

2014

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ,  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ  
ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ  
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ  
ΤΟΥ Κ.Ε.Θ.Ε.Α.

Ζήση Μαργιάννα





## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

---

Η ανά χείρας εργασία αποτελεί το επιστέγασμα της φοίτησής μου στο Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής και, συγκεκριμένα στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με κατεύθυνση «Μετανάστευση, Κοινωνικές Διακρίσεις και Ιδιότητα του Πολίτη». Θα ήταν βαθύτατο ατόπημα να μην αναφερθώ και με σεβασμό να ευχαριστήσω όλους εκείνους του ανθρώπους που ενίσχυσαν τον ενθουσιασμό μου και ταυτόχρονα εκμηδένισαν τους φόβους και τις ανησυχίες μου. Σε πρώτο επίπεδο θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Δέσποινα Καρακατσάνη που με τη βοήθεια της κατόρθωσα να ολοκληρώσω επιτυχώς το παρόν πόνημα ανταποκρινόμενη στις υψηλές απαιτήσεις του τμήματος και ταυτόχρονα καλύπτοντας διεξοδικά το συγκεκριμένο θέμα. Επίσης, θα ήθελα να εξάρω τη στάση της οικογένειάς μου όλα αυτά τα χρόνια που στάθηκε δίπλα μου σε κάθε μου ανάγκη – υλική και ψυχική – και θεώρησε τους στόχους μου, στόχους της.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b>  | <b>2</b>  |
| <b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>  | <b>3</b>  |
| <b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>   | <b>4</b>  |
| <b>ABSTRACT</b>   | <b>5</b>  |
| <b>1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>   | <b>6</b>  |
| 1.1 ΣΤΟΧΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ   | 8         |
| 1.2 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ   | 10        |
| <b>2 ΜΕΡΟΣ Α - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b>   | <b>11</b> |
| 2.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ   | 11        |
| 2.2 ΛΟΓΟΙ-ΑΙΤΙΕΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ   | 14        |
| 2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ   | 18        |
| 2.4 ΟΙ ΝΑΡΚΟΜΑΝΕΙΣ ΩΣ ΠΑΡΑΒΑΤΕΣ   | 21        |
| 2.5 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ | 23        |
| 2.6 Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ                                 | 25        |
| 2.7 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ                                  | 27        |
| 2.8 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ  | 29        |
| 2.9 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ                               | 31        |
| 2.9.1 Οι υπηρεσίες ανοιχτής πρόσβασης   | 32        |
| 2.9.2 Δομημένες θεραπείες   | 33        |
| <b>3 ΜΕΡΟΣ Β: ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΤΟΥ Κ.Ε.Θ.Ε.Α</b>                      | <b>36</b> |
| 3.1 ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ  | 36        |
| 3.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΦΟΡΕΑ   | 36        |
| 3.3 ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ   | 38        |
| 3.4 Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ  | 39        |
| 3.5 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ   | 40        |
| 3.6 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ   | 40        |
| 3.6.1 ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ   | 41        |
| 3.6.2 ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ  | 48        |
| 3.6.3 ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ   | 54        |
| <b>4 ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>  | <b>60</b> |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>   | <b>65</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b>  | <b>72</b> |

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

---

Το φαινόμενο της εξάρτησης από τα ναρκωτικά δεν είναι πρόσφατο. Ήδη από τη δεκαετία του 1970 κάνει αισθητή την παρουσία του, αλλά τότε υπήρξε άμεσα συνδεδεμένο με τα πολιτικά και κοινωνικά τεκταινόμενα εντασσόμενο σε ένα πλαίσιο γενικότερης αναταραχής και ανατροπών. Η εποχή υπήρξε έντονα μεταβατική σε πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο γεγονός που επηρέασε την ψυχολογία του ανθρώπου, ο οποίος στράφηκε στη χρήση των ναρκωτικών.

Το φαινόμενο όμως, εξελίχθηκε και μετουσιώθηκε σε κοινωνική μάστιγα η οποία δημιούργησε προβλήματα στο κοινωνικό σύνολο. Οι ναρκομανείς τέθηκαν στο περιθώριο και φορτώθηκαν από ένα πλήθος χαρακτηρισμών που πολλές φορές δεν τους αντιπροσωπεύουν. Οι διάφοροι κρατικοί και κοινωνικοί φορείς αντιλήφθηκαν το πρόβλημα και ξεκίνησαν να δραστηριοποιούνται προς την αντιμετώπισή του μέσα από την ενημέρωση και τη δημιουργία προγραμμάτων επανένταξης.

Στην παρούσα εργασία εστιάζουμε στη δράση της θεραπευτικής κοινότητας του ΚΕΘΕΑ μέσα σε αυτά τα 30 χρόνια λειτουργίας της. Τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ αντιμετωπίζουν ολοκληρωμένα την εξάρτηση και τα συνοδευτικά προβλήματα, παρέχουν κοινωνική αποκατάσταση και εκπαίδευση στα μέλη των κοινοτήτων και επαγγελματική κατάρτιση, όπου χρειάζεται, για την πλήρη και ομαλή επανένταξη στην κοινωνία του απεξαρτημένου. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί ο ρόλος του ΚΕΘΕΑ στην αντιμετώπιση της εξάρτησης και του κοινωνικού αποκλεισμού, να αναδειχθεί η εκπαιδευτική και θεραπευτική του διάσταση και ταυτόχρονα να μελετηθούν οι απόψεις των εργαζομένων για το επίπεδο αποτελεσματικότητας του φορέα.

Λέξεις κλειδιά : ΚΕΘΕΑ, Ναρκομανείς, Εθισμός, Αξιολόγηση έργου, Αποτοξίνωση, Επανένταξη

## ABSTRACT

---

The drugs phenomenon is not recent. Already in the 1970s made their presence felt, but it was directly linked to the political and social happenings, belonging to a context broader unrest and upheaval. This phenomenon, however, developed and translated into social scourge which created problems in society. The addicts have been marginalized and loaded from a multitude of properties that are often not represent them. The social marginalization of these groups is a fact. The various state and social actors realized the problem and working to address it through updating and creating rehabilitation programs

In this paper we focus on the action of the therapeutic community Kethea within these 30 years of operation. Programs Kethea face integrated dependency and accompanying problems, provide social rehabilitation and education to community members and professional training, where necessary, for the full and smooth reintegration of former drug users. The aim of this paper is to investigate the role of Kethea in treating addiction and social exclusion. What is the degree of effectiveness and what are those ways of intervention confirm the successful role? Specifically, consider the views of the teachers themselves about the effectiveness of the actions.

Keywords: KETHEA, Narcotics, Addiction, Evaluation project, Detoxification, Rehabilitation

# 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα βασικά ζητήματα που απασχολεί τόσο τους ειδικούς επιστήμονες όσο και την πολιτεία και την κοινωνία ευρύτερα είναι η έννοια της «εξάρτησης». Η εξάρτηση του ατόμου από ουσίες τον καθιστά ικανό να προκαλέσει προβλήματα στο κοινωνικό σύνολο στην προσπάθειά του αφενός να βρει τους οικονομικούς πόρους για να μπορέσει να τις προμηθευτεί αφετέρου μπορεί άθελά του στο πλαίσιο των παραισθήσεων και των παρενεργειών της χρήσης να προβεί σε ανάρμοστες πράξεις. Πέρα από τη σχέση των εξαρτημένων ατόμων με την παρανομία, η πολιτεία και η κοινωνία ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για τη βελτίωση της καθημερινότητας τους. Αυτό αποδεικνύεται τόσο από τις δομές που δημιουργούνται για την βελτίωση της καθημερινότητας και της ποιότητας ζωής τους όσο και από τη νομική κατοχύρωση των προσπαθειών.

Πώς ορίζεται όμως η εξάρτηση; Κάθε χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών αλλά και κάθε χρήση νόμιμων ουσιών που δεν υπαγορεύεται από συμβατικές συνήθειες καταστάσεις, όπως για παράδειγμα στο πλαίσιο ιατρικών συμβουλών, όπου συχνά το υποκείμενο κάνει χρήση της ουσίας χωρίς να προσδοκά ένα συγκεκριμένο ευφορικό σύμπτωμα, ή στο πλαίσιο κοινωνικών κανόνων που πολύ συχνά συνδέονται με την κοινωνική χρήση, αποτελεί αυτό που συχνά αποκαλείται προβληματική χρήση και υποδηλώνει τη χρήση ουσιών που έχει σημαντικές προσωπικές και κοινωνικές επιπτώσεις (EMCDDA, 2005-2006).

Η εξάρτηση μπορεί να εξελιχθεί «μη αποδεκτή» κοινωνική συμπεριφορά, η οποία εξηγείται τόσο από τις παθολογικές βλάβες που επιφέρει η ανεξέλεγκτη χρήση ουσιών όσο όμως κι από τις κοινωνικές συνέπειες μιας τέτοιας συμπεριφοράς. Χαρακτηρίστηκε από την αρχή ως ταξικό φαινόμενο που συνδέεται με την υποκουλτούρα και την ιδεολογική αντιπαράθεση μεταξύ των κυρίαρχων κοινωνικών τάξεων και των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων. Με τον όρο υποκουλτούρα εννοούμε την κουλτούρα οποιασδήποτε ομαδοποίησης ή συλλογικότητας, η οποία, ενώ αποδέχεται την πολιτισμική πραγματικότητα του κοινωνικού συστήματος στο οποίο είναι ενταγμένη και υιοθετεί σημαντικά στοιχεία από το κυρίαρχο σύστημα αξιών, διαφοροποιείται σε ποικίλο βαθμό έντασης και έκτασης ως προς ορισμένες άλλες κοινωνικές αξίες, κοινωνικά νοήματα και εθμικούς τρόπους ζωής (Τάτσης,

1991).<sup>1</sup> Παραδείγματος χάριν η υποκοουλτούρα των χίπις ήταν άμεσα συνδεδεμένη με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Γι αυτές τις ομάδες, όπως αναφέρει ο Willis<sup>2</sup> η χρήση των ναρκωτικών αποτελούσε προϋπόθεση ένταξης.

Η εξάρτηση είναι στενότατα συνδεδεμένη με τον κοινωνικό αποκλεισμό. Πολλές φορές ο κοινωνικός αποκλεισμός προϋπάρχει της χρήσης και ίσως αποτελεί βασικό παράγοντα που ωθεί τα άτομα στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλλά από την άλλη η χρήση η ίδια είναι που ωθεί το άτομο στο περιθώριο. Στην ουσία κανείς δεν μπορεί να ισχυριστεί με βεβαιότητα ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι αποκλειστικά αίτιο ή αποτέλεσμα. Όμως τι ονομάζεται κοινωνικός αποκλεισμός; Στην ουσία είναι η συσσώρευση αθροιστικών διαδικασιών με διαδοχικές ανακολουθίες του οικονομικού, του πολιτικού και του κοινωνικού ιστού, που απομακρύνουν σταδιακά άτομα, ομάδες, κοινότητες και περιοχές οδηγώντας τα σε δυσμενή θέση σε σύγκριση με τα κέντρα εξουσίας, τους πόρους και τις επικρατούσες αξίες (Παπάνης, 2007). Κοινωνικός αποκλεισμός είναι η αποσχιστική δύναμη που απομακρύνει το άτομο ή τα άτομα από το κοινωνικό σύνολο.

Σήμερα, μέσα από μελέτες για την χρήση των ψυχοδραστικών ουσιών γνωρίζουμε ότι, η προοδευτική χρήση ουσιών -συχνά όλο και σε μικρότερες ηλικίες- και η εξάρτηση που έχει σαν συνέπεια τη βλάβη, είναι αυτή που επιφέρει την κλιμάκωση των προβλημάτων και τις αλλαγές στο οικογενειακό, επαγγελματικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, αλλά και συνέπειες στην ψυχική ή σωματική υγεία κάποιου ατόμου με αποτέλεσμα την προοδευτική απαξίωση του από το κοινωνικό περιβάλλον και τον σταδιακά κλιμακούμενο κοινωνικό αποκλεισμό του (Στεφανής, 2011). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό της παραγωγικής ικανότητας του ατόμου και την ολοκληρωτική διάθεση του χρόνου του ουσιοεξαρτώμενου για την εύρεση της ουσίας που θα του προσφέρει την ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης που πιθανόν θα έχει, αλλά και την εμπλοκή του σε παράνομες ενέργειες προκειμένου να προμηθευτεί μια ουσία που κυκλοφορεί παράνομα.

Η δεκαετία του 1970 έφερε την έλευση μιας νέας προσέγγισης για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Η Ευρώπη ως σύνολο εφαρμόζει ένα κοινό σχέδιο για τη μείωση των ποινικών κυρώσεων ως μέσο αποθάρρυνσης της

---

<sup>1</sup> Όπως παρατίθεται στο Α. Αστρινάκης – Λ. Στυλιανούδη, ΧέβυΜέταλ, Ροκαμπίλι, Φανατικοί Οπαδοί. Νεανικοί Πολιτισμοί και Υποπολιτισμού στη Δύση, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1996, σσ. 12- 13.

<sup>2</sup> P. E. Willis, "The cultural meaning of drug use", στο S. Hall & T. Jefferson (επιμ.), *Resistancethrough Rituals. Youth subcultures in post-war Britain*, ΛονδίνοκαιΝέαΥόρκη, Routledge, 1996, σσ.106-107



παράνομης χρήσης ναρκωτικών. Το 1972 με πρωτοκόλλου που τροποποιεί την Ενιαία Σύμβαση προσπάθησε να επεκτείνει τις διατάξεις που περιέχονται στο πρωτόκολλο του 1961 αναθέτοντας σε όλα τα συμβαλλόμενα μέρη να λάβουν «όλα τα πρακτικά μέτρα για την πρόληψη της κατάχρησης ψυχοτρόπων ουσιών και για τον έγκαιρο εντοπισμό, τη θεραπεία, την εκπαίδευση, μετά την περίθαλψη, την αποκατάσταση, και την κοινωνική επανένταξη των εμπλεκόμενων προσώπων». Η διάταξη αυτή απαιτείται οι χώρες να αναλάβουν κάποια δράση κατά της χρήσης ναρκωτικών, όμως, δεν υπάρχουν ποινικές κυρώσεις. Χώρες όπως η Ισπανία και η Ολλανδία υιοθέτησαν επιεική πολιτική έναντι της κατανάλωσης που σχετίζεται με τη συμπεριφορά, η οποία ορίζεται ως ένα ευρύ φάσμα συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης, της αγοράς ή της κατοχής μικρών ποσοτήτων με σκοπό την προσωπική χρήση (Gatto, 1999).

Στην ουσία, η πρώτη επαφή της Ευρώπης βασίστηκε στη διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής και όχι στο ζήτημα της αντιμετώπισης και της ένταξης των εξαρτημένων στην κοινωνία. Σύμφωνα με την Τσίλη (1995) η χρήση ναρκωτικών ήταν περιορισμένη και μάλιστα στη χρήση χασίς. Ο όρος τοξικομανία ήταν άγνωστος και ήρθε στην επιφάνεια στο τέλος της δεκαετίας του 1970. Η δεκαετία του 1980 ήταν καταλυτική για τη διάδοση της ηρωίνης εισχωρώντας σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού δημιουργώντας πονοκέφαλο στην κοινωνία (Παρασκευόπουλος, 2004). Αποτέλεσμα του ενδιαφέροντος που έδειξε η κοινωνία ήταν η ίδρυση το 1983 της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας η «Ιθάκη», η οποία μετονομάστηκε σε ΚΕΘΕΑ. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και ειδικότερα το 1987 ψηφίζεται ο ν. 1729/1987 (ΦΕΚ Α 114/1987) ο οποίος διαμορφώνει το νομικό πλαίσιο για την ποινική καταστολή των ναρκωτικών στη χώρα.

### **1.1 Στόχος εργασίας**

Στην παρούσα εργασία εστιάζουμε στη δράση της θεραπευτικής κοινότητας του ΚΕΘΕΑ μέσα σε αυτά τα 30 χρόνια λειτουργίας της. Σήμερα το ΚΕΘΕΑ αριθμεί περίπου 27 πρότυπες κοινότητες σε όλη την επικράτεια με *στοχευμένες δράσεις και λειτουργίες* και αποτελεί έναν από τους πιο δραστήριους οργανισμούς στον τομέα της απεξάρτησης από ουσίες, αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια. Το ΚΕΘΕΑ αποτελεί παράδειγμα δραστήριου οργανισμού που ξεχωρίζει ανάμεσα σε ένα πλήθος που δραστηριοποιείται στον ελληνικό χώρο. Συγκριμένα προγράμματα επανένταξης στην Ελλάδα προσφέρουν η Ιθάκη, η Έξοδος, η Παρέμβαση, η Διάβαση, ο Νόστος, η

Αριάδνη, ο ΟΚΑΝΑ, καθώς και ένα άλλο σύνολο μικρότερων που λειτουργούν υπό την υποστήριξη της εκκλησίας ή τοπικών φορέων.

Τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ αντιμετωπίζουν ολοκληρωμένα την εξάρτηση και τα συνοδευτικά προβλήματα, παρέχουν κοινωνική αποκατάσταση και εκπαίδευση στα μέλη των κοινοτήτων και επαγγελματική κατάρτιση, όπου χρειάζεται, για την πλήρη και ομαλή επανένταξη στην κοινωνία του απεξαρτημένου. Παρέχουν επίσης στήριξη και συμβουλευτική με ειδικά προγράμματα που απευθύνονται σε γονείς που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με εξάρτηση, ενισχύοντας το ρόλο του γονέα και τοποθετούν νέες πιο υγιείς βάσεις για την ανάπτυξη των οικογενειών τους. Βέβαια ένα πρόγραμμα μπορεί να θεωρηθεί από τα ίδια τα αποτελέσματα που επιφέρει και όχι από όσα συνηθίζονται να αναφέρονται εθιμοτυπικά από κάποιους για το ρόλο των συγκεκριμένων φορέων.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί ο ρόλος του ΚΕΘΕΑ στην αντιμετώπιση της εξάρτησης και του κοινωνικού αποκλεισμού. Ποιος είναι ο βαθμός αποτελεσματικότητάς του και ποιοι είναι εκείνοι οι τρόποι παρέμβασης που επιβεβαιώνουν τον επιτυχημένο ρόλο του; Πιο συγκεκριμένα, θα εξεταστούν οι απόψεις των ίδιων των εκπαιδευτών-θεραπευτών αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των δράσεων.

Η λειτουργία των θεραπευτικών φορέων εύλογο είναι να έρθει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όχι μόνο από την ελληνική πολιτεία, αλλά και από την Ευρωπαϊκή. Το 2001 το ΕΚΤΕΠΙΝ διενήργησε έρευνα που βασίστηκε σε συναντήσεις με τους φορείς από διάφορα προγράμματα. Για να προσδιοριστεί ο βαθμός επιτυχούς λειτουργίας των φορέων, απαραίτητο ήταν να προσδιοριστεί ο όρος θεραπεία και το τι θεωρούν θεραπεία οι έλληνες επαγγελματίες. Μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα θα προσδιοριζόταν το εννοιολογικό χάσμα που αποτελεί απαραίτητο βήμα για τον προσδιορισμό της έννοιας επιτυχία Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (2001).

Σε αντίστοιχη έρευνα της Εθνική σχολή Δημόσιας Υγείας συμμετείχαν στην έρευνα όχι επαγγελματίες του χώρου, αλλά συμμετέχοντες στα προγράμματα (551 άτομα) του ΚΕΘΕΑ. Τα άτομα επανεξετάστηκαν πέντε χρόνια μετά τη θεραπεία σε σχέση με τη χρήση ουσιών, την εμπλοκή με το νόμο και την επαγγελματική ενασχόληση (Αγραφιώτης, Καμπριανή, 2002:14-39). Η Θεοδοσίου (2008) στην έρευνά της με τίτλο «Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων απεξάρτησης βάσης εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων επανένταξης», αξιολογώντας τη

θεραπευτική κοινότητα «Αργό» φτάνει στο συμπέρασμα ότι το έργο των προγραμμάτων επανένταξης, πρόληψης και θεραπείας είναι πολύ σημαντικό. Το πιο σημαντικό συμπέρασμα από τη συγκεκριμένη μελέτη είναι το γεγονός ότι δεν υπάρχει αντιστοιχία οικονομικών μεγεθών και προσφερόμενης υπηρεσίας. Η επιτυχία των οργανισμών αυτών δεν συνάδει με το οικονομικό κόστος. Χαρακτηριστικά αναφέρει η συντάκτρια ότι κάθε χρήστης που βγαίνει από τα προγράμματα αποτελεί θετικό πρόσημο για την πολιτεία.

## **1.2 Δομή της εργασίας**

Η μεταπτυχιακή εργασία αποτελείται από δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος -που αποτελεί και τη θεωρητική προσέγγιση του θέματος. Συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού και οι αιτίες που οδηγούν στην εμφάνιση του φαινομένου. Ταυτόχρονα αναλύεται η εμφάνιση του φαινομένου τόσο στα ανεξαρτημένα όσο και στα εξαρτημένα άτομα. Αναλύεται η ευρωπαϊκή πολιτική για τα εξαρτημένα άτομα και η ελληνική νομοθεσία. Επίσης, σε ειδικές ενότητες παρουσιάζονται το ζήτημα της κοινωνικής επανένταξης, οι αποτελεσματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις και οι υπηρεσίες αποκατάστασης. Στην ουσία, το πρώτο κεφάλαιο αποτελεί το απαραίτητο θεωρητικό υπόβαθρο για την εισαγωγή στο δεύτερο κεφάλαιο που αποτελεί μελέτη περίπτωσης.

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε, η ανάλυση των δεδομένων, τα αποτελέσματα και οι προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση του ζητήματος. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας και την αποτελεσματικότερη εξαγωγή συμπερασμάτων είναι η ημι-δομημένη συνέντευξη με ερωτήσεις και η ελεύθερη και εις βάθος, όπου κρίνεται αναγκαίο, επικοινωνία. Σύμφωνα με τον τρόπο αυτό έχουμε την δυνατότητα με ποιοτική διερεύνηση και όχι καθαρά ποσοτική ή στατιστική να διερευνήσουμε την άποψη των εκπαιδευτικών και των «ειδικών» θεραπευτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ που έχουν επιλεγεί προς ανάλυση.

## 2 Μέρος Α - Βιβλιογραφική ανασκόπηση

### 2.1 Θεωρητικό πλαίσιο

Στην εισαγωγική αυτή ενότητα το κέντρο βάρους της ανάλυσης εστιάζεται στη βιβλιογραφική επισκόπηση του ζητήματος του κοινωνικού αποκλεισμού. Αντικειμενικός σκοπός είναι να αποτυπωθεί ολοκληρωμένα το φαινόμενο στον αναγνώστη, κατανοώντας ο τελευταίος τη σημαντικότητά του και τις επιπτώσεις του σε άτομο και κοινωνία. Το ζήτημα έχει απασχολήσει πληθώρα επιστημόνων και φορέων, οι οποίοι επιχείρησαν να το μελετήσουν και να το αναλύσουν προκειμένου να το αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά.

Για τον κοινωνικό αποκλεισμό έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρίες μέχρι σήμερα. Οι Γάλλοι κοινωνιολόγοι, πριν από 50 χρόνια, είναι οι πρώτοι που ανέφεραν μέσα στα κείμενα τους τον όρο «κοινωνικός αποκλεισμός» και αφορούσε στις κοινωνικές ομάδες που στερούνταν κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και τα άτομα που δεν είχαν πολιτικά δικαιώματα (Lee, 1999). Από τότε μέχρι και σήμερα έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί που αφορούν τον κοινωνικό αποκλεισμό, ανάμεσα στους ορισμούς αυτούς παρουσιάζονται και κάποια κοινά σημεία. Παραδείγματος χάρη, κοινό σημείο αποτελεί η παραδοχή ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός αφορά μια διαδικασία και όχι μια κατάσταση. Συγκεκριμένα αναφέρονται στη διαδικασία αποκοπής ολόκληρων κοινωνικών ομάδων από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, καθώς θεωρούνται επικίνδυνες για το κοινωνικό σύνολο (Μάτσα, 2000).

Σύμφωνα με τον Πετράκη (1998) η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού χρησιμοποιείται σήμερα από τις κοινωνικές επιστήμες για να κατηγοριοποιήσει, να αναλύσει και να ερμηνεύσει πολλά κοινωνικά προβλήματα. Από την άλλη, πολλοί ερευνητές ανάμεσα τους και ο Καντανζόγλου (2006), θεωρούν ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν πληροί βασικές προϋποθέσεις και γι' αυτό το λόγο δεν μπορεί να θεωρηθεί έννοια. Ο Castel (2006) αποδίδει στην έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού το χαρακτηρισμό της «μη αναλυτικής ιδέας» λόγω του ότι ερευνά μεγάλο πλήθος κοινωνικών φαινομένων, αλλά και γιατί παρουσιάζει δυσκολία στην κατανόηση της. Γενικά ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός αναφέρεται σε πολλές διαφορετικές κοινωνικές καταστάσεις χωρίς όμως να παρουσιάζει τις διαδικασίες που ακολουθήθηκαν για να επιτελεστούν αυτές.

Σύμφωνα με το Barata (2000), όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένας όρος με πολλές διαστάσεις ανάμεσα στις οποίες

περιλαμβάνονται οι οικονομικές και οι κοινωνικές. Επίσης ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να θεωρηθεί με βάσει τους νεώτερους ερευνητές (Littlewood&Herkommer, 2000) ως μια διαδικασία κοινωνικοοικονομικών ανακατατάξεων με σωρευτικές και χωρικές προεκτάσεις.

Η απόδοση ενός ορισμού για τον κοινωνικό αποκλεισμό έχει διχάσει την επιστημονική κοινότητα, καθώς παρουσιάζει μια μεγάλη ποικιλία στις διαστάσεις που μπορεί να λάβει, όπως για παράδειγμα οικονομικές, πολιτικές ή κοινωνικές. Σύμπνοια παρατηρείται στον τομέα ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέει από τη μια τη στέρηση κάποιων δικαιωμάτων και από την άλλη την αδυναμία απόκτησης υλικών αγαθών. Επίσης, κοινό σημείο αποτελεί το γεγονός ότι οι ορισμοί υποθάλλουν την έννοια της ανισότητας, είτε αυτή αφορά τον οικονομικό τομέα είτε τον κοινωνικό και πολιτικό. Υπάρχουν διάφορες οπτικές από τις οποίες μπορεί να μελετηθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός. Η έννοια δεν είναι μονοδιάστατη, αλλά μπορεί να αντιμετωπιστεί από την άποψη της

- Αλληλεγγύης: συμβαίνει όταν το άτομο σπάσει τους δεσμούς του με την κοινωνία μέσα στην οποία ζει και δραστηριοποιείται. Σύμφωνα με την παράμετρο της αλληλεγγύης, ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέεται με τις αποτυχίες ένταξης που αφορούν την ομαδική αλληλεγγύη.
- Ειδίκευσης: σύμφωνα με την παράμετρο αυτή, ο κοινωνικός αποκλεισμός επέρχεται όταν τα άτομα δεν δύνανται να έχουν πρόσβαση στις οικονομικές και κοινωνικές συναλλαγές. Με τον τρόπο αυτό τα άτομα που αποκλείονται δεν είναι σε θέση να αλληλεπιδράσουν κοινωνικά αλλά και να ασκήσουν τις επιλογές τους. Επομένως σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση επέρχεται μία αφαίρεση κοινωνικών δικαιωμάτων του ατόμου.
- Μονοπωλίου : σύμφωνα με τη συγκεκριμένη παράμετρο ο κοινωνικός αποκλεισμός επέρχεται γιατί η κοινωνία επωφελείται αποκλείοντας ένα μέρος της. Στη συγκεκριμένη περίπτωση οι κυρίαρχες κοινωνικές τάξεις απολαμβάνουν το κύρος και την πολιτική δύναμη (Littlewood&Herkommer, 1999).
- Πολιτικής καταπολέμησης: συνήθως ο κοινωνικός αποκλεισμός ορίζεται σύμφωνα με την πολιτική που ακολουθείται κάθε φορά για την καταπολέμηση του εκάστοτε φαινομένου. Για παράδειγμα ο

κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να οριστεί ως «πρόβλημα» όταν αναφέρεται σε χαρακτηριστικά των κοινωνικών ομάδων που αποτελούν στόχους, λόγω της δυσκολίας που παρουσιάζουν κατά την προσαρμογή τους στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, γεγονός που οδηγεί την πολιτεία να λάβει έναν αριθμό μέτρων έκτατου χαρακτήρα. Στην περίπτωση αυτή η αντιμετώπιση της παθογένειας έχει θεσμικό επίπεδο (Αλεξίου, 2006). Επομένως σύμφωνα με αυτή την οπτική η αδυναμία προσαρμογής στα χαρακτηριστικά του ευρύτερου συνόλου αποτελεί και σημείο διάκρισης.

- Αποκοπή από το σύνολο: ως κοινωνικός αποκλεισμός ορίζεται η δυναμική διαδικασία με την οποία ένα άτομο αποκόπτεται είτε μερικώς είτε ολικώς από ένα οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτισμικό σύστημα το οποίο κατά βάση καθορίζει την ενσωμάτωση του ατόμου στην κοινωνία. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό ο κοινωνικός αποκλεισμός συνεπάγεται την άρνηση της ιδιότητας του πολίτη σε ένα άτομο (Munck, 2005). Επομένως σύμφωνα με τη συγκεκριμένη λογική το άτομο που για κοινωνικοοικονομικούς λόγους διαχωρίζει τον εαυτό του από το ευρύτερο σύνολο θεωρείται κοινωνικά περιθωριοποιημένο.
- Κοινωνικού στιγματισμού: σύμφωνα με έναν άλλον ορισμό ο κοινωνικός αποκλεισμός περιγράφει το τι συμβαίνει σε κάποιες κοινωνικές ομάδες ή κάποιες περιοχές που παρουσιάζουν προβλήματα όπως: χαμηλό εισόδημα, ανεργία, κακές συνθήκες διαβίωσης, υψηλή εγκληματικότητα, κακή υγεία και διάλυση του οικογενειακού ιστού (SocialExclusionUnit, 1997). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη οπτική τα φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας είναι αυτά που προσδιορίζουν το περιθώριο από το σύνολο. Τα άτομα που φέρουν ένα χαρακτηριστικό στίγμα ή που προβαίνουν σε πράξεις αξιόποινες αυτόματα βρίσκονται στις παρειές της κοινωνίας.

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού μπορεί φαινομενικά να μοιάζει αφηρημένη, αλλά στην ουσία δεν είναι. Για τον προσδιορισμό ύπαρξης του φαινομένου έχουν αναπτυχθεί δείκτες. Ένας δείκτης για να μπορέσει να χρησιμοποιηθεί στην αποτύπωση του κοινωνικού αποκλεισμού θα πρέπει να πληροί ορισμένες προϋποθέσεις (Silver&Miller, 2003):

- (1) να είναι κατανοητός από όλους
- (2) να αποτυπώνει τα προβλήματα και τις ανησυχίες του κόσμου
- (3) να συνάδει με κάποια διεθνή κριτήρια
- (4) να έχει δυναμική διάσταση και τέλος
- (5) Να μπορεί να εφαρμοστεί σε τοπικό επίπεδο.

Η Eurostat πρότεινε το 2000 επτά βασικούς κοινωνικούς και οικονομικούς δείκτες (Silver&Dali, 2008) οι οποίοι είναι:

- (1) οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης
- (2) οι οικονομικές δυσχέρειες ενός νοικοκυριού
- (3) η αδυναμία κάλυψης των βασικών ανθρώπινων αναγκών
- (4) η μη δυνατότητα απόκτησης καταναλωτικών αγαθών.
- (5) το χαμηλό προσδόκιμο της ζωής και η κακή υγεία
- (6) η δυσαρέσκεια με την απασχόληση και τέλος
- (7) η σπάνια ή και η καθόλου επαφή με το οικογενειακό και το συγγενικό περίγυρο.

## **2.2 Λόγοι-Αιτίες του Κοινωνικού Αποκλεισμού**

Το SocialExclusionUnit (2004) αφού ανέλυσε πορίσματα από διάφορες βάσεις δεδομένων ομαδοποίησε τις αιτίες που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό. Η μελέτη περιελάμβανε τη συλλογή δεδομένων για την κατηγοριοποίηση των αιτιών που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό. Ως βάση για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα εξής περιοδικά: ASSIA, EconLit, Medline, το SocialScienceCitationIndex, SIGLE, SocAbs, ERIC, και το περιοδικό CriminalJustice. Η ανάλυση των άρθρων που αναγνώστηκαν οδήγησαν στις εξής βασικές αιτίες που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό:

- Το εισόδημα: σύμφωνα με την έρευνα τα άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα είναι πιο πιθανόν να βρεθούν στο περιθώριο και να μην έχουν υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο. Το εισόδημα συνδέεται άμεσα και με την οικογενειακή κατάσταση. Για παράδειγμα όταν υπάρχουν δύο εργαζόμενοι σε μια οικογένεια υπάρχει μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης κοινωνικού αποκλεισμού από όταν υπάρχει μόνο ένας (π.χ. μονογονεϊκή οικογένεια). Παράλληλα μεγάλη πιθανότητα αντιμετώπισης κοινωνικού αποκλεισμού αντιμετωπίζουν οι μοναχικοί ηλικιωμένοι που αποτελούν μη ενεργό μέρος του κοινωνικού συνόλου. Οι Adelman και Bradshaw (1998)

έχοντας μελετήσει όλα τα χαρακτηριστικά που συνδέουν το εισόδημα και με του οικογενειακούς παράγοντες παραθέτουν τις πιθανότητες εμφάνισης του φαινομένου. Οι πιθανότητες αυτές δεν είναι οι ίδιες για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

*Πίνακας 1: Πιθανότητα φτώχειας (SocialExclusionUnit, 2004)*

| Πιθανότητα | Χαρακτηριστικό                       |
|------------|--------------------------------------|
| x2         | Για τους μοναχικούς γονείς           |
| x5         | Για τους ανέργους                    |
| x2         | Για της μειονοτικές οικογένειες      |
| x1.5       | Για τους γονείς που συζούν           |
| x1.5       | Για οικογένειες με δύο ή τρία παιδιά |

- Η απασχόληση: Η έλλειψη της συμμετοχής στην αγορά εργασίας αποτελεί θεμελιώδη πτυχή του κοινωνικού αποκλεισμού. Μπορεί να λειτουργήσει όχι μόνο ως βασική κινητήρια δύναμη του, αλλά και για την ενίσχυση του προβλήματος, όπως η μείωση της ποιότητας ζωής των πολιτών. Σήμερα η οικονομική αδράνεια παραμένει σε υψηλό επίπεδο και κάποια ομάδες ανθρώπων αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο ανεργίας / ή εργασίας με χαμηλή αμοιβή. Για εκείνους που επί του παρόντος δεν εργάζονται ή που βρίσκονται σε χαμηλά αμειβόμενες εργασίες, τα αποτελέσματα του φαινομένου είναι πιθανό να συνεχιστούν και στις επόμενες γενεές. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι κοινωνικές ομάδες που παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα σύμφωνα με την SocialExclusionUnit (2004)

*Πίνακας 2: Πιθανότητες προβλημάτων στην αγορά εργασίας (SocialExclusionUnit, 2004)*

| Πιθανότητα χαμηλά αμειβόμενης εργασίας | Πιθανότητα αποκλεισμού από την αγορά εργασίας |
|--|---|
| Γυναίκες                               | Γονείς που ζουν μόνοι και εργένηδες           |
| Νέοι                                   | ΑμΕΑ  |
| Μεγαλύτεροι σε ηλικία άνδρες           | Άτομα που δεν έχουν προσόντα                  |



|                              |   |
|------------------------------|---|
| εργαζόμενοι                  |   |
| ΑμΕΑ                         | Μεσήλικες                                   |
| Μειονότητες                  | Άτομα που ζουν σε περιοχές με χαμηλή ζήτηση |
| Άτομα που δεν έχουν εμπειρία | Μειονότητες                                 |

- Εκπαίδευση: η εκπαίδευση είναι ευρέως γνωστό ότι παίζει κεντρικό ρόλο στην πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού. Η πρόσβαση σε θέματα ενηλίκων και τη συνεχή, δια βίου εκπαίδευση έχει τη δυνατότητα να μειώσει το φαινόμενο, αλλά όχι να το εξαλείψει. Τα προβλήματα που δημιουργούνται όσον αφορά στο εκπαιδευτικό υπόβαθρο των ατόμων σχετίζονται με τρεις επιμέρους παράγοντες. Σε πρώτο επίπεδο σχετίζονται με κοινωνιοδημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εκπαιδευτική δυνατότητα του ατόμου (π.χ. μετανάστευση, εφηβικές εγκυμοσύνες, διαζύγια κτλ.). Σε δεύτερο επίπεδο σημαντικό ρόλο παίζουν οι αλλαγές στη δομή της αγοράς εργασίας, όπως αναφέρουν οι Bynner και συν (2002). Παραδείγματος χάριν η αγορά εργασίας σήμερα απαιτεί περισσότερα προσόντα από ότι κάποια χρόνια πριν. Τέλος ζητήματα πολιτικής επηρεάζουν την απόκτηση προσόντων από το άτομο καθώς το εκπαιδευτικό πρόγραμμα εμπλουτίζεται ανάλογα με τις κοινωνικές επιταγές.
- Υγεία: υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι μεγάλη πιθανότητα να αποκοπούν από το κοινωνικό σύνολο έχουν τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας. Οι έξι πιο βασικές αιτίες που σχετίζονται με την υγεία είναι:
  - Η χρήση ναρκωτικών
  - Η χρήση αλκοόλ
  - Ζητήματα ψυχικής υγείας
  - Εφηβική εγκυμοσύνη
  - Θάνατοι παιδιών από ατύχημα
  - Πρόωροι θάνατοι ενηλίκων

- Στέγαση: υπάρχει ένα ευρύ φάσμα συνθηκών υπό τις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να θεωρηθούν ως κοινωνικά αποκλεισμένοι στην στέγαση. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει άτομα των οποίων η περιουσία δεν επαρκεί ή δεν υφίσταται, οι οποίοι έχουν παγιδευτεί σε οικιστικές περιοχές υποβαθμισμένες, ή που υποφέρουν από ενδοοικογενειακή βία ή αντικοινωνικούς γείτονες. Ακραία μορφή είναι το φαινόμενο των αστέγων, που νοούνται οι περιπτώσεις όπου οι άνθρωποι κοιμούνται ή διαμένουν σε προσωρινές και ανασφαλείς μορφές καταλυμάτων, όπως καταφύγια, ξενώνες και οικοτροφεία. Το φαινόμενο των αστέγων μπορεί να θεωρηθεί και ως προϋπόθεση των άλλων μορφών αποκλεισμού, αφού μπορεί να έχει πρόβλημα στην υγεία του ή μπορεί να υποπέσει στη χρήση ναρκωτικών. Κάτω από αυτή την κατάσταση δεν μπορούν να διατηρήσουν αμειβόμενη απασχόληση γεγονός που τους καταδικάζει στην παραμονή στη σημερινή κατάσταση. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μορφών κοινωνικού αποκλεισμού είναι μεγάλη.
- Οι μεταφορές: σίγουρα το ζήτημα των μεταφορών δεν μπορεί να θεωρείται ως βασικός παράγοντας ανάπτυξης κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά δεν πρέπει να παραγνωρίζεται. Το κακό ή ανύπαρκτο σύστημα μεταφορών μπορεί να αποκλείσει το άτομο από:
  - Την εργασία: σύμφωνα με την AuditCommission (1999), το 38% των ατόμων που αναζητά εργασία νιώθει περιορισμένο εξαιτίας του κόστους των μεταφορών. Οι Green (2000) σημειώνουν ότι όσοι διαθέτουν άδεια οδήγησης και διαθέτουν και όχι έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρουν εργασία από αυτούς που δεν έχουν.
  - Την εκπαίδευση: σύμφωνα με τον Callender (1999) ότι το κόστος μεταφοράς εμποδίζει τα παιδιά να συνεχίσουν τις σπουδές τους

- Την υγεία: πολλοί συνάνθρωποί μας δεν έχουν πρόσβαση στην πρωτοβάθμια υγεία εξαιτίας μεταφορικών προβλημάτων .
- Την τροφή: ο Whelan και συν (2002) σημειώνουν σε έρευνά τους ότι πολλές αγορές τροφίμων θεωρούν απροσπέλαστες από κάποιες ομάδες.
- Τις κοινωνικές εκδηλώσεις

Όπως παρατηρούμε το φαινόμενο είναι πολυσύνθετο και είναι δύσκολο τόσο να ελεγχθεί όσο και να αντιμετωπιστεί. Η δυναμική του φύση προκαλεί προβληματισμούς τόσο στον κυβερνητικό μηχανισμό και την ίδια την κοινωνία. Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει ευαισθητοποιηθεί σε ζητήματα αποκλεισμού και γι αυτό το λόγο έχει διαμορφώσει την ανάλογη πολιτική για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

### **2.3 Κοινωνικός Αποκλεισμός και εξαρτήσεις**

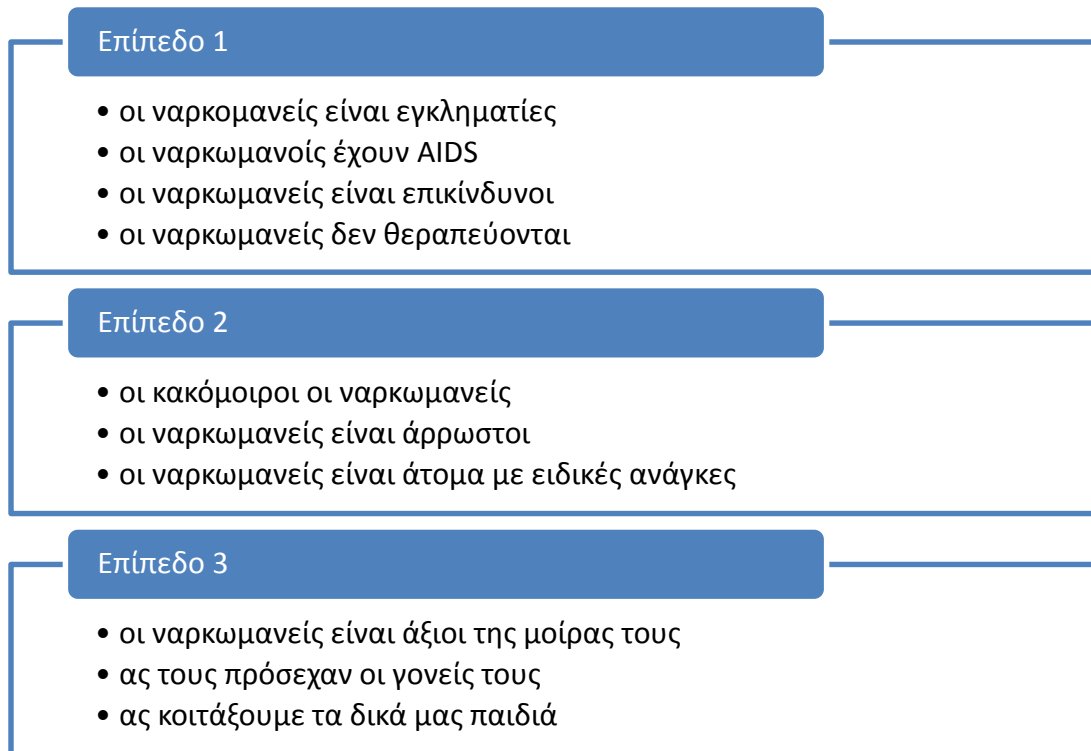
Για να οριστεί το ζήτημα του κοινωνικού αποκλεισμού θα πρέπει να σκιαγραφηθούν οι κοινωνικές ομάδες και το σύνολο των ατόμων που απαρτίζουν το όλο σύστημα. Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι αποτέλεσμα της σχέσης ατόμων και ομάδων που αποκλείουν και αποκλείονται με σκοπό να υπερασπιστούν οποιασδήποτε μορφής συμφέροντα (οικονομικά κτλ.). Από την άλλη όσο διασπαστικά μπορεί να λειτουργεί, αλλά τόσο συνεκτικά μπορεί να δράσει εντός των ομάδων, αφού το σύνολο των ατόμων που αποκλείονται από τον κύκλο της ομάδας ενισχύει την ταυτότητα των ατόμων που παραμένουν εντός της. Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού από μόνη της βασίζεται στη διάσπαση, αφού απομονώνει άτομα και ομάδες. Από την άλλη μπορεί το φαινόμενο να λειτουργήσει και συνεκτικά, αφού συσπειρώνει τα άτομα της κυρίαρχης ομάδας. Η ενίσχυση της ταυτότητας του «εμείς» λειτουργεί συνεκτικά για τα άτομα εντός της ομάδας και ταυτόχρονα ως δύναμη απομόνωσης των διαφορετικών.

Στην περίπτωση των ναρκωτικών ουσιών τα άτομα που βρίσκονται έξω από τα όρια της ομάδας αποτελούν ενδείξεις ανομίας και παραβατικότητας ενώ οι εντός ακολουθούν ένα λελογισμένο μοντέλο διαβίωσης. Σύμφωνα με τον Barthes (1973) η περίπτωση του τοξικομανή είναι μία κατασκευασμένη κοινωνική εικόνα η οποία είναι το αποτέλεσμα ιδεολογικής διαμάχης ομάδων για την επιβολή δικών τους προβολών

επάνω τους. Στην ουσία ο Barthes υποστηρίζει ότι το ζήτημα του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί μία φορτισμένη εικόνα και όχι κάτι το ορθολογικά μελετημένο. Σύμφωνα με τον Barthes οι ισχυρές κοινωνικά ομάδες κατασκευάζουν μία εικόνα, ένα στερεότυπο, το οποίο το χρησιμοποιούν προκειμένου να επιβληθούν στις πιο αδύναμες. Οι ισχυρές ομάδες βλέπουν στις πιο αδύναμες την εικόνα που θέλουν να δουν προκειμένου να ενισχύσουν την ταυτότητά τους.

Η διαμόρφωση των στερεοτύπων και των εικόνων έχει άμεση σχέση με τα όργανα που τα συντηρούν και προωθούν. Ο ρόλος του τύπου στη διαμόρφωση της εδραίωσης και της προπαγανδίας του κοινωνικού αποκλεισμού είναι σημαντικός. Ήδη από την δεκαετία του 1980 στην Ελλάδα ο τύπος έσπευσε να διαμορφώσει μία εικόνα που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Η εικόνα του τοξικομανή αποτελεί το αποτέλεσμα της επιβολής ισχύος από την κοινωνική ομάδα επιβολής σε αυτή της προβαλλόμενης. Στην ουσία αποτελεί την επιβολή ισχύος από την ομάδα διαμόρφωσης του στερεοτύπου προς την αδύναμη ομάδα που υφίσταται τον οποιονδήποτε χαρακτηρισμό. Ο τύπος παραπληροφρεί δημιουργώντας μία εικόνα αρνητική και ουδέποτε ουδέτερη. Διασυνδέοντας το φαινόμενο με τα προηγούμενα μπορούμε να αναγνωρίσουμε την τάση επιβολής της ομάδας των δημοσιογράφων έναντι των «περιθωριοποιημένων» και ταυτόχρονα να αναγνωριστούν από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο ως τιμητές της αυθαιρεσίας. Η εικόνα του τοξικομανούς αποτελεί όπλο στον πόλεμο των κοινωνικών ομάδων. Για παράδειγμα οι πρώτοι που θα κατηγορηθούν για την ανάπτυξη του φαινομένου είναι το σχολείο και οι γονείς. Οι συγκεκριμένες ομάδες μπαίνουν στο παιχνίδι κοινωνικού διαλόγου ορίζοντας η κάθε μία το ζωτικό χώρο για τον οποίο ευθύνεται. Όσες περισσότερες ομάδες εντάσσονται σε αυτό τον διάλογο τόσο περισσότερες απόψεις ακούγονται για την τοξικομανία και τους τοξικομανείς δημιουργώντας μία κατάσταση σύγχυσης και πανικού, η οποία μεταφράζεται σε αφορισμούς και καταγγελίες στην τηλεοπτική οθόνη.

Όσον αφορά στο στερεότυπο που έχει διαμορφωθεί σχετικά με τους ναρκομανείς χωρίζεται σε τρία επίπεδα (UKDPC, 2010).



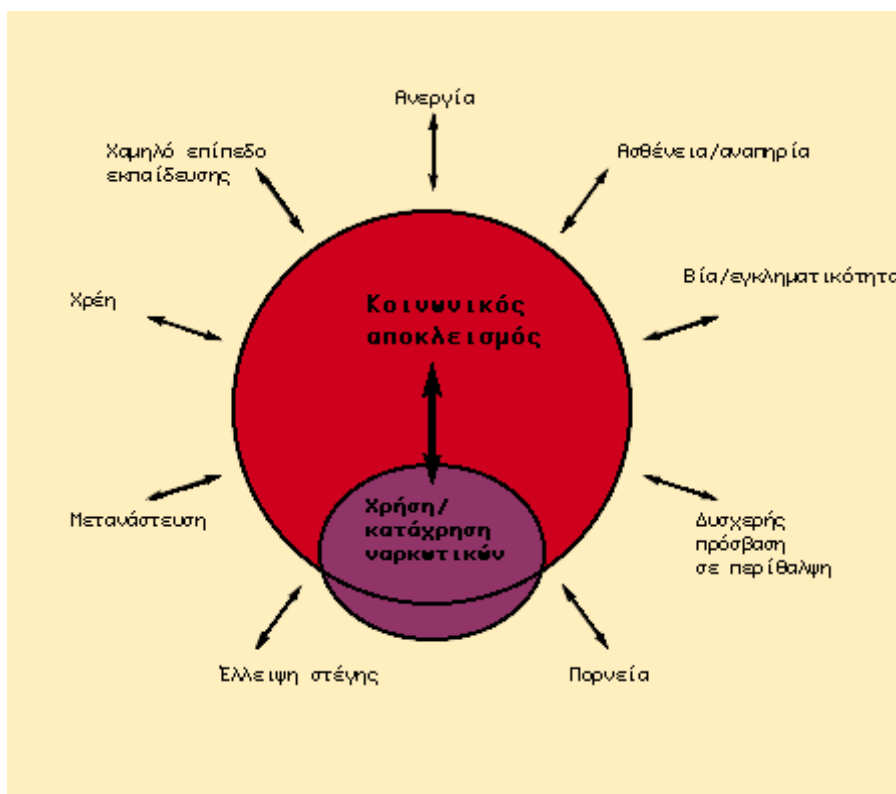
*Εικόνα 1: Το στερεότυπο του ναρκομανή κατά UKDPC (2010)*

Ο τοξικομανής γίνεται θύμα της κοινωνίας, αφού ο ίδιος πρώτα έχει καταδικάσει τον εαυτό του. Μέσα από αυτό το περιβάλλον εδραιώνεται η καταδίκη του τοξικομανή. Τα στατιστικά δεδομένα των τοξικομανών γίνονται αντικείμενο ανάλυσης από κάθε κοινωνική ομάδα χρησιμοποιώντας την ταυτότητά του για την εκπλήρωση ιδίων σκοπών.

Η χρήση ναρκωτικών αφαιρεί από τον τοξικομανή πολλά από τα ατομικά του δικαιώματα ως πολίτης, αφού η σωματική και ψυχολογική του κατάσταση δεν του επιτρέπουν ούτε να τα ασκήσει ούτε να τα υπερασπιστεί. Ταυτόχρονα μέσα σε αυτό το επίπεδο δραστηριοποίησης ο τοξικομανής διαβιώνει συχνά μέσα στην παρανομία ενισχύοντας την εικόνα που του έχει προσάψει το κοινωνικό σύνολο. Έτσι ο τοξικομανής μέσα σε ένα περιβάλλον αποκλεισμού από αγαθά και υπηρεσίες θεωρείται από πολλούς ως ο υπαίτιος της κατάστασής του, καθαγιάζοντας τις ευθύνες του κοινωνικού συνόλου. Το κοινωνικό σύνολο που ίσως τον έσπρωξε στα ναρκωτικά, το ίδιο επιρρίπτει ευθύνες στον ίδιο τον τοξικομανή.

Από τη στιγμή που ο τοξικομανής βγαίνει στο περιθώριο δεν έχει και τη δυνατότητα να υπερασπιστεί τον εαυτό του. Ο λόγος που αρθρώνεται είναι σπασμωδικός και φορτισμένος αρνητικά από την ταυτότητα του ομιλητή καθιστώντας

τον ανυπόστατο. Γι αυτό το λόγο το λεγόμενο «κοινωνικό κράτος» οφείλει να λάβει δράση και να διαφυλάξει την ταυτότητα και την αξιοπρέπεια των τοξικομανών. Τα δικαιώματά τους θα πρέπει να καθίστανται σεβαστά από το σύνολο της κοινωνίας. Όταν το κράτος σέβεται την ιδιαίτερη αυτή ομάδα είναι δεδομένο ότι και οι πολίτες του θα πράξουν ανάλογα. Στην εικόνα που ακολουθεί τοποθετείται η χρήση των ναρκωτικών μέσα στο περιβάλλον του κοινωνικού αποκλεισμού (europa.eu).



Εικόνα 2: Η τοποθέτηση της χρήσης μέσα στο περιβάλλον του κοινωνικού αποκλεισμού (europa.eu).

Από την άλλη πλευρά τα ανεξαρτημένα άτομα, αν και έχουν απαγκιστρωθεί τη χρήση των ουσιών, φέρουν πάντα το στίγμα τους. Ο κοινωνικός αποκλεισμός που σχετίζεται με τα ανεξαρτημένα άτομα αφορά: τον επιθετικό στιγματισμό και την περιθωριοποίηση, την προνομιακή αντιμετώπιση σε αγαθά και υπηρεσίες και τη στέρηση δικαιωμάτων.

## 2.4 Οι ναρκομανείς ως παραβάτες

Η κατακόρυφη αύξηση της χρήσης των ναρκωτικών τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναδείξει το πρόβλημα της εξάρτησης ουσιών σε ένα καίριο κοινωνικό πρόβλημα σε

εθνικό επίπεδο, αλλά και σε ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της Δημόσιας Υγείας διεθνώς. Το άνοιγμα των συνόρων, η εντατικοποίηση του παγκόσμιου μεταναστευτικού ρεύματος, η ραγδαία ανάπτυξη της κοινωνίας της πληροφορίας αλλά και η διάδοση του καταναλωτικού τρόπου ζωής σηματοδοτούν νέες ευκαιρίες και προκλήσεις αλλά και νέους κινδύνους στον αγώνα που καταβάλουν οι σύγχρονες κοινωνίες για την καταπολέμηση του φαινομένου των εξαρτήσεων. Η παραγωγή, η διακίνηση αλλά και η χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι ένα φαινόμενο σε άμεση συνάρτηση με την εξέλιξη των οικονομικών, πολιτισμικών και κοινωνικών δομών της παγκόσμιας κοινωνίας. Νέες μέθοδοι διακίνησης και νέες πηγές προσφοράς διαιωνίζουν το φαινόμενο παράλληλα με τη συνεχόμενη αύξηση της ζήτησης που υποστηρίζεται από ένα κομμάτι της κοινωνίας και καθιστούν το πρόβλημα αυτόματα μεγαλύτερο από τη βάση του (Eurostat, 2010).

Η παραδοσιακή αντιμετώπιση για τους χρήστες, είναι η αντιμετώπιση του αίτιου και του αιτιατού με φαρμακευτική συνταγογράφηση συνήθως σε κάποιο ψυχιατρείο ή ψυχιατρικό κατάστημα και αποκοπή από το σύνολο με ποινή φυλάκισης σε περίπτωση διακίνησης ναρκωτικών ουσιών. Η ενέργεια αυτή αυτόματα χαρακτήριζε τον χρήστη ουσιών ως εγκληματία και είχε σαν συνέπεια τον στιγματισμό του για το υπόλοιπο της ζωής του. Παράλληλα ο στιγματισμός αυτός λειτουργούσε σε έναν φαύλο κύκλο που οδηγούσε τον χρήστη εφόσον έπρεπε να βρει την ναρκωτική ουσία που θα τον λύτρωνε από τα στερητικά προβλήματα, να επαναλάβει την παραβατική συμπεριφορά σε τακτά χρονικά διαστήματα προκειμένου να βρει τα απαραίτητα χρήματα (Eurostat, 2010)..

Εξετάζοντας στο βάθος χρόνο ανακαλύπτουμε διάφορες απόψεις για το ψυχολογικό προφίλ ενός εγκληματία χωρίς όμως να έχει υπάρξει ακόμη και μέχρι σήμερα η σαφής κατανόηση του αίτιου που οδηγεί κάποιο άτομο στο έγκλημα. Τον 19ο αιώνα ο Ιταλός ψυχίατρος Τσεζάρε Λαομπρότσο διακήρυττε ότι τον κοινό εγκληματία τον αναγνωρίζουμε από τα χαρακτηριστικά του προσώπου του σκιαγράφηση προφίλ και ότι η εγκληματικότητα είναι κληρονομική.

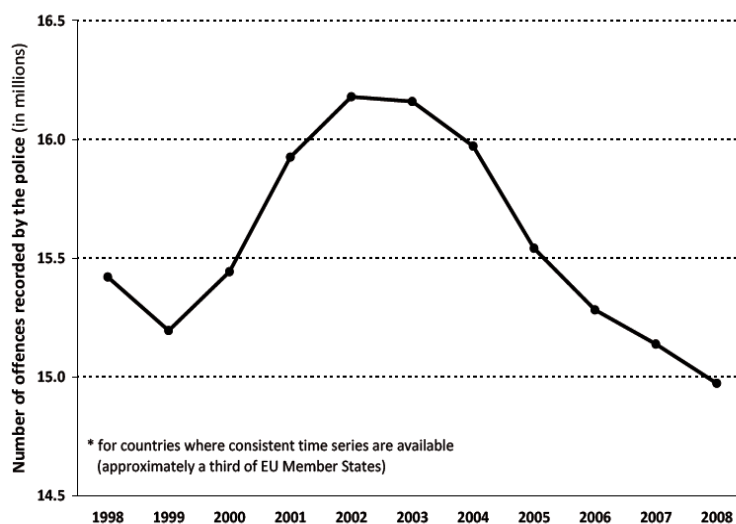
Σήμερα όλοι οι ειδικοί επιστήμονες της υγείας που έχουν ασχοληθεί με τον τομέα της Εγκληματολογίας αποφαινόμενοι ότι αυτό ήταν μια απλοϊκή ερμηνεία του φαινομένου και σίγουρα υπάρχουν πολλές και διαφορετικές παράμετροι που οδηγούν σε παραβατικές συμπεριφορές η ακόμα και στο έγκλημα κάποιο άτομο. Αν δηλαδή κάποιος έχει τετράγωνα χαρακτηριστικά στο πρόσωπό του ή πολύ μικρά μάτια αυτό καταδεικνύει ότι θα γίνει εγκληματίας; Αν κάποιος από το συγγενικό του περιβάλλον

είχε διαπράξει κάποιο έγκλημα αυτόματα αυτό θα περάσει στο DNA των επόμενων γενεών και θα έχει ως συνέπεια να γεννηθούν εγκληματίες; Αν υποθέσουμε ότι κάποιο άτομο από την παιδική ηλικία ακόμη, ακούει από συγγενικά πρόσωπα το έγκλημα που είχε διαπράξει κάποιος κοντινός συγγενής αυτό θα αποτελέσει αφορμή για να μιμηθεί την πράξη αυτή στο μέλλον; Τελικά γεννιέται ένας εγκληματικός νους ή διαμορφώνεται με τις κατάλληλες-ακατάλληλες συνθήκες;

Σίγουρα οι παράγοντες που οδηγούν σε μια εγκληματική πράξη ένα άτομο είναι πάρα πολλοί. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνεται το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, τα βιώματα που αποκτά μεγαλώνοντας σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον, η έλλειψη ανώτερης παιδείας και η υστέρηση κοινωνικού περιβάλλοντος που συντελούν στην ατελή ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας με συνέπειες στην ψυχολογική του εξέλιξη (Eurostat, 2010).

Αυτό που θα πρέπει να καταστεί ξεκάθαρο είναι το γεγονός ότι η παραβατική συμπεριφορά δεν αποτελεί συνώνυμο του τοξικομανούς. Η γενίκευση είναι ένα από τα βασικά ολισθήματα της κοινωνίας και το πρώτο βήμα για τη δημιουργία στερεοτύπων που θα χαρακτηρίζουν τον εκάστοτε τοξικομανή για το υπόλοιπο της ζωής του.

**Figure 2: Trend for total crime  
1998 – 2008\***



*Εικόνα 3: Τάση παραβατικής συμπεριφοράς τοξικομανών (Eurostat, 2010).*

## **2.5 Το ελληνικό θεσμικό πλαίσιο για την παραβατική συμπεριφορά των εξαρτημένων ατόμων**



Με δεδομένη, μέσα από στατιστικές έρευνες, την αύξηση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και τις παραβατικές συμπεριφορές στους νέους της χώρας μας, ενώ υπήρχε ύφεση στα προηγούμενα χρόνια, κρίνεται απαραίτητο να μελετηθεί και αναλυθεί με μεθοδικό τρόπο η κοινωνική πολιτική στο μείζον αυτό θέμα που ταλανίζει την κοινωνία και οδηγεί στην εξαθλίωση χιλιάδες οικογένειες.

Σύμφωνα πάντα με τον ίδιο νόμο 1729/1987. Β-577. άρθρο2 και τη βασική ιατρική βιβλιογραφία και τον *Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας* (ΠΟΥ) για να πληροί κάποιο άτομο τα κριτήρια, κατάφαση αναφορικά με την διάγνωση της εξάρτησης πρέπει να συντρέχουν τουλάχιστον τρεις (3) από τους παρακάτω λόγους:

- (1) να καταναλώνει ουσίες σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερη χρονική διάρκεια από αυτή που αρχικά είχε πρόθεση,
- (2) να έχει την επίμονη επιθυμία να ελέγξει την χρήση της ουσίας ή έχει κάνει παραπάνω από μια ανεπιτυχείς προσπάθειες,
- (3) να συνεχίζει τη χρήση της ουσίας παρά την επίγνωση των διαρκών ή περιοδικών προβλημάτων σωματικών, ψυχολογικών αλλά και κοινωνικών που του δημιουργεί ή που του επιδεινώνει η χρήση,
- (4) να έχει ανάγκη από όλο και μεγαλύτερες ποσότητες προκειμένου να φτάσει τα επιθυμητά ευφορικά επίπεδα (ανάπτυξη ανοχής),
- (5) να αδιαφορεί και να μην εκπληρώνει σημαντικές υποχρεώσεις στην εργασία του (βρίσκεται συνέχεια κάτω από την άμεση επίδραση της ουσίας η είναι σε κατάσταση κακουχίας εξαιτίας των συμπτωμάτων της εξάρτησης), στο σπίτι (δεν καλύπτει βασικές ανάγκες όπως καθαριότητα ή μαγείρεμα ή είναι σε κατάσταση επήρειας ουσιών ή αλκοόλ ενώ φροντίζει τα παιδιά), στο σχολείο (απέχει από τα μαθήματα ,όταν πρόκειται για ανήλικο χρήστη ουσιών),
- (6) να εγκαταλείπει σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές η ψυχαγωγικές ασχολίες εξαιτίας της χρήσης της ουσίας,
- (7) να αναλαμβάνει δραστηριότητες επικίνδυνες για τη σωματική του ακεραιότητα, ενώ είναι σε επήρεια ουσιών,
- (8) να καταναλώνει πολύ μεγάλο μέρος του χρόνου του προκειμένου να προσποριστεί την ουσία με παραβατικές πράξεις, π.χ. κλοπές ή για να κάνει επανειλημμένη χρήση της ουσίας κατά την διάρκεια της ίδιας μέρας ή για να αποκατασταθεί από την επίδραση της,

- (9) να βρίσκεται συνέχεια σε κατάσταση μέθης όταν πρόκειται για εξάρτηση από αλκοόλ ή να εμφανίζει συμπτώματα στερητικά (τρέμουλο, κρυάδες, νοητική σύγχυση κ.α.) για την περίπτωση ναρκωτικών ουσιών,
- (10) να χρησιμοποιεί όλο και πιο συχνά την ουσία για να ανακουφιστεί από τα στερητικά συμπτώματα.

Όταν οι παραπάνω λόγοι συντρέχουν, τότε το υποκείμενο ή τα υποκείμενα εντάσσονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης και δρομολογείται η αποτοξίνωση τους. Συνοψίζοντας σχετικά με την εγκληματικότητα θα αναφέρουμε ότι, την *ποινική αντίδραση* γεννά όχι η ταυτότητα των αντικειμενικών πράξεων (αυτές ποικίλλουν από κοινωνία σε κοινωνία), αλλά η ταυτότητα των αισθημάτων και των συγκινήσεων που αυτές προκαλούν. Ουσιαστικά η ποινική δράση είναι απότοκος των συναισθημάτων που δημιουργεί στο κοινωνικό σύνολο. Το σημείο από το οποίο η κοινωνική αντίδραση γίνεται τόσο έντονη, ώστε να επιζητεί την τιμωρία του παραβάτη των κοινωνικών κανόνων, αποτελεί το *εγκληματικό όριο* (Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου, 1984).

## **2.6 Η Ευρωπαϊκή πολιτική για τον Κοινωνικό Αποκλεισμό**

Ο κοινωνικός αποκλεισμός όπως είδαμε αποτελεί ένα φαινόμενο που συνδέεται με συγκεκριμένες κοινωνικές συνθήκες και προβλήματα. Επομένως είναι ένα φαινόμενο το οποίο δεν αντιμετωπίζεται με μεμονωμένες λύσεις και δράσεις αλλά περισσότερο με συνολικές πολιτικές και στρατηγικές που καλύπτουν και αφορούν όλο το φάσμα του κοινωνικού ιστού. Αυτό σημαίνει πως για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου είναι απαραίτητο η κοινωνία να αναζητά κεντρικές πολιτικές και συνολικές αποφάσεις που θα βοηθήσουν συνολικά μια κοινότητα και θα μειώσουν αποτελεσματικά τα όποια φαινόμενα κοινωνικής ανισότητας (Σηφάκη & Σπανού 2010).

Στο πλαίσιο μιας ενιαίας κοινότητας, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση, είναι δεδομένο ότι οι πολιτικές αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού θα απασχολούν τα όργανα της ένωσης και λύσεις θα προτείνονται να εφαρμοστούν από τα κράτη μέλη χωρίς να είναι δεσμευτικές. Ένα ζήτημα που άμεσα προκύπτει από την προσέγγιση των κοινωνικών προβλημάτων σε επίπεδο ευρωπαϊκής κοινότητας είναι τα ιδιαίτερα

προβλήματα της τοπικής κοινωνίας κάθε χώρας-μέλους που πιθανόν να απαιτούν διαφορετική προσέγγιση και αντιμετώπιση.

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα ασχοληθούμε με την προσέγγιση του ζητήματος του κοινωνικού αποκλεισμού στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης και θα εξετάσουμε την εισαγωγή του όρου στα αρμόδια όργανα, καθώς επίσης και τις πολιτικές που η Ευρωπαϊκή Ένωση επιδιώκει να εφαρμόσει πάνω στο θέμα αυτό. Η παρουσίαση των κινήσεων αυτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι εξαιρετικά χρήσιμη από την άποψη της κατανόησης της δυναμικής του ζητήματος και του μεγέθους που έχει λάβει σε πολιτικό επίπεδο.

Η σκέψη της ενιαίας κοινωνικής πολιτικής δεν ήταν κάτι που γεννήθηκε ταυτόχρονα με την γέννηση της ΕΟΚ. Αρχικά φαίνεται πως η ιδέα μιας ενιαίας πολιτικής για τα κοινωνικά ζητήματα ήταν μάλλον αδιανόητη και μόνο στο τέλος της δεκαετίας του '60 γίνεται λόγος για κοινωνική πολιτική στα πλαίσια της ένωσης (Σηφάκη& Σπανού 2010). Την εποχή εκείνη η ιδέα της Ευρωπαϊκής Ένωσης αρχίζει να ωριμάζει στο ευρωπαϊκό πολιτικό σκηνικό και η δημιουργία μίας κοινωνικής πολιτικής που θα αγκάλιαζε κάθε ευρωπαίο πολίτη αποτελούσε όραμα. Ωστόσο η Ευρώπη βίωσε μια μακρά περίοδο κυριαρχίας φιλελεύθερων πολιτικών η οποία εμπόδισε την εξάπλωση της ιδέας για ανάπτυξη κοινής ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής (Σηφάκη& Σπανού 2010). Μετά το πέρας της εποχής της Θάτσερ τίθεται πλέον ξεκάθαρα η ανάγκη για κοινή πολιτική απέναντι στα φαινόμενα του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο Θατσερισμός υπήρξε η επιτομή του νεοφιλελευθερισμού σε παγκόσμιο επίπεδο, γεγονός που κατέστησε την ανάπτυξη κοινωνικής πολιτικής αδύναμη. Κινητήρια δύναμη της κυβερνητικής πολιτικής υπήρξε το ιδιωτικό κεφάλαιο και οι αποκρατικοποιήσεις, στοιχεία που δεν συνάδουν με τη λογική του κοινωνικού κράτους.

Εξέλιξη αυτής της πορείας ήταν η δεκαετία 2000-2010 να οριστεί ως η δεκαετία στην οποία η Ευρώπη θα μπορούσε να μετατραπεί σε κοινωνία της γνώσης με παράλληλη αύξηση της κοινωνικής συνοχής (2010: 61). Ωστόσο είναι σαφές ότι η υλοποίηση της κοινωνικής ένωσης και της κοινωνικής πολιτικής είναι πολύ πιο σύνθετη από την δημιουργία της οικονομικής ένωσης. Η έννοια της φτώχειας, οι παράμετρος της ανεργίας, οι διαφορετικές αντιλήψεις περί κοινωνικού κράτους και κράτους πρόνοιας, δυσκολεύουν την ουσιαστική υλοποίηση μιας αποτελεσματικής ευρωπαϊκής πολιτικής για τον κοινωνικό αποκλεισμό (Σηφάκη& Σπανού 2010).

Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις στα πλαίσια της διαμόρφωσης της ευρωπαϊκής πολιτικής οι οποίες περιλαμβάνουν διαφορετικούς δρόμους προς την εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής (Αδάμ & Παπαθεοδώρου). Είναι γεγονός ότι η προσέγγιση υπέρ μιας κοινής πολιτικής συνεχώς υποχωρεί στα πλαίσια μιας πιο ελεύθερης οικονομίας των αγορών.

Ωστόσο βασικός στόχος της Ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής είναι η σύγκλιση μεταξύ των λαών της Ευρώπης. Στα πλαίσια αυτά διαμορφώνεται και η Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Προστασία (2008). Το πλαίσιο παραμένει ασαφές (Αδάμ & Παπαθεοδώρου) ωστόσο ο στόχος είναι η άρση του αποκλεισμού των ευάλωτων ομάδων. Ουσιαστικά είναι διατυπωμένος ο στόχος που πρέπει να ολοκληρωθεί, αλλά στην πράξη δεν έχει χαραχτεί συγκεκριμένη πορεία και τα βήματα ολοκλήρωσης.

Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής πολιτικής υπέρ των ευάλωτων ομάδων εντάσσεται και η πολιτική για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών. Ως βασικοί άξονες της πολιτικής της Ευρώπης στο θέμα των ατόμων με εξάρτηση μπορούμε να θεωρήσουμε αφενός την στροφή προς μια πιο στοχευμένη πρόληψη και στη στρατηγική της μείωσης της βλάβης (ΙΑΠ).

## **2.7 Η ελληνική πολιτική για τον κοινωνικό αποκλεισμό**

Η Ελληνική Κυβέρνηση κατέθεσε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή το πρώτο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ενσωμάτωση το Σεπτέμβριο του 2001. Το Σχέδιο Δράσης συντονίστηκε από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας σε συνεργασία με τα Υπουργεία Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εσωτερικών, Ανάπτυξης, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών. Τα μέτρα που περιλάμβανε απέβλεπαν στην εξυπηρέτηση τεσσάρων βασικών στόχων (Ινστιτούτο Κοινωνικής Καινοτομίας, 2008):

- αντιμετώπιση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας
- πρόληψη του κινδύνου του κοινωνικού αποκλεισμού,
- προώθηση δράσεων για τις πλέον ευάλωτες ομάδες
- κινητοποίηση των φορέων που σχεδιάζουν, παρακολουθούν και υλοποιούν προγράμματα κοινωνικής προστασίας

Το δεύτερο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ενσωμάτωση κατατέθηκε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή τον Ιούλιο του 2003, περιέχοντας τις εθνικές πολιτικές κοινωνικής προστασίας για την περίοδο 2003-2005. Το Σχέδιο εξειδικεύει τα μέτρα καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού, αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα στόχευσης σε συγκεκριμένες ομάδες. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα πεδία και οι μορφές εμφάνισης του κοινωνικού αποκλεισμού στον ελληνικό χώρο.

| Πεδία                              | Μορφές εκδήλωσης του κοινωνικού αποκλεισμού   |
|------------------------------------|---|
| <b>Κοινωνικό πεδίο</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Απώλεια πολιτικών δικαιωμάτων / ιδιότητας του πολίτη</li> <li>• Απουσία δικαιώματος για βασικό μισθό</li> <li>• Εμπόδια ως προς την πρόσβαση στην εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες</li> </ul> |
| <b>Οικονομικό πεδίο</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αδυναμία πρόσβαση στην αγορά εργασίας</li> <li>• Οι άνεργοι δεν έχουν πρόσβαση σε κοινούς κοινωνικούς πόρους και δραστηριότητες, όπως η κατανάλωση, η αποταμίευση, κ.τ.λ.</li> </ul>                               |
| <b>Νομικό και Πολιτικό Πεδίο</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αδυναμία πρόσβασης στους δημοκρατικούς μηχανισμούς λήψης αποφάσεων</li> <li>• Μη εξάσκηση εκλογικού δικαιώματος</li> <li>• Αδιαφορία ως προς τις δραστηριότητες και εξελίξεις στην τοπική κοινότητα</li> </ul>     |
| <b>Πολιτιστικό και ηθικό πεδίο</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αποκλεισμό από παραδοσιακές κοινωνικές πρακτικές (που συνδέονται με τη θρησκεία, τη</li> </ul>   |

---

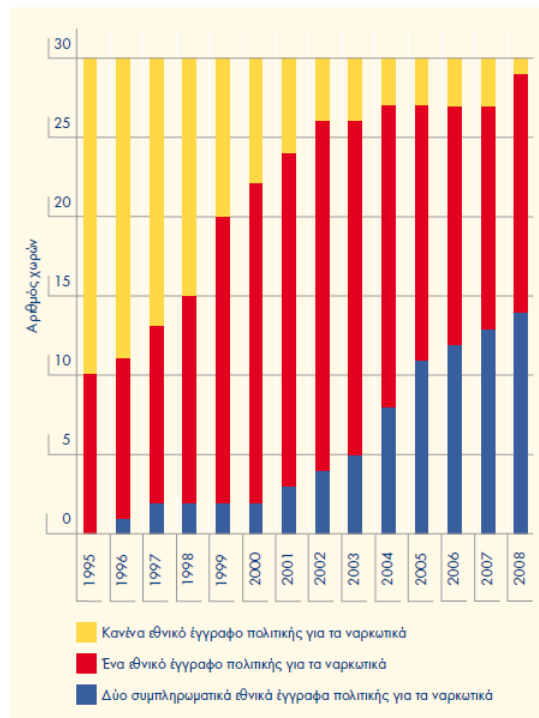
γλώσσα και τη εθνικότητα του ατόμου)

- Εξασθένηση του κοινωνικού δικτύου του ατόμου με αποτέλεσμα να μειώνονται οι άτυπες κοινωνικές επαφές και οι πιθανότητες ανεύρεσης εργασίας
- 

*Πίνακας 3: Εκδήλωση κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα (Ινστιτούτο Κοινωνικής Καινοτομίας, 2008)*

## **2.8 Κοινωνική επανένταξη**

Το ζήτημα της κοινωνικής επανένταξης αποτελεί ένα από τα κυρίαρχα ζητήματα που έχει να αντιμετωπίσει η Ευρωπαϊκή ένωση. Η τελευταία έχει οριοθετήσει στρατηγική για τα ναρκωτικά την τακτική που θα πρέπει να ακολουθήσουν οι χώρες μέλη σχετικά με την κοινωνική επανένταξη των χρηστών (ΕΚΠΙΝΤ, 2003). Η στρατηγική που έχει αναπτύξει η Ε.Ε. απευθύνεται τόσο σε ενεργούς τοξικομανείς που παρακολουθούν προγράμματα, αυτούς που έχουν χαρακτηριστεί ως «καθαροί» ακόμα όσο και σε αυτούς που δεν έχουν κανένα στήριγμα και βρίσκονται στο δρόμο. Ενδεικτικό του ενδιαφέροντος της Ε.Ε. αποτελεί και η παραγωγή νομοθετικών κειμένων σχετικά με τα ναρκωτικά. Το παρακάτω γράφημα είναι κατατοπιστικό. Είναι προφανές ότι τα εθνικά έγγραφα που αφορούν την αντιμετώπιση του προβλήματος γίνονται ολοένα και περισσότερα, αποδεικνύοντας το έμπρακτο ενδιαφέρον της πολιτείας να ενσκήψει πάνω στο πρόβλημα.



Εικόνα 4: Παραγωγή εγγράφων πολιτικής για τα ναρκωτικά (Ετήσια Έκθεση 2003)

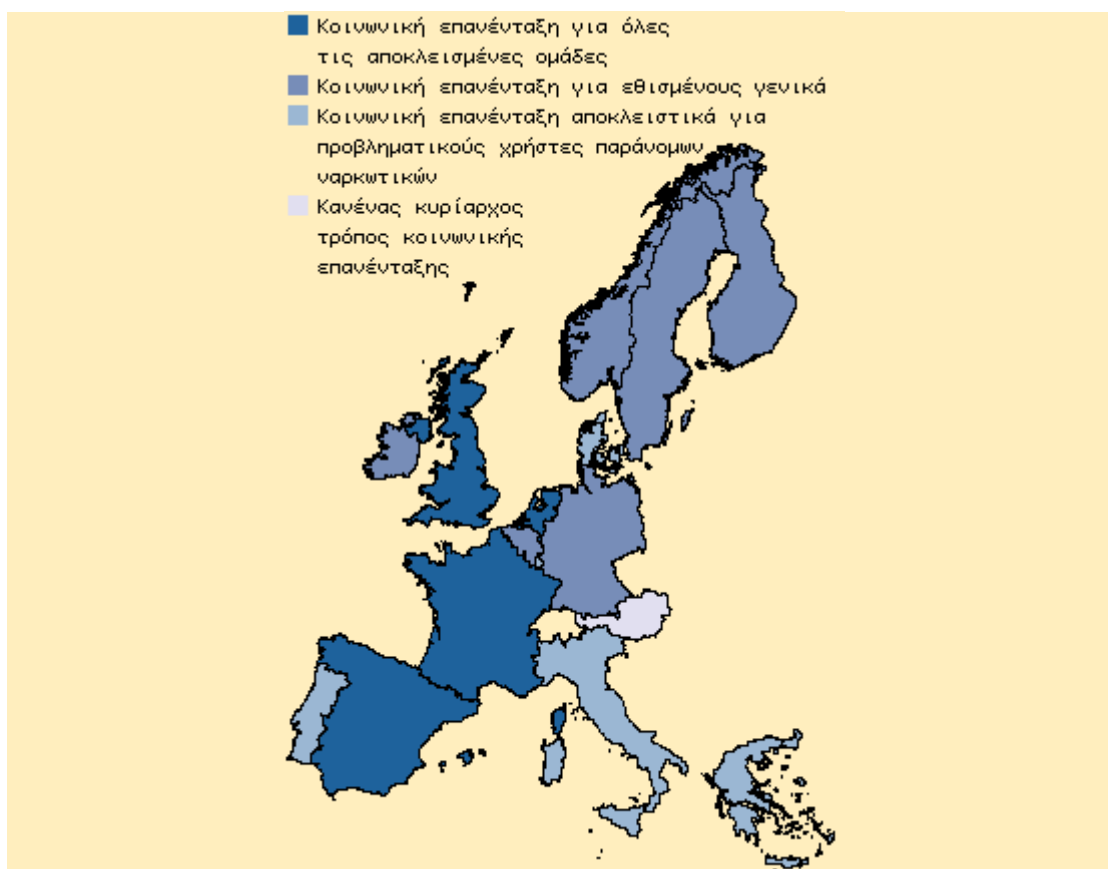
Βασικό χαρακτηριστικό της ευρωπαϊκής στρατηγικής είναι η παροχή βοήθειας σε άτομα που την έχουν ανάγκη και δεν είναι ανάγκη να λαμβάνουν ή να λάμβαναν ιατρική ή ψυχοκοινωνική βοήθεια. Η πολιτική αγκαλιάζει το σύνολο των τοξικομανών που θέλουν να ενταχθούν ομαλά στο κοινωνικό σύνολο. Στην ουσία η πολιτική φροντίζει για τα εξαρτημένα από ουσίες και αυτά που είναι εθισμένα στο αλκοόλ. Παρόλο που διαφορετικές υπηρεσίες μπορεί να συνυπάρχουν παράλληλα, σε επίπεδο χώρας συνήθως αποτελούν γενικούς «τρόπους παροχής» κοινωνικής επανένταξης. Η Ευρωπαϊκή Ένωση δημιουργεί τις κατευθυντήριες γραμμές τι οποίες θα πρέπει να βασιστούν οι αντίστοιχες εθνικές. Οι γραμμές δεν είναι υποχρεωτικές, αλλά αποτελούν τη βάση διαμόρφωσης των τοπικών

1. που απευθύνονται σε όλες τις αποκλεισμένες ομάδες είτε αντιμετωπίζουν προβλήματα εθισμού είτε όχι·
2. που απευθύνονται σε άτομα με προβλήματα εθισμού γενικά·
3. που απευθύνονται ειδικά και αποκλειστικά σε προβληματικούς χρήστες παράνομων ναρκωτικών.

Στην παρούσα φάση είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια το επίπεδο και το μέγεθος της παροχής βοήθειας που προσφέρει κάθε χώρα. Ταυτόχρονα είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί το πλήθος των ανθρώπων που απολαμβάνουν αυτής

της βοήθειας. Αυτό όμως που μπορεί να προσδιοριστεί είναι η μορφή της βοήθειας η οποία έχει τριπλή υπόσταση: στέγαση, απασχόληση, εκπαίδευση.

Η Ε.Ε. δεν προσδιορίζει ακριβώς τη μορφή βοήθειας που θα παρέχει κάθε χώρα στον ενδιαφερόμενο πληθυσμό. Αυτό που κάνει μέσα από τη στρατηγική είναι να χαράζει πολιτικές. Για παράδειγμα κάποιες χώρες μπορεί να επιδοτούν επιχειρηματίες για να προσλαμβάνουν τοξικομανείς ή πρώην τοξικομανείς στην εργασία τους, ενώ άλλοι να παρέχουν προγράμματα εκπαίδευσης και εξειδίκευσης. Άλλες πάλι δίνουν τη δυνατότητα στον ίδιο τον ενδιαφερόμενο να δραστηριοποιείται ως ελεύθερος επαγγελματίας παρέχοντας κίνητρα και διευκολύνσεις, όπως μειωμένη φορολογία και απόδοση χαμηλότοκων δανείων. Στον πίνακα που ακολουθεί παρατηρούμε με διαφορετικές χρωματικές αποχρώσεις το μοντέλο κοινωνικής επανένταξης που ακολουθούν οι χώρες της Ε.Ε. Στην Ελλάδα εφαρμόζεται η κοινωνική επανένταξη για προβληματικούς χρήστες παράνομων ουσιών.



Εικόνα 5: Βασικοί τρόποι κοινωνικής επανένταξης για προβληματικούς χρήστες ναρκωτικών στην ΕΕ (Ετήσια Έκθεση 2003)

## 2.9 Αποτελεσματική θεραπεία και υπηρεσίες αποκατάστασης



Σε παγκόσμιο επίπεδο, δεν έχει επικρατήσει ένας και μόνο όρος για να περιγραφούν οι θεραπείες και οι υπηρεσίες υποστήριξης των ατόμων που είναι εξαρτημένα από τα ναρκωτικά. Οι πιο συνηθισμένοι όροι είναι «υπηρεσίες ανοιχτής πρόσβασης» και «δομημένες θεραπείες». Οι υπηρεσίες ανοιχτής πρόσβασης, όπως υποδηλώνει και η ονομασία τους αποτελούν μηχανισμούς ανοιχτούς στους ενδιαφερόμενους προκειμένου να απαντήσουν σε ερωτήματα που αφορούν τη χρήση ναρκωτικών, τους τρόπους αντιμετώπισης, αλλά και στις συνέπειες που προκύπτουν. Από την άλλη πλευρά οι δομημένες υπηρεσίες, είναι δομές με χαρακτηριστικό τρόπο λειτουργίας που αποδέχονται συγκεκριμένο αριθμό ατόμων, ο οποίος θα πρέπει να ολοκληρώσει έναν συγκεκριμένο κύκλο φάσεων προκειμένου να επιτευχθεί η αποτοξίνωσή του.

### **2.9.1 Οι υπηρεσίες ανοιχτής πρόσβασης**

Οι υπηρεσίες ανοιχτής πρόσβασης αποτελούν σημαντικά στοιχεία μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης στη θεραπεία. Η συμβολή τους δεν έγκειται στην προσπάθεια απεξάρτησης, αλλά στο επίπεδο ψυχολογικής στήριξης και συμβουλευτικής. Οι υπηρεσίες αυτές δεν παρέχουν επίσημη θεραπευτική αγωγή ως τέτοια, αλλά δρουν ως σημαντικά σημεία πρώτης επαφής για τους ανθρώπους που έχουν σχέση με τα ναρκωτικά και για όσους ανησυχούν για τη χρήση των ναρκωτικών άλλο (για παράδειγμα, οι γονείς, τα αδέρφια, σύζυγοι και φίλους). Στην ουσία αποτελούν ένα παράλληλο περιβάλλον που λειτουργεί ταυτόχρονα με τις θεραπευτικές δομές. Η ενίσχυση είναι περισσότερο συμβουλευτική, ψυχολογική και εκπαιδευτική. Δεν αποτελούν δομημένες θεραπείες απεξάρτησης, αλλά σημεία ψυχολογικής υποστήριξης. Οι υπηρεσίες αυτές διαχειρίζονται από μη κυβερνητικές οργανώσεις και μπορούν να προσφέρουν τις ακόλουθες υπηρεσίες (UN, 2003):

- Συμβουλευτικές υπηρεσίες, τις λεγόμενες Drop-in υπηρεσίες, όπου παρέχονται συμβουλές για στέγαση, απασχόληση, νομικά ζητήματα κτλ. Οι παρεχόμενες συμβουλές δίνονται χωρίς κάποιο προκαθορισμένο ραντεβού.
- Εκπαιδευτικές ενέργειες που στοχεύουν στην ενημέρωση της κοινότητας για σχετικά ζητήματα (π.χ. χρήση σύριγγας κτλ.). Παραδείγματος χάριν διενέργεια εκδηλώσεων για τις συνέπειες της χρήσης των ναρκωτικών.
- Υπηρεσίες συμβουλευτικής έπειτα από προκαθορισμένη συνάντηση
- Παροχή τηλεφωνικών υπηρεσιών για ανώνυμες και εμπιστευτικές συμβουλές

- Ομάδες αυτοβοήθειας
- Ομάδες υποστήριξης της οικογένειας
- Γενική υποστήριξη μετά την απεξάρτηση

### 2.9.2 Δομημένες θεραπείες

Παράλληλα με τις παραπάνω συμβουλευτικές δομές λειτουργούν και προγράμματα δομημένων θεραπειών, με σκοπό την αποτελεσματική απεξάρτηση του χρήστη από τις ουσίες. Οι δομημένες θεραπείες έχουν ξεκάθαρες φάσεις από τις οποίες θα πρέπει να περάσει ο χρήστης προκειμένου να φτάσει στο σημείο της επιτυχίας. Στην παρούσα ενότητα, θα αναπτυχθεί μία βασική τυπολογία των δομημένων θεραπειών. Ως δομημένες θεραπείες χαρακτηρίζονται εκείνες που βασίζονται σε μία φορμαλιστική αξιολόγηση, ανάπτυξη, έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής και του συμβουλευτικού προγράμματος. Με λίγα λόγια αυτές οι θεραπευτικές δομές χαρακτηρίζονται από μία σειρά κοινών βασικών χαρακτηριστικών, βασίζονται σε ένα πολύ εντατικό πρόγραμμα τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο προκειμένου να επιτευχθεί η επανένταξη. Σύμφωνα με τον Ο.Η.Ε. (2003) οι φάσεις στις οποίες χωρίζονται αυτά τα προγράμματα είναι

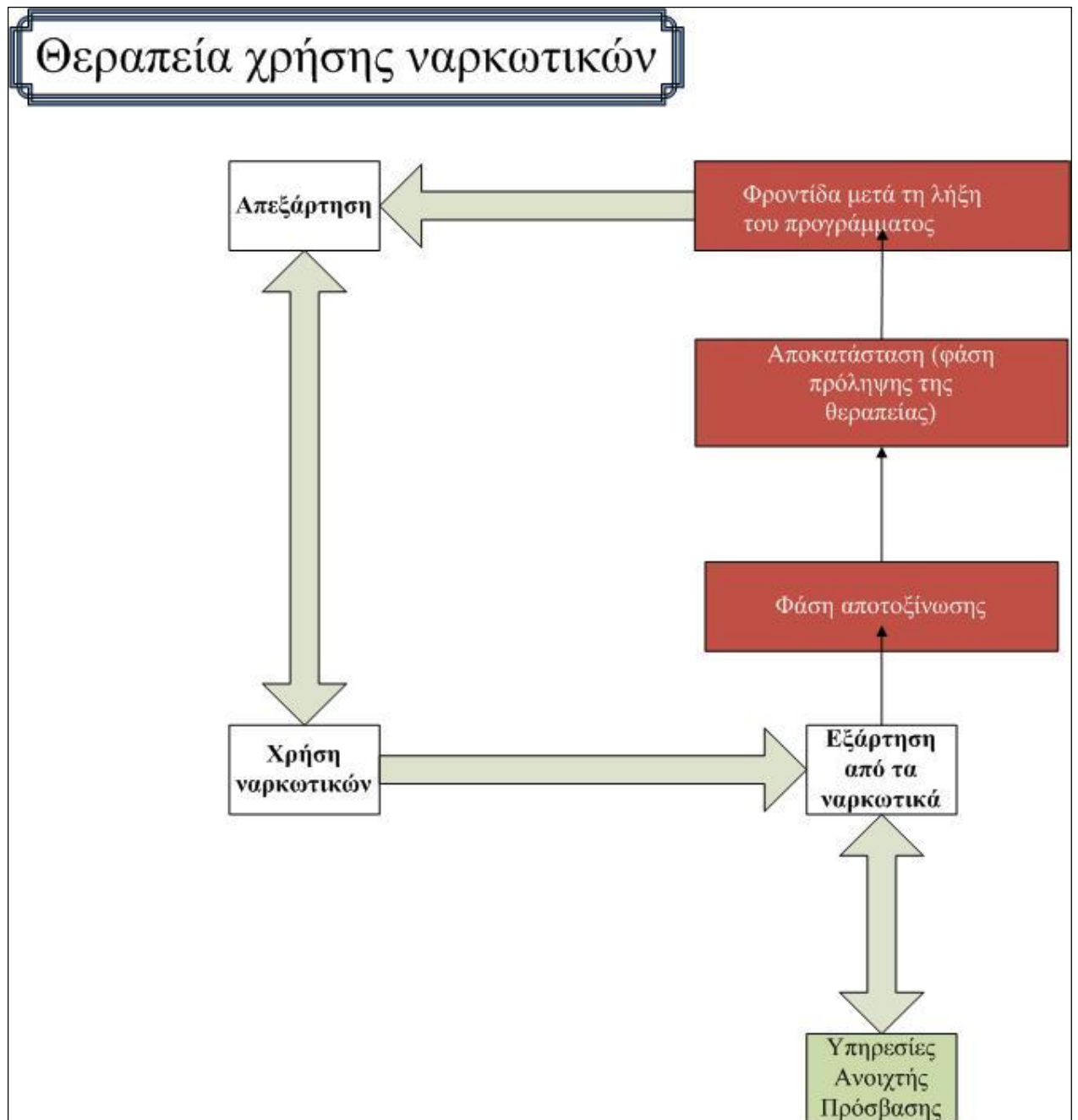
1. Φάση αποτοξίνωσης (φάση σταθεροποίησης της θεραπείας): Η ιατρική αποτοξίνωση είναι η αρχική και οξεία φάση της θεραπείας από τα ναρκωτικά. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν ιατρική παρακολουθούμενη αποτοξίνωση σε άτομα με εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Οι άνθρωποι που είναι βαριά εθισμένοι χρήστες ορισμένων φάρμακα απαιτούν ιατρική επίβλεψη προκειμένου να επιτευχθεί η αποτοξίνωση. Το σύνδρομο στέρησης που μπορεί να αναπτυχθεί μετά τη διακοπή της χρήση ενός ναρκωτικού ποικίλει ανάλογα με τον τύπο του ναρκωτικού που χρησιμοποιεί. Τα κοινά χαρακτηριστικά των χρηστών περιλαμβάνουν λαχτάρα για την ουσία, άγχος, ανησυχία, ευερεθιστότητα, αϋπνία και διαταραχή της προσοχής. Ο βασικός στόχος της συγκεκριμένης φάσης είναι η όσο το δυνατόν πιο άνετη απαγκίστρωση από τις ουσίες. Διάφορες φαρμακευτικές αγωγές έχουν εφαρμοστεί μέχρι σήμερα με επιτυχία, όπως μεθαδόνη κτλ. Η συγκεκριμένη φάση από μόνη της δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ολοκληρωμένη προσέγγιση (UN, 2003).

2. Αποκατάσταση (φάση πρόληψης της θεραπείας): Η φάση της πρόληψης υποτροπής της θεραπείας είναι προσανατολισμένη προς τις ανάγκες των ατόμων που έχουν είτε ολοκληρώσει μια επίσημη αποτοξίνωση ή που έχουν εξάρτηση αλλά δεν έχουν ακόμα συμπτώματα στέρησης που απαιτούν την παρακολούθηση της προηγούμενης φάσης της θεραπείας (UN, 2003).
3. Φροντίδα μετά τη λήξη του προγράμματος: Ορισμένα δομημένα προγράμματα θεραπείας περιλαμβάνουν ένα μικρότερης εντατικής θεραπείας μέρος μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, που ονομάζεται μετέπειτα παρακολούθηση. Μπορεί να περιορίζεται σε ένα μήνα ή και περισσότερο μετά το τέλος της θεραπείας, αλλά βασίζεται στην πρόθεση να παράσχει συνεχή υποστήριξη στους χρήστες σε επίπεδο που απαιτείται για να διατηρήσουν τα προηγούμενα οφέλη και τους στόχους. Η τακτική τηλεφωνική επαφή, οι προγραμματισμένες συναντήσεις και drop-in επισκέψεις, αποτελούν μέρος της συγκεκριμένης φάσης. Οι χρήστες επίσης ενθαρρύνονται να έχουν πρόσβαση σε ομάδες αυτοβοήθειας άλλα και γενικά να αναζητούν την υποστήριξη της κοινότητας και την παροχή συμβουλών στην περιοχή καταγωγής τους, όπως απαιτείται.

Οι θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται όμως δεν περιορίζονται αποκλειστικά σε αυτό το επίπεδο. Υπάρχουν και χρήστες που για κάποιον λόγο δεν μπορούν να ενταχθούν σε αυτά τα προγράμματα., όπως ο μεγάλος αριθμός των χρηστών έχουν επαφή με τις νομικές αρχές και το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. Σε πολλές χώρες, υπάρχει ενδιαφέρον για την ανάπτυξη θεραπευτικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο της ποινικής δικαιοσύνης. Πολλά σημεία επαφής στα στάδια του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως σημεία εισόδου παρεμβάσεως, συμπεριλαμβανομένων των εξής (UN, 2003):

- Σύλληψη: εργαζόμενοι δουλεύουν παράλληλα με τους αστυνομικούς και προσφέρουν υπηρεσίες κατά τις πρώτες στιγμές της σύλληψης.
- Προφυλάκιση: προγράμματα κάλυψης αναγκών για περιορισμένο χρονικό διάστημα.
- Προγράμματα εντός φυλακής και μετά την αποφυλάκιση: στις περισσότερες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου έχουν δημιουργηθεί προγράμματα κάλυψης

των αναγκών των φυλακισμένων και υποστήριξής τους ακόμα και μετά την αποφυλάκιση (UN, 2003).



Εικόνα 6: Ροή βημάτων για ολοκληρωμένη θεραπεία (UN, 2003)

### **3 ΜΕΡΟΣ Β: ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΤΟΥ Κ.Ε.Θ.Ε.Α**

#### **3.1 Στόχοι έρευνας**

Η παρούσα ερευνητική δραστηριότητα στοχεύει στην αξιολόγηση και ανάδειξη του ρόλου του ΚΕΘΕΑ όσον αφορά στην αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων. Συγκεκριμένα στόχοι της παρούσας έρευνας είναι:

1. Η άντληση στοιχείων από την πλευρά των εκπαιδευτών-θεραπευτών σχετικά με το ρόλο του ΚΕΘΕΑ και το έργο που επιτελούν. Ποιες είναι οι εκπαιδευτικές και θεραπευτικές δραστηριότητες του φορέα και πως υλοποιούνται
2. Η ανάδειξη των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η κοινότητα (οικονομικά, θεσμικά κτλ);
3. Στην παρουσίαση του τρόπου εργασίας και του έργου που γίνεται καθημερινά

Μέσα από την απάντηση των παραπάνω ερωτημάτων θα μπορέσουμε να κατανοήσουμε τον ουσιαστικό ρόλο του ΚΕΘΕΑ στην κοινωνική επανένταξη των τοξικομανών. Η επιτυχημένη επανένταξη των τοξικομανών ισοδυναμεί με ουσιαστική αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού.

#### **3.2 Περιγραφή φορέα**

Το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) είναι ο πρώτος οργανισμός που συστάθηκε στην Ελλάδα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικοεξάρτησης. Πρόδρομος του υπήρξε το Ειδικό Θεραπευτικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένα Άτομα, που λειτούργησε Πειραματικά το διάστημα 1983-1987 με πυρήνα την ΙΘΑΚΗ, την πρώτη ελληνική Θεραπευτική Κοινότητα. Με την ίδρυση του ΚΕΘΕΑ το 1987 (Νόμος 1729) εντάσσονται σε αυτό όλες οι μονάδες του Ειδικού Θεραπευτικού Προγράμματος και αποτελούν τη βάση για τη σταδιακή ανάπτυξη ενός πανελλαδικής εμβέλειας δικτύου υπηρεσιών. Βασικός στόχος του δικτύου είναι η θεραπεία, επαγγελματική κατάρτιση και κοινωνική ένταξη των εξαρτημένων, η συμβουλευτική και θεραπευτική στήριξη των οικογενειών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρήσης

ουσιών, καθώς και η ανάπτυξη δραστηριοτήτων πρόληψης, εκπαίδευσης επαγγελματιών και έρευνας στον τομέα της τοξικοεξάρτησης.

Σήμερα το ΚΕΘΕΑ διαθέτει περισσότερες από 70 μονάδες σε όλη την Ελλάδα, αποτελεί έναν από τους βασικούς φορείς εφαρμογής του εθνικού σχεδιασμού για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από ουσίες και είναι σύμβουλος οργανισμός του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου (ECOSOC) του ΟΗΕ σε θέματα ναρκωτικών.

Το ΚΕΘΕΑ είναι αυτοδιοικούμενο νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Νόμος 3204/2003). Ανώτατο θεσμικό όργανο του ΚΕΘΕΑ είναι η Γενική του Συνέλευση. Σε αυτή συμμετέχουν με δικαίωμα ψήφου οι αποδέκτες των υπηρεσιών του (μέλη των θεραπευτικών προγραμμάτων στο στάδιο της κοινωνικής επανένταξης), οι εργαζόμενοι και οι εθελοντές του (Δ.Σ. Συλλόγων Οικογένειας των θεραπευτικών προγραμμάτων, μέλη προηγούμενων διοικητικών συμβουλίων του ΚΕΘΕΑ).

Η χάραξη της μακροπρόθεσμης πολιτικής του οργανισμού σε θέματα θεραπείας, δεοντολογίας, έρευνας, εκπαίδευσης, ανάπτυξης κ.α. γίνεται από το Συμβούλιο Πολιτικής ΚΕΘΕΑ (Σ.ΠΟ.Κ.), την ολομέλεια δηλαδή των υπευθύνων των αυτοτελών διοικητικών μονάδων (προγράμματα, ομάδες τομείς) του ΚΕΘΕΑ σε όλη την Ελλάδα. Το ΚΕΘΕΑ εφαρμόζει προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας σε εκπαιδευτικές κοινότητες όλων των βαθμίδων, ομάδες υψηλού κινδύνου για χρήση ουσιών και τις τοπικές κοινωνίες. Αποτελεί οργανισμό εκπαίδευσης και έρευνας στον τομέα των εξαρτήσεων με προγράμματα και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην κατανόηση του φαινομένου, στην προώθηση της επιστημονικής γνώσης και στη διαρκή βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα εξαρτημένα άτομα και τις οικογένειές τους. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει προγράμματα του ΚΕΘΕΑ.

---

ΚΕΘΕΑ MOSAIC

ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ

ΚΕΘΕΑ ΑΝΑΔΥΣΗ

ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ

ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ

ΚΕΘΕΑ Ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Γονέων

---

---

ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ

ΚΕΘΕΑ ΕΞΑΝΤΑΣ

ΚΕΘΕΑ ΕΞΕΛΙΞΙΣ

ΚΕΘΕΑ ΕΞΟΔΟΣ

ΚΕΘΕΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ

ΚΕΘΕΑ Κέντρο Υποδοχής και Επανένταξης Θεσσαλονίκης

ΚΕΘΕΑ ΚΙΒΩΤΟΣ

ΚΕΘΕΑ ΚΥΤΤΑΡΟ

ΚΕΘΕΑ Μονάδα Συμβουλευτικής Κρατουμένων Θεσσαλονίκης

ΚΕΘΕΑ ΜΥΤΙΑΗΝΗ

ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ

ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ

ΚΕΘΕΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΚΕΘΕΑ Πιλοτικό Ανοικτό Πρόγραμμα Θεσσαλονίκης

ΚΕΘΕΑ ΠΙΛΟΤΟΣ

ΚΕΘΕΑ ΠΛΕΥΣΗ

ΚΕΘΕΑ ΣΤΡΟΦΗ

ΚΕΘΕΑ ΣΧΗΜΑ & ΧΡΩΜΑ

---

*Εικόνα 7: Προγράμματα του Κ.Ε.Θ.Ε.Α*

### **3.3 Είδος μελέτης και εργαλείο καταγραφής**

Επειδή στόχος της έρευνάς μας δεν ήταν σε καμία περίπτωση η στατιστική ανάλυση και η ανάδειξη γενικών τάσεων μέσα από το δείγμα μας, αλλά η βαθύτερη ανάλυση συγκεκριμένων ερωτημάτων επιλέχθηκε να εφαρμοστεί η μέθοδος της συνέντευξης (Patton, 2002). Προκειμένου να μην ξεφύγει η συζήτηση από το γενικότερο πλαίσιο των ερευνητικών ζητούμενων της έρευνας, αλλά και ταυτόχρονα να ομοιομορφοποιήσουμε τη συμπεριφορά του ερευνητή απέναντι στο δείγμα, δημιουργήθηκε μία φόρμα συνέντευξης πάνω στην οποία βάδισε το σύνολο των συζητήσεων.

### **3.4 Η πορεία της έρευνας**

Το πρώτο βήμα για τον σχεδιασμό της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων περιελάμβανε την επικοινωνία με τα κεντρικά γραφεία του ΚΕΘΕΑ που βρίσκονται στην περιοχή Μετσ, στην Αθήνα. Στα κεντρικά γραφεία διενεργείται ο σχεδιασμός των προγραμμάτων όχι μόνο της Αττικής, αλλά και όλης της Ελλάδας. Κατά την πρώτη τηλεφωνική επαφή παρουσιάστηκε το θέμα της έρευνας στους υπευθύνους και οι τελευταίοι ζήτησαν συγκεκριμένα δικαιολογητικά (βεβαίωση σπουδών του μεταπτυχιακού, βιογραφικό σημείωμα, το θέμα της εργασίας καθώς και τη φόρμα συνέντευξης, στοιχεία όπως το δείγμα και τα εργαλεία) να προσκομιστούν.

Στη συνέχεια οργανώθηκε συνάντηση με τον υπεύθυνο του τομέα έρευνας. Στη συνάντηση με τον υπεύθυνο του τομέα έρευνας, γνωστοποιήθηκαν τα στοιχεία που αφορούν την έρευνα και μετά από συνεργασία τροποποιήθηκε το εργαλείο συλλογής δεδομένων (τη φόρμα συνέντευξης). Στη συνάντηση αναλύθηκε και ο σκοπός της έρευνας που αφορά στη συλλογή των απόψεων των θεραπειών σε κάποια προγράμματα του ΚΕΘΕΑ σχετικά με το αν επιτυγχάνεται μέσα από τις εκπαιδευτικές και θεραπευτικές δράσεις η κοινωνική επανένταξη των ατόμων και η αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο υπεύθυνος του φορέα μέσα από τη γνώση του προσδιόρισε τα προγράμματα που ανταποκρίνονται στους στόχους της έρευνας και αυτά ήταν η ΔΙΑΒΑΣΗ, ο ΝΟΣΤΟΣ και το ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ. Στο τέλος της συνάντησης υπεγράφη πρωτόκολλο διεξαγωγής έρευνας το οποίο και υπέγραψε με τη σειρά του ο υπεύθυνος όλου του Φορέα.

Το επόμενο βήμα υπήρξε η επικοινωνία με τα τρία προγράμματα. Το πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ δεν κατέστη εφικτό να δεχτεί την ερευνήτρια λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας τη συγκεκριμένη περίοδο. Αντί του συγκεκριμένου προγράμματος επιλέχθηκε το πρόγραμμα Οξυγόνο. Αυτό που πρέπει να σημειωθεί είναι η άμεση ανταπόκριση των εργαζομένων στα τρία προγράμματα, οι οποίοι έσπευσαν με προθυμία να συνεργαστούν. Ταυτόχρονα διευκόλυναν την προσπάθεια της ερευνήτριας μέσα από τη διαμόρφωση ενός ευέλικτου προγράμματος συναντήσεων. Η από κοινού διαμόρφωση του προγράμματος των συναντήσεων αποσκοπούσε στη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για τη διευκόλυνση ερευνητή και συνεντευξιαζόμενων προκειμένου να αντληθούν περισσότερα δεδομένα.

Οι συνεντεύξεις διήρκεσαν περίπου 50 λεπτά. Στην έρευνα έλαβαν μέρος οκτώ εργαζόμενοι διαφόρων ειδικοτήτων, όπως κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και



ψυχολόγοι.. Η συνεντεύξεις διεξήχθησαν σε ήσυχους χώρους στα συγκεκριμένα προγράμματα. Κατά τα διάρκεια των συνεντεύξεων το κλίμα ήταν θετικό και οι ερωτώμενοι ήταν άνετοι και επικοινωνιακοί Ταυτόχρονα η συντάκτρια της εργασίας κατέγραφε τα κυριότερα σημεία των απαντήσεων στις φόρμες συνέντευξης. Η επιλογή εργαζομένων διαφόρων ειδικοτήτων αποσκοπούσε στην πλευρική κάλυψη του θέματος.

### 3.5 Το δείγμα

| <b>Χαρακτηριστικό Συμμετέχοντα</b> | <b>Ειδικότητα</b>     | <b>Κέντρο</b> |
|------------------------------------|-----------------------|---------------|
| A.B.                               | Κοινωνιολόγος         | ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ |
| B.Γ.                               | Κοινωνιολόγος         | ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ  |
| Γ.Δ.                               | Κοινωνικός λειτουργός | ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ |
| Δ.Ε.                               | Κοινωνικός λειτουργός | ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ  |
| E.Z.                               | Ψυχολόγος             | ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ |
| Z.H.                               | Κοινωνιολόγος         | ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ |
| H.Θ.                               | Ψυχολόγος             | ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ |
| Θ.Ι.                               | Ψυχολόγος             | ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ  |

### 3.6 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Στην παρούσα ενότητα πραγματοποιείται η ανάλυση των αποτελεσμάτων από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων. Τα αποτελέσματα αναλύονται ανά κέντρο, ΔΙΑΒΑΣΗ, ΝΟΣΤΟΣ, ΟΞΥΓΟΝΟ, και γίνεται και μία περιγραφή της δομής του κάθε κέντρου. Παράλληλα τα θέματα που τίγονται κατηγοριοποιούνται και ομαδοποιούνται σε έξι άξονες:

- ο ρόλος των εκπαιδευτών,
- υλοποίηση,
- αποτελέσματα,
- προβλήματα,
- παρεμβάσεις και
- προτάσεις.

### **3.6.1 ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ**

Το ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ δεν ήταν το πρώτο που δημιουργήθηκε. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων από ουσίες δημιουργήθηκε αρχικά το ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ, η οποία είναι κοινότητα διαμονής και λειτούργησε πριν από τριάντα χρόνια, ενώ το 2003 δημιουργήθηκε το Πρόγραμμα ΑΛΦΑ.

#### **Περιγραφή-ανάλυση και αξιολόγηση της δομής**

Όσον αφορά στη δομή του ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ αυτή είναι πολυεπίπεδη. Αποτελείται από τον Συμβουλευτικό Σταθμό, τη Θεραπευτική Κοινότητα, τον Τομέα της Κοινωνικής Επανάταξης και το διοικητικό Συμβούλιο. Ο Συμβουλευτικός Σταθμός-Κέντρο Ενημέρωσης αποτελεί το κέντρο της προετοιμασίας για την όλη διαδικασία που θα ακολουθήσει αφού διερευνά ποια είναι η βλάβη της χρήσης και εφόσον είναι λειτουργικό το άτομο και υπεύθυνο για τον εαυτό του μπαίνει σε πιο δομημένες καταστάσεις χρηστών όπου εκεί γίνεται προετοιμασία για εισαγωγή και θεραπεία. Το διοικητικό συμβούλιο του προγράμματος έχει εθελοντικό χαρακτήρα και αυτονομία. Αρμοδιότητάς της είναι να καταθέτει τον προϋπολογισμό και απολογισμό στο υπουργείο αλλά και να εποπτεύει τη λειτουργία του. Στην ουσία, όπως σημειώνουν οι συμμετέχοντες υπάρχει μία σχέση αιγίδας και συνδιαλλαγής με το κράτος. Ταυτόχρονα το προσωπικό του ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: των διοικητικών υπαλλήλων και του θεραπευτικού προσωπικού.

#### **Ο ρόλος των εκπαιδευτών**

Ο ρόλος των εκπαιδευτών-θεραπευτών είναι πολλαπλός. Οι εκπαιδευτές επιδιώκουν να ολοκληρώσουν την επαγγελματική κατάρτιση των συμμετεχόντων σε γνωστικά αντικείμενα, όπως η γραφιστική, κεραμική και φωτογραφία, ενώ ταυτόχρονα οι θεραπευτές προσπαθούν να υποστηρίξουν ψυχολογικά το άτομο μέσα από τη βελτίωση τη αυτογνωσίας και των προσωπικών σχέσεων των μελών. Τα μέλη θα πρέπει να κατανοήσουν τη νέα τους ταυτότητα και πως αυτή θα δημιουργηθεί. Η ταυτότητα θα δημιουργηθεί μόνο από την ουσιαστική απεξάρτηση. Επίσης καθημερινά οι εκπαιδευτές λειτουργούν συμβουλευτικά ως προς τη δημιουργία ελκυστικών βιογραφικών από την πλευρά των χρηστών. Δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί και ο συντονιστικός ρόλος των εκπαιδευτών σε ζητήματα πολιτιστικής δραστηριότητας, όπως διοργάνωση ομάδων χορού, θεάτρου και μουσικής. Μέσα από τα παραπάνω οι εκπαιδευτές-θεραπευτές επιδιώκουν την ουσιαστική αλλαγή του χρήστη. Ο χρήστης θα πρέπει να αποκτήσει αξίες και να βελτιώσει την αυτοεκτίμησή

του βελτιώνοντας την ταυτότητά του. Σε αυτό συνεισφέρει και η ομάδα που του προσφέρει στήριξη να παραμείνει καθαρός. Στο ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ απασχολούνται θεραπευτές με ειδικότητες ψυχολογίας, κοινωνιολογίας και κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ οι ειδικότητες των εκπαιδευτών είναι η κεραμική, η μαγειρική, γραφιστική, γυμναστική, φωτογραφία.

Οι θεραπευτές λειτουργούν ενθαρρυντικά προκειμένου να επιτευχθεί η απρόσκοπτη παρακολούθηση από τους χρήστες, οι οποίοι είναι ελεύθεροι να αποχωρήσουν ανά πάσα στιγμή. Η κοινότητα θα τους αγκαλιάσει και πάλι εάν επιστρέψουν μέσα σε 24 ώρες. Το πρόγραμμα είναι εθελοντικό και όχι τιμωρητικό. Στην προσπάθεια αυτή πρέπει να παίζει ρόλο και η οικογένεια, αφού και τα ίδια εντάσσονται στο πρόγραμμα. Χαρακτηριστικά στην πρωινή κοινότητα πρέπει ο θεραπευόμενος να ζητήσει από τα μέλη της οικογένειάς του να προσέλθουν, αφού η ανάγκη κατάρτισης και της οικογένειας είναι μεγάλη. Οι γονείς και οι σύντροφοι έχουν τις δικές τους ομάδες. Είναι βαρύνουσας σημασίας η συνεργασία του θεραπευτικού προσωπικού με το οικογενειακό περιβάλλον του θεραπευόμενου.

Στην καθημερινότητα της κοινότητας το άτομο αντιμετωπίζεται ξεχωριστά, με βιογραφικό όπου φαίνεται η ηλικία του, η ψυχοσύνθεσή του, το προφίλ του, πώς νιώθει και πώς βλέπει τα πράγματα. Η προσέγγιση γίνεται καθημερινά με εργαλεία, όπως η κατεύθυνση προς το μέλος για τη σύνταξη βιογραφικού και με ερωτηματολόγια. Τα μέλη γνωρίζουν μεταξύ τους τις ιδιαιτερότητές τους. Ο τρόπος που ενδέχεται να αντιδράσει ένα άτομο συνδέεται και με το αν έχει να κάνει με μια δυσκολία που περνά εκείνη την περίοδο.

Στην επανένταξη τα μέλη συνεχίζουν να ανήκουν σε ομάδες θεραπείας και υποστήριξης. Συντονίζονται ομάδες επαγγελματικής συμβουλευτικής (μαθαίνουν τον τρόπο να ψάχνουν μόνο τους εργασία και το πώς θα έρχονται σε επαφή με τον εργοδότη) και υπάρχει και ειδικός σύμβουλος επαγγελματικής συμβουλευτικής ο οποίος μέσω τεστ βοηθά τα άτομα να ανακαλύψουν τα επαγγέλματα που τους ταιριάζουν και τις δεξιότητες που έχουν.

Η κοινωνική αποκατάσταση μεθοδεύεται μέσω της συστηματοποίησης των κοινωνικών επαφών και της βοήθειας προς τα άτομα να αναπτύξουν την ατομική τους συνείδηση. Από την κοινότητα προετοιμάζεται το μέλος να μην υποτροπιάσει και να γνωρίσει τον εαυτό του. Στην επανένταξη πραγματοποιείται επανασύνδεση με

το κοινωνικό περιβάλλον με ασφάλεια. Στην επανένταξη το πρόγραμμα δεν έχει καμία σχέση με αυτό της κοινότητας. Στην επανένταξη τα άτομα έρχονται με στόχο να χτίσουν μια νέα ταυτότητα. Σε αυτό το σημείο ο χρόνος στο πρόγραμμα είναι λιγότερος, τα άτομα γράφονται σε νέους χώρους, πολλά άτομα ξεκινούν εντατική παρακολούθηση σε σχολή και εντάσσονται στην επαγγελματική ζωή.

### **Υλοποίηση**

Στην ερώτηση σχετικά με την ασφάλεια των προγραμμάτων που προσφέρει το ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ έδωσε ξεκάθαρες απαντήσεις στην ερευνήτρια. Οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι η ύπαρξη ψυχιάτρου, η συνεργασία με το νοσοκομείο και το Πανεπιστήμιο Αθηνών καλύπτει το πρόγραμμα όσον αφορά στην ασφάλεια. Οι εξετάσεις για AIDS γίνονται από το νοσοκομείο, ενώ την οδοντιατρική κάλυψη του προγράμματος προσφέρει το Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ποιο όμως είναι το στοιχείο εκείνο που κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων στην έρευνα δίνει ιδιαίτερη αξία στη θεραπεία απεξάρτησης και που είναι επιβεβλημένο για όσους επιθυμούν να ξεφύγουν από τον κόσμο των ναρκωτικών; Τα βασικά χαρακτηριστικά των απαντήσεων ήταν η έμφαση στο ομαδικό πνεύμα και στην υποστηρικτική ικανότητα του προγράμματος σε όλη την προσπάθεια. Χαρακτηριστικά οι τρεις συμμετέχοντες ανέφεραν:

*«Γιατί είναι ο πιο ιδανικός τρόπος, αφού δίνεται έμφαση στην ομάδα. Το άτομο με αυτόν τον τρόπο βρίσκεται σε ένα κύκλο ομάδας όπου μέσα από διαδικασίες δέσμευσης καταφέρνει να μένει καθαρός».*

*«Διότι το πρόβλημα της εξάρτησης χρειάζεται υποστήριξη. Όσοι προσπαθούν μόνοι τους, συντηρούν την εξάρτηση. Χρειάζονται βοήθεια από κάποιο πιο οργανωμένο πλαίσιο μέσα από το οποίο θα προσφέρεται μεθόδευση, γνώση, συστηματοποίηση. Ένα πλαίσιο του «ανήκειν»»*

*«Υπάρχει συνδιαλλαγή και δύναμη της ομάδας. Έχει μεγάλη διαφορά ο χρήστης να κάνει προσπάθεια μόνος του Στην Κοινότητα υπάρχει κλίμα υποστήριξης, ευσυνειδησία»*

Το άτομο πριν ενταχθεί στην ομάδα του ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ έχει στη διάθεσή του δύο μήνες μέχρι να προετοιμαστεί τόσο σε θέματα καθημερινότητας όσο και ψυχολογικά για τη θεραπεία. Μέσα από αυτή την περίοδο προετοιμασίας

διασφαλίζεται σε κάποιο βαθμό η απερίσπαστη συμμετοχή του. Από την άλλη όταν ο χρήστης κάνει άμεση αποχή χρήσης μπορεί άμεσα να ενταχθεί στο πρόγραμμα. Η διαδικασία ένταξης περιλαμβάνει τη συνεννόηση μεταξύ Συμβουλευτικού Σταθμού και Κοινότητας προκειμένου να προσδιοριστούν οι ανάγκες του εντασσόμενου. Μέσα από τη συνεννόηση προσδιορίζεται το πλάνο που θα ακολουθηθεί. Σημαντικό στοιχείο ένταξης είναι ο υγειονομικός έλεγχος του χρήστη σχετικά με το αν είναι φορέας του AIDS.

### **Αποτελέσματα**

Πως επιτυγχάνεται όμως ο στόχος του κέντρου; Ποια είναι τα κριτήρια προσδιορισμού της επιτυχίας; Τα βασικά κριτήρια είναι η αποχή από ουσίες, η ψυχική ανεξάρτηση, η επαγγελματική αποκατάσταση και η δημιουργία νέων και καθαρών σχέσεων. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ένας ερωτώμενος:

*«Τα κριτήρια των ατόμων που εντάσσονται στη θεραπευτική κοινότητα είναι αυτά του αυτοσεβασμού και της αυτοοργάνωσης. Μπαίνοντας στη θεραπευτική κοινότητα νιώθουν ότι αρχίζει να αλλάζει η συμπεριφορά τους. Από κει που έλεγαν ότι τα παρατάνε, από κει που απέφευγαν την επικοινωνία, τώρα αρχίζουν να συνδέονται πιο καλά με την οικογένειά τους, κάνουν όνειρα και βάζουν στόχους όπως πχ. η ολοκλήρωση σπουδών».*

*«Όσοι φτάνουν στην επανένταξη δηλαδή μετά από 12 μήνες, νιώθουν σαν επίτευγμα το ότι έχουν καταφέρει να μείνουν καθαροί, διότι η φάση της κοινότητας είναι ιδιαίτερα δύσκολη»*

Από την άλλη πλευρά είναι έκδηλη η ανάγκη για ουσιαστική τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων των ομάδων μέσα από επιστημονικές μεθόδους μέτρησης αποτελεσματικότητας. Για την κάλυψη της συγκεκριμένης ανάγκης υπάρχει το Addiction Severity Index (ASI) σύμφωνα με το οποίο διενεργούνται ημιδομημένες συνεντεύξεις σχετικά με το βαθμό εξάρτησης και το πλάνο θεραπείας. Το ASI είναι σχεδιασμένο να συλλέγει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τομείς της ζωής του χρήστη που ίσως συμβάλουν στο πρόβλημα της κατάχρησης. Η συνεντεύξεις διενεργούνται μετά από τους δώδεκα μήνες παραμονής στο πρόγραμμα. Ταυτόχρονα εκτός από το συγκεκριμένο εργαλείο, το ίδιο το ΚΕΘΕΑ διενεργεί έρευνες αναδρομικής αποτελεσματικότητας τα στοιχεία των οποίων δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα του.

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προκύπτει μία συνολικότερη άποψη των εκπαιδευτών σχετικά με το έργο του κέντρου, στην οποία συνοψίζεται η ουσία των προγραμμάτων και αυτή δεν είναι άλλη από την επίτευξη του στόχου, της ανεξάρτητης και της επανένταξης των συμμετεχόντων.

*«Ναι, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα επιτυγχάνουν την ομαλή ενσωμάτωσή τους στη κοινωνία».*

Η κοινωνική επανένταξη βέβαια δεν αποτελεί προσωπική υπόθεση, αλλά εναπόκειται στην κοινωνία που θα τον υποδεχτεί, καθώς συχνά τα άτομα που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα επιτυχώς βιώνουν τον ρατσισμό. Στη συνέχεια παρατίθενται δύο χαρακτηριστικές απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων:

*«Η κοινωνική επανένταξη σε μεγάλο βαθμό επιτυγχάνεται. Βέβαια υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις κοινωνικού ρατσισμού. Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι υπήρξε εργοδότης που προσέλαβε ένα μέλος του προγράμματος επειδή ενθουσιάστηκε από τον χαρακτήρα του και τη διάθεσή του για εργασία και μόλις την επόμενη μέρα του είπε ότι είναι πρώην χρήστης τον απέλυσε αμέσως. Γιαυτό πολλά μέλη θέλοντας να αποφύγουν την απόρριψη στο χώρο εργασίας αποφασίζουν να αποκρύψουν το γεγονός ότι ήταν χρήστες».*

*«Με δυσκολία, ναι. Τα άτομα συναντούν μερικές φορές ταμπού και αποκλεισμούς όμως τα περισσότερα βρίσκουν τον δρόμο τους. Το βασικό στοιχείο είναι το κατά πόσο πιστεύουν στον εαυτό τους. Στη γενικότερη κατάσταση της κρίσης βρίσκουν εργασία. Το club εργασίας τους παρέχει ενημέρωση και συμβουλευτική να προσεγγίσουν μόνοι τους -πατώντας στα πόδια τους- τους χώρους εργασίας».*

Πως όμως αντιμετωπίζεται το φαινόμενο της υποτροπής; Ποια είναι η αντίδραση της κοινότητας; Η προσαρμογή εξαρτάται από το είδος της υποτροπής. Αν η υποτροπή έγινε μια φορά, το άτομο πηγαίνει με το προσωπικό της επανένταξης στον Συμβουλευτικό Σταθμό και κάνει εντατική δουλειά. Αν η υποτροπή ήταν μεγαλύτερη κάνει συναντήσεις με το προσωπικό της θεραπείας της επανένταξης και θα κριθεί αν θα ξαναγυρίσει στην Κοινότητα. Σίγουρα η ομάδα δεν λειτουργεί τιμωρητικά, αλλά αναζητά τις αιτίες πριν από το αποτέλεσμα. Μέσα σε βάθος χρόνου στόχος είναι το άτομο να απεμπλακεί και να απογαλακτιστεί από τη θεραπεία. Μέχρι τότε το άτομο

θα πρέπει να ακολουθεί τους κανόνες και να συμβαδίζει με τις αξίες της ομάδας.

### **Προβλήματα**

Όμως η δραστηριότητα του ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ δεν γίνεται απρόσκοπτα. Τα βασικά προβλήματα είναι:

1. Οικονομικά ( ελαττωμένοι πόροι)
2. Μείωση της προσέλευσης επειδή τα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ είναι πολύ απαιτητικά.

Ταυτόχρονα υπάρχουν αρκετά περιστατικά διπλής διάγνωσης. Πέρα από τη χρήση πολλά από τα άτομα έχουν και ψυχολογικά προβλήματα(κατάθλιψη). Χρειάζονται λοιπόν και άλλες γνώσεις για να ανταπεξέλθουν οι εκπαιδευτές και οι θεραπευτές στις παραπάνω δυσκολίες. Η κοινότητα θα πρέπει να βρίσκεται σε ισορροπία. «Ένα σύστημα ίσως αναπτύξει παθογένεια. Τα συναισθήματα, οι τάσεις διογκώνονται. Γι' αυτό, χρειάζεται ισορροπία να διατηρείς τον έλεγχο».

### **Παρεμβάσεις**

Η δραστηριότητα του ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ στηρίζεται σε μοντέλα ψυχολογικής υποστήριξης που εφαρμόζονται σε όλο τον κόσμο. Τηρούνται οι προδιαγραφές λειτουργίας της θεραπευτικής παρέμβασης με βάση την Παγκόσμια Ομοσπονδία Θεραπευτικών Κοινοτήτων (WorldFederationofTherapeuticCommunities). Βέβαια κάθε κοινότητα εφαρμόζει ποικίλες μεθόδους οι οποίες είναι εναρμονισμένες με διεθνείς πρακτικές. Όσον αφορά στο μοντέλο, εφαρμόζεται ένας συνδυασμός συστημικής και συμπεριφοριστικής θεραπείας. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ένας ερωτώμενος:

*«Στη θεραπεία απεξάρτησης μας ενδιαφέρει το εδώ και τώρα. Σημασία έχει το τι και όχι το γιατί. Στόχος δεν είναι η ψυχανάλυση αλλά η αλλαγή. Χρησιμοποιείται λοιπόν, κυρίως συμπεριφοριστική και συστημική προσέγγιση. Ο κάθε θεραπευτής μπορεί να δανείζεται στοιχεία από κάθε μοντέλο ανάλογα με τις εκπαιδεύσεις του και τις διεργασίες της ομάδας».*

Η μεθοδολογία που ακολουθείται δεν είναι παγιωμένη στο χρόνο. Οι υπεύθυνοι των προγραμμάτων μαθαίνουν μέσα από την καθημερινή επαφή με την ομάδα και εξελίσσουν τους τρόπους παρέμβασης χωρίς βέβαια να αλλάζουν οι αξίες.

Ταυτόχρονα οι απαιτήσεις μεταβάλλονται και εξελίσσονται επομένως απαιτείται η ανάλογη αντίδραση από το ΚΕΘΕΑ για να προσαρμοστεί στις ανάγκες των μελών. Οι δράσεις της κοινότητας αποτελούν έναν αναγκαίο συνδυασμό εκπαιδευτικών και θεραπευτικών μέσων. Ο συνδυασμός αυτός είναι στόχος και μέσον ταυτόχρονα.

### **Προτάσεις**

Κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων οι λύσεις για τη βελτίωση των δράσεων είναι η οικονομική ενίσχυση της κοινότητας και η συνεχής εκπαίδευση των εκπαιδευτών – θεραπευτών. «Με καλή εποπτεία, ανοιχτότητα συναισθηματική και πνευματική θα μπορούν καλύτερα να υποστηρίξουν τους ανθρώπους και τις οικογένειές τους». Ταυτόχρονα μέσα από την οικονομική ενίσχυση θα διοργανωθούν περισσότερες δραστηριότητες για τους συμμετέχοντες.

Στην ερώτηση αν οι συμμετέχοντες τάσσονται υπέρ της ανοιχτής ή της κλειστής κοινότητας η απάντηση ήταν ότι και οι δύο είναι αναγκαίες.

*"Παίζει ρόλο τι ταιριάζει στην εκάστοτε περίπτωση. Ένα άτομο που συνυπάρχει με την οικογένειά του μπορεί να παρακολουθήσει το πρόγραμμα της ανοιχτής κοινότητας. Αν ένα άτομο παρουσιάζει επιθετικότητα πρέπει να παρακολουθήσει το κλειστό πρόγραμμα. Υπάρχουν παιδιά που δεν μπορούν να λειτουργήσουν σε ανοιχτό πλαίσιο λόγω μη στήριξης από την οικογένεια. Από την πλευρά της η κλειστή κοινότητα προστατεύει το άτομο από εξωτερικά ερεθίσματα και προκλήσεις. Τι είναι πιο εξυπηρετικό, η κλειστή ή η ανοιχτή κοινότητα εξαρτάται από την περίπτωση του κάθε ατόμου.*

Συνοπτικά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των μορφών κοινότητας συνοψίστηκαν ως:

- Τα Υπέρ της ανοιχτής: τα μέλη έχουν τη ζωή τους, δεν είναι δηλαδή απομονωμένα από το περιβάλλον της οικογένειάς τους.
- Τα κατά της ανοιχτής: Τα άτομα είναι εκτεθειμένα σε ερεθίσματα και σε προσωπικές κρίσεις.
- Τα υπέρ της κλειστής: κλίμα προστατευτικότητας, τα άτομα δεν έχουν εξωτερικά ερεθίσματα.
- Τα κατά της κλειστής: συναντούν μεγαλύτερες δυσκολίες στην επανένταξη.



Στην περίπτωση ένταξης ενός ατόμου στην ανοιχτή κοινότητα υπάρχουν ελεγκτικοί μηχανισμοί που εξασφαλίζουν τον έλεγχο συνέπειας του θεραπευμένου. Συγκεκριμένα υπάρχει έλεγχος μέσω της ουροληψίας. Έλεγχος υπάρχει και εντός της ομάδας αφού την άλλη μέρα τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας βλέπουν την αλλαγή στη συμπεριφορά του αν έχει κάνει χρήση. Η δυναμική της ομάδας ελέγχει τον άνθρωπο. Φεύγοντας το άτομο από την κοινότητα την ευθύνη έχουν οι γονείς του. Οι γονείς δηλαδή ελέγχουν την κατάσταση γι' αυτό και συνεργάζονται σε μεγάλο βαθμό με τους θεραπευτές. Παρακολουθούν το πρόγραμμα οικογένειας.

Οι ομάδες δεν διαμορφώνονται με βάση διακρίσεις. Η σύσταση των ομάδων δεν έχει να κάνει με το φύλο ή τις σπουδές αλλά με τον χρόνο παραμονής στην κοινότητα. Υπάρχουν 2 ηλικιακές ομάδες: 25-30 και 30-45, αλλά το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών είναι μικρό. Αυτό δεν υφίσταται λόγω διάκρισης, αλλά αποτελεί ένα γεγονός. Σε καμία περίπτωση δεν υπάρχουν διακρίσεις, αφού υφίσταται ο Κώδικας Δεοντολογίας. Η μόνη «διάκριση» που γίνεται μέσα στις ομάδες είναι η «διάκριση» των ατομικών ταλέντων.

*«Μέσα στα προγράμματα απεξάρτησης αρχίζει ο κάθε άνθρωπος να βλέπει τις δεξιότητες που έχει σε οργανωτικό και συναισθηματικό επίπεδο. Παραδείγματος χάριν, δεξιότητες έκφρασης μέσα από θεατρικές σχολές, μουσική κλπ. Στόχος της θεραπείας και της εκπαίδευσης είναι το άτομο να αναδείξει τον εαυτό του και να ανέβει η αυτοπεποίθησή του».*

### **3.6.2 ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ**

#### **Περιγραφή-ανάλυση και αξιολόγηση της δομής**

Το ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ είναι ένας ΝΠΙΔ οργανισμού το οποίο λογοδοτεί στο Υπουργείο. Όσον αφορά στη δομή του ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ είναι πολυεπίπεδη. Συνοπτικά η διάρθρωση του προγράμματος έχει ως εξής:

1. Υπεύθυνος του προγράμματος που έχει την ευθύνη όλο του προγράμματος. Κάθε μονάδα έχει τον δικό της υπεύθυνο.
2. Τμήμα εκπαίδευσης

3. Θεραπευτικό προσωπικό. Το θεραπευτικό προσωπικό έχει 3 φάσεις: α) Συμβουλευτικός Σταθμός που είναι η πρώτη επαφή του χρήστη με το πρόγραμμα. β) Θεραπευτική Κοινότητα (κύρια δουλειά είναι η απεξάρτηση χωρίς υποκατάστατα) γ) Κοινωνική Επανάταξη όπου προσπαθεί να επανενταχθεί το άτομο χωρίς ουσίες

Το εύρος της εξειδίκευσης των εργαζομένων στην κοινότητα είναι μεγάλο, καθώς περιλαμβάνει επιστήμονες από πολλά επιστημονικά πεδία. Συγκεκριμένα εργάζονται στην κοινότητα:

- Από ανθρωπιστικές επιστήμες(κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι)
- Απόφοιτοι θεραπευτικών προγραμμάτων(είναι άτομα που έχουν απεξαρτηθεί και είναι απόφοιτοι του προγράμματος)
- Λογιστές
- Κοινωνικοί ερευνητές
- Μουσικοί επιμορφωτές, καθηγητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
- Γυμναστές
- Καθηγητές αγγλικών και υπολογιστών

#### **Ο ρόλος των εκπαιδευτών**

Ο ρόλος των στελεχών του ΚΕΘΕΑ είναι πολυποίκιλος και σημαντικός. Θεραπευτές και εκπαιδευτές λειτουργώντας αλληλένδετα διαμορφώνουν ένα πλαίσιο υποστήριξης. Οι μεν θεραπευτές αναλαμβάνουν τις θεραπευτικές ομάδες υποστήριξης, εποπτεύουν τον οργανωτή της κάθε ομάδας και του υποδεικνύουν τον τρόπο να αυτολειτουργήσει η ομάδα και να γίνει ομάδα αυτοβοήθειας. Από την άλλη το εκπαιδευτικό προσωπικό κάνει συναντήσεις εκπαιδευτικού και επαγγελματικού προσανατολισμού ατομικές και ομαδικές και εποπτεύει την εκπαιδευτική ζώνη στην κοινωνία πχ (H/Y), ομάδα κουζίνας, ομάδα καθαριότητας.

Ο στόχος του προσωπικού είναι διπλός:

1. Η θεραπευτική δράση: στόχος είναι η αυτογνωσία, η θετική ενίσχυση του ανθρώπου, η διαχείριση της υποτροπής του, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων .
2. Η εκπαιδευτική δράση: στόχος είναι η αυτογνωσία να ξέρουν, δηλαδή να γνωρίζει το άτομο το ταλέντο και τις κλίσεις του. Η υποστήριξη για βελτίωση του εκπαιδευτικού επιπέδου οδηγεί στη διαμόρφωση επαγγελματικής ταυτότητας.

Οι εκπαιδευτές και οι θεραπευτές της κοινότητας εργάζονται τόσο σε επίπεδο ανεξάρτησης όσο και σε επίπεδο ανάδειξης των ταλέντων των μελών. Δίνεται μεγάλη σημασία στις δεξιότητες και κλίσεις των μελών. Γίνεται προσπάθεια μέσω εκπαιδευτικού προσανατολισμού να αναδειχθούν ταλέντα τους. Γίνονται ατομικές συναντήσεις που εστιάζουν στην ιδιαιτερότητα του κάθε μέλους και έτσι το πρόγραμμα λαμβάνει εξατομικευμένο χαρακτήρα. Στο τμήμα εκπαίδευσης παρέχεται βοήθεια για σύνταξη βιογραφικού.

Από τους θεραπευτές παρέχεται υποστήριξη στα άτομα να κοινωνικοποιηθούν. Γίνεται ατομική και ομαδική συμβουλευτική τόσο σε θέματα διαχείρισης υποτροπής και υποστήριξης κοινωνικών σχέσεων όσο και σε θέματα εργασιακά, εκπαιδευτικά. Λειτουργούν γραφεία διασύνδεσης με την αγορά εργασίας όπου τα μέλη υποστηρίζονται στις τεχνικές αναζήτησης εργασίας και σύνταξης βιογραφικού. Όταν γίνεται ο θεραπευτικός σχεδιασμός ενός μέλους χρειάζεται να γίνει γνωστή η προσωπική του ιστορία. Ο θεραπευτής μπορεί να κάνει ατομικές συναντήσεις με το άτομο, για να καταλάβει κάποιες συμπεριφορές του και να τον βοηθήσει στην αλλαγή.

Η μέθοδος που εφαρμόζεται στο ΚΕΘΕΑ ΝΟΣΤΟΣ είναι ένα κράμα μεθόδων. Πολλές φορές εφαρμόζεται και δραματοθεραπεία. «Γίνεται ομαδική ψυχοθεραπεία χωρίς να εστιάζεται σε κάποιο συγκεκριμένο μοντέλο. Όλοι οι επαγγελματίες που έχουν εκπαιδευτεί γνωρίζουν διάφορα μοντέλα, υπάρχουν συνάδελφοι που είναι εκπαιδευμένοι όσον αφορά τη συστημική προσέγγιση, άλλοι στην συμπεριφοριστική και άλλοι που έχουν εκπαιδευτεί στο προσωποκεντρικό μοντέλο του Rogers και άλλοι στο ψυχαναλυτικό».

### **Υλοποίηση**

Για αν ενταχθεί κανείς στο πρόγραμμα θα πρέπει να κάνει τις απαραίτητες

εξετάσεις στο νοσοκομείο για AIDS. Το άτομο είναι υπεύθυνο για τις εξετάσεις του. Δεν υπάρχει γιατρός στο κέντρο, αλλά υπάρχει ομάδα ενδιαφέροντος για τα ιατρικά θέματα των μελών.

Όσον αφορά στο χρόνο ένταξης τα πράγματα είναι απλά. Δεν υπάρχει λίστα αναμονής. Αν κάποιος έχει ένα αίτημα δυνατό μπορεί να μπει σε ένα μήνα, άμεσα. Πραγματοποιούνται ατομικά ραντεβού στον Συμβουλευτικό Σταθμό για προετοιμασία και συζήτηση για τους στόχους που έχει. Πρώτα κάνει ιατρικές εξετάσεις. Μέσα σε ένα εικοσαήμερο μπορεί να μπει αν φαίνεται κινητοποιημένος. Περνά από το κέντρο ενημέρωσης-Συμβουλευτικό Σταθμό παρακολουθώντας την ομάδα ενημέρωσης όπου μαθαίνει ποιες είναι οι αρχές και ενημερώνεται για το μοντέλο της θεραπευτικής κοινότητας. Γίνεται καθημερινή συζήτηση με την ομάδα εισαγωγής μέχρι να κριθεί ότι είναι έτοιμος να περάσει στη θεραπευτική κοινότητα. Δεν υπάρχει λίστα εισαγωγής. Το βασικό κριτήριό τους είναι ο στόχος τους και η διάθεσή τους να θεραπευτούν. Βέβαια, ένας αριθμός ατόμων δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει το πρόγραμμα γιατί είναι ιδιαίτερα απαιτητικό.

### **Αποτελέσματα**

Μετά το τέλος της διαδικασίας στόχος είναι ο απογαλακτισμός του μέλους από την κοινότητα. Γίνεται σταδιακός απογαλακτισμός. Στη φάση της επανένταξης όλο και μειώνονται οι ατομικές και ομαδικές συναντήσεις ενός μέλους και όταν αποφοιτήσει φεύγει αφού έχει αναπτύξει το δικό του κοινωνικό δίκτυο.

Στη φάση της επανένταξης εάν υπάρξει υποτροπή στο θέμα χρήσης και παραβατική συμπεριφορά από κάποιο μέλος δεν υπάρχει επίπληξη ούτε τιμωρία. Η μέθοδος είναι η εξής: Αρχικά βγαίνουν από την ομάδα, ύστερα κάνουν ατομικές συναντήσεις με τους θεραπευτές και ύστερα από ένα διάστημα όταν έχουν διακόψει εντελώς τη χρήση επανεντάσσονται. Γίνεται ατομική συνάντηση με τον υπεύθυνο επανένταξης και από κει καθορίζεται το τι είναι καλύτερο για τον άνθρωπο αυτό. Αν είναι ένα απλό ολίσθημα γίνονται ατομικές συναντήσεις, αλλιώς γίνεται παραπομπή στην ομάδα υποτροπών.

Όποια μέθοδος και αν εφαρμόζεται το ζητούμενο είναι η αποτελεσματικότητα. Τα αποτελέσματα των ερευνών δημοσιεύονται στη σελίδα του ΚΕΘΕΑ. Τα στατιστικά ευρήματα βοηθούν στον ανασχεδιασμό του προγράμματος. Για την

αποτελεσματικότητα χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι που ακολουθούν μία κοινή φιλοσοφία. Συχνά διαφοροποιούνται, αλλά το αποτέλεσμα έχει σημασία και όχι η προσκόλληση σε συγκεκριμένες μεθόδους. Σύμφωνα με ένα ερωτώμενο ο συνδυασμός μεθόδων είναι τόσο εφικτός όσο και απαραίτητος.

Οι ίδιοι οι εργαζόμενοι είναι σίγουροι για την αξία του προγράμματος υπογραμμίζοντας το κίνητρο για να το εμπιστευτούν οι χρήστες. Γιατί να απευθυνθεί κάποιος στη κοινότητα για θεραπεία απεξάρτησης; Χαρακτηριστικά αναφέρουν:

*«Γιατί κάνει στο πρόγραμμα αυτό που από μόνος του δεν έχει καταφέρει χωρίς υποστηρικτικό πλαίσιο. Την κατεύθυνση και τον τρόπο που χρειάζονται τα βρίσκουν εδώ, όπου μαθαίνει το πώς μπορεί να διασφαλίσει τον εαυτό του, μαθαίνει να αλλάξει τον τρόπο ζωής του και θα το πετύχει μέσα από το υποστηρικτικό πλαίσιο».*

*«Οι περισσότεροι που προσπαθούν μόνοι τους κάνουν off( αποχή). Χρειάζονται δεξιότητες κοινωνικές όπως ομαδικότητα και επικοινωνία που γίνονται μόνο σε ένα μοντέλο κοινότητας».*

*«Γιατί στην κοινότητα προσφέρεται εκπαίδευση στο πώς να μένει καθαρός, το πρόγραμμα του δείχνει τον δρόμο και είναι δίπλα του όπου το χρειάζεται. Γιατί στην κοινότητα προσφέρεται εκπαίδευση στο πώς να μένει καθαρός, το πρόγραμμα του δείχνει τον δρόμο και είναι δίπλα του όπου το χρειάζεται».*

Η συνολική άποψη των εκπαιδευτών σχετικά με το έργο του κέντρου συνοψίζεται στα μεγάλα ποσοστά επιτυχίας και επανένταξης των μελών:

*«Αρκετά καλό ποσοστό επανένταξης των μελών. Η ανεργία τα τελευταία δύο χρόνια εμποδίζει την κοινωνική ένταξη. Ενώ τα άτομα έχουν κάνει καλή πορεία και έχουν καταφέρει να απεξαρτηθούν δεν τους δίνεται απόλυτα η δυνατότητα να ενταχθούν μένοντας έτσι στο περιθώριο της ανεργίας. Η ανεργία προκαλεί κοινωνικό αποκλεισμό. Γι αυτό, το ΚΕΘΕΑ βοηθά τα άτομα, τα κατευθύνει να αναπτύξουν δεξιότητες ώστε να κάνουν μόνοι τους επιτυχημένες επαφές με εργοδότες και τα ενημερώνει για δικαιώματα και οφέλη που έχουν όπως πχ. επιδόματα από τον ΟΑΕΔ».*

*«Ναι, σε μεγάλο βαθμό αν και η κρίση έχει δυσκολέψει τα πράγματα».*

## **Προβλήματα**

Οι υπεύθυνοι του προγράμματος έχουν να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα, αλλά το πιο σημαντικό είναι αυτό της υποχρηματοδότησης. Τα προγράμματα διαμονής έχουν πολλά έξοδα και την παρούσα περίοδο οι περικοπές είναι μεγάλες. Επίσης, πολλά άτομα δεν τους είναι τόσο ελκυστικό να μένουν στη κοινότητα, αυτό οφείλεται και στον μεγάλο χρόνο παραμονής στην θεραπευτική κοινότητα. Σύμφωνα με τους εργαζόμενους, οι δράσεις θα μπορούσαν να βελτιωθούν μέσα από την διαβίωση εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού, αλλά και μέσα από τη μείωση του χρόνου παραμονής των χρηστών. Σημαντικός παράγοντας που επισημάνθηκε είναι η σχέση της κοινότητας με την κοινωνία. Η κοινότητα θα πρέπει να βελτιώσει την επαφή της με το κοινωνικό σύνολο και να δείξει μεγαλύτερη αλληλεγγύη.

### **Προτάσεις**

Όσον αφορά στη σύγκριση ανοιχτής ή κλειστής κοινότητας, οι εργαζόμενοι στην κοινότητα απάντησαν αναλυτικά.

*«Καλύπτουν και οι δύο διαφορετικά είδη χρηστών. Θεωρώ ότι καμία δεν έχει αρνητικό. Το ανοιχτό πρόγραμμα έχει το θετικό ότι το άτομο έχει υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον και μετά το απόγευμα επιστρέφει από το πρόγραμμα στο σπίτι του.*

*Το υπέρ της κλειστής είναι ότι εκεί το άτομο είναι προστατευμένο από εξωτερικούς κινδύνους. Επίσης αν ένα άτομο είναι στο δρόμο, δεν έχει υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον καλό είναι για τον ίδιο να παρακολουθήσει το κλειστό πρόγραμμα. Το υπέρ ανοιχτής: Το πρόγραμμα είναι συγκεκριμένο, υπάρχει η οικογένεια του ατόμου που φεύγοντας ο ίδιος από το Κέντρο γνωρίζει η ίδια και έχει τον απόλυτο έλεγχο για το τι θα κάνει το άτομο.*

*Το υπέρ της κλειστής: Τα άτομα δεν μπορούν κυκλοφορούν έξω, είναι προστατευμένα, νιώθουν καλά που είναι αποστασιοποιημένα από το ενδεχόμενο να παρασυρθούν σε κακά μονοπάτια.*

*Το αρνητικό της κλειστής: είναι ότι τα άτομα δεν αντιλαμβάνονται το μέγεθος των έξω πραγμάτων».*

Στην περίπτωση ανοιχτής κοινότητας χωρίς διαμονή, το στοιχείο που διασφαλίζει τη συνέπεια και την αφοσίωση στο πρόγραμμα από πλευράς χρήστη είναι η ίδια η ομάδα που αποτελεί και τον ελεγκτικό μηχανισμό. Η ίδια η ομάδα μπορεί να

διακρίνει συμπεριφορές, αλλά στην ουσία το πνεύμα εμπιστοσύνης είναι αυτό που λειτουργεί ως δικλείδα ασφαλείας. Ταυτόχρονα και ο οικογενειακός ρόλος είναι πολύ σημαντικός, αφού και αυτή από τη μεριά της ελέγχει το μέλος της κοινότητας.

Οι ομάδες που μόλις προαναφέρθηκαν είναι μεικτές με το ανδρικό στοιχείο να κυριαρχεί και το μέσο όρο ηλικίας να βρίσκεται στην ηλικιακή ομάδα 25-30. Το μορφωτικό επίπεδο των μελών δεν είναι υψηλό, αφού ουσιαστικά είναι απόφοιτοι γυμνασίου. Οι ομάδες αντιμετωπίζονται χωρίς διακρίσεις, αφού οι εκπαιδευτές λειτουργούν σύμφωνα με τον Κώδικα Δεοντολογίας.

Η ελευθερία που παρέχεται στα μέλη της κοινότητας είναι σημαντική, αφού μπορούν ανά πάσα στιγμή να φύγουν, αλλά η επανένταξή τους θα αξιολογηθεί σε βάθος χρόνου. Γενικότερα τρία πράγματα δεν επιτρέπονται μέσα στην κοινότητα: η σχέση με τα άλλα μέλη, η χρήση βίας και οι ουσίες. Ουσιαστικό ρόλο στην ενθάρρυνση του μέλους παίζει και η οικογένεια η οποία λαμβάνει κανονικά μέρος στο πρόγραμμα. Λειτουργούν προγράμματα οικογένειας παράλληλα με τις άλλες ομάδες (συγγενείς, αδέρφια) Μέσα στα προγράμματα οικογένειας βοηθούνται οι συγγενείς του μέλους να βελτιώσουν τις σχέσεις τους που είναι συνήθως διαταραγμένες και να στηρίξουν την προσπάθεια του ατόμου να ολοκληρώσει το πρόγραμμα απεξάρτησης.

### **3.6.3 ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ**

#### **Περιγραφή-ανάλυση και αξιολόγηση της δομής**

Η δομή του ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ είναι ένας αυτοδιοικούμενος οργανισμός με επιχορήγηση από το Υπουργείο Υγείας. Δεν περιλαμβάνει ιατρική μονάδα για τις εξετάσεις των μελών και αυτό έχει ως συνέπεια την ολοκλήρωσή τους σε νοσοκομείο. Η δομή του είναι πολυσύνθετη. Τα μέρη από τα οποία απαρτίζεται είναι:

- Συμβουλευτικός Σταθμός (είναι ο πρώτος χώρος επαφής των ενδιαφερόμενων με το πρόγραμμα, έχει ένα μήνα διάρκεια και εκεί πραγματοποιείται ενημέρωση και προετοιμασία των μελών.)
- Η Θεραπευτική Κοινότητα η οποία έχει διάρκεια 9-12 μήνες( εκεί γίνεται αλλαγή στον τρόπο ζωής και στον τρόπο σκέψης)

- Η Κοινωνική Επανάταξη με διάρκεια 12 μήνες (στόχος η ομαλή ένταξη του ατόμου στην κοινωνία. Το απόγευμα, το άτομο φέρνει θέματα και δυσκολίες που ενδέχεται να έχει με τον εργασιακό του χώρο ή με τις φιλικές του σχέσεις).
- Το Followup (με διάρκεια 12 μήνες, οι συναντήσεις γίνονται 1 φορά ανά 3 μήνες εκτός αν προκύψουν έκτακτα θέματα των μελών).
- Το ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ στις φυλακές του Αγίου Στεφάνου πραγματοποιεί ομάδες συμβουλευτικής σε φυλακισμένους χρήστες.
- Οι δορυφορικοί συμβουλευτικοί σταθμοί με το πρόγραμμα βουπρενορφίνης
- Οι ομάδες εφήβων και νεαρών ενηλίκων χρηστών κάνναβης.

#### **Ο ρόλος των εκπαιδευτών**

Το προσωπικό του κέντρου χωρίζεται σε θεραπευτικό και εκπαιδευτικό. Στη θεραπεία εργάζονται ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, σύμβουλοι τοξικοεξάρτησης, ενώ στην εκπαίδευση εργάζεται ένας επιμορφωτής γυμναστής.

Στόχος του προγράμματος είναι η πλήρης κοινωνική επανένταξη δηλαδή ισότιμη επανένταξη στην κοινωνία. Έχοντας ως σύνθημα το «Οι χρήστες έχουν προβλήματα, δεν είναι οι ίδιοι πρόβλημα» γίνεται προσπάθεια για μία πλήρη κοινωνική επανένταξη και πλήρη δραστηριοποίηση σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνίας. Αρωγοί σε αυτή την προσπάθεια είναι πάντα οι θεραπευτές και οι εκπαιδευτές. Τα μέλη της κοινότητας όπως είναι φυσικό παραμέλησαν τις προσωπικές τους δεξιότητες και πλέον δεν μπορούν να κατασταθούν ανταγωνιστικοί. Γι αυτό οι εκπαιδευτές έχουν βασικό κομμάτι, αφού υπάρχει εκπαιδευτική ζώνη με επιμορφωτές εργαζόμενους και εθελοντές (μαθήματα θεατρικού παιχνιδιού, Η/Υ) για να αναπτύξουν δεξιότητες και να εξυπηρετήσουν τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες βασικές για την κοινωνική επανένταξη. Από την άλλη πλευρά στη Θεραπευτική Κοινότητα έχουν τον ρόλο της θεραπευτικής προσέγγισης. Το βασικό προσωπικό είναι το θεραπευτικό προσωπικό με υποστήριξη στα μέλη της κοινότητας. Παρέχεται ένα θεραπευτικό πλαίσιο , μια αξιολόγηση του ποιος είναι ο κάθε άνθρωπος, τι ανάγκες έχει και θέτουν οι θεραπευτές σε συνεργασία με αυτόν κάποιους στόχους.



## Υλοποίηση

Οι άνθρωποι του ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ υπογραμμίζουν την ανάγκη συμμετοχής στα προγράμματα, αφού αυτά στοχεύουν στην απεξάρτηση και όχι στην αποτοξίνωση. Συγκεκριμένα αναφέρουν:

*«Υπάρχει διαφορά μεταξύ της λέξης αποτοξίνωση, δηλαδή κρατιέμαι μακριά από ουσίες μόνος μου, με τη λέξη απεξάρτηση. Στην απεξάρτηση καταλαβαίνει βαθύτερα γιατί έμπλεξε με τα ναρκωτικά και κινητοποιείται για προσωπική αλλαγή. Το άτομο μαθαίνει να στέκεται χωρίς αλκοόλ, χωρίς ναρκωτικά, συνειδητοποιεί τι του κάλυπταν τα ναρκωτικά όταν έκανε χρήση. Αρκετοί οι οποίοι δεν απευθύνονται σε κοινότητες για θεραπεία απεξάρτησης προσπαθούν κάνουν μόνοι τους off(αποχή), δε σημαίνει όμως ότι κάνουν απεξάρτηση. Μεγάλη η διαφορά μεταξύ του κάνω αποχή και του κάνω θεραπεία».*

*«Το να προσπαθεί να κόψει τα ναρκωτικά κάποιος μόνος του δεν ξέρει πώς να το κάνει. Στην κοινότητα προσφέρεται ένα ασφαλές περιβάλλον όπου κάποιος έχει την κατάλληλη υποστήριξη, δεν είναι μόνος του στην προσπάθεια. Σημαντικές οι έννοιες της αλληλοϋποστήριξης και της αλληλοβοήθειας. Η σημασία της αλληλοβοήθειας στηρίζεται στην κοινή τραυματική εμπειρία από την οποία έχουν περάσει τα άτομα. Στο ενδεχόμενο να σκεφτεί το άτομο να τα παρατήσει, η ομάδα τον βοηθά να δει την άλλη πλευρά τη θετική».*

Ο χρόνος που απαιτείται για την ένταξη στην ομάδα προσδιορίζεται στον ένα μήνα. Γίνονται ατομικές συναντήσεις( γνωριμίας), ομαδικές συναντήσεις με στόχο την ενημέρωση για το πρόγραμμα, προετοιμασία για τη θεραπευτική κοινότητα με κινητοποίηση των ατόμων για εύρεση κινήτρων που θα τους οδηγήσουν να κόψουν τα ναρκωτικά. Είναι σημαντική η φάση της προετοιμασίας όπου πρέπει εκεί το άτομο να βρει λόγους να ξεκινήσει την προσπάθεια.

Ποια είναι τα κριτήρια για τα άτομα, που εντάσσονται σε μία θεραπευτική κοινότητα; Με ποιο σκεπτικό εντάσσονται στην ομάδα. Όπως απάντησαν οι ερωτώμενοι το βασικό κριτήριο των ατόμων είναι η αποχή από ουσίες. Μπαίνοντας στην κοινότητα βλέπουν να αλλάζει ο τρόπος ζωής τους, η σχέση τους με την οικογένειά τους, η συμπεριφορά τους, το συνειδητοποιούν μέσα τους. Σκέφτονται «μου αρέσει αυτή η αλλαγή του εαυτού μου».

Την αλλαγή αυτή που επιθυμούν οι απευθυνόμενοι στον φορέα προσπαθούν να

τον υλοποιήσουν μέσα από το συνδυασμό γνωσιακής συμπεριφοριστικής προσέγγισης και συστημικής προσέγγισης οι εργαζόμενοι στο φορέα. Οι μέθοδοι συχνά εξατομικεύονται αφού οι ανάγκες των ατόμων είναι διαφορετικές. Μέσα από μία ουσιαστική ανταλλαγή απόψεων μεταξύ θεραπειών και εκπαιδευτών επιτυγχάνεται η σκιαγράφηση της καλύτερης μεθόδου. Ταυτόχρονα οι εργαζόμενοι έρχονται σε επαφή και με εργαζόμενους φορέων του εξωτερικού προκειμένου να παρακολουθήσουν και τις εκεί εξελίξεις. Οι δράσεις που οργανώνονται αλληλοκαλύπτονται χωρίς να επικαλύπτονται.

Ταυτόχρονα το άτομο ελέγχεται μέσα από διαδικασία ουροληψίας. Στην ουσία υπάρχει ισχυρός έλεγχος και αναπτύσσεται ένας ισχυρός δεσμός ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και της κοινότητας. Γι αυτό το λόγο υπάρχει δυσκολία αποδέσμευσης λόγω των ισχυρών δεσμών. Σε περίπτωση που κάποιο μέλος θέλει να αποχωρήσει από την κοινότητα δεν υφίσταται σε κάποιες κυρώσεις, αλλά είναι απόλυτα ελεύθερο να προσδιορίσει τις πράξεις του. Στη φάση της επανένταξης εάν υπάρξει υποτροπή στο θέμα χρήσης και παραβατική συμπεριφορά από κάποιο μέλος μπορεί να αντιμετωπιστεί από έξτρα συναντήσεις μέχρι αποκλεισμό από την ομάδα, να του δοθεί μια διορία να σκεφτεί σοβαρά τι θέλει να κάνει. Ακόμη και το συνεχές ψέμα θεωρείται υποτροπή γι' αυτό οδηγείται στον Συμβουλευτικό Σταθμό.

Οι ομάδες που λειτουργούν μέσα στην κοινότητα είναι δομημένες Ανάλογα με τη λειτουργία της κοινότητας. Πχ. ομάδα κουζίνας, ομάδα επισκευών, ομάδα δραστηριοτήτων. Κατά τα άλλα δεν υπάρχει οποιαδήποτε διάκριση ανάμεσα στα μέλη της κοινότητας. Οι εργαζόμενοι μέσα σε αυτές τις ομάδες ακολουθούν εξατομικευμένες τακτικές προκειμένου να αναδειχθούν οι κλίσεις τους. Όπως αναφέρει ένα εργαζόμενος «για παράδειγμα, αν ένα άτομο έχει κλίση στην κιθάρα και του αρέσει τον στέλνουμε με υποτροφία στο Ωδείο». Το ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ προσφέρει επαγγελματική κατάρτιση και όχι αποκατάσταση. Στην ουσία δίνει μόνο τα εφόδια.

#### **Αποτελέσματα**

Η άποψη των ερωτηθέντων σχετικά με την αποτελεσματικότητα του προγράμματος συνοψίζεται στις εξής φράσεις:

*«Θεωρώ ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός και στιγματισμός δεν υφίσταται τόσο πολύ όσο θέλει να θεωρεί ο κόσμος. Το ΚΕΘΕΑ με δίφορες δράσεις του*

*εφαρμόζει ανοιχτότητα στην κοινωνία. Λόγω κρίσης κοινωνικής και οικονομικής, η επανένταξη έχει δυσκολέψει αρκετά τα μέλη και δε βρίσκουν εργασία τόσο εύκολα. Ίσως εντείνονται κάπως τα προβλήματα στην κοινωνική επανένταξη με παρουσίαση κρίσεων λόγω των δυσμενών συνθηκών».*

*«Ναι, επιτυγχάνεται. Για τους πρώην χρήστες υπάρχει μια προκατάληψη λόγω των παρανομιών που κάποιοι από αυτούς ίσως έχουν διαπράξει. ΑΝ όμως η κοινωνία βλέπει ότι το άτομο προσπαθεί για νέα αρχή στη ζωή του, τον εκτιμά και τον αποδέχεται να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο. Συγκεκριμένα, η τοπική κοινωνία παρέχει στα άτομα σημαντική ενίσχυση όπως υποτροφίες για ECDL και στήριξη να ολοκληρώσουν το σχολείο ή των κύκλο σπουδών τους. Περισσότερες διακρίσεις υπάρχουν για τους μετανάστες».*

### **Προβλήματα**

Τα προβλήματα του ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ είναι συγκεκριμένα, όπως και οι λύσεις που προτείνουν οι εργαζόμενοι, Συγκεκριμένα τα προβλήματα είναι:

- Η έλλειψη θεραπευτικού προσωπικού
- Η έλλειψη χώρου
- Η έλλειψη χρηματοδότησης
- Η έλλειψη Δικτύωσης με άλλους φορείς παρεμφερείς.

### **Παρεμβάσεις**

Όποια μορφή κοινότητα και αν έχει η κοινότητα στην οποία συμμετέχει το μέλος, οφείλουμε να υπογραμμίσουμε το ρόλο της οικογένειας στην όλη προσπάθεια. Η οικογένεια παίζει ρόλο ελεγκτικό και υπογράφει χαρτιά που αποδεικνύουν τη δραστηριότητα του μέλους όταν λείπει από το πρόγραμμα. Το ΚΕΘΕΑ ΟΞΥΓΟΝΟ επιδιώκει την υποστήριξη από τους γονείς. Εκτός από τον θεραπευόμενο εντάσσονται στο πρόγραμμα και μέλη της οικογένειάς του. Οι ίδιοι οι γονείς από τη δική τους θέση δουλεύουν και δικά τους θέματα σαν γονείς, όπως τι αξίες έχουν σαν οικογένεια. Οικογενειακές συναντήσεις γίνονται μόνο στη φάση της επανένταξης.

### **Προτάσεις**

Στο δίλημμα ανοιχτή ή κλειστή κοινότητα το ερώτημα παραμένει ανοιχτό. Εξαρτάται από τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Αν ένα άτομο δεν έχει υποστηρικτικό

περιβάλλον πάει σε κλειστή κοινότητα. Στην ανοιχτή κοινότητα τα μέλη βγαίνουν συνέχεια έξω, αν τύχει να περάσουν από στέκια όπου σύχναζαν πριν είναι εκτεθειμένοι περισσότερο σε εξωτερικούς κινδύνους. Ταυτόχρονα το άτομο ίσως κάνει την επιλογή να περάσει από το παλιό στέκι, αλλά έτσι δοκιμάζεται αν έχει πάρει σοβαρά την απόφαση να απεξαρτηθεί. Από την άλλη στην κλειστή κοινότητα υπάρχει προστατευτικότητα και τα άτομα δεν έχουν ερεθίσματα. Ταυτόχρονα πάλι θα τύχει να περάσουν από τα παλιά στέκια βγαίνοντας από την κοινότητα.

## 4 ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το έργο των προγραμμάτων του ΚΕΘΕΑ θεωρείται αόριστα από όλη την κοινωνία ότι είναι σημαντικό, αλλά λίγες είναι οι έρευνες που έχουν εμβαθύνει στο ρόλο του φορέα και στις δράσεις του. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην ανάδειξη του ρόλου του μέσα από την άποψη των ίδιων των εργαζομένων. Μέσα από τη διενέργεια ποιοτικής έρευνας η συντάκτρια της εργασίας επιχείρησε να αποτυπώσει τις δομές και τη λειτουργία σε εκπαιδευτικό και θεραπευτικό επίπεδο μέσα από τα μάτια των εργαζομένων. Σίγουρα ο απλός αναγνώστης της εργασίας θα θεωρήσει μη αντικειμενικά τα πορίσματα της εργασίας, αφού αντλούνται από τους ίδιους τους εργαζόμενους του φορέα, αλλά δεν είναι έτσι. Στις σελίδες που προηγήθηκαν, παρουσιάστηκαν διεξοδικά οι δράσεις του κέντρου γεγονός που αποδεικνύει και τον ουσιαστικό ρόλο του.

Η λειτουργία του ΚΕΘΕΑ υπήρξε και εξακολουθεί να είναι ενδιαφέρουσα για την ακαδημαϊκή κοινότητα. Πλήθος ερευνών έχουν ολοκληρωθεί με στόχο τη διερεύνηση κάποιων πτυχών από την πολύπλευρη παρουσία της. Ο Τζιούμπας (2005) μελέτησε το καθεστώς μαθητείας μέσα στους χώρους του ΚΕΘΕΑ εστιάζοντας στα παραγωγικά εργαστήρια. Από την άλλη η Νταφούλη (2009) διερεύνησε το ρόλο και τη σημασία των κινήτρων ένταξης στην εκπαιδευτική διαδικασία μελετώντας το εναλλακτικό σχολείο του ΚΕΘΕΑ ΕΞΟΔΟΣ. Ταυτόχρονα η Υφαντή (2010) επιχείρησε να αναδείξει τη σημασία των δραστηριοτήτων των εξαρτημένων ατόμων που έχουν ενταχθεί σε προγράμματα του ΚΕΘΕΑ.

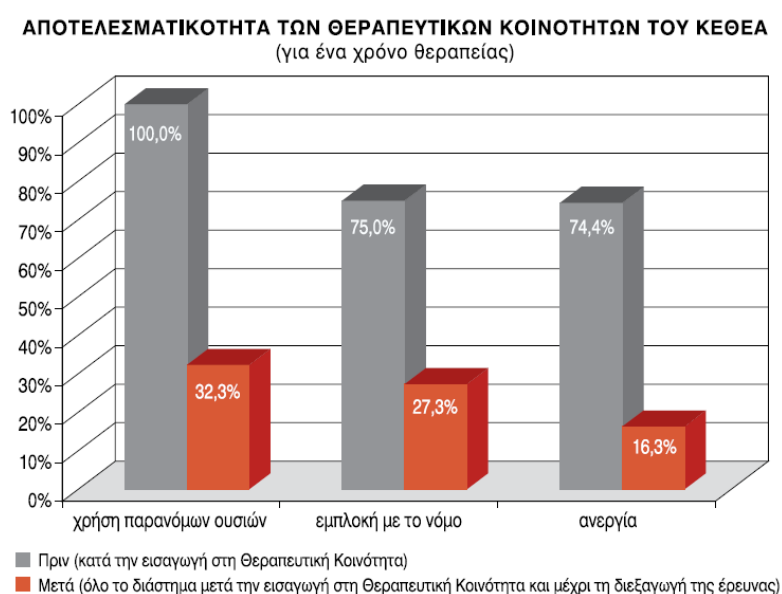
Στα κέντρα του ΚΕΘΕΑ ο εξαρτημένος δεν αντιμετωπίζεται ως «ασθενής» που υποβάλλεται παθητικά σε θεραπεία, αλλά συμμετέχει ενεργά σε αυτήν. Η συμμετοχή στο πρόγραμμα είναι εθελούσια, δεν πραγματοποιούνται αναγκαστικές εισαγωγές και ο θεραπευόμενος διατηρεί το δικαίωμα να διακόψει την παρακολούθηση ανά πάσα στιγμή. Από τη στιγμή που το άτομο αποφασίζει να ενταχθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα, απαιτείται η ενεργητική συμμετοχή του στις καθημερινές θεραπευτικές, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες. Η αναμονή συνήθως διαρκεί περίπου ένα μήνα και το άτομο θα πρέπει να περάσει από ιατρικές εξετάσεις, τις οποίες αδυνατεί να προσφέρουν τα κέντρα αφού δεν έχουν τα αντίστοιχα τμήματα.

Η μακροχρόνια και πολύπλευρη θεραπευτική παρέμβαση του ΚΕΘΕΑ περιλαμβάνει υπηρεσίες ενημέρωσης, μείωσης της βλάβης, συμβουλευτικής

υποστήριξης, φροντίδας της υγείας, ψυχικής απεξάρτησης, οικογενειακής θεραπείας, εκπαίδευσης και κατάρτισης, νομικής στήριξης, επανένταξης στην κοινωνία και στον κόσμο της εργασίας.

Πρωταρχική υποχρέωση όλων των μελών του προσωπικού είναι να εξασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα υπό θεραπεία μέλη. Η σχέση του προσωπικού με τα μέλη είναι ειδική και είναι απαραίτητο το προσωπικό να διαθέτει την ωριμότητα και την ικανότητα που απαιτούνται, ώστε να αντεπεξέρχεται στις ευθύνες που έχει αναλάβει. Όλα τα μέλη του προσωπικού οφείλουν να γνωρίζουν ότι ο επαγγελματικός χώρος στον οποίο ανήκουν απαιτεί να προσέχουν τις δραστηριότητες, τις δικές τους και των μελών τους (θεραπευόμενων). Ο κώδικας δεοντολογίας ισχύει για το προσωπικό διαρκώς, τόσο κατά τη διάρκεια της εργασίας όσο και εκτός αυτής

Η μέθοδος θεραπείας που εφαρμόζει το ΚΕΘΕΑ είναι ψυχοκοινωνική και βασίζεται στο μοντέλο των Θεραπευτικών Κοινοτήτων, μια από τις πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις διεθνώς για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Το ΚΕΘΕΑ έχει εξελίξει το μοντέλο αυτό, προσαρμόζοντάς το στις ανάγκες των διαφορετικών ομάδων εξαρτημένων της ελληνικής κοινωνίας. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων απεξάρτησης του ΚΕΘΕΑ και η κοινωνική και οικονομική τους ανταποδοτικότητα είναι ερευνητικά τεκμηριωμένες. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών κοινοτήτων του ΚΕΘΕΑ



Εικόνα 8: Η αποτελεσματικότητα ([www.kethea.gr/](http://www.kethea.gr/))

Σύμφωνα με την έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (2001) για τα άτομα που εντάχθηκαν κατά τη διετία 1994-1995 στις θεραπευτικές κοινότητες του ΚΕΘΕΑ, τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά και συνδέονται άμεσα με το χρόνο παραμονής στη θεραπεία. Εξετάζοντας το παραπάνω δείγμα ατόμων τουλάχιστον 5 έτη μετά την ένταξή τους σε θεραπεία, η έρευνα έδειξε ότι από όσους είχαν ολοκληρώσει ένα χρόνο θεραπείας:

- το 67,7% απείχε από τη χρήση οποιασδήποτε παράνομης ουσίας,
- το 72,7 % δεν είχε καμία νομική εμπλοκή (συλλήψεις, καταδίκες, φυλάκιση κ.λπ.),
- το 83,7% είχε επαγγελματική απασχόληση.

Σαφή οφέλη από τη συμμετοχή τους στη θεραπεία είχαν και όσοι τη διέκοψαν πρόωρα, αρκεί να παρέμειναν σε Θεραπευτική Κοινότητα τουλάχιστον 90 ημέρες. Στα οφέλη αυτά περιλαμβάνονταν η βελτίωση της υγείας, η πρόληψη του HIV/AIDS και της ηπατίτιδας C, η μείωση της παραβατικότητας, η βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων κ.ά. Η αποτελεσματικότητα του ΚΕΘΕΑ συνδέεται με την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της εξάρτησης, η οποία περιλαμβάνει ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες, υπηρεσίες εκπαίδευσης – κατάρτισης, νομικής στήριξης, συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπεία και αποκατάσταση των οικογενειακών σχέσεων, αποκατάσταση των κοινωνικών σχέσεων, δημιουργία δικτύων κοινωνικής στήριξης κ.λπ. Στον σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζεται το εύρος των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ΚΕΘΕΑ και ταυτόχρονα η θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθεί.



Εικόνα 9: Προβλήματα και θεραπεία ([www.kethea.gr/](http://www.kethea.gr/))

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι ο ρόλος του ΚΕΘΕΑ είναι εξαιρετικά σημαντικός επεμβαίνοντας σε ένα κοινωνικό πρόβλημα που διαιωνίζεται με ταχύτατους ρυθμούς. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως η σημερινή, το φαινόμενο γίνεται πιο έντονο, αλλά και το έργο ου οργανισμού πιο δύσκολο, καθώς οι περιορισμένοι πόροι που του διατίθενται για είναι περιορισμένοι. Σύμφωνα με τους εργαζόμενους, η αύξηση των πόρων του φορέα είναι βασική παράμετρος βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ταυτόχρονα αυτό που απαιτείται είναι η βελτίωση του γνωστικού υποβάθρου των εργαζομένων μέσα από προγράμματα δια βίου μάθησης, προκειμένου να βελτιωθεί αντίστοιχα και το παρεχόμενο έργο.

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία, η συντάκτρια της οφείλει να υπογραμμίσει ότι το ΚΕΘΕΑ παρέχει έργο που δεν μπορεί να αποτυπωθεί απόλυτα σε νούμερα, κάτι που επιβάλλει ο σύγχρονος τρόπος διοίκησης της δημόσιας μηχανής, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι το έργο δεν υπάρχει. Η κυβερνητική πολιτική θα πρέπει να αξιολογήσει με διαφορετική οπτική το έργο του και να ενισχύσει ακόμα πιο δυναμικά τα οικονομικά του φορέα για να συνεχίσει απρόσκοπτα το έργο του. Το έργο των δομών του ΚΕΘΕΑ είναι κάτι ευρύτερο και ουσιαστικότερο από τα στατιστικά στοιχεία που παρατίθενται. Κανείς δεν μπορεί να αποτιμήσει την ικανοποίηση και την ελπίδα που λαμβάνουν οι οικογένειες των χρηστών μέσα από την όλη διαδικασία. Το γεγονός ότι ο χρήστης μπορεί και ελπίζει σε ένα καλύτερο μέλλον μέσα από τα προγράμματα ενίσχυσης των ικανοτήτων τους αποφορτίζει την ψυχολογία του ατόμου που θεωρεί ότι μετά την απαγκίστρωσή του από τα ναρκωτικά



θα μπορέσει να ενταχθεί δυναμικά στ κοινωνικό σύνολο. Σημασία για τις δομές του ΚΕΘΕΑ δεν έχει μόνο η αποδέσμευση από τις ουσίες, αλλά ταυτόχρονα το άνοιγμα ενός νέου κεφαλαίου για τη ζωή του χρήστη. Οι στατιστικές που παρουσιάζονται στην ιστοσελίδα του φορέα είναι απλά ενδείξεις για το έργο που επιτελείται. Οι αποδείξεις κρύβονται στην καθημερινότητα των ατόμων που εντάσσονται και έχουν ήδη ενταχθεί στην κοινωνία ισότιμα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

### Ξένη βιβλιογραφία

Adelman, L. and Bradshaw, J. (1998) *Children in Poverty in Britain: An analysis of the Family Resources Survey 1994/95*, York: Social Policy Research Unit, University of York

Audit Commission (1999) *A Life's Work: Local Authorities' Economic Development and Regeneration*, London: The Stationery Office.

Bynner, J., McKnight, A., Pan, H. and Pierre, G. (2002) *Young People's Changing Routes to Independence*, York: Joseph Rowntree Foundation; Bynner, J. and Parsons, S. (2002) 'Social exclusion and the transition from school to work: The case of young people not in education, employment or training (NEET)', *Journal of Vocational Behaviour*; Morris, M., Nelson, J. and Stoney, S. (1999) *Disadvantaged Youth: A critical review of the literature on scope, strategies and solutions*, Nottingham: DfEE.

Callender, C. (1999) *The Hardship of Learning*, London: South Bank University

Daly, M. & Silver, H. (2008). Social exclusion and social capital: A comparison and critique. *Theoretical Sociology*, 37: 537-566.

Gatto, C. 1999 *European Drug Policy: Analysis and Case Studies*. Διαθέσιμο στο <http://norml.org/component/zoo/category/european-drug-policy-analysis-and-case-studies> Ημερομηνία πρόσβασης 5/5/2013

Genevieve P. K. (2001) "Substance abuse and dependence", "Η κατάχρηση ουσιών και εξάρτηση", *Gale encyclopedia of medicine*, HTML, Digital, ψηφιακό.

Green, A. et al. (2000) *First Effects of ONE*, DSS Research Report 126, London: The Stationery Office.

Hall S. και Jefferson T. (επιμ.), 1996, *Resistance Through Rituals Youth subcultures in post-war Britain*, Λονδίνο και Νέα Υόρκη, Routledge.

Heyman, G. (2009) *A disorder of choice, Τοξικομανία, μια διαταραχή της επιλογής*. U.S.A, Harvard College. Library of Congress, Cataloging- in publication Data.

Levitas, R. (2004). 'Τι είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός'; Στο Μ. Πετμεζίδου, Χ. Παπαθεοδώρου (επιμ.) *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός*. Αθήνα: Εξάντας.

Littlewood, P. & Herkommer, S. (1999). 'Identifying Social Exclusion'. In P. Littlewood et al. (Eds.) *Social Exclusion in Europe. Problems and paradigms*. London: Ashgate.

Munck, R. (2005). *Globalization and social exclusion. A transformationalist perspective*. Kumarian Press Inc.

Olievenstein, C. (1991). *Laviedetoxicomane* "η ζωή του εξαρτημένου". 1ηέκδ.1982. Paris. Presses Universitaires de France.CentreMarmottan. (rare)

Olievenstein, C., ed. Odile, J. (2000). *La drogue, 30 ans apres*. "Ναρκωτικά, 30 χρόνια μετά".10/2000 Paris. France. Centre Marmottan.(rare)

Olievenstein, C., ed.RobertLaffort, R. (2001). *Il n y a pas de drogues heureux*, "Δεν υπάρχουν ευτυχισμένοι ναρκομανείς".1/2001.Paris.France.Centre Marmottan.(rare)

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage.

Percy - Smith, J. (ed.), (2002). *Policy responses to social exclusion. Towards Inclusion?* Maidenhead, Philadelphia: Open University Press

Room G, Britton N. (2006). 'The dynamics of social exclusion'. *Int J Soc Welfare* 2006: 15: 280–289

Sen, A. (1998), 'Social Exclusion: A Critical Assessment of the Concept and its Relevance' Paper presented at the Asian Development Bank.

Silver, H. & Miller, S. M. (2008). 'From poverty to social exclusion: lessons from Europe'. In Ch. Hartman (Ed.) *Poverty and Race in America: The Emerging Agendas*. Lexington Books.

UKDPC (2010)Representations of Drug Use and Drug Users in the British Press A Content Analysis of Newspaper Coverage. Διαθέσιμο στο <http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Representations%20of%20drug%20use%20and%20drug%20users%20in%20the%20British%20press.pdf> Ημερομηνία πρόσβασης 1/5/2013

UN (2003) DrugAbuseTreatmentandRehabilitation aPracticalPlanningandImplementationGuide\_Διαθέσιμο στο[http://www.unodc.org/pdf/report\\_2003-07-17\\_1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf) Ημερομηνία πρόσβασης 22/7/2013

Westermeyer, J. Thuras, P. Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. "Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και νοσηρότητα διαταραχής U.S.A.

Whelan, A., Wrigley, N., Warm, D. and Cannings, E. (2002) 'Life in a food desert', *Urban Studies*, 39, 11, 2083–2100

Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*", "Υπαρξιακή Ψυχοθεραπεία. N.York city, basic books.

Αγραφιώτης, Δ., Καμπριανή, Ε. (2002). Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ, *Εξαρτήσεις*, 2: 14-39

Αδάμ, Σ. & Παπαθεοδώρου, Χ. (2010). Κοινωνική Οικονομία και Κοινωνικός Αποκλεισμός. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ: Αθήνα.

Αλεξίου, Θ. (2006). «Κοινωνικός αποκλεισμός» και «αποκλεισμένες ομάδες»: οι ιδεολογικές λειτουργίες μίας εννοιολόγησης'. ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, 1: 32-50.

Αστρινάκης Α. και Στυλιανούδη (επιμ.), 1996, Χέβυ- ΜέταλΡοκαμπίλι Φανατικοί οπαδοί. Νεανικοί Πολιτισμοί και Υποπολιτισμοί στη Δύση, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

Βήχος, Π. Ναρκωτικά S.O.S. Ο ρόλος των ουσιών εξάρτησης σαν κοινωνικό φαινόμενο. Ηλίας Μιχαλαρέας.politikokafeneio.com.

Βουτσινά, Κ. (2010). Εδώ δεν είναι Ελλάδα, εδώ είναι Αθήνα" Άρθρο ΤΑ ΝΕΑ.25/10/2010 ώρα 07.00.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής,. (2001). Ετήσια κατάσταση του ΕΚΤΕΠΝ για την κατάσταση των Ναρκωτικών στην Ελλάδα 2001. ΕΚΤΠΝ: Αθήνα

Καβουνίδη, Τ. (1996) Κοινωνικός αποκλεισμός: έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής. Στο: Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα (επιμέλεια: Δ. Καραντινός, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη και Ε. Φρονίμου), σσ. 47–96. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

Καυταντζομγλου, Ι. (2006). *Κοινωνικός αποκλεισμός: ετομς, εντομς και υπομ. Θεωρητικες, ιστορικες και πολιτικε καταβολές μιας διαφορούμενης έννοιας. Αθηνα: Σαββαμλας.*

Λιάπας, Ι. (2002). Χασίς. Ο άγνωστος της διπλανής πόρτας ,εκδ. Πατάκη, Αθήνα.

Λιάπας, Ι. (2003). Χ Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, ΟΚΑΝΑ-ΕΠΙΨΥ,2η έκδοση.Αθήνα.

Μαδιανός, Γ. (1983). Κοινωνία και Ψυχική Υγεία Τόμος Α: Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική" , "Κοινωνία και Ψυχική Υγεία Τόμος Β: Εισαγωγή στην Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή". 1989.ΕκδόσειςΚαστανιώτη.Αθήνα.

Μαμτσα, Κ. (2006). 'Κοινωνικός αποκλεισμός και τοξικομανία: όψεις της βιοπολιτικής της εξουσίας'. ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, 1: 66-76.

Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. University studio Press, Θεσσαλονίκη.

Μενούτης, Β. (1990) Τοξικοεξάρτηση-Προσωπικότητα-Περιβάλλον"

Νταφούλη, Ευαγγελία (2009) Τα κίνητρα ένταξης σε εκπαιδευτική διαδικασία των ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία απεξάρτησης: η περίπτωση του Εναλλακτικού Σχολείου Ενηλίκων του ΚΕΘΕΑ ΕΞΟΔΟΣ, Διπλωματική διατριβή, Πάτρα : Ε.Α.Π.

Παπαθεοφίλου Ρ., Βοσνιάδου Σ.(1998). Η εγκατάλειψη του σχολείου. Αίτια, επιπτώσεις, προτάσεις. Αθήνα, εκδ. Gutenberg.

Παπάνης, Ε. ( 2007). Κοινωνικός αποκλεισμός. Παιδαγωγική, Ψυχολογική και Κοινωνιολογική Έρευνα. Educational, Psychological and Sociological Research. Πανεπιστήμιο Αιγαίου. [erapanis.blogspot.gr](http://erapanis.blogspot.gr)

Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Αθήνα.

Παρασκευόπουλος Νίκος Α., (2004), Η καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα, Αθήνα, Εκδόσεις Σάκκουλα.

Παρασκευόπουλος, Ι. (1980). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας ". (Πανεπιστημιακές Παραδόσεις) . Ιδιωτική έκδοση, κεντρική πώληση βιβλιοπωλείο ΓΡΗΓΟΡΗΣ. Αθήνα.

Παρασκευόπουλος, Ν. (1997). Καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα. εκδ. Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη.

Πετράκη, Γ. (1998). 'Κοινωνικός αποκλεισμός: Παλαιές και νέες "αναγνώσεις" του κοινωνικού προβλήματος. Στο *Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός* (ιδρ. Σάκη Καράγιωργα). Αθήνα.

Πούλου, Σ. (2003) Η ποινική αξιολόγηση της εξάρτησης από τα ναρκωτικά, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Σχολή Νομικών και Οικονομικών Επιστημών, Τμήμα Νομικής. Τομέας Ποινικών και Εγκληματολογικών Επιστημών. Θεσσαλονίκη.

Ρογκότης Χ. (1994). Μια θεραπευτική πρόταση για την αντιμετώπιση των τοξικοεξαρτημένων στην Ελλάδα. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης: Αλεξανδρούπολη

Σηφάκη, Μ&Σπανού, Ε. (2010). Ευρωπαϊκές πολιτικές ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό: Μια κριτική προσέγγιση. ΑΠΘ: Θεσ/νίκη.

Σιπητάνου, Α. "Ο αναλφαβητισμός στην Ελλάδα : η διαχρονικότητα και οι μεταλλαγές του προβλήματος" 1998, μονογραφία, Θεσσαλονίκη, Αφοί. Κυριακίδη.

Στεφανής, Κ. (1992). Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα Τόμος Γ: Η χρήση ουσιών στο Γενικό Πληθυσμό. εκδόσεις Ψυχιατρικής Βιβλιοθήκης: Αθήνα.

Στεφανής, Κ. (1994). Τα ναρκωτικά στην Ελλάδα: Η διαχρονική πορεία της χρήσης". Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. ERGOm&p γραφικές τέχνες Ε.Π.Ε: Αθήνα.

Τζιούμπας, Θανάσης (2005) Η μαθητεία μέσα σε προστατευόμενο περιβάλλον: η περίπτωση των παραγωγικών εργαστηρίων του ΚΕΘΕΑ, Διπλωματική διατριβή, Πάτρα : Ε.Α.Π. , 2005

Τσίλη Σωσώ, (1995), Η τοξικομανία ως ιδεολογικό διακύβευμα : η περίπτωση της Ελλάδας, Αθήνα, ΕΚΚΕ.

Υφαντή Ειρήνη (2010) Η συμβολή των δημιουργικών δραστηριοτήτων στη θεραπεία των εξαρτημένων ατόμων που συμμετέχουν στα προγράμματα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Διπλωματική διατριβή, Πάτρα : Ε.Α.Π.

Φακιάλας, Ν. (1999). Η εγκατάλειψη της εννιάχρονης υποχρεωτικής εκπαίδευσης και η επαγγελματική απασχόληση μαθητών. περ. Σύγχρονη Εκπαίδευση, τεύχος 108: Αθήνα.

ΦΕΚ Α 114/1987, Ν. 2161/1993, «Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών και λοιπές διατάξεις».

Φλωρά, Α. (2011) "Η διαδικασία της απεξάρτησης: Μια συστηματική μελέτη του ρόλου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην θεραπεία της εξάρτησης από ουσίες". Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας: Αθήνα

## **Ηλεκτρονικές – Λοιπές Πηγές**

2ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο, 1990. "Η επιθετικότητα στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινωνία". Τμήμα Ψυχολογίας.

EMCDDA. annualreports: 2005-2006-2011-2008

Eurostat [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database)

UNESCO. 1) Εθνική Έκθεση Ελλάδας, Μάιος 2008 "Η ανάλυση και η τρέχουσα κατάσταση της εκπαίδευσης ενηλίκων" Γ.Γ. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ. Τσαμαδιάς Κωνσταντίνος. [unesco.org/fileadmin](http://unesco.org/fileadmin).

UNESCO. 2) ΠΑΙΔΕΙΑ education.literacy

World Health Organization WHO, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ΠΟΥ. [who.int/en/](http://who.int/en/)

Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

ΕΚΕΒΙ. Εθνικό Κέντρο Βιβλίου, 1998. Παρατηρητήριο Βιβλίου," Πανελλήνια Έρευνα για τον Αναλφαβητισμό". Αθήνα.

EΚΠΙΝΤ (2003) Social reintegration in the EU and Norway. Διαθέσιμο στο <http://ar2003.emcdda.europa.eu/el/page076-el.html> Ημερομηνία πρόσβασης 20/4/2013

ΕΚΤΕΠΝ. "Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης" Αθήνα, 2011. ektepn.gr ΕΛ.ΣΤΑΤ. Ελληνική Στατιστική Αρχή. statistics.gr

ΕΚΤΕΠΝ. "Εγχειρίδιο για την πρόληψη της ουσιοεξάρτησης" Αθήνα, 2011. ektepn.gr ΕΛ.ΣΤΑΤ. Ελληνική Στατιστική Αρχή. statistics.gr Ένωσης. "Στρατηγική της ΕΕ για τα ναρκωτικά (2013-2020)" 29-12-2012. 2012/C – 402/01.eur-lex.europa.eu

ΕΚΤΕΠΝ. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. "Ετήσια Έκθεση 2011". ektepn.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ. Στατιστικά στοιχεία. Ετήσια Έκθεση Συντονιστικού Οργάνου Δίωξης Ναρκωτικών (Σ.Ο.Δ.Ν) 2010, και EUROSTAT για την εγκληματικότητα. Ετήσια Έκθεση Συντονιστικού Οργάνου Δίωξης Ναρκωτικών (Σ.Ο.Δ.Ν-Ε.Μ.Π) Εθνική Μονάδα Πληροφορίας Φεβρουάριος 2012 για το έτος 2010 www.astynomia.gr

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ΕΚΤΕΠΝ. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. "Ετήσια Έκθεση 2011". ektepn.gr

Ετήσια Έκθεση 2003: η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία. Διαθέσιμο στο <http://ar2003.emcdda.europa.eu/el/page073-el.html> Ημερομηνία πρόσβασης 5/5/2013

Θεοδοσίου, Αριστονίκη Χρίστου (2008) Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων απεξάρτησης βάσης εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων επανένταξης. Γλωσσοοικονομία. Πτυχιακή εργασία Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΙΑΠ (2005). Περίληψη Ημερίδας: Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά.

Ινστιτούτο Κοινωνικής Καινοτομίας (2001) «Κοινωνικός αποκλεισμός στην Ελλάδα Διερεύνηση του πεδίου για την αποτελεσματική εφαρμογή πολιτικών με χωρική βάση»

ΚΕΘΕΑ. ΙΘΑΚΗ kethea.gr

ΜΟΝΑΔΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ 18 ΑΝΩ. 18ano.gr

ΟΚΑΝΑ. okana.gr

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΔΙΑΦΑΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ. Σωφρονιστικό Σύστημα. Πρόληψη και καταστολή της εγκληματικότητας-Σωφρονιστικά καταστήματα. www.ministryofjustice.gr/site/el

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ . [psyhat.gr](http://psyhat.gr)

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ. [psychothes.gr](http://psychothes.gr)

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΕΡΚΥΡΑΣ. [psynk.ondsl.gr](http://psynk.ondsl.gr)



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

---

### ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Ημερομηνία: 9-07-13

1. Πως δομείται το «ΚΕΘΕΑ ΔΙΑΒΑΣΗ»/, «ΝΟΣΤΟΣ»/, «ΟΞΥΓΟΝΟ»;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Πότε δημιουργήθηκε και ποια ήταν η *πρώτη θεραπευτική κοινότητα* για ουσίες, για αλκοόλ και για τυχερά παιχνίδια;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Ο κάθε δημόσιος θεραπευτικός φορέας ξεχωριστά και η κάθε κοινότητα λογοδοτούν σε *ανώτερους φορείς* για τα προγράμματα που ακολουθούν;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Αν θεωρήσουμε ως δεδομένο ότι χρειάζεται και *ιατρική κάλυψη* στο διάστημα της

θεραπείας (ψυχοτρόπες ουσίες) πόσο ασφαλή είναι τα προγράμματα που ακολουθούν οι φορείς;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Γιατί να απευθυνθεί κάποιος στη κοινότητα για **θεραπεία απεξάρτησης**, εφόσον οι περισσότεροι ουσιοεξαρτώμενοι προσπαθούν μόνοι τους; Τι περισσότερο μπορεί να προσφέρει το θεραπευτικό πρόγραμμα μιας κοινότητας;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Πόσος χρόνος χρειάζεται για να ενταχθεί ένας χρήστης σε μια θεραπευτική κοινότητα και ποιες διαδικασίες ακολουθούνται για την **ένταξη** του;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. Ποιος είναι ο **ρόλος** των εκπαιδευτών-θεραπευτών σε μία κοινότητα;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. Ποιος είναι ο **στόχος** των θεραπευτικών-εκπαιδευτικών δράσεων της κοινότητας; (Ενδεικτικά: απεξάρτηση, επαγγελματική αποκατάσταση, ψυχολογική υποστήριξη)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. Από την άλλη πλευρά, ποια είναι τα κριτήρια που τα άτομα, που εντάσσονται σε μία θεραπευτική κοινότητα, θεωρούν ότι επιτυγχάνουν το στόχο τους; (Ενδεικτικά: απεξάρτηση, επαγγελματική αποκατάσταση, ψυχολογική υποστήριξη)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

10. Είναι εφικτοί *οι στόχοι* του προγράμματος κάθε θεραπευτικής κοινότητας; Υπάρχουν *δημοσιευμένα στατιστικά δεδομένα* για την ποιότητα των υπηρεσιών των κοινοτήτων στην Ελλάδα;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

11. Ποιο *μοντέλο ψυχολογικής προσέγγισης* (συμπεριφοριστική μέθοδο /συστημική προσέγγιση/ ανάλυση σε βάθος) ακολουθούν οι κοινότητες;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

12. Ακολουθούνται τα *μοντέλα-μεθόδους ψυχολογικής υποστήριξης* που υφίστανται για τις θεραπευτικές κοινότητες σε όλο τον κόσμο;

.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

13. Έχετε διαφοροποιήσει τις μεθόδους σας ή έχετε εφαρμόσει καινοτόμες μεθόδους που προέκυψαν από την προσωπική εμπειρία και τη συνεργασία με άλλους συναδέλφους σας;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

14. Θεωρείτε ότι είναι εφικτός ο συνδυασμός εκπαιδευτικών και θεραπευτικών δράσεων;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

15. Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι θεραπευτικές κοινότητες;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16. Τι θα θέλατε να προτείνετε ώστε να βελτιωθούν οι δράσεις των θεραπευτικών κοινοτήτων;

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

17. Ποιες είναι οι τυπικές ειδικότητες απασχολούνται στο ΚΕΘΕΑ για την θεραπεία και για την εκπαίδευση των μελών;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

18. *Ανοιχτή η κλειστή κοινότητα;* Ποια είναι τα υπέρ και ποια τα κατά σε κάθε περίπτωση;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

19. Στην *περίπτωση ανοιχτής κοινότητας* χωρίς διαμονή, πόσο ασφαλές είναι το πρόγραμμα της απεξάρτησης με δεδομένο ότι ο κάθε θεραπευόμενος δεν υφίσταται σε έλεγχο για τον υπόλοιπο χρόνο εκτός της ομάδας;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

20. Ποιά είναι η *σύσταση των ομάδων* των θεραπευτικών κοινοτήτων, ηλικιακή, ανάλογα με το φύλο, σπουδών κλπ.;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



.....  
.....  
.....

25. Κάθε μέλος μιας κοινότητας είναι μια **ξεχωριστή οντότητα** που συνοδεύεται από προσωπικά, οικογενειακά και φιλικά του βιώματα, με ποιο τρόπο ο κάθε θεραπευτής προσεγγίζει τη μοναδικότητα στο σύνολο;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

26. Προσφέρεται και **επαγγελματική κατάρτιση** στις κοινότητες και αν ναι σε ποιους τομείς υπάρχει αυτή η δυνατότητα;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

27. Στην φάση της **επανάταξης** ποιο πρόγραμμα ακολουθείται από την κοινότητα και τους θεραπευτές της και με ποιο τρόπο μεθοδεύεται η αποκατάσταση τόσο η κοινωνική όσο και η επαγγελματική κάθε μέλους;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

28. Στη φάση της επανάταξης εάν υπάρξει **υποτροπή** στο θέμα χρήσης και παραβατική συμπεριφορά από κάποιο μέλος πως αντιμετωπίζεται αυτό, με τιμωρία ή με άλλο τρόπο ( επίπληξη, κοινωνική εργασία κλπ.);

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

29. Υπάρχει *ουσιαστική ψυχολογική αποδέσμευση* από την κοινότητα ή ένας πρώην χρήστης βρίσκεται μόνιμα στην διαδικασία να εξαρτάται από την *υποστηρικτική εργασία* της ομάδας του;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

30. Θεωρείτε ότι επιτυγχάνεται ουσιαστικά η *κοινωνική επανένταξη* των ατόμων;

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....