένας «άγνωστος» που μόνο απαιτεί και δεν προσφέρει. Η Ελπίδα, στην παιδική της ηλικία, είχε βιώσει τη συναισθηματική και συχνά σωματική απουσία του πατέρα της και την παρουσία μιας μητέρας που την αντιμετώπιζε ως ναρκισσιστική προέκτασή της, την «έβλεπε» μόνο μέσα από την εκπλήρωση των δικών της αναγκών, οι οποίες ήταν στο επίκεντρο. Η Ελπίδα δε βιώθηκε από τη μητέρα της ως ένα ξεχωριστό πρόσωπο με δικές του επιθυμίες και ανάγκες κι έτσι, στην προσπάθειά της να επιτύχει την εγγύτητα με τη μητέρα της, συγχωνεύθηκε με εκείνη.

Μοιάζει, λοιπόν, η οικογενειακή δυναμική να διαμορφώνεται σε ένα πλέγμα συγχωνευτικών σχέσεων, στο οποίο δεν ευνοείται η ανάπτυξη και η διαφοροποίηση. Τα όρια μεταξύ των μελών καταλύονται: η Ελπίδα έρχεται πολύ κοντά με τη μητέρα της και γίνεται χώρος υποδοχής και υποστήριξης της μητρικής αδυναμίας. Με άλλα λόγια, αλλάζει ρόλους μαζί της και γονεοποιείται προκειμένου να μπορέσει να σχετιστεί με τη μητέρα της, με κόστος τη διαμόρφωση ενός ψευδούς εαυτού. Άλλωστε, η αναστροφή των ρόλων και η γονεοποίηση είναι φαινόμενα που πολύ συχνά παρατηρούνται στις οικογένειες των εξαρτημένων ατόμων (Μάτσα, 2011). Η Ελπίδα δεν υπήρξε θύμα σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης στην παιδική της ηλικία, φαινόμενο που, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, παρατηρείται συχνά στον πληθυσμό των εξαρτημένων γυναικών. Η πλειοψηφία των γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής ή άλλου είδους κακοποίησης στην παιδική ή εφηβική ηλικία. Η Ελπίδα, ωστόσο, είχε, ως παιδί υποστεί συναισθηματική παραμέληση τόσο από τη μητέρα όσο και από τον πατέρα της.

Μεγαλώνοντας σε αυτό το οικογενειακό περιβάλλον και νιώθοντας συχνά ανηδονία και εσωτερικό κενό, η Ελπίδα αρχίζει να φαντασιώνεται τον κόσμο των ουσιών θεωρώντας ότι θα είναι η λύση στα προσωπικά της προβλήματα και στο κενό που αισθανόταν. Έχοντας ως πρότυπο έναν εξάδελφό της, ο οποίος διέμενε στη Θεσσαλονίκη και ήταν χρήστης ουσιών, αποφασίζει και η ίδια να δοκιμάσει ουσίες πιστεύοντας ότι έτσι θα είναι ευτυχισμένη και ελεύθερη από την οικογένειά της. Χαρακτηριστικά αναφέρει: «πάντα ήθελα να δοκιμάσω ναρκωτικά, μια ζωή περίμενα για αυτό».

Στην περίοδο της εφηβείας η Ελπίδα επιχειρεί επανειλημμένες απόπειρες αυτοκτονίας χαράζοντας με ξυράφι τους καρπούς των χεριών της είτε λόγω ερωτικής απογοήτευσης είτε για να νιώσει συναισθηματική πληρότητα, όπως η ίδια αναφέρει. Έχει ήδη ξεκινήσει τη χρήση ινδικής κάνναβης και την ίδια περίοδο θυμάται να έχει και τάσεις φυγής από το σπίτι.

Δίνει πανελλήνιες εξετάσεις και πετυχαίνει να εισαχθεί σε πανεπιστημιακή σχολή σε μια άλλη πόλη. Εκεί δημιουργεί ερωτική σχέση με ένα συμφοιτητή της και χρήστη ινδικής κάνναβης. Περιγράφει να έχουν ο ένας απόλυτη ανάγκη τον άλλον σε μια σχέση εξαρτητική αλλά και καταστροφική. Η Ελπίδα καθ' όλη την πορεία της ζωής της τείνει να δομεί σχέσεις έντονα συμβιωτικές, με χαρακτηριστική λειτουργία της τον χειρισμό του άλλου. Πάντα επιζητούσε την προσοχή, την αγάπη και την επιδοκιμασία των άλλων ομόγυρών της με ένα τρόπο διεκδικητικό, αδηφάγο και απόλυτα ναρκισσιστικό χωρίς ποτέ να ενδιαφέρεται για τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Συχνά κάνει λόγο για την επιρρέπεια της σε αυτοκαταστροφικές τάσεις μη μπορώντας να ελέγξει τις παρορμήσεις της και να αγαπήσει τον εαυτό της. Επίσης η Ελπίδα διακρίνεται για χρόνια αισθήματα ντροπής, για χαμηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλή ανοχή στη ματαίωση. Αυτό όμως που την κατακυβεύει είναι το άγχος εγκατάλειψης από τα πρόσωπα του περιβάλλοντός της.

Σε ηλικία 25 ετών χάνει τη μητέρα της από καρδιακή ανεπάρκεια. Η είδηση του θανάτου της την έκανε να κλειστεί στον εαυτό της και ως λύση να καταφύγει στην ηρωίνη προσπαθώντας να αντέξει την απώλεια της μητέρας. Στην πραγματικότητα ποτέ δεν βίωσε το πένθος για το θάνατο της αλλά τον αρνούσαν για πολλά χρόνια παλεύοντας να κρατήσει τη μητέρα ζωντανή μέσα της.

Η Ελπίδα συνεχίζει να κάνει χρήση ηρωίνης μαζί με κοκαΐνη (speedball) σε μια προσπάθεια να κατευνάσει τον πόνο της και νιώσει ευφορικά συναισθήματα. Προσπαθεί να ζήσει μέσα από τις ουσίες μη μπορώντας να οριοθετήσει τον πατέρα της, ο οποίος γίνεται ολοένα και πιο παρεμβατικός στην προσπάθεια του να αναπληρώσει την απουσία της συζύγου του και να έχει τον έλεγχο των παιδιών του. Η Ελπίδα ασφυκτικά και αποφασίζει να φύγει μακριά του ώστε να απεμπλακεί από αυτή τη νοσηρή σχέση. Έχοντας διακόψει τη σχολή στην οποία φοιτούσε αποφασίζει να μετακομίσει σε άλλη πόλη και να ξεκινήσει εκ νέου σπουδές σε διαφορετικό αντικείμενο. Στην πορεία και εξαιτίας της χρήσης ουσιών αναγκάζεται να διακόψει και πάλι τις σπουδές της αδυνατώντας να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις της σχολής. Διατηρεί σχέση με αλλοδαπό σύντροφο ο οποίος την προμηθεύει ουσίες και γίνεται πατέρας του παιδιού της.

Η άρνηση υπήρξε το κυρίαρχο συναίσθημα καθ' όλη τη διάρκεια της κήσης. Η Ελπίδα και ο σύντροφός της επιθυμούσαν να αποκτήσουν ένα παιδί και δεν ελάμβαναν μέτρα αντισύλληψης. Η διαπίστωση των πρώτων συμπτωμάτων της κήσης αντιμετωπίστηκε με έντονη αμφιθυμία και άρνηση, ιδίως από τη μεριά της Ελπίδας, η οποία άρχισε σε εκείνη την περίοδο να βυθίζεται όλο και πιο βαθιά στη χρήση ουσιών. Οι αυξημένες ενοχές που βίωνε αναλογιζόμενη τη συνεχιζόμενη χρήση ουσιών, της ενίσχυαν την αίσθηση ανεπάρκειας και αδυναμίας που τη διακατείχε. Η χρήση ουσιών πια λειτουργούσε ως μηχανισμός επιβίωσης αφού η Ελπίδα απωθούσε με αυτόν τον τρόπο τις δυσκολίες της πραγματικότητας.

Η αύξηση της χρήσης ουσιών την οδηγεί σε όλο και μεγαλύτερους περιορισμούς στην καθημερινή λειτουργικότητα και σε παραμέληση κάθε προετοιμασίας για την υποδοχή ενός μωρού. Αναλογιζόμενη την ευθύνη της μητρότητας διακατέχεται από έντονο φόβο και ανασφάλεια. Ως κύρια στρατηγική αντιμετώπισης χρησιμοποιεί την αποφυγή. Αμελεί τον προγεννητικό έλεγχο, αποφεύγει την πραγματικότητα καταφεύγοντας στον κόσμο των ψευδαισθήσεων. Μέσα από τις ουσίες ανακουφίζεται προσωρινά ενώ η πραγματικότητα προβάλλει ξανά αδιέξοδη και σκληρή, πυροδοτώντας ενοχές και οδηγώντας σε ακόμη μεγαλύτερη και συχνότερη χρήση ουσιών, διαιωνίζοντας το φαύλο κύκλο της εξάρτησης.

Η Ελπίδα αρχίζει να παραπαίει μεταξύ ζωής και θανάτου. Ο σύντροφος της είναι εκείνος που αναζητεί βοήθεια από τον πατέρα της. Η απότομη διακοπή της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών οδηγεί σε σπασμούς και σε πρόωρο τοκετό στον όγδοο μήνα της κήσης. Η Ελπίδα διαβαίνει σχεδόν το κατώφλι του θανάτου αφού μεταφέρεται σε ημικωματώδη κατάσταση και με αρχές σηψαιμίας στο μαιευτήριο. Καθ' όλη τη διάρκεια της διακομίδης χάιδευε την κοιλιά της ερχόμενη σε επαφή για πρώτη φορά ουσιαστικά με την ύπαρξη του αγέννητου μωρού της. Η μητρότητα βιώνονταν ως απειλή και η Ελπίδα επιθυμούσε μαγικά να ξεφύγει από όλα αυτά. Η συνειδητοποίηση της μητρικής της ευθύνης, η πίεση που δέχεται από τον πατέρα της και τα ενδοβλημένα κοινωνικά «πρέπει» σχετικά με το μητρικό ρόλο επιτείνουν το φόβο της και την αίσθηση ανεπάρκειας και αναξιότητας που τη διακατείχαν. Η Ελπίδα επιθυμεί να αναλάβει την κόρη της, ωστό-

σο το υπερβολικό άγχος αποτυχίας και η ελλιπής αυτοεκτίμηση και αυτοαποτελεσματικότητα την οδηγούν αντισταθμιστικά στο να αποφεύγει την ανάληψη του μητρικού ρόλου. Όπως επισημαίνει η Μάτσα (2011, σελ. 21), «... η εξαρτημένη μητέρα, η στιγμισμένη, θεωρείται 'κακή' μητέρα, εξ' ορισμού 'επικίνδυνη' για το παιδί της. Έχοντας παραβιάσει το κανονιστικό πρότυπο της μητρότητας εσωτερικεύει το κοινωνικό στερεότυπο της 'κακής' μητέρας και βασανίζεται από εσωτερικές συγκρούσεις, ενοχές, ντροπή και φόβο. Ο μεγαλύτερος φόβος της είναι μήπως της πάρουν το παιδί...».

Η σχέση της Ελπίδας με την κόρη της διαμορφώνεται ταυτόχρονα στο πεδίο της επιθυμίας αλλά και της άρνησης. Επιθυμεί να γίνει μια «τέλεια» μάνα, θέτει υψηλές προσδοκίες δίχως να επιτρέπει στον εαυτό της ατέλειες και λάθη. Η πίεση για την τελειότητα διακινεί δυσάρεστα συναισθήματα, τα οποία -μην αντέχοντας να διαχειριστεί η Ελπίδα- την οδηγούν σε αποφυγή και άρνηση ανάληψης της φροντίδας του μωρού. Ενδεικτικό είναι ότι τον πρώτο μήνα αρνείται να αναλάβει οποιαδήποτε ευθύνη της φροντίδας του. Αν και εκφράζει έντονα την επιθυμία να γίνει μάνα, αδρανει μπροστά στο βάρος της ευθύνης, την οποία μεγεθύνει υπερβολικά στο μυαλό της.

Δέχεται να προχωρήσει στη δεύτερη φάση της απεξάρτησης στο τμήμα κλειστής διαμονής δίχως να εμπιστεύεται αρχικά ούτε το θεραπευτικό πλαίσιο ούτε τη δική της δύναμη. Αποφασίζει να δοκιμάσει τη θεραπεία δίχως να υπόσχεται τίποτα και συμφωνεί να εισαχθεί διατηρώντας ωστόσο επιφύλαξη και καχυποψία, αρνούμενη να επενδύσει τόσο στη σχέση της με τους θεραπευτές και τις συνθεραπευόμενες της όσο και στη σχέση με το παιδί της. Συχνά βιώνει έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις και αντιδρά με εκδραματίσεις όταν δυσκολεύεται να διαχειριστεί και να εκφράσει συναισθήματα και σκέψεις.

Η Ελπίδα στο θεραπευτικό πλαίσιο

Με την είσοδό της στη δεύτερη φάση της θεραπείας, η Ελπίδα δίνει την εντύπωση ενός πολύ «κακομαθημένου κοριτσιού». Είναι πολύ υποτιμητική προς τις συνθεραπευόμενες και τους θεραπευτές της. Δεν μπορεί να μπει σε διάλογο και εμμένει σε μια ιδιαίτερα άκαμπτη σκέψη. Πολλές φορές γίνεται ανταγωνιστική και παθητικά επιθετική. Εμπλέκεται εύκολα σε διενέξεις διεκδικώντας τις απαιτήσεις της μέσα από εκρήξεις θυμού και προσβολών προκαλώντας τις συνθεραπευόμενες της να την αποφεύγουν και να την αντιμετωπίζουν ως «τη στριμμένη», με αποτέλεσμα να περιθωριοποιείται μέσα στην ομάδα της. Έτσι, η Ελπίδα αλληλεπιδρά με τις υπόλοιπες γυναίκες της ομάδας της με όρους έλλειψης εμπιστοσύνης και φθόνου/ζήλειας και προκαλεί σε εκείνες έντονες αντιδράσεις θυμού, δυσφορίας και απόρριψης. Οι θεραπευτές με τη σειρά τους νιώθουν αντιμεταβιβαστικό θυμό απέναντι στην αμφιθυμία που προσλαμβάνουν από την Ελπίδα: από τη μια τους ακυρώνει και τους επιτίθεται από την άλλη λειτουργεί καταβροχθιστικά και αδηφάγα διεκδικώντας την αποκλειστική προσοχή και φροντίδα μέσα στην ομάδα, στη βάση ενός πολύ αδύναμου και παραμελημένου Εγώ.

Το θεραπευτικό πλαίσιο προσπάθησε να εμπεριέξει (containment) την αμφιθυμία, την ανασφάλεια και το θυμό της Ελπίδας, να αντέξει τις συναισθηματικές διακυμάνσεις της, συναισθανόμενο το φόβο της και παρέχοντας τόσο σε εκείνη όσο και στο παιδί της φροντίδα με σταθερότητα και συνέπεια. Τα πρώτα ψήγματα εμπιστοσύνης που ανέπτυξε την οδήγησαν δειλά στην έκφραση του πόνου της και στις πρώτες προσπάθειες να πλησιάσει και να σχετιστεί με τους άλλους. Ωστόσο, η Ελπίδα αρχικά δεν άντεχε αυτή την ψυχική μετακίνηση με ευκολία, ξεσπούσε, επέκρινε, απομόνωνε και απομονω-

νόταν. Σιγά-σιγά, καθώς εμπιστευόταν τους θεραπευτές, άρχισε να εμπιστεύεται και τις δικές της δυνάμεις δοκιμάζοντας να αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού της βήμα-βήμα. Σταδιακά η Ελπίδα καταφέρνει να βιώσει μια θεμελιώδη εμπιστοσύνη στο πλαίσιο και τολμά να αποκαλυφθεί στην ομάδα, μέσα από την επαναφορά επώδυνων τραυματικών εμπειριών του παρελθόντος.

Αρχικά η Ελπίδα επέλεξε να ασχοληθεί με καθήκοντα που της φαίνονταν λιγότερο δύσκολα, με καθήκοντα που η ίδια θεωρούσε ότι είχε λιγότερες πιθανότητες να λαθέψει άρα και να απορριφθεί από τους θεραπευτές, αφού για εκείνη το λάθος και η επίκριση ισοδυναμούσαν με ολοκληρωτική απόρριψη (διχότομος τρόπος σκέψης). Η ύπαρξη ενός ελλειμματικού και ευάλωτου Εγώ ευνοούσε την ανάπτυξη γνωσιακών διαστρεβλώσεων και επέτεινε τη χρήση του μηχανισμού της σχάσης όταν δυσκολευόταν να διαχειριστεί καταστάσεις και συναισθήματα. Ήταν ιδιαίτερα ευάλωτη σε υποδείξεις και παραινέσεις. Συμβουλές και υποδείξεις για την καθημερινή φροντίδα του παιδιού της ερμηνευόταν αυτόματα ως κατηγορίες θεωρώντας ότι την επικρίνουν και την απορρίπτουν στο μητρικό της ρόλο, όπως παλιότερα έκανε ο πατέρας της. Αυτές οι αρνητικές σκέψεις και ερμηνείες της γεννούσαν δύσφορα συναισθήματα που εκδραμάτιζε άλλοτε με φωνές και άλλοτε με γοερό κλάμα. Οι θεραπευτές που ασχολούνταν με το παιδί της συχνά γινόταν αντικείμενα εξιδανίκευσης ενώ η ίδια επιθυμούσε να τους μοιάσει και να γίνει τόσο ικανή στη φροντίδα του παιδιού όσο κι εκείνοι. Όταν ένιωθε ωστόσο ματαιωμένη, τους υποτιμούσε και λειτουργούσε επιθετικά απέναντί τους.

Στη βοήθεια που της παρεχόταν σε σχέση με το παιδί λειτουργούσε καταβροχθιστικά. Δύσκολα ικανοποιούνταν και διακατέχονταν από μια ακόρεστη επιθυμία να λάβει πάντα περισσότερα από όσα της δίνονταν. Προσδοκούσε συνεχή παρουσία και προσφορά. Η ικανοποίηση των επιθυμιών και αναγκών της καθώς και του παιδιού της αποτελούσαν κριτήριο σύμφωνα με το οποίο όριζε το ποιός τη νοιάζεται και ποιός όχι. Δυσκολευόταν να δει τους άλλους πέρα από εκείνη και τις ανάγκες της και επεδίωκε εξαρτητικές, συγχωνευτικές σχέσεις μαζί τους, στις οποίες καταλύονταν κάθε έννοια ετερότητας και αυτονομίας. Η οριοθέτηση και ο διαχωρισμός των άλλων από εκείνη λειτουργούσαν απειλητικά και ισοδυναμούσαν με απόρριψη ή απώλεια.

Γνωρίζουμε ότι η σύναψη δεσμού με το παιδί ξεκινά από την περίοδο της εγκυμοσύνης αφού σε αυτή τη φάση αναδύονται οι νοητικές αναπαραστάσεις που έχει σχηματίσει η μητέρα από το δεσμό με τους δικούς της γονείς, οι οποίες καθορίζουν το σχετιζοσθαι με το αγέννητο βρέφος. Στην περίπτωση της Ελπίδας η εγκυμοσύνη παρέμεινε αβίωτη καθώς απωθούνταν. Μετά την πρόωρη γέννα η Ελπίδα βρέθηκε από το χάος των ουσιών σε ένα οριοθετημένο θεραπευτικό πλαίσιο και αντιμετώπιζε τόσο με τη διακοπή της χρήσης ουσιών και την εκμάθηση της διαχείρισης νέων στρατηγικών αντιμετώπισης των συναισθημάτων της όσο και με το τραυματικό παρελθόν που κλήθηκε να αντιμετωπίσει για πρώτη φορά μετά από χρόνια δίχως τη συνδρομή των ουσιών. Παράλληλα χρειαζόταν να αναλάβει τόσο πρακτικά τη φροντίδα του μωρού της όσο και ουσιαστικά να σχετιστεί μαζί του. Η ανασφάλεια που η ίδια βίωσε στη σχέση της με τους δικούς τους γονείς λειτουργούσε ως τροχοπέδη στη σύναψη δεσμού με το δικό της βρέφος.

Αυτή την ανασφάλεια, αυτό το εσωτερικό κενό, απόρροια της ασταθούς και μη συνεπούς παρουσίας των πρωταρχικών άλλων στη ζωή της, η Ελπίδα προσπάθησε να καλύψει με μια διαρκή αναζήτηση αντικειμένων προσκόλλησης, φτάνοντας στο σημείο να «κατα-

βροχίζει» τα πρόσωπα με τα οποία σχετιζόταν προκειμένου να τα αισθανθεί παρόντα, όπως έκανε και με τις ουσίες ή με την τροφή. Οι διαδικασίες αποχωρισμού – εξατομίκευσης δεν φαίνεται να ολοκληρώθηκαν, με συνέπεια τη μη απαρτίωση της ταυτότητας. Η Ελπίδα μεγάλωσε με τη βαθιά πεποίθηση ότι χρέος της ήταν η ικανοποίηση των προβολών και προσδοκιών της μητέρας της παίρνοντας η ίδια τη θέση του μερικού αντικειμένου γι' αυτές (Welldon, 1997).

Η εσωτερικευμένη ψυχολογική αναπαράσταση της μητέρας της διακρινόταν από αμφιθυμία και άγχος, γεγονός που δεν επέτρεψε στην Ελπίδα να αναπτύξει ικανότητα συναισθηματικής αυτορρύθμισης και να εσωτερικεύσει στρατηγικές αυτό-ανακούφισης. Η ασυνεπής στάση και η ελλιπής απαντητικότητα των γονιών της, ιδίως της μητέρας της, οδήγησε σε έναν αγχώδη αμφιθυμικό τύπο δεσμού, ο οποίος καθοδηγούσε τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις προσδοκίες της. Επίσης συνέτεινε στη γνωστική διαστρέβλωση των ερεθισμάτων, επηρέαζε δηλαδή το πώς η Ελπίδα επεξεργαζόταν γνωστικά, αντιλαμβανόταν και αποθήκευε αναμνήσεις από αλληλεπιδράσεις σε κάθε είδους σχέση της, τόσο με το άλλο φύλο, τις συνθεραπευόμενες της, τους θεραπευτές της όσο και με το ίδιο το παιδί της. Οι εσωτερικές αναπαραστάσεις στην περίπτωση της Ελπίδας δεν της δημιουργούσαν αίσθηση ασφάλειας και προστασίας, η οποία θα διευκόλυνε την αντιμετώπιση των απειλών. Δεν λειτουργούσαν ως συμβολικές πηγές προστασίας, των οποίων η ενεργοποίηση σε δύσκολες καταστάσεις θα δημιουργούσε τη «συμβολική εγγύτητα» (Mikulincer & Shaver, 2007).

Αντίθετα, επέτειναν την απειλή και την απομόνωση και υπερενεργοποιούσαν το σύστημα πρόσδεσης σε μια προσπάθεια να κερδίσει μια πιο αξιόπιστη αντίδραση στήριξης (Main, 1990; Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Η υπερενεργοποίηση χαρακτηρίζεται γενικά από υπερβολική εξάρτηση από τους άλλους για την επίτευξη άνεσης, από υπερβολικές απαιτήσεις για προσοχή και φροντίδα, από έντονη επιθυμία για εμπλοκή, από προσπάθεια για ελαχιστοποίηση της γνωστικής, συναισθηματικής και φυσικής απόστασης από τους άλλους, συμπεριφορές που χαρακτήριζαν την Ελπίδα. Προκειμένου να κερδίσουν άτομα, όπως η Ελπίδα, φροντίδα και στήριξη τείνουν να μεγεθύνουν τη σοβαρότητα των απειλών (υπερμεγέθυνση, καταστροφοποίηση) καθώς και τη δική τους ανικανότητα να λειτουργήσουν αυτόνομα. Υπερτονίζουν το άγχος τους, μηρυκάζουν για προηγούμενες απειλητικές εμπειρίες και γενικά φέρονται με παιδικόμορφο τρόπο (Cassidy & Berlin, 1994; Mikulincer & Shaver, 2007).

Η διαμόρφωση της προσωπικότητας της Ελπίδας, λοιπόν, ξεκινά με την προσπάθεια επένδυσης σε μια ανεπαρκή, «απούσα» μητέρα, η οποία θυματοποιείται και δεν διευκολύνει τις δευτερογενείς ταυτίσεις της Ελπίδας με το φύλο της. Σε αυτή τη βάση, ο πατέρας ενδοβάλλεται ως ξένο και ανεπιθύμητο σώμα, ενσαρκώνοντας ένα ιδιαίτερα αυστηρό και τιμωρητικό Υπερεγώ, το οποίο δε μπορεί να εσωτερικευθεί ούτε ως φορέας εσωτερικού ελέγχου από τη μια αλλά ούτε και ως πηγή αυτοεκτίμησης από την άλλη. Η Ελπίδα εξακολουθεί να επιδιώκει ναρκισσιστικές ικανοποιήσεις από τους άλλους και να παρουσιάζει αυξημένη τάση για προσκόλληση, που μπορεί να περιγραφεί και ως κατάσταση «βουλιμίας προς το αντικείμενο» (object hunger) (Chethik, 1979). Τα ναρκισσιστικά ελλείμματα είναι έντονα και οι άλλοι βιώνονται ως μερικές όψεις αυτού του ελλειμματικού Εγώ. Το Εγώ παραμένει ανώριμο, με μια ελλειμματική συνθετική λειτουργία, και μόνο από μια παρανοειδή θέση μπορεί να βιώσει τους άλλους ανθρώπους ως ξεχωριστούς από εκείνη, προκειμένου να σχετιστεί μαζί τους. Η σχέση με

τον άλλον αποτελεί, λοιπόν, για την Ελπίδα ένα πεδίο απειλητικών συναισθηματικών επενδύσεων που κινητοποιούν τους πρώιμους αμυντικούς μηχανισμούς της άρνησης, της σχάσης, της εξιδανίκευσης/υποτίμησης και του παντοδύναμου ελέγχου.

Το παιδί της Ελπίδας ήταν ιδωμένο από την ίδια ως προέκταση του εαυτού της, ως μερικό αντικείμενο. Ασυνεύδητα προσπάθησε αρχικά να επαναλάβει την ίδια στάση που είχε η μητέρα της απέναντι σε εκείνη. Η Ελπίδα αδυνατούσε να το διαχωρίσει από εκείνη και έτεινε στην αρχή της θεραπείας της να σχετιστεί μαζί του συμβιωτικά, επαναλαμβάνοντας το μοτίβο σχετίζεσθαι που είχε με τη δική της μητέρα. Γνωρίζουμε από έρευνες ότι οι αντιλήψεις των γονέων όσον αφορά το δεσμό που έχουν αναπτύξει κατά την παιδική τους ηλικία μπορούν να προβλέψουν στο 75% των περιπτώσεων την κατηγοριοποίηση του δεσμού των δικών τους παιδιών (Main et al., 1985; Fonagy, Steele & Steele, 1991; Steele, Steele & Fonagy, 1996). Η τάση αυτή μειώθηκε σταδιακά κατά τη διάρκεια της θεραπείας και αντικαταστάθηκε από περισσότερο λειτουργικούς τρόπους σχετίζεσθαι.

Η Ελπίδα κάθε φορά που ερχόταν αντιμέτωπη με καταστάσεις που εκείνη ερμήνευε ως δυσάρεστες και της προκαλούσαν δυσφορία, λειτουργούσε στην έναρξη της θεραπείας της με υπερενεργοποίηση, στρατηγική που εφάρμοζε καθ' όλη την παιδική ηλικία στη σχέση με τη μάνα της. Η αγχώδης συμπεριφορά της χαρακτηριζόταν από μεγάλη επιθυμία για εγγύτητα και προστασία, έντονη ανησυχία για τη διαθεσιμότητα των άλλων και για την αξία που η ίδια έχει για αυτούς (Mikulincer & Shaver, 2007).

Χαρακτηριστικό είναι το περιστατικό της κρυφής φυγής της από τη δομή σε μια φάση της θεραπείας που θεωρούσε ότι οι άλλοι δεν τη θεωρούν σημαντική και ένιωθε ότι δεν εκπληρώνονται οι ανάγκες της. Παρορμητικά και έχοντας χαμηλή ανοχή στη ματαίωση αποφάσισε να εγκαταλείψει τη δομή παίρνοντας μαζί της το μωρό της δίχως να σκεφτεί τις επακόλουθες συνέπειες για εκείνη και το παιδί της.

Η Ελπίδα άρχισε βήμα-βήμα να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες τόσο αναφορικά με τη φροντίδα του παιδιού της όσο και στην ατομική της θεραπεία. Ξεκίνησε δειλά στην αρχή να αναγνωρίζει τα συναισθήματα και τις δυσλειτουργικές σκέψεις της, να εκφράζει το εκάστοτε συναίσθημα αποφεύγοντας τις εκδραματίσεις και την παρορμητική λήψη αποφάσεων, να αυτορρυθμίζεται συναισθηματικά και να επιλύει τις δυσκολίες και τα προβλήματα της καθημερινότητας με θετικές, μη καταστροφικές στρατηγικές. Η θετική ανατροφοδότηση που έλαβε κατά την ανάληψη των πρώτων προσπαθειών φροντίδας της κόρης της λειτουργήσαν κινητοποιητικά και για τη δική της ατομική θεραπεία και απεξάρτηση.

Η Ελπίδα βιώνοντας το νέο ρόλο, το ρόλο της μητέρας, απέκτησε ισχυρό εσωτερικό κίνητρο για ένα νέο ξεκίνημα στη ζωή. Αντιμετώπισε τη μητρότητα ως την ευκαιρία εκείνη που θα τη διαφοροποιούσε από το παρελθόν και την τραυματική της παιδική ηλικία. Κίνητρο και στόχος της ήταν η διαφοροποίησή της σε σχέση με τους γονείς της. Τη φόβιζε η επανάληψη των ίδιων λαθών στη σχέση της με το παιδί της και συνειδητά επεδίωκε την εγκαθίδρυση μιας σχέσης μαζί του που θα βασίζεται στο σεβασμό των ιδιαίτερων προσωπικών αναγκών του.

Η πορεία προς την απεξάρτηση

Στη φάση της ευαισθητοποίησης (α' φάση απεξάρτησης) η Ελπίδα εκδήλωνε έντονη αμφιθυμία ως προς την απόφασή της να προχωρήσει στη δεύτερη φάση. Αφενός αναγνώρι-

ζε την αναγκαιότητα της απεξάρτησής της λόγω της γέννησης της κόρης της, αναλογιζόμενη το ασυμβίβαστο μεταξύ εξάρτησης και μητρότητας αλλά και την ευθύνη που συνεπάγεται η ανατροφή ενός παιδιού, αφετέρου θεωρούσε ότι διέφερε έναντι των άλλων εξαρτημένων γυναικών, γεγονός που την οδηγούσε σε υποτίμηση της εξάρτησής της από τις ουσίες.

Ως βασικό επιχείρημα για τη διαφοροποίησή της από τις υπόλοιπες θεραπευόμενες έθετε το ότι μπορούσε να ζει «διπλή ζωή» για πάνω από μια δεκαετία. Από τη μια έκανε χρήση ουσιών και κινούνταν στον κόσμο τους και από την άλλη –μέχρι και ένα περίπου μήνα πριν την πρόωγη γέννηση της κόρης της– εργαζόταν σε καθημερινή βάση και διατηρούσε δικό της διαμέρισμα κρύβοντας από τους οικείους της την εξάρτησή της. Το γεγονός ότι στο παρελθόν είχε καταφέρει να διακόψει τη χρήση ουσιών μόνη της για κάποια χρονικά διαστήματα αντικαθιστώντας τις ουσίες με αλκοόλ, χωρίς να το θεωρεί «ουσία», ήταν ένας περαιτέρω λόγος υποτίμησης τόσο της εξάρτησής της όσο και της θεραπευτικής διαδικασίας.

Ο Wurmser (1974, 1987a, 1987b) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι πολλοί χρήστες ουσιών χρησιμοποιούν ως άμυνα τη σχάση, για να απαρνηθούν μια αναπαράσταση του εαυτού-ως-χρήστη-ναρκωτικών, που εναλλάσσεται με μια αναπαράσταση ενός εαυτού-που-δεν-κάνει-χρήση ναρκωτικών. Αυτά τα άτομα συχνά νιώθουν σα να «αναλαμβάνει» για λίγο κάποιος άλλος.

Στην πρώτη φάση η παρέμβαση εστιάστηκε κατά προτεραιότητα στην αποδοχή της ταυτότητας της εξαρτημένης, στην ενίσχυση του κινήτρου για απεξάρτηση καθώς και στην ενθάρρυνσή για αποχή από τις ψυχοδραστικές ουσίες. Η Ελπίδα κατάφερε να διατηρήσει την αποχή της από τις ουσίες, να προσέρχεται κανονικά στις συνεδρίες και τελικά να εισαχθεί στη επόμενη φάση του προγράμματος.

Στη φάση της ψυχολογικής απεξάρτησης (*β' φάση απεξάρτησης - πρόγραμμα κλειστής διαμονής μητέρων με τα παιδιά τους*) η Ελπίδα αρχικά προέβαλε έντονες αντιστάσεις στη θεραπεία της εντείνοντας τη χρήση πρώιμων αμυντικών μηχανισμών. Η θεραπεία αρχικά βίωνταν ως απειλή με αποτέλεσμα η Ελπίδα να αρνείται ή συχνά να υποτιμά την ύπαρξη της εξάρτησής της από ουσίες και να προβάλλει στις υπόλοιπες συνθεραπευόμενες δικές της αδυναμίες και ελλείμματα, προσπαθώντας κατ' αυτόν τον τρόπο να αποβάλει τα κομμάτια εκείνα του εαυτού της που την έκαναν να νιώθει ανεπαρκή. Στις σχέσεις με τους θεραπευτές προσπαθούσε αρχικά να τους προσεγγίσει φιλικά παραβλέποντας τα όρια μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου, τηρώντας άλλοτε μια παθητικά δεκτική στάση απέναντι σε όσα όριζε το θεραπευτικό πλαίσιο και άλλοτε αμφισβητώντας τον θεραπευτικό λόγο.

Επειτα από την προσαρμογή της στη δεύτερη φάση, η Ελπίδα κατάφερε να κάμψει τις αντιστάσεις της και να επεξεργαστεί το ανεπεξέργαστο ψυχικό της υλικό. Η ύπαρξη ενός σταθερού θεραπευτικού πλαισίου και η θεραπευτική σχέση που απέκτησε με τους θεραπευτές της λειτούργησαν επανορθωτικά για την Ελπίδα, η οποία για πρώτη φορά στη ζωή της βίωσε την αποδοχή και την κατανόηση τόσο των θετικών όσο και των δυσφορικών συναισθημάτων που εξέφραζε. Η μεταβίβασή της στους θεραπευτές χρωματιζόταν έντονα από τους πρώιμους μηχανισμούς της σχάσης, της εξιδανίκευσης και της υποτίμησης, επαναλαμβάνοντας δηλαδή το πρότυπο που εφάρμοζε με όλους τους ανθρώπους με τους οποίους σύναπτε σχέση σε όλη τη διάρκεια της ζωής της.

Για εκείνην ο άλλος ήταν είτε το «καλό» εσωτερικευμένο αντικείμενο είτε το «κακό», διωκτικό αντικείμενο εναλλάσσοντάς το ανάλογα με τις ψυχικές της διακυμάνσεις. Πολλές φορές ήταν αρνητική να ακούσει αποφεύγοντας τη βλεμματική επαφή, κοιτώντας αλλού κυρίως εστιάζοντας σε ένα μακρινό σημείο, ή προσέβαινε σε συχνές εκδραματίσεις, κλαίγοντας δυνατά ή φωνασκώντας σε μια προσπάθεια της να αιτιολογήσει τη συμπεριφορά της. Οι ψυχικές διακυμάνσεις της αντιμετωπίστηκαν με ενσυναίσθηση, προσπάθεια συγκράτησης (holding) αλλά και σαφή, συνεπή όρια.

Κύριο πρόσωπο αναφοράς στη θεραπεία της Ελπίδας υπήρξε ο πατέρας, στον οποίο απέδιδε όλα της τα προβλήματα καταλογίζοντας του ευθύνες για τη σχέση του με τη μητέρα της και για τον θάνατό της. Τον θεωρούσε κακό πατέρα, κακό ως σύζυγο και υπαίτιο και για τη δική της εμπλοκή με τις ουσίες. Στα μάτια της φάνταζε ως ο κακός γίγαντας χωρίς συναισθήματα, απρόσωπος και αμέτοχος. Αδυνατούσε να αναγνωρίσει τη συμμετοχή της μητέρας της στη σχέση της με τον πατέρα της δικαιολογώντας τη συνεχώς και μη μπορώντας να της αποδώσει ευθύνες, επειδή δεν ήταν πια στη ζωή, σε μια προσπάθεια να την κρατήσει ζωντανή μέσα της. Όταν επέτρεπε στον εαυτό της να θυμώσει με τη μητέρα της δεν άντεχε την πραγματικότητα της απουσίας της μητέρας της από τη ζωή της.

Επίσης, στο διάστημα παραμονής της στη δεύτερη φάση, η Ελπίδα σε αρκετές περιόδους σημείωνε επεισόδια υπερφαγίας προσλαμβάνοντας αρκετό βάρος καθώς είχε παλινδρομήσει σε ένα πρώιμο στοματικό στάδιο χωρίς όμως να ικανοποιείται σε αυτό. Η τροφή φαίνεται να υπήρξε για την Ελπίδα το αντιστάθμισμα στην έλλειψη της ουσίας αλλά και στη συνειδητοποίηση της μητρικής απουσίας.

Στην πορεία της θεραπείας της η Ελπίδα κατάφερε να απαρτιώσει τις δύσκολες για εκείνη πλευρές του εαυτού και να συνάψει σχέση με το μωρό της αναλαμβάνοντας σταδιακά τις ευθύνες του μητρικού της ρόλου.

Κατά τη διάρκεια της κοινωνικής επανένταξης (γ' φάση *ανεξάρτησης*) η Ελπίδα ανέλαβε εξ ολοκλήρου τη φροντίδα της κόρης της και επεδίωξε να της παρέχει ασφάλεια και μια σταθερή, συνεπή ρουτίνα στην καθημερινότητα. Άρχισε να αντιμετωπίζει το παιδί της όχι πια ως προέκτασή της αλλά ως ανεξάρτητο άνθρωπο με τις δικές του ανάγκες και ικανότητες.

Υπήρξαν ωστόσο παλινδρομήσεις στη θεραπεία της σε περιόδους που αναδύονταν παλιές εξαρτητικές λειτουργίες. Σε αυτές τις περιπτώσεις εκφραζόταν η τάση για αναστροφή των ρόλων και συγχώνευση με το παιδί της, μια λειτουργία που κυριαρχούσε στη σχέση με τη μητέρα της. Η Ελπίδα λειτουργούσε παρορμητικά με το συνηθισμένο παιδικόμορφο τρόπο της δίνοντας προτεραιότητα στις στιγμιαίες παρορμήσεις της και αδιαφορώντας για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες. Έθετε σε προτεραιότητα τις ανάγκες της έναντι των αναγκών του παιδιού της.

Σε μια τέτοια στιγμή παρόρμησης και ενώ βρισκόταν στη φάση κοινωνικής επανένταξης αρχίζει να σκέφτεται το ενδεχόμενο υποτροπής της κάνοντας ξανά χρήση ουσιών. Αφορμή υπήρξε η υποτροπή ενός συντρόφου της με ουσίες. Με τους άντρες η Ελπίδα πάντοτε σύναπτε σχέσεις εξαρτητικές και συμβιωτικές μη μπορώντας να λειτουργήσει αυτόνομα και ανεξάρτητα. Στο παρελθόν διατηρούσε παράλληλες σχέσεις χρησιμοποιώντας τους συντρόφους ανάλογα με τις ανάγκες της. Για άλλη μια φορά, λοιπόν, βίωσε συναισθήματα εγκατάλειψης, προδοσίας και ματαίωσης. Η παρορμητική χρήση

ουσιών σύμφωνα με τον Wurmser θεωρείται μια κάποια λύση για αυτά τα επώδυνα συναισθήματα. Τελικά η Ελπίδα κατάφερε να μην κάνει υποτροπή και να διαχειριστεί αποτελεσματικά τα επώδυνα συναισθήματά της.

Με την πάροδο του χρόνου οι παλινδρομήσεις της μειώνονταν σταδιακά ενώ παράλληλα επιτελείτο η συναισθηματική της ωρίμανση, η αυτονομήσή της και η διαφοροποίηση της από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς της, με αποτέλεσμα η Ελπίδα να σταθεροποιείται όλο και περισσότερο.

Η επένδυση στις θεραπευτικές σχέσεις, η μεταβίβαση του ανεπεξέργαστου ψυχικού υλικού στα πρόσωπα των θεραπειών και ο μεταβολισμός του μέσα σε ένα πολύ μητρικό και υποστηρικτικό θεραπευτικό πλαίσιο, δίνει στην Ελπίδα τη δυνατότητα να αποκτήσει σταδιακά μια προσωπικότητα με μεγαλύτερη ψυχική συνοχή και συγκρότηση. Έχει αποκτήσει ένα πιο ισχυρό Εγώ αντέχοντας περισσότερο στη ματαίωση και αντλώντας μεγαλύτερη ικανοποίηση από τον εαυτό της. Η επεξεργασία των ταυτίσεων είναι για την Ελπίδα βασικός πυλώνας για τη δόμηση σχέσεων με τους άλλους, οι οποίοι δεν αποτελούν πια πηγές ικανοποιήσεων συγχωνευτικού τύπου και πεδία επιθετικών προβολών αλλά ξεχωριστά αντικείμενα με τα οποία μπορεί να σχετιστεί και να βιώσει ευχαρίστηση. Από αυτή την περισσότερο καταθλιπτική θέση, η Ελπίδα διεργάζεται πιο αποτελεσματικά το πένθος της μητέρας και αντέχει περισσότερο να αποχωρίζεται τον άλλον. Ο ψυχισμός της είναι πιο ικανός να εγγράφεται στην συμβολική-πατρική λειτουργία και άρα να περνά στην τριαδική κατάσταση, επίτευγμα που της επιτρέπει να επενδύει και σε ερωτικές σχέσεις με το άλλο φύλο.

Ο δεσμός που κατάφερε να συνάψει με το παιδί της διαφοροποιείται από τη δική της σχέση με τη μητέρα της. Η Ελπίδα προσπαθεί καθημερινά να ανταποκρίνεται με ευαισθησία και συνέπεια στις ανάγκες του παιδιού παρέχοντάς του σταθερότητα και ασφάλεια και προσπαθώντας να μην προβάλλει σε εκείνο δικά της άγχη και επιθυμίες. Δεν επιδιώκει να ικανοποιείται ναρκισσιστικά μέσα από αυτό. Το παιδί της δε βιώνεται πια ως δική της προέκταση, ως μερικό αντικείμενο αλλά ως ξεχωριστό, ολόκληρο αντικείμενο με το οποίο μπορεί να σχετιστεί και να βιώσει ικανοποίηση δίχως να χρειάζεται να κινητοποιεί τους πρώιμους αμυντικούς μηχανισμούς της άρνησης, της σχάσης και της προβολής. Στόχος της δεν είναι η επίτευξη της τελειότητας στη σχέση με το παιδί της αλλά συνειδητά προσπαθεί καθημερινά να λειτουργεί ως «αρκετά καλή» μητέρα (Winnicott, 1953) επανορθώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την εικόνα της μητέρας μέσα της.

Βιβλιογραφία

- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2 Vol. 1). New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical application of attachment theory*. London: Routledge.
- Cassidy, J. & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-981.
- Chethik, M. (1979). The Borderline Child. In J.D. Noshpitz (Ed.), *Basic Handbook of Child Psychiatry* (Vol. 2, pp. 304-321). New York: Basic Books.

- Fonagy, P., Steele, M. & Steele, H. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
- Kernberg, F. O. (1992). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. In *Envy and Gratitude and Other Works 1946-1963*. London: Karnac Books, 1993, pp. 1-24.
- Lacan, J. (1994). 1956-1957. *Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet*. Paris: Seuil.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Εκδόσεις Άγρα: Αθήνα.
- Μάτσα, Κ. (2011). Παιδιά εξαρτημένων γονέων. Ο γονεϊκός δεσμός και οι «σημαντικοί άλλοι». *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 115, 20-25.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics and Change*. New York, Guilford Press.
- Racker, H. (1968). *Transference and counter-transference*. London: Maresfield Library.
- Siddiqui, A., Hägglöf, B., & Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 67-74.
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, 67, 1014-1027.
- Welldon, E. V. (1997). *Η σκοτεινή πλευρά της μητρότητας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena – A study of the first not-me possession. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 89-97.
- Winnicott, D. W. (2003). *Διαδικασίες Ωρίμανσης και Διευκολυντικό Περιβάλλον*. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 22, 820-843.
- Wurmser, L. (1987a). Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, I: dynamic sequences, compulsive drug use. *J. Subst. Abuse Treat.*, 4, 157-168.
- Wurmser, L. (1987b). Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, II: dynamic and therapeutic conclusions from the experiences with the psychoanalysis of drug users. *J. Subst. Abuse Treat.*, 4, 169-179.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία για την εξαρτημένη μητέρα στο Ειδικό πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων με τα παιδιά τους, στη Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής)

- Καλατζή, Μ., Κουλός, Ν., & Μικελοπούλου Κ. (2011). Η Δυναμική των Σχέσεων στο Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων με τα παιδιά τους (Μονάδα Απεξάρτησης 18 Άνω, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής). *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 116, 52-58.
- Κερασιώτη, Α., Μπιζά, Σ., Πολυχρονοπούλου, Γ., & Σφήκα, Δ. (2012). Μητρότητα στην εξάρτηση: ευκαιρία για αλλαγή ή καταδίκη/βάρος; *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 118, 34-38.

IMPLEMENTATIONS OF PRIMARY DRUG PREVENTION IN GREECE AND NETHERLANDS: A COMPARATIVE STUDY.

ANDREAS TSOUNIS¹, PSYCHOLOGIST. MSc “SOCIAL-CLINICAL PSYCHOLOGY OF ADDICTIONS AND PSYCHOSOCIAL PROBLEMS”.

DEPUTY SCIENTIFIC HEAD OF THE CENTRES FOR THE PREVENTION OF ADDICTION AND PROMOTING PSYCHOSOCIAL HEALTH MUNICIPALITY OF THESSALONIKI-OKANA.

Abstract

The subject of this article is the comparative study of prevention implementations in Greece and the Netherlands. A definition of certain basic concepts is followed by a brief presentation of the typology and the field of the interventions. Subsequently presented is the latest epidemiological data related to the use of drugs in the general and school population of the two countries. After the presentation of the main elements of the European prevention action plan, the key elements of the national strategic plans are reported, with the presentation of implementation efforts in each one of the two countries. Based on the latest data for each country, the types, the philosophy and the span of the interventions in separate fields (universal, selective, indicated) are briefly presented. Finally, an attempt of comparative assessment of interventions in both countries is made.

From when the first Generation Drug Education Programs were implemented until today, a large number of changes taken place: from challenging old myths, we are now confronting the need to overcome new challenges. The requirement of setting quality standards in the field of priorities related to demand reduction and accordingly to the preventive policies, makes it imperative to seek practices which will increase the efficiency of actions. The study and comparison of different examples, the use of findings and the identification of forcible elements and the weaknesses of applications in different countries, can contribute positively in that direction.

Key Words: Primary prevention, Greece, Netherlands, Universal interventions, Selective-indicated interventions.

¹ Contact details: 3, B. Anninou str., 54646 Thessaloniki-Greece, tel. +306972071046, e-mail: tsounis_a@yahoo.gr

ΟΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΟΥΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΛΛΑΝΔΙΑ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.

ΑΝΔΡΕΑΣ ΤΣΟΥΝΗΣ², ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ, MSc «Κοινωνική-Κλινική Ψυχολογία των Εξαρτησεων και των Ψυχοκοινωνικών Προβλημάτων», ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΔΗΜΟΥ ΘΕΣ/ΚΗΣ-ΟΚΑΝΑ.

Π ε ρ ί λ η ψ η

Σκοπός του άρθρου είναι η συγκριτική μελέτη των εφαρμογών πρόληψης σε Ελλάδα και Ολλανδία. Ξεκινώντας απ' την οριοθέτηση ορισμένων βασικών εννοιών, γίνεται μια προσπάθεια συνοπτικής παρουσίασης της τυπολογίας και του πεδίου των παρεμβάσεων. Στη συνέχεια παρατίθενται τα πιο πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν στη χρήση ουσιών στο γενικό και μαθητικό πληθυσμό των δυο χωρών. Ακολούθως, αφού παρουσιαστούν τα κύρια στοιχεία του ευρωπαϊκού σχεδίου δράσης που σχετίζονται με την πρόληψη, αναφέρονται τα βασικά στοιχεία των αντίστοιχων εθνικών στρατηγικών σχεδιασμών. Κατόπιν παρουσιάζονται οι εφαρμογές πρόληψης σε κάθε μια απ' τις δυο χώρες. Με βάση τα πιο πρόσφατα στοιχεία, αναφέρονται συνοπτικά οι τύποι, η φιλοσοφία και το εύρος των παρεμβάσεων στα ξεχωριστά πεδία (καθολικό, επικεντρωμένο, ενδεδειγμένο). Τέλος επιχειρείται η συγκριτική αξιολόγηση των παρεμβάσεων στις δυο χώρες.

Απ' τα προγράμματα πρόληψης πρώτης γενιάς έως σήμερα, έχει συντελεστεί πλήθος αλλαγών, που ξεκινώντας απ' τη διάλυση παλαιότερων μύθων, μας έφερε αντιμέτωπους με την ανάγκη υπέρβασης νέων προκλήσεων. Η απαίτηση καθορισμού ποιοτικών προτύπων στο πεδίο των προτεραιοτήτων που σχετίζονται με τη μείωση της ζήτησης και συνεπώς των πολιτικών πρόληψης, καθιστά επιτακτική την αναζήτηση των βέλτιστων πρακτικών, που θα αυξάνουν την αποτελεσματικότητα των δράσεων. Η μελέτη και σύγκριση διαφορετικών παραδειγμάτων, η αξιοποίηση των συμπερασμάτων και ο εντοπισμός τόσο των δυνατών στοιχείων, όσο και των αδυναμιών των εφαρμογών στις διαφορετικές χώρες, μπορεί να συμβάλει θετικά σ' αυτή την κατεύθυνση.

Λέξεις Κλειδιά: Πρωτογενής πρόληψη, Ελλάδα, Ολλανδία, Καθολικές παρεμβάσεις, Επικεντρωμένες-ενδεδειγμένες παρεμβάσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημαντική αύξηση του ποσοστού των νέων που πειραματίζονται ή κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και στοιχεία που σχετίζονται με τη μείωση της ηλικίας έναρξης της χρήσης, έχουν καταστήσει την πρόληψη ένα ιδιαίτερα σημαντικό πυλώνα στο πεδίο των πολιτικών αντιμετώπισης της ουσιοεξάρτησης (Κυρίτση & Τσιώτρα, 2004).

² Διεύθυνση Επικοινωνίας: Μπ. Αννίνου 3, ΤΚ 54646, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ Τηλ. 6972071046, e-mail: tsounis_a@yahoo.gr

Ωστόσο το γεγονός ότι οι δραστηριότητες πρόληψης μπορούν να έχουν το αντίθετο αποτέλεσμα εάν εκτελούνται με λανθασμένο τρόπο, έχει συμβάλει κατά τις τελευταίες δεκαετίες στην κριτική αναπροσαρμογή των εφαρμογών. Σήμερα είναι πλέον γνωστό ότι η μη σταθμισμένη πληροφόρηση καθώς και βραχυπρόθεσμα ή αποσπασματικά μέτρα, δεν είναι σε θέση να επιφέρουν ουσιαστικό αποτέλεσμα (Morgan, 2001).

Είναι πλέον ευρύτερα αποδεκτό πως οι προληπτικές παρεμβάσεις πρέπει να εμπεριέχουν τις εξής αρχές:

- Να αφορούν στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων και την αντιμετώπιση των επιβαρυντικών, καθώς και προβλημάτων που συνδέονται με τη χρήση.
- Να μην περιορίζονται στις παράνομες ουσίες, εντάσσοντας στο πεδίο τους και την ακατάλληλη χρήση νόμιμα διατιθέμενων ουσιών.
- Να προσαρμόζονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των συμμετεχόντων.
- Να βασίζονται σε διαδραστικές μεθόδους αλληλεπίδρασης, ενισχύοντας την ενεργό συμμετοχή.
- Να έχουν συγκεκριμένους, χρονικά προσδιορισμένους και μετρήσιμους ειδικούς στόχους.
- Να πλαισιώνονται από σαφώς διατυπωμένες και τεκμηριωμένες θεωρητικές υποθέσεις.
- Ο σχεδιασμός τους να περιλαμβάνει δείκτες για κάθε ειδικό στόχο, στοιχείο που συνδέεται με την δυνατότητα αποτελεσματικής αξιολόγησης (EMCDDA, 2010).

Όμως παρά την αποδοχή απ' τα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη των παραπάνω αρχών και των μεθοδολογικών δεσμεύσεων που απορρέουν απ' αυτές, οι εφαρμογές συνεχίζουν να διαφέρουν αρκετά στις διάφορες χώρες. Στη συνέχεια θα γίνει μια προσπάθεια συγκριτικής μελέτης των δράσεων πρόληψης σε Ελλάδα και Ολλανδία.

ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

Η πρόληψη έχει ως αντικείμενο την ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ή εξελικτικής επιδείνωσης μιας ασθένειας ή μιας κατάστασης. Οι ιδιαίτεροι στόχοι της σχετίζονται με τη συγκεκριμένη κάθε φορά εφαρμογή της, ανάλογα με το φαινόμενο στο οποίο αναφέρεται (Ιωαννίδη και συν., 1999).

Στην περίπτωση της ουσιοεξάρτησης αφορά στην αντιμετώπιση των παραγόντων που αυξάνουν την ευαλωτότητα του ατόμου και την ενίσχυση όσων το ενδυναμώνουν, συμβάλλοντας έτσι στην προστασία του μέσω της αποφυγής ή αναβολής της έναρξης της χρήσης και της εμφάνισης της εξάρτησης (Botvin & Griffin, 2007).

Υπ' αυτή την έννοια δεν εξαντλείται στην παροχή πληροφοριών. Αντιθέτως αξιοποιεί πλήθος τεχνικών, μεθόδων και εκπαιδευτικών διαδικασιών, υποστηρίζοντας την υιοθέτηση μιας θετικής στάσης ζωής και την ανάπτυξη δεξιοτήτων που συνδέονται με την προστασία από παράγοντες κινδύνου (Botvin & Griffin, 2007).

Στη βάση της παλαιότερης κλασικής τυπολογίας διακρίνεται σε τρία επίπεδα. Στην πρωτογενή που αναφέρεται σε παρεμβάσεις που λαμβάνουν χώρα πριν την εκδήλωση του φαινομένου, τη δευτερογενή που αποσκοπεί στη μείωση της επικράτησης του προβλήματος μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και δράσης και την τριτογενή που στοχεύει στη μείωση των συνεπειών (Cowen, 1983).

Σήμερα πλέον το επικρατέστερο πλαίσιο ταξινόμησης της πρόληψης, όπως αυτό προωθήθηκε απ' το Institute of Medicine (1994) τη διακρίνει σε καθολική (universal), επικεντρωμένη (selective) και ενδεδειγμένη (indicated). Εδώ βασικό κριτήριο της τυπολογίας είναι πλέον η ομάδα στόχος.

Οι καθολικές παρεμβάσεις στοχεύουν στο νεανικό πληθυσμό και υλοποιούνται είτε άμεσα σε παιδιά και νέους, είτε έμμεσα σε σημαντικούς ενήλικες (π.χ. εκπαιδευτικούς, γονείς κ.α.). Οι επικεντρωμένες παρεμβάσεις απευθύνονται σε συγκεκριμένες υποομάδες του νεανικού πληθυσμού με ευάλωτα χαρακτηριστικά, στις οποίες θεωρείται ότι συντρέχουν ειδικοί παράγοντες κινδύνου (π.χ. παρεμβάσεις σε παιδιά χρηστών ή αλκοολικών). Τέλος η ενδεδειγμένη πρόληψη εστιάζει στο άτομο και απευθύνεται σε όσους έχουν εκδηλώσει πρώιμα σημάδια χρήσης ουσιών ή προβλήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται μ' αυτή και έχει στόχο την έγκαιρη παρέμβαση σε προσωπικό επίπεδο (NIDA, 2003).

Σε ότι αφορά στο πλαίσιο των παρεμβάσεων οι δράσεις πρόληψης επικεντρώνονται σε τρία πεδία. Τις παρεμβάσεις στην σχολική κοινότητα που υλοποιούνται στο εκπαιδευτικό πλαίσιο εστιάζοντας στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αντίστασης, στην αλλαγή κανονιστικών πεποιθήσεων και στην ενίσχυση προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, τις παρεμβάσεις στην οικογένεια που περιλαμβάνουν την ενδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών και την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και τις παρεμβάσεις στην κοινότητα. Στις τελευταίες γίνεται προσπάθεια συνδυασμένης προσέγγισης ομάδων σε διαφορετικά πλαίσια με τρόπο που να μην είναι αποσπασματικός και με σαφή και συνεχή μετὰξὺ τους μηνύματα (NIDA, 2003).

ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΩΝ ΔΥΟ ΧΩΡΩΝ.

Η τελευταία πανελλήνια έρευνα που περιελάμβανε αντιπροσωπευτικό δείγμα γενικού πληθυσμού (ηλικίας 12-64 ετών) διενεργήθηκε από το ΕΠΙΨΥ το 2004. Αποτελεί επανάληψη ερευνών που υλοποιούνται απ' το 1984 σε μη τακτά χρονικά διαστήματα.

Σύμφωνα με τα βασικά στοιχεία της το 8,6% του πληθυσμού ηλικίας 12-64 έχει χρησιμοποιήσει έστω και μια φορά κάποια παράνομη ουσία (κυρίως κάνναβη), το 3,8% 1-2 φορές και το 4,8% τουλάχιστον 3 φορές. Τα υψηλότερα ποσοστά καταγράφονται στους άνδρες (13,3% έναντι 3,9% στις γυναίκες), στις ηλικιακές ομάδες 25-35 ετών (12,4%) και 18-24 ετών (12%), σε άτομα υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου (14,6% έναντι 10,2% και 5,4% μέσου και χαμηλού), ενώ από γεωγραφική άποψη προηγείται η Αθήνα (12,5% έναντι 7,9% στη Θεσσαλονίκη και 7,3% στις λοιπές αστικές περιοχές) (Κοκκέβη και συν. 2007).

Ο αριθμός των ατόμων που ανέφεραν χρήση παράνομων ουσιών έστω και μια φορά διπλασιάστηκε μεταξύ 1984 και 2004. Σε επίπεδο επίπτωσης της χρήσης υπάρχει μια κορύφωση στα τέλη της δεκαετίας του 90, οπότε αρχίζει να καταγράφεται αναστολή της ανοδικής τάσης. Προφανώς το φαινόμενο της εξάπλωσης των ουσιών περνά εδώ απ' τη φάση της ανάπτυξης σ' αυτή της ωρίμανσης (Κοκκέβη και συν. 2007).

Στην περίπτωση της Ολλανδίας η τελευταία εθνικής εμβέλειας έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2005, ενώ αντίστοιχες έρευνες διενεργήθηκαν το 1997 και 2001, στη βάση ωστόσο διαφορετικής μεθοδολογίας (Trimbos-instituut, 2009).

Σύμφωνα με τα στοιχεία η επικράτηση της χρήσης κάνναβης μια τουλάχιστον φορά στη ζωή στις ηλικίες 15-64 αυξήθηκε το 2005 σε σχέση με το 2001 και το 1997 (22,6%,19,5% και 19,1% αντίστοιχα). Σταθερή αύξηση παρουσίασε και η χρήση έκστασης στις αντίστοιχες περιόδους (3,4%, 3,2% και 2,3%) ενώ χωρίς ιδιαίτερες μεταβολές ήταν η χρήση αμφεταμινών (2,1%,2% και 2,2% αντίστοιχα) και LSD (1,4%, 1,2% και 1,5% αντίστοιχα). Τέλος μικρή αύξηση παρουσίασε η χρήση της ηρωίνης (0,6% το 2005 από 0,2% το 2001 και 0,3% το 1997) και διακύμανση η χρήση κοκαΐνης (2,6%, 2,1% και 3,4%) (Trimbos-instituut, 2009).

Η σύγκριση των ποσοστών των δυο χωρών στις δυο τελευταίες εθνικής εμβέλειας έρευνες δείχνει σαφώς μεγαλύτερη επικράτηση για όλες τις ουσίες στην περίπτωση της Ολλανδίας (Πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ (ΜΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΦΟΡΑ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ) ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ 15-64 ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.

Χώρα	Χρονιά διεξαγωγής έρευνας	Γεωγραφική εμβέλεια	Ηλικίες	Κάνναβη	Κοκαΐνη	Αμφεταμίνες	Έκσταση	LSD
Ελλάδα	2004	Εθνική (Πλην νησιών Αιγαίου και Ιονίου)	15-64	8,9%	0,7%	0,1%	0,4%	0,3%
Ολλανδία	2005	Εθνική	15-64	22,6%	3,4%	2,1%	4,3%	1,4%

Πηγή: Προσαρμογή από EMCDDA Statistical bulletin 2011 GPSpartii (2012f).

Αντίστοιχη είναι και η εικόνα στην περίπτωση σύγκρισης στις ηλικίες 15-34 (νέοι ενήλικες) (Πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ (ΜΙΑ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΦΟΡΑ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ) ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ 15-34 (ΝΕΟΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ) ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.

Χώρα	Χρονιά διεξαγωγής έρευνας	Γεωγραφική εμβέλεια	Ηλικίες	Κάνναβη	Κοκαΐνη	Αμφεταμίνες	Έκσταση	LSD
Ελλάδα	2004	Εθνική (Πλην νησιών Αιγαίου και Ιονίου)	15-34	10,8%	1%	0,2%	0,6%	0,4%
Ολλανδία	2005	Εθνική	15-34	32,3%	4,9%	3%	8,1%	1,5%

Πηγή: Προσαρμογή από EMCDDA Statistical bulletin 2011 GPSpartii (2012f).

Ωστόσο παρότι η επικράτηση της χρήσης παράνομων ουσιών στην περίπτωση της Ολλανδίας είναι μεγαλύτερη σε όλες τις ουσίες και για όλες τις ηλικιακές ομάδες, το ποσοστό της προβληματικής χρήσης όπως και της ενέσιμης παραμένει χαμηλότερο απ' αυτό της Ελλάδας. Έτσι ενώ στην Ελλάδα η προβληματική χρήση στις ηλικίες 15-64 αγγί-

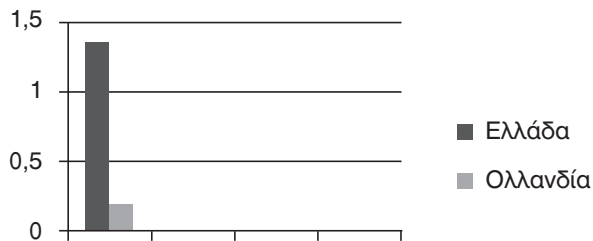
ζει το 3,2%, το αντίστοιχο της Ολλανδίας είναι 1,6%. Η ενέσιμη χρήση στις ίδιες ηλικίες είναι αντίστοιχα 1,4% και 0,2% (Σχήματα 1 και 2).

ΣΧΗΜΑ 1. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ 15-64 (ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ).



Πηγή: Προσαρμογή από EMCDDA DataSheet: Netherlands-Greece (2012a,b).

ΣΧΗΜΑ 2. ΕΝΕΣΙΜΗ ΧΡΗΣΗ ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ 15-64 (ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΑ 1000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ).

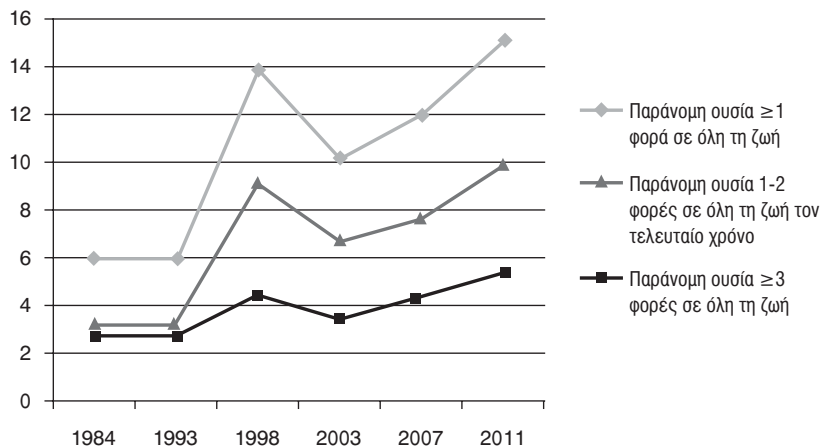


Πηγή: Προσαρμογή από EMCDDA DataSheet: Netherlands-Greece (2011a,b).

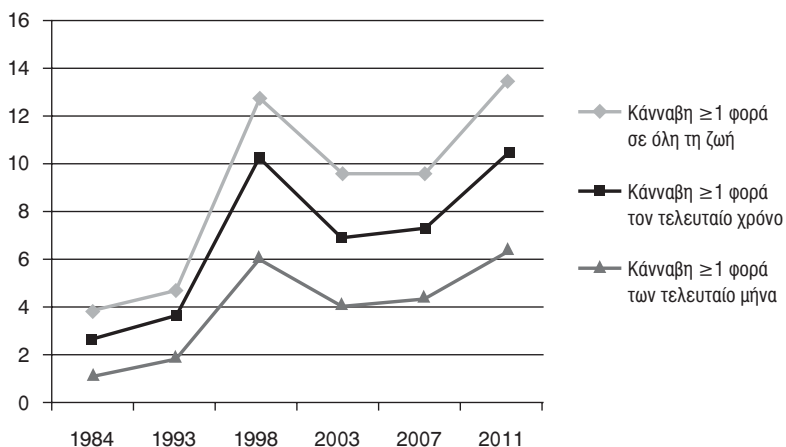
Σ'ότι αφορά στη χρήση στον μαθητικό πληθυσμό η τελευταία έρευνα στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε το 2011 στα πλαίσια της πανευρωπαϊκής έρευνας ESPAD. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της το 15,2% των μαθητών ηλικίας 15-19 έχει κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μια φορά στη ζωή του, ενώ η πλειονότητα (9,8%) έχει επαναλάβει τη χρήση τουλάχιστον τρεις φορές. Η χρήση είναι πιο διαδεδομένη στα αγόρια με μια αναλογία 2,5 προς 1 απέναντι στα κορίτσια. Επικρατέστερη παράνομη ουσία φαίνεται να είναι η κάνναβη. Συγκεκριμένα η χρήση της έστω και μια φορά αναφέρεται απ' τη μεγάλη πλειονότητα των μαθητών 15-19 ετών που έχουν δοκιμάσει παράνομες ουσίες (13,3%), καθώς και στις ηλικίες 13-14 ετών (1,7%). Πρόσφατη χρήση (έστω και μια φορά τον τελευταίο χρόνο) αναφέρει το 10,4% των μαθητών 15-19 ετών και τωρινή χρήση (κατά τον τελευταίο μήνα το 6,3% (ΕΠΙΨΥ, 2012).

Σε σχέση με τη διαχρονική εξέλιξη του φαινομένου, βλέπουμε πως η χρήση μέσα στην εικοσιπενταετία σχεδόν τριπλασιάζεται (από 6% το 1984 σε 15,3% το 2011). Μάλιστα η συστηματικότερη χρήση (3+ φορές) αυξάνεται πολύ περισσότερο απ' την απλή δοκιμή (ΕΠΙΨΥ, 2012).

Στα σχήματα 3 και 4 φαίνονται τόσο οι διαχρονικές μεταβολές στη χρήση οποιασδήποτε ουσίας όσο και στη χρήση κάνναβης.

ΣΧΗΜΑ 3. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΠΟΙΑΣΔΗΠΟΤΕ ΠΑΡΑΝΟΜΗΣ ΟΥΣΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ 15-19 ΕΤΩΝ (ΕΛΛΑΔΑ).

Πηγή: ΕΠΙΨΥ Έκθεση Αποτελεσμάτων Έρευνας ESPAD 2011 (2012).

ΣΧΗΜΑ 4. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΝΝΑΒΗΣ ΣΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ 15-19 ΕΤΩΝ (ΕΛΛΑΔΑ).

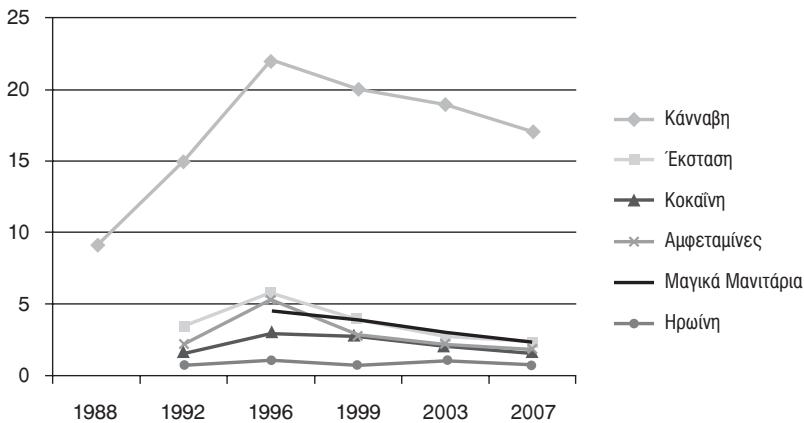
Πηγή: ΕΠΙΨΥ Έκθεση Αποτελεσμάτων Έρευνας ESPAD 2011 (2012).

Η τελευταία εθνικής εμβέλειας έρευνα στο μαθητικό πληθυσμό της Ολλανδίας πραγματοποιήθηκε επίσης στα πλαίσια της πανευρωπαϊκής έρευνας ESPAD το 2007, οπότε τα πιο πρόσφατα συγκρίσιμα στοιχεία που είναι διαθέσιμα σταματάνε σ' αυτή τη χρονιά (Trimbos-instituut, 2008).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα και στην περίπτωση της Ολλανδίας η κάνναβη αποτελεί τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη ουσία. Το 2,3% των μαθητών ηλικίας 12 ετών και το 30% ηλικίας 16 ετών έχουν κάνει χρήση κάνναβης έστω και μια φορά στη ζωή τους. Σ' ότι αφορά στις άλλες ουσίες τα ποσοστά δοκιμής είναι 2,4% για χρήση έκστασης, 1,7% για κοκαΐνη, 1,9% για αμφεταμίνες, 2,3% για μαγικά μανιτάρια και 0,8% για ηρωΐνη. Τα αντίστοιχα νούμερα επικράτησης τον τελευταίο μήνα ήταν 0,8% για έκσταση, κοκαΐνη και αμφεταμίνες, 0,6% για τα μαγικά μανιτάρια και 0,4% για την ηρωΐνη.

Σ' ότι αφορά στη διαχρονική εξέλιξη του φαινομένου, παρατηρείται αύξηση της επικράτησης σε όλη τη διάρκεια της ζωής από το 1988 έως το 1996 και μείωση από το 1996 έως το 2007, τόσο για την κάνναβη, όσο και για τις άλλες ουσίες (Σχήμα 5).

ΣΧΗΜΑ 5. ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΠΑΡΑΝΟΜΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΜΑΘΗΤΕΣ 12-18 ΕΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΟΛΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ (ΟΛΛΑΝΔΙΑ).



Πηγή: Προσαρμογή από Trimbos-instituut, (2008).

Εθνικές Στρατηγικές για την Πρόληψη - Σύγκριση με την Ευρωπαϊκή.

Οι στρατηγικοί στόχοι των χωρών αποτυπώνονται συνήθως στα εθνικά σχέδια δράσης.

Σε ότι αφορά στη συνολική ευρωπαϊκή στρατηγική το τελευταίο Ευρωπαϊκό Σχέδιο Δράσης (2008-2012) επικεντρώνεται σε δυο βασικές συνητώσεις: τη μείωση της ζήτησης και τη μείωση της προσφοράς, οι οποίες συμπληρώνονται από τρία οριζόντια θέματα, το συντονισμό, τη διεθνή συνεργασία και ενημέρωση και την έρευνα και αξιολόγηση (Council of Europe, 2008).

Ειδικότερα για την πρόληψη η οποία εντάσσεται στον άξονα προτεραιοτήτων που σχετίζονται με τη μείωση της ζήτησης, το σχέδιο προβλέπει ενέργειες για την προαγωγή καινοτομιών και τη συστηματική εφαρμογή καθολικών προγραμμάτων που έχουν αξιολογηθεί, ενώ θεωρείται αναγκαία η περαιτέρω ανάπτυξη της ενδεικτικής πρόληψης για ομάδες

υψηλού κινδύνου. Επίσης στα πλαίσια του στόχου ενίσχυσης της ποιότητας προτείνεται η κατάρτιση, εφαρμογή και ανταλλαγή κατευθυντηρίων γραμμών για τις βέλτιστες πρακτικές και το ποιοτικά πρότυπα των παρεμβάσεων. Μάλιστα για το τελευταίο τίθεται συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα έως το 2012, εντός του οποίου πρέπει να έχει επιτευχθεί συναίνεση σε ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με τα ελάχιστα ποιοτικά κριτήρια και πρότυπα (Council of Europe, 2008).

Για τις περισσότερες από τις παραπάνω προτεινόμενες δράσεις δεν υπάρχει συγκεκριμένος σχεδιασμός ούτε ακριβής χρονικός ορίζοντας με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αξιολογηθεί επαρκώς η πορεία τους. Επίσης ακόμη και σε ότι έχει να κάνει με το σκέλος των προτύπων ποιότητας και συνεπώς διαπίστευσης των μεθοδολογικών προτύπων των παρεμβάσεων, όπου προσδιορίστηκαν χρονικά όρια, υπάρχει ακόμη αρκετή απόσταση που πρέπει να καλυφθεί. Στην ενδυνάμωση ωστόσο της κοινής γλώσσας και της αποδοχής μιας κοινής αντίληψης πάνω σε κρίσιμες παραμέτρους συνέβαλε σημαντικά η σύνταξη του εγχειριδίου PERK το 2010.

Το PERK (Prevention and Evaluation Resources Kit) εμπεριέχει βασικές αρχές γύρω απ' το θεωρητικό υπόβαθρο και τους όρους σχεδιασμού και αξιολόγησης των προληπτικών παρεμβάσεων. Αποτελεί ένα ανοιχτό εργαλείο που χωρίς να απαντά σε όλα τα ζητήματα έχει ως στόχο την υποστήριξη τόσο αυτών που χαράζουν τη στρατηγική της πρόληψης, όσο και των επαγγελματιών του συγκεκριμένου πεδίου που αναπτύσσουν τις παρεμβάσεις. Σύμφωνα και με την εισηγητική έκθεση για την ανάγκη δημιουργίας του, συνιστά μια προσπάθεια καθορισμού κοινής γλώσσας γύρω απ' τις βασικές αρχές που πρέπει να χαρακτηρίζουν τις παρεμβάσεις και την αξιολόγησή τους (EMCDDA, 2010).

Το ελληνικό Εθνικό Σχέδιο δράσης για τα ναρκωτικά (2008-2012) από την άλλη, προβλέπει για την ενίσχυση του άξονα της πρόληψης δέκα επιμέρους δράσεις. Πιο συγκεκριμένα προβλέπει: την εθνική εκστρατεία πρόληψης, τη συγκρότηση εθνικού δικτύου μέσω της μετεξέλιξης των Κέντρων Πρόληψης, την προώθηση της Αγωγής Υγείας στα σχολεία, τη συγκρότηση ειδικών γραφείων πληροφόρησης σε όλα τα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, την συνέχιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε γονείς, τη δημιουργία εθνικού δικτυακού τόπου για τις εξαρτήσεις, την συγκρότηση προγραμμάτων πρόληψης στο δρόμο, τη δημιουργία προγράμματος τηλε-συμβουλευτικής και την προώθηση παρεμβάσεων σε κοινωνικά ευπαθείς ομάδες (ΥΥΚΑ, 2008).

Ωστόσο τέσσερα χρόνια μετά την εκπόνησή του το Εθνικό Σχέδιο Δράσης παρέμεινε ένα "σχέδιο επί χάρτου". Εκτός των εφαρμογών που βρισκόταν ήδη σε εξέλιξη δεν υλοποιήθηκε καμία απ' τις νέες προτεινόμενες δράσεις ούτε καν σε επίπεδο πιο προχωρημένου λειτουργικού σχεδιασμού, καθώς ακόμη και ο βασικός φορέας υλοποίησης, το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, δεν συγκροτήθηκε ποτέ.

Στην περίπτωση της Ολλανδίας τέλος δεν υπάρχει κάποιο εθνικό σχέδιο δράσης σε εξέλιξη. Οι στρατηγικές στην αντιμετώπιση των ναρκωτικών εστιάζονται κυρίως στον επαναπροσδιορισμό του νομικού πλαισίου και στην αναμόρφωση ορισμένων στοιχείων του μέσα από διορθωτικές κινήσεις (Trimbos-instituut, 2011).

Το κύριο χαρακτηριστικό της ολλανδικής πολιτικής πρόληψης είναι η έμφαση στην προαγωγή υγείας γενικότερα. Πραγματοποιούνται δράσεις που αποσκοπούν στην ενημέρωση των νέων, είτε μέσα από μαζικές εκστρατείες, είτε μέσω του βασικού προγράμματος

πρόληψης που υλοποιείται στο εκπαιδευτικό σύστημα (The Healthy School and Drugs), στο οποίο συμμετέχουν πάνω απ' τα μισά σχολεία της χώρας. Όμως αν και οι δραστηριότητες απευθύνονται στο ευρύ κοινό, η έμφαση μετατοπίζεται σταδιακά προς τους νέους από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα και σε στοχευμένες δραστηριότητες, όπως παρεμβάσεις σε χώρους ψυχαγωγίας (Government of the Netherlands, 2012; EMCDDA, 2012c).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ολλανδία μαζί με την Αυστρία είναι οι μοναδικές από τις τριάντα χώρες που συμμετέχουν στο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο που δεν έχουν εκπονήσει κάποιο Εθνικό Σχέδιο Δράσης στα πρότυπα των υπολοίπων χωρών.

Εφαρμογές Πρόληψης στην Ελλάδα

Ο κύριος φορέας υλοποίησης παρεμβάσεων πρόληψης στην Ελλάδα είναι το δίκτυο των 71 Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας που λειτουργεί στα πλαίσια της συνεργασίας του Ο.ΚΑ.ΝΑ. με την τοπική αυτοδιοίκηση και τοπικούς φορείς. Παρεμβάσεις υλοποιούνται επίσης από το Υπουργείο Παιδείας μέσω των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και από άλλους φορείς του χώρου των εξαρτήσεων και της υγείας, όπως το ΚΕΘΕΑ, τη μονάδα "18ΑΝΩ" του Ψ.Ν.Α., το Πρόγραμμα "ΑΡΓΩ" του Ψ.Ν.Θ., το Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περιθάλψης, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, εθελοντικές οργανώσεις και δυο φορείς της εκκλησίας. Στη συνέχεια θα παρουσιαστεί κυρίως το έργο των 71 Κέντρων Πρόληψης, καθώς και των κυριότερων παρεμβάσεων άλλων φορέων.

Ξεκινώντας απ' τις καθολικές παρεμβάσεις αξίζει να επισημανθεί ότι η υλοποίηση δράσεων στη σχολική κοινότητα αποτελεί πάγια προτεραιότητα της πρόληψης στην Ελλάδα τόσο σε επίπεδο χάραξης πολιτικής, όσο και σε επίπεδο εφαρμογών. Κατά το σχολικό έτος 2009-2010 συμμετείχαν σε παρεμβάσεις το 2,7% των σχολείων, το 0,3% των εκπαιδευτικών και το 1% των μαθητών στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση και το 10,2%, το 0,2% και το 2,3% αντίστοιχα στη δευτεροβάθμια. Σε σχέση με το προηγούμενο έτος παρατηρήθηκε μικρή αύξηση, ωστόσο η συμμετοχή της σχολικής κοινότητας είναι μικρότερη απ' τα προηγούμενα χρόνια (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μειωμένη συμμετοχή της σχολικής κοινότητας σε προγράμματα αγωγής υγείας, όχι μόνο στο θέμα της πρόληψης των εξαρτήσεων αλλά και γενικότερα. Βασική αιτία για κάτι τέτοιο θεωρείται και η μη στήριξη των προγραμμάτων από ευρωπαϊκές χρηματοδοτήσεις, κάτι που λειτουργούσε θετικά παλαιότερα (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Το μεγαλύτερο μέρος των παρεμβάσεων εντάσσονται στο πλαίσιο των προγραμμάτων αγωγής υγείας του υπουργείου παιδείας, όπου στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση υλοποιούνται εντός της ευέλικτης ζώνης, ενώ στη δευτεροβάθμια εκτός ωρολογίου προγράμματος. Και στις δυο περιπτώσεις οι μαθητές και οι εκπαιδευτικοί συμμετέχουν σε εθελοντική βάση. Το περιεχόμενο των προγραμμάτων δεν έχει απλά ενημερωτικό χαρακτήρα. Με τη χρησιμοποίηση πλήθους εκπαιδευτικών υλικών, πολλά απ' τα οποία έχουν δημιουργηθεί απ' τα ίδια τα κέντρα πρόληψης, πραγματοποιούνται βιωματικά σεμινάρια, με στόχο την ενδυνάμωση του παιδαγωγικού ρόλου των εκπαιδευτικών, καθώς και την ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων και των προστατευτικών παραγόντων απέναντι στην εξάρτηση στο μαθητικό πληθυσμό (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Καθολικές δράσεις πραγματοποιούνται επίσης στην οικογένεια μέσα από δυο τύπους παρεμβάσεων: τις δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, που συνιστούν βραχείες ανοιχτές μεμονωμένες ή επαναλαμβανόμενες συναντήσεις με γονείς σε θέματα πρόληψης και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και τις δράσεις εκπαίδευσης (ομάδες/σχολές γονέων), που αποτελούν ομάδες βιωματικού χαρακτήρα με κύριους στόχους τη βελτίωση της επικοινωνίας στην οικογένεια και την υποστήριξη των γονέων στο ρόλο τους.

Κατά το έτος 2010 πραγματοποιήθηκαν συνολικά 149 ομάδες ενημέρωσης-ευαισθητοποίησης με 4037 συμμετέχοντες και 317 παρεμβάσεις εκπαίδευσης (σχολές γονέων) με 4539 συμμετέχοντες. Κατά την τελευταία πενταετία παρατηρείται ανοδική πορεία σε ότι αφορά στη συμμετοχή γονέων σε παρόμοιες δράσεις (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Τέλος καθολικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται και στην κοινότητα. Ομάδες στόχοι είναι κυρίως εθελοντές, εργαζόμενοι στα σώματα ασφαλείας και τις ένοπλες δυνάμεις, επαγγελματίες υγείας, καθώς και άλλοι επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με νέους (π.χ. ομαδάρχες σε κατασκηνώσεις, ιερείς κ.ά.).

Η επικεντρωμένη πρόληψη στην Ελλάδα είναι αρκετά περιορισμένη σε σχέση με την καθολική. Το 2010 πραγματοποιήθηκαν 9 παρεμβάσεις με συμμετοχή 395 μαθητών από 10 σχολεία και 34 εκπαιδευτικών από 3 σχολεία με επικεντρωμένο χαρακτήρα σε νέους σε πειραματική χρήση, ψυχοκοινωνικά προβλήματα ή προβλήματα χαμηλής απόδοσης. Ταυτόχρονα πραγματοποιήθηκαν εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε νέους από πολιτισμικά διαφοροποιημένες ομάδες, και συγκεκριμένα 2 στη Θράκη σε μαθητές αθιγγανικής καταγωγής από κέντρα πρόληψης και μια παρέμβαση σε παιδιά μεταναστών από τον τομέα πρόληψης του ΚΕΘΕΑ στην Αθήνα. Μικρή ήταν και η συμμετοχή σε επικεντρωμένες παρεμβάσεις στην οικογένεια, όπου πραγματοποιήθηκαν ομάδες μονογονεϊκών οικογενειών, οικογενειών διαπολιτισμικά διαφοροποιημένων ομάδων και μεταναστών (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Πραγματοποιήθηκε επίσης μικρός αριθμός επικεντρωμένων δράσεων σε ιδρύματα, κέντρα φιλοξενίας, όπως επίσης και δράσεις στο πλαίσιο του ποινικού/σωφρονιστικού συστήματος, κυρίως από το ΚΕΘΕΑ. Συγκεκριμένα η μονάδα ΙΚΑΡΟΣ πραγματοποίησε παρεμβάσεις στο γυμνάσιο των Φυλακών Ανηλίκων Αυλώνα, ενώ υπήρξε και εκπαίδευση σε δικαστικούς επιμελητές ανηλίκων στην Αθήνα (ΚΕΘΕΑ, 2011).

Σημαντική είναι και η επικεντρωμένη παρέμβαση «Ενίσχυση του Παιδιού κατά το Μεταβατικό Στάδιο από το Δημοτικό στο Γυμνάσιο» που υλοποιείται απ' το 2008 στην Αθήνα απ' το ΚΕΘΕΑ. Το πρόγραμμα υποστηρίζει παιδιά 11-15 ετών από μη προνομιούχες οικογένειες σε επιβαρυσμένες κοινωνικά περιοχές της πρωτεύουσας. Ειδικοί στόχοι του είναι η πρόληψη της παραβατικότητας, της χρήσης ουσιών και της σχολικής διακοπής (ΚΕΘΕΑ, 2012).

Σ' ότι αφορά στην ενδεδειγμένη πρόληψη, τα κέντρα πρόληψης σε συνεργασία με τα σχολεία της περιοχής τους παρέχουν υπηρεσίες συμβουλευτικής σε μαθητές μετά από σχετικό αίτημα. Το 2010 υποστηρίχθηκαν 152 μαθητές πανελλαδικά. Επίσης ενδεδειγμένη παρέμβαση θεωρείται η ανταπόκριση σε αιτήματα της κοινότητας (π.χ. γονείς παιδιών που εμφανίζουν προβληματικές συμπεριφορές), όπου κατά το 2010 τα κέντρα πρόληψης δέχτηκαν πάνω από 3400 άτομα. Την ίδια στιγμή η μονάδα ΙΚΑΡΟΣ του ΚΕΘΕΑ παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη σε νέους από ομάδες υψηλού κινδύνου που παραπέμπονται κυρίως από δικαστικούς επιμελητές και άλλους συνεργαζόμενους φορείς (ΕΚΤΕΠΝ, 2011; ΚΕΘΕΑ, 2012).

Εφαρμογές Πρόληψης στην Ολλανδία

Στην Ολλανδία οι πολιτικές και οι εφαρμογές πρόληψης συντονίζονται απ' το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού. Η έρευνα συντελείται κυρίως από το Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction), σε συνεργασία με άλλους φορείς, όπως πανεπιστήμια. Το Trimbos-instituut υποστηρίζει επιστημονικά τις δράσεις πρόληψης, που υλοποιούνται τοπικά από τους δήμους σε συνεργασία με τα σχολεία και τοπικά παραρτήματα οργανισμών που ασχολούνται με τις εξαρτήσεις και την ψυχική υγεία (Trimbos-instituut, 2011).

Η καθολική πρόληψη συντελείται εντός του σχολείου μέσω του προγράμματος “Healthy School and Drugs” και εκτός του σχολικού πλαισίου μέσω των προγραμμάτων “Going Out, Alcohol and Drugs” και “Alcohol and Prevention” (EMCDDA, 2012c).

Το “Healthy School and Drugs” παραμένει εδώ και πολλά χρόνια ο βασικός πυλώνας πρόληψης στο σχολείο και υλοποιείται στο 64%-73% των σχολείων στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Περιλαμβάνει πλήθος ενημερωτικών διαλέξεων πάνω στο αλκοόλ τον καπνό και την κάνναβη, που υποστηρίζονται από στοχευμένες δράσεις που αφορούν σε γονείς και παιδιά (π.χ. εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, ενίσχυση αυτοεκτίμησης, αντίσταση στην επιρροή συνομηλίκων κ.ά.). Στα πλαίσια της εφαρμογής εμπεριέχεται ο έγκαιρος εντοπισμός και η υποστήριξη παιδιών που αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης ουσιών. Εφαρμόζεται έχοντας ορισμένες παραλλαγές, ανάλογα με τον εκάστοτε τοπικό φορέα υλοποίησης, ενώ έχει αξιολογηθεί αρκετές φορές στο παρελθόν (OJJDP, 2012).

Επιπλέον στα πλαίσια του παραπάνω προγράμματος αναπτύχθηκε η εφαρμογή “Preventing Heavy Alcohol Use in Adolescents” (PAS). Είναι πρόγραμμα που έχει αξιολογηθεί στο παρελθόν και βασίστηκε σε αντίστοιχη παρέμβαση στη Σουηδία (Koning et al., 2009).

Εκτός σχολικού πλαισίου υλοποιούνται σειρά παρεμβάσεων με πιο εκτεταμένη το πρόγραμμα “Alcohol and Education”. Κύριος σκοπός του είναι ο δραστικός περιορισμός της κατανάλωσης αλκοόλ σε ηλικίες μικρότερες των 16 ετών. Πρόκειται για μια συνδυασμένη εκστρατεία; ενημέρωσης μέσω έντυπου υλικού και οπτικοακουστικών μηνυμάτων και την παράλληλη λειτουργία εργαστηρίων σε γονείς παιδιών που αντιμετωπίζουν προβλήματα (Trimbos-instituut, 2009).

Σε επίπεδο επικεντρωμένης πρόληψης έχει επίσης αναπτυχθεί σειρά προγραμμάτων. Το “Dutch Strengthening Families Program” εστιάζει σε παιδιά που οι γονείς τους αντιμετωπίζουν προβλήματα χρήσης. Ωστόσο η έκταση του είναι ακόμη περιορισμένη, γεγονός που δεν έχει επιτρέψει μέχρι στιγμής την αξιολόγησή του (Trimbos-instituut, 2009).

Ταυτόχρονα υλοποιείται και ένα πρόγραμμα που η αρχική του εφαρμογή έχει γίνει στην Αυστραλία, το Triple-P (Positive Pedagogical Program). Στόχος του είναι η προώθηση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας σε οικογένειες που αντιμετωπίζουν προβλήματα ενισχύοντας τη θετική λειτουργία τους. Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος στη μείωση της περιστασιακής χρήσης μένει να μελετηθεί, αν και η εφαρμογή του σε αρκετές χώρες με διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια έχει ως τώρα δείξει θετικά αποτελέσματα (Trimbos-instituut, 2010).

Η επικεντρωμένη πρόληψη περιλαμβάνει επίσης παρεμβάσεις σε νέους στο δρόμο και σε χώρους διασκέδασης. Τα εν λόγω προγράμματα υλοποιούνται κυρίως από Μ.Κ.Ο. σε συνεργασία με κρατικές υπηρεσίες (EMCDDA, 2012c).

Με στόχο την ανάδειξη καλών πρακτικών που σχετίζονται τόσο με την καθολική, όσο και την επικεντρωμένη πρόληψη, τον Οκτώβριο του 2010 ιδρύθηκε το Centre Safe and Healthy Nightlife ως αποτέλεσμα της συνεργασίας του Ινστιτούτου Trimbos και του Ολλανδικού Κέντρου Ασφάλειας και Πρόληψης της Εγκληματικότητας. Κύριος στόχος του είναι η συλλογή και επεξεργασία επιστημονικών δεδομένων, ώστε να προωθηθεί ο σχεδιασμός τοπικών πολιτικών στην παρέμβαση σε χώρους νυχτερινής διασκέδασης (Trimbos-instituut, 2011).

Στο πεδίο της ενδεδειγμένης πρόληψης συντελείται επίσης σειρά παρεμβάσεων που εστιάζουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Στη βάση ερευνών που έχουν δείξει ότι ορισμένες συναισθηματικές και μαθησιακές διαταραχές, όπως η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, συνδέονται με χρήση ουσιών και αυξημένη ροπή εγκληματικότητας, έχουν σχεδιαστεί παρεμβάσεις στο συγκεκριμένο πληθυσμό (Trimbos-instituut, 2010).

Το “Parent Management Training Oregon” (PTMO) υλοποιείται σε γονείς με παιδιά ηλικίας 4-12 ετών που αντιμετωπίζουν διαταραχή ελλειμματικής προσοχής. Εφαρμόζονται τεχνικές ενδυνάμωσης θετικών συμπεριφορών και διαχείρισης και αποφυγής αρνητικών (Trimbos-instituut, 2010).

Ένα δεύτερο πρόγραμμα είναι το “Coping Power Program”. Αποτελεί συνδυασμό γνωστικό-συμπεριφοριστικών θεραπειών σε γονείς και παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής (Zonneville-Benderetal, 2007).

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των δράσεων πρόληψης στην Ολλανδία είναι η εκτεταμένη αξιοποίηση ηλεκτρονικών και διαδικτυακών εφαρμογών. Στην καθολική πρόληψη έχουν αναπτυχθεί ηλεκτρονικά μοντέλα και εργαλεία εντός του προγράμματος “Healthy School and Drugs”. Αξιοποίηση του διαδικτύου υπάρχει και στις επικεντρωμένες δράσεις, ενώ προγράμματα συμβουλευτικής μέσω διαδικτύου υπάρχουν και σε επίπεδο ενδεδειγμένης πρόληψης. Ταυτόχρονα μέσω διαφόρων ιστοσελίδων παρέχεται στοχευμένη ενημέρωση σε ομάδες πληθυσμού, όπως έφηβοι, γονείς και άτομα που πειραματίζονται με ουσίες (Trimbos-instituut, 2010).

Τέλος διαχρονική είναι η διενέργεια μαζικών εκστρατειών ενημέρωσης που υλοποιούνται συνεχώς απ’ τα μέσα της δεκαετίας του 90. Η τελευταία μεγάλης έκτασης εκστρατεία υλοποιείται απ’ τον Ιανουάριο του 2010 και έχει τίτλο: “Smoking, Alcohol and Cannabis Education: Advice and Support to Parents”. Έχει ως στόχο γονείς με παιδιά 10-16 ετών και επικεντρώνεται στην ανάγκη περιορισμού της χρήσης αλκοόλ σε ηλικίες κάτω των 16. Για το 2011 σχεδιάστηκε μια ακόμη μαζική εκστρατεία με επίκεντρο τη διαχείριση της πίεσης των συνομήλικων στους εφήβους (Trimbos-instituut, 2011).

Συγκριτική Αξιολόγηση των Παρεμβάσεων στις δυο χώρες

Μελετώντας κανείς το εύρος και τον προσανατολισμό των εφαρμογών στις δυο χώρες τα προηγούμενα χρόνια διακρίνει ένα κυρίαρχο προσανατολισμό προς τις καθολικές παρεμβάσεις με κύριο χώρο το σχολικό πλαίσιο. Ωστόσο υπάρχουν και ουσιαδεις διαφορές.

Στην περίπτωση της Ολλανδίας η ένταξη των παρεμβάσεων στο σχολικό κύκλο έχει οργανικό χαρακτήρα. Το ίδιο το σχολείο αποτελεί στην ουσία το πρώτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών και οι τοπικές υπηρεσίες των δήμων το δεύτερο. Ο συντονισμός σε εθνικό επίπεδο διαφυλάσσει την συνέχεια στην παροχή υπηρεσιών (OJJDP, 2012).

Στην Ελλάδα αντιθέτως ο συντονισμός των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας παρουσιάζει έντονες ασυνέχειες. Οι δράσεις βασίζονται κατά πολύ στις σχέσεις και τις συνεργασίες που έχουν αναπτυχθεί ανάμεσα στα Κέντρα Πρόληψης και τις κατά τόπους διευθύνσεις των σχολείων γεγονός που αποδυναμώνει τον ενιαίο σχεδιασμό και συντονισμό.

Ωστόσο η υπουργική απόφαση υπ. αριθμ. 24146/Γ7/28.2.2011 (ΦΕΚ Β/434/17.3.2011) φιλοδοξεί να διευκολύνει το μελλοντικό συντονισμό ενισχύοντας τους άξονες συνεργασίας ανάμεσα στις περιφερειακές και τοπικές διευθύνσεις της εκπαίδευσης, τα γραφεία Αγωγής Υγείας και τους εκπαιδευτικούς.

Ένας ακόμη ανασχετικός παράγοντας για τις δράσεις στην εκπαίδευση είναι το γεγονός ότι η Αγωγή Υγείας στα πλαίσια της οποίας εντάσσεται η πλειοψηφία των προληπτικών παρεμβάσεων, είναι εκτός ωρολογίου προγράμματος στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και στην ευέλικτη ζώνη στην πρωτοβάθμια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αποσπασματική υλοποίηση προγραμμάτων, ιδιαίτερα στο γυμνάσιο και το λύκειο.

Όλα αυτά σχετίζονται σ' ένα βαθμό με τη διαφορά στο εύρος των παρεμβάσεων στις δυο χώρες. Έτσι ενώ στην Ολλανδία τα προγράμματα αγκαλιάζουν το 60-70% των σχολείων στην Ελλάδα το ποσοστό είναι αισθητά χαμηλότερο. Ωστόσο στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί ότι μεγάλο μέρος των εφαρμογών στην Ολλανδία έχει ενημερωτικό χαρακτήρα, ενώ οι παρεμβάσεις που καταγράφονται στην ετήσια έκθεση που αφορά στην Ελλάδα είναι κατά κύριο λόγο συνολικότερες βιωματικές προσεγγίσεις με εργαστήρια που απαιτούν υψηλότερο βαθμό εμπλοκής απ' την πλευρά των μαθητών και των εκπαιδευτικών.

Στην περίπτωση της Ολλανδίας υπάρχει επίσης εκτεταμένη χρήση ηλεκτρονικών εφαρμογών (e-modules), όπως και ευρεία αξιοποίηση του διαδικτύου. Έτσι ενώ στη χώρα μας η χρήση του περιορίζεται στην ενημέρωση, στην Ολλανδία εκτός των ενημερωτικών ιστοσελίδων υπάρχουν εφαρμογές διαδραστικού χαρακτήρα, όπως τηλε-συμβουλευτική (Trimbos-instituut, 2010).

Σ' ότι αφορά στα εκπαιδευτικά υλικά της πρόληψης και στις δυο χώρες χρησιμοποιούνται εφαρμογές που πριν έχουν υλοποιηθεί αλλού, κατόπιν προσαρμογής στο κοινωνικό-πολιτισμικό πλαίσιο της χώρας, ενώ υπάρχουν αρκετές παραλλαγές των βασικών υλικών, ανάλογα με τον εκάστοτε φορέα υλοποίησης. Ωστόσο οι όποιες προσαρμογές στην Ολλανδία υποστηρίζονται ουσιαστικότερα μέσα από διαδικασίες αξιολόγησης, ζήτημα το οποίο αποτελεί κομβικό σημείο.

Οι διαδικασίες αξιολόγησης της πρόληψης στην Ελλάδα χρειάζονται ενίσχυση. Μέχρι στιγμής δεν έχουν διεξαχθεί συντονισμένες μελέτες, ενώ η αξιολόγηση των δράσεων βασίζεται κυρίως σε ερωτηματολόγια συμμετεχόντων και παρατηρήσεις των επαγγελματιών, που εστιάζουν κυρίως στην έκταση και την αποδοχή της παρέμβασης και όχι στην επίτευξη των στόχων (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Αντίθετα στην περίπτωση της Ολλανδίας τόσο τα βασικά προγράμματα όπως το "Healthy School and Drugs", όσο και άλλες επικεντρωμένες ή ενδεδειγμένες εφαρμογές, όπως το TripleP, είτε έχουν αξιολογηθεί, είτε βρίσκονται σε διαδικασία αξιολόγησης.

Η αξιολόγηση αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική διαδικασία που αφενός συμβάλει στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας και αφετέρου οδηγεί σε στοχευμένες αλλαγές βάσει τεκμηριωμένων συμπερασμάτων. Ο σχεδιασμός των μελετών αξιολόγησης στην Ολλανδία,

όπως μπορεί να διαπιστώσει κανείς σε σειρά ερευνητικών πρωτοκόλλων, συνδέει τα αποτελέσματα με συγκεκριμένους ειδικούς στόχους, ενώ επιχειρεί να υπερβεί τους περιορισμούς που συχνά έχουν οι μελέτες που αφορούν στην πρόληψη, μέσω της προσεκτικής στάθμισης και της αντιπροσώπευσης του δείγματος και των επαναλαμβανόμενων σε βάθος χρόνου follow-up που σχετίζονται με την μέτρηση ειδικών παραμέτρων. Σκοπός τους είναι η όσο το δυνατόν πιο τεκμηριωμένη συναγωγή συμπερασμάτων στη βάση μετρήσιμων αλλαγών ως αποτελέσματα της εφαρμογής των προληπτικών προγραμμάτων σε καθολικό ή επικεντρωμένο πεδίο όπου οι περιορισμοί είναι εντονότεροι (Malmbergetal, 2010; Lammersetal, 2011)

Η Ολλανδία άλλωστε υπερέχει και στο πεδίο των μελετών πάνω στην πρόληψη. Αναζητώντας κανείς τον αριθμό δημοσιευμένων μελετών για το 2010 συναντά 2 δημοσιευμένες μελέτες για την καθολική, 6 για την επικεντρωμένη και καμία για την ενδεδειγμένη. Στην Ελλάδα αντίστοιχα τα νούμερα είναι μηδενικά. Συγκρίνοντας τις επιδόσεις των δυο χωρών διαπιστώνουμε πως στην περίπτωση της καθολικής και της επικεντρωμένης πρόληψης η Ολλανδία βρίσκεται πάνω απ' τον αντίστοιχο μέσο όρο της Ε.Ε. όπου τα νούμερα είναι αντίστοιχα 0,8, 0,6 και 0,2. Στο σημείο αυτό φαίνεται ωστόσο πως το ερευνητικό ενδιαφέρον παραμένει συνολικά χαμηλό για τα ζητήματα πρόληψης, έστω και αν σε επίπεδο πολιτικών διακηρύξεων θεωρείται βασικός πυλώνας της αντιναρκωτικής πολιτικής (EMCDDA, 2012d; EMCDDA, 2012e).

Την ίδια ώρα η Ολλανδία υπερέχει στον αριθμό των επικεντρωμένων και ενδεδειγμένων παρεμβάσεων. Σίγουρα και στην Ολλανδική περίπτωση το εύρος είναι περιορισμένο σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες. Ωστόσο παρουσιάζει μεγαλύτερη ανάπτυξη ενώ η επιλογή των παρεμβάσεων στηρίζεται σε ερευνητικά δεδομένα, όπως στη περίπτωση των προγραμμάτων “Parent Management Training Oregon” και “Coping Power Program”, γεγονός που ενισχύει την τεκμηρίωση και τις προσδοκίες γύρω απ' τα δυνητικά αποτελέσματα (Zonneville-Benderetal, 2007; Trimbos-instituut, 2010).

Το κενό στη συγκεκριμένη περίπτωση στο ελληνικό χώρο είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα της έλλειψης συντονισμένης πολιτικής. Οι ανεπάρκειες σε επίπεδο κεντρικού σχεδιασμού περιορίζουν τη συντονισμένη έρευνα ευρείας κλίμακας που είναι απαραίτητη για την τελική εκπόνηση του σχεδιασμού των παρεμβάσεων, στη βάση συγκεκριμένων προτεραιοτήτων.

Μια ιδιαίτερα σημαντική διαφοροποίηση στο πεδίο της επικεντρωμένης πρόληψης είναι και η έλλειψη στην Ελλάδα συστηματικών παρεμβάσεων στους χώρους διασκέδασης και ψυχαγωγίας. Αντίθετα την Ολλανδία τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερο βάρος σ' αυτό τον τομέα (ΕΚΤΕΠΝ, 2011; EMCDDA, 2012c).

Τέλος σε σχέση με τις μαζικές εκστρατείες ενημέρωσης, στην περίπτωση της Ολλανδίας υπάρχουν συστηματικές καμπάνιες στα Μ.Μ.Ε. ήδη από τη δεκαετία του 90. Στην Ελλάδα απ' την άλλη πλευρά οι ενημερωτικές εκστρατείες έχουν αποσπασματικό χαρακτήρα, που βασίζεται κυρίως σε συνεργασίες ορισμένων Κέντρων Πρόληψης με τοπικά ή εθνικής εμβέλειας Μ.Μ.Ε.

Η συνοπτική παρουσίαση που αφορά στο προφίλ των πολιτικών πρόληψης των δυο χωρών στη βάση των εκτιμήσεων των εθνικών εμπειρογνομόνων παρουσιάζεται στους πίνακες 3, 4 και 5.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΠΑΡΟΧΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΘΟΛΙΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ

	<i>Ελλάδα</i>	<i>Ολλανδία</i>
Παρεμβάσεις ειδικά για Κορίτσια	Ανύπαρκτη	Σπάνια
Παρεμβάσεις ειδικά για Αγόρια	Ανύπαρκτη	Σπάνια
Δραστηριότητες για Γονείς	Εκτενής	Σπάνια
Δραστηριότητες μέσω Ομάδων ομηλίκων (PeertoPeer)	Σπάνια	Σπάνια
Δημιουργικές Δραστηριότητες Εκτός Σχολικού Προγράμματος	Περιορισμένη	Σπάνια
Έλεγχος για το αν Κάνουν Χρήση Μαθητές	Ανύπαρκτη	Σπάνια
Ημέρες Ενημέρωσης για τα Ναρκωτικά	Σπάνια	Σπάνια
Ομιλίες από Εκπροσώπους Αστυνομίας	Σπάνια	Ανύπαρκτη
Άλλοι- Εξωτερικοί Ομιλητές	Σπάνια	Περιορισμένη
Μόνο Πληροφόρηση για τα Ναρκωτικά (Χωρίς ανάπτυξη Κοινωνικών Δεξιοτήτων κ.τ.λ.)	Πλήρης	Σπάνια
Ολιστικές Παρεμβάσεις	Εκτενής	Σπάνια
Αριθμός Δημοσιευμένων Μελετών	0	2
Επίπεδο Αξιολόγησης	Χαμηλό	Χαμηλό

Σημείωση: Ο όρος «παροχή» αναφέρεται στη γενική και τη γεωγραφική κατανομή των παρεμβάσεων και διαβαθμίζεται ως εξής: α) πλήρης, παρέχεται σε όλες σχεδόν τις συναφείς περιοχές (περιοχές με αρκετό πληθυσμό-στόχο για την υλοποίηση της παρέμβασης), β) εκτενής, παρέχεται στις περισσότερες αλλά όχι σε όλες τις συναφείς περιοχές, γ) περιορισμένη, παρέχεται σε αρκετές συναφείς περιοχές αλλά όχι στις περισσότερες, δ) σπάνια, παρέχεται μόνο σε μικρό αριθμό συναφών περιοχών, ε) ανύπαρκτη, δεν παρέχεται η παρέμβαση.

Πηγή: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου Reitox, EMCDDA (2012d,e).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΠΑΡΟΧΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΕΠΙΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ

	<i>Ελλάδα</i>	<i>Ολλανδία</i>
Μαθητές που Εγκαταλείπουν το Σχολείο	Σπάνια	Εκτενής
Μαθητές με Κοινωνικά ή Ακαδημαϊκά Προβλήματα	Περιορισμένη	Εκτενής
Μετανάστες	Σπάνια	Περιορισμένη
Μειονότητες	Σπάνια	Περιορισμένη
Άστεγοι Νέοι	Ανύπαρκτη	Περιορισμένη
Νεαροί Παραβάτες	Σπάνια	Περιορισμένη
Νέοι που Ζουν σε Ιδρύματα	Σπάνια	Εκτενής
Νέοι που Ζουν σε Κοινωνικά μειονεκτούσες Περιοχές	Σπάνια	Περιορισμένη
Προβλήματα Χρήσης Ουσιών στην Οικογένεια	Σπάνια	Πλήρης
Κοινωνικά Ευάλωτοι Γονείς	Σπάνια	Περιορισμένη
Οικογένειες που παρατηρείται Παραμέληση	Περιορισμένη	Περιορισμένη
Οικογένειες με Ποινικά Προβλήματα	Σπάνια	Εκτενής

Οικογένειες με Γονείς που Αντιμετωπίζουν Ψυχικές Διαταραχές	Ανύπαρκτη	Εκτενής
ΠεριθωριοποιημένεςΜειονοτικές Οικογένειες	Σπάνια	Περιορισμένη
Αριθμός Δημοσιευμένων Μελετών	0	6
Επίπεδο Αξιολόγησης	Χαμηλό	Υψηλό

Σημείωση: Ο όρος «παροχή» αναφέρεται στη γενική και τη γεωγραφική κατανομή των παρεμβάσεων και διαβαθμίζεται ως εξής: α) πλήρης, παρέχεται σε όλες σχεδόν τις συναφείς περιοχές (περιοχές με αρκετό πληθυσμό-στόχο για την υλοποίηση της παρέμβασης), β) εκτενής, παρέχεται στις περισσότερες αλλά όχι σε όλες τις συναφείς περιοχές, γ) περιορισμένη, παρέχεται σε αρκετές συναφείς περιοχές αλλά όχι στις περισσότερες, δ) σπάνια, παρέχεται μόνο σε μικρό αριθμό συναφών περιοχών, ε) ανύπαρκτη, δεν παρέχεται η παρέμβαση.

Πηγή: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου *Reitox*, EMCDDA (2012d,e).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. ΠΑΡΟΧΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ

	<i>Ελλάδα</i>	<i>Ολλανδία</i>
Μηχανισμοί Έγκαιρης Παρέμβασης στο Σχολείο	Περιορισμένη	Περιορισμένη
Αριθμός Δημοσιευμένων Μελετών	0	0
Επίπεδο Αξιολόγησης	Χαμηλό	Χαμηλό

Σημείωση: Ο όρος «παροχή» αναφέρεται στη γενική και τη γεωγραφική κατανομή των παρεμβάσεων και διαβαθμίζεται ως εξής: α) πλήρης, παρέχεται σε όλες σχεδόν τις συναφείς περιοχές (περιοχές με αρκετό πληθυσμό-στόχο για την υλοποίηση της παρέμβασης), β) εκτενής, παρέχεται στις περισσότερες αλλά όχι σε όλες τις συναφείς περιοχές, γ) περιορισμένη, παρέχεται σε αρκετές συναφείς περιοχές αλλά όχι στις περισσότερες, δ) σπάνια, παρέχεται μόνο σε μικρό αριθμό συναφών περιοχών, ε) ανύπαρκτη, δεν παρέχεται η παρέμβαση.

Πηγή: Εθνικά εστιακά σημεία δικτύου *Reitox*, EMCDDA (2012d,e).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συγκριτική μελέτη των εφαρμογών πρόληψης στις δυο χώρες δείχνει πλήθος διαφορών αλλά και κοινών σημείων. Τόσο οι αδυναμίες, όσο και τα πλεονεκτήματα που εμφανίζουν οι εμπράγματατες πολιτικές, ανάγονται στις διαφορές στο πεδίο της εθνικής στρατηγικής, του τρόπου συγκρότησης και οργάνωσης των κοινωνικών υπηρεσιών, των διαφορετικών παραδόσεων στην άσκηση της κοινωνικής πολιτικής, της φιλοσοφίας και των ιδιαιτεροτήτων που αναδύονται στα διαφορετικά κοινωνικοπολιτισμικά πλαίσια.

Ορισμένες απ' τις προκλήσεις του έργου της πρόληψης παραμένουν ωστόσο κοινές και διαχρονικές.

Ο άξονας της αξιολόγησης των προγραμμάτων σίγουρα χρειάζεται ενίσχυση. Επιβάλλεται κατ' αρχήν ο σαφής προσδιορισμός κριτηρίων και προδιαγραφών που αφορούν στην αξιολόγηση της διαδικασίας, η οποία εκτός της διασφάλισης της ποιότητας και της προτυποποίησης, αποτελεί μέσο ενδυνάμωσης της ίδιας της παρέμβασης, οδηγώντας σε στοχευμένες αναπροσαρμογές και τροποποιήσεις των παραμέτρων που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα (EMCDDA, 2010).

Πολύ περισσότερο πρέπει να ενισχυθούν οι μηχανισμοί αξιολόγησης των αποτελεσμάτων. Στο συγκεκριμένο πεδίο υπάρχουν βέβαια μια σειρά από δυσκολίες. Έτσι ενώ στις δομημένες παρεμβάσεις στη σχολική κοινότητα υπάρχουν μεγαλύτερα περιθώρια εφαρμογής διαδικασιών που θα δίνουν απαντήσεις σε ερωτήματα που σχετίζονται με την επι-

τυχία στους γενικούς και ειδικούς στόχους των παρεμβάσεων, στο πεδίο των επικεντρωμένων παρεμβάσεων υπάρχουν πολλές δυσκολίες στην αναζήτηση κατάλληλων ομάδων ελέγχου (EMCDDA, 2010).

Η αξιολόγηση του αποτελέσματος εστιάζει στην ουσία στις συνέπειες της παρέμβασης. Μέσω της ανάλυσης και σύγκρισης ορισμένων δεικτών που συνδέονται με τους αρχικούς στόχους, συνάγονται πολύτιμα συμπεράσματα σε σχέση με τις αποφάσεις που θα οδηγήσουν στη συνέχιση, αναπροσαρμογή ή εγκατάλειψη μιας δράσης (EMCDDA, 2010).

Σε μια εποχή σαν τη σημερινή, στενότητας πόρων απ' τη μια και όξυνσης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων απ' την άλλη, η αξιολόγηση μπορεί να λειτουργήσει ως καταλύτης στην καλύτερη αξιοποίηση των υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Σημαντική συμβολή προς αυτή την κατεύθυνση θα μπορούσε να έχει και η προαγωγή της σχετικής έρευνας. Όπως φάνηκε και παραπάνω το ερευνητικό ενδιαφέρον γύρω από τη πρόληψη εξακολουθεί να είναι μειωμένο, με αποτέλεσμα να υπολείπεται των αναγκών και των απαιτήσεων της εποχής. Απαιτείται συνεπώς η ενίσχυση του σε μια προσπάθεια προώθησης του επιστημονικού διαλόγου και της αναζήτησης, με στόχο την τεκμηρίωση των καλών πρακτικών.

Η ουσιαστική προώθησή τους εξάλλου θα μπορούσε να ενισχυθεί και μέσω της συστηματοποίησης της μελέτης και της αξιολόγησης των πολλών εκπαιδευτικών υλικών που έχουν προκύψει τα προηγούμενα χρόνια ως απότοκο των διαφοροποιήσεων στα πλαίσια των εφαρμογών από τοπικούς φορείς τόσο στην Ολλανδία, όσο και στην Ελλάδα. Με την υποστήριξη των επιστημονικών φορέων εποπτείας των οργανισμών πρόληψης θα μπορούσε να προχωρήσει ή διαπίστευση των παραγόμενων υλικών και ο εμπλουτισμός των εργαλείων των παρεμβάσεων.

Συνάμα επιβάλλεται η ανάπτυξη των επικεντρωμένων και κυρίως των εστιασμένων παρεμβάσεων των οποίων η αποτελεσματικότητα φαίνεται να είναι μεγαλύτερη. Η ανάπτυξη στα συγκεκριμένα πεδία δεν πρέπει όμως να είναι μόνο ποσοτική. Πέραν της αριθμητικής διεύρυνσης υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης και των ποιοτικών παραμέτρων (EMCDDA, 2010).

Άλλωστε οι πολιτικές έγκαιρης παρέμβασης που αφορούν κατά βάση στην ενδεδειγμένη πρόληψη ενισχύουν το στοιχείο της συνεργασίας των υπηρεσιών, καθώς αποτελούν πεδίο δυνατότητας ανάπτυξης κοινών δράσεων φορέων πρόληψης και θεραπείας. Η συνεργασία ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα ενδυναμώνει το στοιχείο της συνέχειας των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, συστατικό κομβικό για την καλύτερη επιτέλεση του έργου τους (Δικαίος και συν., 1999).

Η δικτύωση των κοινωνικών υπηρεσιών στη βάση μιας καλά σχεδιασμένης στρατηγικής πολυτομεακών συνεργασιών θα μπορούσε να συμβάλει θετικά στην ενδυνάμωση και την αποτελεσματικότητα του παραγόμενου έργου. Αφενός επιδρά θετικά στη βελτίωση της προσπελασιμότητας των υπηρεσιών και αφετέρου στην αποφυγή πρόχειρων αλληλοεπικαλύψεων στο κλινικό έργο. Αρκεί να είναι ενταγμένη σε ένα ολοκληρωμένο και μακρόπνοο στρατηγικό πλαίσιο γύρω απ' την πολιτική αντιμετώπισης των εξαρτήσεων.

Φυσικά η όποια συζήτηση γύρω απ' την εφαρμογή πολιτικών δεν μπορεί να γίνει έξω από το φόντο που διαμορφώνει η διαρκώς εξελισσόμενη οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις

της στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής. Μιλώντας για τη χώρα μας, που πλέον υλοποιείται πρόγραμμα με τη συμμετοχή του ΔΝΤ, δεν πρέπει να παραβλέψουμε το γεγονός ότι η υλοποίηση παρόμοιων προγραμμάτων αλλού, έχει τεκμηριωμένα οδηγήσει σε αποδυνάμωση των κοινωνικών και προνοιακών δομών, δραστικές περικοπές στις δαπάνες κοινωνικής φροντίδας και αρνητική σχέση μεταξύ των πολιτικών και των αποτελεσμάτων στην υγεία (Stuckler et al., 2009; Stuckler et al., 2010).

Ωστόσο σε μια εποχή ύφεσης και κρίσης, η περιστολή των δαπανών συναντάται με την ραγδαία όξυνση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων δημιουργώντας μια εκρηκτική κοινωνική συνθήκη. Η ποιότητα και το εύρος των κοινωνικών παρεμβάσεων ανάμεσα στις οποίες σημαντική θέση κατέχουν και η πρόληψη και προαγωγή της υγείας δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να θυσιαστούν στο βωμό των δημοσιονομικών προσαρμογών.

Τίποτα όμως από τα παραπάνω δεν μπορεί και δεν πρέπει να λειτουργήσει αποσπασματικά. Η ανασκόπηση της διεθνούς εμπειρίας απ' την εφαρμογή προγραμμάτων έχει ήδη δείξει πως η αποτελεσματική πρόληψη για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο όπως αυτό των εξαρτήσεων, αποτελούσε και θα αποτελεί μια διαλεκτική προσαρμογή στις απαιτήσεις που δημιουργούν οι εξελισσόμενες κοινωνικές ανάγκες και αντιφάσεις (Ζαφειρίδης, 2001).

Η πρώτη γενιά προγραμμάτων βασίστηκε στη λαθεμένη εντύπωση ότι η μετάδοση πληροφοριών γύρω από τις επιπτώσεις της ουσιοεξάρτησης θα συνέβαλε στη διαχείριση της επέκτασης του φαινομένου. Τα προγράμματα δεύτερης γενιάς συγκροτήθηκαν στη βάση της υπόθεσης ότι η εκπαίδευση των ατόμων στην αντιμετώπιση ειδικών κοινωνικών επιρροών διασφαλίζει την ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων (Wheller, 1990).

Η τρίτη πλέον γενιά υιοθετώντας τις αρχές της “έρευνας δράσης” και της ενίσχυσης της αυτενέργειας, προωθεί τη συγκρότηση προγραμμάτων στη βάση της διαρκούς αξιολόγησης των αναγκών των ίδιων των συμμετεχόντων. Με την υποστήριξη της τεχνογνωσίας των ειδικών επαγγελματιών επιδιώκεται η ενεργή συμμετοχή των ίδιων των ενδιαφερομένων στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των προληπτικών δράσεων (Wheller, 1990).

Η εξάρτηση αποτελεί ένα φαινόμενο πολυδιάστατο και τέτοια πρέπει να είναι και η φιλοσοφία της πρόληψης. Η αποτελεσματικότητα της εξαρτάται απ' την επιτυχημένη ανάπτυξη της σε πολλαπλά επίπεδα και προς πολλές κατευθύνσεις, εντός μιας συνολικής στρατηγικής. Η αξιοποίηση των μέχρι τώρα συμπερασμάτων, ο προσεκτικός βηματισμός με θεμέλιο την επιστημονική αξιολόγηση, η μεθοδική ανάλυση των πολλαπλών παραμέτρων που σχετίζονται με τους προστατευτικούς παράγοντες και τα γενεσιουργά αίτια της εξάρτησης αλλά και η εμπνευσμένη αναζήτηση νέων εφαρμογών, θα μπορούσαν να συμβάλουν στη βελτίωση των δράσεων, όσο και των αποτελεσμάτων του κλινικού και εκπαιδευτικού έργου της πρόληψης.

Βιβλιογραφία

- Botvin G. J., Griffin K. W. (2007), "School-Based Programs to Prevent Alcohol, Tobacco and Other Drug Use", *Int Rev Psychiatry*, 19(6): 607-615.
- Council of Europe (2008), *EU Drugs Action Plan for 2009-2012*, (2008/C 326/09) Διαθέσιμο σε: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/jl0019_en.htm [Εύρεση:15/7/2012]
- Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., (1999), *Βασικές Αρχές Διοίκησης - Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, τόμος Α', ΕΑΠ, Πάτρα.
- Cowen E. L. (1983) Primary Prevention in Mental Health: Past, Present and Future In Felner R. D., Jason A., Moritsugu J. N. Farber S. S. (Eds) *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*, Pergamon Press, New York.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ) (2011) *Ετήσια Έκθεση 2011 - Η κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οιοπνευματωδών στην Ελλάδα*, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Αθήνα.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) (2012) *Έκθεση Αποτελεσμάτων Πανελλήνια Έρευνα για τη Χρήση Εξαρτησιογόνων Ουσιών στους Μαθητές-Έρευνα ESPAD 2011*, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), Αθήνα.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010) *EMCDDA Manuals No 4: Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)*, Publications Office of the E.U., Luxembourg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012a) *Country Overview: Greece-Data Sheet* [Online] Διαθέσιμο σε: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/el/data-sheet> [Εύρεση: 21/7/2012]
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012b) *Country Overview: Netherlands-Data Sheet* [Online] Διαθέσιμο σε: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/nl/data-sheet> [Εύρεση: 21/7/2012]
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012c) *Country Overview:Netherlands Situation Summary*, [Online] Διαθέσιμο σε: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/nl#prev> [Εύρεση:]
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012d) *Prevention Profiles 2011 Greece*, [Online] Διαθέσιμο σε: <http://www.emcdda.europa.eu/country-data/prevention/2011/greece> [Εύρεση 26/7/2012]
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012e) *Prevention Profiles 2011 Netherlands*, [Online] Διαθέσιμο σε: <http://www.emcdda.europa.eu/country-data/prevention/2011/netherlands> [Εύρεση 26/7/2012]
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012f) *Data Statistical Archive-Statistical bulletin 2011-General Population Surveys Part ii* [Online] Διαθέσιμο σε: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/gpstab1b> [Εύρεση 15/7/2012]
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012g) *Data Statistical Archive-Statistical bulletin 2011-General Population Surveys Part iii* [Online] Διαθέσιμο σε: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/gpstab1c> [Εύρεση 15/7/2012]
- Ζαφειρίδης Φ. (2001) Η Προληψη της Χρήσης Ψυχοτρόπων Ουσιών ως Κοινωνική και Πολιτική Ευθύνη, *Ημερίδα της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. και του Κέντρου Πρόληψης «Πυξίδα» με θέμα: «Η Μείωση της Ζήτησης Ναρκωτικών και ο Ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης: το Παράδειγμα των Κέντρων Πρόληψης»*, Θεσσαλονίκη 30 /11/2001.
- Government of the Netherlands (2012) *Alcohol and Drugs*, [Online] Διαθέσιμο σε: <http://www.government.nl/issues/alcohol-and-drugs/drugs> [Εύρεση: 20/7/2012]
- Institute of Medicine (IOM) (1994) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Research*, National Academy Press, Washington D.C.
- Ιωαννίδη Ε., Λοπατατζίδης Α., Μάντη Π. (1999). *Υγεία, Οριοθετήσεις και προοπτικές*. (τόμος Α') ΕΑΠ, Πάτρα.

- Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) (2011) *Απολογισμός Έργου ΚΕΘΕΑ 2010*, Σχήμα και Χρώμα, Αθήνα.
- Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) (2012) *Απολογισμός Έργου ΚΕΘΕΑ 2011*, Σχήμα και Χρώμα, Αθήνα.
- Κοκκέβη, Ά., Κίτσος, Γ., Φωτίου, Α. (2007). *Καπνός – Οινοπνευματώδη – Ναρκωτικά.*, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.
- Koning, I.M., Vollebergh W.A.M., Smit F., Verdurmen J.E.E., Van den Eijnden, R.J.J.M., TerBogt T.F.M., Stattin H., Engels R.C.M.E. (2009) "Preventing heavy alcohol use in ado-lescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered sepa-rately and simultaneously" *Addiction*, 104, 1669-1678.
- Κυρίτση Ι., Τσιώτρα Σ. (2004) "Ένα μοντέλο Ολιστικής Προσέγγισης Πρωτογενούς Πρόληψης στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση. Η Εφαρμογή του σε Δημοτικό σχολείο της Αθήνας", *Εξαρτήσεις* 6:19-35.
- Lammers J., Goossens F., Lokman S., Monshouwer K., Lemmers L., Conrod P., Wiers R., Engels R., Kleinjan M. (2011) "Evaluating a selective prevention programme for binge drinking among young adolescents: study protocol of a randomized controlled trial", *BMC Public Health*, 10: 541. Διαθέσιμο σε: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/126/> [Έυρεση:28/7/2012]
- Malmberg M., Overbeek G., Kleinjan M., Vermulst A., Monshouwer K., Lammers J., Vollebergh W.A., Engels R.C. (2010) "Effectiveness of the universal prevention program 'Healthy School and Drugs': study protocol of a randomized clustered trial", *BMC Public Health*, 10: 541. Διαθέσιμο σε: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941689/?tool=pubmed> [Έυρεση: 28/7/2012]
- Morgan M. (2001) *Drug Use Prevention: an Overview of Research*, Stationery Office, Dublin.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003), *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders* (2nd Ed.) Bethesda MD: National Institute on Health.
- Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP) (2012) *Deinstitutionalization of Status Offenders Best Practices Database – Healthy School and Drugs* [online] Διαθέσιμο σε: <http://www.ojjdp.gov/dso/Healthy%20School%20and%20Drugs-DSOPProgramDetail-802.aspx> [Έυρεση: 21/7/2012]
- Stuckler D et al. (2009) "The International Monetary Fund's effects in Global Health: Before and After the 2008 Financial Crisis". *International Journal of Health Services*, 39(4): 771-781, Baywood Publishing
- Stucker D et al (2010) "An Evaluation of the International Monetary Fund's Claims about Public Health". *International Journal of Health Services*, 40 (2): 327-332, Baywood Publishing
- Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction) (2009), *The Netherlands Drug Situation 2008 - Report to the EMCDDA*, Netherlands.
- Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction) (2010), *The Netherlands Drug Situation 2009 - Report to the EMCDDA*, Netherlands.
- Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction) (2011), *The Netherlands Drug Situation 2010 - Report to the EMCDDA*, Netherlands.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) (2008), *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά 2008-2012*, Αθήνα. Διαθέσιμο σε: <http://www.yyka.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-yygeia/ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs> [Έυρεση: 15/7/2012]
- Υπουργική Απόφαση 24146/Γ7?28.2.2011 "Καθορισμός Πλαισίου Συνεργασίας Υπουργείου Παιδείας Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων και Κέντρων Πρόληψης του ΟΚΑΝΑ, για την Εφαρμογή Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία Π/θμιας και Δ/θμιας Εκπαίδευσης", ΦΕΚ 434/17.3.2011, τεύχ. Β.
- Wheller R. (1990) "How to Desigh and Develop Third Generation Drug Education Programs" *Drug Education Journal of Australia* 4(2):139-147.
- Zonnevylle-Bender M.J.S., Matthys W., Van de Wiel N.M.H., Lochman, J.E. (2007). "Pre-ventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (1), 33-39.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΓΝΩΣΤΗ
FOR THE READERS

2

ΝΕΑ ΚΑΙ ΓΕΓΟΝΟΤΑ - NEWS AND NOTES

ΑΠΟ ΤΟΥΣ ANNA ΤΣΙΜΠΟΥΚΛΗ & ΤΖΙΝΗ ΧΡΙΣΤΟΦΙΛΗ
BY ANNA TSIBOUKLI & GENIE CHRISTOFILI

Στην ενότητα αυτή μπορείτε να βρείτε πληροφορίες για συναντήσεις και συνέδρια που πραγματοποιούνται στο χώρο αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, καθώς και θέματα της επικαιρότητας από ολόκληρο τον κόσμο.

Ελπίζουμε να σας φανούν τόσο ενδιαφέροντα όσο και χρήσιμα.

ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΕΙΣ 2013

Η Ελληνική Ψυχολογική Εταιρεία (ΕΛΨΕ) σε συνεργασία με την Σχολή Επιστημών της Αγωγής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης διοργανώνουν το 14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας. Το Συνέδριο θα πραγματοποιηθεί από 15 έως 19 Μαΐου 2013, στην πόλη της Αλεξανδρούπολης με θέμα «*Η Ψυχολογία σε κρίση-μους καιρούς*».

Για περισσότερες πληροφορίες ακολουθήστε την ιστοσελίδα του συνεδρίου:
<http://www.elipsecongress2013.gr>

Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Οικογενειακής Θεραπείας- EFTA σε συνεργασία με το Σύλλογο Οικογενειακής Θεραπείας και Θεραπείας Ζευγαριών της Τουρκίας –(Aileve Evlilik Terapileri Dernegi – AETD) οργανώνουν το 8ο Συνέδριο με θέμα «*Ευκαιρίες στον καιρό της κρίσης: ο ρόλος της οικογένειας*». Το συνέδριο θα πραγματοποιηθεί 24-27 Οκτωβρίου 2013, στην Κωνσταντινούπολη, Τουρκία.

“Opportunities in a Time of Crisis: The Role of the Family”

Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στην επίσημη ιστοσελίδα του συνεδρίου
<http://www.efta2013.org/>

14ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Θεραπευτικών Κοινοτήτων (EFTC) για την Επανά-
νταξη και την Πολιτική

18-20 Σεπτεμβρίου 2013 στην Πράγα

Η πρόσκληση στο συνέδριο, καθώς και περισσότερες πληροφορίες για την υποβολή αιτήσεων και παρουσιάσεων μπορείτε να βρείτε στην επίσημη ιστοσελίδα του συνεδρίου. <http://www.conference.cz/EFTC2013/>

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Οι εισαγωγές για θεραπεία της τοξικοεξάρτησης που έχουν παραπεμφθεί από το σύστημα ποινικού σωφρονισμού, στην περιφέρεια είναι πολύ περισσότερες από ό,τι στα αστικά κέντρα.

ΝΕΑ ΕΚΘΕΣΗ ΔΕΙΧΝΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ, ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΠΟ ΟΤΙ ΣΤΑ ΑΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ.

Μια νέα μελέτη από τον Οργανισμό για την Κατάχρηση Ουσιών και την Ψυχική Υγεία (SAMHSA) εντόπισε ότι οι εισαγωγές για θεραπεία της τοξικοεξάρτησης στα αστικά κέντρα και στην περιφέρεια για το 2009, διέφεραν σχεδόν σε όλους τους τομείς που εξετάστηκαν.

Για παράδειγμα, το 2009 οι εισαγωγές για θεραπεία στην περιφέρεια ήταν πιθανότερο να προέρχονται από παραπομπή του σωφρονιστικού συστήματος, από ό,τι οι εισαγωγές στα αστικά κέντρα (51,6% vs 28,4%) επίσης ήταν λιγότερο πιθανό να είναι εθελοντική εισαγωγή, ή παραπομπή από την οικογένεια ή φίλους (22,8% vs 38,7%).

Επίσης, οι εισαγωγές στην περιφέρεια ήταν πιθανότερο να αναφέρουν ως κύρια ουσία κατάχρησης το αλκοόλ (49,5% vs 36,1%) ή κάποιο οπιοειδές εκτός της ηρωίνης (10,6% vs 4,0%), ενώ οι εισαγωγές στα αστικά κέντρα ανέφεραν συχνότερα ως κύρια ουσία κατάχρησης την ηρωίνη (21,8% vs 3,1%) ή την κοκαΐνη (11,9% vs 5,6%).

Οι εισαγωγές στην περιφέρεια ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν καθημερινή χρήση της κύριας ουσίας κατάχρησης (23,5 vs 43,1%), και πιο πιθανό να αναφέρουν πρώτη χρήση πριν την ηλικία των 18 ετών (32,1 vs 26,7 %).

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά οι εισαγωγές στην περιφέρεια ήταν νεαρότερης ηλικίας, με λιγότερες διαφορές όσον αφορά τη φυλή ή την εθνικότητα, και πιο πιθανό να εργάζονται (18 ετών και άνω), είτε σε πλήρη είτε σε μερική απασχόληση.

Όπως τονίστηκε από τη διοίκηση του SAMHSA, αυτή η έκθεση πρόκειται για ένα καλό εργαλείο που πρέπει να χρησιμοποιηθεί από τους χαράσσοντες πολιτική και τους επαγγελματίες στο χώρο της θεραπείας ώστε να βελτιωθούν οι υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας που παρέχουν και να καλυφθούν καλύτερα οι ανάγκες αυτών των πληθυσμών.

Η μελέτη, *A Comparison of Rural and Urban Substance Abuse Treatment Admissions*, στηρίχθηκε σε ευρήματα του SAMHSA για το 2009 (Treatment Episode Data Set for 2009).

Το πλήρες κείμενο βρίσκεται στη διεύθυνση:

http://www.samhsa.gov/data/2k12/TEDS_043/TEDSShortReport043UrbanRuralAdmissions2012.htm

ΝΕΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΆΓΧΟΥΣ PTSD ΚΑΙ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Ένας νέος διαθέσιμος πόρος για τους θεραπευτές που καλούνται να αντιμετωπίσουν τη συννοσηρότητα διαταραχής μετατραυματικού άγχους με την κατάχρηση ουσιών δημοσιεύτηκε από το Εθνικό Κέντρο Ερευνών για τα Ναρκωτικά και το Αλκοόλ στην Αυστραλία

(NDARC). Το νέο εγχειρίδιο θεραπείας στηρίζεται με μια θεραπευτική προσέγγιση που χρησιμοποιεί τη θεραπεία έκθεσης (exposuretherapy) και έχει ονομαστεί COPE (Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure). Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας έχει αποδειχθεί από ερευνητές του NDARC σε μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Journal of the American Medical Association*. Από τη μελέτη βρέθηκε ότι τα άτομα με εξαρτήσεις μπορούν να αντιμετωπίσουν με ασφάλεια το μετατραυματικό άγχος χωρίς να επιδεινώσουν τη χρήση ουσιών. Παλαιότερα η θεραπευτική προσέγγιση αυτών των ατόμων, στηριζόταν στο φόβο ότι η θεραπεία έκθεσης θα επιδείνωνε τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, κάτι που σημαίνει ότι πολλά άτομα δεν εισάγονταν σε θεραπεία για αυτό το λόγο, αναφέρει η επικεφαλής συγγραφέας Dr Katherine Mills. «Τα θετικά ευρήματα υποδηλώνουν ότι με ένα τέτοιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα πολλοί από τους συνανθρώπους μας που υποφέρουν και από τις δύο διαταραχές, θα μπορούν να λάβουν αποτελεσματική θεραπεία».

Το εγχειρίδιο COPE έχει σχεδιαστεί για θεραπευτές μεταπτυχιακού επιπέδου στη συμβουλευτική, την ψυχολογία, ή την ψυχιατρική, οι οποίοι έχουν επίσημα εκπαιδευτεί στην παροχή γνωσιακώνσυμπεριφορικών παρεμβάσεων για την κατάχρηση ουσιών και τη διαταραχή μετατραυματικού άγχους. Το COPE μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε πλαίσιο διαμονής όσο και εξωτερικής παρακολούθησης.

Πηγή:

http://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/ndarc.cms.med.unsw.edu.au/files/ndarc/resources/Exec%20summary%20TR_322.pdf

ΕΛΑΤΤΩΘΗΚΕ Ο ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΑΠΟ ΝΕΟΥΣ ΣΤΙΣ ΗΠΑ

Σύμφωνα με μελέτη του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης των Ασθενειών στις ΗΠΑ (CDC) ότι η άλλοτε ταχεία μείωση των ποσοστών χρήσης καπνού από τους νέους στις ΗΠΑ έχει επιβραδυνθεί σημαντικά. Στην έκθεση αναλύονται τα αποτελέσματα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 18.866 μαθητές ηλικίας 11 έως 18 ετών. Σύμφωνα με το CDC, από το 1998 μέχρι το 2003, σημειώθηκε μείωση 40% στα ποσοστά καπνίσματος από τους νέους. Την περίοδο 2009-2011, το ποσοστό μαθητών που κάπνιζαν μειώθηκε ελάχιστα από 23,9% σε 23,2%. Η μείωση ήταν σημαντικότερη για τους μαθητές του γυμνασίου, από 8,2% σε 7,1%. Τη δεκαετία 1990, χρηματοδοτήθηκαν καμπάνιες κατά του καπνίσματος στις ΗΠΑ, με πόρους που διασφαλίστηκαν από τους νομικούς διακανονισμούς των μηνύσεων που είχαν πραγματοποιηθεί στις καπνοβιομηχανίες. Λόγω όμως των οικονομικών περιορισμών που υπάρχουν σε όλες τις Πολιτείες, οι αντικαπνιστικές καμπάνιες έχουν μειωθεί σημαντικά ή έχουν διακοπεί εντελώς. Σε δήλωσή του το CDC αναφέρει ότι αυτές οι περικοπές μπορεί να εξηγούν το λόγο που επιβράδυνε ο ρυθμός μείωσης των ποσοστών καπνίσματος. Ενδεχομένως η πλήρης χρηματοδότηση και υλοποίηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων για τον έλεγχο του καπνίσματος να είχε επιπλέον επίδραση στην πρόληψη και μείωση του καπνίσματος των νέων, συμπλήρωσε το CDC.

Sources: <http://www.reuters.com/article/2012/08/09/us-usa-health-tobacco-idUSBRE87813R20120809>

http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6131a1.htm?s_cid=mm6131a1_w

ΕΞΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΝΑ ΜΕΙΩΝΟΝΤΑΙ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΙΣ ΗΠΑ, ΑΥΞΑΝΕΙ ΟΜΩΣ ΑΛΛΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Μια νέα έκθεση του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης των Ασθενειών (CDC) δείχνει ότι η συνολική μείωση της κατανάλωσης καπνού έχει αντισταθμιστεί από την απότομη αύξηση στη χρήση του στριφτού τσιγάρου από το 2008. Το CDC ανέλυσε τα στοιχεία από το Υπουργείο Οικονομικών αναφορικά με τη φορολόγηση των τσιγάρων, του καπνού στριψίματος, του καπνού πίπας, των μεγάλων και των μικρών πούρων. Από το 2000 έως το 2011, η συνολική κατανάλωση τσιγάρων μειώθηκε από τα 435,6 δισ. σε 292,8 δισ., μείωση της τάξης του 32,8%. Ωστόσο η συνολική κατανάλωση προϊόντων καπνού, εκτός του τσιγάρου, αυξήθηκε από τα αντίστοιχα 15,2 δισ. τσιγάρα το 2000 σε 33,8 δισ. το 2011, αύξηση 123,1%. Η κατανάλωση καπνού πίπας σημείωσε τη μεγαλύτερη αύξηση από τα προϊόντα καπνού φτάνοντας το 482%, και ακολουθούν τα μεγάλα πούρα με αύξηση 233% από το 2000 έως το 2011. Η ετήσια κατανάλωση τσιγάρων μειωνόταν κάθε χρόνο για το διάστημα 2000–2011, συμπεριλαμβάνοντας μείωση 2,6% από το 2010 έως το 2011, το ίδιο διάστημα ωστόσο η συνολική χρήση προϊόντων καπνού μειώθηκε μόλις 0,8%, αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στη συνεχή αύξηση της κατανάλωσης άλλων προϊόντων καπνού. Ο φόρος κατανάλωσης του καπνού πίπας και του στριφτού τσιγάρου είναι χαμηλότερος από ότι των τσιγάρων.

Πηγή: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6130a1.htm>

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΟΥΣΙΩΝ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΠΕΡΙΠΟΥ 37% ΤΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Μια νέα έκθεση αναφέρει ότι το 37,2% των εισαγωγών για θεραπεία της τοξικοεξάρτησης γίνονται για την αντιμετώπιση της κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών. Σύμφωνα με την έκθεση του Οργανισμού για την Κατάχρηση Ουσιών και την Ψυχική Υγεία (SAMHSA), 23,1% όλων των εισαγωγών ανέφεραν κατάχρηση αλκοόλ και μιας ακόμη ναρκωτικής ουσίας και το 14,1% ανέφερε κατάχρηση αλκοόλ και δύο ή περισσότερων ουσιών.

Όταν το αλκοόλ λαμβάνεται παράλληλα με άλλες ουσίες, συνήθως καταναλώνονται μεγαλύτερες ποσότητες από ότι όταν γίνεται αποκλειστικά χρήση αλκοόλ. Ο συνδυασμός του αλκοόλ με άλλες ουσίες μπορεί να είναι επικίνδυνος. Για παράδειγμα, η λήψη βενζοδιαζεπινών και αλκοόλ παράλληλα, αυξάνει τις πιθανότητες για σοβαρό τραυματισμό ή θάνατο.

«Η κατάχρηση ακόμη και μίας ουσίας ή αλκοόλ μπορεί να είναι καταστροφική για την υγεία και την ευημερία του ατόμου, ο συνδυασμός του αλκοόλ με ουσίες αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για σοβαρές απειλητικές για τη ζωή συνέπειες», αναφέρει η Διευθύντρια του SAMHSA Pamela S. Hyde.

Το πλήρες κείμενο της έκθεσης βρίσκεται διαθέσιμο στο:
<http://www.samhsa.gov/data/spotlight/Spot067AlcoholDrugAbuse2012.pdf>

Πηγή: <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1208133322.aspx>

ΚΕΝΤΡΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Τα Κέντρα Ποιότητας στην Ιατρική Επιστήμη του Εθνικού Ινστιτούτου για την Κατάχρηση Ουσιών (NIDA) (*Centers of Excellence for Physician*) αποτελούν τμήμα του NIDAMED. Έναν τομέα του NIDA που ασχολείται με την προσέγγιση των επαγγελματιών ή των εκπαιδευόμενων γιατρών. Το NIDAMED παρουσιάζει την αφοσίωση του NIDA στην ιατρική επιστήμη, με τη διαρκή παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένων πόρων για να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν έγκαιρα το χρήστη και να προλάβουν την κλιμάκωση της κατάχρησης σε εξάρτηση, καθώς και τον εντοπισμό και την παραπομπή των ασθενών που χρειάζονται ειδικό πλαίσιο φροντίδας για την αντιμετώπιση της διαταραχής της εξάρτησης. Στο πλαίσιο της προσπάθειας αυτής ο NIDA ξεκίνησε, το 2007, συνεργασία με οκτώ ιατρικές σχολές σε ολόκληρη τη χώρα, που συμμετέχουν στις Πρωτοποριακές Στρατηγικές για τη Μεταρρύθμιση της Ιατρικής Εκπαίδευσης του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου (ISTEP). Αυτά τα κέντρα ασχολούνται με τη δημιουργία πρωτοποριακών προγραμμάτων στο θέμα της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης, με στόχο να καλυφθούν τα κενά των που υπάρχουν για το συγκεκριμένο θέμα στο πρόγραμμα σπουδών των φοιτητών ιατρικής ή των ειδικευόμενων.

Πηγή: <http://www.drugabuse.gov/nidamed/centers-excellence>

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ
2012 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΩΝΤΑΣ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Η Έρευνα «2012, Παρακολουθώντας το Μέλλον», που χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κατάχρηση Ουσιών (NIDA) παρακολουθεί τις τάσεις στην κατάχρηση ουσιών μαθητών Β' Γυμνασίου, Α' και Γ' Λυκείου, συμπεριλαμβάνοντας τη στάση τους και τον κίνδυνο που εκτιμούν ότι αποτελεί η κατάχρηση συγκεκριμένων ναρκωτικών. Είναι η πρώτη φορά που στην έρευνα 2012 Παρακολουθώντας το Μέλλον συμπεριλαμβάνεται και η χρήση της ουσίας που είναι γνωστή με το όνομα «άλατα μπάνιου» μεταξύ μαθητών.

Η έρευνα αυτή αποτελεί ένα από τα τρία βασικά εργαλεία που χρησιμοποιεί το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ για να παρακολουθήσει τις τάσεις των νέων στη χρήση ουσιών. Οι πληροφορίες από αυτού του τύπου τις έρευνες βοηθούν στον εντοπισμό των πιθανών προβληματικών συμπεριφορών, εκτιμούν την αποτελεσματικότητα, ή μη, των δράσεων πρόληψης και διασφαλίζουν ότι οι πόροι αξιοποιούνται στους τομείς που έχουν μεγαλύτερες ανάγκες.

Από το 1975 η έρευνα Παρακολουθώντας το Μέλλον μετρά τη χρήση ουσιών, αλκοόλ και καπνού, καθώς και τις σχετικές τάσεις των εφήβων μαθητών σε ολόκληρη τη χώρα. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα αυτή, αναφέρουν τη συμπεριφορά χρήσης για τρεις χρονικές περιόδους: ολόκληρη τη ζωή τους, τον τελευταίο χρόνο και τον τελευταίο μήνα. Στη φετινή έρευνα συμμετείχαν συνολικά 46.733 μαθητές Β' Γυμνασίου, Α' και Γ' Λυκείου από 400 δημόσια και ιδιωτικά σχολεία. Η έρευνα χρηματοδοτείται από το NIDA, μέλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NIH) και υλοποιείται από το Πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν.

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφτείτε το: www.drugabuse.gov/drugpages/MTF.html

ΜΕΓΑΛΗ ΑΥΞΗΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΓΙΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΟΥΣΙΩΝ

Οι εισαγωγές σε θεραπεία για την εξάρτηση από συνδυασμό χρήσης βενζοδιαζεπινών και παυσίπων αυξήθηκαν συνολικά 569,7%, φτάνοντας τις 33.701, από το 2000 ως το 2010, σύμφωνα με μια έκθεση από τον Οργανισμό για την Κατάχρηση Ουσιών και την Ψυχική Υγεία (SAMHSA). Οι συνολικές εισαγωγές για θεραπεία της κατάχρησης ουσιών σε άτομα ηλικίας 12 ετών και μεγαλύτερα την ίδια περίοδο αυξήθηκαν κατά 4 %, φτάνοντας τα 1,82 εκατομμύρια, σύμφωνα με τα ίδια στοιχεία.

Σύμφωνα με δηλώσεις της Διευθύντριας του SAMHSA, Pamela S. Hyde, «Όταν οι θεραπευόμενοι προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το σύνδρομο στέρησης δύο εξαρτητικών ουσιών, μπορεί να είναι απαραίτητες νέες στρατηγικές θεραπείας για να αντιμετωπιστεί αυτή η πρόκληση. Αυτά τα ευρήματα θα μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε καλύτερα τη φύση του προβλήματος και να αναπτύξουμε καλύτερες προσεγγίσεις για την αντιμετώπισή του».

Η έκθεση έδειξε ότι το 38,7% των ατόμων που είχαν αυτό το συνδυασμό εξάρτησης ξεκίνησαν τη χρήση και των δύο ουσιών μέσα στο ίδιο έτος, το 34,1% ξεκίνησαν πρώτα από τη χρήση παυσίπων φαρμάκων, ενώ το 27,1% ξεκίνησαν από τις βενζοδιαζεπίνες.

Σχεδόν οι μισοί από όσους ξεκίνησαν θεραπεία για συνδυασμό χρήσης ουσιών είχαν και κάποια συνυπάρχουσα ψυχιατρική διαταραχή, κατά γενικό κανόνα είχαν πάει εθελοντικά για θεραπεία και ήταν λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν σε θεραπεία εξωτερικής παρακολούθησης σε σύγκριση με άλλες εισαγωγές.

Υπάρχουν ομάδες με συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά που έχουν υψηλότερα ποσοστά εισαγωγών για θεραπεία για το συνδυασμό βενζοδιαζεπινών / παυσίπων σε σύγκριση με τις εισαγωγές για άλλη θεραπεία. Οι γυναίκες αποτελούν το 49,2% των εισαγωγών για συνδυαστική θεραπεία έναντι 30,2% των άλλων εισαγωγών και τα άτομα ηλικίας 18-34 ετών αποτελούν το 66,9% των συνδυασμένων εισαγωγών έναντι του 43,7 των άλλων εισαγωγών.

«Η απειλή για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια, από την κατάχρηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων, που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε είναι αδιαμφισβήτητη και αυτά τα στοιχεία παρουσιάζουν την αυξανόμενη ανάγκη για θεραπεία των ατόμων που είναι εξαρτημένα από αυτά» ανέφεραν από το Τμήμα Εθνικής Πολιτικής Ελέγχου για τα Ναρκωτικά. «Παρόλο που η πρόληψη αποτελεί σημαντικό πυλώνα στο σχέδιο πρόληψης για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, εξίσου σημαντικό είναι να διασφαλιστεί ότι η θεραπεία είναι διαθέσιμη για όσους την έχουν ανάγκη».

Από το SAMHSA αναγνωρίζεται η σημασία της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ορθή συνταγογράφηση οπιούχων και βενζοδιαζεπινών.

Το πλήρες κείμενο είναι διαθέσιμο στο: <http://www.samhsa.gov/data/2k12/TEDS-064/TEDS-Short-Report-064-Benzodiazepines-2012.htm>

ΛΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Αξιοποιώντας τα ερευνητικά ευρήματα και έχοντας ως στόχο την ανεύρεση λύσεων για την παροχή υπηρεσιών θεραπείας, το Ερευνητικό Ινστιτούτο για τη Θεραπεία (TRI) θέτει

την επιστήμη στη διαθεσιμότητα των συμβούλων, του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, των υπευθύνων για τη χάραξη πολιτικής, των εκπαιδευτικών και των γονιών.

ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥΣ

Σε μια προσπάθειά να συμβάλουμε στον περιορισμό των συνεπειών της εξάρτησης, προσπαθούμε να δημιουργήσουμε εργαλεία και εφαρμογές που θα μπορέσουν να μεταφέρουν την επιστήμη σε πράξη και να βελτιώσουμε το αποτέλεσμα. Η επιστημονική ομάδα του TRI αναπτύσσει πρακτικά εργαλεία για να βοηθήσει τους συμβούλους:

- στην πραγματοποίηση ολοκληρωμένων και έγκυρων αξιολογήσεων για τους θεραπευόμενους,
- στην ανάπτυξη λεπτομερών και εστιασμένων θεραπευτικών σχεδιασμών,
- στη διασύνδεση των θεραπευόμενων με τις κατάλληλες υπηρεσίες,
- στην παρακολούθηση των θεραπευόμενων και την κατάλληλη παρέμβαση καθ'όλη τη διάρκεια του θεραπευτικού συνεχούς, και
- στον αποτελεσματικό συντονισμό ατομικών και ομαδικών συνεδριών.

Βασική προτεραιότητα του TRI είναι η ανάπτυξη εργαλείων που θα μετατρέψουν τη «γραφειοκρατία» και τη διαδικασία συλλογής δεδομένων σε χρήσιμες, υψηλής ποιότητας θεραπευτικές πληροφορίες, οι οποίες θα μπορούν να αξιοποιηθούν για τη διαρκή αξιολόγηση και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των συμβούλων και των προγραμμάτων, όπως για παράδειγμα:

- DENSASI™ πρόγραμμα για την κλινική και διοικητικά αποτελεσματική χορήγηση του ASI (Addiction Severity Index). Για περισσότερες πληροφορίες για το συγκεκριμένο εργαλείο καθώς και πληροφορίες για την αγορά του επισκεφτείτε το <http://triweb.tresearch.org/index.php/tools/for-clinicians/dens-software/>
- CASPAR-C™ πρόγραμμα που βοηθά στην κατάρτιση λίστας με δωρεάν ή χαμηλού κόστους υπηρεσίες στην κοινότητα στις οποίες μπορούν οι σύμβουλοι να παραπέμπουν τους θεραπευόμενους για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ζητημάτων που εντοπίζονται κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Για περισσότερες πληροφορίες για το συγκεκριμένο εργαλείο καθώς και πληροφορίες για την αγορά του επισκεφτείτε το <http://triweb.tresearch.org/index.php/tools/for-clinicians/caspar-c-software/>
- Recovery Track™ ένα εύκολο στη χρήση πρόγραμμα για τη διευκόλυνση της παρακολούθησης της θεραπευτικής πορείας των ατόμων, που βρίσκονται σε πλαίσιο εξωτερικής παρακολούθησης. Για περισσότερες πληροφορίες για το συγκεκριμένο εργαλείο καθώς και πληροφορίες για την αγορά του επισκεφτείτε το <http://triweb.tresearch.org/index.php/tools/for-clinicians/recoverytrack/>
- Road MAP Toolkit™ βοηθά τους συμβούλους να παρουσιάσουν τις τεχνικές Πρόληψης της Υποτροπής σε ομάδες, χωρίς εξειδικευμένη εκπαίδευση ή εποπτεία. Για περισσότερες πληροφορίες για το συγκεκριμένο εργαλείο καθώς και πληροφορίες για την αγορά του επισκεφτείτε το <http://triweb.tresearch.org/index.php/tools/for-clinicians/roadmap-toolkit/>
- Brief Intervention Training για συμβούλους και εκπαιδευτικούς σε θέματα υγείας, χρη-

σιμοποιείται με εφήβους που κάνουν ήπια χρήση ουσιών. Για περισσότερες πληροφορίες για το συγκεκριμένο εργαλείο καθώς και πληροφορίες για την αγορά του επισκεφτείτε το <http://triweb.tresearch.org/index.php/tools/order-tri-resources/brief-intervention-workshop-package/>

ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Το TRI πρόσφατα αποφάσισε να διευρύνει τους τομείς δραστηριοποίησής του και στο χώρο της εκπαίδευσης, όσον αφορά την καταπολέμηση της εξάρτησης ναρκωτικών και αλκοόλ σε παιδιά και εφήβους. Με βάση την εκτεταμένη εμπειρία του από το χώρο της Διάγνωσης, Βραχείας Παρέμβασης και Παραπομπής σε Θεραπεία (SBIRT), το Ινστιτούτο κατασκεύασε ένα εργαλείο διάγνωσης και βραχείας παρέμβασης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα σχολεία. Οι μαθητές καλούνται να απαντήσουν ένα σύντομο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης, και με βάση τις απαντήσεις τους και τα ερευνητικά δεδομένα που θα δοθούν, σχεδιάζεται μια σειρά εκπαιδευτικών συναντήσεων με στόχο την ενημέρωση και, εάν κριθεί απαραίτητο, την παρέμβαση στη συμπεριφορά που σχετίζεται με τη χρήση αλκοόλ και ουσιών. Το πρόγραμμα αυτό υλοποιείται ήδη πιλοτικά σε σχολεία της Νέας Υόρκης.

Σε πανεπιστημιακό επίπεδο, υπάρχει το Brief Intervention Training tool για συμβούλους και εκπαιδευτικούς σε θέματα υγείας, χρησιμοποιείται με εφήβους που κάνουν ήπια χρήση ουσιών. Το συνοδευτικό CD περιλαμβάνει τρεις ατομικές συνεδρίες και εστιάζει σε στρατηγικές ενίσχυσης του κινήτρου.

ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Για περισσότερο από μια δεκαετία, η επιστημονική ομάδα του TRI έχει ασχοληθεί με την έρευνα των στοιχείων που αφορούν ειδικά προγράμματα για χρήστες παραβάτες, προσπαθώντας να καθορίσουν ποιοι χρήστες μπορούν να ενταχθούν καλύτερα σε ποια προγράμματα. Αυτές οι πρωτοποριακές έρευνες έχουν οδηγήσει στη δημιουργία εργαλείων που μπορούν να αξιοποιηθούν από τα δικαστήρια για τη λήψη αυτής της απόφασης:

- Risk and Needs Triage (RANT™ and RANT-Plus™) εργαλεία που διευκολύνουν τη λήψη απόφασης από το δικαστή ή άλλο προσωπικό του δικαστικού συστήματος. Βασίζονται σε ερευνητικά τεκμηριωμένα στοιχεία και έχουν ως στόχο να ταιριάξουν τις ανάγκες των χρηστών-παραβατών με τις διαθέσιμες υπηρεσίες. Για περισσότερες πληροφορίες για το συγκεκριμένο εργαλείο: <http://triweb.tresearch.org/index.php/tools/for-courts/rant/>
- TRI Court Evaluation Program, TRI-CEP™, πρόκειται για ένα απλό πρόγραμμα που διευκολύνει την καταγραφή και παρακολούθηση των πληροφοριών από το δικαστικό σύστημα καθώς και από άλλα εμπλεκόμενα συστήματα σχετικά με την πορεία των θεραπευόμενων. Βοηθά στην ταχεία διαχείριση των πληροφοριών αναφορικά με την πορεία και την αξιολόγησή τους. Για περισσότερες πληροφορίες για το συγκεκριμένο εργαλείο: <http://triweb.tresearch.org/index.php/tools/for-courts/tri-cep/>

Αυτά τα ασφαλή προγράμματα είναι εύκολα στη χρήση, απλά και αξιόπιστα. Αποτελούν σημαντικά εργαλεία που έφτιαξε το TRI για να μπορεί το δικαστικό σύστημα να έχει άμεση

πρόσβαση σε στοιχεία και αναφορές, παρέχει αναφορές χρήσιμες για το πλαίσιο θεραπείας που συμβάλουν στην ένταξη του θεραπευόμενου στο κατάλληλο επίπεδο φροντίδας και εποπτείας, παρουσιάζοντας ταυτόχρονα και την αποδοτικότητα του προγράμματος.

Πηγή: <http://triweb.tresearch.org/index.php/tools/>

ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Ο Σύλλογος έχει υιοθετήσει ένα σύνολο κριτηρίων ποιότητας αναφορικά με τη διαταραχή της χρήσης ουσιών από το Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Εξαιρετικής Κλινικής Ποιότητας (NICE). Με την κυκλοφορία αυτού του εγγράφου γίνεται προσπάθεια να οριστεί η καλή κλινική πρακτική στο χώρο που εξετάζεται.

Αναμένεται ότι τα κριτήρια ποιότητας –που αφορούν ένα σύνολο δηλώσεων που συγκεντρώθηκαν από το NICE για να τονίσουν τις βελτιώσεις της ποιότητας που λαμβάνουν προτεραιότητας μέσα σε ένα συγκεκριμένο τομέα- θα προσφέρουν τον ορισμό της παροχής φροντίδας υψηλής ποιότητας στο κοινό, στους επαγγελματίες υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης, στους φορείς παροχής υπηρεσιών μέσω ιδιαίτερων, συγκεκριμένων ποιοτικών ετικετών, μέτρων και περιγραφής του κοινού που απευθύνονται.

Μέσα στα κριτήρια ποιότητας περιλαμβάνεται και η θεραπεία των χρηστών ουσιών άνω των 18 ετών, οι οποίοι έχουν παραπεμφθεί από τις δικαστικές αρχές σε υπηρεσίες φροντίδας για την κατάχρηση οπιούχων, κάνναβης, διεγερτικών και άλλων ουσιών.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε απλές και εξειδικευμένες μονάδες διαμονής, καθώς και σε κοινοτικό επίπεδο – ενώ επίσης καλύπτονται και άλλες σχετικές οργανώσεις όπως οι φυλακές.

Ο πιστοποιημένος ψυχολόγος κ. AndreGeel αντιπρόεδρος του Society's Faculty of Addiction δήλωσε: «Ο Σύλλογος είχε ηγετικό ρόλο στην ανάπτυξη αυτών των οδηγιών, με δύο μέλη του Faculty of Addictions στην Ομάδα εμπειρογνομόνων και τουλάχιστον έναν ακόμη ψυχολόγο να συμμετέχουν.

Μεγάλη έμφαση έχει δοθεί στο ρόλο των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων ως πλέον αξιόπιστες και εμπειρικά τεκμηριωμένες θεραπείες για ένα ευρύ φάσμα των προβλημάτων χρήσης ουσιών, εκτός από κάποια συγκεκριμένη χρήση υποκατάστατων.

Τονίστηκε η ανάγκη για επαρκή και κατάλληλη κατάρτιση, προσόντα και εποπτεία σε αυτές τις παρεμβάσεις όπως και η έμφαση στις δεξιότητες που χρειάζονται για να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά.

Γενικά το παρόν έγγραφο θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια ιδιαίτερα ισορροπημένη και συνοπτική θεώρηση των καταλληλότερων θεραπειών που προτείνονται για την αντιμετώπιση της διαταραχής της χρήσης ουσιών αυτή την περίοδο, καθώς και ως ένας τρόπος να τεθούν τα πρότυπα και οι στόχοι των υπηρεσιών που αναπτύσσονται για να αντιμετωπίσουν αυτήν την πρόκληση»

Ημερομηνία κυκλοφορίας: Νοέμβριος 2012

ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ ΑΓΓΛΙΑΣ (NICE- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, NHS, UK)

Πληροφορίες για τους εξυπηρετούμενους που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ΕΣΥ Αγγλίας (NHS)
Πληροφορίες για εξυπηρετούμενους του ΕΣΥ Αγγλίας για θέματα κατάχρησης ουσιών

Τα κριτήρια ποιότητας του NICE αναφορικά με τη διαταραχή της χρήσης ουσιών ορίζουν τι σημαίνει υψηλής ποιότητας φροντίδα στο πλαίσιο του ΕΣΥ της Αγγλίας ώστε η καλύτερη δυνατή φροντίδα να παρέχεται σε όσους προσέρχονται στο ΕΣΥ Αγγλίας για υπηρεσίες για τη διαταραχή της χρήσης ουσιών.

Τα κριτήρια ποιότητας υπηρεσιών του NICE για τη διαταραχή της χρήσης ουσιών

Τα κριτήρια υψηλής ποιότητας παροχής υπηρεσιών σε άτομα με διαταραχή της χρήσης ουσιών περιγράφονται σε 10 προτάσεις. Οι προτάσεις αυτές αφορούν την υψηλή ποιότητα υπηρεσιών που θα πρέπει να λαμβάνουν οι εξυπηρετούμενοι και συνοψίζονται παρακάτω.

1. Οι άνθρωποι που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουσιών έχουν πρόσβαση σε προγράμματα ανταλλαγής βελόνων και συριγγών τα οποία:
 - Είναι κοντά στον τόπο διαμονής τους
 - Λειτουργούν «κατάλληλες» ώρες, και
 - Παρέχουν εξοπλισμό για την ενδοφλέβια χρήση καθώς και συμβουλευτική σχετικά με τη μείωση της βλάβης.
2. Στους ανθρώπους που βρίσκονται σε θεραπεία προσφέρεται πλήρης εκτίμηση της κατάστασης τους καθώς και προτάσεις για το τι χρειάζεται να κάνουν για να απεξαρτηθούν.
3. Στις οικογένειες των ατόμων με διαταραχή χρήσης ουσιών αλλά και σε όσους τους φροντίζουν προσφέρεται αξιολόγηση της κατάστασης και υποστήριξη την οποία χρειάζονται.
4. Στους ανθρώπους που παρέχονται υπηρεσίες θεραπείας πραγματοποιούνται εξετάσεις και, εφόσον κριθεί απαραίτητο, παραπομπή για θεραπεία της Ηπατίτιδας Β και C, του HIV, καθώς και εμβολιασμός για την Ηπατίτιδα Β.
5. Στα άτομα που συμμετέχουν σε θεραπεία για τα ναρκωτικά παρέχεται ενημέρωση και συμβουλευτική σχετικά με τις παρακάτω διαφορετικές επιλογές θεραπείας:
 - Για εκείνες που τους βοηθούν στη μείωση της βλάβης από τη χρήση παράνομων ουσιών (μείωση της βλάβης)
 - Για εκείνες της χορήγησης υποκατάστατων των οπιοειδών (όπως η μεθαδόνη ή η βουπρενορφίνη) εάν είναι εξαρτημένοι από την ηρωίνη (θεραπεία συντήρησης)
 - Για εκείνες που τους βοηθούν με τη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων, να μειώσουν με ασφάλεια, και σταδιακά και αποτελεσματικά να διακόψουν τη χρήση οπιοειδών (αποτοξίνωση)
 - Για εκείνες που οδηγούν στην πλήρη διακοπή της χρήσης ουσιών (θεραπεία απεξάρτησης).
6. Σε όσους συμμετέχουν σε θεραπεία για τα ναρκωτικά παρέχεται ψυχοκοινωνική στήριξη από τον θεραπευτή που τους έχει αναλάβει (για παράδειγμα, από κάποιο γιατρό,

νοσηλευτή, ή κάποιον επαγγελματία ΜΚΟ με τον οποίο έχουν τακτική επικοινωνία). Αυτού του είδους η υποστήριξη, μπορεί να περιλαμβάνει θεραπευτικές συνεδρίες (talking therapies) ή άλλες δραστηριότητες με στόχο να βοηθηθούν οι άνθρωποι να αναγνωρίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμπλοκή τους με τα ναρκωτικά.

7. Τα άτομα σε θεραπεία για την κατάχρηση ουσιών υποστηρίζονται ώστε να απεξαρτηθούν και να επανενταχθούν στην κοινωνία. Σε αυτό περιλαμβάνεται η βοήθεια για στέγη, εκπαίδευση, εργασία, εξεύρεση πόρων καθώς και για υπηρεσίες υγείας και για συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας και αλληλοβοήθειας. Οι ομάδες αυτοβοήθειας και αλληλοβοήθειας είναι αυτές στις οποίες άτομα που έχουν κάποια κοινή διαταραχή υποστηρίζουν το ένα το άλλο, όπως για παράδειγμα τα προγράμματα των 12 βημάτων, οι Ναρκομανείς Ανώνυμοι, οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί, και οι Κοκαϊνομανείς Ανώνυμοι.
8. Τα άτομα συμμετέχουν σε θεραπεία ψυχοκοινωνικής ή ψυχολογικής υποστήριξης σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Σε αυτές περιλαμβάνονται:
 - Συμπεριφοριστική θεραπεία, κατά την οποία ο θεραπευόμενος με το θεραπευτή συμφωνούν σε μια σειρά συνεπειών και ανταμοιβών για τη χρήση ουσιών και την αποχή αντίστοιχα (contingency management)
 - Θεραπεία ζευγαριών
 - Ψυχολογικές θεραπείες όπως η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT).
9. Στα άτομα που έχουν διακόψει την χρήση ουσιών προσφέρεται συνεχής θεραπεία και υποστήριξη για τουλάχιστον 6 μήνες.
10. Στα άτομα που κάνουν θεραπεία παρέχεται ενημέρωση και συμβουλευτική σχετικά με τις δυνατότητες θεραπείας σε θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής. Αυτό εξαρτάται από παράγοντες όπως το:
 - εάν έχουν άλλα ιατρικά ή κοινωνικά προβλήματα
 - εάν έχουν ολοκληρώσει κάποιο πρόγραμμα αποτοξίνωσης και
 - εάν η θεραπεία ψυχοκοινωνικής υποστήριξης δεν ήταν επιτυχής.

Περισσότερες πληροφορίες για τις θέσεις του NICE για άτομα που έχουν διαταραχή της χρήσης ουσιών μπορείτε να βρείτε στο 'Treatments for drug misuse' στην ιστοσελίδα www.nice.org.uk/guidance/CG51/PublicInfo.

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ

Στο ΕΣΥ τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις τα οποία ορίζονται από το Καταστατικό του ΕΣΥ. (www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NHSCConstitution/index.htm).

Όλα τα κριτήρια ποιότητας του NICE έχουν συνταχθεί με βάση αυτά. Έχετε δικαίωμα να συμμετέχετε σε συζητήσεις και να παίρνετε συνειδητές αποφάσεις για τη θεραπεία και τη φροντίδα την οποία θα λάβετε μαζί με την ομάδα επαγγελματιών που σας παρακολουθεί. Οι επιλογές σας είναι σημαντικές και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να τις υποστηρίξουν οποτεδήποτε είναι δυνατό. Θα πρέπει να σας αντιμετωπίζουν με αξιοπρέπεια και σεβασμό.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΟ NICE ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ

Ο πλήρης οδηγός για τα κριτήρια ποιότητας για τη διαταραχή της χρήσης ουσιών όπως έχει γραφτεί από επαγγελματίες υγείας είναι διαθέσιμος στο

www.nice.org.uk/guidance/QS23

Το NICE παρέχει οδηγίες (συμβουλές) για το ΕΣΥ της Αγγλίας και της Ουαλίας σχετικά με την πρόληψη, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση ιατρικών παθήσεων με βάση τα πλέον τεκμηριωμένα διαθέσιμα στοιχεία.

Το NICE παρέχει οδηγίες για τη διαταραχή της χρήσης ουσιών οι οποίες είναι διαθέσιμες στο www.nice.org.uk/guidance/CG51, στο www.nice.org.uk/guidance/CG52 και στο www.nice.org.uk/guidance/PH18. Οι οδηγίες αυτές έχουν αξιοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες πηγές πληροφοριών για τη δημιουργία των κριτηρίων ποιότητας.

Πληροφορίες για άτομα που είναι ασθενείς ή φροντίζουν άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών σύμφωνα με τις οδηγίες του NICE για τις διαταραχές της χρήσης ουσιών είναι διαθέσιμα στο www.nice.org.uk/guidance/CG51/publicinfo. Οι πληροφορίες έχουν γραφτεί με στόχο να βοηθήσουν τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και όσους τους φροντίζουν ώστε να κατανοήσουν τις επιλογές φροντίδας και θεραπείας που θα πρέπει να παρέχονται από το ΕΣΥ.

National Institute for Health and Clinical Excellence

MidCity Place, 71 High Holborn, London, WC1V 6NA; www.nice.org.uk

© Πνευματικά Δικαιώματα: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2012. Το παρόν υλικό μπορεί να αναπαραχθεί δωρεάν για εκπαιδευτικούς και μη-κερδοσκοπικούς σκοπούς. Δεν επιτρέπεται η αναπαραγωγή από ή για εμπορικούς οργανισμούς ή για εμπορικούς στόχους χωρίς την έγγραφη συγκατάθεση του.

ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΟΔΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Οι φοιτητές οδηγούν υπό την επήρεια ναρκωτικών τόσο συχνά όσο και σε κατάσταση μέθης και οι δύο συμπεριφορές συνδέονται έντονα με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ.

Σε αυτή τη μελέτη συγκεκριμένα, έγιναν επαναλαμβανόμενες συνεντεύξεις σε 1.194 φοιτητές από τα 19 έως τα 22 έτη, ένας στους έξι από όσους είχαν πρόσβαση σε αυτοκίνητο είχαν οδηγήσει υπό την επήρεια ναρκωτικών το προηγούμενο έτος, αυτό σημαίνει ότι βρίσκονταν υπό την επήρεια κάποιας παράνομης ουσίας, όχι για ιατρικούς λόγους (στις περισσότερες περιπτώσεις η ουσία που είχαν χρησιμοποιήσει ήταν η μαριχουάνα). Αυτοί οι αριθμοί παρέμειναν σχεδόν ίδιοι στην ηλικία των 22 ετών.

Ετησίως, περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες που είχαν οδηγήσει υπό την επήρεια ναρκωτικών είχαν επίσης οδηγήσει σε κατάσταση μέθης. Και οι δύο περιπτώσεις (οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ και ναρκωτικών) συνδέθηκαν ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο για εξάρτηση από το αλκοόλ. Η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, ωστόσο, δεν επιβάρυνε τον κίνδυνο για εξάρτηση από τη μαριχουάνα.

Ανεξάρτητα από την πρόσβαση σε αυτοκίνητο, περίπου ένας στους τέσσερις φοιτητές είχε

μπει σε αυτοκίνητο που οδηγούσε κάποιος υπό την επήρεια ναρκωτικών, οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Η πιθανότητα να μπει κάποιος σε αυτοκίνητο που οδηγούσε κάποιος υπό την επήρεια ναρκωτικών παρέμεινε σταθερή από την ηλικία 19 έως 21 ετών, αλλά μειώθηκε στην ηλικία 22 των ετών.

Οι άνδρες, και οι λευκοί εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο και για τη οδήγηση υπό την επήρεια ναρκωτικών και για να μπουν σε αυτοκίνητο που οδηγεί κάποιος υπό την επήρεια ναρκωτικών, έναντι των γυναικών και των μη-λευκών.

Προτάσεις πρακτικής και πολιτικής: Αρκετές προτάσεις προέρχονται από τα ευρήματα, μεταξύ αυτών: 1) η ανάγκη για συχνότερες ενημερωτικές εκστρατείες που να προειδοποιούν για τους κινδύνους της οδήγησης υπό την επήρεια ναρκωτικών και αλκοόλ, 2) ο έγκαιρος εντοπισμός και παρέμβαση των ατόμων που οδηγούν υπό την επήρεια ναρκωτικών, ειδικά στις πανεπιστημιούπολεις, 3) καλύτερη επιβολή των υφιστάμενων νόμων για την οδήγηση υπό την επήρεια και 4) παραπομπές για αξιολόγηση και θεραπεία των φοιτητών που συλλαμβάνονται για οδήγηση υπό την επήρεια ναρκωτικών.

Μια ελπιδοφόρος στρατηγική μπορεί να είναι ο έλεγχος για χρήση ουσιών στο δρόμο, η οποία έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική και από την αύξηση της δριμύτητας των κυρώσεων και από την ενημέρωση όσον αφορά τους κινδύνους για την οδήγηση υπό την επήρεια ναρκωτικών.

Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διερευνήσουν περισσότερο εάν οι φοιτητές κάνουν χρήση ναρκωτικών σε συνδυασμό με αλκοόλ πριν ξεκινήσουν να οδηγούν. Ο συνδυασμός αλκοόλ και μαριχουάνας είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος κατά την οδήγηση, ακόμα και όταν τα επίπεδα αλκοόλ στο αίμα είναι σχετικά χαμηλά. Οι φοιτητές που οδηγούν μετά από κατανάλωση αλκοόλ, χωρίς να αισθάνονται ότι τους έχει επηρεάσει ενδέχεται να έχουν επηρεαστεί περισσότερο από ότι συνειδητοποιούν, ιδιαίτερα εάν έχουν κάνει χρήση μαριχουάνας λίγες ώρες πριν.

Και οδήγηση υπό την επήρεια ναρκωτικών και η επιβίβαση σε αυτοκίνητο με κάποιον που οδηγεί υπό την επήρεια ναρκωτικών πρέπει να θεωρηθούν ως «προειδοποιητική σημαία» για σοβαρά προβλήματα με το αλκοόλ ή/και τα ναρκωτικά. Το ιατρικό προσωπικό στις πανεπιστημιούπολεις θα πρέπει να ρωτά τους φοιτητές σχετικά με την οδήγηση υπό την επήρεια ναρκωτικών ή την επιβίβαση σε αυτοκίνητο με κάποιον που οδηγεί υπό την επήρεια ναρκωτικών συστηματικά ως μέρος της διάγνωσης για εξάρτηση από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Το σύστημα επιβολής των νόμων θα πρέπει να καταστήσει υποχρεωτική την παραπομπή για αξιολόγηση και θεραπεία για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά σε όλους όσους εντοπίζονται να οδηγούν υπό την επήρεια αλκοόλ ή ουσιών, καθώς και εθελοντικές παραπομπές για τους επιβαίνοντες. Επίσης θα μπορούσε να αναιρεθεί το δικαίωμα οδήγησης μέχρι να ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Το πλήρες κείμενο βρίσκεται διαθέσιμο στο: Arria, A.M., Caldeira, K.M., Vincent, K.B., Garnier-Dykstra, L.M., O'Grady, K.E. (inpress). Substance-related traffic-risk behaviors among college students. *Drug and Alcohol Dependence*. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.04.1012.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Πριν την υποβολή του άρθρου σας, παρακαλείστε να διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω οδηγίες. Οι οδηγίες αυτές ακολουθούνται από όλα τα περιοδικά τα οποία συμμετέχουν στη Διεθνή Επιτροπή των Εκδοτών Περιοδικών για τις Εξαρτήσεις (ISAJE).

Το περιοδικό Εξαρτήσεις υιοθετεί πλήρως τη “Συμφωνία του Farmington” (Addiction, 1997, 92, 1617-1618) ή βλέπε <http://www.exartiseis.gr/> η Συμφωνία του Farmington <http://www.exartiseis.gr/CategoryView.asp?langid=el&CategoryID=4>

ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Στόχος του περιοδικού Εξαρτήσεις είναι να υπηρετήσει τη διεθνή διεπιστημονική επικοινωνία ανάμεσα σε ακαδημαϊκούς και κλινικούς, να ενδυναμώσει τους δεσμούς μεταξύ επιστήμης και πολιτικής, να ενισχύσει και να εμπλουτίσει την ποιότητα των απόψεων. Βιβλία και σημαντικές αναφορές μπορούν να υποβληθούν για ανασκόπηση ή /και παρουσίαση. Θα πρέπει, ωστόσο, να σας ενημερώσουμε εκ των προτέρων πως τα κείμενα δεν επιστρέφονται.

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Τα άρθρα γίνονται αποδεκτά με την προϋπόθεση πως υπόκεινται σε έλεγχο από τη συντακτική επιτροπή. Όλα τα υποβληθέντα άρθρα πρέπει απαραίτητως να συνοδεύονται από δήλωση υπογεγραμμένη από όλους τους συγγραφείς στην οποία θα αναφέρεται ότι:

(α) το υλικό που συμπεριλαμβάνεται στο άρθρο δεν έχει δημοσιευθεί εξ ολοκλήρου ή τμηματικά σε άλλο έντυπο,

(β) το κείμενο που υποβάλλεται για δημοσίευση δεν βρίσκεται ήδη υπό έκδοση,

(γ) όλοι οι συγγραφείς που υπογράφουν το άρθρο έχουν συμμετάσχει προσωπικά στη διαδικασία συγγραφής του και αναλαμβάνουν εξίσου την ευθύνη για το περιεχόμενό του,

(δ) έχουν τηρηθεί όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας που αφορούν στην προστασία των πελατών ή των συμμετεχόντων στις έρευνες και στα πειράματα με ζώα.

Στη δήλωση πρέπει, επίσης, να αναφέρονται ρητώς οι πηγές χρηματοδότησης, άμεσης και έμμεσης, καθώς και οποιαδήποτε σχέση με φαρμακευ-

τικές βιομηχανίες, καπνοβιομηχανίες και βιομηχανίες παραγωγής αλκοόλ.

Σχετικά με τα σημεία (α) και (β): εάν στοιχεία από τη συγκεκριμένη έρευνα παρουσιάζονται σε περισσότερες από μία δημοσιεύσεις, αυτό θα πρέπει να αναφερθεί στο άρθρο και/ή σε επιστολή προς τον εκδότη με σαφή επεξήγηση των διαφορών που υπάρχουν στο άρθρο και με συνημμένα αντίτυπα όλων των κειμένων στα οποία αναφέρεται η συγκεκριμένη έρευνα.

Εάν, σε οποιοδήποτε στάδιο, οι συγγραφείς αποφασίσουν να αποσύρουν το άρθρο τους, καλούνται να ενημερώσουν εγκαίρως και εγγράφως τον εκδότη.

ΕΚΤΑΣΗ

Οι συγγραφείς πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο συνοπτικοί και στην περίπτωση που ο περιορισμός του άρθρου κριθεί σκόπιμος για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας, το θέμα θα συζητηθεί με τον εκδότη. Η συνολική έκταση του άρθρου θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 6000-8000 λέξεων. Η παρουσίαση περιστατικών είναι αποδεκτή αλλά δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να υπερβαίνει τις 2000 λέξεις. Οι επιστολές δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τις 600 λέξεις.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΜΟΡΦΗ

Η υποβολή των εγγράφων πρέπει να γίνεται σε ηλεκτρονική μορφή, δισκέτα, ή CD. Θα πρέπει να είναι με γραμματοσειρά 12 στιγμών, διπλό διάστημα και περιθώρια τουλάχιστον 25 mm. Στην πρώτη σελίδα θα πρέπει να αναγράφεται ο τίτλος του άρθρου, ο οποίος δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 45 χαρακτήρες, τα ονόματα των συγγραφέων, ο χώρος και η διεύθυνση διεξαγωγής της εργασίας και

η πλήρης ταχυδρομική διεύθυνση του συγγραφέα στον οποίο θα αποσταλούν τα σχόλια, η σχετική αλληλογραφία και τα αντίτυπα της έκδοσης. Στο κάτω μέρος της σελίδας του τίτλου παρακαλείστε να αναφέρετε το συνολικό αριθμό λέξεων του άρθρου. Στη δεύτερη σελίδα θα αναγράφονται μόνο ο τίτλος και τα ονόματα των συγγραφέων και η περιληψη. Ολόκληρο το άρθρο, συμπεριλαμβανομένων των παραπομπών, πινάκων, στοιχείων, και λοιπού υλικού, θα πρέπει να έχει συνεχή αρίθμηση από την πρώτη σελίδα του τίτλου ως το τέλος. Επίσης, είναι σκόπιμο να αποφεύγονται οι υποσημειώσεις, όπου είναι δυνατόν.

Μπορείτε να στείλετε το άρθρο σας ταχυδρομικά στην ακόλουθη διεύθυνση:

Για το Περιοδικό Εξαοτήσεις
ΚΕΘΕΑ
Σορβόλου 24,
116 36 Αθήνα
ή με email: exartis@kethea.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όταν πρόκειται για ερευνητικά άρθρα οι περιλήψεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν τις ακόλουθες ενότητες: Στόχοι, Σχεδιασμός, Πλαίσιο/Χώρος, Συμμετέχοντες, Παρέμβαση (για τις πειραματικές δοκιμές μόνο), Μετρήσεις, Ευρήματα και Συμπεράσματα. Τα συμπεράσματα πρέπει να αναφέρονται με σαφήνεια, επειδή αυτά θα καθορίσουν σε μεγάλο μέρος την απόφαση του εκδότη. Κάθε εύρημα θα αποτιμηθεί σύμφωνα με την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Όσον αφορά άλλου είδους κείμενα, δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες για τη δομή των περιλήψεων, αλλά πρέπει να είναι εμφανή τα συμπεράσματα της αποτίμησης, καθώς αυτά θα αποτελέσουν κεντρικό θέμα στη διαδικασία του σχολιασμού. Οι περιλήψεις δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν συνήθως τις 250 λέξεις. Λέξεις κλειδιά θα πρέπει να αναφέρονται στο τέλος κάθε περιλήψης. Οι περιλήψεις θα πρέπει να αποστέλλονται στα ελληνικά και στα αγγλικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Η βιβλιογραφία και οι παραπομπές μπορούν να γίνονται είτε με το σύστημα *Harvard* είτε με το σύ-

στημα *Vancouver*. Όταν ακολουθείται το σύστημα *Harvard*, στις παραπομπές πρέπει να τηρούνται τα ακόλουθα: πρώτο το όνομα του συγγραφέα, ακολουθεί η χρονολογία δημοσίευσης σε παρένθεση π.χ. *Smith (1984)*. Εάν οι συγγραφείς είναι έως τρεις π.χ. *Smith, Green & Jones (1984)*, τότε στην πρώτη παραπομπή αναφέρονται και οι τρεις, ενώ στις υπόλοιπες αναφέρεται *Smith et.al. (1984)*. Στην περίπτωση που οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από τρεις, τότε σε όλες τις παραπομπές αναγράφεται: *Smith et.al. (1984)*. Εάν υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις από τους ίδιους συγγραφείς μέσα στο ίδιο έτος, οι παραπομπές πρέπει να περιέχουν (α) (β) (γ) κ.λπ. μετά τη χρονολογία δημοσίευσης. Οι παραπομπές παρατίθενται στο τέλος του άρθρου με αλφαβητική σειρά, π.χ.:

Abrams, D.B. & Wilson, G.T. (1979) Effects of alcohol on social anxiety... 88, 161-173.

Blane, H.T. & Leonard, K.E. (1987) Psychological Theories.... (New York Guildford Press).

Όταν ακολουθείται το σύστημα *Vancouver*, οι παραπομπές αριθμούνται σύμφωνα με τη σειρά που απαντώνται στο κείμενο. Σημειώστε τις παραπομπές στο κείμενο, στους πίνακες, στις λεζάντες βάζοντας διαδοχική αρίθμηση εντός παρενθέσεως (1, 2, 3, κ.λπ.). Οι παραπομπές που βρίσκονται μόνο μέσα σε πίνακες ή λεζάντες σχημάτων θα πρέπει να αριθμούνται σύμφωνα με τη σειρά που απαντώνται στο κείμενο.

Η αριθμητική απαρίθμηση των παραπομπών πρέπει να παρατίθεται στο τέλος του άρθρου, παράδειγμα:

1. *Cotton, N. (1987) The familial incidence of Alcoholism, Journal of Studies on Alcohol, 40, 89-116.*

2. *Merikangas, K.R. (1989) Genetics of alcoholism: a review of Human studies...*

Ανεξαρτήτως του συστήματος που θα επιλέξετε, για τους τίτλους των εφημερίδων, των περιοδικών και λοιπών εντύπων δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συντομογραφίες. Θα πρέπει να αναφέρονται οπωσδήποτε όλοι οι συγγραφείς. Ο κατάλογος της βιβλιογραφίας δεν πρέπει να είναι ασκόπως μακροσκελής, και πρέπει να περιλαμβάνει μόνο βι-

βλία και έντυπα στα οποία είναι δυνατή η πρόσβαση δια μέσου των συνηθισμένων βιβλιογραφικών πηγών. Όταν πρόκειται για ξενόγλωσσα άρθρα ή βιβλία, θα πρέπει να δίνεται ο τίτλος και στα ελληνικά σε παρένθεση μετά τον πρωτότυπο τίτλο.

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ

Οι απεικονίσεις δεν πρέπει να είναι ενταγμένες στο κείμενο, αλλά θα πρέπει να κατατεθούν χωριστά στο τέλος με το όνομα του συγγραφέα και με σχετική αρίθμηση. Όλες οι φωτογραφίες, τα γραφήματα και τα διαγράμματα θα αναφέρονται ως «σχήματα» και θα πρέπει να έχουν διαδοχική καταχώρηση στο κείμενο με αριθμούς (π.χ. Σχήμα 1, Σχήμα 2). Η θέση των σχημάτων μέσα στο κείμενο θα πρέπει να υποδεικνύεται σαφώς. Οι τίτλοι για όλα τα σχήματα θα πρέπει να αναγράφονται σε χωριστή σελίδα. Στους τίτλους θα πρέπει, επίσης, να συμπεριλαμβάνονται και επεξηγήσεις για όλα τα σύμβολα που χρησιμοποιούνται.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Οι πίνακες θα πρέπει να εκτυπώνονται σε χωριστή σελίδα και η θέση τους στο κείμενο πρέπει να υποδεικνύεται σαφώς. Οι μονάδες πρέπει να αναγράφονται εντός παρενθέσεως στην πρώτη γραμμή της εκάστοτε στήλης και όχι στο κυρίως σώμα του πίνακα. Οι λέξεις ή οι αριθμοί πρέπει να επαναλαμβάνονται σε όλες τις γραμμές, ενώ τα ομοιωματικά και λέξεις όπως: ομοίως, βλέπε, ως άνω κ.λ.π. δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται. Ακόμη, οι πίνακες δεν θα πρέπει να έχουν διαγράμμιση.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

Η επιμέλεια γίνεται για έλεγχο και διευκόλυνση κάποιων βασικών διορθώσεων, όχι για γενική αναθεώρηση ή μετατροπή. Τα σχόλια επιμέλειας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να επιστρέφεται το διορθωμένο κείμενο στον εκδότη μέσα σε δέκα

ημέρες από την παραλαβή τους.

Τα άρθρα αποστέλλονται από τον εκδότη στον αναπληρωτή της έκδοσης για αναθεώρηση. Ο τελευταίος, αφού συμβουλευτεί τη συντακτική ομάδα, στέλνει τις προτάσεις του στον εκδότη. Ο εκδότης λαμβάνει την τελική απόφαση και επικοινωνεί με τους συγγραφείς. Εφόσον κριθεί θετικά από τη συντακτική ομάδα, το άρθρο προωθείται για επιστημονική επιμέλεια σε δύο έως τρεις σχολιαστές, μέλη της επιστημονικής επιτροπής του περιοδικού.

Ο εκδότης και ο αναπληρωτής διατηρούν το δικαίωμα να επιστρέψουν κάποιο άρθρο πριν ακόμη φτάσει στους σχολιαστές, εάν κρίνουν πως το περιεχόμενό του δεν είναι κατάλληλο για το περιοδικό εξ' αιτίας μεθοδολογικών περιορισμών, θεματολογίας ή προβλημάτων στην παρουσίαση των στοιχείων.

ΑΝΤΙΤΥΠΑ

Ένα αντίτυπο του περιοδικού, που περιέχει το άρθρο, θα αποσταλεί στον κύριο συγγραφέα περίπου τρεις εβδομάδες μετά την έκδοση του τεύχους.

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ/ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Είναι όρος της παρούσας έκδοσης οι συγγραφείς να διατηρούν τα πνευματικά δικαιώματα από τα άρθρα που προσκομίζουν. Ωστόσο ο οργανισμός διατηρεί κάθε δικαίωμα για πλήρη δημοσίευση και διάδοση του άρθρου και του περιοδικού σε όσο το δυνατόν ευρύτερο αναγνωστικό κοινό, τόσο σε έντυπη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή. Οι συγγραφείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν αλλού το άρθρο *μετά* από τη δημοσίευσή του στο περιοδικό και χωρίς να ζητηθεί έγκριση υπό τον όρο πως θα αναφερθεί ως πρωτότυπη πηγή της δημοσίευσης το παρόν περιοδικό. Οι συγγραφείς ευθύνονται αποκλειστικά για την παραχώρηση των δικαιωμάτων αναπαραγωγής στοιχείων που βρήκαν από άλλες πηγές.

ΤΟ ΕΙΚΟΣΤΟ ΤΕΥΧΟΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ
ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ
ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΤΟΝ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟ ΤΟΥ 2012
ΣΕ 550 ΑΝΤΙΤΥΠΑ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΟΥ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ
(ΚΕΘΕΑ)
ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ

<i>Εποπτεία Έκδοσης</i> Γεράσιμος ΝΟΤΑΡΑΣ	<i>Editing supervision</i> Gerassimos NOTARAS
<i>Αρχικός Καλλιτεχνικός Σχεδιασμός Έκδοσης</i> Βουβούλα ΣΚΟΥΡΑ	<i>Initial Layout</i> Vounoula SKOURA
<i>Πληκτρολόγηση Κειμένων</i> Τομέας Εκπαίδευσης ΚΕΘΕΑ	<i>Typing</i> KETHEA Department of Education
<i>Γλωσσική επιμέλεια - Διορθώσεις</i> <i>Τυπογραφική επιμέλεια</i> Γεωργία ΧΡΗΣΤΟΦΙΛΗ	<i>Proof-reading</i> <i>Print editing</i> Georgia CHRISTOFILI
<i>Σχεδιασμός Λογότυπου</i> Τέτη ΚΑΜΟΥΤΣΗ	<i>Logo</i> Teti KAMOUTSI
<i>Ηλεκτρονική Επεξεργασία - Σελιδοποίηση</i> Σταύρος ΜΠΕΛΕΣΑΚΟΣ	<i>Typeset - Layout</i> Stavros BELESSAKOS
<i>Εκτύπωση - Βιβλιοδεσία</i> ΣΧΗΜΑ ΚΑΙ ΧΡΩΜΑ	<i>Publication - Binding</i> SCHEMA AND CHROMA

Δελτίο Παραγγελίας

Θα ήθελα συνδρομή στο περιοδικό *Εξαρτήσεις* (ISSN 1109-5350) για το έτος (2 τεύχη)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗΤΗ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

.....

Πόλη: Τ.Κ.: Χώρα:

Τηλέφωνο: Fax: E-mail:

ΕΙΔΟΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ

Ετήσια ατομική συνδρομή € 15,00

Ετήσια συνδρομή φορέων € 20,00

Ετήσια φοιτητική συνδρομή € 10,00

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ

Με ταχυδρομική επιταγή

Με τραπεζική επιταγή στο όνομα ΚΕΘΕΑ

Με τραπεζική κατάθεση στο λογαριασμό 117/296000-12 της Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος, όπου θα σημειώνεται η ένδειξη «για Εξαρτήσεις». Αντίγραφο της κατάθεσης όπου θα φαίνεται ευκρινώς το όνομα του καταθέτη, θα πρέπει να αποσταλεί μαζί με το παρόν δελτίο παραγγελίας στη διεύθυνση του περιοδικού.

Μέσω Internet Banking

Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος

IBAN: **GR4801101170000011729600012**

Το παρόν έντυπο καθώς και το αποδεικτικό πληρωμής θα πρέπει να σταλούν στην παρακάτω διεύθυνση: ΚΕΘΕΑ, Σορβόλου 24, Αθήνα, 116 36

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθυνθείτε στο τηλέφωνο 210 9241993-6, να στέλνετε φαξ στο 210 9241986, ή email στο exartisis@kethea.gr

Order Form

EXARTISIS
SCIENTIFIC JOURNAL ON ADDICTION ISSUES

SCIENTIFIC JOURNAL ON ADDICTION ISSUES

Please enter my subscription to Exartisis (ISSN 1109-5350) for (2 issues)

SUBSCRIBER DETAILS (PLEASE WRITE IN CAPITALS)

Name:

Address:

.....

City/Town: Postal Code: Country:

Telephone: Fax: E-mail:

ORDER DETAILS

Annual Personal Subscription € 15.00

Annual Agency/ Organisation Subscription € 20.00

Annual Student Subscription € 10.00

PAYMENT DETAILS

- Payment enclosed by cheque, made payable to KETHEA.
- Remit the amount to our account 117/296000-12 with the National Bank of Greece, SWIFT CODE: **ETHNGRAA** IBAN: **GR4801101170000011729600012**.
- Internet Banking
National Bank of Greece
IBAN: **GR4801101170000011729600012**

This order form as well as the receipt from the bank have to be sent to the following address:
KETHEA - Exartisis, 24, Sorvolou str., Athens 116 36, Greece

For any additional information you can call at +30 210 9241993-6, send a fax at +30 210 9241986, or email: exartisis@kethea.gr

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

Το περιοδικό ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ (ISSN 1109-5350) δημοσιεύεται δυο φορές το χρόνο (Μάρτιο και Οκτώβριο) από το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), Σορβόλου 24, Μετσ, 116 36, Αθήνα του οποίου και αποτελεί ιδιοκτησία. Εκδότης-Διευθυντής του περιοδικού είναι ο Γεράσιμος Νοταράς.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ (06/2011)

Συνολικός αριθμός αντιτύπων	550
Αποστολές	361
Συνδρομές	281
Δωρεάν Διανομή	60
Βιβλιοθήκη ΚΕΘΕΑ	20
Ποσοστό ζήτησης	70%

MANAGEMENT AND CIRCULATION

The journal EXARTISEIS (ISSN 1109-5350) is owned and published twice yearly (March and October) by Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA), Sorvolou 24, Mets, 116 36, Athens, Greece. Editor-in-Chief is Gerassimos Notaras.

CIRCULATION (06/2011)

Total number of copies printed	550
Distribution	361
Subscriptions	281
Free distribution	60
KETHEA-Library	20
Percent of requested circulation	70%