

σωματείο των εργαζομένων στα κέντρα πρόληψης
των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας

Κοινότητα, πρόληψη των εξαρτήσεων, Κέντρα Πρόληψης

Φιλοσοφία, πρακτική, προβλήματα, προτάσεις

ΑΘΗΝΑ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2016

Θερμές ευχαριστίες στις εργαζόμενες και τους εργαζομένους Κέντρων Πρόληψης, μέλη του Σωματίου, που συνέταξαν και απέστειλαν κείμενα στο πλαίσιο του εσωτερικού διαλόγου για τη συγγραφή του ενιαίου κειμένου:

Ακριώπη Φραντζέσκα, Αλεξάκη Βάσω, Αποστολίδου Κατερίνα, Βασιλάκη Γιάννη, Βλαχοπούλου Μελίνα, Γεωργιλιά Βασιλική, Γιοβανούδη Βίκυ, Γρέδη Κωνσταντίνα, Δαμιανίδου Δέσποινα, Δεμιρτζή Καλλισθένη, Ευθυμιάδου Ελένη, Ζαχαρτζή Ναταλία, Καβεζού Γιάννα, Καραγκιόζη Φανή, Καραντάνα Ελευθερία, Κίσσα Μαρία, Κομηλάγιου Θεοδοσία, Κρυωνά Χρήστο, Λάιο Νίκο, Λεχουρίτη Γιώργο, Μάρκου Δέσποινα, Μπαβέλλα Αγγελική, Μπακέλα Μαρία, Μπορμπότσιαλου Καλλιόπη, Παπακώστα-Γάκη Ελένη, Παπαλάμπρου Βασιλική, Παπανώτα Μόρφω, Παπασταϊκούδη Γιάννη, Σταθακιά Αλέξανδρο, Τζάκου Άννα, Τριανταφύλλου Παναγιώτη, Τρίκκα Χρήστο, Τσολαΐδου Κυριακή, Τσολάκη Χριστίνα, Τσούνη Ανδρέα, Φάρκωνα Νικηφόρο, Φιλιππίδη Εριάννα, Φλώρου Σπυριδούλα, Χαντζαρίδου Αφροδίτη, Χαρατσιδίου Μελίνα, Χατζηνταή Άννα.

Για την επεξεργασία, σύνθεση, συμπλήρωση και τεκμηρίωση των κειμένων που συνέταξαν και απέστειλαν μέλη του Σωματείου, καθώς και του τελικού, ενιαίου κειμένου συνεργάστηκαν τα μέλη του Σωματείου:

Λάιος Νίκος (κοινωνικός ανθρωπολόγος, Κέντρο Πρόληψης Φωκίδας), Παπακώστα-Γάκη Ελένη (ψυχολόγος, Κέντρο Πρόληψης Θεσσαλονίκης Κεντρικού Τομέα), Χατζηνηταή Άννα (ψυχολόγος, Κέντρο Πρόληψης Θεσσαλονίκης Ανατολικού Τομέα), Παπανώτα Μόρφω (κοινωνιολόγος, Κέντρο Πρόληψης Καλλιθέας & Μοσχάτου-Ταύρου), Παπαδάτου Έφη (ψυχολόγος, Κέντρο Πρόληψης Κέρκυρας), Παπαλάμπρου Βασιλική (κοινωνιολόγος, Κέντρο Πρόληψης Χαλκιδικής), Θεοδώρου Θανάσης (κοινωνιολόγος, Κέντρο Πρόληψης Θεσπρωτίας).

Το βιβλίο «Κοινότητα, Πρόληψη των Εξαρτήσεων Κέντρα Πρόληψης. Φιλοσοφία, πρακτική, προβλήματα, προτάσεις» του Σωματείου των Εργαζομένων στα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας διανέμεται ελεύθερα στο Διαδίκτυο σε μορφή ψηφιακού βιβλίου υπό άδεια [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



[Αναφορά δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Όχι παράγωγα έργα]

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	6
Κεφάλαιο Α: Το θεσμικό πλαίσιο με μια ματιά	7
Συνοπτική παρουσίαση	7
Πρώτη ανάγνωση του αιτήματος θεσμικής αλλαγής	8
Κεφάλαιο Β: Το φαινόμενο της εξάρτησης	13
Ορισμός της εξάρτησης.....	13
Αιτιολογικοί παράγοντες της εξάρτησης.....	15
Αριθμητικά δεδομένα και τάσεις σε εξωτερικό και Ελλάδα, βάσει ερευνών.....	21
Κεφάλαιο Γ: Τα Κέντρα Πρόληψης στο επίκεντρο της αντιμετώπισης του φαινομένου της εξάρτησης στην κοινότητα	25
Βασικές όψεις της επιστημονικής ταυτότητας των Κέντρων Πρόληψης.....	25
Τα τρία επίπεδα της πρόληψης και η εστίαση των Κέντρων Πρόληψης.....	31
Εφαρμογές πρόληψης και πεδία παρεμβάσεων	39
Κεφάλαιο Δ: Τα δεδομένα και οι δυνατότητες Προσφοράς των εργαζομένων των Κέντρων Πρόληψης στην περίοδο όξυνσης και γενίκευσης της κρίσης..	53
Συμπεράσματα από τα δεδομένα του ΕΚΤΕΠΙΝ και πέντε «κλειδιά».....	53
Δυνατότητες Προσφοράς παράλληλα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας..	59
Δυνατότητες Προσφοράς στην υποστήριξη, την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό κοινωνικών δικτύων	62
Αναλυτικότερα τα «δυνατά σημεία» των Κέντρων Πρόληψης	65
Κεφάλαιο Ε: Το Όραμα της πρόληψης	70
Ιστορική ανασκόπηση των επικρατούσων φιλοσοφιών πρόληψης.....	71
Σύγχρονες απαιτήσεις: Το χάσμα μεταξύ διαπίστωσης και απάντησης	75

Ο «ειδικός» προ των ευθυνών του.....	79
Αξιολόγηση των Κέντρων Πρόληψης.....	84
Ορισμοί που εκκρεμούν.....	88
Αξίες και αρχές της πρόληψης.....	93
Συγκεφαλαίωση.....	99
Κεφάλαιο ΣΤ: Η ιστορικότητα του θεσμικού προβλήματος των Κέντρων Πρόληψης και η αναγκαιότητα επίλυσής του	101
Το θεσμικό πρόβλημα με παραδείγματα.....	101
Τρεις ιστορικές μήτρες – και μια «μαία».....	117
Η παράμετρος των τοπικών κοινωνιών.....	118
Η παράμετρος της συνεργασίας με τον ΟΚΑΝΑ.....	123
Συμπεράσματα ως ανάγνωση του τέλους της «πιλοτικής περιόδου».....	129
Συμπεράσματα ως αποδόμηση ψευδορεαλισμών και ψευδοδεδομένων.....	133
Κεφάλαιο Ζ: Εμπέδωση στο παρόν, με το βλέμμα στο μέλλον	138
Κωδικοποίηση της πρότασης του Σωματείου για τη θεσμική αλλαγή.....	139
Παράμετροι εξοικονόμησης πόρων δια της προτεινόμενης θεσμικής αλλαγής.....	144
Επίμετρο.....	148
Παράρτημα Α: Κοινωνικές αναπαραστάσεις της χρήσης ουσιών στην εφηβεία. Κάποια συμπεράσματα από ομάδες μαθητών σε Γυμνάσια και Λύκεια	152
Βιβλιογραφικές Αναφορές	161

Εισαγωγή

Οι εργαζόμενες και οι εργαζόμενοι στα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας, εκπροσωπούμενες/οι από το Σωματείο των Εργαζομένων στα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας, καταθέτουμε τις θέσεις μας για τον μετασχηματισμό των δομών και την ανάπτυξη της πρόληψης των εξαρτήσεων στην κοινότητα, σε ανταπόκριση προς τις κρίσιμες σημερινές συνθήκες και απαιτήσεις.

Το παρόν βιβλίο συνοδεύει κείμενο εργασίας με τη νομοτεχνική πρότασή μας, επεξηγώντας και τεκμηριώνοντάς την ως προς την ουσία της στόχευσής της. Συνιστά στιγμιότυπο μιας εν εξελίξει συλλογικής εργασίας και ανταλλαγής μεταξύ εργαζομένων, Μελών του Σωματείου. Ως εγχείρημα έκφρασης μιας κοινής συνισταμένης της ποικιλίας οπτικών, προσεγγίσεων, εμπειριών που εντυπώνει στο εσωτερικό της συλλογικότητάς μας η πλέον 20ετής πορεία μας στην ελληνική κοινωνία, το βιβλίο εκθέτει βασικές πτυχές της φιλοσοφίας και της πρακτικής στο πεδίο, των δυνατοτήτων αλλά και των προβλημάτων που έχουν αναδυθεί στα δύο αυτά επίπεδα, αναζητώντας λύσεις/υπερβάσεις τους.

Ευελπιστούμε να αποτελέσει αφορμή γόνιμου διαλόγου, που θα εμβαθύνει με τη ριζική αλλαγή του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης – διαλόγου αναλυόμενου σε ιδέες και πράξεις συμβολής στην υπόθεση της αυτονομίας του ανθρώπου μέσα από την επανασυγκρότηση των κοινοτήτων του.

Σε κάθε περίπτωση, ας ιδωθεί και αυτοτελώς ως ταπεινό δώρο στην ελληνική κοινωνία, μια χειρονομία σύνδεσης και απόδοσης σε αυτήν όψεων ενός εναλλακτικού πλούτου, που παράχθηκε στους κόλπους της και της ανήκει.

Νοέμβρης 2016

Κεφάλαιο Α

Το θεσμικό πλαίσιο με μια ματιά

Συνοπτική παρουσίαση

Τα 75 Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας (εφεξής ΚΠ) είναι δομές με ιδιαιτερότητες άξιος μνείας και μελέτης. Αντιστοιχούν σε 67 αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρίες, που έχουν συσταθεί στη βάση συνεργασιών της τοπικής αυτοδιοίκησης (δήμων και περιφερειών) και τοπικών φορέων (επαγγελματικών συλλόγων, πολιτιστικών συλλόγων, εκκλησίας κ.ά.), προκειμένου να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας μέσω διμερών συνεργασιών «δευτέρου βαθμού», μεταξύ κάθε αστικής εταιρείας και ΟΚΑΝΑ, όπως αυτές συνομολογούνται σε 67 σχετικές συμβάσεις.

Καθεμιά από τις 67 αστικές εταιρίες είναι αυτοδιοικήτη, με την επιστημονική εποπτεία και τον οικονομικό έλεγχο της παραχωρημένα προνομιακά στον συνεργάτη ΟΚΑΝΑ. Οργανική σύνδεση μεταξύ των ΚΠ δεν υφίσταται. Ομοίως δεν υφίσταται μεταξύ των ΚΠ και του ΟΚΑΝΑ, καθώς τα πρώτα δεν συνιστούν δομές ή παραρτήματα του τελευταίου. Τα ΚΠ δεν συνδέονται οργανικά ούτε με τους οργανισμούς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α' και Β' βαθμού, αφού δεν συνιστούν δομές ή παραρτήματα κάποιου/ων εξ αυτών.

Τα ΚΠ σχεδιάζουν και υλοποιούν προγράμματα πρόληψης των εξαρτήσεων και των εν γένει εξαρτητικών συμπεριφορών, βάσει:

1. Μιας σειράς διατάξεων νόμων (ν. 3459/2006, ν. 3966/2011, ν. 4139/2013, ν. 4262/2014, ν. 4316/2014 και ν. 4320/2015).
2. Διμερών προγραμματικών συμβάσεων εκάστης αστικής εταιρείας με τον ΟΚΑΝΑ (τριετούς διάρκειας ως την 31/12/2014, πενταετούς διάρκειας από την 01/01/2015).

3. Της Προγραμματικής Σύμβασης για τη Λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης 2014-2020, συνομολογούμενης από τα Υπουργεία Υγείας και Εσωτερικών, την ΚΕΔΕ, τον ΟΚΑΝΑ και την ΕΕΤΑΑ ΑΕ (πενταετούς διάρκειας ως την 31/12/2013, επταετούς διάρκειας από την 01/01/2014).

Τα προγράμματα παρέμβασης των ΚΠ συντάσσονται, πλέον, ανά πενταετία και αναλυτικότερα ανά έτος (θεωρητικό υπόβαθρο, στόχοι, χρονοδιάγραμμα, εργατοώρες, τρόπος αξιολόγησης κ.λπ.) από τις διεπιστημονικές ομάδες τους. Εγκρίνονται από τις διοικήσεις τους, αλλά κατατίθενται προς έγκριση και στον ΟΚΑΝΑ ως τμήματα των αντίστοιχα πενταετών διμερών προγραμματικών συμβάσεων συνεργασίας.

Τα ΚΠ συγχρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Εσωτερικών ισομερώς (κατά 50% από το καθένα). Από το οικονομικό έτος 2010 η επιχορήγηση του Υπουργείου Υγείας εγγράφεται στον ΚΑΕ 2555 του προϋπολογισμού του, που αφορά ρητά και αποκλειστικά τις ανάγκες των ΚΠ, ωστόσο αποδίδεται σε αυτά μέσω του ΟΚΑΝΑ στη βάση των προαναφερθεισών διμερών συμβάσεων και μάλιστα βάσει του απολογισμού κάθε αστικής εταιρείας. Η επιχορήγηση του Υπουργείου Εσωτερικών προέρχεται από τους Κεντρικούς Αυτοτελείς Πόρους (ΚΑΠ) της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και διανέμεται στα ΚΠ μέσω της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (ΕΕΤΑΑ) βάσει του προϋπολογισμού κάθε αστικής εταιρείας.

Πρώτη ανάγνωση του αιτήματος θεσμικής αλλαγής

Η εικοσαετής παρουσία των ΚΠ στις κοινότητες όπου δραστηριοποιούνται, έχει καταδείξει από τη μια την αναγκαιότητα συνέχισης και τις δυνατότητες εμπάθυνας ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες και ως προς τη συγκρότηση υποστηρικτικών σχέσεων και δικτύων στην κοινότητα. Από την άλλη τις δομικές ανεπάρκειες, που συνιστούν το διαρρηγμένο υπόβαθρο συντήρησης, πολλαπλασιασμού και γιγάντωσης πολλών δευτερογενών προβλημάτων, υπονομεύοντας το παραγόμενο έργο, την προσφορά στην κοινότητα και την περαιτέρω ανάπτυξή τους.

Τα ΚΠ παρέχουν τις υπηρεσίες τους με δυσκολίες, προβλήματα, στρεβλώσεις και καθυστερήσεις πληθωριστικές και μοναδικές στον χώρο των

υπηρεσιών αντιμετώπισης της εξάρτησης, που γεννώνται από το βαριά γραφειοκρατικό θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας τους, χαρακτηριζόμενο σε πολύ αδρές και ενδεικτικές γραμμές¹ από:

- 67 ασύνδετες μεταξύ τους αστικές εταιρείες που λειτουργούν 75 Κέντρα Πρόληψης, με διασπορά πανελλαδική – ένα δίκτυο υπηρεσιών και σχέσεων ευρύτατο αλλά, όντας μη ενιαίο, επί εικοσαετία «δυνάμει».
- Περίπου 390 εργαζόμενους/ες και 469 μέλη διοικήσεων, σε δομές που παρέχουν υπηρεσίες με τον ίδιο δεδηλωμένο καταστατικό σκοπό, για τον οποίο και επιχορηγούνται με δημόσιους πόρους.
- 67 διμερείς συμβάσεις συνεργασίας μεταξύ εκάστης αστικής εταιρείας και ΟΚΑΝΑ, 5ετούς διάρκειας καθεμιά.
- Κατανομή των κρατικών επιχορηγήσεων μέσα από πολλά, επάλληλα κανάλια ροής, χαρακτηριζόμενα από ιδιαίτερα «υποκειμενικούς» όρους και προϋποθέσεις καθώς και διαμεσολαβήσεις – με περισσότερο γραφειοκρατική και γριφώδη τη διαμεσολάβηση του συνεργάτη ΟΚΑΝΑ στο 50% της ετήσιας κρατικής επιχορήγησης.
- Μία επταετής κεντρική Σύμβαση μεταξύ Υπουργείων Εσωτερικών και Υγείας, ΚΕΔΕ, ΟΚΑΝΑ, ΕΕΤΑΑ, την εποπτεία της πορείας υλοποίησης της οποίας έχει αναλάβει μια *Επιτροπή Παρακολούθησης της Λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης*, με συμμετοχή σε αυτή των Υπουργείων Εσωτερικών και Υγείας, της ΚΕΔΕ, του ΟΚΑΝΑ, της ΕΕΤΑΑ και του Σωματίου των Εργαζομένων στα Κέντρα Πρόληψης.
- Δύο συναρμόδια Υπουργεία, ένα εκ των οποίων -το Υπουργείο Υγείας- ασκεί την εποπτεία των Κέντρων Πρόληψης.
- Μία Συντονιστική Επιτροπή του Δικτύου των Κέντρων Πρόληψης, η οποία εκτός από μη αντιπροσωπευτική του πραγματικού κοινοτικού δικτύου των ΚΠ, έχει συνεδριάσει δύο φορές από τον Μάρτιο του 2013, που προβλέφθηκε με νόμο. Σημειώτέο ότι η εν λόγω Επιτροπή αποστέλλει εκπρόσωπό της και στην Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών, που έχει συνεδριάσει πολλές φορές στο διάστημα 2013-2015, χωρίς εκπρόσωπο της Συντονιστικής Επιτροπής του

¹ Αναλυτική παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των ΚΠ, με παραδείγματα, στο Κεφάλαιο ΣΤ'. Βασικοί άξονες της πρότασης του Σωματίου για συγκρότηση νέου θεσμικού πλαισίου στο Κεφάλαιο Ζ'.

Δικτύου των Κέντρων Πρόληψης, λαμβάνοντας όμως αποφάσεις για την πρόληψη στην Ελλάδα.

Επιπλέον, τα ΚΠ καλούνται πια από την Πολιτεία να λειτουργήσουν σε νέα πλαίσια, ορθώς μεν σε επίπεδο προθέσεων, αναποτελεσματικά και διαλυτικά δε σε επίπεδο πραγματικότητας. Αφ' ενός, λοιπόν, στα ΚΠ τίθενται προς εφαρμογή οι όροι δημοσίου λογιστικού και δημοσιονομικής διαχείρισης (ένταξη στο ενιαίο μισθολόγιο των υπαλλήλων του δημοσίου και την Ενιαία Αρχή Πληρωμών, εξάρτηση προσλήψεων από τον κανόνα 1 προς 5 που ισχύει στο δημόσιο, υποχρεώσεις αναρτήσεων στη «Διαύγεια» κ.ά.). Αφ' ετέρου οι απαιτήσεις αυτές τίθενται ενώπιον της μορφής, των περιεχομένων, των διαδικασιών, των ποικίλων εγγενών αποκλίσεων, εν τέλει των ορίων δυνατοτήτων των αστικών εταιρειών (μάλιστα σε 67 ξεχωριστές εκδοχές). Η νέα και βαθειά αυτή αντίφαση, επικαθήμενη στο εκ γενετής άναρχο, κερματισμένο και δαιδαλώδες θεσμικό καθεστώς, παροξύνει νομικές αβεβαιότητες, αδυναμίες εφαρμογής της αναγκαίας ενιαίας λογικής και βαριές γραφειοκρατίες, εκλύοντας διαρκώς νέες. Εντείνει, εν τέλει, το χάσμα μεταξύ οργανωτικών/λειτουργικών δυνατοτήτων και κοινωνικών αναγκών, μετακυλώντας τα αρνητικά επακόλουθα του στην ποιότητα και το εύρος των υπηρεσιών προς τους πολίτες.

Παρά τις κατά καιρούς επίσημες παραδοχές ύπαρξης θεσμικού προβλήματος και τις ποικίλες απόπειρες επεξεργασίας προτάσεων επίλυσής του, μέσω σχετικών Ομάδων Εργασίας που συστάθηκαν στο παρελθόν -όπου μάλιστα κατατέθηκαν αρκετές αξιόλογες προτάσεις- αλλά και Πρότασης Νόμου (τον Δεκέμβριο του 2010 από την Κ.Ο. του ΣΥΡΙΖΑ), το πλαίσιο λειτουργίας των ΚΠ παραμένει επί της ουσίας αμετάβλητο.

Η συγκεκριμένη αυτή στασιμότητα, βέβαια, δεν ισοδυναμεί με εν γένει στασιμότητα: τα προβλήματα λειτουργικότητας των δομών εντείνονται και κορυφώνουν μέσα από τις μάταιες απόπειρες εναρμόνισης των ισχυόντων για τις αστικές εταιρείες με τα ισχύοντα και τις απαιτήσεις του δημοσίου τομέα, κατά τα τελευταία έτη. Τα ΚΠ κλονίζονται. Παράλληλα, οι κοινωνικές ανάγκες ογκώνονται και αλλάζουν. Κάπου ανάμεσα, οι εργαζόμενοι/ες προσπαθούμε, πετυχαίνουμε στόχους, συχνά κάνουμε υπερβάσεις, αλλά χωρίς στήριξη και με μεγάλο κόστος.

Έτσι, τα προβλήματα των ΚΠ επιβάλλουν -κάποτε πιο ήπια, συνήθως όμως με εξάρσεις- όρους αστάθειας, στασιμότητας και υποχώρησης, ενώ αντίθετα οι

εργαζόμενοι/ες χρειάζεται να προχωρήσουμε με σταθερότητα μέσα σε ιδιαίτερα ρευστές συνθήκες: δηλαδή χρειάζεται να προχωρήσουμε σε αυστηρό, σαφώς οριοθετημένο πλαίσιο και με αυξημένους βαθμούς ελευθερίας μέσα στα όρια του ζητούμενου αυτού πλαισίου – ελευθερίας σε σχέση με τη πολυπλοκότητα και τις απαιτήσεις του αντικειμένου της δουλειάς μας, προκειμένου αυτή να είναι αποτελεσματική, και όχι ελευθερίας στις πηλίνες βάσεις διάφορων υποκειμενισμών.

Σε αντίθετη περίπτωση, αναπαραγωγής των δομικής φύσης προβλημάτων και διαχείρισής τους με «ευρεσιτεχνίες» ατελέσφορες, κινούμενες στα όρια της νομιμότητας, θα περιορίζονται διαρκώς οι δυνατότητες των δομών στην κοινότητα. Θα επιβαρύνονται ακόμη περισσότερο οι εργαζόμενοι/ες σε έναν ευαίσθητο και επίπονο τομέα κοινωνικής παρέμβασης, με ορίζοντες του την προσωπική και συλλογική ενδυνάμωση και την κοινωνική συνοχή. Τέλος, θα δημιουργούνται διαρκώς ζητήματα ως μη όφειλε στις κρατικές υπηρεσίες, ως προς την απαιτούμενη, πλέον, εφαρμογή των νέων δεδομένων, επιτείνοντας με τον τρόπο αυτόν την αποσταθεροποίηση του όλου συστήματος αντιμετώπισης της εξάρτησης καθώς και άλλων συστημάτων, με τους φορείς των οποίων τα ΚΠ οφείλουν να συνεργάζονται.

Χάρis στην πολύμορφη κινητοποίηση -διαρκή και, κυρίως, μη γραμμική- των εργαζομένων στα ΚΠ, μια νέα Ομάδα Εργασίας για την επεξεργασία θεσμικού πλαισίου των ΚΠ έχει ξεκινήσει τις εργασίες της από τον Σεπτέμβριο του 2016. Το Σωματείο μας έχει κληθεί και συμμετέχει σε αυτή με ανοιχτότητα, καταθέτοντας υλικό, επεξηγώντας ζητήματα, ακούγοντας και προτείνοντας λύσεις.

Όσα το παρόν κείμενό μας περιέχει, έχουν αναφερθεί ή κατατεθεί εγγράφως σε αυτή την Ομάδα Εργασίας, γενικά σε πιο συμπυκνωμένη μορφή, αν και αναλυτικά όπου το θεωρήσαμε αναγκαίο. Για τους σκοπούς αυτού του εισαγωγικού Κεφαλαίου κρατάμε τη βασική θέση μας, ότι κρίνεται απαραίτητη η ανάγκη συγκροτημένης παρέμβασης και επίλυσης του θεσμικού προβλήματος των ΚΠ, με την ενιαιοποίησή τους σε έναν σύγχρονο, ευέλικτο, αυτόνομο και δημόσιο φορέα. Έναν φορέα που θα έχει τα χαρακτηριστικά αυτά στον βαθμό που θα διευκολύνει την ουσιαστική συμμετοχή των τοπικών κοινωνιών, τις δικτυώσεις και τα δίκτυα δικτυώσεων τοπικά, περιφερειακά και πανελλαδικά, για την πληρέστερη στήριξη όσων βρίσκονται στη χώρα.

Η θέση μας αυτή, αναλυόμενη στο κείμενο εργασίας με τη νομοτεχνική πρότασή μας, έχει εγκριθεί κατά συντριπτική πλειοψηφία στις διαδικασίες του

Σωματείου μας. Συγκεκριμένα από το 84,5% των συμμετεχόντων στις Συνελεύσεις Μαρτίου-Απριλίου 2016 και από το 81,6% των συμμετεχόντων στις Συνελεύσεις του Οκτωβρίου 2016 – δηλαδή ενώσω συνεδρίαζε η προαναφερθείσα Ομάδα Εργασίας και καταθέτονταν σε αυτή σχέδια προτάσεων από άλλους συμμετέχοντες φορείς².

Η στοιχειοθέτηση της αναγκαιότητας της προτεινόμενης από τη συλλογικότητά μας αλλαγής επιχειρείται σε όσα ακολουθούν, από τη σκοπιά των ίδιων των εργαζομένων και στο ιστορικό πλαίσιο της παρουσίας και προσφοράς τους στην ελληνική κοινωνία.

² Βλ.: 1. http://prolipsiworkers.blogspot.gr/2016/05/blog-post_12.html
2. <http://prolipsiworkers.blogspot.gr/2016/10/2016.html>

Κεφάλαιο Β

Το φαινόμενο της εξάρτησης

*Εδώ, π' ανταμωθήκαμε, αδερφοί,
δεν είναι πλατωσιά μηδέ κορφή,
μήδ' άκρα του πελάου και τ' ουρανού.
Το βάθος είναι τ' άσωτου Κενού.*

*Κ. Βάρναλης, «Τέρμα»
(«Ελεύθερος Κόσμος», εκδ. Κέδρος, 1987)*

Ορισμός

Οι όροι «τοξικομανία», «εθισμός» και «εξάρτηση» χρησιμοποιούνται από διαφορετικά επιστημονικά και συνάμα ιδεολογικά μοντέλα περιγραφής και ερμηνείας, της μορφής άρνησης του ανθρώπου να αποδεχτεί τον εαυτό του και τα περιβάλλοντά του, όπως αυτή εκδηλώνεται με την αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς του αναφορικά με μια εγκαθιδρυμένη ανάγκη επαναλαμβανόμενης χρήσης μιας ή περισσότερων ουσιών («πολυτοξικομανία»), μολονότι ο ίδιος άνθρωπος βιώνει τις αρνητικές επιπτώσεις της διαδικασίας αυτής στην υγεία του και στην προσωπική και κοινωνική ζωή του³.

Τα τελευταία χρόνια, έχει επικρατήσει η χρήση του όρου «εξάρτηση» (addiction)⁴, πλέον σε πληθυντικό αριθμό ως «εξαρτήσεις» (addictions) ή «εξαρτητικές συμπεριφορές» (addictive behaviors)⁵, διευρύνοντας το πεδίο του φαινομένου της εξάρτησης πέραν των ψυχοδραστικών ουσιών: στο διαδίκτυο, στα

³ Goodman, Av. (1990), *Addiction: definition and implications*. British Journal of Addiction, vol. 85 (11), σ. 1403-1408.

⁴ McDougall, J. (1992), *Plea for a Measure of Abnormality*.

⁵ Thombs, D. L. & Osborn, C.J. (eds.) (2013), *Introduction to Addictive Behaviors*.

προϊόντα τεχνολογίας, στα τυχερά παιχνίδια, στην εργασία, στο σεξ, στη διατροφή κ.ο.κ. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, προερχόμενη από αγγλοσαξονικά πλαίσια, η εξάρτηση δεν συνδέεται αποκλειστικά με τις ψυχοδραστικές ουσίες, παράνομες ή νόμιμες, ώστε κάθε ανθρώπινη συμπεριφορά υπερβαίνουσα το εκάστοτε κοινωνικώς νοούμενο μέτρο μπορεί να οδηγήσει το υποκείμενο σε εξάρτηση.

Η εξάρτηση από ουσίες συνιστά, σύμφωνα με τον Olivenstein, το παράγωγο της «τριπλής συνάντησης», μιας ευάλωτης προσωπικότητας/ψυχισμού, ενός επιβαρυντικού περιβάλλοντος και μίας ή περισσότερων ουσιών.⁶ Η Μάτσα συμπληρώνει και απλώνει πέραν των ουσιών τον ορισμό, τοποθετώντας την εξάρτηση ως απώλεια της ελευθερίας του ανθρώπου απέναντι στο αντικείμενο της εξάρτησής του, δηλαδή ως ένα μεγάλο και ψυχικά δυσβάσταχτο βαθμό αποξένωσης, και στο πλαίσιο μιας κρίσης σε επίπεδο προσώπου, οικογένειας, κοινωνίας.⁷ Οι Μαρινοπούλου και Κεφάλας διανθίζουν από ψυχαναλυτική σκοπιά, ορίζοντας την εξάρτηση ως «μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από τη σχέση με ένα αντικείμενο το οποίο αναζητείται με στοματική απληστία».⁸

Σε επίπεδο περιγραφής, οι περισσότερες προσεγγίσεις αποδίδουν την εξάρτηση προκύπτουσα σταδιακά, ως εξής: (α) από την πειραματική δοκιμή / πειραματισμό, (β) στην ενεργό αναζήτηση / χρήση, (γ) στην έντονη ενασχόληση / συστηματική χρήση και (δ) στην εξάρτηση⁹. Οι ονομασίες καθενός από τα στάδια ποικίλουν ανάλογα με την προσέγγιση, ορισμένα σχήματα αναγνωρίζουν πέντε στάδια της εξάρτησης αντί για τέσσερα κ.ο.κ.

Σε κάθε περίπτωση, είναι πλέον αποδεκτό ότι οι διαδρομές της εξάρτησης χαρακτηρίζονται από τη δυναμική αλληλεπίδραση έντονων εσωτερικών συγκρούσεων και εξωτερικών παραγόντων, που επιδρούν στο πέρασμα από τη μια φάση στην επόμενη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι όλοι/ες όσοι/ες κάνουν χρήση θα διέλθουν όλα τα στάδια και θα εξαρτηθούν. Η πορεία του ανθρώπου προς την εξάρτηση μπορεί να ανακοπεί σε κάθε σημείο της και ο απαιτητικός δρόμος της αυτονομίας να ανοίξει, εφ' όσον υπάρξουν/τροποποιηθούν συγκεκριμένοι

⁶ Olivenstein, Cl. (1982). *Η ζωή του Τοξικομανή*.

⁷ Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικομανίας*.

⁸ Μαρινοπούλου, Μ., Κεφάλας, Π. (2003). *Ψυχικοί παράγοντες της χρήσης τοξικών ουσιών. Εξαρτήσεις*, τ. 4, 2003, σ. 47.

⁹ Estroff, T.W. (ed) (2001). *Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*, σ. 270.

περιβαλλοντικοί και προσωπικοί παράγοντες.

Ο ρόλος της πρόληψης εδώ είναι ιδιαίτερος σημαντικός: Ως σύνθετη διαδικασία πολυεπίπεδων παρεμβάσεων -από τον άνθρωπο μέχρι την κοινότητα συνολικά- με στόχο την αναίρεση των κοινών γενεσιουργών αιτιών όλων των εξαρτητικών συμπεριφορών και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Ο πρώτος αυτός ορισμός της πρόληψης των εξαρτήσεων, που θέτει ως στρατηγικό όραμα μια πιο ανθρώπινη κοινωνία, θα αναπτυχθεί περισσότερο στο Κεφάλαιο Ε'.

Αιτιολογικοί παράγοντες της εξάρτησης

Όπως ήδη προκύπτει, σε μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης των εξαρτητικών συμπεριφορών θα μπορούσε κανείς να διακρίνει ανάμεσα σε: α) εξάρτηση από ουσίες νόμιμες και παράνομες, β) εξαρτητικές σχέσεις και συμπεριφορές γύρω από εν γένει εξαρτητικά αντικείμενα (λ.χ. τζόγος, διαδίκτυο κ.ά.). Όλες οι μορφές εξάρτησης, ωστόσο, συνδέονται με κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και είναι διαβρωτικές και επιζήμιες τόσο για τη ζωή των εξαρτημένων ανθρώπων όσο και για τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρό τους.

Για να οδηγηθεί ένας άνθρωπος στην εξάρτηση από ουσίες ή, λ.χ., από ηλεκτρονικά παιχνίδια, είναι πολύ πιθανό ότι νωρίτερα στη ζωή του έχει υπάρξει και διαπαιδαγωγηθεί σε εξαρτητική σχέση, δηλαδή σε μια σχέση αποκλειστικότητας που εγκαταστάθηκε μόνιμα, δημιουργώντας μια ασταθή αίσθηση του εαυτού και θέτοντας συμβολικά κάθε Άλλον σε θέση δευτερεύουσας σημασίας, «εργαλειακή». Η εξαρτητική αυτή σχέση αντιστοιχεί σε κάποιο ψυχικό και/ή κοινωνικό έλλειμμα, βιωμένο ως πλήγμα και απουσία νοήματος, ώστε προκειμένου ο άνθρωπος να απαλύνει την προκύπτουσα οδύνη, έχει μάθει να προσφεύγει σε αντικείμενα γύρω από τα οποία επενδύει σχέσεις εξίσου ανελεύθερες και, άρα, αυτοκαταστροφικές. Όπως το θέτουν οι Μαρινοπούλου και Κεφάλας: «Καλείται δηλαδή το άτομο να πληρώσει με το σώμα, τις πράξεις και τη συμπεριφορά του, τις ελλείψεις της ψυχικής και νοητικής του οργάνωσης».¹⁰ Πρόκειται, ανάμεσα σε άλλα, για τη λεγόμενη «αυτοθεραπευτική αξία» της εξάρτησης¹¹, τουλάχιστον στα αρχικά στάδιά της, δηλαδή για τη στρεβλή «στρατηγική επιβίωσης» σε έναν κόσμο που βιώνεται ως αφιλόξενος, ως ανεξάντλητη πηγή ματαιώσεων, τραυμάτων, άγχους και

¹⁰ Μαρινοπούλου, Μ., Κεφάλας, Π. όπ. π., σ. 47.

¹¹ Μαρινοπούλου, Μ., Κεφάλας, Π. όπ. π., σ. 48.

αποδιοργάνωσης.

Η Μάτσα αναλύει περαιτέρω την κοινωνική διάσταση της εξάρτησης, παρουσιάζοντάς την ως υποκατάστατο της απουσίας σχέσης του ανθρώπου με τον κόσμο, ως «ακραία μορφή αλλοτρίωσης του σύγχρονου ανθρώπου»¹². Η δομή των σύγχρονων κοινωνιών, οι κυρίαρχες σχέσεις, αξίες, πρότυπα και τρόποι ζωής που προκρίνουν, κατασκευάζουν ήδη από πολύ μικρή ηλικία «άτομα» ψυχικά ευάλωτα και διαπνεόμενα από αίσθημα δυσφορίας απέναντι στους καταναγκασμούς ενός οντολογικού μοντέλου σε προχωρημένη παρακμή, από αίσθημα ανασφάλειας και ανεπάρκειας όσον αφορά την αντιμετώπιση των δυσκολιών που συναντούν σε μια πολυδιασπασμένη και αντίξοχη καθημερινότητα.

Η εξάρτηση λοιπόν δεν είναι μια «ασθένεια» με τη στενή, ιατρική/βιολογική έννοια του όρου, που έχει επικρατήσει ως κυρίαρχη ρητορική και αντανακλάται σε ατελέσφορες πρακτικές «αντιμετώπισης». Αντιθέτως, πρόκειται για ένα σύνθετο, πολύπλοκο, πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο, που εκδηλώνεται και σε προσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο. Οι εκδηλώσεις του περιλαμβάνουν την αποδιοργάνωση του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου, την αλλοίωση της προσωπικότητάς του και της ανταπόκρισής του στα εξωτερικά ερεθίσματα, τη σημαντική άμβλυνση της συναισθηματικής και διανοητικής λειτουργίας, τη διάβρωση των σχέσεών του με το οικογενειακό, σχολικό, εργασιακό και ευρύτερο περιβάλλον. Ως αποτέλεσμα, ο/η εξαρτημένος/η ζει για την ουσία ή το εν γένει αντικείμενο εξάρτησης και συνδέεται μόνο μέσω αυτού με τον κόσμο που τον/την περιβάλλει, τον εαυτό και τις ανάγκες του/της, χάνοντας το ίδιο το αίσθημα αυτοσυντήρησής του/της και εξοστρακιζόμενος/η σε κάθε λογής περιθώριο.

Η έναρξη και η πορεία της χρήσης ενός δυνάμει εξαρτητικού αντικειμένου καθορίζονται, άρα, από μια ποικιλία παραγόντων που δεν προκύπτουν ξαφνικά στην ηλικία έναρξης της χρήσης, αντιθέτως έχουν συμβάλλει καθοριστικά σε ολόκληρη τη σύνθετη διαδικασία διαμόρφωσης της προσωπικότητας και της κοινωνικής ζωής του ανθρώπου. Προεκτείνοντας το σκεπτικό αυτό, κάθε άνθρωπος οδηγείται για διαφορετικούς επιμέρους λόγους στην εξάρτηση από μια ουσία, τον τζόγο, τα ηλεκτρονικά παιχνίδια κοκ., κάθε άνθρωπος είναι -και χρειάζεται να προσεγγίζεται ως- μια μοναδική περίπτωση, μια ξεχωριστή ιστορία. Δεν υφίσταται κάποιο κοινό «προφίλ» κάποιας «εξαρτητικής προσωπικότητας», παρά μονάχα ως μια επιστημονική σύμβαση που γίνεται για λόγους

¹² Μάτσα, Κ. όπ.π.

μεθοδολογικούς – κι ακόμη και τότε, το τέτοιο «προφίλ» δεν είναι σταθερό στον χρόνο και τον τόπο, αλλά μεταβάλλεται, στις μέρες μας ραγδαία και με αυξανόμενες επιβαρύνσεις (βλ., λ.χ., τα στοιχεία του ΚΕΘΕΑ για τους/τις χρήστες ουσιών στον δρόμο¹³).

Η προσέγγιση αυτή, της μη συγχώνευσης και μη τυποποίησης, δεν έρχεται σε αντίθεση με τη θέση ότι υφίστανται γενικοί και κοινοί αιτιολογικοί παράγοντες της εξάρτησης σε επίπεδο κοινωνικό/περιβαλλοντικό. Αντιθέτως, οι διαφορετικές προσωπικές ιστορίες και πορείες διαμορφώνονται δυναμικά από θεμελιώδη, κεντρικού χαρακτήρα χαρακτηριστικά των σύγχρονων κοινωνιών, που ακριβώς καθιστούν τον άνθρωπο «άτομο», ευάλωτο στην αναζήτηση τρόπων φυγής από τα προβλήματα του ανθρωπολογικού αυτού status, οξυνόμενα σε περιόδους όξυνσης της -εγγενούς στις εν λόγω κοινωνίες- κρίσης.

Η εξάρτηση ως κοινωνικό φαινόμενο, δηλαδή ως διαδικασία μεγάλης κλίμακας που κινητοποιεί σταθερά θεσμούς και μηχανισμούς για την αντιμετώπισή του, εμφανίζεται με τη διπλή συνθήκη της επικράτησης της βιομηχανικής επανάστασης και της νεωτερικότητας. Η συνθήκη αυτή, πέρα από όσα θετικά θα μπορούσαν να της αποδοθούν, θεωρείται υπεύθυνη για την ευρείας κλίμακας αποδυνάμωση των παραδοσιακών κοινοτήτων και των θεσμών και αξιών τους, όπως η οικογένεια, το συγγενικό δίκτυο, η γειτονιά, οι «καθαροί»/σαφείς κοινωνικοί ρόλοι και οι άγραφοι αλλά σταθεροί κοινωνικοί κανόνες¹⁴. Οι ρήξεις αυτές, σε συνδυασμό με το παράλληλο έλλειμμα νέων προσωποπαγών «διχτύων» κοινωνικής προστασίας, συνδέονται με την εξασθένηση ή και την απουσία των απαραίτητων για τον ψυχισμό «υγειών» ιδανικών και προτύπων, τη διαρκή διάρρηξη των κοινωνικών σχέσεων και δεσμών, τους «όρους "μελαγχολικότητας" του κοινωνικού δεσμού κατά την έκφραση του Ο. Douville, όρους καθολικής εξατομίκευσης και αποξένωσης των ανθρώπων»¹⁵ και γενικότερα τη συνεχώς εντεινόμενη αίσθηση κοινωνικής ρευστότητας και προσωπικής αβεβαιότητας. Ο εξατομικευμένος, μονοδιάστατα ορθολογικός και αστεοποιημένος άνθρωπος στον λεγόμενο «Δυτικό κόσμο» της ποσοτικοποίησης και των απρόσωπων τεχνικών, σε σχέση με τις προνεωτερικές κοινωνικές δομές είναι πιο ελεύθερος από

¹³ ΚΕΘΕΑ (2015). Απολογισμός Έργου 2014, σ. 23.

¹⁴ Tuma, E. H. (2003). *Ευρωπαϊκή Οικονομική Ιστορία – τ. 1*. Gutenberg.

¹⁵ Μάτσα, Κ. (2012α). *Η προβληματική της εφηβείας και η χρήση ουσιών*. Τετράδια Ψυχιατρικής, 119(3), σ. 89-119.

ορισμένες πλευρές, αλλά συνολικά πιο εγκαταλελειμμένος στον εαυτό του¹⁶, «έναν «εαυτό ελάχιστο» και ναρκισσιστικό»¹⁷ στο «βάθος [...] τ' άσωτου Κενού».

Οι αλλαγές, μάλιστα, που συνδέονται με τη μετάβαση σε μια «μεταμοντέρνα εποχή»¹⁸, μεγάλης ρευστότητας, μεγάλων ανατροπών ακόμη και σε θεωρούμενα δεδομένα της λεγόμενης νεωτερικότητας, έχουν επίσης επίδραση στην κοινωνική ζωή και την ψυχική υγεία των ανθρώπων¹⁹. Τη διαδικασία περιέγραψε ο Ogburn στο πλαίσιο του φαινομένου που αποκάλεσε *πολιτισμική καθυστέρηση (cultural lag)*, σύμφωνα με το οποίο οι ραγδαίες κοινωνικοπολιτισμικές αλλαγές υπήρξαν και συνεχίζουν να είναι ταχύτερες από την ψυχοκοινωνική ικανότητα των ανθρώπων να προσαρμόζονται^{20 21}. Σύγχρονα φαινόμενα όπως η μαζική μετανάστευση, η μαζική προσφυγιά και οι βίαιες πληθυσμιακές μεταβολές που συνεπάγονται, αλλά και ο μαζικοκαταναλωτικός τουρισμός κ.ά. επιτείνουν και καθιστούν πιο σύνθετο το φαινόμενο²².

Η κοινωνική αλλαγή στη δομή της οικογένειας ως πρωτογενούς φορέα κοινωνικοποίησης αποτελεί χαρακτηριστική υποπερίπτωση. Πολλοί μελετητές θεωρούν τις οικογενειακές σχέσεις ως τον πλέον σημαντικό παράγοντα ανάπτυξης εξαρτητικών συμπεριφορών.^{23 24} Η σχεσιακή παράμετρος μάς εισάγει ήδη στην οικογένεια ως δυναμικό, πολύπλοκο και διαρκώς μετασχηματιζόμενο ανθρώπινο σύστημα. Ιστορικά, η εκτεταμένη οικογένεια αντικαθίσταται κυρίαρχα από την

¹⁶ Fromm, E. (1971). *Ο Φόβος Μπροστά στην Ελευθερία*.

¹⁷ Μισεά, Ζ.-Κ. (2014). *Η κουλτούρα του εγωισμού*. Στο Λάς, Κ., Καστοριάδης, Κ., Μισεά, Ζ-Κ (2014). *Η κουλτούρα του εγωισμού*. Εναλλακτικές Εκδόσεις, σ. 75-84.

¹⁸ Σημειώνουμε εν τάχει πως μετανεωτερικότητα και μεταμοντερνισμός είναι έννοιες με συγγενές (και ρευστό) δηλωτικό περιεχόμενο, όχι όμως ταυτόσημες. Βλ.: Ασημάκη, Α., Κουστουράκης, Γ., Καμαριανός, Ι. (2011). *Οι έννοιες της νεωτερικότητας και της μετανεωτερικότητας και η σχέση τους με τη γνώση: Μια κοινωνιολογική προσέγγιση*. Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, ΙΕ (60), Καλοκαίρι 2011, σ. 108-109.

¹⁹ Lasch, Chr. (1991). *The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations*.

²⁰ Whitley, R. (2008). *Postmodernity and Mental Health*. Harvard Review of Psychiatry 2008, Vol. 16, No. 6, σ. 352-364.

²¹ Crawford, MJ & Prince, M. (1999). *Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: The importance of social context*. Social Science and Medicine. 1999, Vol. 49, No. 10, σ. 1419-1423.

²² Μεγαλοοικονόμου, Θ., Λερίδου, Α., Μοναχού, Μ. (2007). *Η Πολιτισμική Διάσταση της Ψυχικής Υγείας και του Ψυχικού Πόνου*. Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, τ. 4 (Ιούλιος 2007), σ. 59-67.

²³ Denton, R. & Kampf, C.M. (1994). *The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review*. Adolescence, Vol. 29, n. 114, (1994), 475-494.

²⁴ McArdle, P., Wieggersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Blom, M., Stoeckel, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, R. & Quensel, S. (2002). *Χρήση Ουσιών των εφήβων στην Ευρώπη: Ο ρόλος της οικογενειακής δομής, της οικογενειακής λειτουργίας και του φύλου*. Εξαρτήσεις, τ. 2 (Δεκ. 2002), σ. 62-75.

πυρηνική και στο σχετικά νέο αυτό μοντέλο οι ρόλοι των μελών αλλάζουν σημαντικά και ρευστοποιούνται. Νέες μορφές οικογένειας εμφανίζονται με την πάροδο των χρόνων, με ρυθμούς ανταποκρινόμενους σε αυτούς ευρύτερων οικονομικών, κοινωνικών, αξιακών μετατοπίσεων (ανύπαντροι γονείς, μονογενεϊκές οικογένειες, οικογένειες ανθρώπων του ίδιου φύλου), δημιουργώντας νέα ζητήματα ως προς την ανατροφή των παιδιών, την αίσθηση επάρκειας, την κοινωνική αποδοχή κλπ.²⁵ Ο γρήγορος ρυθμός τεχνολογικής ανάπτυξης, που επιτείνει και το λεγόμενο «χάσμα γενεών», οι αλλαγές στις σχέσεις μεταξύ φύλων, στα εργασιακά δεδομένα κλπ., δυσχεραίνουν την επικοινωνία, τη συνεργασία και την κατανόηση στην οικογένεια, οδηγούν σε ολοένα πιο ελλειμματική επαφή μεταξύ γονιών και μεταξύ αυτών και των παιδιών τους, με αποτέλεσμα τα τελευταία να στερούνται πρότυπα ταύτισης, αίσθημα ασφάλειας, φροντίδας, υποστήριξης²⁶. Τέτοιες εξελίξεις, μεταξύ άλλων, συντελούν στη σύναψη δυσλειτουργικών δεσμών στην οικογένεια, στο δυσδιάκριτο των ορίων και της ποιότητας σχέσεων των μελών της και στην ενίσχυση της τάσης του νέου ανθρώπου για εξεύρεση σημαντικών «Άλλων» έξω από το οικογενειακό περιβάλλον, σε μικρή ηλικία και σε ένα κοινωνικό πλαίσιο πολυδιασπασμένο και ασταθές.²⁷ Εν τέλει, η οικογενειακή κρίση αντανακλά και διαμεσολαβεί την κοινωνική και πολιτισμική κρίση στα μέλη της, καθιστώντας το εξαρτημένο μέλος της επίκεντρο μιας στρεβλής οικογενειακής ισορροπίας και την εξάρτηση «κληρονομιά της οικογενειακής ιστορίας»²⁸.

Στα προηγούμενα προστίθεται η δομική αδυναμία του εκπαιδευτικού συστήματος της (μετα-)νεωτερικότητας να εκπληρώσει τον παιδαγωγικό του ρόλο – παρά τις εξαιρέσεις μεμονωμένων εκπαιδευτικών ή σχολικών μονάδων. Δίνοντας έμφαση στη μηχανική συσσώρευση γνώσης, το εκπαιδευτικό σύστημα αποστερεί το παιδί, τον έφηβο, τον νεαρό ενήλικα από δυνατότητες να εκφραστεί, να αυτενεργήσει, να συνεργαστεί ουσιαστικά, να αναπτυχθεί εντασσόμενος/η (και όχι υποτασσόμενος/η) σε μια δύσκολη, σύνθετη και απαιτητική κοινωνική πραγματικότητα. «Το σχολειό» αντί για Τόπος και μάλιστα Κοινότητα «αυθεντικής

²⁵ Golombok, S. (2015). *Modern Families: Parents and Children in New Family Forms*.

²⁶ Καλαρρύτες, Γ. (2009). *Οικογένεια και εφηβική κατάχρηση ουσιών: Ερευνητικά δεδομένα αιτιολογίας, θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων*. Στο Μπαφίτη Τ. & Καλαρρύτες Γ. (επιμ.), *Συστημική προσέγγιση. Θεωρήσεις και εφαρμογές*.

²⁷ Merikangas, K.R., Dierker, L. & Fenton, B. (1998), *Familial factors and Substance Abuse: Implications for Prevention* - στο R.S. Ashery, E.B. Robertson & K.L. Kumpfer (eds). *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*.

²⁸ Λαγουδάκη, Μ. (2010), *Η ηρωίνη ως παυσίπονο ανεπίλυτων παιδικών τραυμάτων: Μια θεραπευτική διαδικασία συμφιλίωσης με τους «δράκους» και τις «μάγισσες» των παιδικών χρόνων*, σ. 7-8.

μάθησης», δημιουργίας, εκφραστικότητας, ομαλής «δευτερογενούς κοινωνικοποίησης» με όρους δημοκρατίας, διολισθαίνει αδιάκοπα σε κοινωνικά απαξιωμένο θεσμό διασφάλισης της «αναπαραγωγής της υλικής παραγωγής», εργαλειακής εκτέλεσης, καταναγκασμού ή στην καλύτερη περίπτωση συγκατάβασης, περιθωριοποίησης του συναισθήματος – παρά τις κατά καιρούς διακηρύξεις περί σχολείου «δημιουργικού», «βιωματικού», «δημοκρατικού» κοκ.²⁹ Η δυσφορία, που έτσι γεννιέται, δεν αφορά μονάχα τους μαθητές, αλλά και τους εκπαιδευτικούς, που δυσκολεύονται ή αποτυχαίνουν στο δύσκολο έργο της ισορρόπησης (λ.χ. μεταξύ του δικού τους ενεργητικού ρόλου και της δημιουργικής συμμετοχής των μαθητών)³⁰, αφού καλούνται να εφαρμόσουν μια «παιδαγωγική και σχολική πρακτική που απαιτεί από μαθητές και εκπαιδευτικούς να αναζητούν την ουδετερότητα της σχέσης τους με το σχολείο, καθώς και την απουσία ηθικής στάσης».³¹ Η δυσφορία διαπερνά, φυσιολογικά, και τους γονείς των μαθητών, άρα την οικογένεια, κατόπιν την τοπική κοινωνία, και ανατροφοδοτείται αρνητικά μέσα από το βρισκόμενο σε κρίση ευρύ πλέγμα σχέσεων: διαβρώνει δηλαδή τη ζωή ολόκληρης της σχολικής και ευρύτερης κοινότητας.

Η εμπέδωση του κοινωνικά κυρίαρχου, καταναλωτικού/μαζικοδημοκρατικού μοντέλου -σε βαθμό ώστε να μην υποχωρεί σημαντικά καν σε περιόδους κρίσης- συνεπικουρεί. Κατασκευάζει ένα φαντασιακό ευδαιμονισμού και προάγει αξίες ηδονιστικές, που καλούν τον αποξενωμένο, εξατομικευμένο άνθρωπο σε άμεση ικανοποίηση κάθε ανάγκης, ωθώντας σε έναν φαύλο κύκλο δημιουργίας νέων αναγκών και διαρκούς αίσθησης μη πλήρωσης, που εκδηλώνεται ως άγχος³². Στις σημερινές συνθήκες καθολικής κρίσης, αυτός ο τρόπος ζωής γεννά ακόμα πιο έντονα συναισθήματα ματαιώσης, ανικανότητας, μοναξιάς, ενώ παρατείνει τεχνητά και τη μεταβατική φάση της εφηβείας, με όλες τις αρνητικές συνέπειες στον ψυχισμό του ανθρώπου και την κοινωνική ταυτότητά του³³ που μπορεί να οδηγήσουν σε εξάρτηση³⁴. Η «κανονικοποίηση»³⁵ της χρήσης ουσιών για

²⁹ Γρόλλιος, Γ. (2003), *Θεμελίωση, στοχοθεσία και διαθεματικότητα στο νέο Πλαίσιο Προγράμματος Σπουδών για την υποχρεωτική εκπαίδευση* (Εκπαιδευτική Κοινότητα, τ. 67, 2003).

³⁰ Freire, P. (1998), *Teachers as cultural workers. Letters to those who dare teach.*

³¹ Freire, P. (1999), *Pedagogy of hope.*

³² Κονδύλης, Π. (2007: 1995). *Η παρακμή του αστικού πολιτισμού: Από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα εποχή και από το φιλελευθερισμό στη μαζική δημοκρατία.*

³³ Fabietti, U. (1986). *Η οικοδόμηση της νεότητας, μια ανθρωπολογική προοπτική.* Πρακτικά Συμποσίου «Ιστορικότητα της παιδικής ηλικίας και της νεότητας».

³⁴ Λάιος, Ν. (2012). «Εξαρτήσεις χωρίς ουσίες»: *Η κατανάλωση ως υποκατάστατο και ταυτόχρονα άρνηση της ενηλικίωσης στις λεγόμενες «δουτικού τύπου» κοινωνίες.* Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 118, σ.

ψυχαγωγικούς σκοπούς αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα μαζικών πρακτικών «γεμίματος του κενού» μιας δύσκολης και παρατεταμένης εφηβείας, σε κοινωνίες όπου το κοινωνικό έχει υποχωρήσει πλήρως έναντι του ατομικού.

Κλείνοντας την ενδεικτική αυτή σειρά παραδειγμάτων σύνδεσης κοινωνικών παραμέτρων, ψυχικών παραμέτρων και εξάρτησης, δεν μπορούμε να παραλείψουμε ότι η οικονομική διάσταση της κρίσης που πλήττει τα τελευταία χρόνια και την ελληνική κοινωνία, μεταφράζεται σε πλήθος ανατροπών με συνέπειες σε συλλογικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο. Στις σύγχρονες κοινωνίες, η κοινωνική ζωή και η προσωπικότητα των ανθρώπων δομούνται σε μεγάλο βαθμό σε υλικούς όρους, ενώ η εργασία διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στον προσδιορισμό της ταυτότητας και της εικόνας εαυτού. Ο αντίκτυπος της κρίσης στην ψυχική υγεία, δεδομένων αυτών, είναι πολύ μεγάλος (λ.χ. όξυνση των προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας, αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας και αυτοκτονιών κ.ά.)^{36 37}, καθώς μάλιστα η κρίση βαθαίνει και εγκαθίσταται ένας φαύλος κύκλος, όπου η ψυχική ασθένεια οδηγεί στην απώλεια οικονομικών μέσων και εργασίας, ενώ η φτωχοποίηση και η ανεργία οδηγούν στην εμφάνιση ή την επιδείνωση της ψυχικής ασθένειας.^{38 39} Η οικονομική κρίση, με τις ψυχικές απώλειες που επιφέρει, γίνεται έτσι «ανθρώπινη κρίση», μάλιστα σε ένα κενό υποστηρικτικών συστημάτων⁴⁰.

Αριθμητικά δεδομένα και τάσεις σε εξωτερικό και Ελλάδα, βάσει ερευνών

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ετήσιας Έκθεσης 2013 της Διεθνούς Επιτροπής του ΟΗΕ για τον έλεγχο των ναρκωτικών⁴¹, εκτιμάται ότι 27 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως είναι «προβληματικοί χρήστες» ουσιών. Η κάνναβη βρίσκεται στην

39-44.

³⁵ Parker, H., Aldridge, J. & Measham, F. (1998), *Illegal Leisure: The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use*.

³⁶ Μπούρας, Γ. & Λύκουρας, Λ. (2011), *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία* (Εγκέφαλος 2011, τ. 48).

³⁷ Πουλόπουλος, Χ. (2014). *Κρίση, φόβος και διάρρηξη της κοινωνικής συνοχής*. Τόπος.

³⁸ Karsten, P. & Moser, K. (2009), *Unemployment Impairs Mental Health: Meta-Analyses*. *Journal of Vocational Behavior* 2009, vol. 74, n. 3, σ. 264-282.

³⁹ Catalano, R. (2009). *Health, Medical Care, and Economic Crisis*. *The New England Journal of Medicine*. 360 (Feb 2009), σ. 749-751.

⁴⁰ Μαδιανός, Μ. & Οικονόμου, Μ. (2014), *Ελληνική κρίση, «εθνική» κατάθλιψη και ασκήσεις επιβίωσης*.

⁴¹ International Narcotics Control Board (2014): <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2013.html>

κορυφή της λίστας, ενώ ως ιδιαίτερα ανησυχητικό στοιχείο σημειώνεται η αύξηση και η υπερκατανάλωση νόμιμων συνταγογραφούμενων ψυχοφαρμάκων και ισχυρών παυσίπονων, μάλιστα με τον αριθμό χρηστών νόμιμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων να ξεπερνά τον αριθμό χρηστών παράνομων ουσιών. Επισημαίνεται ότι η κατάχρηση νόμιμα συνταγογραφούμενων φαρμάκων εξαπλώνεται ταχύτατα διεθνώς, ενώ γίνεται αναφορά και στο γεγονός ότι η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών φαίνεται να σταθεροποιείται σε ιστορικά υψηλά επίπεδα στη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη.

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία για τη χρήση παράνομων ουσιών στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας καταγράφονται στην «Πανελλήνια έρευνα στο γενικό πληθυσμό για την ψυχοκοινωνική υγεία και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών» (2004) και τα βασικά σημεία τους υπενθυμίζονται στην Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ), που δημοσιεύτηκε το 2013.⁴² Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, σχεδόν ένας στους έντεκα ανθρώπους ηλικίας 15-64 ετών (9%) ανέφεραν χρήση κάποιας παράνομης ουσίας (κυρίως κάνναβης) έστω και μία φορά στη ζωή τους, το 4% αυτών δοκίμασαν μία με δύο φορές και το 5% επανέλαβαν τουλάχιστον τρεις φορές. Χρήση «τους τελευταίους 12 μήνες» αναφέρει το 2% των ερωτώμενων και χρήση «τις τελευταίες 30 ημέρες» το 1%. Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης παρατηρήθηκαν στους άνδρες (13% έναντι 4% των γυναικών), ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αύξηση της χρήσης σε αστικοποιημένα περιβάλλοντα, που παραπέμπει σε ερμηνείες του φαινομένου της εξάρτησης πιο σύνθετες και απαιτητικές, σε σύγκριση με τις κυρίαρχες βιολογικές.

Τέλος, τα πιο πρόσφατα στοιχεία της ευρωπαϊκής έρευνας ESPAD⁴³ στον μαθητικό πληθυσμό, στη διεξαγωγή της οποίας συνέδραμαν ιδιαίτερος τα ΚΠ, αναδεικνύουν τα ακόλουθα:

Κάπνισμα

Το 39% των 16χρονων έχουν καπνίσει έστω και μια φορά στη ζωή τους. Τα αγόρια

⁴² ΕΚΤΕΠΝ (2014). *Ετήσια Έκθεση 2013*, σ. 13. Διαθέσιμο: <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ee2013.pdf>

⁴³ Υλοποιείται ανά τετραετία, σε 36 χώρες του ευρύτερου ευρωπαϊκού γεωγραφικού χάρτη και αφορά τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές στον μαθητικό πληθυσμό. Η χρονικά τελευταία έρευνα, σύνοψη των στοιχείων της οποίας παραθέτουμε εδώ, διενεργήθηκε το 2015 σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα μονάχα 3.202 μαθητών ηλικίας 16 ετών (Α' Λυκείου) από 175 σχολεία της χώρας. – <http://www.espad.org/>, www.epipsi.gr

σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια κάπνισαν τον τελευταίο μήνα (πριν την έρευνα), καπνίζουν καθημερινά, είναι «βαρείς» καπνιστές και έχουν πειραματιστεί με το ηλεκτρονικό τσιγάρο. Επιπλέον περισσότερα αγόρια από κορίτσια έχουν δοκιμάσει τσιγάρο σε πολύ μικρή ηλικία.

Το 2015, πάντως, φαίνεται να συνεχίζεται η τάση μείωσης, η οποία παρατηρείται την τελευταία 15ετία στους περισσότερους δείκτες που αφορούν το κάπνισμα στους 16χρονους μαθητές στην Ελλάδα.

Οινοπνευματώδη ποτά

Το 66% των 16χρονων αναφέρουν πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ, ενώ συχνή κατανάλωση αναφέρουν το 8%. Τα φύλα δεν διαφέρουν ως προς την πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ, αλλά τα αγόρια αναφέρουν συχνή κατανάλωση σε υψηλότερο ποσοστό από τα κορίτσια.

Μειώνεται σημαντικά από το 2003 στο 2015 το ποσοστό των 16χρονων που αναφέρουν ότι μέθυσαν τουλάχιστον 3 φορές τον τελευταίο χρόνο – από 11% σε 6%. Ποσοστό 10% των εφήβων αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου οδήγησαν σκούτερ, μηχανή, αυτοκίνητο ή άλλο μηχανοκίνητο όχημα, οι ίδιοι μετά από κατανάλωση αλκοόλ.

Τα αγόρια και οι έφηβοι στις «λοιπές περιοχές» υιοθετούν σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά επικίνδυνες συμπεριφορές εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ, συγκριτικά με τα κορίτσια και τους εφήβους στον νομό Αττικής.

Παράνομες και άλλες «νόμιμες» εξαρτησιογόνες ουσίες

Το 29% των 16χρονων θεωρούν «εύκολη» την πρόσβαση σε ηρεμιστικά / υπνωτικά (κυρίως κορίτσια). Το 23% θεωρεί εύκολη την πρόσβαση στην κάνναβη (περισσότερο τα αγόρια), ενώ το 14% θεωρεί «εύκολη» την πρόσβαση σε συνταγογραφούμενα οπιοειδή παυσίπονα (περισσότερο τα κορίτσια). Σε ποσοστά κάτω του 10% αναφέρουν οι μαθητές εύκολη πρόσβαση σε ουσίες όπως η κοκαΐνη, η ηρωίνη, η έκσταση, οι αμφεταμίνες ή οι μεθαμφεταμίνες.

Αυξάνεται διαχρονικά το ποσοστό των εφήβων που θεωρούν «ακίνδυνη» τη χρήση κάνναβης.

Το 10% των μαθητών αναφέρει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας έστω και μια φορά σε όλη τη ζωή (κυρίως κάνναβης), τα αγόρια σε υπερδιπλάσιο ποσοστό

(15%) συγκριτικά με τα κορίτσια (6,5%). Ωστόσο, δεν παρατηρείται σημαντική μεταβολή στο ποσοστό των 16χρονων μαθητών που αναφέρουν χρήση και επανάληψη της χρήσης κάνναβης κατά τη διάρκεια της τελευταίας 8ετίας.

Χρήση διαδικτύου και ηλεκτρονικά παιχνίδια

Το 69% των μαθητών είναι στο διαδίκτυο και τις 7 ημέρες της εβδομάδας. Σημαντικά υψηλότερο ποσοστό κοριτσιών και μαθητών από σχολεία των νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης είναι καθημερινά στο διαδίκτυο, συγκριτικά με τα αγόρια και τους 16χρονους των «λοιπών περιοχών».

Περισσότερα αγόρια από ό,τι κορίτσια αναφέρουν συχνή ενασχόληση με διαδικτυακά παιχνίδια πολέμου ή στρατηγικής και παιχνίδια στα οποία μπορεί κανείς να στοιχηματίσει χρήματα και να προβεί σε αγορές. Αντίθετα, περισσότερα κορίτσια από ό,τι αγόρια αναφέρουν συχνή χρήση του διαδικτύου για κοινωνική δικτύωση, σερφάρισμα ή αναζήτηση πληροφοριών και μουσική ή ταινίες.

Στοιχηματισμός

Το 15% των 16χρονων έχει παίξει/στοιχηματίσει χρήματα τουλάχιστον 2 φορές τον μήνα κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν την έρευνα, δεκαπλάσιο ποσοστό αγοριών (27%) από ό,τι κορίτσια (3%).

Από την αξιολόγηση των απαντήσεων των εφήβων σε ειδική κλίμακα για την πιθανή εξάρτηση από τον στοιχηματισμό, προκύπτει ότι 1 στους 12 βρίσκεται σε κίνδυνο για παθολογική ενασχόληση.

Κεφάλαιο Γ

Τα Κέντρα Πρόληψης στο επίκεντρο της αντιμετώπισης του φαινομένου της εξάρτησης στην κοινότητα

Βασικές όψεις της επιστημονικής ταυτότητας των Κέντρων Πρόληψης

Τα ΚΠ στελεχώνονται από κοινωνικούς και ανθρωπιστικούς επιστήμονες (κοινωνικούς ανθρωπολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, παιδαγωγούς, ψυχολόγους κ.ά.), καθώς και διοικητικό προσωπικό. Οι εργαζόμενοι/ες σχεδιάζουν και αναπτύσσουν παρεμβάσεις πρόληψης στο απαιτούμενο τέτοιο πλαίσιο, διεπιστημονικών ομάδων. Στην προσπάθειά μας να ανταποκριθούμε άμεσα και αποτελεσματικά στις ανάγκες κάθε ιδιαίτερης κοινότητας, αξιοποιούμε θεωρητικά μοντέλα και μεθοδολογικές προσεγγίσεις, που αφ' ενός διαθέτουν επιστημονική τεκμηρίωση/εγκυρότητα, αφ' ετέρου δοκιμάζονται στο πραγματικό γίνεσθαι και παραλλάσσουν, εντάσσονται, συχνά απορρίπτονται και, στις καλύτερες περιπτώσεις, αντικαθίστανται από νέες, πρωτότυπες συνθέσεις.

Ενδεικτικά, θεωρίες και μοντέλα που αξιοποιούνται στο πεδίο της πρόληψης των εξαρτητικών συμπεριφορών και της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας είναι:

- Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (Hochbaum, 1958, Rosenstock, 1974)⁴⁴.
- Η θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Bandura, 1977)⁴⁵.
- Το Μοντέλο της Κοινωνικής Ανάπτυξης (Catalano & Hawkins, 1996)⁴⁶.

⁴⁴ Rosenstock, I.M. (1974). *Historical Origins of the Health Belief Model*. Health Education and Behavior, vol. 2 (4) (December 1974), σ. 328-335.

⁴⁵ Bandura, A. (1977). *Social learning theory*.

- Το μοντέλο της Πυκνής Περιγραφής των Πολιτισμικών Συστημάτων (Geertz, 1973)⁴⁷.
- Η θεωρία της Πολιτισμικής Ταυτότητας (Anderson, 1998)⁴⁸.
- Η θεωρία της Πολιτισμικής και Κοινωνικής Αναπαραγωγής (Bourdieu & Passeron)⁴⁹.
- Η θεωρία της Έλλογης Δράσης (Fishbein & Ajzen, 1975)⁵⁰.
- Το Μοντέλο της Κοινωνικής Οικολογίας⁵¹ (Hawkins & Weiss, 1985 ; Kumpfer & Tuner, 1991).
- Το Μοντέλο των Λογικών Υποθέσεων και Σταδίων (Prochaska & DiClemente, 1983)⁵².
- Η θεωρία της Διάχυσης Καινοτομιών (Rogers, 2003)⁵³.
- κ.ά.

Το διεπιστημονικό σχήμα και το πολυειδές θεωρητικό πλαίσιο, πέραν άλλων σημάνσεων, τεκμηριώνουν και ενισχύουν τη θεμελιώδη υπόθεση ότι το φαινόμενο της εξάρτησης είναι πολυπαραγοντικό και τη βασική Πρόταση για αδιάπτωτη φροντίδα ώστε οι παρεμβάσεις των ΚΠ να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες συνθήκες και ανάγκες των τοπικών κοινοτήτων ή «πληθυσμών». Από την άλλη, πάντως, οι φυσιολογικές ιδιαιτερότητες δεν μπορεί να διολισθαίνουν σε πρόφαση εγκατάλειψης μιας αναγκαίας κοινής στόχευσης. Πιο συγκεκριμένα, κεντρικός στόχος και αίτημά μας είναι η συμβολή της πρόληψης, μέσα από ένα συνεχές παρεμβάσεων, στην κατά το δυνατό ολόπλευρη στήριξη των ανθρώπων μέσα από την αδιάρρηκτα δεμένη ενίσχυση της προσωπικής αυτονομίας και της

⁴⁶ Catalano, R.F., & Hawkins, J.D. (1996). *The social development model: A theory of antisocial behavior*. Στο Hawkins, J. D. (ed.), *Delinquency and crime: Current theories*. New York: Cambridge University Press, σ. 149-197.

⁴⁷ Geertz, C. (1973). *Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture*. Στο Geertz, C. (ed.) (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York: Basic Books, σ. 3-30.

⁴⁸ Anderson, T.L. (1998). *A Cultural-Identity Theory of Drug Abuse*. *Sociology of Crime, Law, and Deviance*, Volume 1, σελ. 233-262.

⁴⁹ Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1990). *Reproduction in Education, Society and Culture*. Sage.

⁵⁰ Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley.

⁵¹ Kumpfer, K.L., & Turner, C. W. (1990), *The Social Ecology Model of Adolescent Substance Abuse: Implications for Prevention*. *International Journal of Addictions*, v. 25, suppl. 4, (1990), σ. 435-463.

⁵² ΕΠΙΨΥ, ΕΚΤΕΠΝ, ΟΚΑΝΑ (2011). *Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης. Κατευθυντήριες γραμμές και Σχεδιασμός Παρεμβάσεων*. Διαθέσιμο στο <http://www.ektepn.gr>

⁵³ Rogers, E.M. (2003:1964). *Diffusion of Innovations*. Free Press.

συνοχής στην κοινότητα. Μονάχα έτσι αποκτούν νόημα οι πιο τεχνοκρατικές εκφορές περί συμβολής της πρόληψης στην άμβλυνση των ποικίλων παραγόντων κινδύνου που γεννούν την εκδήλωση της εξάρτησης (βλ. εξατομίκευση, δυσκολία συνεργασίας, άγχος, επιθετικότητα, οικογενειακή ή σχολική βία κ.λπ.) και συστηματικής προσπάθειας ενίσχυσης των παραγόντων προστασίας του ανθρώπου σε επάλληλα επίπεδα.

Τα προγράμματα πρόληψης όπως σχεδιάζονται και εφαρμόζονται από τους/τις λειτουργούς των ΚΠ βασίζονται, σε τελική ανάλυση και σε διάφορους βαθμούς «πιστότητας», στο διαλεκτικό μοντέλο που χαρακτηρίζεται ως «ψυχοκοινωνικό»⁵⁴ και στις μεθόδους της «βιωματικής μάθησης»⁵⁵ και της «συμμετοχικής έρευνας δράσης»⁵⁶. Πρόκειται για κίνηση ωθούμενη από μια φιλοσοφία που απαιτεί τη συνεκτίμηση τοπικών και ευρύτερων συνθηκών, προσωπικών ιδιαιτεροτήτων και κοινωνικών, οικονομικών, πολιτισμικών δεδομένων: μιας φιλοσοφίας που αξιώνει πως αφουγκράζεται, συνδιαλέγεται και αναζητά εν δράσει. Ιδιαίτερα στην εποχή μας, τα ΚΠ χρειάζεται να συνεχίσουν και εμβαθύνουν στην κατεύθυνση αυτή συγκρότησης αυθεντικών σχέσεων μεταξύ προσώπων/μελών της κοινότητας, ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής, επανασύνδεσης των κερματισμένων μερών του κοινωνικού. Μια κατεύθυνση που, αντιθέτως, τα τελευταία χρόνια ακυρώνεται, σε έναν βαθμό υπό την πίεση των κυρίαρχων, οικονομίστικων προσεγγίσεων για την αντιμετώπιση της εξάρτησης, σε άλλον βαθμό υπό την πίεση της έλλειψης ενιαίας πολιτικής για την πρόληψη όπως αυτή γλαφυρά εκφράζεται μέσα από το ισχύον θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των ΚΠ.

Σε κάθε περίπτωση, η απαιτητική αυτή διαδρομή περνά από τη μεθοδική (όχι βραχείας διάρκειας) εκπαίδευση και εξάσκηση ανθρώπων, για την ανάπτυξη προστατευτικών προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων⁵⁷: κριτική σκέψη, λήψη αποφάσεων, αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων αυτοεκτίμησης, ανάληψη ευθύνης, ενίσχυση της αποδοχής της διαφορετικότητας, ομαλή μετάβαση από το ένα αναπτυξιακό στάδιο στο άλλο, επικοινωνία, δημιουργική σύγκρουση κ.λπ. Η

⁵⁴ Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). *Υγεία και Προληπτική Συμπεριφορά*. Στο Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012) *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.

⁵⁵ Colb, D.A. (1983). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*.

⁵⁶ Chevalier, J.M., & Buckles, D.J. (2013). *Participatory Action Research: Theory and Methods for Engaged Inquiry*.

⁵⁷ Μελέτη κατάρτισης Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αγωγή Υγείας σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας, Νοέμβριος 2008.

διαδρομή δεν αφορά, όμως, αποκλειστικά ή κυρίως δεξιότητες. Η ενίσχυση των τελευταίων, μονάχα στον βαθμό που εντάσσεται σε πλαίσια βαθύτερης κατανόησης και παρέμβασης στο κοινωνικό πλαίσιο⁵⁸ μπορεί πράγματι να αποτελέσει «ασπίδα» στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών και να συμβάλει συνολικά στην ομαλή ανάπτυξη των ανθρώπων και των κοινοτήτων τους, ακόμη και σε αντίξοες γενικές συνθήκες – δημιουργώντας από την κοινότητα τα ζώντα «αντίβαρα» των τελευταίων, όχι διαχειριστικά αλλά ως αποκεντρωμένους όρους δημιουργικής υπέρβασής τους.

Περαιτέρω, η διάχυση στην κοινότητα των αξιών, αρχών [βλ. σχετικό σημείο στο Κεφάλαιο Ε] και πρακτικών της πρόληψης διευκολύνεται μεν από μεθοδολογίες και «εργαλεία». Στηρίζεται όμως κυρίως σε δυναμικές σχέσεις, καλλιεργούμενες μέσα από την επαφή των εργαζομένων των ΚΠ με τα πρόσωπα ή ομάδες/συλλογικότητες που συμμετέχουν στις παρεμβάσεις, ευαισθητοποιούνται και εκπαιδεύονται, σε έναν βαθμό κάνοντας οι ίδιοι/ες προτάσεις και αξιολογώντας. Αναφερόμαστε σε σχέσεις που εδράζονται στον σεβασμό, την εμπιστοσύνη και την αποδοχή, διευκολύνοντας έτσι την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της συνεργασίας, της αυτοπροστασίας και της αλληλοπροστασίας, παράλληλα αναπλάθοντας πλαίσια/περιβάλλοντα. Η εγκαθίδρυση σχέσης είναι κομβικό σημείο στην πρόληψη των εξαρτήσεων. Μέσα από τη σχέση -μεταξύ των μελών της κοινότητας και ανάμεσα σε αυτά και τους/τις λειτουργούς πρόληψης που (οφείλουν να) δρουν ως πρότυπα και καταλύτες-, επέρχεται η συνειδητοποίηση της ευθύνης· η ενεργοποίηση και ανάληψη δράσης (λ.χ συγκρότηση ομάδων αυτοβοήθειας, ενεργοποίηση συλλόγων γονέων κ.ά.)· τελικά η σταδιακή αλλαγή σχέσεων, στάσεων και συμπεριφορών.

Η φιλοσοφία της πρόληψης, λοιπόν, μέσα από τις αξίες και αρχές της, προσβλέπει στην ανάπτυξη μιας ζωντανής, ισότιμης, πρότυπης σχέσης· και δεν έγκειται, άρα, στην αναπαραγωγή της κυρίαρχης, από καθέδρας σχέσης «ειδικού» και «μη ειδικού».

Για τους λόγους αυτούς, η μέθοδος που αξιοποιείται σε μεγάλο βαθμό και με ιδιαίτερη φροντίδα στις παρεμβάσεις των ΚΠ είναι αυτή της βιωματικής μάθησης. Η βιωματική μάθηση είναι ένας εναλλακτικός τρόπος κπαίδευσης που αντλεί κυρίως στις θεωρητικές πηγές των Piaget, Dewey και Lewin.⁵⁹ Ως τέτοια,

⁵⁸ Lerner, R.M. (2001). *Concepts and Theories of Human Development*, σ. 76-77.

⁵⁹ Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning*. New Jersey: Prentice Hall, σ. 12.

προάγει την ουσιαστική επικοινωνία -βασική παράμετρο μιας παρέμβασης πρόληψης- προσφέροντας την ευκαιρία στους/στις συμμετέχοντες/ουσες αλληλεπιδρώντας, να ανακαλέσουν, να αφουγκραστούν τον Άλλο, να ανταλλάξουν ιδέες και εμπειρίες, να σχετιστούν με άμεσο, αδιαμεσολάβητο τρόπο και, στο πνεύμα αυτό πλέον, «να μάθουν». Πρόκειται για μια πιο σύνθετη, πιο απαιτητική και πιο δημιουργική διαδικασία μάθησης, με την έννοια ότι η οικειοποίηση της γνώσης συμβαδίζει με την αναζήτηση νοήματος σε αυτή.

Κάθε διεπιστημονική ομάδα των ΚΠ, υιοθετώντας αρχές ουσιαστικής επικοινωνίας και διαπνεόμενη η ίδια από διάθεση τέτοιας επικοινωνίας, παίζει τον ρόλο εμψυχωτή της ομάδας. Συμβάλει στην ανάσυρση και επαναδιαπραγμάτευση προτύπων σχέσεων και συμπεριφορών, που εν γένει υπάρχουν στον καθένα, αλλά ο υπαρκτός τρόπος ζωής περιορίζει τις ενσαρκώσεις τους σε σποραδικές στιγμές ή και τις αποβάλλει για ολόκληρες φάσεις. Βοηθά, έτσι, στη διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος εμπειρίας, μέσα στο οποίο διευκολύνονται οι «ενδοψυχικές διεργασίες ιδιοποίησης και διαμόρφωσης του ψυχικού κόσμου, της προσωπικότητας και των επιθυμιών, αναγκών, κινήτρων, ενδιαφερόντων».⁶⁰

Η βιωματική μάθηση σε ομάδες, θα μπορούσαμε να πούμε, είναι «το σήμα κατατεθέν» των ΚΠ, μια ρηγμάτωση στο πλέγμα κυρίαρχων προτύπων και συμπεριφορών, ένας μεγάλος επιστημονικός και κοινωνικός πλούτος που συνδημιουργούν και εξελίσσουν οι εργαζόμενοι/ες με μέλη των τοπικών κοινωνιών, και το ιδιαίτερο ταυτοτικό στοιχείο, το ιδιαίτερο ίχνος με το οποίο τα ΚΠ έχουν εντυπωθεί στις συνειδήσεις των τελευταίων.

Κατά συνέπεια, παρά τις κυρίαρχες αναπαραστάσεις περί την πρόληψη, μια μονάχα πλευρά των παρεμβάσεων πρόληψης των εξαρτήσεων αφορά την παροχή πληροφοριών. Το μεγαλύτερο μέρος τους αφορά την καλλιέργεια σχέσεων και γνώσεων μέσω μιας εξακολουθητικής, μακρόχρονης⁶¹ εκπαιδευτικής διαδικασίας διαφορετικής, πιο ελεύθερης και δημιουργικής, ελκυστικής για κάθε ηλικιακή ομάδα, συχνά ανατρεπτικής και, πάντως, δημιουργικά συμπλεκόμενης με την ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ενδυνάμωση των μελών των κοινοτήτων, προκειμένου να υιοθετήσουν/αναπλάσουν/δημιουργήσουν θετικά πρότυπα και

⁶⁰ Μπακιρτζής, Κ. (2000). *Βιωματική Εμπειρία και κίνητρα μάθησης*. Παιδαγωγική Επιθεώρηση, τ. 30, σ. 102.

⁶¹ Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T., & Griffin, K. (1999). *Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use*. *Journal of Drug Education*, 29(3), σ. 251-278.

τρόπους ζωής.⁶²

Από μακροπρόθεσμη σκοπιά, η προσωπική και κοινωνική αλλαγή που επέρχεται μέσω των παρεμβάσεων πρωτογενούς πρόληψης -αναλυόμενων σε αξίες, αρχές και πρακτικές, σχέσεις και διαδικασίες κατά κύριο λόγο στο πλαίσιο ομάδων- συμβάλλει στην άμβλυνση της ατομικής και κοινωνικής δυσφορίας, άρα και «παθολογίας», και κατ' επέκταση στην εξοικονόμηση πόρων πολλών ειδών και σε πολλαπλά επίπεδα: από τον ουσιαστικό παιδαγωγικό χρόνο στη σχολική τάξη, ως την αποσυμφόρηση προγραμμάτων απεξάρτησης, δομών ψυχικής υγείας και/ή σωφρονιστικών καταστημάτων.^{63 64}

Συγκεκριαλιώνοντας, οι εργαζόμενοι/ες των ΚΠ αναπτύσσουμε παρεμβάσεις πρόληψης μέσα από διεπιστημονικές ομάδες, με το σκεπτικό ότι η αντιμετώπιση του φαινομένου της εξάρτησης, ιδιαίτερα στο επίπεδο πρόληψης, δηλαδή παρέμβασης στις αιτιολογικές παραμέτρους του, απαιτεί να λαμβάνονται ισότιμα υπ' όψη οι βιολογικοί, ψυχικοί και κοινωνικοί παράγοντες^{65 66} στις ποικίλες μεταξύ τους συναρθρώσεις. Πιο εμφατικά: ο άνθρωπος είναι κάτι πολύ περισσότερο από σώμα, αλλά και από ένα μαθηματικό άθροισμα σώματος και ψυχής, αφού διαμορφώνει και διαμορφώνεται από την κοινωνία και γενικότερα το περιβάλλον. Οι απόπειρες ταξινόμησης των παρεμβάσεων πρόληψης, βασισμένες σε προτεινόμενες διακρίσεις μεταξύ μικρο- και μακρο- επιπέδων (λ.χ. ατομικό, οικογενειακό, κοινοτικό, κοινωνικό) είναι μεν χρήσιμες στους «ειδικούς» ως συμβολές στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση, ωστόσο ιδιαίτερα προβληματικές, στον βαθμό που η διάκριση αντικαθιστά τη θεώρηση του ανθρώπου ως ολότητα σε αδιάσπαστη ενότητα με το περιβάλλον του. Για εμάς, απώτερος στόχος των προγραμμάτων πρόληψης, στην εποχή μιας κρίσης παρατεταμένης, αναδεικνύουσας και αναδεικνυόμενης ιδιαίτερα μέσα από τη διάρρηξη των

⁶² Botvin, G.J., & Botvin, E.M. (2004). *School-based and community-based prevention approaches*. Στο Lowinson, J., Ruiz, P. & Millman, R. (eds.) *Substance abuse: A comprehensive textbook*. (2004: 1992). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

⁶³ Miller, T.R., & Hendrie, D. (2008). *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*. U.S. Department of Health and Human Services; Substance Abuse and Mental Health Services; Administration Center for Substance Abuse Prevention, σ. 32-33.

⁶⁴ Pentz, M.A. (1998). *Costs, benefits, and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention*. Στο Bukoski, W.J., & Evans, R.I. (eds.) (1998). *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*. NIDA Research Monograph No. 176. Washington, DC, σ. 111-129, 1998.

⁶⁵ Di Matteo, M.R., & Martin, R.L. (2011). *Εισαγωγή Στην Ψυχολογία της Υγείας*, Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, σ. 388-389.

⁶⁶ Engel, G.L. (1997). *From biomedical to Biopsychosocial: Being scientific in the human domain*. *Psychosomatics*, 38, σ. 521-528.

κοινωνικών δεσμών, είναι η ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής. Ο ορίζοντας των παρεμβάσεων πρόληψης, προκειμένου αυτές να μην εκφυλίζονται σε αποσπασματικές, διαχειριστικές «δράσεις», δεν μπορεί να είναι άλλος απ' αυτόν της ουσιαστικής αυτονομίας κάθε ανθρώπου, δηλαδή της αυτονομίας ως υπεύθυνου μέλους μιας κοινότητας. Έτσι, όποια και αν είναι η εκάστοτε «ομάδα-στόχος» μιας παρέμβασης, τα προγράμματά μας (οφείλουν να) στοχεύουν στην ενδυνάμωση των δεσμών της κοινότητας, στη συνειδητοποίηση της προσωπικής και συλλογικής ευθύνης και στην ανάληψη δράσης, ιδιαίτερα σε συνθήκες γενικευμένης κρίσης. Στοχεύουν, τελικά, στην κινητοποίηση και ενεργοποίηση για ό,τι «συμβαίνει» γύρω μας και μέσα μας, στη συνειδητοποίηση της αλληλοδιαπλοκής των τέτοιων συμβάντων, στην ενίσχυση προσωπικών και συλλογικών εγχειρημάτων υπέρβασης των δυσκολιών, που αυτά γεννούν στην καθημερινότητα οδηγώντας και σε εξαρτητικές συμπεριφορές. Σε αρκετές περιπτώσεις και σταδιακά, οι ομάδες που συστήνονται στο πλαίσιο παρεμβάσεων των ΚΠ μετεξελίσσονται σε κοινωνικά δίκτυα προκειμένου να λειτουργήσουν ως «πυρήνες πρόληψης» στις τοπικές κοινωνίες, αναλαμβάνοντας κοινωνική δράση. Βασικές και ιδιαίτερες μέθοδοι διευκόλυνσης της όλης κίνησης είναι αυτές της βιωματικής μάθησης και της συμμετοχικής έρευνας δράσης⁶⁷.

Η πρόληψη περιλαμβάνεται, λοιπόν, στον πυρήνα των «μέτρων» για την ανακοπή και μείωση της χρήσης ουσιών και των εν γένει εξαρτήσεων, εστιασμένη κυρίως σε ομάδες ή «πληθυσμούς» που δεν έχουν υιοθετήσει εξαρτητικές συμπεριφορές, ιδιαίτερα σε παιδιά, εφήβους, νέους. Πάνω σε αυτή τη συγκεκριμένη βάση οι «στρατηγικές πρόληψης» είναι απαραίτητο να απευθύνονται τόσο στον λεγόμενο «γενικό πληθυσμό» όσο και σε λεγόμενους «ειδικούς πληθυσμούς», θεωρούμενους ως ιδιαίτερα ευάλωτοι στη χρήση ουσιών, την παραβατικότητα, την ψυχική ασθένεια – με συγκεκριμένο σκεπτικό, που αναλύουμε στο ακόλουθο υποκεφάλαιο.

Τα τρία επίπεδα της πρόληψης και η εστίαση των Κέντρων Πρόληψης

Από τις επιστημονικές αντεγκλήσεις γύρω από το ζήτημα των ορίων μεταξύ πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης στο πεδίο της ψυχικής υγείας, που κορυφώθηκαν τη δεκαετία του 1960, αναδύθηκαν και καθιερώθηκαν έννοιες που

⁶⁷ Περισσότερα για τη συμμετοχική έρευνα δράσης στο Κεφάλαιο Ε'.

επιχειρούσαν την οριοθέτηση επιπέδων πρόληψης των εξαρτήσεων, ανάλογα με τη φάση υλοποίησης της προληπτικής παρέμβασης. Πρώτος ο ψυχίατρος Gerald Caplan πρότεινε ένα τέτοιο μοντέλο προληπτικής φροντίδας, που έτυχε αποδοχής και εκτός ιατρικής κοινότητας, εισάγοντας τους όρους «πρωτοβάθμια/πρωτογενής», «δευτεροβάθμια/δευτερογενής» και «τριτοβάθμια/τριτογενής» πρόληψη⁶⁸.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, ο όρος «πρωτογενής πρόληψη» αναφέρεται στο σύνολο των παρεμβάσεων που υλοποιούνται στον λεγόμενο «υγιή πληθυσμό» με στόχο την αποφυγή ή καθυστέρηση της χρήσης ουσιών και της εξάρτησης⁶⁹, συμβάλλοντας στην εν γένει «μείωση της ζήτησης». Πρόκειται για τον βασικό πυλώνα της πρόληψης, την «πρόληψη καθεαυτή», που καλείται να αναγνωρίσει και αντιμετωπίσει τις δέσμες αιτιών της εξάρτησης, άρα με μεγάλο εύρος παροχής υπηρεσιών και υψηλά επίπεδα κινητοποίησης κοινωνικών δυνάμεων.

Η δευτερογενής πρόληψη αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των εξαρτημένων και τις παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης⁷⁰ οι οποίες αφ' ενός προλαμβάνουν περαιτέρω επιπλοκές στην υγεία του χρήστη (AIDS, ηπατίτιδα, τροχαία ατυχήματα κ.λπ.), αφ' ετέρου δεν περιορίζονται, ούτε συνίστανται κυρίως στη χορήγηση υποκαταστάτων ουσιών – αναπαραστάση που έχει κυριαρχήσει στη χώρα μας: παρεμβάσεις μείωσης της βλάβης είναι και η «δουλειά στον δρόμο» (street-work), μια παρέμβαση αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ ή «έκσταση» σε χώρο μαζικής διασκέδασης, μια παρέμβαση αναφορικά με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια σε internet-cafe κ.ά.

Τέλος, η τριτογενής πρόληψη ή πρόληψη της υποτροπής αφορά τις υποστηρικτικές διαδικασίες που ακολουθούνται ώστε ο/η απεξαρτημένος/η να μην υποχωρήσει μπρος στις αντιξοότητες της σύγχρονης ζωής, υιοθετώντας ξανά βλαπτικούς προς τον εαυτό του και την κοινότητα τρόπους αναπόκρισης σε αυτές. Αυτό πρακτικά σημαίνει αντιμετώπιση όλων των παραγόντων που ευνοούν τέτοια υποχώρηση (ανεργία, στιγματισμός, οικογενειακό πλαίσιο κ.λπ.)⁷¹, γεγονός που αναδεικνύει έναν όγκο παρεμβάσεων μάλλον υποτιμημένων στις κυρίαρχες

⁶⁸ Caplan, G. (1964), *Principles of Preventive Psychiatry*.

⁶⁹ Botvin, G.J., Griffin, K.W. (2007). *School-Based Programs to Prevent Alcohol, Tobacco and Other Drug Use*, *International Review of Psychiatry*, 19(6), σ. 607-615.

⁷⁰ Spinger, A., Uhl, A. (1998). *Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse*. Ludwig-Boltzmann-Institute for Addiction Research, Vienna – Austria.

⁷¹ Όπ.π.

αναπαραστάσεις και στις μέχρι τώρα ακολουθούμενες πολιτικές αντιμετώπισης της εξάρτησης.

Η έμφαση των Κέντρων Πρόληψης (εφ' εξής ΚΠ) τοποθετείται στην πρωτογενή πρόληψη των εξαρτήσεων, με το κεντρικό σημείο αναφοράς βρισκόμενο στην ανίχνευση, αποσαφήνιση και υπέρβαση όλων εκείνων των αιτιολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στην διαμόρφωση της ψυχικής και κοινωνικής δυσλειτουργίας, και την εκδήλωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς, σε συγκεκριμένο ιστορικό (κοινωνικό-πολιτισμικό) πλαίσιο. Στην Ελλάδα η πρωτογενής πρόληψη υπολείπεται πολύ της εδραίωσής της ως πυλώνας πολιτικής αντιμετώπισης της εξάρτησης. Χρειάζεται να αναπτυχθεί στο πλαίσιο ενός ενιαίου και ανεξάρτητου φορέα των ΚΠ που θα συνεργάζεται ισότιμα με όλους τους υπόλοιπους φορείς αντιμετώπισης της εξάρτησης, εστιάζοντας στην ψυχική υγεία και την ευεξία του πληθυσμού συμπεριλαμβανομένης της ενεργοποίησης και συμμετοχής του.

Μια άλλη, νεώτερη ταξινόμηση της πρόληψης στην ψυχική υγεία γίνεται ανάμεσα σε «καθολική», «επικεντρωμένη», «ενδεδειγμένη»^{72 73}, εισήχθη από το Αμερικανικό Institute of Medicine (IOM) το 1994⁷⁴ και υιοθετήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Τεκμηρίωσης (EMCDDA)⁷⁵.

Η νέα ορολογία προτάθηκε με το σκεπτικό πως είναι ακριβέστερη και δημιουργεί λιγότερη σύγχυση σχετικά με τα όρια ή την αλληλοεπικάλυψη των σταδίων πρόληψης, εξυπηρετεί τις μεθοδολογικές ανάγκες των ειδικών της πρόληψης και διαμορφώνει πιο ικανοποιητικά την έννοια ενός συνεχούς παρεμβάσεων. Προκειμένου, ωστόσο, να γίνει συνολικότερα κατανοητός ο λόγος εισαγωγής της νέας ορολογίας, μάλιστα σταδιακά σε αντικατάσταση -και όχι σε συμπλήρωση- της προηγούμενης, χρειάζεται να σημειωθεί πως το ιστορικό πλαίσιο της εδραίωσής της χαρακτηρίζεται από την εντατικοποίηση των αυστηρών δημοσιονομικών πολιτικών διεθνώς, την αυξημένη κοινωνική διαφοροποίηση σε

⁷² ΕΚΤΕΠΝ, ΕΠΙΨΥ, ΟΚΑΝΑ (2011). *Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης. Κατευθυντήριες γραμμές και Σχεδιασμός Παρεμβάσεων*. Αθήνα 2011. Διαθέσιμο στο <http://www.ektepn.gr>

⁷³ Eggert, L., & Nicholas, L. (2004). *Reconnecting Youth: A peer group approach to building life skills*. Bloomington, National Educational Service.

⁷⁴ O'Connell, M., Boat, T., & Warner, K.E. (eds.) (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. National Research Council And Institute of Medicine of the National Academies.

⁷⁵ EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu>

σχέση με τις προηγούμενες μεταπολεμικές δεκαετίες, καθώς και την παράλληλη προσαρμογή των μοντέλων άσκησης κοινωνικής πολιτικής στην απορρέουσα απαίτηση για εντονότερη άσκηση κοινωνικού ελέγχου.⁷⁶

Με τις καθολικές παρεμβάσεις η έμφαση δίνεται στην απεύθυνση στο σύνολο της κοινότητας ως «ενεργού κοινωνικού δικτύου»⁷⁷, περιλαμβανομένης της σχολικής κοινότητας (εκπαιδευτικοί, μαθητές, γονείς), όπου τα ΚΠ έχουν σταθερή υποστηρικτική παρουσία και καινοτόμο έργο επί 20ετία. Η στόχευσή των καθολικών παρεμβάσεων εστιάζεται στην αποτροπή ή καθυστέρηση της υιοθέτησης μιας αυτοκαταστροφικής εξαρτητικής συμπεριφοράς και των επιπτώσεών της στο εγγύς και ευρύτερο περιβάλλον του ανθρώπου, με έμφαση στους/στις νέους/ες. Απευθύνονται και υλοποιούνται κυρίως σε παιδιά και νέους/ες τόσο άμεσα όσο και έμμεσα (βλ. προγράμματα σε «σημαντικούς ενήλικες», λ.χ. γονείς, εκπαιδευτικούς, παιδαγωγούς εκτός τυπικής εκπαίδευσης κ.ά.). Κύριο θετικό χαρακτηριστικό τους θεωρείται η δυνατότητα αντιμετώπισης επί μέρους ζητημάτων μέσα από ολιστική προσέγγιση, η αυξημένη δυνατότητα κατανόησης των κοινών αιτιολογικών παραγόντων των διάφορων εξαρτητικών συμπεριφορών, άρα η μεγάλη ευελιξία προσέγγισης και αντιμετώπισης «νέων εξαρτήσεων» πέραν της χρήσης ουσιών, η πραγμάτευση του προσωπικού μέσω του συλλογικού και αντιστρόφως, η ευκολότερη σύγκλιση των ιδιαίτερων προγραμμάτων/παρεμβάσεων σε ενιαίο πλαίσιο και στόχο. Η αποτελεσματικότητά τους, ιδιαίτερα των παρεμβάσεων στη σχολική κοινότητα, είναι στοιχειοθετημένη, εφ' όσον υλοποιούνται εν είδει προγραμμάτων δομημένων, συγκροτημένων και σε μακροχρόνια βάση⁷⁸ όπως σε πολύ μεγάλο βαθμό γίνεται από τα ΚΠ στην Ελλάδα, παρά τις δυσκολίες που αναδύει το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας τους. Επιπλέον, οι παρεμβάσεις πρόληψης των εξαρτήσεων στη σχολική κοινότητα μετά από πολλά χρόνια σταθερής υλοποίησής τους, είναι πλέον οι πιο δημοφιλείς σε πανευρωπαϊκό επίπεδο⁷⁹ – δηλαδή πολύ μεγάλα κοινωνικά τμήματα έχουν ιδιαίτερα θετική στάση απέναντί τους, παράμετρος πολύ σημαντική για τον σχεδιασμό μιας πολιτικής πρόληψης των εξαρτήσεων⁸⁰.

⁷⁶ Harrison, M., & Sanders, T. (eds.) (2014). *Social Policies and Social Control. New Perspectives on The 'Not-So-Big Society'*. Policy Press.

⁷⁷ EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html>

⁷⁸ Όπ.π.

⁷⁹ Όπ.π.

⁸⁰ Όπ.π.

Οι επικεντρωμένες παρεμβάσεις απευθύνονται σε συγκεκριμένες «ομάδες πληθυσμού», όπως παλιννοστούντες, μετανάστες, πρόσφυγες, μαθητές διαφορετικής εθνικότητας, εφήβους στο όριο να διακοπής σχολικής φοίτησης, ανήλικους παραβάτες, κατοίκους υποβαθμισμένων περιοχών, παιδιά σε φιλοξενία που στερούνται οικογένεια. Οι ομάδες αυτές θεωρείται πως, λόγω έλλειψης πόρων (όχι με τη στενά οικονομική έννοια), είναι «ευαίσθητες» ή «ευάλωτες, δηλαδή τα μέλη τους -με έμφαση ξανά στις νεότερες ηλικίες- είναι πιθανό να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν προβληματικές/βλαπτικές σχέσεις με ουσίες⁸¹.

Οι ενδεδειγμένες παρεμβάσεις αφορούν τον εντοπισμό και την προσέγγιση μεμονωμένων ανθρώπων με προσωπικές δυσκολίες, που θεωρείται πως ενδέχεται να οδηγήσουν σε προβληματική χρήση ουσιών κάποια στιγμή στη ζωή τους, καθώς και ανθρώπων που ήδη πειραματίζονται με τη χρήση ουσιών. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης εδώ περιλαμβάνουν κυρίως την έγκαιρη παρέμβαση και τη συμβουλευτική. Στο προτεινόμενο αυτό επίπεδο άσκησης πολιτικών πρόληψης, το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο λαμβάνεται ελάχιστα ή καθόλου υπ' όψη.

Χρειάζεται emphaticά να σημειωθεί ότι γύρω από τα ζητήματα των επικεντρωμένων και ενδεδειγμένων παρεμβάσεων πρόληψης αναπτύσσεται ένας ιδιαίτερα αντιπαραθετικός διάλογος στον τομέα της πρόληψης και της θεραπείας, όχι μόνο της εξάρτησης αλλά της ψυχικής υγείας γενικότερα, δίχως «τελικές αποδείξεις»⁸². Κύρια πεδία αντιπαραθέσης συνιστούν τα ζητήματα ηθικής, δεοντολογίας και υψηλού βαθμού διαπλοκής της επιστήμης με τις ασκούμενες πολιτικές.

Η προώθηση επικεντρωμένων παρεμβάσεων κρίνεται χρήσιμη στη χώρα μας στις σημερινές συνθήκες. Εφ' όσον, συμπληρώνουμε, πλαισιώνονται από τη βασική εστίαση στις ανθρώπινες σχέσεις σε κοινοτικό ορίζοντα, προκειμένου να υπάρχουν πιθανότητες να «σταθεί» η χαρακτηριζόμενη ως «ευάλωτη ομάδα» στο ευρύτερο σύνολο απαλλαγμένη από την κοινωνική απομόνωση, μέσω κυρίως της αλλαγής της απορριπτικής στάσης άλλων κοινωνικών ομάδων και/ή κοινοτήτων που συνυπάρχουν σε διαφορετικό, συνήθως «ανώτερο στάτους». Σε διαφορετική περίπτωση, οι επικεντρωμένες παρεμβάσεις εύκολα φθίνουν σε διαχειριστικές και

⁸¹ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders*. Bethesda MD: National Institute on Health.

⁸² Rapee, R.M., Wignall, A., Sheffield, J., Kowalenko, N., Davis, A., McLoone, J., Spence, S. H. (2006). *Adolescents' Reactions to Universal and Indicated Prevention Programs for Depression: Perceived Stigma and Consumer Satisfaction*. *Prevention Science*, v. 7, 2 (June 2006), σ. 167-177.

κατασταλτικές «δράσεις» που συμβάλουν στην ενοχοποίηση, τον στιγματισμό, την αναπαραγωγή αναπαραστάσεων και συνθηκών «περιθωρίου»⁸³ ⁸⁴, ιδιαίτερα σε συνθήκες κρίσης⁸⁵, άρα αυτο-εξουδετερώνονται ως προς τον διακηρυγμένο στόχο τους.

Ομοίως, δεν απορρίπτουμε εκ των προτέρων το επίπεδο ενδεδειγμένης παρέμβασης. Στον μαθητικό πληθυσμό, για παράδειγμα, θα ήταν ίσως βοηθητικό να υλοποιούνται εξειδικευμένα προγράμματα, απευθυνόμενα σε μαθητές που εκτιμάται πως βρίσκονται σε συνθήκες πρόσφορες στην εγκαθίδρυση συμπεριφορών εξάρτησης ή συμπεριφορών που σχετίζονται με την εξάρτηση⁸⁶. Διατηρούμε, ωστόσο, τις επιφυλάξεις που εγείρουμε και ως προς την επικεντρωμένη πρόληψη. Εδώ σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό, αφού οι παρεμβάσεις πλέον εξατομικεύονται αυξάνοντας, έτσι, τις προϋποθέσεις προβληματικής ψυχολογιοποίησης/ψυχιατρικοποίησης κοινωνικών φαινομένων, όπως λ.χ. της αντίστασης ανθρώπων στην πλήρη αφομοίωση από την κυρίαρχη κουλτούρα, στις απόπειρες βίαιης επιβολής όρων επιπολιτισμού.⁸⁷

Οι ενστάσεις μας εντείνονται ιδιαίτερα στη συνάντηση δύο αλληλοτροφοδοτούμενων απουσιών και μιας ιδιαίτερα ισχυρής παρουσίας, στο ελλαδικό πλαίσιο. Ως προς τις απουσίες, εννοούμε αυτήν ενός ολοκληρωμένου θεσμικού πλαισίου για τα ΚΠ ως ενιαίου φορέα εστιασμένου στην πρωτογενή και καθολική πρόληψη, και αυτήν μιας ολοκληρωμένης και τεκμηριωμένης πολιτικής για την πρόληψη των εξαρτήσεων και την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας, όπως αποτυπώνονται λ.χ. και στην υποστελέχωση των ΚΠ – πρακτικό ανασταλτικό παράγοντα για την ανάπτυξη παρεμβάσεων καθολικής πρόληψης, πόσο μάλλον επικεντρωμένης και ενδεδειγμένης. Ως προς την ισχυρή παρουσία, εννοούμε αυτήν μιας κοινωνίας γενικά μικρότερης εσωτερικής διαφοροποίησης και ισχυρότερων άτυπων/εμπρόσωπων δικτύων προστασίας, όπως η οικογένεια, σε αντιδιαστολή,

⁸³ Corrigan, P.W., Watson, A.C. (2003). Factors that explain how policy makers distribute resources to mental health services. *Psychiatric Services*, 54 (2003), σ. 501–507.

⁸⁴ Rüsçh, N., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Müller, M., Paust, T., et al. (2013). *Attitudes towards help-seeking and stigma among young people at risk for psychosis*. *Psychiatry Research*, 210 (2013), σ. 1313–1315.

⁸⁵ Πουλόπουλος, Χ. (2014). *Κρίση, φόβος και διάρρηξη της κοινωνικής συνοχής* – βλ. ιδιαίτερα την αναφορά στην περίπτωση των οροθετικών γυναικών ως παράδειγμα κατασκευής ενόχων και ποινικοποίησης αλλά και ιατρικοποίησης της διαφορετικότητας.

⁸⁶ Egger, L., & Nicholas, L. (2004). *Reconnecting Youth: A peer group approach to building life skills*. Bloomington, National Educational Service.

⁸⁷ Μεγαλοοικονόμου, Θ., Λερίδου, Α., Μοναχού, Μ. (2007). *Η Πολιτισμική Διάσταση της Ψυχικής Υγείας και του Ψυχικού Πόνου*. Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, τ. 4 (Ιούλιος 2007), σ. 66.

λ.χ., με τις βορειο-ευρωπαϊκές κοινωνίες. Τα δίκτυα αυτά, ιδιαίτερα στην εποχή της καθολικής κρίσης, είναι τεράστιος πλούτος – ένας πλούτος επιπέδου επιβίωσης και συνοχής, προς ενίσχυση και υποστήριξη.

Ακριβώς για αυτό, το EMCDDA τονίζει το γεγονός ότι είναι πολύ δύσκολο να συγκριθούν (πολύ περισσότερο να ομογενοποιηθούν) προσεγγίσεις και παρεμβάσεις πρόληψης μεταξύ των διαφορετικών ευρωπαϊκών χωρών, ενώ σε πολύ πρόσφατη (Απρίλιος 2016) επικαιροποίησή του των «προφίλ πρόληψης» στην Ευρώπη αναφέρεται εκτεταμένα σε νέες καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης στην οικογένεια⁸⁸, σε πείσμα όσων θεωρούν (χωρίς τεκμηρίωση) πως δήθεν πιο σύγχρονες και πιο αναγκαίες είναι οι παρεμβάσεις επικεντρωμένης και ενδεδειγμένης πρόληψης.

Η έμφαση των ΚΠ στην παραπάνω διάκριση επιπέδων πρόληψης τοποθετείται στην καθολική πρόληψη, καθώς αυτή προσφέρει μια πιο ολιστική προσέγγιση του φαινομένου της εξάρτησης, εντάσσοντάς το σε συνεχή, ενιαία αλλά όχι συγχωνευμένα πλαίσια και υπο-πλαίσια. Καθώς, επίσης, στοχεύει στην ενδυνάμωση του προσώπου εντός της ομάδας παρά στο τεχνητά απομονωμένο/ταξινομημένο «άτομο», μάλιστα στην Ελλάδα των μέσης και μακράς διάρκειας παρεμβάσεων των ΚΠ. Αλλά και στην Ελλάδα των ακόμη ισχυρών «άτυπων» υποστηρικτικών δικτύων, συμπεριλαμβανομένου του θεσμού της οικογένειας. Θεωρούμε ότι η καθολική πρόληψη διαθέτει ιδιαίτερα θετικά στοιχεία/πλεονεκτήματα σε σχέση με αμφότερα τα υπόλοιπα προτεινόμενα επίπεδα πρόληψης: συνολική ματιά, σύνδεση με το ευρύτερο περιβάλλον, αποφυγή στιγματισμού, επεξεργασία στάσεων και αναπαραστάσεων, καλλιέργεια προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, ανάληψη ευθύνης, σε προχωρημένα στάδια άμεση γνωριμία/σχέση με το διαφορετικό/ανοίκιο κοκ. Μονάχα με την ενίσχυση των παρεμβάσεων καθολικής πρόληψης μπορούμε να μιλάμε για απόπειρες επέκτασης των παρεμβάσεων στα άλλα δύο επίπεδα, με τρόπο που να εντάσσονται σε ενιαίο σκεπτικό και ολοκληρωμένα εφαρμοσμένα προγράμματα. Εξάλλου, είναι ακριβώς μέσα από την υλοποίηση προγραμμάτων καθολικής πρόληψης που κάθε

⁸⁸ EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/prevention-profiles>

διεπιστημονική ομάδα μπορεί να εντοπίσει ιδιαίτερα, συγκεκριμένα, πραγματικά αιτήματα, εντός των εκάστοτε τοπικών συνθηκών. Αυτός ο σαφώς προσδιορισμένος συνδυασμός με επίκεντρο την καθολική πρόληψη, μπορεί να συμβάλει αφ' ενός στην προσπάθεια ουσιαστικής αντιμετώπισης νέων μορφών και ποιοτήτων στο κοινωνικό φαινόμενο της εξάρτησης (λ.χ. προσφυγικό ζήτημα), αφ' ετέρου στην υπέρβαση αδιέξοδων διαχειριστικών λογικών που εστιάζουν σε πλευρές μονάχα του φαινομένου, τεμαχίζοντάς το σε «προβλήματα», τα οποία μάλιστα κατόπιν εξατομικεύονται.

Ένα επί μέρους κριτήριο της τυπολογίας παρεμβάσεων πρωτογενούς και καθολικής πρόληψης αφορά στις βασικές ομάδες-στόχο τους, ώστε επικεντρώνονται σε τρία πεδία: στη σχολική κοινότητα, υλοποιούμενες στο εκπαιδευτικό πλαίσιο και εστιάζοντας στην ανάπτυξη προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων αντίστασης, και στην αλλαγή κανονιστικών πεποιθήσεων στην οικογένεια, περιλαμβάνουσες την ενδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών και την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου και στην ευρύτερη κοινότητα, με προσπάθειες συνδυασμένης προσέγγισης ομάδων σε διαφορετικά πλαίσια, με τρόπο που να μην είναι αποσπασματικός, και με μηνύματα σαφή και συνεχή μεταξύ τους⁸⁹.

Συνοψίζοντας: Βασικοί στόχοι, πεδία σχεδιασμού, εφαρμογής και παρέμβασης των Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας είναι η πρωτογενής και η καθολική πρόληψη. Οι στόχοι αυτοί τιμούν την προσέγγιση της εξάρτησης ως πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο, η αποτελεσματική αντιμετώπιση του οποίου προϋποθέτει και εμπεριέχει μετασχηματισμούς -μικρούς και μεγάλους- σε επίπεδο κοινότητας, δια της ενεργοποίησης και συμμετοχής των μελών της. Όλες οι παρεμβάσεις των ΚΠ, σε όλα τα προτεινόμενα από τη βιβλιογραφία επίπεδα, (οφείλουν να) αφορούν τον άνθρωπο ως μέλος μιας κοινότητας.

Προεκτείνοντας την οπτική αυτή, επιθυμούμε και διεκδικούμε τις παρεμβάσεις μας ως ζώσες, δηλαδή εστιασμένες στην προσπάθεια δημιουργίας αυθεντικών σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων, στην επανασυγκρότησή τους χωρίς απομιμήσεις και κακέκτυπα, σε νέες βάσεις, με σύγχρονους, πρωτότυπους τρόπους κατ' αντιστοιχία με τις σύγχρονες κοινωνικές προκλήσεις και απαιτήσεις.

⁸⁹ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003). Όπ.π.

Πτυχές της προσέγγισης αυτής θα παρουσιαστούν στη συνέχεια, αναλυτικότερα δε στο Κεφάλαιο Ε'.

Εφαρμογές πρόληψης και πεδία παρεμβάσεων

Όπως αναφέρθηκε, οι παρεμβάσεις των διεπιστημονικών ομάδων των ΚΠ απευθύνονται σε παιδιά, εφήβους και νέους καθώς και σε άλλες, «ενδιάμεσες ομάδες πληθυσμού» χαρακτηριζόμενες από την ιδιότητα συχνής επαφής τους με τους νέους. Έτσι, με επίκεντρο και βασικό πλαίσιο παρεμβάσεων τη σχολική κοινότητα (μαθητές/-τριες, εκπαιδευτικοί, γονείς), οι λειτουργοί των ΚΠ επί είκοσι χρόνια πραγματοποιούμε σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές ανά την επικράτεια τις παρακάτω παρατιθέμενες δέσμες παρεμβάσεων⁹⁰ – με την εκ νέου επισήμανση ότι η ξεχωριστή παρουσίασή τους γίνεται για λόγους καθαρά μεθοδολογικούς, ότι δηλαδή όλες μαζί (οφείλουν να) συνδέονται ποικιλοτρόπως με το νήμα της καθολικής, πολύπλευρης κοινοτικής δουλειάς.

Ομιλίες ανοιχτές στην κοινότητα

Προσεγγίζουμε την εξάρτηση ως κοινωνικό φαινόμενο, με την έννοια ενός ιδιαίτερου αλλά όχι απομονωμένου ή σταθερού «σημείου», όπου με τρόπο αποφασιστικό συγκλίνουν αίτια καθολικά και από όπου απορρέουν επιπτώσεις καθολικές και ευθύνες αντιμετώπισης συλλογικές – κάθε φορά δε διαφορετικές με την έννοια των δυναμικών διαδικασιών. Ως τέτοιο διατρέχει το όλον κοινωνικό σύστημα στο οποίο εντάσσεται ο άνθρωπος, προσδιορίζει την «προβληματική της κοινωνικοποίησης» που εμφανίζουν τόσο τα μικροσυστήματα (π.χ. οικογένεια, σχολείο) όσο και τα μακροσυστήματα (π.χ τοπική κοινότητα, κοινωνία)⁹¹ και καθιστά την αντιμετώπισή του ιδιαίτερα δύσκολη.

Η εξισορρόπηση ανάμεσα στην «ατομικότητα» και την «ομαδικότητα», ανάμεσα στο «υπάρχω» και στο «συνυπάρχω», ανάμεσα στο «είμαι» και στο «είμαστε», καλεί σε διάνοιξη πεδίων παρέμβασης για τροποποίηση των όρων της παθητικότητας και του ατομοκεντρισμού, καθώς και του μαζισμού και της συγχώνευσης, που επιτείνουν αδιέξοδα και καταστροφικές μορφές «φυγής» από

⁹⁰ Εκτός από τις αναφερόμενες αναπτύσσονται και καινοτόμες δράσεις ως πρωτότυπα σημεία σύνθεσης της συσσωρευμένης εμπειρίας των εργαζομένων των ΚΠ και των νέων, αυξανόμενων κοινωνικών αναγκών.

⁹¹ Cancrini, L. (1982). *Τοξικομανίες*. Αθήνα: Αποσπερίτης.

αυτά. Η τροποποίηση μπορεί να αναζητηθεί κατ' αρχάς στην οδό κατάρριψης μύθων περί την εξάρτηση, μετάδοσης μηνυμάτων ενθαρρυντικών της συνεργασίας, της συλλογικής ανάληψης ευθυνών και πρωτοβουλιών γύρω από θέματα που αφορούν την εξάρτηση, την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.

Στόχος, λοιπόν, της ενημέρωσης μέσω ανοιχτών ομιλιών είναι η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινότητας, η διάχυση ενισχυτικών μηνυμάτων και η κινητοποίηση, ο προβληματισμός γύρω από την αιτιολογία της εμφάνισης εξαρτητικών συμπεριφορών και γενικότερα ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, η ανάδειξη ζητημάτων ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης και πρόληψης, η προσφορά ερεθισμάτων διαλόγου γύρω από την ενεργητική συμμετοχή, τη συνεργασία και την κοινή δράση των πολιτών σε θέματα που σχετίζονται με την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας, την ενημέρωση για προληπτικές παρεμβάσεις που τα ίδια τα ΚΠ εφαρμόζουν.

Η τέτοια συνάντηση και συνέγερση ανθρώπων-μελών της κάθε κοινότητας γύρω από στόχους βελτίωσης της ζωής τους, αναδιαμόρφωσης και συνδιαμόρφωσης του ζωτικού χώρου τους, αναπαριστά μια μεγάλη πηγή «κοινωνικού κεφαλαίου», που έχει να διαδραματίσει σημαντικό συγκροτητικό και κινητοποιητικό ρόλο στην κοινωνία συνολικά^{92 93}.

Στήριξη του γονεϊκού ρόλου

Η βίωση της σημερινής πραγματικότητας, όπως μάς μεταφέρεται από γονείς και τεκμηριώνεται βιβλιογραφικά, χαρακτηρίζεται από στοιχεία διαβρωτικά, όπως: η αδυναμία άντλησης ευχαρίστησης· η αποσταθεροποίηση των αξιακών συστημάτων και η διάχυση της αποσταθεροποίησης σε «μικροκοινωνικά συστήματα», όπως η οικογένεια· η αποδυνάμωση των σημασιών της μητρικής και πατρικής λειτουργίας και η έκταση που αυτή παίρνει στις οικογένειες ανθρώπων που βρίσκονται σε ένα συνεχές παιχνίδι ανάμεσα σε ζητούμενο όρια και στην αρχή της ηδονής⁹⁴. Οι γονείς, ολοένα περισσότερο τα τελευταία χρόνια, αμφιταλαντεύονται ανάμεσα σε ποικίλες, αντιφατικές αφηγήσεις του «σωστού» και

⁹² Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε Ανθρώπους και Βρήκαμε Σκιές... Το Αίνιγμα της Τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.

⁹³ Ζαφειρίδης, Φ. (2009). *Εξαρτήσεις και Κοινωνία. Θεραπευτικές κοινότητες: Ομάδες Αυτοβοήθειας*. Αθήνα: Κέδρος.

⁹⁴ Σφήκας, Κ. (2004). *Η Κατασκευή του Φαινομένου της Τοξικομανίας. Μεταξύ Κοινωνιοπαθολογίας και Ψυχοπαθολογίας*, Μετάλογος 6.

του «λάθους», ανάμεσα στο τι ζητούν οι ίδιοι από τη ζωή τους και τι τελικά έχουν, τι θέλουν για το παιδί τους και τι μπορούν να του δώσουν, τι θέλουν από το παιδί και πώς τού το ζητούν⁹⁵.

Μια μικρή παρέκβαση: Η θεραπευτική προσέγγιση της εξάρτησης σε οικογενειακό επίπεδο προσανατολίζεται σε ζητήματα επικοινωνίας, στην απόκτηση δεξιοτήτων αντίστασης στις πιέσεις, στις σχέσεις με τους γονείς και τους συνομηλίκους, σε θέματα ταυτότητας, όχι μόνο ως αιτιολογικούς παράγοντες της ανάπτυξης εξάρτησης, αλλά κυρίως ως προστατευτικούς παράγοντες στην υιοθέτηση υγιών στάσεων ζωής⁹⁶. Ο θεραπευτικός στόχος εστιάζει στην απόκτηση δεξιοτήτων αποδοχής και διαχείρισης των πολλών και διαφορετικών εαυτών και ρόλων, της πολυπλοκότητας δηλαδή της ταυτότητας⁹⁷. Τα ίδια ζητήματα και ζητούμενα διαπραγματεύεται η πρόληψη των εξαρτητικών συμπεριφορών «εκ των προτέρων», δηλαδή πριν την ανάπτυξη ή την εγκαθίδρυση της εξαρτητικής συμπεριφοράς, χωρίς ωστόσο η διαδικασία αυτή της πρόληψης να κατηγοριοποιείται ως θεραπευτική με τρέχοντες όρους. Τούτο, αφ' ενός ορθώς συμβαίνει, αφ' ετέρου δεν πρέπει να αποκρύπτει το γεγονός ότι η πρόληψη, ούσα «μη θεραπεία», είναι ωστόσο *θεραπευτική* από την άποψη μιας μη τεχνοκρατικής, μιας ζωντανής, ανθρωποκεντρικής και ολιστικής οπτικής της φροντίδας, κατά το δυνατό απαλλαγμένης από το διάχυτο πνεύμα της ιατρικοποίησης και των ταξινομήσεών της.

Επιστρέφοντας στο κυρίως θέμα, οι λειτουργοί των ΚΠ αφουγκραζόμενες/οι τις ανάγκες των γονέων υλοποιούν βιωματικά σεμινάρια και εργαστήρια μακράς διάρκειας, προκειμένου να ενισχύσουν τον γονεϊκό ρόλο, με έμφαση στις ποιότητες των σχέσεων μέσω της βελτίωσης της «επικοινωνίας της οικογένειας»⁹⁸, να κατανοηθούν οι βαθύτερες διεργασίες που διέπουν τη σχέση γονιού-παιδιού, να αναζητηθούν και επιλεχθούν πιο ουσιαστικές σχέσεις και πιο λειτουργικοί τρόποι συμπεριφοράς, δρώντας οι ίδιοι οι γονείς ως άμεσοι και υπεύθυνοι φορείς

⁹⁵ Hawkins, J.D., Lishner, D.M., Catalano, R.F., Howard, M.O. (1986). *Childhood Predictors of Adolescent Substance Abuse*. *Journal of Children in Contemporary Society*, 8, σ. 11-47.

⁹⁶ Γκότσης, Ηλ. (2004). *Μονάδα Εφήβων ΑΤΡΑΠΟΣ. Μια Συστημική Πρόταση στη Θεραπεία των Εξαρτήσεων*, Μετάλογος 6.

⁹⁷ Gergen, K.J. (1997). *Ο Κορεσμένος Εαυτός*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

⁹⁸ Glied, S., & Oellerich, D. (2014). *Two-Generation Programs and Health*. *The Future of children*. Vol.24, No 1, σ. 79-97.

πρόληψης απέναντι στα παιδιά τους στο πλαίσιο του παιδαγωγικού και κοινωνικοποιητικού ρόλου τους.

Συνδιαμορφώνοντας σχολεία που ενδιαφέρονται

Με δεδομένη την ποικιλία βαθμών, στους οποίους η σύγχρονη οικογένεια επιτυγχάνει ή όχι να συγκρατήσει τον φόβο και το άγχος που βιώνει ένα παιδί απέναντι σε μια ανερμάτιστη πολυφωνία, απέναντι στην κοινωνική σύγχυση, στις ραγδαίες εναλλαγές που αντιστοιχούν στην κατάρρευση σταθερών και δεδομένων, και στις προσδοκίες που «τού φορτώνονται» θεσμικά ή όχι, το σχολείο αποτελεί το δεύτερο σημαντικό σύστημα που μπορεί να στηρίξει ένα παιδί μέσα στο χάος και την αβεβαιότητα που πολύ πιθανόν βιώνει.⁹⁹

Ο/η εκπαιδευτικός είναι σημαντικός/ή στη ζωή του παιδιού καθώς συνιστά το αμέσως πιο σημαντικό πρόσωπο αναφοράς μετά τον γονιό, μάλιστα με έναν διπλό ρόλο, ως φορέας γνώσης και φορέας διαπαιδαγώγησης. Ειπωμένο σε πιο διαλεκτική βάση, οι προσωπικές σχέσεις ανάμεσα σε εκπαιδευτικούς και μαθητές, εξ αιτίας της θεμελιώδους ανθρώπινης αξίας που έχουν καθεαυτή, συμβάλλουν αποφασιστικά στη μάθηση της σχολικής ύλης¹⁰⁰ και αναδιατάσσονται ομαλότερα γύρω από αυτήν, με αντανάκλαση όχι μόνο μαθησιακή αλλά και στην εν γένει κοινωνική ζωή τους¹⁰¹. Όταν ο/η εκπαιδευτικός είναι σε θέση να αφουγκραστεί, να ενσυναισθανθεί και όχι απλά να «διαχειριστεί» την «πρωτοκαθεδρία του συναισθήματος» στους μαθητές, δημιουργεί όρους κοινωνικής ένταξης όλων των παιδιών στη σχολική τάξη, καλλιεργώντας τη συνεργασία, την επικοινωνία, την ανταλλαγή μεταξύ τους, και αποτελώντας ο/η ίδιος/α ουσιαστικό και άμεσο φορέα πρόληψης. Πρόκειται για ρόλο ιδιαίτερα απαιτητικό και δύσκολο, ιδιαίτερα στις σύγχρονες συνθήκες, όπως αναφέραμε στο Κεφάλαιο Β'.

Οι λειτουργοί των ΚΠ, μέσα από συνεχιζόμενα σεμινάρια βιωματικού χαρακτήρα, επιμορφώνουν -και ευαισθητοποιούν- τους/τις εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε θέματα προαγωγής ψυχικής υγείας (έκφραση και διαχείριση συναισθημάτων, επίλυση συγκρούσεων,

⁹⁹ Stanton M. D. Todd T.C. (1982). *The Family Theory of Drug Abuse and Addictions*. New York : Guilford Press.

¹⁰⁰ Vygotsky, L.S. (1981). *The genesis of higher mental functions*. Στο J.V. Wertsch (ed.) *The Concept of Activity in Soviet Psychology*, σ. 163.

¹⁰¹ Ταράτορη-Τσαγκατίδου Ε. (2000). *Η Επιμόρφωση από τη σκοπιά των εκπαιδευτικών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Εκδόσεις: Αφοι Κυριακίδη, σ. 260 και 262.

αναγνώριση εαυτού, ενίσχυση αυτοεκτίμησης, ενσυναίσθηση, συνεργασία κ.α.) και τους/τις στηρίζουν στην εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης σε μαθητές και στη διαχείριση προβλημάτων και κρίσεων που αντιμετωπίζουν στην τάξη, παρέχοντας εποπτεία.¹⁰² Συχνά, μάλιστα, μετά από σειρά επιμορφώσεων από λειτουργούς των ΚΠ, οι επιμορφωμένοι/ες εκπαιδευτικοί γίνονται οι ίδιοι/ες επιμορφωτές και επόπτες συναδέλφων τους, λειτουργώντας διπλά ως «πολλαπλασιαστές» της πρόληψης στη σχολική κοινότητα και ως συνεκτικές δυνάμεις ανασυγκρότησης και δικτύωσης της τελευταίας ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσης.

Ομάδες παιδιών και εφήβων

Μέχρι τη λεγόμενη προεφηβεία το παιδί έχει ζήσει με τη βαθιά αίσθηση πως εν πολλοίς όλα συμβαίνουν στην οικογένειά του και στον περίγυρό του και πως αυτή είναι η μόνη φυσιολογική πραγματικότητα της ύπαρξής του.¹⁰³ Το στάδιο του πειραματισμού με την ουσία ή το δυνάμει εξαρτητικό αντικείμενο εν γένει -που κατά περίπτωση ξεκινά σε ολοένα μικρότερη ηλικία, σύμφωνα με έρευνες και τα στοιχεία των δομών απεξάρτησης- συχνά συνδέεται με τη διαδικασία εξερεύνησης του κόσμου των ενηλίκων και αποτελεί ένα μέσο στην προσπάθεια του εφήβου να αναζητήσει και να βρει την ταυτότητά του και να διαφοροποιηθεί από τους άλλους¹⁰⁴.

Αν η άφιξη στην προεφηβεία πραγματοποιείται με αποσκευές σηματοδοτημένες από έναν μάλλον περιορισμένο κόσμο, περιστρεφόμενο γύρω από τον οικογενειακό άξονα, βασική ανάγκη και έγνοια των εφήβων αποτελεί η ένταξη σε ομάδα εκτός οικογένειας και η αποδοχή από τα μέλη της. Η φυσιολογική, έτσι, δημιουργία και συμμετοχή σε ομάδες συνομηλίκων λειτουργεί υποστηρικτικά στην αναζήτηση και συγκρότηση ταυτότητας των εφήβων¹⁰⁵. Περαιτέρω, οι ομάδες των συνομηλίκων δημιουργούν «συλλογικούς κόσμους» που βρίσκονται πολλές φορές σε αντίθεση με τις αξίες που κυριαρχούν στην οικογένεια – διαδικασία με δύο

¹⁰² ΕΠΙΨΥ, ΕΚΤΕΠΝ, ΟΚΑΝΑ (2011). *Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Κατεθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός Παρεμβάσεων.*
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu>

¹⁰³ Berger P.L., Luckmann (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Open Road Integrated Media, New York.

¹⁰⁴ Μάτσα Κ. (1994). *Ο Τοξικομανής στο Ρόλο του Εξιλαστήριου Θύματος της Οικογένειας και της Κοινωνίας.* Τετράδια Ψυχιατρικής 45: 83-91.

¹⁰⁵ Κουρκούτας Ηλ. (2008). *Η Ψυχολογία του Εφήβου.* Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

όψεις, ιδιαίτερα στην εφηβεία. Πρώτον, ο έφηβος / η έφηβη σε μεγάλο βαθμό «είναι» η έγκρισή του/της από τα μέλη της ομάδας: μεγαλώνοντας διαπραγματεύεται το κύρος του/της μεταξύ των συνομηλίκων, προσπαθώντας έτσι να εδραιώσει μια «δική του/της» παρουσία στο κοινωνικό γίγνεσθαι, προτάσσοντας πρωταρχικά και φυσιολογικά ρήξεις απέναντι σε οτιδήποτε προσφέρεται ως «παγιωμένο», «αυτονόητο». Δεύτερον, στην πορεία αυτής της ψυχικά έντονης διαδικασίας, προκαλεί την αντίδραση της οικογένειας και του κοινωνικού περιγύρου του/της, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολώσεις.

Στην προσπάθεια να αντεπεξέλθουν οι έφηβοι σε αυτή τη φορτισμένη πολυπλοκότητα έντονων σωματικών, νοητικών, κοινωνικών και συναισθηματικών αλλαγών, μεταξύ συνέχειας και ρήξης, μεταξύ κανονικού και μη κανονικού, νιώθουν συνήθως υπερβολικά πιεσμένοι/ες, σε αμηχανία και σύγχυση, με έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις¹⁰⁶. Εφ' όσον η εναντίωση και ο πειραματισμός με τα αποδεκτά όρια και πρότυπα χαρακτηρίζει τους εφήβους¹⁰⁷ αυξάνει ο κίνδυνος να στραφούν σε διάφορα ήδη «προβληματικής συμπεριφοράς»¹⁰⁸, με τη χρήση ουσιών να συνιστά μία διαδικασία που συνδέεται με την αμφισβήτηση του κόσμου των ενηλίκων ως του απόλυτου και μόνου πραγματικού (Γκότσης, 2004)¹⁰⁹. Οι όροι αυτοί επιφορτίζονται, μάλιστα, μέσα από κυρίαρχα καταναλωτικά πρότυπα και κυρίαρχες αναπαραστάσεις της εξάρτησης ως «αρρώστιας», εξαθλίωσης, απλό αποτέλεσμα «διαλυμένων οικογενειών» κ.ά., που διευκολύνουν τη στροφή του βλέμματος και της σκέψης των εφήβων μακριά από τα σύνθετα προβλήματα της ηλικίας τους σε κοινωνίες υπό διαρκή κρίση σε όλα τα επίπεδα (βλ. Παράρτημα του παρόντος). Μάλιστα, στις συνθήκες έντασης της διάρρηξης των κοινωνικών δεσμών -σε περιόδους περαιτέρω κρίσης των όρων ύπαρξης των σύγχρονων κοινωνιών, όπως η σημερινή-, άρα απώλειας ευρύτερων υποστηρικτικών πλαισίων και του αισθήματος «ανήκειν», η ρευστότητα, η σύγχυση, η έλλειψη προσανατολισμού κατακλύζουν τη ζωή των εφήβων περισσότερο από όσο σε άλλες εποχές.

¹⁰⁶ Ντολτό, Φ. & Ντολτό-Τόλις, Κ. (2000). *Έφηβοι. Προβλήματα και ανησυχίες*. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, σ. 15-26.

¹⁰⁷ Herbert, M. (1999). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σ. 19-40, 171-198, 261-281.

¹⁰⁸ Ζαβιτσάνος, Ξ. & Πετρίδου, Ε. (1997). *Η συρροή των χαρακτηριστικών ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς σε εφήβους*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 14 (5), 546-551.

¹⁰⁹ Γκότσης Η. (2004). *Μονάδα Εφήβων ΑΤΡΑΠΟΣ. Μια Συστημική Πρόταση στη Θεραπεία των Εξαρτήσεων*. Μετάλογος 6.

Σύμφωνα με τις Αντωνίου, Ντάλλα, Μάτσα, ιδιαίτερα οι παρεμβάσεις στα πλαίσια του σχολείου μπορεί «όχι μόνο να βοηθήσουν τον έφηβο να αντιμετωπίσει τις αναπτυξιακές προκλήσεις της ηλικίας που διανύει, αλλά συγχρόνως δημιουργούν ένα ασφαλές περιβάλλον κατάλληλο για την ενίσχυση της αυτονομίας και την οριοθέτηση στόχων προς την ομαλή ένταξη στην ενήλικη ζωή»¹¹⁰. Στη λογική αυτή, οι λειτουργοί των ΚΠ οργανώνουν, σε συνεργασία με σχολικές μονάδες, ομάδες παιδιών και εφήβων. Με εστιάσεις και μεθοδολογίες αναλόγως της ηλικίας, η τελική στόχευση βρίσκεται στην ενίσχυση του «δυνατού κομματιού εαυτού», πριν αυτό αλλοιωθεί στη χρήση ή την εν γένει εξαρτητική συμπεριφορά, ώστε να συνεχίσουν να εξελίσσονται σε μια πιεστική συνθήκη μεν, που όμως «μιλιέται», μοιράζεται αξιοποιώντας εποικοδομητικά, μέσα από τη συγκρότηση κατά το δυνατό ουσιαστικών σχέσεων, το υπαρκτό προσωπικό δυναμικό τους, καθώς και το διαθέσιμο κοινωνικό δυναμικό – και προκειμένου αυτό να αναπλαστεί και μετεξελιχθεί δημιουργικά για τους ίδιους και την κοινότητα.

Πιο συγκεκριμένα, στόχοι της συγκρότησης και λειτουργίας ομάδων, εντός και εκτός σχολείου αλλά πάντα με επίκεντρο τη βιωματική μάθηση, είναι: η υποστήριξη και ενίσχυση της ικανότητας ενδοσκόπησης και ενσυναίσθησης των παιδιών, των εφήβων, των φοιτητών και των νέων εν γένει· η ενίσχυση της ικανότητας κατανόησης και διαχείρισης των πολλαπλών επιρροών, συμπεριλαμβανομένων αυτών μεταξύ ομοτίμων· η καλλιέργεια δεξιοτήτων κατανόησης, έκφρασης, διαχείρισης των συναισθημάτων των μελών· η συμφιλίωση με τον ανανεωτικό κοινωνικό ρόλο τους· η καλλιέργεια πνεύματος συνεργασίας και αλληλεγγύης για την αντιμετώπιση δυσκολιών· τελικά, η στήριξή τους στη δημιουργία μιας προσωπικής ιστορίας που δεν θα στοιχειώνεται από φόβους, συναισθήματα μειονεξίας, αδυναμίας και απροσδιόριστης αγωνίας, αλλά θα αντλεί από ένα δημιουργικό χάος για να οικοδομήσει το καινούριο στο στέρεο έδαφος της εμπιστοσύνης στον εαυτό και της προστατευτικής δύναμης της συλλογικότητας.

Ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση εκπροσώπων κοινωνικών φορέων

Μιλώντας για εκπροσώπους κοινωνικών φορέων, εννοούμε ανθρώπους που

¹¹⁰ Αντωνίου, Α.Σ., Ντάλλα, Μ, Μάτσα, Κ. (2012). Αναπτυξιακές δυσκολίες κατά την εφηβεία και χρήση ουσιών. Τετράδια Ψυχιατρικής, 117(1), σ. 82-91.

ενδεικτικά απασχολούνται -ερασιτεχνικά/εθελοντικά ή επαγγελματικά- σε φορείς της κοινότητας, όπως Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών, Συλλόγους (αθλητικούς-πολιτιστικούς), Μητροπόλεις, Κατασκηνώσεις (κρατικών, δημοτικών ή εκκλησιαστικών φορέων) κ.λπ. Οι άνθρωποι και φορείς αυτοί δεν συνιστούν ομοιόμορφη ομάδα, ωστόσο κοινό χαρακτηριστικό τους αποτελεί η συστηματική επαφή τους με ομάδες παιδιών, μέσω δραστηριοτήτων και παροχής γνώσεων (λ.χ. γυμναστές, προπονητές, κατηχητές, δάσκαλοι χορού, μουσικής, Η/Υ κ.τ.λ.) εκτός σχολικού πλαισίου.

Οι εκπρόσωποι κοινωνικών φορέων λειτουργούν ως «ενήλικες υποστηρικτές», με την έννοια ότι αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς, συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση των παιδιών και στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους. Σύμφωνα με το μοντέλο της κοινωνικής επιρροής του Bandura, η συμπεριφορά του ανθρώπου θεωρείται αποτέλεσμα κοινωνικής εκμάθησης¹¹¹, διαμορφώνεται επηρεαζόμενη από νόρμες, πρότυπα συμπεριφορών και στάσεις των «σημαντικών άλλων». Σημαντικοί άλλοι θεωρούνται αυτοί/ές που διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο στη ζωή ενός ανθρώπου και που η γνώμη τους είναι καταλυτική στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. Οι εκπρόσωποι κοινωνικών φορέων μπορούν, λοιπόν, με την κατάλληλη στήριξη, να καλλιεργήσουν και ενισχύσουν προσωπικές και κοινωνικές ποιότητες σε παιδιά, τις οποίες συχνά το οικογενειακό ή το σχολικό περιβάλλον δεν είναι σε θέση να προάγει.

Σε αυτή τη θεωρητική βάση, οι λειτουργοί των ΚΠ παρέχουν ενημέρωση και βιωματική εκπαίδευση, εστιάζοντας κυρίως στα ζητήματα δόμησης σχέσεων, ανάπτυξης ουσιαστικής επικοινωνίας και στήριξης, ώστε να αποφεύγονται υπερβάσεις ορίων, σύγχυση ρόλων κοκ. – αλλά και σε ειδικότερα ζητήματα ανάλογα με τους ιδιαίτερους ρόλους και ενδιαφέροντα/αιτήματα (λ.χ. εκπαιδεύσεις σε γυμναστές σχετικά με τη χρήση αναβολικών, σε καθηγητές πληροφορικής για την προβληματική χρήση διαδικτύου κ.λπ.).

Ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση ειδικών ομάδων πληθυσμού

Άλλες ομάδες της κοινότητας που έρχονται σε επαφή με παιδιά και νέους είτε τακτικά είτε σε ορισμένες στιγμές ή φάσεις της ζωής τους, συχνά κρίσιμες, είναι οι

¹¹¹ Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

ιερείς, οι αστυνομικοί, οι επαγγελματίες του δικαστικού σώματος, του στρατού κ.λπ. Αναφερόμενοι ενδεικτικά σε δύο παραδείγματα τέτοιων ομάδων:

Οι εργαζόμενοι/ες σε δομές καταστολής και κυρίως οι αστυνομικοί και οι συνοριοφύλακες αποτελούν ομάδες που έρχονται σε επαφή με χρήστες ουσιών υπό συνθήκες αγχογόνες, χωρίς υποστήριξη και επανατροφοδότηση, συνήθως δε χωρίς να έχουν εκπαιδευτεί ή επανακαταρτιστεί σχετικά με τις εξαρτήσεις. Όστε γενικά συνηθίζουν να αντιμετωπίζουν τους/τις εξαρτημένους ως «αρρώστους» ή «εγκληματίες», συχνά κατακλυζόμενοι/ες από αντιφατικά συναισθήματα και στάσεις απέναντί τους¹¹², που τους δυσκολεύουν τόσο επαγγελματικά όσο και σε προσωπικό επίπεδο.

Οι δε ιερείς, στο πλαίσιο άσκησης των πνευματικών καθηκόντων τους στην κοινότητα, έρχονται σε επαφή με εξαρτημένους/ες και τις οικογένειες τους, αλλά και με ανθρώπους με ψυχικές δυσκολίες οι οποίες συχνά είναι σοβαρές, κάποτε χρήζουν και ιατρικής και φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Συχνά τους προσεγγίζουν εξαρτημένοι/ες με αίτημα να τους προσφερθεί διαμονή ή τροφή, ή και με σκοπό να τους δοθούν χρήματα κ.ά. Υπόκεινται, λοιπόν, και αυτοί σε διαδικασίες αγχογόνες, που δοκιμάζουν όρια σχέσεων και ρόλων.

Οι λειτουργοί των ΚΠ αναλαμβάνουν συνεργασίες και παρεμβάσεις ενημέρωσης και εκπαίδευσης των ειδικών αυτών ομάδων επαγγελματιών, με βιωματικά σεμινάρια που στοχεύουν:

- στην απόκτηση γνώσεων σχετικά με την αιτιολογία της χρήσης και της εξάρτησης, την πορεία προς την εξάρτηση και τις ιδιαιτερότητες μιας υποστηρικτικής προσέγγισης των ανθρώπων που κάνουν χρήση ουσιών.
- στην ενημέρωση για τη θεραπεία και τα θεραπευτικά προγράμματα τόσο σε σχέση με την εξάρτηση όσο και σε σχέση με την ψυχική υγεία εν γένει.
- στη διερεύνηση των προσωπικών στάσεων και συμπεριφορών απέναντι στους/στις εξαρτημένους/ες – ενισχύοντας τις θετικές.
- στην αναγνώριση της εσωτερικής σύγκρουσης που βιώνουν και την ανάδειξη τρόπων διαχείρισής της.
- στη δημιουργία δικτύου συνεργασίας με το τοπικό ΚΠ και τις θεραπευτικές δομές.

¹¹² Καζαντζίδου, Σ. & Παπακώστα-Γάκη, Ε. (2015). Διερεύνηση Αντιλήψεων και στάσεων των εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία σχετικά με την τοξικοεξάρτηση. Δικτύωση του ΚΕΘΕΑ και του Κέντρου Πρόληψης των Εξαρτήσεων «Ξείριος» με την Ελληνική Αστυνομία. Εξαρτήσεις, τ. 24, σ. 38-39.

Δικτύωση

Ακριβώς εξ αιτίας του εύρους δράσεων που απαιτούνται προκειμένου η πρόληψη να συνιστά κατά το δυνατό ολοκληρωμένη παρέμβαση, ένας βασικός στόχος των λειτουργιών των ΚΠ είναι να ενεργοποιούν και να διασυνδέουν τις τοπικές «κοινωνικές δυνάμεις», συμβάλλοντας στην ανταλλαγή και στον σχεδιασμό αλληλοσυμπληρούμενων δράσεων παρεμβάσεων και υπηρεσιών, με αποδέκτες και συμμετέχοντες παιδιά και ενήλικες.

Πιο συγκεκριμένα, η δικτύωση μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματικό μέσο συμβολής:

- α) στην υποστήριξη των μελών του δικτύου μέσα από την αλληλοπληροφόρηση, την ανταλλαγή τεχνογνωσίας και εμπειρίας,
- β) στην εξοικονόμηση ανθρώπινης ενέργειας και εν γένει πόρων, καθώς αποφεύγεται συχνότερα η παράλληλη ανάπτυξη παρόμοιων δράσεων,
- γ) στην ευκολότερη εξασφάλιση οικονομικών και εν γένει πόρων,
- δ) στον προσδιορισμό εναλλακτικών επιλογών και λύσεων στη δυσκολία ή το πρόβλημα, που αντιμετωπίζει κάποιο μέλος του δικτύου – φορέας ή πρόσωπο,
- ε) στη δυνατότητα εφαρμογής ενός προγράμματος σε ευρύτερα τμήματα του πληθυσμού και την εξαγωγή πιο αξιόπιστων συμπερασμάτων σχετικά με την αποτελεσματικότητά του,
- στ) στη δυνατότητα εφαρμογής και μελέτης ενός προγράμματος σε διαφορετικά πλαίσια,
- ζ) στη διάχυση των επιτυχημένων προγραμμάτων και την τεκμηρίωση προτάσεων για τη χάραξη πολιτικής.¹¹³

Η δικτύωση συνιστά διαδικασία εξ ορισμού δυναμική, αφού προκύπτει με διαφορετικές μορφές, εντάσεις και διάρκειες, σε διαφορετικά πλαίσια και ανάγκες, παράλληλα συγκροτώντας και εξελίσσοντας κοινωνικές δυνάμεις. Περιλαμβάνει πρόσωπα, ομάδες, σχέσεις, υπηρεσίες που συναντώνται και καταμερίζουν ρόλους και ευθύνες, οικοδομώντας και/ή βελτιώνοντας τις μεταξύ τους σχέσεις, πολλαπλασιάζοντας τις δυνάμεις τους και αποτελεσματικότερα ανταποκρινόμενα

¹¹³ ΚΕΘΕΑ (2002).

στις κοινωνικές ανάγκες. Μέσα από την άμβλυση ενδεχόμενων ανταγωνισμών και τη συσπείρωση γύρω από κοινούς στόχους προαγωγής των όρων ζωής στην κοινότητα, ενισχύει τη δυνατότητα συνεργασίας των υπηρεσιών μέσω της ανταλλαγής και επικοινωνίας των επαγγελματιών που εργάζονται σε όμοια ή διαφορετικά επιστημονικά πεδία, επιτρέποντας ενέργειες, που θα ήταν αδύνατες για ένα ασύνδετο σύνολο «ατόμων»¹¹⁴. Συνεισφέρει στην αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς συμβάλλει στην προσπελασιμότητα των κοινωνικών δομών και στη συνέχεια της κοινωνικής φροντίδας των εξυπηρετούμενων σε μια μεγάλη γκάμα ψυχοκοινωνικών και άλλων ζητημάτων¹¹⁵ μέσω των παραπομπών, ώστε να μην παρατηρούνται φαινόμενα αλληλοεπικαλύψεων ή αποσπασματικών παρεμβάσεων χωρίς συνέχεια.

Τα αναμενόμενα συλλογικά οφέλη που απορρέουν από τη δικτύωση των κοινωνικών υπηρεσιών βάσει και της βιβλιογραφίας και της εμπειρίας, προτάσσουν την ανάγκη για επιτελικό κεντρικό σχεδιασμό, καθώς η ευθραυστότητα των επαγγελματικών δικτύων που κατά καιρούς δημιουργούνται οφείλεται κατά κύριο λόγο στην έλλειψη θεσμικής κατοχύρωσής τους. Αυτό δεν σημαίνει πως οι δικτυώσεις συμβαίνουν προκειμένου να θεσμοθετηθούν, αλλά ότι μια ενεργός, επιτυχημένη δικτύωση επαγγελματιών μπορεί να προσφέρει περισσότερο από ό,τι ένα ασυντόνιστο σύνολο «κατά μόνας» παρεμβάσεων σε εργασιακούς χώρους, σε χώρους ψυχαγωγίας, σε σχολεία κ.ο.κ., εφ' όσον με νέες θεσμοθετήσεις απαλλάσσεται από εμπόδια που ορθώνουν ήδη θεσμοθετημένες γραφειοκρατίες και μικρο-ηγεμονισμοί. Μιλώντας, λοιπόν, για δίκτυο υπηρεσιών ή δομών αναφερόμαστε κυρίως σε μια διοικητικά οργανωμένη διάσταση της αλληλοσυσχέτισης περισσοτέρων υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υγείας. Ο τέτοιος θεσμός των δικτύων στον υγειονομικό και ευρύτερο κοινωνικό τομέα μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο κοινωνικής δραστηριοποίησης και άμεσης συμμετοχής των πολιτών σε ζωτικά για την υγεία και το περιβάλλον θέματα, στον βαθμό που συνδέονται λειτουργικά, ξεφεύγουν από τη λογική του πολυκερματισμού και ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες μιας περιοχής¹¹⁶.

Συνοψίζοντας, η πρόληψη των εξαρτητικών συμπεριφορών και η προαγωγή

¹¹⁴ Christakis N. & Fowler J. (2010). *Συνδεδεμένοι*. Αθήνα: Κάτοπτρο.

¹¹⁵ Walker K.N., MacBride A., Vachon M.L.S. (1977). *Social Support Networks and the crisis of bereavement*. *Social Science and Medicine* 11 (1), σ. 35-41.

¹¹⁶ Μπαϊρακτάρης Κ. (1994). *Ψυχική Υγεία και κοινωνική παρέμβαση*. Αθήνα, Εναλλακτικές εκδόσεις.

της ψυχοκοινωνικής υγείας χρειάζεται να εμπεδωθεί ως ενεργοποίηση και κινητοποίηση του καθένα ξεχωριστά και όλων μαζί για ό,τι συμβαίνει γύρω μας, ως συνειδητοποίηση της ευθύνης που μας αναλογεί, ως ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης, ως σύσφιξη των ανθρωπίνων σχέσεων, ως ανάληψη κοινωνικής δράσης, ως όραμα για μια κοινωνία άμεσης συμμετοχής των πολιτών σε ζωτικά για αυτούς θέματα, τα οποία θα ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες της περιοχής τους. Η δικτύωση μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό μέσο προς την κατεύθυνση αυτή, με τη σημείωση ότι δεν επιβάλλεται, ότι προϋποθέτει ύπαρξη κοινών αιτημάτων, γεωγραφική γειννίαση, απουσία κερδοσκοπικών σκοπών και,, υπό αυτή την έννοια, μπορεί να λειτουργήσει ως θεσμός.

Υποδοχή αιτημάτων βοήθειας και συμβουλευτική

Επιπλέον, οι διεπιστημονικές ομάδες των ΚΠ απαντούν σε ατομικά και/ή οικογενειακά αιτήματα βοήθειας, που απευθύνονται σε αυτά από την κοινότητα και αφορούν προσωπικές και οικογενειακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς παιδιών, διαχείριση της καθημερινότητας, θέματα συναισθηματικής φύσης, πένθος κ.ά. Πρόκειται για αιτήματα που αναστατώνουν τον άνθρωπο και το περιβάλλον του (συνήθως το οικογενειακό) και, αν δεν αρθρωθούν και αντιμετωπιστούν εγκαίρως, είναι πιθανό να οδηγήσουν ή να συμβάλουν σε εξάρτηση, κατάθλιψη, βία και άλλες οδυνηρές σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές συνέπειες.

Τα ατομικά και/ή οικογενειακά αιτήματα, απαντώνται κυρίως με την υποδοχή του ανθρώπου που τα αρθρώνει, ώστε να διερευνηθεί, κατανοηθεί και αναδειχτεί το αίτημα (συχνά αυτά δεν είναι εύκολα για έναν άνθρωπο αναστατωμένο) και κατόπιν να παραπεμφθεί σε αρμόδια δημόσια ή κρατικά εποπτευόμενη δομή θεραπείας ή εξειδικευμένης υποστήριξης/αντιμετώπισης.

Κατά δεύτερο λόγο και εφ' όσον χρειαστεί, παρέχονται υπηρεσίες συμβουλευτικής στήριξης για μικρό χρονικό διάστημα και κατόπιν παραπομπή. Η μορφή συμβουλευτικής που παρέχουν οι λειτουργοί των ΚΠ δεν εμπεριέχει θεραπευτικούς στόχους ούτε αποσκοπεί στην άμεση επίλυση «προβλημάτων». Στη συντριπτική δε πλειοψηφία τους τα αιτήματα βοήθειας δεν αφορούν τη χρήση ουσιών, αλλά τις υπόλοιπες προαναφερθείσες δυσκολίες. Η εξέλιξη αυτή υπήρξε συνδυαστικό «γέννημα» κοινωνικών αναγκών και οικοδόμησης σχέσεων εμπιστοσύνης με την κοινότητα, εν τη απουσία εξειδικευμένων δομών, ιδιαίτερα

στην επαρχία. Γεννήθηκε και αναπτύχθηκε, άρα, στο κενό που προκύπτει και στην αυτόβουλη συνδρομή των λειτουργών των ΚΠ ώστε αυτό να καλυφθεί, χωρίς να χαθεί ο βασικός λόγος ύπαρξης των ΚΠ στην κοινότητα, που είναι η πρωτογενής και καθολική πρόληψη.

Η προσέγγιση των ατομικών ή οικογενειακών αιτημάτων αποτελεί, λοιπόν, μέρος ενός συνόλου παρεμβάσεων που παρέχονται από τις διεπιστημονικές ομάδες των ΚΠ. Σε αρκετές περιπτώσεις τα συνδυαστικά αποτελέσματα των προληπτικών παρεμβάσεων και της υποδοχής αιτημάτων και παροχής συμβουλευτικής είναι ιδιαίτερος θετικά, στον βαθμό που αποδίδεται σε αυτά θεραπευτική χροιά από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους. Ωστόσο, η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών δεν προϋποθέτει θεραπευτικό σχεδιασμό και θεραπευτικούς στόχους.

Η υποδοχή αιτημάτων και η συμβουλευτική¹¹⁷ εντάσσονται, συνεπώς, και δεν καθορίζουν το πλαίσιο των παρεμβάσεων των λειτουργών των ΚΠ, που έχουν ως επίκεντρό τους την απαιτητική παρέμβαση στην κοινότητα, το «προς τα έξω» και όχι το «προς τα μέσα». Συνίσταται σε γενικά μικρής διάρκειας συναντήσεις, που συνήθως κλείνουν τον κύκλο τους με παραπομπή σε εξειδικευμένες δομές ψυχικής υγείας, θεραπείας απεξάρτησης ενίοτε και χορήγησης υποκαταστάτων. Η δε συμβουλευτική πιο συγκεκριμένα, από εμάς, τους/τις λειτουργούς των ΚΠ, υιοθετείται ως ένας από τους «θεσμούς επικούρησης του ανθρώπου»¹¹⁸, ανταπόκρισης στις αυξημένες ανάγκες συμπαράστασης που απορρέουν από τους ραγδαίους ρυθμούς των εξελίξεων στις τοπικές κοινωνίες, ιδιαίτερα στην περίοδο ταυτόχρονης βάθυνσης της κρίσης και απουσίας κοινωνικών δομών. Δεν τοποθετείται λοιπόν στον πυρήνα, αλλά στην περιφέρεια του ρόλου των ΚΠ και υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις (απουσία τοπικών δομών συμβουλευτικής και/ή θεραπείας, οικονομική αδυναμία του αιτούντος που καθιστά πρακτικά αδύνατη την παραπομπή σε απομακρισμένες εξειδικευμένες δομές κ.λπ.).

Άλλες παρεμβάσεις στην ευρύτερη κοινότητα

Καθώς η πρόληψη αποτελεί υπόθεση όλης της κοινωνίας, οι διεπιστημονικές ομάδες των ΚΠ υλοποιούν παρεμβάσεις σε στρατευμένους, σε εργαζόμενους/ες

¹¹⁷ Στην υποδοχή αιτημάτων χρησιμοποιούνται τεκμήρια και τεχνικές συμβουλευτικής.

¹¹⁸ Ε.Γ. Δημητρόπουλος (1993), Συμβουλευτική και Συμβουλευτική Ψυχολογία. Η Θεωρία της, η Πράξη της, οι Εφαρμογές της.

στα ΜΜΕ, σε δομές υγείας, σε αιρετούς της τοπικής αυτοδιοίκησης, κ.λπ. Κοινός στόχος των παρεμβάσεων είναι η ενημέρωση-ευαισθητοποίηση σχετικά με την πρόληψη των εξαρτητικών συμπεριφορών τόσο ως καθεαυτή γνωστική διαδικασία όσο και ως ενεργοποίηση αλλά και ως «μήνυμα» προς δημόσια διάχυση (δημοσιογράφοι, αιρετοί). Η ενίσχυση εθελοντικών ομάδων-συλλογικοτήτων, η δημιουργία αυτοδιαχειριζόμενων ομάδων, καθώς και άλλες καινοτόμες παρεμβάσεις συμπληρώνουν το πλαίσιο δραστηριοποίησης των ΚΠ.

Έρευνα

Οι έρευνες γύρω από ζητήματα εξάρτησης και εν γένει ποιότητας ζωής συνιστούν ένα πολύ χρήσιμο «εργαλείο» σχεδιασμού, υλοποίησης και αξιολόγησης παρεμβάσεων των ΚΠ στις τοπικές κοινότητες. Δυστυχώς, οι λειτουργοί των ΚΠ χρειάζεται να πιέζουμε ώστε να συμμετέχουν τα ΚΠ στη διεξαγωγή ερευνών, ιδιαίτερα σε όσες αφορούν πανελλαδικό δείγμα και μπορούν να δώσουν συγκριτικά αποτελέσματα, τουλάχιστον σε επίπεδο Περιφερειακών Ενοτήτων.

Έτσι, πάντως, οι διεπιστημονικές ομάδες των ΚΠ διεκπεραιώνουν την πανευρωπαϊκή έρευνα ESPAD στον μαθητικό πληθυσμό, τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτύξει περαιτέρω συνεργασίες με το ΕΚΤΕΠΝ και το ΕΠΙΨΥ γύρω από τη διεξαγωγή ερευνών αναφορικά με τη χρήση ουσιών και την ψυχική υγεία εν γένει, ενώ συμμετέχουν και σε έρευνες άλλων φορέων (λ.χ. έρευνα της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών – Αιγινήτειου Νοσοκομείου, με αντικείμενο την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια και την εξάρτηση από αυτά στον ενήλικο και εφηβικό πληθυσμό της χώρας).

Κεφάλαιο Δ

Τα δεδομένα και οι δυνατότητες Προσφοράς των εργαζομένων των Κέντρων Πρόληψης κατά την περίοδο όξυνσης και γενίκευσης της κρίσης

Συμπεράσματα από τα δεδομένα του ΕΚΤΕΠΝ και πέντε «κλειδιά»

Η πρωτογενής πρόληψη των εξαρτήσεων και η προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας, όπως σχεδιάζονται, υλοποιούνται και απορρέουν σε σχέσεις εμπιστοσύνης με αρκετά μεγάλα τμήματα των τοπικών κοινοτήτων όπου δραστηριοποιούνται τα ΚΠ, αποτελούν ήδη από τα πρώτα χρόνια εμφάνισης των ΚΠ στην Ελλάδα μια αποτελεσματική πρόταση παρέμβασης σε περιόδους ή φάσεις κρίσης, κυρίως χάρις στους/στις εργαζομένους/ες τους. Ενδεικτικά και εξ αρχής αναφέρουμε τα παραδείγματα των μακροχρόνιων παρεμβάσεων υποστήριξης στη σχολική κοινότητα από το ΚΠ της Π.Ε. Ημαθίας, μετά το δυστύχημα με 21 νεκρούς μαθητές το 2003 στα Τέμπη, όπως και των παρεμβάσεων των ΚΠ της Πελοποννήσου μετά τις καταστροφικές πυρκαγιές του 2007.

Από το 2010 και έπειτα, βέβαια, ο ελλαδικός κοινωνικός και οικονομικός σχηματισμός τραντάζεται στους ρυθμούς μιας κρίσης ολόπλευρης και, για σειρά νεότερων γενιών, ανεπανάληπτης. Οι κάτοικοι της χώρας βιώνουν ανατροπές σε πολλαπλά επίπεδα: χώρας, κοινωνίας, κοινωνικής τάξης, κοινωνικής ομάδας, εργασιακού χώρου, οικογένειας κ.ο.κ. Η οδύνη και το «ανέφικτο πένθος»¹¹⁹ για όσα θεωρούνταν δεδομένα και ταχύτατα χάνονται χωρίς να αναπληρώνονται -πολλές φορές και κυρίως οικεία πρόσωπα που χάνονται είτε με τη βιολογική είτε με την κοινωνική έννοια, εν μέσω των περιδινήσεων της κρίσης-, το αίσθημα ντροπής, αβεβαιότητας και αδυναμίας, μπρος σε όσα αξεδιάλυτα έρχονται με ρυθμούς και μορφές βιωμένες ως εξαιρετικά βίαιες, επιτείνουν την εγγενή στις σύγχρονες

¹¹⁹ Μάτσα Κ. (2012β). *Το αδύνατο πένθος και η κρύπτη*. Άγρα.

κοινωνίες, προσωπική ευθραυστότητα, τρέφοντας έτσι την καταφυγή σε «παράδοξες στρατηγικές επιβίωσης»¹²⁰ όπως η χρήση ουσιών και οι εν γένει εξαρτήσεις. Στο αυτό πλαίσιο, ωστόσο, κάποτε μάλιστα οι ίδιοι άνθρωποι, γίνονται υποκείμενα υγείων υπερβάσεων συμμετέχοντας και/ή συγκροτώντας συλλογικότητες, όπως κοινωνικά ιατρεία, κοινωνικά φαρμακεία, κοινωνικά παντοπωλεία και άλλες ιδιαίτερες μορφές κοινωνικής οργάνωσης, δημιουργικές και ελπιδοφόρες για την υπόθεση της επανασύνδεσης της κοινωνίας σε σώμα, που βοηθούν και την υπόθεση της αντιμετώπισης του φαινομένου της εξάρτησης.

Το όλο πεδίο εξελίξεων τα τελευταία χρόνια, με την έτσι οξυμένη και ευμετάβολη αντιφατικότητα του, από τη μια καθιστά τις προσπάθειες πρόληψης της εξάρτησης αναγκαίες και απαιτητικές. Από την άλλη, θέτει επί τάπητος ζητήματα αναστοχασμού και αναζήτησης νέων, πρωτότυπων προσεγγίσεων/παρεμβάσεων, τέτοιων που δεν θα αναπαριστούν την κοινωνία ως ανάπηρη ή ανύμπορη ή σε άγνοια (και τους «ειδικούς» ως από καθέδρας σωτήρες της), αλλά θα αναγνωρίζουν και τις θετικές πλευρές της αντίφασης ως ελπιδοφόρες βάσεις προς ενίσχυση, ανάπτυξη, διάχυση.

Τουλάχιστον το πρώτο κομμάτι, της αναγκαιότητας και απαιτητικότητας εν μέσω όξυνσης της κρίσης, επιβεβαιώνεται από τα αιτήματα των ίδιων των τοπικών κοινοτήτων προς τους/τις λειτουργούς των ΚΠ, τα οποία -παρότι το προσωπικό των ΚΠ παρέμεινε αριθμητικά σταθερό- μεταφράστηκαν σε σταθερά αυξανόμενο αριθμό παρεμβάσεων, αποτυπωμένων σε διαδοχικές ετήσιες Εκθέσεις του ΕΚΤΕΠΝ¹²¹. Ενδεικτικά θα αναφερθούμε στις τάσεις που καταγράφονται ως προς τις παρεμβάσεις πρόληψης και αγωγής υγείας σε μαθητές/μαθήτριες Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, κατά την τελευταία 5ετία για την οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ. Οι αυξητικές τάσεις υπήρξαν συνεχείς ως προς τον αριθμό σχολικών μονάδων και συμμετεχόντων μαθητών/μαθητριών, με μικρή κάμψη μονάχα ως προς τον αριθμό μαθητών/μαθητριών στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση το σχολικό έτος 2013-2014, σταθεροποίηση παρ' όλα αυτά σε υψηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα:

¹²⁰ Μάτσα Κ. (2012β). σπ.π.

¹²¹ Στις ετήσιες εκθέσεις του ΕΚΤΕΠΝ, τα στοιχεία για τις παρεμβάσεις πρόληψης παρατίθενται συνολικά για τις δομές αντιμετώπισης της εξάρτησης, χωρίς επιμέρους στοιχεία ανά δομή. Ωστόσο, όπως αναγράφεται στις εισαγωγικές παραγράφους του κεφαλαίου που αφορά την πρόληψη, σε κάθε Έκθεση του ΕΚΤΕΠΝ, «Η πρόληψη της ουσιοεξάρτησης στην Ελλάδα υλοποιείται κυρίως από το πανελλαδικό δίκτυο των [...] Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας».

- Το σχολικό έτος 2008-2009 πραγματοποιήθηκαν καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης σε 256 σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας και 353 σχολικές μονάδες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στις οποίες συμμετείχαν 7.036 και 14.018 μαθητές/μαθήτριες, αντιστοίχως.¹²²
- Το σχολικό έτος 2009-2010 πραγματοποιήθηκαν καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης σε 317 σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας και 408 σχολικές μονάδες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στις οποίες συμμετείχαν 7.802 και 15.877 μαθητές/μαθήτριες, αντιστοίχως.¹²³
- Το σχολικό έτος 2010-2011 πραγματοποιήθηκαν καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης σε 437 σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας και 1.012 σχολικές μονάδες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στις οποίες συμμετείχαν 13.683 και 37.243 μαθητές/μαθήτριες, αντιστοίχως.¹²⁴
- Το σχολικό έτος 2011-2012 πραγματοποιήθηκαν καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης σε 515 σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας και 1.348 σχολικές μονάδες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στις οποίες συμμετείχαν 18.505 και 52.729 μαθητές/μαθήτριες, αντιστοίχως.¹²⁵
- Το σχολικό έτος 2013-2014 πραγματοποιήθηκαν καθολικές παρεμβάσεις πρόληψης σε 850 σχολικές μονάδες Πρωτοβάθμιας και 1.654 σχολικές μονάδες Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στις οποίες συμμετείχαν 19.511 και 44.152 μαθητές/μαθήτριες, αντιστοίχως.¹²⁶

Πρόσθετα στα δημοσιευμένα αυτά στοιχεία, που αφορούν συνολικά τις παρεμβάσεις πρόληψης στην Ελλάδα, παραθέτουμε στοιχεία που αφορούν αποκλειστικά τα ΚΠ και τα οποία μάς στάλθηκαν, κατόπιν γραπτού αιτήματός μας, από το ΕΚΤΕΠΝ με εξασέλικο σημειώμά του¹²⁷. Τα στοιχεία είναι ενδεικτικά, δηλαδή δεν αναφέρονται στο σύνολο των παρεμβάσεων των εργαζομένων των ΚΠ, αλλά σε μερικές μόνο από τις ομάδες-στόχο και, το σημαντικότερο, σε βάθος 5ετίας. Δεν αναφέρονται, συγκεκριμένα, τα στοιχεία για τις ομάδες παιδιών και εφήβων εκτός σχολικού πλαισίου (κατασκηνώσεις, φεστιβάλ κ.ά.), τις παρεμβάσεις στις ένοπλες

¹²² ΕΚΤΕΠΝ (2010): Ετήσια Έκθεση 2010, σ. 55.

¹²³ ΕΚΤΕΠΝ (2011): Ετήσια Έκθεση 2011, σ. 60.

¹²⁴ ΕΚΤΕΠΝ (2013): Ετήσια Έκθεση 2012, σ. 32.

¹²⁵ ΕΚΤΕΠΝ (2014): Ετήσια Έκθεση 2013, σ. 23.

¹²⁶ ΕΚΤΕΠΝ (2015): Ετήσια Έκθεση 2014, σ. 25-26.

¹²⁷ Τα στοιχεία αυτά καθώς και οποιαδήποτε άλλα αφορούν μονάχα τα ΚΠ, μπορεί να διατεθούν απ' ευθείας από το ΕΚΤΕΠΝ κατόπιν γραπτού αιτήματος.

δυνάμεις και τα σώματα ασφαλείας, τις παρεμβάσεις σε επαγγελματίες υγείας και επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με παιδιά και εφήβους (ιερείς, γυμναστές κ.ά.), καθώς και για τις ομιλίες ευαισθητοποίησης/ενεργοποίησης που είναι ανοιχτές στην κοινότητα:

Πίνακας 1. Παρεμβάσεις Κέντρων Πρόληψης την πενταετία 2010-2014
[στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ]

	2010	2011	2012	2013	2014
Μαθητές Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης**	7.985	10.107	14.993	15.396	24.324
Μαθητές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης**	17.584	19.967	31.985	32.741	29.974
Εκπαιδευτικοί**	4.341	4.568	5.949	7.352	9.497
Γονείς	8.661	12.129	15.050	14.948	14.715
Συμβουλευτική	3.400	3.700	4.900	5.300	6.650
Σύνολο	41.971	50.471	72.877	75.737	85.160

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω ενδεικτικά στοιχεία, οι αυξητικές τάσεις υπήρξαν συνεχείς ως προς των αριθμό αποδεκτών υπηρεσιών των ΚΠ και

** Τα στοιχεία για τις παρεμβάσεις που απευθύνονται σε μαθητές και σε εκπαιδευτικούς αναφέρονται στα αντίστοιχα σχολικά έτη, 2010: σχολικό έτος 2009-2010, 2011: σχολικό έτος 2010-2011, 2012: σχολικό έτος 2011-2012, 2013: 2012-2013, 2014: 2013-2014.

αναλύονται ως εξής:

α) σταθερή αύξηση των αιτημάτων προς τα ΚΠ, ως συνδυασμός των ψυχοπιεστικών συνθηκών που παράγει η κρίση και της αποδοχής και εμπιστοσύνης που δείχνουν, πλέον, τα μέλη των τοπικών κοινωνιών στους/στις λειτουργούς πρόληψης μετά από 20 χρόνια παρουσίας και προσφοράς τους,

β) ευελιξία των εργαζομένων γύρω από τα ιδιαίτερα αιτήματα που εκφράζουν οι τοπικές κοινωνίες (βλ. ετήσιες αυξομειώσεις ανά ομάδα-στόχο) σε συνδυασμό με τον σταθερό προσανατολισμό τους στην κοινοτική δουλειά, στην πρωτογενή και καθολική πρόληψη για την οποία αποδεικνύεται, λοιπόν, ότι υπάρχει ανάγκη και ικανοποίηση από τα μέλη των τοπικών κοινωνιών (βλ. σταθερά χαμηλό ποσοστό υπηρεσιών συμβουλευτικής),

γ) διπλασιασμός των ενδεικτικών παρεμβάσεων από το 2010 ως το 2014, μάλιστα τριπλασιασμός των παρεμβάσεων σε μαθητές Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και,

δ) επίτευξη αυτών με αξιοσημείωτο μόχθο, κόπο και αυταπάρνηση από τους/τις εργαζομένους/ες των ΚΠ, λόγω την αρνητικής επίδρασης των βαρειών θεσμικών ανωμαλιών στα ΚΠ, της υποστελέχωσης και υποχρηματοδότησης των ΚΠ στην περίοδο αναφοράς, της μόνιμης απουσίας Εθνικού Σχεδίου για την Αντιμετώπιση της Εξάρτησης και την Πρόληψη, που συνεπάγεται πλήθος ασυνεχειών, με τη μορφή έλλειψης συντονισμού μεταξύ των αρμόδιων υπουργείων, θεσμικών κενών ως προς τις παρεμβάσεις στις σχολικές μονάδες ή την εκπαίδευση αστυνομικών κ.ο.κ.^{128 129}

Ιδιαίτερης μνείας σε σχέση με τα παραπάνω χρήζει η επί μακρόν, παράτυπη μη απόδοση από τον ΟΚΑΝΑ (συνεργάτη κάθε αστικής εταιρείας) σημαντικών τμημάτων των επιχορηγήσεων του Υπουργείου Υγείας προς τα ΚΠ, παρότι δεσμεύονταν στον ΚΑΕ 2555 που αφορά αποκλειστικά ανάγκες των ΚΠ, καθώς και η μεγάλη καθυστέρηση ανανέωσης της κεντρικής Προγραμματικής Σύμβασης

¹²⁸ Τσουνής, Α. (2012). *Οι εφαρμογές πρωτογενούς πρόληψης για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία: Συγκριτική μελέτη*. Εξαρτήσεις, τ. 20, σ. 105.

¹²⁹ Καζαντζίδου, Σ. & Παπακώστα-Γάκη, Ε. (2015). *Διερεύνηση αντιλήψεων και στάσεων των εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία σχετικά με την τοξικοεξάρτηση. Δικτύωση του ΚΕΘΕΑ και του Κέντρου Πρόληψης των Εξαρτήσεων «Σείριος» με την Ελληνική Αστυνομία*. Εξαρτήσεις, τ. 24, σ. 35.

μεταξύ Υπουργείων Υγείας & Εσωτερικών, ΚΕΔΕ, ΟΚΑΝΑ, ΕΕΤΑΑ, που έληξε στις 31/12/2013 και, μετά από πιέσεις και κινητοποιήσεις των εργαζομένων, ανανεώθηκε μόλις τον Μάιο του 2014 – διαδικασία που επέφερε μακρά και μεγάλη αναστάτωση στις δομές.

Πίσω από τους παρατιθέμενους αριθμούς σε αντίξοα πλαίσια βρίσκονται, εκτός του ισχυρού υποκειμενικού παράγοντα των εργαζομένων, μια σειρά από «κλειδιά» που αναδεικνύουν και τις δυνατότητες περαιτέρω Προσφοράς των εργαζομένων των ΚΠ στην περίοδο όξυνσης και γενίκευσης της κρίσης, μέσα από την αποδοχή και υλοποίηση της πρότασής μας για επίλυση του θεσμικού προβλήματος λειτουργίας τους:

- Οι παρεμβάσεις πρόληψης και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας στηρίζονται περισσότερο στη φιλοσοφία και διαδικασία σύναψης σχέσεων με τα μέλη της κοινότητας, παρά σε μια τεχνοκρατική «παροχή υπηρεσιών». Η υπομονετική, καθημερινή συγκρότηση σχέσεων εμπιστοσύνης στην κοινότητα είναι που «φέρνει» το αίτημα (γύρω από εξαρτήσεις, σχολική βία, οικογενειακές δυσκολίες, προβλήματα εκπαιδευτικών κ.ο.κ.) στα ΚΠ και όχι, λ.χ., κάποια πολυέξοδη «διαφημιστική εκστρατεία υπηρεσιών».
- Στο πλαίσιο των προσπαθειών συμβολής τους στην κοινωνική συνοχή και την ενίσχυση της ψυχικής υγείας, οι λειτουργοί των ΚΠ αντλούν από όλες τις θεωρίες, τις πολιτικές και στρατηγικές που προωθούν την αποϊδρυματοποίηση, την αλληλεγγύη, την κατανόηση, την εμπιστοσύνη, την προώθηση της αυτενέργειας, την ανθεκτικότητα, τη διεκδίκηση, την άρση της «ταμπέλας» του ψυχικά πάσχοντα και/ή του εξαρτημένου ανθρώπου και την κοινωνική ενσωμάτωση.
- Οι παρεμβάσεις των ΚΠ υλοποιούνται με τη μικρότερη οικονομική επιβάρυνση για τον/την φορολογούμενο πολίτη,¹³⁰ τη στιγμή που η δεδομένη και διαρκής συρρίκνωση του «κράτους πρόνοιας», σε συνδυασμό με την καθολική και ξαφνική ανατροπή της οικονομικής και κοινωνικής θέσης μεγάλων κοινωνικών τμημάτων, εντείνει και απλώνει την ευπάθεια και καθιστά αναγκαία την εξεύρεση ποικίλων πόρων για την ενίσχυση των

¹³⁰ Βλέπε σχετικά τους οικονομικούς προϋπολογισμούς των ΚΠ σε σχέση με άλλους φορείς υγείας. Όχι, βέβαια, σε πνεύμα αντιπαραθετικό/ανταγωνιστικό, αλλά, αντιθέτως, ως ένδειξη οφελών σε μια ζητούμενη ολοκληρωμένη πολιτική υγείας, όπου δια της πρόληψης εξοικονομούνται ποικίλοι πόροι προκειμένου να εξυπηρετούνται αποτελεσματικότερα και ομαλότερα οι ανάγκες δομών σε «επόμενες βαθμίδες» φροντίδας.

πολιτικών φροντίδας.

- Την ίδια στιγμή, η κατανόηση της κρίσης και η παρέμβαση σε αυτήν με προσεγγίσεις εναλλακτικές των κυρίαρχων εξυπηρετείται από την πρόληψη, στη βάση της κοινοτικής φιλοσοφίας και πρακτικής, στη βάση δηλαδή ενός άλλου Τρόπου, τον οποίο τα μέλη της κοινωνίας έχουν ανάγκη και αξίζουν, προκειμένου να αποσυμπιεστούν οι ανθρώπινες ποιότητές τους που ασφυκτιούν ακριβώς στα κυρίαρχα ρεύματα, με αποτελέσματα δραματικά σε όλες τις πτυχές της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, συμπεριλαμβανομένης της υγείας¹³¹.
- Τα ΚΠ, έχοντας ως θεμέλιό τους τη δημιουργία και ανάπτυξη συνεργασιών, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη δικτύωση ενός φάσματος τυπικών και «άτυπων» δομών και σχέσεων, συμπεριλαμβανομένων των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας και της Εκπαίδευσης,, ώστε να υποβοηθείται η συνέχεια της φροντίδας, η αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών και η κοινωνική συνοχή.

Δυνατότητες Προσφοράς στο πεδίο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Μένοντας λίγο περισσότερο στο πεδίο της ΠΦΥ: Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Έκθεση (2015) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.)¹³² η Ευρώπη φιλοξενεί τα μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού, δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου πρόωρων θανάτων. Η μείωση στη χρήση καπνού και αλκοόλ, που έχει σημειωθεί στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, δεν κρίνεται αρκετή. Ο Π.Ο.Υ. περιλαμβάνει στους στόχους που θέτει, τη μείωση των «χρόνιων ασθενειών» παγκοσμίως σε ποσοστό 30% έως το 2025, υπογραμμίζοντας τα οφέλη που μπορεί να έχει για την υγεία η έμφαση στη μείωση των παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι εντοπίζονται στην υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, καπνού και επιβλαβών διατροφικών συνηθειών.

Τα ΚΠ εδώ και χρόνια, υλοποιώντας προγράμματα προαγωγής της υγείας, συντελούν ούτως ή άλλως στην επίτευξη των στόχων αυτών και, υπό προϋποθέσεις που αφορούν τη θεσμική ολοκλήρωσή τους, θα μπορούσαν να

¹³¹ Πολάνυι, Κ. (2007). *Ο μεγάλος μετασχηματισμός*. Νησίδες.

¹³² WHO European Health Report (2015). *Targets and beyond-reaching new frontiers in evidence*.

συνεισφέρουν πιο συγκροτημένα και αποτελεσματικά στο πλαίσιο μιας καλά οργανωμένης, στοχευμένης δικτύωσης νοσοκομείων, κέντρων υγείας, δομών ΠΦΥ, δομών ψυχικής υγείας, δομών αντιμετώπισης της εξάρτησης κ.ο.κ. και διασύνδεσής τους με τη σχολική κοινότητα (εκπαιδευτικοί, μαθητές, γονείς).

Η δικτύωση αυτή δεν μεταφράζεται σε ένταξη των ΚΠ στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μπορεί δε να περιλαμβάνει τα εξής επίπεδα συνεισφοράς ενός ζητούμενου ενιαίου φορέα των ΚΠ, στη βάση όσων οι εργαζόμενοι/ές τους εδώ και 20 χρόνια υλοποιούν στην κοινότητα σε σχέση με την πρόληψη:

- α). Συμβολή στην αρχική πληροφόρηση των αρμοδίων για μια νέα δομή ΠΦΥ, σχετικά με τοπικές ιδιαιτερότητες, ανάγκες και αιτήματα, όπως αποτυπώνονται μέσα από το ξεδίπλωμα των παρεμβάσεων των ΚΠ.
- β). Συμμετοχή στην ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση των μελών τοπικών κοινοτήτων, όπου υπάρχει σκέψη ίδρυσης μονάδων ΠΦΥ – καθώς οι δομές αυτές, προκειμένου να ριζώσουν στην κοινότητα, οφείλουν να στηθούν κατόπιν προεργασίας στην κοινότητα και με την κοινότητα.
- γ). Εκπαίδευση του προσωπικού των μονάδων ΠΦΥ από εργαζομένους/ες των ΚΠ γύρω από τις βιωματικές μεθόδους πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- δ). Συνέργειες με μονάδες ΠΦΥ για κοινές παρεμβάσεις πρόληψης των εξαρτήσεων στην κοινότητα.
- ε). Συμμετοχή σε τοπικά δίκτυα παραπομπών, πολλαπλών κατευθύνσεων.

Με τον τρόπο αυτό, τα ΚΠ μπορούν να συνεισφέρουν στη δημιουργία προϋποθέσεων για υπηρεσίες ΠΦΥ πλουραλιστικές, με συνέχεια, ευελιξία και αποτελεσματικότητα, στη διασύνδεσή τους με άλλες μη ιατρικές υπηρεσίες. Καθώς και να συμβάλουν στον χαρακτήρα των υπηρεσιών ΠΦΥ ώστε να μην καταστούν μονοδιάστατα παραπεμπτικές, διαχειριστικές και γραφειοκρατικές – εν τέλει να μην είναι αποξενωμένες από την κοινότητα και τις ανάγκες της.

Ας σημειωθεί αφ' ενός ότι οι διεπιστημονικές ομάδες των ΚΠ εδώ και πολλά χρόνια παρέχουν εκπαίδευση σε υγειονομικό προσωπικό νοσοκομείων και κέντρων υγείας, σε ζητήματα που αφορούν μη ιατρικές όψεις της εξάρτησης, ενώ αναπτύσσουν και κοινές παρεμβάσεις πρόληψης στη σχολική και ευρύτερη κοινότητα, κυρίως για ζητήματα που αφορούν το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Αφ' ετέρου και εμφατικά σημειώνουμε ότι τα ΚΠ δεν συνιστούν οργανικό τμήμα του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Οι Rogers και Veale προειδοποιούν ότι ο όρος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας επενδύεται με διαφορετικές σημασίες από διαφορετικούς ανθρώπους¹³³, άρα χρειάζεται να είμαστε συγκεκριμένοι. Σύμφωνα με το λεξικό υγείας *Mosby's* ο όρος σημαίνει την «πρώτη επαφή σε ένα δεδομένο επεισόδιο ασθένειας, που οδηγεί σε μια απόφαση αναφορικά με την πορεία δράσης προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας».¹³⁴ Παρότι η φιλοσοφία των πιο προωθημένων (ολιστικών) προτάσεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μοιάζει πολύ με αυτή της πρωτογενούς-καθολικής Πρόληψης των εξαρτήσεων και της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, στόχος της τελευταίας δεν είναι καθόλου η διάγνωση κάποιας «ασθένειας» και η παραπομπή, αλλά η παρέμβαση στον λεγόμενο «υγιά πληθυσμό» πριν εμφανιστεί κάποιο «πρώιμο σύμπτωμα» επιπέδου ψυχοκοινωνικής υγείας και η ενδυνάμωση των εγγύς στα παιδιά και στους νέους ενηλίκων, ώστε να προλαμβάνουν οι ίδιοι/ες την εκδήλωση του τέτοιου τυχόντος «συμπτώματος». Η υποδοχή αιτημάτων βοήθειας στα ΚΠ (που δεν έχει σχέση με διάγνωση ασθένειας) είναι δουλειά συμπληρωματική, περιφερειακού χαρακτήρα, όπου υφίστανται κενά υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο και δεν οδηγεί σε συρρίκνωση των υπηρεσιών πρωτογενούς και καθολικής πρόληψης, όπως σημειώσαμε στο Κεφάλαιο Β'. Χρησιμοποιούμε δε τους ιατρικούς όρους «υγιάς πληθυσμός» και «σύμπτωμα» εδώ μονάχα κατ' αναγωγή, αφού τα 20 χρόνια προσφοράς μας στην υπόθεση της υποστήριξης της κοινότητας και της ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας ανθρώπων σηματοδοτεί η θεμελιώδης θέση, ότι η εξάρτηση είναι ένα σύνθετο και κατά βάση κοινωνικό φαινόμενο, όχι «ασθένεια» με όρους ιατρικούς ή «πρόβλημα». Είναι, άλλωστε, η θέση μας αυτή που, σε μεγάλο βαθμό, λειτούργησε σαν πυξίδα παρά τις πιέσεις και παλινδρομήσεις, και οδήγησε στα αποτελέσματα μιας δύσκολης 5ετίας τα οποία παραθέσαμε στο προηγούμενο υποκεφάλαιο. Εξάλλου, το έργο των λειτουργών πρόληψης, όπως έχει αναπτυχθεί στην Ελλάδα μέσα από την ιδιαίτερη ιστορική εμπειρία των Κέντρων Πρόληψης, δεν «υπάγεται» αποκλειστικά ή κυρίως στο πεδίο της υγείας, αλλά εμπίπτει ισότιμα και στο πεδίο της παιδαγωγικής/εκπαίδευσης, ενώ εφάπτεται αποφασιστικά και με άλλα πεδία,

¹³³ Rogers W. & Veale B. (2000). *Primary Health Care and General Practice: A scoping report*.

¹³⁴ Harris P., Nagy S., Vardaxis N. (eds) (2005). *Mosby's Dictionary of Medicine, Nursing and Health Professions*.

όπως θα αναφέρουμε στο αμέσως επόμενο υποκεφάλαιο.

Κατά συνέπεια, η όποια διασύνδεση των ΚΠ και κάθε δομής αντιμετώπισης της εξάρτησης με τις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορεί και οφείλει να συγκροτείται ως όντως τέτοια, δηλαδή όχι ως «υπαγωγή» των μεν στις δε ή ως σχέση «ανάθεσης», αλλά ως δικτύωση, συνεργασία, αλληλοβοήθεια διακριτών υπηρεσιών και συστημάτων, στα πεδία που οι στόχοι τους συγκλίνουν. Περαιτέρω, πρόκειται για έργο που μονάχα μέσω ενός ενιαίου φορέα των ΚΠ, ασχολούμενου αποκλειστικά με την πρόληψη των εξαρτήσεων, την εκπαίδευση του προσωπικού των ΚΠ, την εσωτερική κατανομή ποικίλων πόρων, την επεξεργασία σχεδίων δράσης και την κεντρική, ενιαία εκπροσώπηση σε εγχειρήματα συνεργασίας, μπορεί να καταστεί εφικτό αλλά και να απλώνεται συγκροτημένα, με συνέχεια και αποτελεσματικότητα μέχρι τη σχολική κοινότητα (μαθητές-εκπαιδευτικοί-γονείς). Αν αφεθεί τέτοιων διαστάσεων εγχείρημα δικτύωσης σε 67 αστικές εταιρείες, μέσα στους γραφειοκρατικούς δαιδάλους του προσαρμοσμένου σε αυτές θεσμικού πλαισίου των ΚΠ, είναι προορισμένο να αποτύχει.

Δυνατότητες Προσφοράς στην υποστήριξη, την ανάπτυξη και των πολλαπλασιασμό κοινωνικών δικτύων

Τα κοινωνικά δίκτυα είναι κοινωνικές δομές που συνδέουν ανθρώπους και ομάδες ανθρώπων μεταξύ τους με συγκριμένες σχέσεις – δηλαδή είναι ταυτόχρονα δομές, άνθρωποι και σχέσεις. Ως τέτοια είναι υπαρκτά σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες, σε κάθε εποχή και σε κάθε μέρος του πλανήτη. Στα σύγχρονα θεωρητικά μοντέλα ανάλυσης κοινωνικών δικτύων, οι άνθρωποι και ομάδες ανθρώπων κατηγοριοποιούνται μεθοδολογικά ως «κόμβοι», οι συνδέσεις μεταξύ των «κόμβων» κατηγοριοποιούνται ως «δεσμοί».¹³⁵

Οι συνδέσεις διαμορφώνονται με ποικίλες μορφές, λ.χ. ως εργασιακές επαφές ή ως οικογενειακές σχέσεις. Διαμορφώνονται, επίσης, σε ποικίλους βαθμούς ισχύος των δεσμών, λ.χ. ως απλές γνωριμίες ή ως στενοί φιλικοί δεσμοί. Διαμορφώνονται, τέλος, σε ποικίλα επίπεδα/μεγέθη και επί διαφορετικών ζητημάτων προς αντιμετώπιση, λ.χ. στο πλαίσιο μιας γειτονιάς ή στο πλαίσιο ενός συλλόγου γονέων ενός σχολείου.

Όλα τα κοινωνικά δίκτυα, πάντως, αφ' ενός είναι σύνθετα, περίπλοκα,

¹³⁵ Prell, C. (2011). *Social Network Analysis: History, Theory and Methodology*. Sage.

δυναμικά και αυτο-οργανωμένα, ασχέτως αν αυτό δεν είναι «ορατό» με μια πρώτη ματιά στα δίκτυα μικρής κλίμακας ή αν, όντως, η περιπλοκότητα αυξάνεται όσο αυξάνεται η έκταση του δικτύου¹³⁶. Αφ' ετέρου, όλα συνιστούν τα κύρια μέσα σύνδεσης του ανθρώπου με την κοινότητα ως σύνολο.

Οι σχέσεις και δεσμοί στο εσωτερικό των δικτύων επηρεάζουν σημαντικά τα μέλη τους ως προς τις αξίες, τις αρχές, τις επιλογές τους, την υιοθέτηση συνηθειών (θετικών ή αρνητικών)¹³⁷ και τον βαθμό επιτυχούς αντιμετώπισης των ζητημάτων που προκύπτουν στην καθημερινότητά τους¹³⁸, τελικά τον τρόπο ζωής τους – μάλιστα σε βαθμό πιο αποφασιστικό από ό,τι οι τεχνητά ιδωμένες ως «απομονωμένες», «ατομικές» ιδιότητες κάθε ανθρώπου.^{139, 140} Μέσα στα δίκτυα οι άνθρωποι εμπιστεύονται, ανταλλάσσουν πληροφορίες, λαμβάνουν και αποδίδουν στήριξη, μεγεθύνουν δυνάμεις και διανοίγουν δυνατότητες, αλληλεπιδρούν με άλλα δίκτυα (δικτυώσεις δικτύων), παράγουν νέες, πρωτότυπες ιδέες, οικοδομούν την προσωπική και κοινωνική ταυτότητά τους, εξελίσσονται και αναπτύσσονται.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα κοινωνικά δίκτυα βοηθούν στον προσδιορισμό των βαθμών στους οποίους μια κοινότητα είναι υγιής – τόσο με την ολιστική έννοια της υγείας όσο και με την «κλειστή/βιολογίστικη» έννοιά της. Εντοπίζουν ζητήματα υγείας και παρεμβαίνουν ποικιλοτρόπως σε αυτά και, το σημαντικότερο, λειτουργούν ως «άτυπα» υποστηρικτικά δίκτυα των μελών τους που μπορούν να δρουν ανασταλτικά ως προς στρεσογόνους παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία, δηλαδή να δρουν προληπτικά.^{141, 142 143} Επιπλέον, συνιστούν δυνάμεις που κινητοποιούν και εκλύουν «κοινωνικό κεφάλαιο», δηλαδή δυνάμεις που ο ρόλος τους θεωρείται κρίσιμος στη βελτίωση της υγείας στην

¹³⁶ Granovetter, M. (1983). *The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited*. *Sociological Theory*, Vol. 1 (1983), σ. 201-233

¹³⁷ Christakis, N.A., Fowler, J.H. (2007). *The spread of obesity in a large social network over 32 years*. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357(4), σ. 370-379.

¹³⁸ Calvo-Armengol, A. (2004). *Job Contact Networks*. *Journal of Economic Theory*, March 2004, 115(1), σ. 191-206.

¹³⁹ Όπ.π.

¹⁴⁰ White, H. (2007). *Identity and Control: How Social Formations Emerge*. (2nd ed.) Princeton, NJ: Princeton University Press.

¹⁴¹ House, J.S., Umberson, D., Landis, K. (1998). *Structures and processes of social support*. *Annual Review of Sociology*, 1998, 14, σ. 293-318.

¹⁴² Zilberberg, M.D. (2011). *The clinical research enterprise: Time to change course?* *Journal of the American Medical Association*, 2011, 305(6), σ. 604-605.

¹⁴³ Pachucki, M., Breiger, R. (2010). *Cultural holes: beyond relationality in social networks and culture*. *Annual Review of Sociology*, 2010, 36, σ. 205-224.

κοινότητα.¹⁴⁴

Είναι προφανές ότι, σύμφωνα με όσα ως τώρα έχουμε αναπτύξει ως στόχους και μεθοδολογίες, τα κοινωνικά δίκτυα συνιστούν πεδίο ιδιαίτερης σημασίας για την πρόληψη των εξαρτήσεων και την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας ως κοινοτική παρέμβαση.

Κατ' αρχάς, η κατανόηση των κοινωνικών δικτύων μιας κοινότητας προσφέρει καλύτερη γνώση της ίδιας της κοινότητας, των δυναμικών και των αλλαγών της, καλύτερη πρόσβαση σε ανθρώπους και ομάδες.¹⁴⁵

Δεύτερον, τα κοινωνικά δίκτυα εντοπίζουν με τρόπους άμεσους ζητήματα στην κοινότητα και μπορούν να ενημερώσουν για αυτά, παρέχοντας έτσι συγκεκριμένα δεδομένα για σχεδιασμό συγκεκριμένων στρατηγικών πρόληψης και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, αλλά και συνιστώντας τα ίδια χώρους ανταλλαγής, διαλόγου και συνεργασίας ως προς τον σχεδιασμό στρατηγικών με βάση τις ιδιαίτερες κάθε φορά ανάγκες.¹⁴⁶

Τρίτον, πέραν της υποστήριξης των υπαρκτών κοινωνικών δικτύων, που χρειάζεται για τους παραπάνω λόγους, απαιτείται και μια πολλαπλασιαστική λειτουργία, με την έννοια της συμβολής στην ανάπτυξη των υπαρκτών δικτύων, στη μεταξύ τους δικτύωση καθώς και στη δημιουργία νέων δικτύων. Έτσι, ανοίγονται νέες δυνατότητες παρέμβασης σε επίπεδο πρόληψης (λ.χ. εντοπίζονται αμεσότερα νέες ανάγκες) και, κυρίως, ενεργοποιούνται και δεσμεύονται ακόμη περισσότεροι άνθρωποι σε περισσότερα και ποιοτικά «υψηλότερα» επίπεδα. Με άλλα λόγια, «απλώνεται» περισσότερο το «άτυπο» δίκτυο προστασίας στην κοινότητα, από την κοινότητα για την κοινότητα.¹⁴⁷

Όπως επισημάναμε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η δικτύωση στην κοινότητα είναι ζωτικό και αναπόσπαστο κομμάτι της πρόληψης των εξαρτήσεων και της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, οι εργαζόμενοι/ες των Κέντρων Πρόληψης είναι φορείς μεγάλης εμπειρίας αναφορικά με αυτή αναπτύσσουμε δράση γύρω από αυτή και χρειάζεται να βοηθηθούμε για τον πολλαπλασιασμό τους. Χρειάζονται εδώ, απλώς, δύο σημαντικές επισημάνσεις: Πρώτον, ότι η

¹⁴⁴ Putnam, R.D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy* 1995, 6(1), σ. 65-78.

¹⁴⁵ Agency for Toxic Substances and Disease Registry, Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Principles of Community Engagement*. Atlanta, GA., σ. 153-155.

¹⁴⁶ Όπ. π.

¹⁴⁷ Όπ. π.

δουλειά με τα κοινωνικά δίκτυα απαιτεί έμφαση στην πρωτογενή και καθολική πρόληψη, συσπείρωση του μεγάλου όγκου δυνάμεων των ΚΠ γύρω από αυτή. Δεύτερον, ότι το διακύβευμα σήμερα δεν είναι αν θα υπάρχουν κάποια αυτοαναφορικά «δίκτυα πρόληψης», δηλαδή ένα είδος «απόδειξης» του «πόσο καλή είναι η πρόληψη», αλλά το αν οι παρεμβάσεις πρόληψης θα συμβάλουν στην ενίσχυση και τον πολλαπλασιασμό πολυφωνικών κοινωνικών δικτύων αλληλοβοήθειας και αλληλοϋποστήριξης των μελών τους, που στην εποχή μας και για τα χρόνια που έρχονται θα αποτελούν δίκτυα επιβίωσης. Δεν πρόκειται για βερμπαλισμό προς εντυπωσιασμό, αλλά για μια γειωμένη εκτίμηση ανθρώπων που εργαζόμαστε για χρόνια στο πεδίο και αφουγκραζόμαστε από κοντά τις εξελίξεις στην κοινωνία.

Αναλυτικότερα τα «δυνατά σημεία» των Κέντρων Πρόληψης

Οι λειτουργοί των ΚΠ παρέχουμε υπηρεσίες πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας στο πλαίσιο μιας ολιστικής προσέγγισης της υγείας (*whole-person care*), ως ψυχική, σωματική και κοινωνική ευεξία¹⁴⁸. Προσανατολισμένοι στην ψυχική και κοινωνική στήριξη του ανθρώπου, έχουμε καταφέρει να χαρακτηρίζονται τα ΚΠ, συνεκδοχικά, από τα ακόλουθα ενδεικτικά «δυνατά σημεία», που τα καθιστούν ιδιαίτερα, τουλάχιστον στον ελλαδικό χώρο:

- Είναι διεσπαρμένα σε ολόκληρη σχεδόν την επικράτεια (σε 69 Περιφερειακές Ενότητες – υπολείπονται οι της Ανατολικής Αττικής, Δυτικής Αττικής, Πειραιά, Νήσων και Λασιθίου), καλύπτοντας ικανοποιητικό μέρος του πληθυσμού (πάνω από 100.000 ανθρώπους ετησίως) συγκριτικά με τον αριθμό του προσωπικού τους, παρέχοντας ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας και ίσα δικαιώματα και ευκαιρίες για όλους/ες (ισότητα-*equity*). Παρά τις ένθεν κακείθεν οικειοποιήσεις και αντιποιήσεις, τα περισσότερα ΚΠ «στήθηκαν» κυρίως χάρις στις προσπάθειες (συχνά μακρόχρονες) ευαισθητοποιημένων κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημόνων, που είτε ήδη εργάζονταν σε άλλο ΚΠ είτε αργότερα εργάστηκαν στα ΚΠ.

¹⁴⁸ Ewles, L. & Simnett, I. (1999). *Promoting Health: A Practical Guide*.

- Η πρόσβαση σε αυτά είναι εύκολη (προσβασιμότητα-*accessibility*), ιδιαίτερα καθώς οι εργαζόμενοι/ές τους συνδιαλέγονται αρκετά ανοιχτά με την τοπική κοινωνία και τις ανάγκες της με όρους ψυχοκοινωνικής φροντίδας, στήριξης, ενδυνάμωσης. Με την έμφαση στην πρωτογενή και καθολική πρόληψη, οι άνθρωποι και οι ομάδες που εξυπηρετούνται, προσεγγίζονται ως «γενικά υγείς» και όχι με την ταμπέλα του δυνάμει «αρρώστου» ή ψυχικά πάσχοντα», δηλαδή χωρίς να επικρέμονται/αναπαράγονται στιγματισμοί και περιθωριοποιήσεις, αποκλεισμοί. Γίνονται -σε βαθμό ικανοποιητικό, παρά τις μεγάλες δυσκολίες που παραθέτουμε στα Κεφάλαια Ε' και ΣΤ'- σεβαστές οι ιδιαιτερότητες, η κουλτούρα, οι πεποιθήσεις, οι αξίες των «αποδεκτών υπηρεσιών» και αναλαμβάνονται προσπάθειες ανταπόκρισης στις ανάγκες ανθρώπων και ομάδων, στον βαθμό που αυτές εκφράζονται στη διαδικασία εγκαθίδρυσης σχέσης (ανθρωποκεντικότητα-*patient-centeredness*).
- Παρέχουν υπηρεσίες σε προσωπικό και ομαδικό επίπεδο, με την έμφαση στο δεύτερο, που διαθέτει πολλά πλεονεκτήματα ως προς την ουσία και αποτελεσματικότητα του ιδιαίτερου έργου της πρόληψης στην κοινότητα: συνιστούν μικρά κοινωνικά περιβάλλοντα (και όχι «προσομοιώσεις»), διευκολύνουν την καλλιέργεια και επέκταση σχέσεων με φυσικό τρόπο, επιτρέπουν τη συμμετοχή, προάγουν τη συνεργασία έναντι του ανταγωνισμού, την κατανόηση, την ανοχή και την εμπιστοσύνη έναντι του αυτοκεντρισμού.¹⁴⁹
- Συμβάλλουν ουσιαστικά στην αποσυμφόρηση των δομών απεξάρτησης, χορήγησης υποκαταστάτων ουσιών και, γενικότερα, δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς μάλιστα μέσω της συμβουλευτικής δίνεται η δυνατότητα να αντιμετωπιστούν έγκαιρα και άμεσα ζητήματα που προκαλούν συναισθηματική φόρτιση – διεθνώς αναγνωρισμένη ως υπαίτια εκδήλωσης ψυχοσωματικών δυσκολιών και εξαρτητικών συμπεριφορών.^{150 151 152 153 154}

¹⁴⁹ Moon, A. (1998: 1990a). *Ομάδες και εργασία σε ομάδες σε τάξεις του δημοτικού*. Στο TACADE & ΚΕΘΕΑ. *Δεξιότητες Για Παιδιά Δημοτικού – Το Εγχειρίδιο*, σ. 22.

¹⁵⁰ Kimball, C.P. (1982). *Stress and psychosomatic illness*. *Journal of Psychosomatic Research*. 1982, 26(1), σ. 63-71.

¹⁵¹ Aro, Hillevi (1987). *Life stress and psychosomatic symptoms among 14 to 16-year old Finnish adolescents*. *Psychological Medicine*. Feb 1987, 17 (1), σ. 191-201.

¹⁵² Al-Baldawi, Riyadh (2002). *Migration-related stress and psychosomatic consequences*. *International Congress Series*. September 2002, vol. 1241, σ. 271-278.

¹⁵³ Sinha, R. (2005). *Stress and drug abuse*. Στο Steckler, T., Kalin, N.H., Reul, JMHM (eds). *Handbook*

- Στελεχώνονται στη βάση της διεπιστημονικότητας, από προσωπικό που εκπαιδεύεται και επιμορφώνεται, συνήθως ιδίοις πόροις, ώστε σε ικανοποιητικό βαθμό παραμένει στην κατεύθυνση της διαρκούς κάλυψης των (νέων) αναγκών του πληθυσμού ευθύνης (καταλληλότητα-*appropriateness*).
- Έχουν ανεπτυγμένη δικτύωση και συμβάλλουν στην εκπαίδευση, την ευαισθητοποίηση (άρση προκαταλήψεων, φόβων, στερεοτύπων, μύθων) και το κάλεσμα σε δράση του γενικού πληθυσμού, γύρω από το φαινόμενο της εξάρτησης και μια μεγάλη γκάμα ψυχοκοινωνικών ζητημάτων.
- Έχουν αποδεδειγμένα τη δυνατότητα να ανταποκριθούν σε καταστάσεις κρίσης και «έκτακτης ανάγκης», εξαιτίας της γεωγραφικής διασποράς τους, της διεπιστημονικότητάς τους, της στοχοθεσίας τους και των σχέσεων που οικοδομούν στην καθημερινότητα των τοπικών κοινωνιών με μεγάλη αποδοχή από αυτές (*acceptability*).
- Επιδιώκουν, βεβαίως στις πολύ δύσκολες συνθήκες που ορίζει το ισχύον θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας τους, τη συνέχεια φροντίδας (*continuity of care*) σε βάθος χρόνου.

Επιπρόσθετα, οι παρεμβάσεις των Κέντρων Πρόληψης έχουν τα εξής σπάνια χαρακτηριστικά:

- Πραγματοποιούνται στην κοινότητα -δηλαδή εκτός γραφείου- σε κάθε τόπο, χωρίς περιορισμούς στις ώρες και τις ημέρες, ακόμη και εκτός χώρας, όπως θα αναφέρουμε στο Κεφάλαιο ΣΤ'.
- Λαμβάνουν υπ' όψη, σε ικανοποιητικό βαθμό, τα ιδιαίτερα εδραιωμένα κοινωνικο-πολιτισμικά χαρακτηριστικά κάθε περιοχής, είναι σε ικανοποιητικό βαθμό μακροχρόνιες, συνεχείς και βιωματικές, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο αρκετά τη μεγαλύτερη αμεσότητα και αποτελεσματικότητα. Λ.χ. η εμπειρία έχει δείξει ότι διευκολύνεται μια παρέμβαση σε ομάδα μαθητών Λυκείου, όταν έχει προηγηθεί παρέμβαση στους ίδιους μαθητές στη διάρκεια φοίτησής τους στο Δημοτικό και/ή στο Γυμνάσιο, ενώ ξέρουν και «ποια πόρτα να χτυπήσουν» και, κυρίως, ποιον άνθρωπο να συναντήσουν, όταν βρεθούν αντιμέτωποι/ες σε μια σημαντική

of Stress and the Brain. Part 2 - Stress: Integrative and Clinical Aspects. Elsevier: Amsterdam, σ. 333-356.

¹⁵⁴ Sinha, R. (2007). *The role of stress in addiction relapse*. *Current Psychiatry Reports* 9, σ. 388-395.

δυσκολία στην κατοπινή, ενήλικη ζωή τους.

- Σε ικανοποιητικό βαθμό τροποποιούνται δημιουργικά με βάση την τρέχουσα γενική και τοπική πραγματικότητα, καθώς και τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα (έρευνες, κ.λπ.).
- Συνδιαμορφώνονται σε κάποιον βαθμό με τους πολίτες, ενισχύοντας την αυτενέργεια, τη συμμετοχή και την ανάληψη της ευθύνης.
- Χρησιμοποιούν ως βασική μεθοδολογία τους τη βιωματική μάθηση, που ομοίως ενισχύει την αυτενέργεια, τη συμμετοχή, την αυθεντική ανταλλαγή και την αλληλεγγύη, παράλληλα με την απόκτηση γνώσεων.
- Σέβονται το πλαίσιο και τη διαφορετικότητα κάθε ανθρώπου και κάθε ομάδας.
- Λόγω της φιλοσοφίας και της μεθοδολογίας που επιλέγουν οι εργαζόμενοι/ές τους, αφορούν και διασυνδέουν πεδία εκτός αυτού που συμβατικά ταξινομείται ως Υγεία: τα πεδία της Παιδείας, του Πολιτισμού, της Θεσμικής Εκκλησίας, της Δικαιοσύνης κ.ο.κ. Συμβάλλουν, έτσι, στη διεύρυνση των διεπαφών -της επικοινωνίας, των ανταλλαγών μεταξύ- των αντίστοιχων κλάδων ειδικών, που δραστηριοποιούνται σε κάθε κοινότητα, καθώς και στη διαμόρφωση προτάσεων ολιστικής αντιμετώπισης από ειδικούς και μη ειδικούς.
- Υποστηρίζουν κοινωνικά δίκτυα, συμβάλλουν στην ανάπτυξή τους και στη δημιουργία νέων μέσα από την εστίαση σε παρεμβάσεις πρωτογενούς και καθολικής πρόληψης.
- Χαίρουν «αναγνωρισιμότητας» και εμπιστοσύνης, εφ' όσον παρέλθουν ορισμένα απαιτούμενα χρόνια προσφοράς των εργαζομένων τους στην κοινότητα. Αυτό, σε συνδυασμό με την έλλειψη άλλων δομών και τη διόγκωση των δυσκολιών στην περίοδο της κρίσης, τα έχει καταστήσει ως την πρώτη επιλογή πολιτών διαφόρων ηλικιακών και εν γένει κοινωνικών στρωμάτων.
- Τα στοιχεία αυτά καθιστούν τα ΚΠ σημείο αναφοράς της τοπικής κοινότητας (*community orientation*) και των βασικών κοινωνικοποιητικών θεσμών της -της οικογένειας (*family-centered care*), του σχολείου- καθώς και σημαντικά κέντρα δικτύωσης και συνεργασιών.

Συγκεφαλαιωτικά, δεν πρόκειται για βερμπαλισμό αλλά για πρακτική συνέπεια των

παραπάνω, που η ιδιαίτερη προσφορά των εργαζομένων των ΚΠ κατατάσσεται στην επιστημονική πρωτοπορία του χώρου της Πρόληψης πανευρωπαϊκά.¹⁵⁵ Το πνεύμα και η «αρχιτεκτονική» των παρεμβάσεών μας, ιδωμένο ιδιαίτερα μέσα από το πρίσμα της συγκρότησης σχέσεων με τα μέλη των τοπικών κοινοτήτων όπου δραστηριοποιούμαστε, έχουν διαμορφώσει ένα πλαίσιο που δρα παράλληλα και συμπληρωματικά προς το ιατροκεντρικό μοντέλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας – τουλάχιστον όπως έχει επικρατήσει στη χώρα μας έως σήμερα: Οι διεπιστημονικές ομάδες των ΚΠ δρουν στην κοινότητα, παρεμβαίνουν επί ζητημάτων της κοινότητας, απευθύνονται τόσο σε ομάδες όσο και «εξατομικευμένα», αναγνωρίζουν και παρεμβαίνουν στον ρόλο που διαδραματίζουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον ως προς την πρόκληση δυσφορίας, οδύνης και, αρκετά κατόπιν, συμπτώματος. Το έργο τους είναι βασισμένο σε μεθόδους επιστημονικά τεκμηριωμένες, πρακτικά εφαρμόσιμες, με χαμηλό οικονομικό κόστος και με μεγάλο κοινωνικό όφελος, οι υπηρεσίες τους κοινοτικές και καθολικά προσβάσιμες.

Κατά τη δε περίοδο όξυνσης της εγγενούς κρίσης των σύγχρονων κοινωνιών (2010-2016), οι εργαζόμενοι/ες κατάφεραν με την αυτενέργειά τους να υπερβούν αντικειμενικούς φραγμούς – σίγουρα σε ποσοτικό επίπεδο, σε έναν βαθμό και σε ποιοτικό: Πράγμα, πάντως, ιδιαίτερα δύσκολο και με φυσιολογικές ασυνέχειες, υπό τη διπλή πίεση της επίδρασης της κρίσης στους/στις εργαζομένους/ες και της κραυγαλέας έλλειψης του ελάχιστου, υποτυπώδους προστατευτικού θεσμικού πλαισίου των δομών, το οποίο τουλάχιστον υφίσταται σε όλες τις υπόλοιπες δομές αντιμετώπισης της εξάρτησης.

Τα εδώ παρατιθέμενα «δυνατά σημεία» υποδεικνύουν την ύπαρξη μιας μοναδικής «μαγιάς», που σε μεγάλο βαθμό μένει αναξιοποίητη από την Πολιτεία. Ακόμη πώς, με έναν ενιαίο και αυτόνομο φορέα των ΚΠ που θα συνδέει τις επιμέρους προσπάθειες και θα φροντίζει αποκλειστικά και απρόσκοπτα για αυτές, η «μαγιά» μπορεί να απελευθερωθεί στις τοπικές κοινωνίες με αποτελέσματα πολλαπλασιαστικά ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας. Προς λεπτομερέστερη τεκμηρίωση αυτής της στέρεης, πιστεύουμε, υπόθεσης ακολουθούν τα επόμενα Κεφάλαια.

¹⁵⁵ Σύμφωνα και με το *Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία (EMCDDA)* – βλ. σχετική αναφορά στο επόμενο κεφάλαιο.

Κεφάλαιο Ε

Το Όραμα της πρόληψης

*«...οι επιστήμονες λένε πως οι άνθρωποι
είναι φτιαγμένοι από άτομα,
αλλά ένα πουλάκι μου είπε πως
είμαστε φτιαγμένοι και από ιστορίες.»*

Eduardo Galeano, συνέντευξη στους
N. Shaikh και A. Goodman (Μάιος 2013)

Το όραμά μας για την πρόληψη διαπερνά και συνδέει όσα έως τώρα έχουν καταγραφεί, ως επιλογή περιεχομένου, ως εστιάσεις, ως εκφορά λόγου, ως κινούσα δύναμη των γραφόντων. Αλλού με σαφήνεια, θέλουμε να πιστεύουμε, αλλού περισσότερο υπόρρητα, πάντως διαρκώς σε ένα πνεύμα «οραματικής προβολής». Θεωρούμε, παρ' όλα αυτά, σημαντική την ύπαρξη ενός ιδιαίτερου κεφαλαίου γύρω από το ζητούμενο Όραμα της Πρόληψης, καθότι η πρότασή μας για έναν νέο, ενιαίο φορέα των ΚΠ αφορά κυρίως τη θέση μας ως πολίτες και ως λειτουργοί πρόληψης σε μια ιδιαίτερη συνθήκη για τη χώρα και την κοινωνία – τους ανθρώπους, τις σχέσεις και όλα όσα άλλα τη συναπαρτίζουν ως ιδιαίτερη ζωντανή σύνθεση.

Η φιλοσοφία και το έργο των λειτουργών των ΚΠ στην Ελλάδα κομίζουν, δημιουργούν και εμπλουτίζουν παρακαταθήκες, ακριβώς στον βαθμό που δεν συνιστούν μίαν αβίαστη, παγιωμένη και τεχνοκρατική κατάσταση, αλλά μια διαδικασία ιδιαίτερα δυναμική όσο και εσωτερικά διαφοροποιημένη. Η ανομοιογένεια, όμως, δύσκολα πλέον οροθετείται σε ταυτοτικό σύνολο, ώστε δεν φέρει κατ' ανάγκη θετικό πρόσημο καθώς μάλιστα δεν προκύπτει πάντοτε από μια δημιουργική συνομιλία με τις τοπικές κοινωνίες, παρά συχνά από τα κακώς κείμενα

του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των ΚΠ που κατακερματίζει, αλλοιώνει, φορτίζει, επιφέρει κόπωση και παλινδρομήσεις πέραν του συνήθους στον απαιτητικό χώρο αντιμετώπισης της εξάρτησης. Η έλλειψη και μόνο -για να μην επεκταθούμε ενιαίας, κεντρικής και με αυθεντική έγνοια για την πρόληψη διοίκησης των 75 ΚΠ (ή 67 αστικών εταιρειών), ναρκοθετεί εκ προοιμίου τη θεμελίωση απαραίτητων και συγκλίσεων στο επίπεδο ενός κοινού οράματος.

Θα επιχειρήσουμε, λοιπόν, παρακάτω να αποδώσουμε κωδικοποιημένα μια ενοποίηση τάξης φιλοσοφίας και οράματος, με αντικειμενικά απύσες ορισμένες βασικές προϋποθέσεις της, λόγω του θεσμικού προβλήματος των ΚΠ. Ο σκοπός αυτός θέτει ως απαραίτητη μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση.

Ιστορική ανασκόπηση των επικρατούσων φιλοσοφιών πρόληψης

Σύμφωνα με τον Yves Gervais¹⁵⁶, η ιστορία της πρόληψης χωρίζεται αδρά σε δύο περιόδους. Στη δεκαετία του 1970 οι περισσότεροι/ες γιατροί και ψυχίατροι, θεωρούμενοι/ες καθ' ύλη αρμόδιοι, ταυτίζουν ουσιαστικά τον εξαρτημένο με τον χρήστη ηρωίνης και περιορίζονται σε αντεγκλίσεις γύρω από τη θεραπεία των «τοξικομανών», χωρίς να ενδιαφέρονται για την πρόληψη. Η κατάσταση αυτή, καθώς δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, δημιουργεί γρήγορα ένα ρήγμα ανάμεσα σε «ειδικούς» και σε «αιρετικούς ειδικούς» και «μη ειδικούς» όπως γονείς μαθητών, εκπαιδευτικούς, γενικούς γιατρούς, αστυνομικούς, δικαστές, αιρετούς της τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι τελευταίοι, βλέποντας τη χρήση και εξάρτηση να εξαπλώνονται, νιώθουν την ανάγκη να πιέσουν για «πρόληψη για τα ναρκωτικά».

Η έτσι προκύπτουσα, νεότευκτη πρόληψη των εξαρτήσεων στηρίχτηκε σε απλά, εύληπτα αξιώματα: (1) «τα ναρκωτικά κάνουν κακό», (2) «τα ναρκωτικά πλήττουν κυρίως τους νέους», (3) «αν πληροφορήσουμε σωστά τους νέους για τα ναρκωτικά, τότε δεν θα κάνουν χρήση», (4) «ο ιδανικός τόπος για να συναντήσει κανείς την πλειοψηφία των νέων είναι τα γυμνάσια και τα λύκεια», (5) «ας συνεργαστούμε, για να αναπτύξουμε στρατηγικές πρόληψης για τα ναρκωτικά στα σχολεία».

Τα προγράμματα που άρχισαν να εφαρμόζονται, συνίσταντο κατ' αντιστοιχία σε σύντομης διάρκειας συγκεντρώσεις, στις οποίες παρουσιάζονταν

¹⁵⁶ Gervais, Y. (1994). *La prevention des toxicomanies chez les adolescents*, σ. 143-159.

διαφάνειες, συζητούνταν οι ουσίες και καθόλου τα ζητήματα σε επίπεδο αιτιολογίας, που συνδέονται με τις δυσκολίες της εφηβείας, την εκπαίδευση, τις δυσκολίες των σχέσεων μεταξύ γονέων και παιδιών, την κακοποίηση κοκ. Η αστυνομία και η δικαιοσύνη, κυρίως, ανέλαβαν τέτοιες δράσεις πρόληψης, εστιάζοντας στην καλλιέργεια φόβου γύρω από τα αποτελέσματα της χρήσης ουσιών και την απαγορευτικότητα, μέσα από σκέτη παράθεση ιστοριών και πληροφορίας, και με στόχο να «αποτρέψουν» τους νέους.

Ωστόσο, το μοντέλο της δεκαετίας του 1970 περισσότερο παρακίνησε παρά «απέτρεψε» τη χρήση, για λόγους που εντόπισε μια γενιά «ειδικών» και «μη ειδικών» πρόληψης, λίγα χρόνια κατόπιν. Τη δεκαετία του 1980, συγκεκριμένα, αρχίζει να σχηματοποιείται η ιδέα μιας συνολικής πολιτικής πρόληψης, στηριζόμενη σε εμπειρικά, κλινικά και επιδημιολογικά στοιχεία, που συγκλίνουν στο ακόλουθο αξίωμα: ο/η έφηβος που αντιμετωπίζει δυσκολίες -είτε είναι εξαρτημένος, «αυτοκτονικός» ή «παραπρωματικός»- αναγνωρίζεται ως άνθρωπος που υποφέρει και μάλιστα «με αιτία». Οι επικρατούσες αντιλήψεις και πρακτικές πρόληψης αντιμετωπίζονται ως εκφοβιστικές, ελλιπείς και αποσπασματικές, με αποτελέσματα συνήθως αντίθετα από τα προσδοκώμενα και με έντονες κατασταλτικές και ρατσιστικές πλευρές.

Όπως αναφέρεται στο Εγχειρίδιο Πρόληψης «Δεξιότητες Για Παιδιά Δημοτικού» των TACADE & ΚΕΘΕΑ, η πρώτη πρωτότυπη έκδοση του οποίου έγινε το 1990 συνοψίζοντας την πείρα εφαρμογής των νέων ιδεών της δεκαετίας του 1980:

«Έρευνες έδειξαν ότι όταν υπάρχει μόνο παροχή γνώσεων, οι νέοι ενημερώνονται καλύτερα αλλά η συμπεριφορά τους δεν επηρεάζεται σχεδόν καθόλου. Πολύ συχνά μπαίνουν στον πειρασμό να “δοκιμάσουν”. Η προσέγγιση “φόβος-σοκ”, πολλές φορές ωθεί τα παιδιά να “αποκλείσουν” αυτά που είδαν και άκουσαν. Πολλές φορές όμως οι νέοι άνθρωποι βρίσκουν τις καταθλιπτικές εικόνες ελκυστικές με κάποιο περίεργο τρόπο και μάλλον τους μαγνητίζουν παρά τους απωθούν. Όταν οι νέοι άνθρωποι διδάσκονται δεξιότητες ζωής, π.χ. κριτική σκέψη, λήψη αποφάσεων, αποφασιστικότητα, αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων, ουσιαστική επικοινωνία, όταν διδάσκονται από τα λάθη τους, συνήθως το αποτέλεσμα στη ζωή τους είναι θετικό (Schars 1981). Δεν υπάρχουν ενδείξεις κατάχρησης ουσιών ή εκφοβισμού όταν χρησιμοποιούνται προγράμματα που βασίζονται

σε δεξιότητες. Καθώς οι δεξιότητες καλλιεργούνται ή ενισχύονται, αυξάνεται παράλληλα και η εμπιστοσύνη και η αυτοεκτίμηση. Είναι πλέον γνωστό ότι το επίπεδο που βρίσκεται η αυτοεκτίμηση είναι σημαντικός παράγοντας στην καταχραστική συμπεριφορά και σε θέματα προαγωγής της υγείας γενικότερα.»¹⁵⁷

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της εξάρτησης αναζητούνται, πλέον, σε προσωπικό, διαπροσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Γίνεται αναφορά σε «παθολογία της επικοινωνίας», σε ελλειμματική διαπαιδαγώγηση που συμβάλλει αρνητικά στη δόμηση του ψυχισμού, στον βαθμό ανάπτυξης «δεξιοτήτων» όπως η οριοθέτηση, η λήψη απόφασης, η αναγνώριση εκ μέρους γονέων, εκπαιδευτικών, εφήβων των στάσεων και συμπεριφορών τους. Το σπουδαιότερο, διατυπώνεται η υπόθεση ότι αν η κοινωνία δεν διαθέσει τα μέσα, ώστε να μειωθεί ή εξαλειφθεί ο πόνος, τότε ο/η έφηβος/η θα χρησιμοποιήσει πολλούς τρόπους «περάσματος στην πράξη» - χρήση μιας ουσίας, βία, «παραβατικότητα» κ.ο.κ.

Σύμφωνα με το σκεπτικό αυτό, η αντιμετώπιση δυσκολιών, εκφράζεται από τους/τις εφήβους με πολλά «πρώιμα συμπτώματα»: προβλήματα στον ύπνο, σχολική αποτυχία, απουσίες στο σχολείο, προβλήματα στη διατροφή, περιστασιακή χρήση ουσιών κ.λπ. Όταν αυτά δεν γίνονται αντιληπτά και δεν αντιμετωπίζονται από τους κοντινούς τους ενήλικες, τότε εμφανίζονται σοβαρότερα συμπτώματα, όπως η εξάρτηση, η «παραπτωματικότητα» κ.ά. Άρα, στον ορίζοντα της πρόληψης εισέρχεται η οικογένεια, ως πεδίο παρέμβασης, με έμφαση τόσο στη σχέση γονέα-παιδιού όσο και στη σχέση του ζεύγους γονέων.

Ωστόσο, πολλοί έφηβοι και νέοι που προέρχονται από έντονα στερητικά περιβάλλοντα, καταφέρνουν να ανταπεξέλθουν σχετικά καλά στις δυσκολίες και είναι πολύ πιθανό να είναι γενικά «ισορροπημένοι» στην ενήλικη ζωή τους. Γιατί, λοιπόν, κάποιοι νέοι, που ζουν σε ένα οικογενειακό περιβάλλον όπου κυριαρχεί η συναισθηματική στέρηση, η ρευστότητα, η σύγχυση και/ή η αδιαφορία, τα καταφέρνουν σχετικά καλά, ενώ άλλοι καταφεύγουν στη χρήση ουσιών; Η απάντηση εισάγει μια νέα βασική «παράμετρο πρόληψης», τους «ενήλικες υποστηρικτές»: Οι νέοι/ες που καταφέρνουν να ανταπεξέλθουν στις πιέσεις και τις οδύνες, είχαν την τύχη να συναντήσουν στο ευρύτερο οικογενειακό, σχολικό ή εν γένει κοινωνικό περιβάλλον «γονεϊκά υποκατάστατα» (εκπαιδευτικούς, προπονητές

¹⁵⁷ Moon, A. (1998: 1990β). Πρόληψη της κακοποίησης και προαγωγή της προστασίας του παιδιού. Στο TACADE & ΚΕΘΕΑ. Δεξιότητες Για Παιδιά Δημοτικού – Το Εγχειρίδιο, σ. 12.

αθλητικών ομάδων κ.λπ.). Η συστηματική ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης, που θα λαμβάνει υπ' όψη αυτή τη σχεσιακή παράμετρο, φαντάζει βασανιστική, αλλά χωρίς αυτή δεν κατορθώνεται η αποφυγή απλοϊκών, «πυροσβεστικών», αναποτελεσματικών δράσεων.

Τα ΚΠ ιδρύονται στην πλειοψηφία τους στο τέλος της δεκαετίας του 1990 και οι λειτουργοί τους οργανώνουν προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης υιοθετώντας τη φιλοσοφία που αναδύθηκε τη δεκαετία του 1980 και πρόσφατα είχε καταφθάσει στην Ελλάδα, εμπνέοντας και συνεγείροντας νέους επιστήμονες. Η προσέγγιση της εκπαίδευσης σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες ζωής θεωρείται εξ αρχής πιο αποτελεσματική σε σχέση με τις προσεγγίσεις του παρελθόντος (εκφοβισμού, ενημέρωσης-πληροφόρησης). Οι στοχεύσεις των λειτουργών των ΚΠ τίθενται εξ αρχής στην ψυχική και κοινωνική ενίσχυση του ανθρώπου, στην ανάδειξη και καλλιέργεια ποιοτήτων εκτίμησης εαυτού, επικοινωνίας, μη αποφυγής και δημιουργικής επίλυσης συγκρούσεων, διαχείρισης άγχους, κοινωνικής διεκδίκησης, κριτικής λήψης αποφάσεων και άλλων δεξιοτήτων και αξιών, που προαναφέρθηκαν.

Χάρης στην κατεύθυνση αυτή, αρμονικά συμβατή με την πρωτογενή και καθολική πρόληψη, τα ΚΠ «ριζώνουν» στις τοπικές κοινότητες και απλώνουν τη βεντάλια της πρόληψης, συχνά καινοτομώντας. Όστε, η Ετήσια Έκθεση του 2005, του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EMCDDA), αναγνωρίζει ότι:

«Η Ελλάδα αποτελεί ένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικό παράδειγμα της μετατόπισης των πολιτικών πρόληψης από τις παραδοσιακές βασισμένες στην πληροφόρηση και ατομικές (συμβουλευτικές) προσεγγίσεις στην υλοποίηση προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης εστιασμένων στην καλλιέργεια δεξιοτήτων... Για παράδειγμα, οι μεμονωμένες ενημερωτικές ομιλίες ή διαλέξεις εμπειρογνομώνων ή αστυνομικών συνηθίζονται ακόμη σε αρκετά κράτη μέλη της ευρωπαϊκής ένωσης, παρά τα ομόφωνα συμπεράσματα των ερευνών ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι στην καλύτερη περίπτωση αναποτελεσματικές, εάν όχι επιζήμιες...»¹⁵⁸

Όσα το EMCDDA αποτυπώνει αξιολογώντας, επιτεύχθηκαν με μεράκι αλλά και

¹⁵⁸ EMCDDA (2005). Ετήσια Έκθεση 2005 – Πρόληψη στα σχολεία. Διαθέσιμο στο <http://ar2005.emcdda.europa.eu/el/page021-el.html>

ιδιαίτερο κόπο από τους/τις εργαζομένους/ες των ΚΠ, υπό τη συνδυαστική επίδραση των θεσμικών ανωμαλιών, της μόνιμης απουσίας Εθνικού Σχεδίου για την Πρόληψη καθώς και της πολυετούς στοίχισης πεποιθήσεων της ελληνικής κοινωνίας -ιδιαίτερα των δύο βασικών φορέων κοινωνικοποίησης, οικογένειας και σχολείου- γύρω από το μοντέλο της δεκαετίας του '70: πολύ μεγάλα τμήματα των τοπικών κοινοτήτων ήταν φυσιολογικά φορείς της «μαγικής σκέψης» γύρω από «τα ναρκωτικά», θεωρώντας πως οι «συμβουλές των ειδικών στα παιδιά» είναι πρόληψη και έχοντας αντίστοιχα «μαγικές» προσδοκίες «λύσης του προβλήματος».

Τα επιτεύγματα των εργαζομένων των ΚΠ σε αντίξοες συνθήκες δεν συνιστούν, από την άλλη, κάποιο «τέλος», δεν ορίζουν κάποιο «ανώτατο σημείο» της πρόληψης στην Ελλάδα. Αντίθετα, συνιστούν τεκμήρια ενός υπαρκτού υποβάθρου προκειμένου η πρόληψη να εμβαθύνει, να απλώσει, να συμβάλει πιο αποτελεσματικά στις σύγχρονες κοινωνικές ανάγκες και απαιτήσεις, διαβαίνοντας ένα κατώφλι ορατό αλλά ακόμη κλειδωμένο – αυτό της αλλαγής θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των ΚΠ.

Σύγχρονες απαιτήσεις: Το χάσμα μεταξύ διαπίστωσης και απάντησης

Σε ό,τι έχει παραχθεί, εφαρμόζεται και αξιολογείται στο πεδίο της πρόληψης, οφείλουμε πλέον να συνυπολογίσουμε το γεγονός ότι -λόγω της κορύφωσης της ολόπλευρης, παγκόσμιας κρίσης, μάλιστα με τη χώρα μας ως ένα από τα επίκεντρα της- αντιμετωπίζουμε έναν συνδυασμό διόγκωσης και ραγδαίων, βαθιών ποιοτικών μετατοπίσεων στο πεδίο της ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης και των επιπτώσεών της, μάλιστα με συμπίεση των υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας.¹⁵⁹

Στο πλαίσιο αυτό, αναδεικνύεται επιτακτική τουλάχιστον η ανάγκη αναστοχασμού επί του επιστημονικού και επιστημολογικού υποβάθρου των παρεμβάσεων που υλοποιούνται, στη βάση της εμπειρίας των εργαζομένων στα ΚΠ, όπως αυτή προκύπτει από σχέσεις, από τη συμμετοχή μας στις πραγματικές, καθημερινές διεργασίες των τοπικών κοινωνιών – ώστε να βελτιωθεί η προσφορά μας.

¹⁵⁹ Karanikolos, M., Mladovsky, Ph., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P., McKee, M. (2013). *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. The Lancet. v. 381, no. 9874 (April 2013), σ. 1323-1331.

Ξεκινάμε με τη διαπίστωση ότι ο κυρίαρχος επιστημονικός λόγος και οι πρακτικές που συνδέονται με αυτόν βαρύνονται από μια α-πολιτική και α-χρονική προσέγγιση των κοινωνικών φαινομένων. Φυσικά, η στάση αυτή δεν σταματά ούτε τη χρονικότητα ούτε τις θεμελιώδεις πολιτικές συνάψεις των κοινωνικών φαινομένων, πράγμα που σημαίνει τη δημιουργία ενός κενού μεταξύ υπαρκτών ζητημάτων και αντιμετώπισής τους. Σημαίνει, όμως, και κάτι παραπάνω: Ειδικά όσον αφορά τη σύνδεση πολιτικού και κοινωνικού στις κοινωνικές υπηρεσίες, «*ιδιαίτερα απ' το τμήμα εκείνο της εργατικής τάξης, που απασχολείται σε υπηρεσίες προνοιακού χαρακτήρα, αναμένονται συγκεκριμένες στάσεις και αντιλήψεις, συγκεκριμένοι σχεδιασμοί και εφαρμογές, που αντιστοιχούν στα ιδεολογήματα, τις επιδιώξεις και τα μέσα του εφαρμοζόμενου κάθε φορά μοντέλου "Κράτους Πρόνοιας"*». Το τέτοιου τύπου επιστημονικό έργο είναι, λοιπόν, κατ' εξοχήν πολιτικό, είτε ως εναρμονιζόμενο στα κυρίαρχα πολιτικά προτάγματα είτε ως αντιπασσόμενο και αντιστεκόμενο σ' αυτά. Το κομμάτι των αντιναρκωτικών πολιτικών δεν αποτελεί εξαίρεση. [...] Ο όχι σπάνιος ισχυρισμός ότι επιστημονικό έργο και πολιτική θέση και δράση είναι διαχωριστέα, εθελουφλεί μπρος στην πραγματική ιστορική κίνηση και την καθημερινή συμμετοχή σ' αυτήν όλων των ανθρώπων, ιδιαίτερα μάλιστα των εργαζομένων, επιστημόνων και μη. Τέτοια άρνηση κατοχυρώνει για τον εαυτό της μια -ανεπαρκώς- απεινοχοποιημένη θέση παθητικής στήριξης των εκάστοτε πολιτικών, τουλάχιστον στον βαθμό που αυτές εφαρμόζονται με -προσαρμοσμένα στο εκάστοτε κυρίαρχο μοντέλο "Κράτους Πρόνοιας"- επιστημονικά μέσα».¹⁶⁰

Οι λειτουργοί πρόληψης δεν είμαστε απαλλαγμένοι/ες από αυτά τα άχθη, τόσο ως προς την προσέγγιση του φαινομένου της εξάρτησης όσο και ως προς τον ρόλο των «επαγγελματιών», κατά συνέπεια. Οι τελευταίοι/ες δεν παύουν να είναι υποκείμενα συγκεκριμένων ιστορικών συγκειμένων – δεν έχουν κάποια ιδιαίτερη «ανοσία» ως προς τις κυρίαρχες επιταγές, τουλάχιστον όχι ντετερμινιστικά, εκ θέσεως και ρόλου. Η υιοθέτηση ατομοκεντρικών και μηχανιστικών/τεχνοκρατικών προσεγγίσεων της πρόληψης, ως αποτέλεσμα, κάθε

¹⁶⁰ Λάιος, Ν. (2011). «Κράτος Πρόνοιας» και πρόληψη των εξαρτήσεων στην σκιά της εξατομικευμένης ευθύνης. Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 114 (Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2011), σ. 20-34. Για το ζήτημα της σταθερής σύνδεσης πολιτικού και κοινωνικού καθώς και της σταθερής προϋπόθεσης πολιτικοϊδεολογικής επιλογής σε κάθε επιστημονικό εγχείρημα (θεωρητικό και στο πεδίο), δες ακόμα: Bleier, R. (1979): *Social and political bias in science: an examination of animal studies and their generalizations to human behaviors and evolution* – και Longino, H. (1983). *Beyond "Bad Science": Skeptical Reflections on the Value-Freedom of Scientific Inquiry*. Science, Technology, & Human Values, Vol. 8, No. 1 (Winter, 1983), σ. 7-17.

άλλο παρά εκλείπει, ιδιαιτέρως καθώς τροφοδοτείται από τη διάχυτη πίεση για «ποσοτικά αποτελέσματα», μάλιστα σε ένα πεδίο παρέμβασης εντάσεως ποιότητας και χωρίς ενίσχυση των δομών με προσωπικό. Έτσι προκύπτουν, για παράδειγμα, παρεμβάσεις με στόχο κατά κύριο λόγο την «ενδυνάμωση του ατόμου» και στην καλύτερη περίπτωση του οικογενειακού του περιβάλλοντος, θεωρώντας αμετάβλητο ή δευτερεύουσας σημασίας το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο οι παρεμβάσεις αυτές υλοποιούνται. Στο πλαίσιο αυτό, συχνά προτείνονται -σε μια κλίμακα που ξεκινά από τα Υπουργεία, περνά από τον ΟΚΑΝΑ και φτάνει ως τις 67 διαφορετικές διοικήσεις των αντίστοιχων αστικών εταιρειών που λειτουργούν Κέντρα Πρόληψης καθώς και σε δημοτικές και περιφερειακές αρχές- «δράσεις» αποσπασματικές, κατακερματισμένες και με ελάχιστες δυνατότητες όσον αφορά τους διακηρυγμένους στόχους της πρόληψης, με λειτουργούς ενίοτε να τις υιοθετούν παρ' όλα αυτά.

Βασικό χαρακτηριστικό του κυρίαρχου επιστημονικού λόγου και των πρακτικών που συνδέονται με αυτόν, παραμένει η έμφαση στους/στις «ειδικούς», ως κατόχους, φορείς και μέσης κλίμακας διαχειριστές της επιστημονικής γνώσης – ρόλος που συχνά υιοθετείται στο πλαίσιο μιας κατ' ουσία αμυντικής στάσης των λειτουργών πρόληψης, απέναντι σε αντιλήψεις επενδυμένες με ισχύ/κύρος και βιωμένες ως απειλητικές: «μόνο οι θεραπευτές προσφέρουν σοβαρό έργο», «η πρόληψη δεν είναι επιστημονική, αφού δεν έχει μετρήσιμα αποτελέσματα» κ.ά. Η ίδια η επικρατούσα ονομασία των λειτουργών πρόληψης ως «στελέχη πρόληψης» -ένα δάνειο που εμπεριέχει, καλλιεργεί και αναπαράγει ταυτότητες, ρόλους, αντιλήψεις επαγγελματικών χώρων άσχετων με την παροχή φροντίδας και τη δουλειά στην κοινότητα- είναι ενδεικτική μιας αμυντικής στάσης που απεμπολεί έναν πλούτο αξιών, γνώσεων, εμπειρίας, επιστημονικών κατακτήσεων και σχέσεων. Το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, που δεν εξασφαλίζει καν την παροχή εποπτείας των επιστημονικών ομάδων των ΚΠ και των παρεμβάσεών τους -προσπαιτούμενα σε κάθε πλαίσιο υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υγείας-, εντείνει τις έτσι εκφραζόμενες, ακραίες εναλλαγές μεταξύ αισθήματος αδυναμίας και παντοδυναμίας του/της «ειδικού της πρόληψης».

Σε κάθε περίπτωση, με την υιοθέτηση ενός αδιαπραγμάτευτου ρόλου «ειδικού» από τους/τις λειτουργούς πρόληψης, επιφυλάσσονται ρόλοι παθητικών αποδεκτών στους πολίτες, στους οποίους απευθύνονται οι παρεμβάσεις και που, έτσι, κινδυνεύουν με μια διαχειριστικού τύπου υπαγωγή σε τεχνητές και απρόσωπες

καταστάσεις «αποδέκτη», «ωφελούμενου», «περιστατικού», «ομάδας-στόχου», κ.ο.κ.¹⁶¹

Σε τέτοια συμφραζόμενα, τα «εργαλεία» υλοποίησης της παρέμβασης γίνονται αυτοσκοπός, αποκόπτονται από την πραγματικότητα της κοινότητας ή των ανθρώπων στους οποίους απευθύνονται και από την προσπάθεια για θετική αλλαγή των όρων ζωής τους, που οφείλουν να υπηρετούν. Περαιτέρω, ενώ στις παρεμβάσεις πρόληψης υπάρχουν εγγενείς και προφανείς ποιότητες συμμετοχής των ανθρώπων και των ομάδων τους, η συμμετοχή αφορά, πια, μια προκαθορισμένη παρέμβαση που σχεδιάζουν και εφαρμόζουν «κάποιοι άλλοι», πολλές φορές μάλιστα αρχικά επινοημένη ως πνευματικό προϊόν σε πολιτισμικά πλαίσια (εθνικά, τοπικά) πολύ διαφορετικά από τα πλαίσια και υπο-πλαίσια, στα οποία επιχειρείται η αυτούσια μεταφορά τους κατόπιν.

Έτσι, συχνά η υλοποίηση και αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων εξαρτάται κάθε φορά από τους ίδιους τους «ειδικούς», την αφοσίωση τους, τις γνώσεις τους, την ενέργεια που καταθέτουν. Ως συνέπεια, ναρκοθετείται η παραγωγή βιώσιμων αποτελεσμάτων, αφού οι παρεμβάσεις, δομημένες γύρω από συγκεκριμένα πρόσωπα, δυάδες, ομάδες «ειδικών», στην καλύτερη περίπτωση διαρκούν όσο αυτοί/ές είναι παρόντες/ούσες.

Ομοίως, η προσέγγιση της βιωματικής εκπαίδευσης σε δεξιότητες ζωής που εκπαιδεύουν, θεραπεύουν και προάγουν την προσωπική ανάπτυξη και την ψυχοκοινωνική υγεία του ανθρώπου¹⁶², την οποία υιοθετούν οι λειτουργοί των ΚΠ, είναι βέβαια πιο αποτελεσματική σε σχέση με τις κυρίαρχες προσεγγίσεις του απώτερου παρελθόντος. Στον βαθμό, όμως, που οι δεξιότητες μεταλλάσσονται σε φιλοσοφικό επίκεντρο της πρόληψης, εκτοπίζοντας τη σημασία της ενίσχυσης των υποστηρικτικών συστημάτων που περιβάλλουν τον άνθρωπο, ώστε να δημιουργείται ένα προστατευτικό συνεχές, ένα κοινοτικό πλαίσιο-ανάχωμα στην ανάπτυξη συμπεριφορών «υψηλού κινδύνου», δεν αποτελούν παραμέτρους ικανών θετικών μετατοπίσεων, ιδιαίτερα στις σημερινές συνθήκες. Στην πραγματικότητα, η τέτοια υπερεκτιμημένη προσέγγιση της ανάπτυξης δεξιοτήτων συνιστά πρόληψη, στον ίδιο βαθμό που η διαχείριση συνιστά αλλαγή και η τεχνική συνιστά όραμα.

¹⁶¹ Ζαφειρίδης, Φ., Λαϊνός, Σ., Γκιουζέπας, Στ. (2003). *Το πρόβλημα των ναρκωτικών και ο νέος ρόλος του λειτουργού υγείας*. Εισήγηση σε Ημερίδα του Κέντρου Πρόληψης Π.Ε. Ημαθίας «Πρόσβαση». Διαθέσιμο στο <http://www.selfhelp.gr/attachments/article/18/veroia.pdf>

¹⁶² Bergeret J. (1999). *Τοξικοεξάρτηση και Προσωπικότητα*.

Με άλλα λόγια -και όπως περαιτέρω θα αναπτύξουμε στη συνέχεια, με μια έμφαση στον/στην «ειδικό»- στην προσπάθεια για ειλικρινά σύγχρονες, κοινωνικά αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρόληψης, οι διαπιστώσεις περί κρίσης χρειάζεται να συμπεριλαμβάνουν τον παραγόμενο εντός αυτής κυρίαρχο επιστημονικό λόγο και τις πρακτικές που αυτός αναγνωρίζει, προωθεί, νομιμοποιεί. Να εισδύουν στον εντοπισμό όψεών του, στην κατανόησή τους, στην έγερση ερωτημάτων γύρω από αυτές – πάντως όχι να τις θεωρούν δεδομένες. Η αλλαγή και το καινούριο στον άνθρωπο και την κοινότητα δεν μπορεί να επέλθουν στη βάση μιας αλλοτριωμένης επιστήμης, που σκέφτεται, παράγει και εφαρμόζει βάσει αυτοματισμών, δηλαδή αναποτελεσματικά ως προς τις πρωτότυπες ανάγκες και απαιτήσεις της κοινότητας.

Ο «ειδικός» προ των ευθυνών του

Στο πνεύμα αυτό, χρειάζεται να επικαιροποιήσουμε τον βασικό στόχο των παρεμβάσεων πρόληψης, σε ρήξη με τις κυρίαρχες προσεγγίσεις σε όλα τα επίπεδα – συμπεριλαμβανομένου του «σαγηνευμένου εαυτού» του λειτουργού πρόληψης. Η πρόληψη των σύγχρονων εκδηλώσεων της ψυχικής και κοινωνικής δυσφορίας -ιδωμένη από σκοπιά κριτική, στη βάση ότι το σύγχρονο ιστορικό-πολιτισμικό πλαίσιο καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση, τις ποιοτικές μεταπτώσεις και την «ποσοτική» διόγκωσή της- θα πρέπει να στρέφει σε νέους Τόπους τις εμφάνεισές της, καταρχάς θέτοντας ερωτήματα, μεταξύ άλλων τα εξής θεμελιώδη:

- Εμφороούνται πράγματι οι παρεμβάσεις μας από μια ολιστική προσέγγιση όσον αφορά τις αιτίες των σύγχρονων ψυχοκοινωνικών ζητημάτων ή στοχεύουν αποσπασματικά στα διάφορα συμπτώματα; Για παράδειγμα, τι εστί «δράση για το αλκοόλ»;
- Αν υπάρχει συμφωνία ως προς αξίες και αρχές της πρόληψης, αποτυπώνεται αυτή πράγματι στις υλοποιούμενες παρεμβάσεις; Τι και σε ποιον βαθμό μπορεί να αλλάξει, για να βρεθούν νέα σημεία επαφής με την νέα κοινωνική πραγματικότητα, με παράλληλη αναγέννηση των αρχών και αξιών της πρόληψης; Πώς και από ποιους/ες;
- Στην καθημερινή πρακτική παρατηρούμε συμφωνία μεταξύ αφ' ενός των

θεωρητικών τοποθετήσεών μας και της διακηρυγμένης ως εναλλακτικής και κριτικής προσέγγισής μας, αφ' ετέρου της επιλογής και της σχέσης μας με τα «εργαλεία» που χρησιμοποιούμε και της εφαρμογής των παρεμβάσεών μας;

- Υπάρχει περίπτωση να είμαστε, κατά βάθος, δέσμιοι/ες του ατομοκεντρικού μοντέλου και να δρούμε μεν στην κοινότητα αλλά ωσάν να δουλεύαμε κλινικά; άρα εν τέλει αναποτελεσματικά;
- Υπάρχουν περισσότερο και λιγότερο κατάλληλες σχολές σκέψης της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας και των άλλων κοινωνικών επιστημών για την υλοποίηση προληπτικών παρεμβάσεων; ή είναι όλες «καλές» και αρίστιά «προς σύνθεση» από τη στιγμή που τις «κατέχουμε»;
- Υπάρχει απόσταση ανάμεσα σε όσα κάνουμε και όσα θα θέλαμε να κάνουμε; Τι ευθύνεται για την απόσταση αυτή και πώς προσπαθούμε να την ελαττώσουμε;
- Τι νομίζουμε ότι δεν κάνουμε καλά στις σύγχρονες συνθήκες; Θα μπορούσε να βελτιωθεί; πώς;
- Τι νομίζουμε ότι κάνουμε καλά στις σύγχρονες συνθήκες; Θα μπορούσε να αναπτυχθεί; πώς;

Χωρίς να υποστηρίζουμε πως γνωρίζουμε τις απαντήσεις, πιστεύουμε ωστόσο ότι αρχίζουμε να πορευόμαστε στη σωστή κατεύθυνση εφ' όσον οι παρεμβάσεις στην κοινότητα εδράζονται, κωδικοποιημένα:

- ✓ Στη δύσκολη και απαιτητική, στον βαθμό που είναι ειλικρινής, θέση ότι η πρόληψη δεν συνιστά κυρίως «παρεχόμενη υπηρεσία», αλλά κυρίως συγκροτούμενες σχέσεις με τα μέλη των κοινοτήτων που λαμβάνουν υπηρεσίες.
- ✓ Στη βαθειά αποδοχή του γεγονότος ότι οι κοινότητες δεν είναι στατικές, αλλά διαρκώς μεταβαλλόμενες – στην πραγματικότητα, τις περισσότερες φορές δεν είναι καν συγκροτημένες ως τέτοιες, αλλά ήδη κατακερματισμένες, εξακολουθητικά διαρρηγνυόμενες και ευρέως αναπαριστώμενες ως αποτυχημένος ή γραφικός τρόπος του κοινωνείν¹⁶³. Επομένως, πρώτον η δουλειά στην κοινότητα είναι

¹⁶³ Η μόνη σύνδεση του όρου «κοινότητα» με μια συνειδητή εμπειρία σήμερα αφορά, για τους/τις

παραδοξολογία, αν απουσιάζουν οι επίμονες απόπειρες επανασυγκρότησής της· δεύτερον δεν τελειώνει με τις παρεμβάσεις πρόληψης, παρά μονάχα αρχίζει, μάλιστα σε αντίξοες συνθήκες· τρίτον δεν είναι ο βαθμός «πιστής» ακολουθίας του υλικού από το οποίο αντλεί (θεωρίες, προσεγγίσεις, «εργαλεία»), που καθιστά μια παρέμβαση επιτυχημένη, αλλά ο βαθμός συμβολής της στη δημιουργία αυθεντικών δεσμών στην κοινότητα.

- ✓ Στην ουσιαστική ενεργοποίηση και ανάληψη ευθυνών των τοπικών κοινωνιών και των μελών τους. Εφ' όσον από την απουσία των δύο αυτών στοιχείων τροφοδοτούνται σε μεγάλο βαθμό σύγχρονα φαινόμενα που διαβρώνουν περαιτέρω τις κοινωνίες και τα μέλη τους, η (επαν)εμφάνιση των δύο είναι βασικός όρος αναίρεσης τέτοιων φαινομένων, συμπεριλαμβανομένου αυτού της εξάρτησης. Η πρόληψη δεν είναι πραγματικά χρήσιμη στην κοινότητα, εάν υπάρχει για να διαιωνίζει -ηθελήμενα ή όχι- τους όρους ανάδυσής της σε «εργαλείο ανακούφισης». Είναι χρήσιμη μονάχα στον βαθμό που συμβάλει στην αντιμετώπιση των όρων αυτών, μετατρέπεται σε κοινωνικό μετασχηματιστή, μετασχηματιζόμενη η ίδια εντός της κοινότητας.
- ✓ Στην υιοθέτηση ανοιχτής οπτικής ως προς τη δόμηση των παρεμβάσεων, με επανέυρεση της λογικής και, κυρίως, του πνεύματος της *συμμετοχικής έρευνας δράσης*,¹⁶⁴ όπου οι «ειδικοί» από κοινού και σε οριζόντια βάση συνάντησης με τους άμεσα ενδιαφερόμενους πολίτες αναδεικνύουν τις ανάγκες, σχεδιάζουν, υλοποιούν, αξιολογούν και επανασχεδιάζουν, επιλέγουν, απορρίπτουν και εξελίσσουν τις διάφορες παρεμβάσεις¹⁶⁵. Η έμφαση εδώ είναι στα μέλη των κοινοτήτων, ενώ στους «ειδικούς» επιφυλάσσεται ρόλος υποστήριξης. Ρόλος που απαιτεί περισσότερη και όχι λιγότερη προσπάθεια, πιο ανοιχτό και όχι πιο κλειστό πνεύμα, όπως εκ πρώτης όψεως και απλοϊκά μπορεί να προκύπτει στη -σμιλευμένη σε καθετοποιημένα σχήματα- σκέψη.

περισσότερους/ες, τις διαδικτυακές, ά-τοπες και ά-χρονες «κοινότητες».

¹⁶⁴ Chevalier, J.M. & Buckles, D.J. (2013). *Participatory Action Research: Theory and Methods for Engaged Inquiry*.

¹⁶⁵ Heron, J. (1995). *Cooperative Inquiry: Research into the Human Condition*.

- ✓ Στην αποδοχή της ύπαρξης, πέραν της εν τέλει περιορισμένης γνώσης των «ειδικών», μιας άλλης, πλατιάς γνώσης, των ανθρώπων που βιώνουν άμεσα, αδιαμεσολόβητα μια κατάσταση, μια διαδικασία, ένα φαινόμενο.
- ✓ Στην αυθεντικότητα του τοπικού χαρακτήρα των παρεμβάσεων. Δεν μπορούμε να μιλάμε για «συνταγές» παρέμβασης, παρά για ένα γενικό πλαίσιο αρχών και αξιών, ανταποκρινόμενο μεν σε σαφές επιστημονικό υπόβαθρο, το οποίο όμως κυρίως επιζητά, επινοεί, συνδημιουργεί τις επιμέρους εφαρμογές του σε πρωτότυπα κοινωνικά υπο-πλαίσια.
- ✓ Στη δημιουργία πυρήνων ενεργών πολιτών, οι οποίοι ασχολούνται με τα πραγματικά ζητήματα των κοινοτήτων τους, είναι περισσότερο δεσμευμένοι/ες αφού η δράση είναι εξαρχής δικό τους δημιούργημα και, εν τέλει, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αντέξουν στις δυσκολίες και να διαρκέσουν στον χρόνο. Στόχος της πρόληψης είναι η συμμετοχή στις προσπάθειες ανατροπής όσων κρατούν τον άνθρωπο ανελεύθερο, συμπεριλαμβανομένων των περί του αντιθέτου αφηγήσεων που τον τοποθετούν οντολογικά σε κατάσταση «ατόμου», αποκομμένου από την κοινότητα. Από την άποψη αυτή, της προσωπικής αυτονομίας μέσα στην ανασυγκροτούμενη κοινότητα, η «συγκράτηση» της ίδιας ομάδας γονέων ή μαθητών σε προγράμματα πρόληψης για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα, είναι μάλλον ένδειξη πως κάτι δεν κάνουμε καλά και πρέπει να το τροποποιήσουμε, παρά αφορμή βαυκαλισμών ή «αναγκαίο μετρήσιμο στοιχείο».

Όπως η ελληνική κοινωνία «δυσκολεύτηκε» στην υιοθέτηση μιας νέας πολιτικής πρόληψης, αντίστοιχα οι «ειδικοί» στον χώρο της πρόληψης και εν γένει αντιμετώπισης των εξαρτήσεων και ψυχικής υγείας δυσκολευόμαστε στην κατανόηση, αρχικά, και υιοθέτηση, σε δεύτερο χρόνο και με διάρκεια, των βασικών αυτών κατευθύνσεων, ιδιαίτερα στις ψυχοπαιστικές συνθήκες της εποχής, που ακριβώς δεν μας προσπερνούν επειδή είμαστε «ειδικοί».

Στο φως των προαναφερθέντων, προβάλουν υψηλά τα διακυβεύματα παλινδρομήσεων ως προς την ποιότητα της προσφοράς στην κοινότητα, με έμφαση στην ψυχοκοινωνική υγεία των μελών της. Μια από τις πιο γλαφυρές μορφές, με τις οποίες εμφανίζεται ο κίνδυνος παλινδρόμησης στο πεδίο της

πρόληψης, είναι η θετική ανταπόκριση σε «εκ των άνω» πιέσεις για έμφαση στην ποσότητα (μάλιστα χωρίς ενίσχυση του προσωπικού), με αποτέλεσμα τις «δράσεις-εξπρές», που δεν είναι παρά η υποχώρηση της κοινωνικής προσφοράς προς όφελος της τεχνοκρατικής και οικονομίστικης διαχείρισης κάθε λογής πόρων, οικονομικών και μη. Η εκπορευόμενη επικέντρωση στην πληροφόρηση για τους «κινδύνους των ναρκωτικών», την οποία αποκλειστικά επιτρέπουν οι έτσι, έμμεσα επιβαλλόμενες σύντομες, βραχείες «δράσεις», μάς τοποθετεί σε παράλληλους κόσμους: ενώ επικαλούμαστε σύγχρονα τεκμήρια και φιλοσοφίες πρόληψης, κινούμαστε συχνά στους κατασταλτικούς, από καθέδρας και αναποτελεσματικούς «τόπους» του απλοϊκού μοντέλου της δεκαετίας του 1970. Έτσι, θα καταγράψουμε μεν «πολλές δράσεις» πρόληψης, ώστε να αισθανόμαστε πως κάνουμε το χρέος μας πάνω από τον σύγχρονο Πύθο των Δαναΐδων, αυτόν της πλήρωσης ποσοτικών κριτηρίων. Των ίδιων αυτών κριτηρίων, όμως, που όπως συχνά αναφέραμε, συνιστούν επίκεντρα μιας κυρίαρχης κοσμοαντίληψης των σύγχρονων κοινωνιών, κατηγορούμενης ως γενεσιουργής αιτίων της εξάρτησης.

Θεωρούμε, αντίθετα, ότι το βασικό κριτήριο αποτελεσματικότητας και βιωσιμότητας της πρόληψης είναι η υλοποίηση παρεμβάσεων από τα ΚΠ με άξονα τη διαρκή και συστηματική συγκρότηση σχέσεων στις τοπικές κοινότητες. Πρόκειται για ένα από τα βασικά στοιχεία που μπορούν να αναδείξουν ένα εναλλακτικό, σύγχρονο, κοινοτικό πνεύμα πρόληψης, απεγκλωβίζοντας τις παρεμβάσεις από λογικές και πρακτικές δι' αναθέσεως υλοποίησης κάποιων κεντρικά (ή υπερεθνικά) σχεδιασμένων «δράσεων», ερήμην των κοινοτήτων στις οποίες απευθύνονται. Σχεδιασμός, υλοποίηση και αξιολόγηση είναι μια ενιαία υπόθεση της κοινότητας, που χρειάζεται μεν να «συνομιλεί» με ένα ζητούμενο Εθνικό Σχέδιο Πρόληψης και έναν ζητούμενο κεντρικό φορέα των ΚΠ, αλλά εμπλουτίζοντας και διευρύνοντας, όχι αποδεχόμενη και εκτελώντας παθητικά: η δέσμη παρεμβάσεων/υπηρεσιών χρειάζεται να διαφέρει από κοινότητα σε κοινότητα, στον βαθμό που ποικίλουν και οι ανάγκες¹⁶⁶, οι αντιλήψεις, οι παραδόσεις και μια σειρά άλλων παραμέτρων.

Η προσέγγιση αυτή είναι σε κάποιον βαθμό υπαρκτή στα σημερινά ΚΠ, κυρίως καθώς οι λειτουργοί τους προσπαθούν ακόμη να διαμορφώνουν τις παρεμβάσεις τους με βάση τα αιτήματα που δέχονται από την κοινότητα,

¹⁶⁶ Οικονόμου Ν. (2014). *Η συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ενδυνάμωση του ρόλου των πολιτών ασθενών στο σύστημα υγείας*. Στο Σουλιώτης, Κ. (επιμ.). *Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας*, σ. 318.

επιχειρώντας απαντήσεις σε πραγματικές και ιδιαίτερες ανάγκες, διαδικασίες, πλαίσια. Ωστόσο, πρόκειται για προσέγγιση που χρειάζεται να βαθύνει, να απλώσει μετατοπιζόμενη: από σπερματικό στοιχείο σε επίκεντρο και όραμα, από παρεκκλίνουσα πορεία που απειλείται με «τιμωρίες» σε κεντρική πολιτική για την αντιμετώπιση του φαινομένου της εξάρτησης σε επίπεδο πρόληψης.

Αξιολόγηση των Κέντρων Πρόληψης

Παρά, λοιπόν, τις συχνά εντυπωσιακές προσπάθειες εργαζομένων, η υφιστάμενη κατάσταση στα ΚΠ πανελλαδικά μπορεί να χαρακτηριστεί ως προγραμματική κρίση των «τεσσάρων Σ», δηλαδή ως προς το Σχέδιο, τη Στρατηγική, τον Σκοπό, τους Στόχους. Η κρίση αυτή, θεωρούμε, αφορά το σύνολο των δομών αντιμετώπισης της εξάρτησης. Οξύνεται στο έδαφος της έλλειψης συνολικής εναλλακτικής πρότασης στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από την πλευρά των αρμόδιων φορέων, παροξύνεται συγκεκριμένα ως προς τα ΚΠ στο έδαφος της απουσίας ικανού θεσμικού πλαισίου των δομών. Χρησιμοποιώντας ένα σχήμα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι επί όλων αυτών υπάρχει πλεόνασμα διαγνώσεων και έλλειμμα θεραπείας.

Λιγότερο ή περισσότερο στο πνεύμα αυτό, ανάγκης περάσματος από τη διαπίστωση στην απάντηση, οι εργαζόμενοι/ες των ΚΠ ζητάμε εδώ και χρόνια, τουλάχιστον μέσα από τη Συλλογικότητά μας, τη συγκροτημένη αξιολόγηση των δομών από διαπιστευμένη επιτροπή εξωτερικής αξιολόγησης, που θα θέσει κριτήρια συμβατά με την ιδιαιτερότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, της προσέγγισης και του ρόλου μας. Παρότι, όμως, η διαδικασία προβλέπεται και στις κεντρικές *Προγραμματικές Συμβάσεις για τη Λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης*, δεν έχει ποτέ προχωρήσει για λόγους οι οποίοι διερευνώνται στο επόμενο κεφάλαιο.

Μπορούμε εδώ να πούμε ότι η αξιολόγηση των ΚΠ με κριτήρια κοινοτικών υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υγείας θα εντόπιζε τις οργανωτικές, διοικητικές, στρατηγικές και άλλες σοβαρές αδυναμίες που καταδεικνύουν με γλαφυρό και συγκεκριμένο τρόπο το θεσμικό έλλειμμα – προοπτική που δεν επιθυμούν όλοι οι εμπλεκόμενοι στη λειτουργία των ΚΠ φορείς, όπως θα δείξουμε στο Κεφάλαιο ΣΤ'. Σε κάθε περίπτωση, βρισκόμαστε στο σημερινό σημείο θεσμικής αποδιάρθρωσης, μπορεί να ιδωθεί ως ευκαιρία ένας νέος, ενιαίος, αυτόνομος φορέας των ΚΠ ως

προς τη δυνατότητα εκπόνησης μιας αξιόπιστης αξιολόγησης των ΚΠ στο πλαίσιο του, που θα συμβάλλει στην υπέρβαση της εσωτερικής κρίσης των δομών ως αναπόσπαστο μέρος μιας νέας κουλτούρας πρόληψης, περιέχουσας κουλτούρα αξιολόγησης.

Κωδικοποίηση πεδίων/κριτηρίων αξιολόγησης των Κέντρων Πρόληψης

Η διασφάλιση της ποιότητας της λειτουργίας των ΚΠ, στο σχήμα ενός ενιαίου φορέα τους, μπορεί να υποβοηθηθεί από την εξωτερική αξιολόγηση και την αυτοαξιολόγησή του στα ακόλουθα πεδία:

α). *Αξιολόγηση του ενιαίου φορέα των ΚΠ*, στη βάση κριτηρίων όπως: άρτια υλικοτεχνική υποδομή, επάρκεια οικονομικών πόρων, επάρκεια και σωστή κατανομή και οργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού· λειτουργικό κανονιστικό πλαίσιο, επαρκές και σύγχρονο, καθώς και ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των δομών· πρακτικές λογοδοσίας και διαφάνειας· αντίληψη των κεντρικών υπηρεσιών του φορέα ως προς τη λειτουργία τους στη βάση των αρχών που έχουν οριστεί¹⁶⁷ θεσμικά κατοχυρωμένα, έγκυρη και αξιόπιστη παροχή δια βίου επαγγελματικής εκπαίδευσης και εποπτείας στο φως των νέων εξελίξεων και μεταβαλλόμενων αναγκών, συμπεριλαμβανομένης δημιουργίας μητρώου πιστοποιημένων εκπαιδευτών και εποπτών, καθώς και πιστοποίησης των λειτουργών πρόληψης· θεσμικά απρόσκοπτη διασύνδεση με τους δημόσιους φορείς Υγείας, Παιδείας, Εργασίας κ.λπ., που εμπλέκονται άμεσα στο πεδίο της πρόληψης, καθώς και θεσμικά κατοχυρωμένη πρόσβαση στους χώρους παρέμβασης των λειτουργών πρόληψης· δικτύωση και συνέργειες του ενιαίου φορέα των ΚΠ με τις δομές θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης, κεντρικά· εν γένει αποτελεσματικότητα του φορέα, που αποτελεί συνάρτηση ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών.

β). *Αξιολόγηση τοπικών μονάδων του ενιαίου φορέα των ΚΠ*, στη βάση κριτηρίων όπως: δομημένος τρόπος οργάνωσης κάθε μονάδας και λειτουργικότητά της· αντίληψη κάθε μονάδας ως προς τη λειτουργία της, στη βάση των αρχών που έχει ορίσει· λειτουργία κάθε μονάδας ως προς τη

¹⁶⁷ Λύκουρας, Ε., Δουζένης, Α. (2010). ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ: Έκθεση εξωτερικής αξιολόγησης. Εξαρτήσεις, 17, σ. 30-47.

φιλοσοφία / αντίληψη που έχει τεθεί και το σχέδιο δράσης που έχει εκπονηθεί· επάρκεια του προσωπικού για τις ανάγκες κάθε μονάδας και κυρίως των λειτουργών πρόληψης¹⁶⁸ εκπαίδευση και υποστήριξη του προσωπικού που απασχολείται και αξιοποίηση προοπτικών, συμπεριλαμβανομένης της διασύνδεσης και συνέργειας κάθε μονάδας του ενιαίου φορέα των ΚΠ με τις τοπικές μονάδες θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης, στο πλαίσιο της κοινότητας, τις ανταλλαγές καλών πρακτικών, εμπειριών και παραδειγμάτων με ομότιμους επαγγελματίες· γενικά, αποτελεσματικότητα της μονάδας που αποτελεί συνάρτηση ποιοτικών και ποσοτικών χαρακτηριστικών.

γ). *Αξιολόγηση έργου του ενιαίου φορέα των ΚΠ και των τοπικών μονάδων του ως προς τη διαδικασία και το αποτέλεσμα*, στη βάση κριτηρίων όπως: ικανοποίηση των συμμετεχόντων στις παρεμβάσεις πρόληψης και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας (λ.χ. ικανοποίηση από τους εκπαιδευτές, ανάγκη συστηματικής παρακολούθησης, θετική σύσταση σε άλλους για συμμετοχή στην παρέμβαση, εμπλουτισμός γνώσεων, βελτίωση δεξιοτήτων κ.ά.)¹⁶⁹ ικανοποίηση των λειτουργών πρόληψης από την έκβαση των παρεμβάσεων· τεκμηρίωση μεθοδολογίας· αξιολόγηση και επαναξιολόγηση από τους λειτουργούς πρόληψης.

Τα βασικά χαρακτηριστικά, στη διασφάλιση των οποίων η αξιολόγηση πρέπει να συμβάλει είναι η εγκυρότητα, η αξιοπιστία, η συμμετοχή, η δημοκρατία, η εμπιστοσύνη, μέσα από τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση δυσκολιών, καθώς και τον εντοπισμό πλεονεκτημάτων και προοπτικών προς αξιοποίηση, και την τεκμηριωμένη πληροφόρηση για αυτά τόσο των εργαζομένων όσο και των υπευθύνων λήψης απόφασης προκειμένου να αναπτύσσονται ορθές στρατηγικές και πολιτικές¹⁷⁰. Τελικά, στόχος της αξιολόγησης και αυτοαξιολόγησης στο πλαίσιο του ζητούμενου ενιαίου και αυτόνομου φορέα των ΚΠ θα είναι η αποτίμηση του επιστημονικού έργου / παροχής υπηρεσιών στην κοινότητα, η βελτίωση της

¹⁶⁸ όπ.π.

¹⁶⁹ Αγγέλου, Μ., Θλιβίτου, Ε., Γκίκα-Μαρκουίζου, Α., Ρούσσος, Α. (2010). Ο ρόλος της εκπαίδευσης των καθηγητών σχολών μαθητείας ΟΑΕΔ στην ανάπτυξη και ενίσχυση της πρόληψης στο σχολικό πλαίσιο. Αξιολόγηση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων καθηγητών στα εκπαιδευτικά προγράμματα του Τομέα Πρόληψης ΚΕΘΕΑ στις σχολές μαθητείας του ΟΑΕΔ. Εξαρτήσεις 16, σ. 53.

¹⁷⁰ Πουλόπουλος, Χ. (2000). Αξιολόγηση Οργανισμών Θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης. Κοινωνική Εργασία, τ. 57, σ. 7-12.

ποιότητας και της αποτελεσματικότητάς του στην κοινότητα¹⁷¹, η εμπέδωση της κουλτούρας αυτοαξιολόγησης και συνεργασίας με άλλους φορείς, η ευστάθεια και άρα αποτελεσματικότητα του συστήματος αντιμετώπισης της εξάρτησης.

Η αξιολόγηση των Κέντρων Πρόληψης ως βάση σταθεροποίησης του όλου συστήματος αντιμετώπισης της εξάρτησης

Τα προγράμματα αντιμετώπισης των εξαρτήσεων συνολικά, ιδιαίτερα στην εποχή μιας πολύπλευρης κρίσης, χρειάζεται να δείχνουν μεγαλύτερη έγνοια και να κινητοποιούν περισσότερες δυνάμεις γύρω από την αναζήτηση διαδρομών σύναψης ουσιαστικών σχέσεων μεταξύ των μελών της κοινότητας, την καλλιέργεια εμπιστοσύνης και αλληλεγγύης, την ανασυγκρότηση των κοινωνικών δεσμών και, τελικά, τη δημιουργία των όρων που θα δώσουν ένα θετικό πρόσημο στις εν εξελίξει βαθιές και πλατειές μεταβάσεις, τις οποίες διέρχεται η χώρα. Σήμερα, το τετράπτυχο «Πρόληψη-Θεραπεία-Υποκατάσταση-Επανάταξη» δεν μπορεί να είναι στεγανό. Αυτό υπάρχει ανάγκη να εκφράζεται θεσμικά και επιστημονικά, καθώς ιδιαίτερα οι λειτουργίες των φορέων αντιμετώπισης της εξάρτησης είναι αλληλένδετες, εξ αιτίας του πολυπαραγοντικού χαρακτήρα του φαινομένου. Ωστόσο, οι λειτουργίες θα πρέπει να είναι και διακριτές, καθώς απευθύνονται σε ανθρώπους και ομάδες με διαφορετικές ανάγκες, έχουν αντίστοιχα διαφορετικούς σχεδιασμούς και στόχους, καθώς και διαφορετικές ιστορικές διαδρομές, διαφορετικές εσωτερικές προσεγγίσεις και ανάγκες.

Επομένως, ο σαφής ορισμός των σχέσεων, των πεδίων δράσης, ανταλλαγής και επικοινωνίας των φορέων που ασχολούνται με το φαινόμενο της εξάρτησης όχι μόνο θα διευκολύνει τη λειτουργική διασύνδεση και τη δικτύωση των υπηρεσιών, αλλά παράλληλα θα αποτρέψει την πολλαπλά σπάταλη αλληλεπικάλυψη δράσεων, παράλληλα προστατεύοντας έναν υπαρκτό πλουραλισμό εμπειριών, ιστοριών, φιλοσοφιών, παρεμβάσεων, προαπαιτούμενο για την ευρύτερη δυνατή κάλυψη κοινωνικών αναγκών σε διαφορετικά επίπεδα. Επιπρόσθετα, θα διευκολύνει την αξιολόγηση των προληπτικών παρεμβάσεων, που με τη σειρά της θα ανατροφοδοτεί τον επανασχεδιασμό και την υλοποίηση νέων δράσεων σε όλα τα επίπεδα αντιμετώπισης, σε όλους τους φορείς.

¹⁷¹ Αγραφιώτης, Δ., Καμπριάνη, Ε. (2002). Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ. Συνοπτική θεώρηση της ερευνητικής μελέτης. Εξαρτήσεις, τ. 2. σ. 16.

Ορισμοί που εκκρεμούν

Επιλέξαμε να παραθέσουμε στο παρόν κεφάλαιο κάποιους βασικούς ορισμούς και διασαφήσεις, που θα μπορούσαν να έχουν αποτυπωθεί προηγουμένως. Εμφανίζονται εδώ αφ' ενός αφιερώνοντας τον απαραίτητο χώρο που επιβάλλει η ύπαρξη πολλών διαφορετικών πορειών σκέψης μέχρι τις ποικίλες αποδόσεις και δηλώσεις τους, καθιστώντας τις συχνά πεδία αοριστίας, σύγχυσης και κοινοτοπίας. Αφ' ετέρου επειδή μια κατά το δυνατό συνειδητή επιλογή εννοιολογήσεων εντάσσεται στον πυρήνα της φιλοσοφίας της πρόληψης όπως θα θέλαμε να την υπηρετεί και διαχέει ένας νέος, ενιαίος φορέας των ΚΠ: από τη σκοπιά αυτή, η εκκρεμότητα είναι πλήρης.

Κοινότητα

Ο όρος «κοινότητα» εγκλείει πολλά διαφορετικά βιώματα και νοηματοδοτήσεις σε επίπεδο εμπειρικό, αλλά και υπόκειται σε πολλούς διαφορετικούς ορισμούς σε επίπεδο θεωρίας, ιδιαίτερα στη συνήθη αντιπαραβολή της προς τον όρο «κοινωνία».

Κατά πολλούς, ο πληρέστερος ορισμός της κοινότητας δίνεται από τον Φέρντιναντ Ταίνις, ο οποίος το 1887 προτείνει μια διάκριση μεταξύ κοινότητας (*gemeinschaft*) και κοινωνίας (*gesellschaft*)¹⁷², σύμφωνα με την οποία: Η προνεωτερική κοινότητα είναι ένα ζωντανό «κύτταρο» άμεσων, προσωπικών σχέσεων και συγκρότησης του συλλογικού βίου, ενώ η νεωτερική κοινωνία ένας τρόπος οργάνωσης μηχανικός, έντονα διαφοροποιητικός και με πολλές απρόσωπες διαμεσολαβήσεις.

Η κοινότητα, λοιπόν, έχει μια οργανωμένη δική της ζωή, δομούμενη σχετικά «ισόπλευρα» σε συνέχειες και ρήξεις, στηριζόμενη εν πολλοίς στην αμοιβαιότητα και την αλληλεγγύη ως αξίες και πρακτικές – παρά τις αναμενόμενες σε κάθε μορφή συλλογικότητας αποκλίσεις. Για την αντιμετώπιση των τελευταίων, άλλωστε, διαθέτει πρωτότυπες και μάλλον εύπλαστες (παρά τις, περί του αντιθέτου διάχυτες απόψεις) δικλείδες με έντονο το στοιχείο της ετερότητας εντός του συνόλου, σε αντιδιαστολή με τις ομοιομορφίες της (μετα)νεωτερικής κοινωνίας επί του διαφοροποιημένου

¹⁷² Ταίνις, Φ. (1985). Κοινότητα και Κοινωνία. Αναγνωστίδης.

«ατόμου». Σε συνάφεια με αυτό, υποστηρίζεται πως στο πλαίσιο της κοινότητας ο άνθρωπος δεν αντιμετωπίζεται ως «άτομο», αλλά ως πρόσωπο που ολοκληρώνεται μέσα και μαζί με την κοινότητα – «σε αναφορά προς την ολότητα». Τόσο σε επίπεδο πρακτικών, όσο και επίπεδο αξιών, αρχών και πεποιθήσεων, η κοινότητα φέρεται να υπερτερεί της (μετα)νεωτερικής κοινωνικής οργάνωσης ως προς το στοιχείο της αυτάρκειας και της αυτονομίας, που συμβαδίζει με ένα αίσθημα σταθερότητας, ασφάλειας και σαφούς νοήματος.

Κάποτε σε συμφωνία με την οπτική αυτή, άλλοτε όχι, μια χρήσιμη άλλη προσέγγιση της διάκρισης μεταξύ κοινότητας και κοινωνίας αφορά σε δύο επίπεδα που συνυπάρχουν στις σύγχρονες μορφές κοινωνικής οργάνωσης, όπου η κοινότητα συνιστά το «μικρό» και εγγύς), η κοινωνία το «μεγάλο» και «απομακρισμένο». Στο σχήμα αυτό, η διαχείριση συλλογικών ζητημάτων που (θεωρείται πως) δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν εντός της κοινότητας (φροντίδα παιδιών, κοινωνικοποίηση σε συγγενικά δίκτυα και με τη δημιουργία φίλων κ.ο.κ.), «μεταφέρονται» στην κοινωνία και τους θεσμούς κοινωνικού ελέγχου της, εισάγοντας έτσι το ζήτημα της «κοινωνικοποίησης δύο ταχυτήτων»¹⁷³.

Σε συνάφεια με το σκεπτικό αυτό, ο Π. Καρκατσούλης παραθέτει ότι κοινότητα «σύμφωνα με το Μέγα Λεξικόν όλης της Ελληνικής Γλώσσης του Δ. Δημητράκου (τόμος Η, σελ. 3982), είναι “η ιδιότης του κοινού, το κοινή μετέχειν τινός”», ενώ «[η] κοινωνία ορίζεται στο ίδιο λεξικό (σελ. 3983 επ.), ως “σχέσις και αποτέλεσμα του κοινωνώ, ως “συνάφεια, σχέσις, συμμετοχή μετά τινός”, ως “σύνολον ανθρώπων ως οργανωμένον τι όλον νοούμενον, εντός ωρισμένων τοπικών και χρονικών ορίων διαβιούν.”»¹⁷⁴

Χρειάζεται, θεωρούμε, ιδιαίτερος να τονιστεί ότι ο ελλαδικός χώρος διαθέτει πάρα πολλά Παραδείγματα κοινοτικής συγκρότησης του βίου, μάλιστα ως κυρίαρχους τρόπους κοινωνικής, πολιτικής, οικονομικής οργάνωσης και με ιστορία εξέλιξης χιλιάδων ετών.¹⁷⁵ Η επισήμανση αυτή είναι χρήσιμη αφ' ενός επειδή όψεις κοινοτισμού επιβιώνουν στη σύγχρονη Ελλάδα, αφ' ετέρου επειδή η κουλτούρα της κοινότητας είναι διαφορετική στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες και εν γένει πολιτισμικά πλαίσια.

¹⁷³ Καρκατσούλης, Π. (2000). *Κοινότητα-κοινοτισμός-κοινωνία-κοινωνική θεωρία: από την αυτονομία στην αυτο-αναφορά*. Επιστήμη και Κοινωνία. τ. 4 (Άνοιξη 2000).

¹⁷⁴ Όπ. π.

¹⁷⁵ Πανταζόπουλος, Ν.Ι. (1993). *Ο ελληνικός κοινοτισμός και η νεοελληνική κοινοτική παράδοση*. Παρουσία.

Ο/η λειτουργός πρόληψης χρειάζεται να έχει επίγνωση και σεβασμό απέναντι στην πλούσια αυτή παρακαταθήκη κατά την επεξεργασία εισαγόμενων μοντέλων παρεμβάσεων «στην κοινότητα» καθώς και την υιοθέτηση των «εργαλείων» που προτείνουν. Χρειάζεται, άρα, να αντλεί όχι μονόπλευρα από τα τελευταία, αλλά συνδυαστικά με τις τοπικές συνθήκες που έχουν ρίζες βαθιές, σύνθετες, μοναδικές και μπορούν, με την αναγνώριση και ενίσχυσή τους, να εισφέρουν σε μια εναλλακτική κουλτούρα και μια εναλλακτική ανάπτυξη -όχι απλώς οικονομική- στις απαιτητικές σύγχρονες συνθήκες.

Όπως τονίζει ο Κωνσταντίνος Καραβίδας στο ιστορικό έργο του «Αγροτικά - Μελέτη συγκριτική»:

*«Ώντομα λέγω εδώ ότι ο Κοινοτισμός, είναι ολοκληρωτική συνθετική αντίληψις της ζωής, είναι βίωσις - περιέχει συνεπώς βάσεις οικονομικής αναπλάσεως και στοιχεία πολιτισμού, επαληθευμένα από την Ιστορία μας και αναζωογονούμενα από την ανάγκη των καιρών σήμερα».*¹⁷⁶

Όπως, λοιπόν, έχουμε αρκετές φορές επισημάνει, ζητούμενο της πρόληψης στην κοινότητα δεν είναι μια στείρα, προβληματική, νεκρόφιλη αναβίωση κοινοτικών τρόπων και μορφών οργάνωσης, δεν είναι δηλαδή κάποια «επιστροφή»,¹⁷⁷ αλλά η συμβολή στην ανάδυση νέων, πρωτότυπων συνθέσεων, που θα ανταποκρίνονται στα σημερινά πλαίσια και τις σημερινές ανάγκες, ως ζωντανή διέξοδος από την εξατομίκευση στη χαρά της σχέσης.¹⁷⁸

Πρόληψη

Στο Κεφάλαιο Β' δόθηκε ένας συμπυκνωμένος ορισμός της πρόληψης των εξαρτήσεων, ενώ στα Κεφάλαια Γ' και Δ' περιγράφηκε και αναλύθηκε η πρόληψη ως δέσμη παρεμβάσεων σε διάφορα επίπεδα, ομάδες-στόχο κ.λπ. Ένας πληρέστερος ορισμός της αποφεύχθηκε συνειδητά, ώστε να πλαισιωθεί από το οραματικό στοιχείο που το θεωρούμε αναπόσπαστο, αδιαχώριστο κάθε επιδιωκόμενης επιστημονικής απόδοσης. Επιλέγουμε, ως πλησιέστερο άλλωστε στην οπτική αυτή, τον ακόλουθο ορισμό του Φοίβου Ζαφειρίδη:

¹⁷⁶ Καραβίδας, Κ.Δ. (1990). *Αγροτικά. Μελέτη συγκριτική*. Αγροτική Τράπεζα Ελλάδος (Έκδοση Γ).

¹⁷⁷ Κολέμπας, Γ. (2015). *Ο σύγχρονος κοινοτισμός*. Εκδόσεις των Συναδέλφων.

¹⁷⁸ Γιανναράς, Χ. (1995). *Γιατί κοινότητα και όχι θεραπευτήριο: Η κοινωνική μας πρόταση*. Πρακτικά του 2ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου Η Ευρώπη κατά της Χρήσης Ουσιών.

«Πρόληψη των ναρκωτικών και των άλλων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων είναι η αγάπη, η ανθρωπιά, η αλληλεγγύη, η φιλία και η υποχώρηση των προσωπικών και ατομικών συμφερόντων μπροστά στο συλλογικό καλό. Είναι σαφές ότι τις αξίες αυτές, μπορούν υπό τις σημερινές συνθήκες να καλλιεργούν μοναχικά πρόσωπα, μικρές ομάδες/παρέες και μη καθετοποιημένες εθελοντικού τύπου οργανώσεις, που βρίσκονται σε έμπρακτη καθημερινή ρήξη με την κυρίαρχη ατομοκεντρική ιδεολογία και τις υπαγορευόμενες από αυτή αλλοτριωμένες στάσεις ζωής. Αυτοί αποτελούν τους αληθινούς φορείς της πρόληψης γιατί υπηρετούν τον άνθρωπο και όχι σκοπιμότητες και προσωπικές ιδιοτέλειες. Αυτοί ασκούν έμπρακτα την πρόληψη γιατί με την καθημερινή τους αγωνιστική πρακτική και με τις στάσεις ζωής που επέλεξαν να υπηρετούν, συντηρούν ζωντανές τις ελπίδες και το όνειρο για μια άλλη κοινωνία. Αυτοί και όχι οι συγκεντρωτικοί οργανισμοί με τις απρόσωπες υπαλληλικές ιεραρχίες τους. Γιατί η πρόληψη χρειάζεται πρόσωπα και όχι κοινοπραξίες συμφερόντων. Αυτοί, και όχι οι εξειδικευμένοι τεχνοκράτες γιατί η τέχνη της πρόληψης δεν είναι επάγγελμα, δεν μαθαίνεται. Είναι τέχνη ζωής που προϋποθέτει για την άσκησή της Πίστη, Ανθρωπιά και πορεία Αυτογνωσία».¹⁷⁹

Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, έργο της πρόληψης, σε έναν νέο, ευέλικτο ενιαίο φορέα των ΚΠ, βασισμένο περισσότερο στις δικτύώσεις και ανταλλαγές μεταξύ των επί μέρους παρά στην καθετοποίηση, δηλαδή σε μια χαλαρή, «έξυπνη», συνάμα όμως συγκροτημένη και σαφή «πλαισίωση του χάους» ώστε αυτό να τείνει σε δημιουργικές εκλύσεις, είναι: Η τέχνη της συμβολής στην (επανα)συγκρότηση του συλλογικού και της κοινότητας με την κατά το δυνατό πλήρεια ανάπτυξη των μελών της, με έμφαση άρα στην αναζήτηση σύνθεσης μεταξύ συλλογικής αλληλεγγύης και προσωπικής αυτονομίας, δια μέσου ανθρώπινων αρχών και αξιών.

Προαγωγή της Υγείας και Αγωγή Υγείας

Επιλέγοντας μέσα από ένα ευρύ φάσμα ορισμών και εννοιολογήσεων, μπορούμε να πούμε ότι η προαγωγή της υγείας είναι κάθε διαδικασία που ενισχύει τους ανθρώπους -προσωπικά και συλλογικά- ως προς την κατανόηση, πρόσβαση,

¹⁷⁹ Ζαφειρίδης, Φ. (1998). Πρόληψη των ναρκωτικών: Οι αθέατες όψεις του προβλήματος. Ιατρικά Θέματα, τ. 13, σ. 27-30.

έλεγχο και τροποποίηση των ποικίλων πόρων οι οποίοι σχετίζονται με την υγεία τους, τη διατήρησή της και τη βελτίωσή της.¹⁸⁰

Στις διαδικασίες αυτές περιλαμβάνονται αφ' ενός πρακτικές διαπαιδαγώγησης και εκπαίδευσης¹⁸¹, αφ' ετέρου πρακτικές παρέμβασης στο εν γένει περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό κ.ο.κ.), δηλαδή σε κάθε τομέα δραστηριότητας της κοινότητας, οι οποίες αλλάζουν θετικά τον τρόπο ή τους τρόπους ζωής, κατά το δυνατό προς όφελος όλων.

Από την ευρύτητα αντικειμένου και στόχων προκύπτει ότι οι παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας επίσης δεν στηρίζονται σε «ειδικούς» και «εξειδικεύσεις», αλλά στην ενεργό συμμετοχή της κοινότητας καθώς και τη διεπιστημονικότητα.

Η Αγωγή Υγείας, με τη σειρά της -όταν δεν εμφανίζεται ως επικαλυπτόμενη/ταυτόσημη με την Προαγωγή της Υγείας¹⁸²-, μπορεί να οριστεί ως ένα «εργαλείο» ή μια δέσμη μέσων για την Προαγωγή της Υγείας, με έμφαση σε διαδικασίες ενημέρωσης, απόκτησης γνώσεων και καλλιέργειας δεξιοτήτων.¹⁸³

Αποστασιοποιούμενοι από τις διαιρέσεις και τους καταμερισμούς, στους οποίους η σύγχρονη επιστήμη καταφεύγει για λόγους όχι πάντοτε χρήσιμους και ανιδιοτελείς, αρκετά εύκολα διακρίνουμε ότι η πρωτογενής πρόληψη, από τη μία, και η προαγωγή και αγωγής υγείας -δη της ψυχοκοινωνικής υγείας-, από την άλλη, συμπίπτουν σε πολύ μεγάλο βαθμό, με τη δεύτερη «ομάδα» κατ' ουσία να επιχειρεί να εμπλουτίσει την πρώτη με σημανόμενα, να την τοποθετήσει σε υπερπλασία (λ.χ. κεντρικές πολιτικές για την υγεία) και να την «κατανείμει» σε υποπλασία (λ.χ. σχολικά προγράμματα).

Συμμετοχική έρευνα δράσης

Όπως συμβαίνει με τις υπόλοιπες έννοιες, υπάρχουν διάφοροι ορισμοί της συμμετοχικής έρευνας δράσης. Η κοινή συνισταμένη όλων μπορεί να

¹⁸⁰ Φρούντα, Μ. (2014). Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ των εννοιών υγεία-αγωγή υγείας και προαγωγή υγείας: συνεισφορά στην αποτελεσματικότερη ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολείο. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Επιστημονική Επετηρίδα, τ. 26, σ. 163-191.

¹⁸¹ Hauge, A. Hans & Hem, Einar Hans (2011). *Developing health promotion education: Mainstreaming or acknowledging tensions in an evolving discipline?* Scandinavian Journal of Public Health, 39 (6), σ. 79-84.

¹⁸² Green L, Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach.*

¹⁸³ World Health Organization, (1998). *The WHO Health Promotion Glossary.* Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>

αντιμετωπιστεί στη θέση ότι η έρευνα, ο σχεδιασμός και η δράση στην κοινότητα γίνεται με τους ανθρώπους και όχι για τους ανθρώπους.¹⁸⁴

Σύμφωνα με τους Chatterton, Fuller και Routledge, η συμμετοχική έρευνα δράσης συνίσταται στη συλλογική, από κοινού παραγωγή γνώσης στη βάση της οποίας ο κόσμος γίνεται κατανοητός από τους συμμετέχοντες στη διαδικασία, προκειμένου να αναληφθεί δράση από αυτούς για την αλλαγή του.¹⁸⁵

Όσον αφορά τους «ειδικούς», αυτοί τίθενται σε θέση και ρόλο συνεργάτη των υπολοίπων μελών της κοινότητας ή μιας συλλογικότητας εντός αυτής – εμπλεκόμενοι σε μια διαδικασία από κοινού μάθησης, συμμετοχής και πρακτικών μετασχηματισμών.¹⁸⁶

Η εστίαση εδώ βρίσκεται στην αλλαγή μέσω της συμμετοχής, της συνεργασίας και της δέσμευσης, που διευκολύνεται με τη στόχευση στις ανάγκες και τα αιτήματα της συγκεκριμένης ομάδας (κοινότητας, συλλογικότητας κ.λπ.) καθώς και στην αναγνώριση της ικανότητας των «μη ειδικών» να αλλάζουν τον εαυτό τους και το περιβάλλον τους με τις δικές τους δυνάμεις.

Αξίες και αρχές της πρόληψης

Οι προηγούμενες δεκαετίες ιστορίας της ελληνικής κοινωνίας χρειάζεται να ιδωθούν και ως εποχή βαρειών πληγμάτων σε παραδοσιακά «οχυρά» της τής αλληλεγγύης, της συλλογικότητας, της συνεργασίας και της αυτοργάνωσης, τα οποία κατάφεραν οι υποσχέσεις ενός «θαυμαστού καινούριου κόσμου» βασισμένου στην εξατομίκευση και τον οικονομισμό¹⁸⁷. Παράλληλα, όπως δείχνουν οι αυθόρμητες απαντήσεις που επιχειρήθηκαν στην περίοδο όξυνσης της κρίσης, τα πλήγματα δεν επέφεραν κατάρρευση. Τα «οχυρά» συνεχίζουν να αποτελούν πηγή έμπνευσης -λιγότερο ή περισσότερο συνειδητής- νέων τρόπων συλλογικών συγκροτήσεων και ενεργειών, όπως λ.χ. τα κοινωνικά ιατρεία, κοινωνικά

¹⁸⁴ Kondon, S.L., Pain, R. & Kesby, M. (eds.) (2007) *Participatory Action Research Approaches and Methods: Connecting People, Participation and Places*. Routledge.

¹⁸⁵ Chatterton, P., Fuller, D., & Routledge, P. (2007). *Relating action to activism: Theoretical and methodological reflections*. Στο Kondon, S., Pain, R., & Kesby, M. (2007). *Participatory action research approaches and methods: connecting people, participation and place*. London: Routledge.

¹⁸⁶ Greenwood, D.J., Whyte, W.F., & Harkavy, I. (1993). *Participatory Action Research as a Process and as a Goal*. *Human Relations*, 46 (2), σ. 175-192.

¹⁸⁷ Κονδύλης, Π. (2007: 1995). *Η παρακμή του αστικού πολιτισμού: Από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα εποχή και από το φιλελευθερισμό στη μαζική δημοκρατία*.

φροντιστήρια, εναλλακτικά δίκτυα ανταλλαγής, πολιτιστικοί σύλλογοι γειτονιάς κ.ά. Ένα σημαντικό έργο των λειτουργών πρόληψης πρέπει και μπορεί να είναι η συμβολή στην ενίσχυση των υπαρχόντων δεσμών και δικτύων, στην κινητοποίηση και συνένωσή τους ή στη δημιουργία τους, όπου δεν υπάρχουν.

Συμπληρώνοντας 20 χρόνια λειτουργίας, τα ΚΠ οφείλουν να έχουν ως κύριο στόχο την ενεργοποίηση στην κατεύθυνση της συν-δημιουργίας ενός κοινωνικού μετώπου αντίστασης απέναντι στα φαινόμενα κοινωνικής αποδιοργάνωσης, διάλυσης δεσμών και σχέσεων, όχι μέσα από προβληματικές, δυσλειτουργικές αναβιώσεις, αλλά μέσα από νέες, σύγχρονες, πρωτότυπες συνθέσεις, θετικές προτάσεις και βιώσιμες πρακτικές. Η τέτοια ζητούμενη συμβολή των ΚΠ περνά και από φρέσκες προτάσεις στο επίπεδο των ιδεών, με ειλικρινά κριτικό-αναστοχαστικό πνεύμα, που θα αφορά μεν την πρόληψη και την εν γένει αντιμετώπιση της εξάρτησης, αλλά κυρίως θα βρίσκει σε αυτό νόημα η κοινωνία κατά το δυνατό συνολικά.

Η κωδικοποίηση των βάσεων αυτής της ζητούμενης πορείας θεωρούμε ότι μπορεί να εξυπηρετηθεί στη βάση των αξιών και αρχών πρόληψης, που θα χαρακτηρίζουν έναν νέο, ενιαίο και αυτόνομο φορέα των ΚΠ.

Κάθε άνθρωπος και κάθε συλλογικότητα, προκειμένου να ανταποκριθεί στους όρους της καθημερινότητάς του/της, αντλεί από συστήματα αρχών και αξιών. Στις αρχές και αξίες συμπεριλαμβάνονται ηθικοί κανόνες, εμπειρικές γνώσεις, επιστημονικά δεδομένα, αναπαραστάσεις, προκαταλήψεις κλπ. Σε αυτές αναζητούνται -λιγότερο ή περισσότερο συνειδητά, αλλά αδιάλειπτα- «αλήθειες», με τις οποίες κάθε υποκείμενο συνδέεται με τον περιβάλλοντα κόσμο σε όλες τις εκδοχές του, σκέφτεται γύρω από αυτόν και «νομιμοποιεί» τη δράση του μέσα σε αυτόν.

Οι αξίες αφορούν πεποιθήσεις και ιδέες, που δεν χαρακτηρίζονται τόσο από το εάν είναι «αληθείς» ή «ψευδείς» -με παραδοσιακούς όρους «σκληρών»/φυσικών επιστημών- όσο από το ότι είναι βαθιές και καθοριστικές για τις στάσεις και τις συμπεριφορές του υποκειμένου, καθώς γεννιούνται στην πολλαπλή συνάντηση υποκειμενικών εμπειριών με τις ιστορικές εμπειρίες συλλογικοτήτων: της οικογένειας, του θρησκευτικού δόγματος, της εθνικής ομάδας, του επιστημονικού κλάδου κ.ο.κ. Στην περίπτωση των Κ.Π., λοιπόν, οι αξίες της πρόληψης αφορούν αυτό που αντιλαμβανόμαστε ως συνάντηση εμπειριών στον ελλαδικό ιστορικό-πολιτισμικό χώρο, με επίκεντρο τα περιεχόμενα των εννοιών *άνθρωπος* και *κοινότητα*. Με αυτά

ειπωμένα, μπορούμε να επιχειρήσουμε την παρακάτω κωδικοποίηση αξιών της πρόληψης:

- Σε κάθε άνθρωπο και κάθε κοινότητα αξίζει ζωή με αξιοπρέπεια.
- Ο άνθρωπος δεν είναι απομονωμένο ή αυτάρκες «άτομο» ούτε η κοινότητα συγχώνευση ή άθροισμα ανθρώπων.
- Δουλειά με τον άνθρωπο είναι η δουλειά με την κοινότητα και αντιστρόφως, εφ' όσον οι δύο «φορές» παρεμβάσεων πρόληψης αναπτύσσονται μαζί και σε ενιαίο πνεύμα.
- Η ενότητα κοινότητας-ανθρώπου έγκειται κυρίως σε σχέσεις, στη συγκρότηση και εμπάθυνση των οποίων χρειάζεται να συμβάλει κάθε παρέμβαση πρόληψης.
- Η πρόληψη είναι πρώτιστα συγκρότηση σχέσης και δευτερευόντως παροχή υπηρεσίας.
- Κατά συνέπεια, στην πρόληψη ως πεδίο παρέμβασης δεν χωρούν «στελέχη», παρά μονάχα λειτουργοί.
- Κανένας άνθρωπος δεν γνωρίζει τα πάντα, κανένας άνθρωπος δεν αγνοεί τα πάντα. Όλοι οι άνθρωποι γνωρίζουν κάτι και αγνοούν κάτι. Άρα όλοι μπορούν να μάθουν, ο ένας από τον άλλον.
- Η πρόληψη γίνεται με τα μέλη της κοινότητας και όχι προς τα μέλη της κοινότητας, δηλαδή χρειάζεται να επιδιώκεται και διευκολύνεται η ενεργός συμμετοχή τους σε όλα τα στάδια μιας παρέμβασης που τους/τις αφορά.
- Οι λειτουργοί πρόληψης διευκολύνουν την οικοδόμηση αυθεντικών συνδέσεων μεταξύ των μελών της κοινότητας, που εθελοντικά συμμετέχουν στις παρεμβάσεις τους: δεν μπορούν να τις επιβάλουν, ως διδασκαλία από καθέδρας, και δεν είναι αυτός ο ρόλος τους.
- Απώτερος στόχος της πρόληψης, σε κάθε στάδιό της (έρευνα, σχεδιασμός, υλοποίηση, αξιολόγηση, διάχυση), είναι η ενδυνάμωση και η προαγωγή της ποιότητας ζωής των μελών της κοινότητας, με την παράλληλη ανάδυση της αυτονομίας τους και της συνείδησης του συνανήκειν.
- Οι λειτουργοί πρόληψης δεν είναι απαλλαγμένοι/ες από αναπαραστάσεις, προκαταλήψεις κ.λπ., ζήτημα που καλεί σε διαρκή επαγρύπνηση, αυτοκριτική και αναστοχαστική διάθεση: ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα αντιφάσεις ανάμεσα σε ό,τι εκφωνείται και ό,τι πράττεται, και να μην

γιγαντώνονται αυτές – δηλαδή ώστε να εξυπηρετείται όντως η συμβολή στην προαγωγή των όρων ζωής της κοινότητας και των μελών της.

Δίπλα στις αξίες, οι αρχές αφορούν «αλήθειες» περισσότερο λογικά επεξεργασμένες, με «υλικό» τους εμπειρίες, γνώσεις αλλά και αξίες. Η «αλήθεια» τους, λίγο «πλησιέστερη» σε ό,τι ορίζουν ως τέτοια οι «σκληρές επιστήμες», έχει κάποια ισχύ μέχρι αποδείξεως του αντιθέτου. Με δεδομένο αυτό, θα μπορούσαμε να επιχειρήσουμε μια κωδικοποίηση αρχών στη βάση -και με τη γλώσσα- των κυρίαρχων προτάσεων του «χώρου» της πρόληψης των εξαρτήσεων, σύμφωνα με τις οποίες οι προληπτικές παρεμβάσεις οφείλουν:

- Να συμβάλουν στην ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων και στην αντιμετώπιση των επιβαρυντικών παραγόντων, που συνδέονται με τις εξαρτητικές συμπεριφορές.
- Να μην περιορίζονται στις παράνομες ουσίες, εντάσσοντας στο πεδίο τους την προβληματική χρήση νόμιμα διατιθέμενων ουσιών αλλά και των λεγόμενων «νέων εξαρτήσεων» (τζόγος, διαδίκτυο, προϊόντα τεχνολογίας κ.λπ.).
- Να πλαισιώνονται από σαφώς διατυπωμένες και τεκμηριωμένες θεωρητικές υποθέσεις.
- Να προσαρμόζονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες των συμμετεχόντων.
- Να βασίζονται σε διαδραστικές μεθόδους, ενισχύοντας την ενεργό συμμετοχή.
- Να έχουν συγκεκριμένους, χρονικά προσδιορισμένους ειδικούς στόχους.
- Να περιλαμβάνουν στον σχεδιασμό τους την αξιολόγηση για κάθε ειδικό στόχο¹⁸⁸.

Οι αρχές, ωστόσο, όπως μόλις τις παραθέσαμε, δεν είναι παρά οι πλησιέστερες στις «επισήμως αποδεκτές» των εγχειριδίων. Αυτό από μόνο του δεν τις καθιστά ορθές, αφού παραμένουν αρχές. Στη συνέχεια, λοιπόν, επιχειρούμε τουλάχιστον να τις διευρύνουμε, στη βάση της πολυετούς εμπειρίας μας ως εργαζόμενοι/ες στο πεδίο της πρόληψης, στο ιστορικό πλαίσιο εξέλιξής του και στην αναμέτρησή του με τις τρέχουσες συνθήκες στην Ελλάδα, πάντοτε δε στην καρδιά ενός οράματος κοινοτικού και μαζί ανθρωποκεντρικού, δηλαδή μη-τεχνοκρατικού:

¹⁸⁸ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010). *EMCDDA Manuals No 4: Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)*. Luxembourg: Publications Office of the EU.

- ✓ Όποια κι αν είναι η επιμέρους οπτική, προσέγγιση, μέθοδος ή εργαλείο μιας παρέμβασης, σημείο σύγκλισης και τελικός στόχος όλων είναι η συμβολή στη δημιουργία θετικών αλλαγών στην κοινότητα.
- ✓ Στον βαθμό που οι σχέσεις εμπεριέχουν παροχή υπηρεσιών, η δικαιοσύνη ως προς την παροχή τους δεν συνίσταται στο να διατίθεται σε όλους/ες το ίδιο, αλλά στο να διατίθεται σε καθέναν/μιά αυτό που έχει ανάγκη. Η αρχή αυτή δεν μεταφράζεται σε μια άστοχη μετατόπιση από την πρωτογενή και την καθολική πρόληψη σε άλλα επίπεδα. Αντιθέτως, αφορά την πρόνοια ώστε, μέσα από την ενίσχυση των παρεμβάσεων πρωτογενούς και καθολικής πρόληψης, να αμβλύνεται η εκμετάλλευση των λιγότερο ισχυρών μιας κοινότητας από όσους/ες κατέχουν ισχύ, πόρους κ.λπ. – δηλαδή μεταφράζεται σε συμβολή στην αμβλυνση των ανισοτήτων, ως προστατευτικού παράγοντα της κοινότητας ως όλον.
- ✓ Οι παρεμβάσεις πρόληψης χρειάζεται να έχουν αποτέλεσμα, το οποίο όμως συνίσταται στην ενεργοποίηση μελών της κοινότητας και για το οποίο, συνεπώς, απαιτείται χρόνος. Χρόνος που μετρά από την πρώτη επαφή με την κοινότητα και τον από κοινού σχεδιασμό μιας παρέμβασης και τη σύσταση μιας ομάδας, που δεν πρέπει να υποβαθμίζεται συμπίεσμένη σε χρόνους «ποσοτικοποίησης».
- ✓ Οι επιμέρους δραστηριότητες της πρωτογενούς πρόληψης και της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας συναποτελούν ένα οργανωμένο σύνολο, συγκροτούν μια ολότητα πολυεπίπεδη και πολυεστιακή. Οι ασύνδετες, αποσπασματικές και μονοδιάστατες παρεμβάσεις οδηγούν συχνά στην αναποτελεσματικότητα, στην αλληλοεπικάλυψη και την άσκοπη εκδαπάνιση δυνάμεων και πόρων.
- ✓ Η ενημέρωση είναι πτυχή της πρόληψης· δεν συνιστά την πρόληψη· και σίγουρα δεν αρκεί.
- ✓ Η καλλιέργεια προσωπικών και κοινωνικών δεξιοτήτων είναι πτυχή της πρόληψης· δεν συνιστά την πρόληψη· και σίγουρα δεν αρκεί.
- ✓ Επομένως, τεκμηριωμένα δεν μπορεί αφ' ενός η Πολιτεία να ζητά από την πρόληψη «αριθμούς», αφ' ετέρου οι λειτουργοί πρόληψης να επικαλούνται πως δεν έχουν επιλογή άλλη από αυτήν της

«συμμόρφωσης» στο αίτημα αυτό, δηλαδή της αναίρεσης του ρόλου τους.

- ✓ Η αξιολόγηση από τους/τις λειτουργούς πρόληψης και τα μέλη της κοινότητας που συμμετέχουν σε μια παρέμβαση καθίσταται απολύτως χρήσιμη, ως δημοκρατικό μέσο βελτίωσης της καταβαλλόμενης προσπάθειας και της αποτελεσματικότητάς της.
- ✓ Οι στόχοι χρειάζεται να είναι υψηλοί, την ίδια στιγμή που χρειάζεται να είμαστε ειλικρινείς ως προς τα όρια των δυνατοτήτων μας. Οι μετατοπίσεις στην κοινότητα δεν επέρχονται μέσα από διακηρύξεις, αλλά μέσα από την καθημερινή προσπάθεια σε συγκεκριμένες συνθήκες, προκειμένου ορισμένες από αυτές να ενισχυθούν, ορισμένες να αλλάξουν θετικά, πάντοτε με τη συμμετοχή των μελών της κοινότητας.
- ✓ Όταν οι άνθρωποι προσεγγίζονται με σεβασμό, κατά κανόνα ανταποδίδουν τον σεβασμό. Όταν τους δοθεί η δυνατότητα να εκφράσουν τις απόψεις και τις εμπειρίες τους, τότε κατά κανόνα το κάνουν και, ακόμη, κατανοούν τις απόψεις και εμπειρίες των άλλων. Έτσι, προθυμοποιούνται να συμμετέχουν, να ενεργήσουν, να βοηθήσουν και να βοηθηθούν.
- ✓ Η πρόληψη χρειάζεται ηγεσίες, οι οποίες όμως δεν πρέπει να αναζητούνται στους/στις λειτουργούς πρόληψης, αλλά στα μέλη της κοινότητας, τόσο για λόγους δικαιοσύνης όσο και για λόγους αποτελεσματικότητας και συνέχειας.
- ✓ Οι παρεμβάσεις στην κοινότητα γίνονται προκειμένου να έχουν συνέχεια, αλλά και να μπορούν να επαναληφθούν με άλλες ομάδες, στην ίδια ή σε άλλη κοινότητα, αφού ληφθούν υπ' όψη οι σχετικές ιδιαιτερότητες. Μια παρέμβαση πρόληψης δεν ολοκληρώνεται ή «πετυχαίνει» με την άφιξή της στον προγραμματισμένο στόχο. Αντιθέτως, χρειάζεται να φροντίζει για τη διατήρηση, εξέλιξη και διάδοση του παραγόμενου θετικού αποτελέσματος (λ.χ. της δημιουργίας ενός πολιτιστικού συλλόγου, της δικτύωσης μεταξύ συλλόγων γονέων, της πρωτοβουλίας μαθητών ενάντια στη βία κ.ο.κ.).
- ✓ Δεν πρέπει να ξεχνάμε τις αρχές αυτές, καθώς και τις αξίες μας -τελικά, το όραμά μας-, μέσα στην επίπονη πρακτική προσπάθεια και τις

δυσκολίες της.

Συγκεφαλαίωση

Δικλείδα ασφαλείας ενός προτύπου λειτουργίας στην κοινότητα και αντιμετώπισης του φόρτου εργασίας στα ΚΠ αποτελεί η συνεχής δόμηση ενός κοινού κώδικα συνεννόησης και επικοινωνίας, παρά τις βοηθητικές επιμέρους διαφοροποιήσεις στην προσέγγιση του φαινομένου από τη σκοπιά των επιμέρους επιστημών που οι λειτουργοί πρόληψης υπηρετούν. Ο κώδικας αυτός βασίζεται στη φιλοσοφία και τις πρακτικές της πρόληψης, καθώς και στην επαφή και γείωσή τους στις κοινωνικές ανάγκες.

Το κοινοτικό κεκτημένο -λιγότερο ή περισσότερο συνειδητό, εδραίο και ευρύ, πάντως στον πυρήνα της 20ετούς παρουσίας των λειτουργών των ΚΠ στην Ελλάδα- χρειάζεται με ιδιαίτερη φροντίδα να προστατευτεί και ενισχυθεί. Δια της βαθύτερης κοινοτικής δουλειάς, της κριτικής αποτίμησης της μέχρι τώρα πορείας, της πίστης στις ζωντανές δυνάμεις της κοινωνίας μαζί με την αλλαγή στάσης απέναντι σε εισαγόμενες «πυξίδες» που ενίοτε καταλήγουν να αντιμετωπίζονται σαν «πασπαρτού πρόληψης», της διενέργειας ερευνών, της θεσμικής διευκόλυνσης δικτυώσεων και συνεργειών κ.ο.κ. Πρόκειται για ζητούμενο που δεν απαιτεί μόνο την ανάληψη πολιτικής ευθύνης εκ μέρους της Πολιτείας, αλλά -κυρίως- μια νέα πνοή παραγόμενη από τους/τις εργαζομένους/ες στα ΚΠ και τις δομές αντιμετώπισης της εξάρτησης εν γένει.

Η εξάρτηση συνιστά φαινόμενο δυναμικό, μια διαρκή πρόκληση που απαιτεί σταθερή προσοχή και δράση ως προς την ερμηνεία του, «πλαστικότητα» και ευρείες συμμαχίες ως προς την αντιμετώπισή του. Η έννοια της συμμαχίας δεν τίθεται εδώ με όρους κάποιου «πολέμου κατά των ναρκωτικών», αλλά με όρους αντίστασης απέναντι στις μεγάλες πιέσεις που δέχεται ο άνθρωπος, συνδυαστικά σε επίπεδο υλικών όρων, κυρίαρχων αντιλήψεων, αξιών, τρόπων ζωής και οράματος. Αντίστασης, δηλαδή, απέναντι σε πιέσεις που συγκλίνουν στην υποβάθμιση της συλλογικότητας και στην τράχυνση της ιδιωτείας, στην παρεπόμενη ψυχική οδύνη και στη στροφή του ανθρώπου σε συμπεριφορές αυτοκαταστροφικές και κοινωνικά διαβρωτικές.

Η πρόληψη της χρήσης ουσιών και των εν γένει εξαρτήσεων τέμνει, λοιπόν, το πεδίο της δημόσιας υγείας και της παροχής σχετικών υπηρεσιών, το ξεπερνά

όμως κατά πολύ, καθώς συνδέεται και ενδιαφέρεται για την κοινωνική ζωή στην οικογένεια, στο σχολείο, στη γειτονιά, στον χώρο εργασίας, δηλαδή για την ποιότητα σχέσεων με τους Άλλους της ζωής και, έτσι, για την ποιότητα ζωής συνολικά. Σε αυτά αναλύεται το κοινοτικό κεκτημένο, στο οποίο οι λειτουργοί πρόληψης έχουμε συμβάλει, καθώς και η ανάγκη ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού του. Δεν είναι κάτι αφηρημένο, αλλά το σύνθετο αποτύπωμα δουλειάς, δικτύων, σχέσεων, δυναμικών μέσα στην κοινωνία και, κατά το δυνατό, με την κοινωνία.

Τα καλύτερα στοιχεία της αποκτηθείσας μέχρι σήμερα γνώσης και εμπειρίας μας, χρειάζεται να γίνουν οι καταλύτες για την επαναθεμελίωση της φιλοσοφίας και του ρόλου των ΚΠ στο πλαίσιο ενός ενιαίου και αυτόνομου φορέα τους: ως οργανωμένων κοινωνικών δομών στην κοινότητα και κόμβων επάλληλων δικτυώσεων και συνεργασιών, με στόχο την κάλυψη προσωπικών και συλλογικών αναγκών σε δύσκολες συνθήκες. Ο στόχος αυτός προϋποθέτει, ταυτόχρονα, εντοπισμό των αρνητικών, αντι-κοινοτικών παρακαταθηκών αλλοτρίωσης στα ΚΠ, απόπειρες θετικής τροποποίησής τους και, αν αυτό αποτύχει, πλήρη αποβολή τους.

Οι αξίες και αρχές της πρόληψης, όπως τις παραθέσαμε, υποδεικνύουν τους όρους μιας σύγχρονης θετικής απάντησης στις έντονες ψυχοπιεστικές συνθήκες της εποχής, που τείνουν να στερούν τους ανθρώπους από βασικούς πόρους ανάπτυξης της ίδιας της υπόστασής τους: συμμετοχή, αλληλεγγύη, συντροφικότητα, εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια.¹⁸⁹ Ενέχουν θέση «μαγιάς» ενός οράματος πρόληψης, που θέλουμε και είναι απαραίτητο να διαπνέει κάθε «μικρό» ή μακρόπνοο πρόγραμμα ώστε να δημιουργούνται προϋποθέσεις επιτυχίας – εφικτές, όπως έχει διαφανεί μέσα από τις εκθέσεις οργανισμών, την έρευνα και την εμπειρία.

Συγκεκριμένα ώστε, προκειμένου δημιουργικά να αντιμετωπίσουμε και συγκροτημένα να ανατρέψουμε ως κοινωνία τις πρωτόγνωρες σύγχρονες εξελίξεις, να μείνουμε όρθιοι/ες χαράζοντας νέους, πρωτότυπους, δικούς μας δρόμους, προσωπικής ελευθερίας και αίσθησης του καθήκοντος απέναντι στην κοινότητα.

¹⁸⁹ Ζαφειρίδης Φ., Λαϊνάς Σ., Γκιουζέπας Στ. (2003). *Το πρόβλημα των ναρκωτικών και ο νέος ρόλος του λειτουργού υγείας*. Εισήγηση σε Ημερίδα του Κέντρου Πρόληψης Π.Ε. Ημαθίας «Πρόσβαση». Διαθέσιμο στο <http://www.selfhelp.gr/attachments/article/18/veroia.pdf>

Κεφάλαιο ΣΤ

Η ιστορικότητα του θεσμικού προβλήματος των Κέντρων Πρόληψης και η αναγκαιότητα επίλυσής του

Το θεσμικό πρόβλημα με παραδείγματα

Με τον όρο «θεσμικό πρόβλημα» κωδικοποιούμε μια σειρά από ζητήματα λειτουργικά, εργασιακά, νομικά, οικονομικά, επιστημονικά, ηθικά, διαδικασιών, σχέσεων, αντιλήψεων, δημοκρατίας, διαφάνειας και λογοδοσίας, που στους ποικίλους συνδυασμούς τους αντιμετωπίζουν τα 75, πλέον, Κέντρα Πρόληψης της χώρας (εφ' εξής ΚΠ). Επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την ύπαρξη και τη ζωή των δομών, τη φιλοσοφία, τις μεθόδους, το αντικείμενο και τις στοχεύσεις της δουλειάς μας, τους όρους της σύνδεσής μας με την κοινότητα και των σχέσεών μας με τα μέλη της, τη θέση και τον ρόλο μας μέσα στο εκάστοτε πλέγμα άσκησης πολιτικών. Διαθέτουν:

α). Κοινές αντικειμενικές πλευρές. Δηλαδή πλευρές που στον έναν ή τον άλλον χρόνο, στον έναν ή τον άλλον βαθμό, με τη μια ή την άλλη μορφή επηρεάζουν όλους/ες στα ΚΠ.

β). Ιδιαίτερες υποκειμενικές πλευρές. Δηλαδή αντανakλάσεις, συγκεκριμενοποιήσεις και πρωτότυπες αποχρώσεις των αντικειμενικών ζητημάτων μέσα στα ιδιαίτερα μικρο-πλαίσια, σε κάθε Κέντρο Πρόληψης / αστική εταιρεία, στις πολιτικές και οικονομικές συγκυρίες κάθε τοπικής κοινότητας, στις προσβάσεις ή αποκλεισμούς καθενός σε σχέση με πρόσωπα, πράγματα και καταστάσεις – σε κάθε είδους ετερότητα.

Ακολουθώς επιχειρούμε μια κατηγοριοποίηση των εκφάνσεων του θεσμικού προβλήματος των Κέντρων Πρόληψης, παραθέτοντας ενδεικτικά παραδείγματα.

Ζητήματα Επιστημονικά

- Ο Σύλλογος Γονέων και Κηδεμόνων Ελληνικής Κοινότητας Νυρεμβέργης επικοινωνεί με τον ΟΚΑΝΑ, θέτοντας αίτημα για παρέμβαση ενημέρωσης γύρω από τις εξαρτήσεις σε Δημοτικά και Γυμνάσια. Ο ΟΚΑΝΑ, ο επιστημονικός επόπτης των ΚΠ, παραπέμπει τον εκπρόσωπο του Συλλόγου στο ΚΕΘΕΑ. Το ΚΕΘΕΑ ενημερώνει τον εκπρόσωπο του Συλλόγου ότι πλέον αρμόδια για το ζήτημα είναι τα ΚΠ και τον παραπέμπει στο ΚΠ «ΣΕΙΡΙΟΣ» Θεσσαλονίκης. Μονάχα έτσι κατορθώθηκε να φτάσει το αίτημα σε ΚΠ και οι συνάδελφοι του ΚΠ «ΣΕΙΡΙΟΣ» να υλοποιήσουν σειρά πετυχημένων παρεμβάσεων σε μαθητές, γονείς και εκπαιδευτικούς της ομογένειας στη Νυρεμβέργη και στο Μόναχο, που διήρκεσαν 5 μέρες στα μέσα Απριλίου 2016.
- Τον Φεβρουάριο του 2016 αποστέλλεται από το Κέντρο Πρόληψης Ρόδου προς τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ αίτημα έγκρισης παροχής εποπτείας από εξωτερικό επόπτη, ως είθισται σε όλες τις δομές ψυχικής υγείας εν γένει. Ο ΟΚΑΝΑ δεν απαντά και η επιστημονικά υπεύθυνη του ΚΠ επικοινωνεί τηλεφωνικά με την εποπτεύουσα υπάλληλο του ΟΚΑΝΑ που της λέει πως από την πλευρά της εγκρίνει το αίτημα. Η γραπτή απάντηση στέλνεται, τελικά, στο Κέντρο Πρόληψης τον Ιούλιο του 2016 και δεν εγκρίνει την εποπτεία, παραπέμποντας το ζήτημα σε μητρώο εποπτών που θα συστήσει ο ΟΚΑΝΑ. Αμέσως κατόπιν, επίσης τον Ιούλιο, το ΚΠ Ρόδου στέλνει επιστολή στον ΟΚΑΝΑ με την οποία παρατηρεί ότι η απάντηση του ΟΚΑΝΑ δεν είναι τεκμηριωμένη, ζητά τεκμηρίωση και επεξήγηση για το μητρώο εποπτών καθώς και τις διαδικασίες ένταξης σε αυτό. Μέχρι σήμερα δεν έχει σταλεί απάντηση από τον ΟΚΑΝΑ.
- Τουλάχιστον από το 2005 απουσιάζει η επιστημονική εποπτεία και από το 2007 η σοβαρή διαρκής εκπαίδευση στη βάση καταγεγραμμένων αναγκών της κοινότητας και των εργαζομένων.
- Πλήρως απουσιάζει και Μητρώο Εποπτών / εξωτερικών συνεργατών των ΚΠ.
- Πλήρως απουσιάζουν, επίσης, κεντρικά και περιφερειακά σχέδια δράσης για την πρόληψη των εξαρτήσεων (τοπικά σχέδια δράσης εκπονούνται από τις διεπιστημονικές ομάδες των ΚΠ, που δέχονται, αξιολογούν και

απαντούν σε αιτήματα της κοινότητας).

- Στις 20/05/2016 υπογράφεται πρωτόκολλο μεταξύ Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη και ΟΚΑΝΑ για συνεργασία των ΚΠ με την ΕΛ.ΑΣ., χωρίς καμία προηγούμενη διαβούλευση, ζήτηση γνώμης ή καν ενημέρωση των ΚΠ, πολλά εκ των οποίων έχουν τεχνογνωσία ετών γύρω από το ζήτημα.
- Στις 08/03/2016 υπογράφεται μνημόνιο συνεργασίας μεταξύ Υπουργείου Παιδείας και ΟΚΑΝΑ το οποίο αφορά τη σύσταση κεντρικής επιστημονικής επιτροπής, που θα εποπτεύει και θα συντονίζει το δίκτυο πρόληψης και αντιμετώπισης της σχολικής βίας, του εκφοβισμού, της ξеноφοβίας, του ρατσισμού κ.ά., χωρίς καμία προηγούμενη διαβούλευση, ζήτηση γνώμης ή καν ενημέρωση των ΚΠ, τη στιγμή που όλα πια ασχολούνται με τα ζητήματα αυτά στο πεδίο, έχουν τεχνογνωσία και παραγόμενο έργο γύρω από αυτό. Στο μνημόνιο αναγράφεται, επίσης, ότι οι σχετικές συνεργασίες θα γίνονται και με ιδιωτικούς φορείς.
- Τον Οκτώβριο του 2014 ο ΟΚΑΝΑ συμμετέχει στο συντονιστικό όργανο για το «κοινωνικό σχολείο», χωρίς προηγούμενη ενημέρωση-διαβούλευση με τα ΚΠ και κατόπιν προωθεί σε αυτά επιστολή, βάσει της οποίας ζητείται η «συνεργασία» με το Ίδρυμα Νεολαίας και Δια Βίου Μάθησης σε επίπεδο Σχολών Γονέων. Στις προφορικές διευκρινίσεις του ΟΚΑΝΑ (οι επιστολές που στάλθηκαν από τα ΚΠ, ως συνήθως δεν απαντήθηκαν γραπτώς από τον ΟΚΑΝΑ), η εν λόγω «συνεργασία» συνίσταται στην υλοποίηση από τα ΚΠ μιας και μοναδικής συνεδρίας με θεματική τις εξαρτήσεις, σε όσες Σχολές Γονέων θα πραγματοποιεί το ΙΝΕΔΙΒΙΜ. Δηλαδή, ο ΟΚΑΝΑ διευκρινίζει ότι τα ΚΠ πρέπει να προσχωρήσουν σε μια συνεργασία αντίθετη με τη φιλοσοφία και τη μεθοδολογία τους στον χώρο της οικογένειας, δεδομένου ότι τα ΚΠ υλοποιούν κάθε χρόνο πλήθος σεμιναρίων για γονείς, διάρκειας έως 3 μηνών ή και περισσότερο.
- Ενώ τόσο η προηγούμενη όσο και η παρούσα Κεντρική Προγραμματική Σύμβαση για τη Λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης προβλέπει την αξιολόγηση των ΚΠ (άρα και του θεσμικού πλαισίου τους) από εξωτερικό φορέα, η υλοποίησή της δεν έχει προχωρήσει.

- Η μορφή των 67 αστικών εταιρειών, σε ισάριθμες συνεργασίες με τον ΟΚΑΝΑ, έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει ένας ενιαίος εκφραστής των ΚΠ, με βαθιά γνώση του ζητήματος της πρόληψης των εξαρτήσεων και της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, που θα διαβουλευτεί με τα Υπουργεία, τις δημόσιες υπηρεσίες και τους φορείς αντιμετώπισης της εξάρτησης, θα μεταφέρει με εγκυρότητα τη φιλοσοφία, το σκεπτικό και το έργο των δομών, θα προτείνει συγκροτημένα πολιτικές και σχέδια δράσης, θα προωθήσει πρωτόκολλα συνεργασίας, θα φροντίσει για την πιστοποίηση των προσόντων των εργαζομένων και κατόπιν την αξιολόγησή τους κ.ο.κ.

Ζητήματα Υποχρεώσεων, Δικαιωμάτων και Δεοντολογίας

- Απουσία εσωτερικών κανονισμών λειτουργίας στις περισσότερες αστικές εταιρείες, πολύ περισσότερο ενιαίου κανονισμού για όλα τα ΚΠ.
- Απουσία κώδικα δεοντολογίας.
- Απουσία πρωτοκόλλων.
- Απουσία πιστοποίησης των προσόντων των εργαζομένων που εδώ και 20 χρόνια παράγουν έργο στην κοινότητα.
- Σε ορισμένα ΚΠ υφίστανται επιστημονικά υπεύθυνοι σε θέσεις μερικής απασχόλησης. Υπενθυμίζουμε ότι οι επιστημονικά υπεύθυνοι είναι αρμόδιοι/ες για τον συντονισμό του σύνθετου επιστημονικού έργου κάθε ΚΠ αλλά και σε πολύ μεγάλο βαθμό για τη λειτουργία των δομών (ιδιαίτερα όπου τα Δ.Σ. δεν ασχολούνται). Οι τέτοιες εργασιακές σχέσεις διαιωνίζονται με ευθύνες τόσο των διοικήσεων των αστικών εταιρειών και όσο και του ΟΚΑΝΑ.
 - Ανόμοια ωράρια εργασίας μεταξύ των ΚΠ με την αρνητική έννοια, δηλαδή όχι πάντα στη βάση των υγιών τοπικών ιδιαιτεροτήτων και αναγκών (βάσει των οποίων εργαζόμαστε ακόμα και Σαββατοκύριακα).
- Ανησυχητικά συχνή παρέμβαση στο επιστημονικό έργο από αιρετούς της αυτοδιοίκησης (είτε ως μέλη των Δ.Σ. είτε ως μέλη της γενικής συνέλευσης των αστικών εταιρειών). Παραδείγματα:
 - Αιρετοί αποφασίζουν και επιβάλλουν το είδος των δράσεων και μάλιστα σε πληθυσμούς (π.χ. ΚΑΠΗ) που δεν εμπίπτουν στους σχεδιασμούς των

Κ.Π.

- Παραβιάζουν βασικές αρχές δεοντολογίας απαιτώντας τα ονόματα των μελών που συμμετέχουν στις ομάδες των ΚΠ ή και άμεση πρόσβαση στους φακέλους εξυπηρετούμενων που είναι, βεβαίως, απόρρητοι.
- Αρνούνται έγκριση δράσεων (π.χ. συμμετοχή στην -πολύτιμη για τον σχεδιασμό των ΚΠ- πανευρωπαϊκή έρευνα ESPAD) και αντ' αυτών αποφασίζουν την υλοποίηση δράσεων στην περιοχή που εκλέγονται
- Αρνούνται έγκριση βασικών εκπαιδεύσεων, ενώ τα ποσά είναι διαθέσιμα, δηλαδή αρνούνται τη δυνατότητα πληρέστερης ανταπόκρισης των επιστημονικών ομάδων των ΚΠ στα νέα δεδομένα.
- Το επιστημονικό προσωπικό ΚΠ αναγκάζεται να σταματήσει καινοτόμο πρόγραμμα, γιατί ο/η Πρόεδρος θέλει να παρευρίσκεται στην ομάδα.
- Πρόεδρος ΚΠ ειδοποιεί τηλεφωνικά ότι την επόμενη μέρα «θα φέρει» 9 εργαζόμενους στο ΚΠ, με ΕΣΠΑ το οποίο υλοποιεί ο Δήμος μέσω ΜΚΟ της ψυχικής υγείας. Τους φέρνει όντως, χωρίς καμία προετοιμασία της επιστημονικής ομάδας και χωρίς καν να υπάρχει διαθέσιμος χώρος για αυτούς στο κτήριο στέγασης του ΚΠ.

Ζητήματα Δικτύωσης, Πρόσβασης και Ισοτιμίας

- Ελλιπή πλαίσια συνεργασίας με το Υπουργείο Παιδείας, τη στιγμή που ο μεγαλύτερος όγκος των παρεμβάσεων των ΚΠ ξεδιπλώνεται στη σχολική κοινότητα. Για παράδειγμα:
 - Η υλοποίηση των δράσεων των Κέντρων Πρόληψης σε ολόκληρες περιφέρειες σχολικών μονάδων εξαρτάται από τη διάθεση του εκάστοτε Προϊσταμένου Εκπαίδευσης ή Διευθυντή σχολείου, ή Υπευθύνου Σχολικών δραστηριοτήτων ή Σχολικού Συμβούλου, οι οποίοι ερμηνεύουν κατά το δοκούν τις εκάστοτε εγκυκλίους εξ αιτίας και της ασάφειάς τους.
 - Με την τέτοια απαγόρευση ή ακύρωση παρεμβάσεων καθολικής πρόληψης στο σχολείο, δεν επιτρέπεται στα ΚΠ και μια πρώτη διερευνητική επαφή με τον μαθητή στον χώρο του σχολείου, δηλαδή δεν δίνεται η δυνατότητα να εκφραστεί σχετικό αίτημα από το σχολείο με τη συγκατάθεση γονέα, λέγοντάς μας πολύ συχνά πως αιτία είναι το γεγονός ότι τα ΚΠ «είναι ΜΚΟ» και όχι δημόσιος φορέας.

- Σημαντική σχετική παράμετρος είναι και η αδυναμία συνεργασίας με τις εισαγγελικές αρχές ως προς το κομμάτι της διερεύνησης, όταν ανακύπτει σοβαρό πρόβλημα – λ.χ. κακοποίηση. Η εισαγγελία μπορεί να συνεργαστεί μόνο με δημόσιο φορέα, με αποτέλεσμα να εξαιρούνται τα ΚΠ – με σοβαρές συνέπειες ιδιαίτερος στην επαρχία ελλείψει άλλων δομών.
- Η ασυντόνιστη εμπλοκή πολλών φορέων στο πεδίο της προαγωγής της υγείας, των οποίων η συντριπτική πλειονότητα υλοποιεί αποσπασματικές παρεμβάσεις, έχει ως αποτέλεσμα μια αχρείαστη αλληλοεπικάλυψη. Αρκετές δράσεις, επιπλέον, είναι από αναποτελεσματικές μέχρι επικίνδυνες. Για παράδειγμα, οι μαθητές ενημερώνονται για το φαινόμενο της εξάρτησης από άλλους «ειδικούς», οι οποίοι «ευαισθητοποιούν» με εκφράσεις όπως «μια δοκιμή σημαίνει τάφος» κ.λπ. Στις περιπτώσεις αυτές συγκαταλέγονται επαγγελματικές ομάδες όπως αστυνομικοί, ιατροδικαστές, εργαζόμενοι στους Δήμους, νοσηλευτές Κέντρων Υγείας κ.ά.

Ζητήματα Οικονομικά και Εξοικονόμησης Πόρων

- Ο ΟΚΑΝΑ, πριν από ένα έτος περίπου, με δική του πρωτοβουλία καταβάλει χρηματικό ποσό και ξεκινά «πιλοτικά» το στήσιμο ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων για τα επιστημονικά και οικονομικά στοιχεία των ΚΠ, χωρίς να ενημερώσει ούτε τις διοικήσεις τους ούτε το προσωπικό τους. Κατόπιν, θέτει ως όρο υπογραφής των διμερών προγραμματικών συμβάσεων με τις αστικές εταιρείες, την αποδοχή από όλα τα ΚΠ κωδικού στον προϋπολογισμό τους που αφορά τη διάχυση της «βάσης δεδομένων» και όπου θα δεσμεύονται τουλάχιστον 7.500€ ανά αστική εταιρεία (δηλαδή ένα σύνολο μεγαλύτερο των 550.000€ για όλα τα ΚΠ). Το Σωματείο μας αντιδρά, θεωρεί το ποσό αδικαιολόγητα υψηλό και αντιπροτείνει αναζήτηση πόρων μέσω της «Κοινωνίας της Πληροφορίας». Ο ΟΚΑΝΑ δεσμεύεται ότι θα επανεξετάσει το ζήτημα και μάλλον θα τροποποιήσει στην πορεία τους συγκεκριμένους κωδικούς προϋπολογισμών των ΚΠ προς τα κάτω. Στο μεταξύ, οι διμερείς συμβάσεις υπογράφονται με το ποσό των 7.500€, τουλάχιστον, ανά ΚΠ και το μόνο που «τροποποιείται» είναι η «διανομή» του ποσού σε βάθος πενταετίας. Επιπρόσθετα, τα οικονομικά και επιστημονικά στοιχεία των ΚΠ παραμένουν αταξινόμητα.

- Διαχρονικά οι κεντρικοί όροι των διμερών προγραμματικών συμβάσεων μεταξύ ΟΚΑΝΑ και κάθε αστικής εταιρείας επί της ουσίας επιβάλλονται είτε από τον πρώτο είτε από «ισχυρές» διοικήσεις εταιρειών, δηλαδή στο πλαίσιο σχέσεων που απέχουν από την έννοια της συνεργασίας και με αποτέλεσμα ιδιαίτερος ανισοβαρείς μεταξύ ΚΠ οικονομικούς προϋπολογισμούς, χωρίς ικανοποιητική τεκμηρίωση. Παράδειγμα:
 - Στην περίοδο 2013-2014 οι κεντρικές υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ επέβαλαν στις αστικές εταιρείες την υπογραφή προγραμματικών συμβάσεων με προϋπολογισμένα μισθολογικά κόστη κάτω των πραγματικών, επισείοντας απειλή διακοπής της επιχορήγησης των ΚΠ. Ακόμη και όταν τέθηκε σε εφαρμογή ο Ν. 4320/2015 που ρυθμίζει το μισθολογικό των εργαζομένων των ΚΠ, ο ΟΚΑΝΑ δεν προχώρησε στην απαραίτητη τροποποίηση των προγραμματικών συμβάσεων. Ως αποτέλεσμα, για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσιάζονται μικρότερα κόστη από όσα πραγματικά υπήρξαν στα ΚΠ και, έτσι, δημιουργούνται στον τραπεζικό λογαριασμό του ΟΚΑΝΑ μεγάλα υπόλοιπα της κρατικής επιχορήγησης που αφορά αποκλειστικά τα ΚΠ – για το συνολικό ύψος των οποίων δεν υπάρχει ενημέρωση.
- Ένα συνολικό ποσό της τάξης των 200.000€-250.000€, τουλάχιστον, καταβάλλεται ετησίως από τα ΚΠ για την κάλυψη εξόδων εξωτερικής συνεργασίας κάθε αστικής εταιρείας με λογιστές, οι οποίοι συχνά δεν ανταποκρίνονται στα καθήκοντά τους κυρίως επειδή δεν γνωρίζουν πώς να εφαρμόσουν νόμους του δημοσίου στις αστικές εταιρείες και αν πρέπει καν να τους εφαρμόσουν.
- Την ίδια στιγμή τα περισσότερα ΚΠ είναι υποστελεχωμένα, ενώ θα μπορούσαν να έχουν αναπτυχθεί με την εξοικονόμηση πόρων και την επένδυση των σχετικών πλεονασμάτων στην ενίσχυσή τους με προσωπικό, εκπαιδεύσεις κ.λπ.

Ζητήματα Διαφάνειας

- Το Κέντρο Πρόληψης Πιερίας εδώ και χρόνια έχει βρεθεί στη μέση μιας αντιπαράθεσης μεταξύ ΟΚΑΝΑ και εκπροσώπων των τοπικών κοινωνιών, χωρίς ποτέ να ξεκαθαριστεί με τρόπο αποτελεσματικό και οριστικό τι ή ποιος

ευθύνεται για τα υπέρογκα χρέη της αστικής εταιρείας προς το ΙΚΑ και την Εφορία. Ως αποτέλεσμα, τον τελευταίο ενάμιση χρόνο, ενώ υπάρχουν και διατίθενται οι επιχορηγήσεις των Υπουργείων προς το ΚΠ Πιερίας, οι τοπικοί φορείς δεν προχωρούν χωρίς εγγυήσεις στη συγκρότηση Δ.Σ. της εταιρείας, η οποία βρίσκεται στο όριο της λύσης της. Σημειώνουμε ότι οι εργαζόμενοι/ες είναι απλήρωτοι/ες για πολλοστή φορά, πλέον επί 5 μήνες. Σημειώνουμε, τέλος, ότι ποτέ δεν διενεργήθηκε έλεγχος στην αστική εταιρεία και τον ΟΚΑΝΑ από εξωτερικούς λογιστές, ώστε να διευκρινιστούν τα ζητήματα γύρω από τα οποία χρονίζει η αντιπαράθεση και το ΚΠ να συνεχίσει απρόσκοπτα τη λειτουργία του.

- Η επιχορήγηση των ΚΠ από δύο Υπουργεία με ισχυρό διαμεσολαβητικό ρόλο του ΟΚΑΝΑ έχει ως αποτέλεσμα καθυστερήσεις, κενά και ερωτηματικά που δεν συναντώνται στην επιχορήγηση καμίας από τις υπόλοιπες δομές αντιμετώπισης της εξάρτησης. Πρόσφατο παράδειγμα:

Το 3ο θέμα της 161ης/28.06.2016 συνεδρίασης Δ.Σ. ΟΚΑΝΑ αφορούσε την «Κατανομή της 2ης δόσης της χρηματοδότησης του Υπουργείου Υγείας για το 2016 για τα Κέντρα Πρόληψης». Στη συζήτηση του θέματος παρευρέθηκε εκπρόσωπος του Σωματείου μας με δικαίωμα λόγου. Στην εισήγηση της οικονομικής υπηρεσίας του ΟΚΑΝΑ, που μας έγινε γνωστή επί τόπου, προβλέπονταν παρακράτηση ποσοστού 1,5% επί του ποσού επιχορήγησης του Υπουργείου Υγείας για τις υπηρεσίες που παρέχει η ΕΕΤΑΑ ΑΕ. Ο εκπρόσωπός μας είπε ότι λογικά πρόκειται για λάθος, διότι ποσοστό 1,5% παρακρατείται μεν για την ΕΕΤΑΑ ΑΕ, μονάχα όμως για την επιχορήγηση του Υπουργείου Εσωτερικών προς τα ΚΠ και όχι για την επιχορήγηση του Υπουργείου Υγείας. Ο νέος ακόμη Γενικός Διευθυντής του ΟΚΑΝΑ είπε πως δεν γνωρίζει ακριβώς το ζήτημα και υπέγραψε την εισήγηση της οικονομικής υπηρεσίας του ΟΚΑΝΑ ακολουθώντας τα έως τότε ακολουθούμενα. Το Δ.Σ. κατέληξε πως θα διερευνηθεί το θέμα. Αυθημερόν αποστείλαμε την επιστολή 945/28.06.2016 μας προς το Δ.Σ. και τον Γενικό Διευθυντή του ΟΚΑΝΑ, μαζί με την ισχύουσα κεντρική Προγραμματική Σύμβαση για τη Λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης. Με την προαναφερθείσα επιστολή μας αποδεικνύαμε, με αναφορά στα σχετικά άρθρα (3 και 6) της κεντρικής Προγραμματικής Σύμβασης, ότι στην ΕΕΤΑΑ ΑΕ καταβάλλεται

ετησίως ποσοστό 1,5% μονάχα για το ποσό επιχορήγησης που προέρχεται από το Υπουργείο Εσωτερικών (συγκεκριμένα από τους Κεντρικούς Αυτοτελείς Πόρους), το οποίο η ΕΕΤΑΑ ΑΕ κατανέμει στα ΚΠ. Η επιστολή μας έκλεινε με τα ακόλουθα αιτήματά μας προς τους αποδέκτες της: «1). Να επανεκτιμηθεί η κατανομή της Β' Δόσης επιχορήγησης του Υπουργείου Υγείας για το 2016 εκ μέρους του Δ.Σ. του ΟΚΑΝΑ, διορθώνοντας τη λανθασμένη απόδοση ποσοστού 1,5% αυτής στην ΕΕΤΑΑ ΑΕ. 2). Να διευκρινιστεί από τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ, που εισηγούνται και τις κατανομές, αν τυχόν και για ποιο χρονικό διάστημα λανθασμένα παρακρατείται από τον ΟΚΑΝΑ ποσοστό 1,5% των επιχορηγήσεων του Υπουργείου Υγείας προς τα Κέντρα Πρόληψης. 3). Να ενημερωθούν αρμοδίως η ΕΕΤΑΑ ΑΕ καθώς και όλοι οι συμβαλλόμενοι της κεντρικής Προγραμματικής Σύμβασης για τη Λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης, και να ζητηθεί από την ΕΕΤΑΑ ΑΕ όπως ενημερώσει εάν λανθασμένα ελάμβανε ποσοστό 1,5% των επιχορηγήσεων του Υπουργείου Υγείας προς τα Κέντρα Πρόληψης και για ποιο χρονικό διάστημα. 4). Με την ευκαιρία αυτών, να ζητηθεί από τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ αναλυτικός κατάλογος με το σύνολο ποσών τα οποία προέρχονται από επιχορηγήσεις του Υπουργείου Υγείας προς τα Κέντρα Πρόληψης (ΚΑΕ 2555) και δεν έχουν κατανεμηθεί στα Κέντρα Πρόληψης, καθώς και (σε διακριτή στήλη) το σύνολο ποσών που τυχόν λανθασμένα αποδίδονταν στην ΕΕΤΑΑ ΑΕ. Ο κατάλογος αυτός παρακαλούμε όπως μας αποσταλεί, καθώς και ο κατάλογος κατανομής που παρουσιάστηκε στην 161η /28.06.2016 συνεδρίαση του Δ.Σ. του ΟΚΑΝΑ, ο οποίος δεν μας προωθήθηκε από τον γραμματέα των συνεδριάσεων του Δ.Σ.» Το μόνο που συνέβη από τότε είναι ότι το 1ο θέμα της 166ης/20.09.2016 συνεδρίασης του Δ.Σ. ΟΚΑΝΑ αφορούσε την «Κατανομή 3ης χρηματοδότησης Κέντρων Πρόληψης από το Υπουργείο Υγείας», όπου πλέον η εισήγηση ορθά δεν προβλέπει παρακράτηση του ποσοστού 1,5%, χωρίς ωστόσο να δίνεται πληροφόρηση ή εξήγηση για τις διαδικασίες που ακολουθούνταν στο παρελθόν. Ο εκπρόσωπός μας στη συνεδρίαση του Δ.Σ. ζήτησε να μάθει αν διερευνήθηκε το ζήτημα και ο πρόεδρος του ΟΚΑΝΑ είπε πως θα διερευνηθεί. Η 945/28.06.2016 μας προς το Δ.Σ.

και τον Γενικό Διευθυντή του ΟΚΑΝΑ, παρότι θέτει ιδιαίτέρως σημαντικά ζητήματα, δεν έχει απαντηθεί έως σήμερα, δηλαδή τέσσερεις μήνες μετά την αποστολή της.

- Γενικά δεν αποδίδονται στοιχεία που αφορούν τη ροή επιχορηγήσεων από τον ΟΚΑΝΑ, τα τραπεζικά «εξτρέ» του λογαριασμού όπου δεσμεύει τα χρήματα που το Υπουργείο Υγείας διαθέτει αποκλειστικά για τα ΚΠ, συγκεντρωτικοί πίνακες όπου θα αναγράφονται τυχόν υπόλοιπα στον λογαριασμό αυτό κ.ο.κ.
- Μέλη των Δ.Σ. των αστικών εταιρειών, χωρίς καν να διαθέτουν γνώσεις για την πρόληψη των εξαρτήσεων, κάνουν χρήση του «προνομίου των προσλήψεων» στις διαδικασίες στελέχωσης των ΚΠ, άρα το χρησιμοποιούν ως «εργαλείο» στο πλαίσιο των δυναμικών της ομάδας εργαζομένων, των μεταξύ τους σχέσεων και του παραγόμενου έργου.

Ζητήματα Διοικητικά-Οργανωτικά-Λειτουργικά

- 67 ασύνδετες μεταξύ τους αστικές εταιρείες και περίπου 390 εργαζόμενοι/ες που διοικούνται από 469 μέλη Δ.Σ.
- 67 ανανεωνόμενες διμερείς προγραμματικές συμβάσεις, πενταετούς διάρκειας, μεταξύ κάθε αστικής εταιρείας και ΟΚΑΝΑ, καθώς και μία επταετούς διάρκειας ανανεωνόμενη κεντρική Προγραμματική Σύμβαση, μεταξύ Υπουργείων Υγείας και Εσωτερικών, ΚΕΔΕ, ΟΚΑΝΑ, ΕΕΤΑΑ.
- Πολύ μεγάλες καθυστερήσεις στην υπογραφή των κεντρικών Προγραμματικών Συμβάσεων, που αποσταθεροποιούν σοβαρότατα και επί μήνες τη λειτουργία των ΚΠ.
- Η τήρηση των όρων των κεντρικών Προγραμματικών Συμβάσεων διαχρονικά είναι πλημμελέστατη, ενώ οι συνεδριάσεις της Επιτροπής Παρακολούθησης της Λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης - επιφορτισμένης με την ευθύνη τήρησης των όρων των Συμβάσεων- είναι σποραδικές παρά την κρισιμότητα των εξακολουθητικά προκυπτόντων ζητημάτων.
- Οικονομικοί απολογισμοί των ΚΠ δεν ελέγχονται από τον ΟΚΑΝΑ για χρονικά διαστήματα έως και 4 ετών από την ημερομηνία έγκαιρης

αποστολής τους στις αρμόδιες υπηρεσίες του. Ως αποτέλεσμα, ενίοτε ΚΠ δεν επιχορηγούνται ή επιχορηγούνται στα όρια της νομιμότητας.

- Οικονομικοί απολογισμοί καθώς και φορολογικές και ασφαλιστικές ενημερότητες των ΚΠ αποστέλλονται αποδεδειγμένα στις αρμόδιες υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ και, μετά από έναν ή περισσότερους μήνες, οι υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ τηλεφωνούν σε ΚΠ και δηλώνουν ότι δεν έχουν λάβει τα απεσταλμένα. Η κατάσταση αυτή έχει και «αθέατες» μεσοπρόθεσμες επιπτώσεις, αφού, λ.χ., χωρίς έλεγχο απολογισμών δεν μπορεί να προχωρήσει η ανανέωση των διμερών συμβάσεων συνεργασίας των αστικών εταιρειών με τον ΟΚΑΝΑ.
- Διαφορετικές εργασιακές σχέσεις, ώστε σε ορισμένα ΚΠ υφίστανται επιστημονικά υπεύθυνοι σε θέσεις μερικής απασχόλησης. Υπενθυμίζουμε ότι οι επιστημονικά υπεύθυνοι είναι αρμόδιοι/ες για τον συντονισμό του σύνθετου επιστημονικού έργου κάθε ΚΠ. Οι τέτοιες εργασιακές σχέσεις διαιωνίζονται με ευθύνες τόσο των διοικήσεων των αστικών εταιρειών όσο και του ΟΚΑΝΑ.
- Το 2015 έγιναν προσλήψεις προσωπικού από Δ.Σ. αστικών εταιρειών / ΚΠ και εγκρίθηκαν από τον επόπτη ΟΚΑΝΑ, χωρίς να ληφθεί υπ' όψη ο νεοεφαρμοσθείς στα ΚΠ κανόνας «1 προς 5». Ως αποτέλεσμα δεν μπορούσε να γίνει απογραφή των προσληφθέντων στην Ενιαία Αρχή Πληρωμής, οι οποίοι/ες επί μήνες βρίσκονταν σε στάτους «εργαζόμενου-σικιά». Συγκεκριμένα, έως τον Ιούνιο του 2016, οπότε με την Απόφαση ΔΙΠΑΑΔ/Φ.Κ./52/11877 (ΦΕΚ Β 1814/21.06.2016) εγκρίθηκαν οι θέσεις, μετά από ανάδειξη του ζητήματος από το Σωματείο (δεν είχε ασχοληθεί κανείς άλλος).
- Μέλη Δ.Σ. αστικών εταιρειών, για λόγους μικροπολιτικής σκοπιμότητας, αρνούνται να αποχωρήσουν από το Δ.Σ. της αστικής εταιρείας με τη λήξη της θητείας τους ή να συγκροτήσουν Δ.Σ. όταν λήγει η θητεία του προηγούμενου.
- Μέλη Δ.Σ. αστικών εταιρειών σπαταλούν χρήματα της αστικής εταιρείας και ανθρώπινη ενέργεια για «δράσεις», που στην ουσία αφορούν την προσωπική προβολή τους – όλες εγκεκριμένες από τον επιστημονικό επόπτη ΟΚΑΝΑ. Παραδείγματα: εκτύπωση μεγάλου αριθμού φυλλαδίων

στα οποία αναγράφονται τα ονόματα των μελών του Δ.Σ. λίγο πριν τη λήξη της θητείας τους, τα οποία πάνε στον «κάλαθο τω αχρήστων» με την ανάληψη νέου Δ.Σ., ή αγορά «σουβενίρ» και διανομή τους σε πολίτες πλαισιωμένη από «επιστημονική δράση» κ.ά.

- Ορισμένες φορές, μάλιστα, Δ.Σ. ανακόπτουν την εξέλιξη μιας μακρόχρονης δράσης πρόληψης στην κοινότητα θεωρώντας υπερβολικό το κόστος μετακίνησης σε απόμακρες περιοχές του νομού, ενώ αντίθετα μπορεί να δαπανήσουν πολλά χρήματα για ολιγόωρες δημόσιες εκδηλώσεις με μοναδικό κριτήριο την ορατή μαζικότητά τους.
- Συχνά Δήμοι και/ή Περιφέρειες σε συνεργασία με τα Δ.Σ. των ΚΠ απογράφουν τα ΚΠ ως «δομές των ΟΤΑ», ενώ δεν είναι, για να δημιουργήσουν εντυπώσεις «δικαιώματος ιδιοκτησίας» – με αποτέλεσμα και το κράτος να διαμορφώνει λανθασμένη εικόνα, και ορισμένα ΚΠ να εισέρχονται σε «άγνωστα νερά» και όλα τα υπόλοιπα ΚΠ να μην «συμπλέουν», παρότι πλέον οφείλουν να υπάγονται στις ίδιες ακριβώς διατάξεις νόμων.
- Τον Σεπτέμβριο του 2016 στέλνεται επιστολή του ΟΚΑΝΑ στους προέδρους των ΚΠ, ζητώντας τους εντός 3 ημερών να έχουν ορίσει υπεύθυνο αναρτήσεων στο «ΔΙΑΥΓΕΙΑ», ενώ ο ΟΚΑΝΑ δεν είναι αρμόδιος για το θέμα (βλ. Υπουργική Απόφαση με ΦΕΚ 116/Β/21-01-2015) και ενώ η διαδικασία αφορά «μεταβατική ηλεκτρονική εφαρμογή» χωρίς υποχρέωση ανάρτησης: σύμφωνα με το Υπουργείο Εσωτερικών, λίγες μέρες μετά την ημερομηνία αποστολής της επιστολής ΟΚΑΝΑ η μεταβατική εφαρμογή θα αντικαθίστατο από την τελική, έγκυρη εφαρμογή με υποχρέωση ανάρτησης των ΚΠ σε αυτή. Για όλα αυτά ενημερώσαμε τον Γενικό Διευθυντή ΟΚΑΝΑ και τα Δ.Σ. των ΚΠ με την 956/08.09.2016 επιστολή μας, την οποία κοινοποιούσαμε στα αρμόδια Υπουργεία. Η «απάντηση» του ΟΚΑΝΑ ήταν να καλέσει τους προέδρους Δ.Σ. των ΚΠ Αττικής σε συνάντηση στις κεντρικές υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ, στις 21/09/2016, όπου έθεσε στους εκπροσώπους τους το δίλημμα αν θέλουν να ακούσουν αυτά που λέει το Σωματείο ή αν θέλουν να αναθέσουν στον ΟΚΑΝΑ το ζήτημα της διαμεσολάβησης με το «ΔΙΑΥΓΕΙΑ», ως να μην υφίσταται η Υπουργική Απόφαση με ΦΕΚ 116/Β/21-01-2015 και τα όσα αυτή ορίζει. Σαν να μην έφτανε αυτό, οι περισσότεροι παριστάμενοι εκπρόσωποι Δ.Σ. των ΚΠ όχι

μόνο μπήκαν στο δίλημμα, αλλά και χωρίς δισταγμό ανέθεσαν στον ΟΚΑΝΑ τις κατά νόμο δικές τους αρμοδιότητες και ευθύνες. Λίγες μέρες κατόπιν (28/09/2016) τίθεται πράγματι σε λειτουργία η τελική, έγκυρη εφαρμογή του «ΔΙΑΥΓΕΙΑ» για τις αστικές εταιρείες, αλλά αρκετές αστικές εταιρείες δεν προχωρούν στην εγγραφή τους στην εφαρμογή, «μπλοκαρισμένες» καθώς είναι εξ αιτίας της λανθασμένης παρέμβασης του ΟΚΑΝΑ που ενέτεινε ένα πνεύμα ανάθεσης και ανυπαιτιότητας, κυρίαρχο στις περισσότερες διοικήσεις των ΚΠ παρά τα νέα δεδομένα.

- Πλήρης απουσία δυνατότητας μετακίνησης προσωπικού μεταξύ των διακριτών αστικών εταιρειών και εν γένει, προκειμένου να καλυφθούν ανάγκες, όπως επίσης απουσία δυνατότητας ανακατανομής πόρων στο πλαίσιο αναγκαίων εξορθολογισμών του συνόλου των κερματισμένων δομών. Τη στιγμή που γράφεται το κείμενο, υπάρχουν 23 κενές θέσεις σε ΚΠ πανελλαδικά, που λόγω του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των δομών δεν μπορούν να καλυφθούν με μεταφορά προσωπικού μεταξύ ΚΠ ή με προσωπικό αποσπώμενο από άλλες δομές.
- Από τις αρχές του 2015 υπάρχει ενεργοποίηση τοπικών φορέων της Ανατολικής Αττικής για δημιουργία ΚΠ στην περιοχή, ώστε να καλύπτονται μονιμότερα οι ανάγκες. Συνάδελφος που εργάζεται σε γειτονικό ΚΠ φροντίζει εθελοντικά για την προώθηση και υποστήριξη του αιτήματος, ορθά θεωρώντας το ως μέρος των ευθυνών της απέναντι στην κοινότητα. Το αίτημα μεταφέρεται στην Περιφέρεια Αττικής και ξεκινούν σχετικές διαβουλεύσεις, με τον επιστημονικό επόπτη των ΚΠ, ΟΚΑΝΑ, να δυσκολεύεται να συμβάλει στις χρονικές και άλλες απαιτήσεις της διαδικασίας.

Ζητήματα Νομικά και Επιβάρυνσης Κρατικών Υπηρεσιών

- Πλημμελής τήρηση ή και άρνηση τήρησης νόμων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα:
 - α). Μέλη των Δ.Σ. των αστικών εταιρειών διαχειρίζονται τον κορβανά της αστικής εταιρείας με στόχο να αποκτηθεί ιδιόκτητο κτίριο του ΚΠ ενώ δεν αποδίδουν τα κατά νόμο απαιτητά στους εργαζομένους.
 - β). Σε άλλη περίπτωση ο κορβανάς της αστικής εταιρείας είναι σχεδόν

μηδενικός και τα Μέλη του Δ.Σ. δεν πιέζουν να καταθέσει την εισφορά ο φορέας, τον οποίο εκπροσωπούν ως μέλη της αστικής εταιρείας – με αποτέλεσμα επί σειρά ετών μη ταμειακώς τακτοποιημένα μέλη Δ.Σ. να διοικούν αστικές εταιρείες, δηλαδή κατά παράβαση των όρων των καταστατικών τους.

γ). Αλλού, παρά τις καταστατικές υποχρεώσεις για τακτικές συνεδριάσεις των Δ.Σ. των αστικών εταιρειών όπου συμμετέχουν, δεν συγκαλούν καν συνεδρίαση Δ.Σ. επί μήνες.

δ). Το άρθρο 58 του Ν. 3966/2011, καθιστά τον ΟΚΑΝΑ υπεύθυνο, να συντάξει Ενιαίο Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας των ΚΠ και να τον καταθέσει στους συναρμόδιους Υπουργούς Υγείας και Εσωτερικών, προκειμένου να τον θέσουν σε εφαρμογή με έκδοση Κοινής Υπουργικής Απόφασης. Από τότε έχουν παρέλθει πεντέμισι χρόνια χωρίς ο ΟΚΑΝΑ να συντάξει πρόταση Κανονισμού. Στην Ομάδα Εργασίας -που από τον Ιανουάριο του 2016 λειτουργεί κατόπιν πιέσεών μας, προκειμένου να υπάρξει επεξεργασία σχεδίου- το μοναδικό κατατεθειμένο σχέδιο Κανονισμού ήταν αυτό του Σωματίου μας έως τον Αύγουστο του 2016, οπότε μόλις ο ΟΚΑΝΑ έστειλε σχόλια επί του σχεδίου αυτού. Ας σημειωθεί πως στην Ομάδα Εργασίας συμμετέχουν και η ΚΕΔΕ, η ΕΕΤΑΑ, το Υπουργείο Εσωτερικών και το Υπουργείο Υγείας.

ε). Διοικήσεις ΚΠ δεν εφαρμόζουν τις διατάξεις του Ν. 4320/2015 και του Πρ. Διατάγματος 69/2016 (ΦΕΚ Α' 127) που αφορούν το μισθολογικό των εργαζομένων στα ΚΠ.

- Ενώ υπάρχει νόμος από τον Ιανουάριο του 2015 για υποχρέωση αναρτήσεων στο «ΔΙΑΥΓΕΙΑ», κανείς δεν είχε ενημερώσει τα ΚΠ. Χρειάστηκε να ενημερώσει το Σωματείο, στις 30/09/2015, τις διοικήσεις των ΚΠ και του ΟΚΑΝΑ. Μετά από μήνες, στις 16/05/2016, ο ΟΚΑΝΑ πραγματοποίησε μονοήμερη εκπαίδευση εργαζομένων των ΚΠ για το θέμα, από την οποία δεν υπήρξε ουσιαστικό αποτέλεσμα καθώς οι εισηγητές δεν μπορούσαν να αποφανθούν τι ακριβώς ισχύει στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των ΚΠ. Τα υπόλοιπα επί του θέματος αυτού παραθέσαμε παραπάνω.
- Γενικά οι κρατικές και δημόσιες υπηρεσίες δηλώνουν άγνοια για σειρά κρίσιμων ζητημάτων, που αφορούν τις δομές, με αποτέλεσμα αυτά να

χρονίζουν ή να ρυθμίζονται κατά προσέγγιση, δηλαδή βάσει ερμηνειών και ευρεσιτεχνιών διαρκώς στα όρια της νομιμότητας. Πρόσφατα παραδείγματα:

- Από υποκατάστημα του ΟΑΕΔ εγκρίνουν χορήγηση άδειας μητρότητας σε εργαζόμενη ΚΠ, σε άλλο υποκατάστημα δεν την εγκρίνουν σε εργαζόμενη του ίδιου ΚΠ, με την αιτιολογία ότι θεωρούν πως πρέπει να της χορηγηθεί η άδεια δημοσίου – η οποία, φυσικά, δεν προβλέπεται για τα ΚΠ.
- Οι υπηρεσίες του Υπουργείου Εσωτερικών (αρμόδιες για τη Διοικητική Ανασυγκρότηση) επί 5 μήνες αδυνατούν να εκτιμήσουν σε ποια κατηγορία νομικών προσώπων εντάσσονται επακριβώς τα ΚΠ, λόγω του ασαφούς θεσμικού πλαισίου τους – άρα και αν δικαιολογείται επίδομα θέσης ευθύνης βάσει του επικαιροποιημένου νόμου για το ενιαίο μισθολόγιο του δημοσίου.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις, Δ.Σ. αστικών προχώρησαν σε παράτυπη απόδοση επιδόματος θέσης ευθύνης, αντί να κάνουν ενέργειες για να διεκδικήσουν νόμιμα την απόδοσή του, αλλά και στην κάλυψη δικών τους εξόδων μετακίνησης, διαδικασία που δεν προβλέπεται στους προϋπολογισμούς των υπέρ του δέοντος νοούμενων ως «ευέλικτων» αστικών εταιρειών.
- Σε συμπλήρωση των προαναφερθέντων, παροιμιώδεις υπήρξαν κατά τα προηγούμενα χρόνια οι ερμηνευτικές διαφωνίες περί της νομιμότητας υπαγωγής ή όχι των ΚΠ στο ενιαίο μισθολόγιο του δημοσίου και της υποχρέωσης ή όχι απογραφής του προσωπικού τους στην Ενιαία Αρχή Πληρωμής – διαφωνίες που διήρκεσαν περί τα δύομισι χρόνια και με υψηλές φορτίσεις, καθώς τίθεντο μέχρι και θέματα προσωπικής ποινικής ευθύνης και για τη μία και για την άλλη επιλογή, συντείνοντας στη σύγχυση, αβεβαιότητα και, άρα, δυσλειτουργία των ΚΠ στο αντίστοιχο, μακρύ χρονικό διάστημα.

Ζητήματα Νομικά και Επιβάρυνσης Κρατικών Υπηρεσιών

Αυτό το πλαίσιο, που με γλαφυρά αλλά πραγματικά παραδείγματα περιγράψουμε εδώ, διαρθρώνεται εντελώς φυσικά ως πεδίο συνάντησης, σύγκλισης,

σύγκρουσης, συμβιβασμού συμφερόντων διαφόρων «παιχτών» από την τοπική μέχρι την κεντρική κλίμακα, σε 67 εκδοχές. Άρα, μιλώντας για το «θεσμικό πρόβλημα», εννοούμε και αυτές τις σχέσεις εξυπηρέτησης συμφερόντων και εξάρτησης, τις σύνθετες και προβληματικές διαδικασίες συντήρησής τους πάνω σε μια δομική διάρθρωση κατάλληλη για αυτά, συμβατή με αυτά.

Το θεσμικό πρόβλημα δεν είναι, λοιπόν, ζήτημα νομικής τάξης, αλλά πλέγμα δομών, διαδικασιών, σχέσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών που απομυζούν ζωντάνια, δυναμισμό και ενεργητικότητα, υπονομεύουν εξακολουθητικά τη συγκρότηση των εργαζομένων κάθε ΚΠ σε σώμα/ομάδα και τις ποιότητες προσφοράς μας στην κοινότητα – αποσταθεροποιώντας ακόμη περισσότερο τις υπηρεσίες μας μέσα στα ήδη αποσταθεροποιημένα ευρύτερα περιβάλλοντα. Μάλιστα, πολύ πριν την ανάδυση της γενικευμένης κρίσης, δηλαδή με αποθέσεις, με επισωρεύσεις πολλών χρόνων που δρουν πλέον διαλυτικά εντός του υπαρκτού πλαισίου.

Περαιτέρω, το θεσμικό πρόβλημα των ΚΠ αφορά άμεσα ολόκληρο το εν Ελλάδι σύστημα αντιμετώπισης της εξάρτησης. Όχι μονάχα με την προφανή έννοια ότι συνδυάζεται με την ύπαρξη θεσμικών προβλημάτων στις δομές αντιμετώπισης της εξάρτησης που λειτουργούν στο πλαίσιο του ΨΝΑ και του ΨΝΘ. Αλλά και από την άποψη ότι συμβάλει διαχρονικά στην αποσταθεροποίηση του όλου συστήματος ως πρώτος «πυλώνας» του, που θα μπορούσε να αποφορτίσει τους επόμενους, να συντονίζεται συγκροτημένα μαζί τους σε επίπεδο κοινών παρεμβάσεων, παραπομπών, εκπαιδεύσεων κ.ο.κ. και έτσι να συμβάλει στην εξοικονόμηση και ορθότερη κατανομή των ποικίλων πόρων του συστήματος.

Ο μόνος τρόπος υπέρβασης των σοβαρών αυτών κλυδωνισμών, που πολλαπλά απορρέουν στην κοινότητα όσο και αν εργαζόμενοι/ες όλων των δομών προσπαθούμε να κάνουμε σωστά τη δουλειά μας, είναι η υπέρβαση ακέραιου του θεσμικού πλαισίου των ΚΠ, με την ίδρυση ενός ενιαίου, αυτόνομου φορέα τους, στη βάση της τεκμηρίωσης που παρέχουμε με το παρόν κείμενο και των περιγραφών της νομοτεχνικής πρότασης την οποία συνοδεύει. Προκειμένου, πάντως, να γίνει περισσότερο κατανοητό το πλήρες και, κρίνουμε, μη αντιστρεπτό των αδιεξόδων του σημερινού θεσμικού πλαισίου, χρειάζεται η αδρή παράθεση της μέχρι σήμερα ιστορίας του, όπως την επιχειρούμε παρακάτω.

Τρεις ιστορικές μήτρες – και μια «μαία»

Η ίδρυση των πρώτων ΚΠ στην Ελλάδα ξεκινά στα μέσα της δεκαετίας του 1990 ως συνδυαστικό αποτέλεσμα τριών κυρίως παραγόντων:

- Της διάχυσης, από σημαντικούς διακρατικούς θεσμούς -όπως του Συμβουλίου της Ευρώπης, του ΠΟΥ κ.α.- και της αποδοχής, από σημαντικό τμήμα της εντόπιας επιστημονικής κοινότητας, της αντίληψης ότι η «πρόληψη της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών» δεν μπορεί να επιτευχθεί παρά μονάχα ως τμήμα μιας ευρύτερης στρατηγικής προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας και της παρέμβασης στη διαδικασία κοινωνικοποίησης των παιδιών, εφήβων και νέων.¹⁹⁰
- Της αύξησης της χρήσης ουσιών στις νεαρές ηλικίες, που την ίδια χρονική περίοδο κινητοποιεί τις τοπικές κοινωνίες. Η «αφύπνιση» των τοπικών κοινωνιών σε συνδυασμό με την πλήρη απουσία δομών αντιμετώπισης της εξάρτησης, στη συντριπτική πλειοψηφία των τότε νομών της χώρας, παράγει τις πρώτες, πιλοτικές πρωτοβουλίες από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και άλλους φορείς.
- Της ίδρυσης, το 1995, του ΟΚΑΝΑ ως εθνικού συντονιστικού φορέα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης και του σχεδιασμού του για σύσταση δομών πρωτογενούς πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, με τις οποίες κατέληξε να συνεργάζεται διμερώς. Ως αποτέλεσμα αυτού του σχεδιασμού οδηγούμαστε στην «έκρηξη» πρωτοβουλιών ίδρυσης ΚΠ ανάμεσα στα έτη 1998 και 2001.

Χρειάζεται, πάντως, να σημειωθεί ιδιαίτερος ότι στην περίπτωση των ΚΠ σημαντικό ρόλο, ως προς την επιλογή μοντέλου, έπαιξαν οι ιδέες και οι πρακτικές της «ψυχιατρικής μεταρρύθμισης “ΨΥΧΑΡΓΩΣ”»¹⁹¹, που καθυστερημένα και σχεδόν ακούσια έφτασαν στην Ελλάδα. Το πρόγραμμα ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αγκαλιάστηκε, ωστόσο, από σειρά δραστήριων ανθρώπων και συλλογικοτήτων, με κοινοτικό και ανθρωποκεντρικό όραμα. Αυτοί/ές, τόσο έμπρακτα όσο και σε

¹⁹⁰ ΕΠΙΨΥ, ΕΚΤΕΠΝ, ΟΚΑΝΑ (2011). *Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Κατεθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός Παρεμβάσεων*. Διαθέσιμο στο <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/EGXEIRIDIOfiNaL.pdf>

¹⁹¹ Πρόγραμμα Ψυχαργός. Διαθέσιμο στο <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>

επίπεδο παραγωγής ιδεών και θεωρίας, αμφισβήτησαν το παραδοσιακό ιατροκεντρικό μοντέλο πρόληψης και θεραπείας στην ψυχική υγεία, τοποθετώντας την ενεργοποίηση του ανθρώπου και της κοινότητας στο επίκεντρο, και εμπνέοντας άλλους επιστήμονες σε «συγγενή πεδία».

Η παράμετρος των τοπικών κοινωνιών

Σε αυτό το γενικό πλαίσιο, αλλά δίχως κάποια συγκροτημένη πολιτική και δέσμευση σε ορίζοντα βιωσιμότητας, επιλέχθηκε και εδραιώθηκε για τα ΚΠ η νομική μορφή της αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρίας, που ήδη εφαρμόζονταν «πιλοτικά» στα λιγοστά ΚΠ που είχαν ιδρυθεί με τοπικές πρωτοβουλίες. Το σχήμα της αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρίας, με βάση τον σχεδιασμό του τότε ΟΚΑΝΑ, θεωρήθηκε απλώς ως το «ευέλικτο σχήμα» που θα έδινε ώθηση σε μια γρήγορη επέκταση των ΚΠ ανά την επικράτεια με τη συνεργασία αυτοδιοικητικών και άλλων τοπικών φορέων. Τεκμηρίωση ως προς τους λόγους που αυτό θεωρείτο το μόνο ή το καλύτερο «ευέλικτο σχήμα» δεν υφίστατο.

Πράγματι, ωστόσο, οι κατά τόπους Νομαρχίες, Δήμοι και Κοινότητες από κοινού με ποικίλους τοπικούς φορείς δημιουργούσαν αστικές εταιρίες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα προκειμένου να λειτουργήσουν *Κέντρα Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών* (η έμφαση τότε ήταν στην τοξικοεξάρτηση), βάσει διμερών προγραμματικών συμβάσεων συνεργασίας με τον ΟΚΑΝΑ. Στα καταστατικά τους αναγράφονταν αναλυτικά η συμμετοχή του κάθε συμβαλλόμενου-ιδρυτή στο εταιρικό κεφάλαιο, καθώς επίσης η δέσμευση του Υπουργείου Υγείας να παρέχει το υπόλοιπο 50% της επιχορήγησής τους και, τέλος, οι πόροι της εταιρείας. Οι πόροι της εταιρείας προέρχονταν κατά τεκμήριο από τις ετήσιες εισφορές των μελών, τις εισφερόμενες δωρεές των μελών ή τρίτων, τις κάθε είδους επιχορηγήσεις από διάφορους οργανισμούς καθώς και κάθε άλλη είσπραξη προερχόμενη από νόμιμη αιτία.

Έτσι, μέσα σε λίγα μόλις χρόνια, ένα πλήθος ΚΠ είχαν δημιουργηθεί και ήδη παρήγαγαν σημαντικό, κάποτε πρωτοποριακό έργο, σε πολλές γωνιές της χώρας. Από την άποψη αυτή, τα ΚΠ συγκροτήθηκαν όντως ως καινοτομία στον χώρο των υπηρεσιών υγείας, όπου ταξινομήθηκαν. Ο τελικός αποδέκτης των υπηρεσιών των ΚΠ, ως γονέας, εκπαιδευτικός, νέος, πολίτης της τοπικής κοινότητας προβλέπονταν

να έχει έμμεσο ή και άμεσο λόγο στο έργο, στον σχεδιασμό και στη διοίκηση των δομών. Η ενεργοποίηση των τοπικών κοινοτήτων θεωρήθηκε θεμελιώδης παράγοντας διενέργειας και επιτυχίας της ζητούμενης κοινωνικής παρέμβασης. Η επιδίωξη συνεργασιών, διασυνδέσεων και δικτυώσεων μέσω των τοπικών φορέων θεωρήθηκε επίσης κεντρικής σημασίας ζήτημα. Άνθρωποι με όρεξη για κοινωνική προσφορά και συνήθως οι ίδιοι/ες μέλη των τοπικών κοινοτήτων στελέχωσαν σε μεγάλο βαθμό τα ΚΠ, ενώ στην κρίσιμη πρώτη περίοδο λάμβαναν και αξιόλογη εκπαίδευση καθώς και τεχνογνωσία από το ΚΕΘΕΑ, το 18 ΑΝΩ, εταιρείες ψυχοθεραπείας κ.ά. Ως αποτέλεσμα, τα ΚΠ διαμορφώθηκαν «εν πτήσει», στο πεδίο ως οι κατεξοχήν δομές στον χώρο των κοινωνικών υπηρεσιών, που αναζητούν και ενεργοποιούν τον «αποδέκτη» – δεν τον/την «περιμένουν στο γραφείο». Έτσι εξηγείται η έκρηξη των αιτημάτων των τοπικών κοινοτήτων προς αυτά, μετά από μια αρχική περίοδο γνωριμίας, δημιουργίας δεσμών και εμπέδωσης εμπιστοσύνης, όπως και η γεωμετρική αύξησή τους μετά το 2011, εξαιτίας της πολύπλευρης κρίσης.

Από την άλλη, το «ευέλκτο», μη πλαισιωμένο σχήμα υπήρξε ιδανικό και για την εξ αρχής επιδίωξη ιδιαίτερων, προνομιακών σχέσεων και επικοινωνιακών στοχεύσεων διαφόρων τοπικών αρχών και/ή παραγόντων – σχέσεων και στοχεύσεων εν τέλει ξένων προς την πρόληψη των εξαρτήσεων στις τοπικές κοινωνίες. Αρκετοί «τοπικοί άρχοντες» αντιμετώπιζαν τα ΚΠ ως δομές ευκαιριακές, «εύκολες» και, τελικά, ως ένα ακόμη κομματικό ή προσωπικό «κτήμα» στο πεδίο μιας έτσι εννοούμενης άσκησης κοινωνικής πολιτικής.¹⁹² Το «κτήμα» αυτό προσάγεται σε άτυπα σχήματα ιδιαίτερων σχέσεων και ένθεν κακείθεν εξυπηρετήσεων με την εκάστοτε κεντρική εξουσία, στηριγμένων κυρίως σε κομματικές βάσεις. Το κράτος αντιμετωπίζεται ως «σίγουρη πηγή» επιχορήγησης τοπικών υπηρεσιών που ενισχύουν το κύρος και την επιρροή αυτοδιοικητικών. Στη βάση αυτού του σκεπτικού, η οικονομική συνεισφορά αυτοδιοικητικών φορέων κρίνεται από αρκετούς/ές περιπτή. Έτσι, δημιουργούνται πολύ σύντομα ανισότητες μεταξύ των ΚΠ, οι οποίες στην καλύτερη περίπτωση αλλάζουν γεωγραφική κατανομή και/ή διαδρομές μετά από εθνικές και/ή αυτοδιοικητικές εκλογές.

Κατά συνέπεια, το αρχικό πλάνο για 50% επιχορήγησης των αστικών

¹⁹² Στο σημείο αυτό χρειάζεται να σημειώσουμε ότι όλα τα Μέλη Δ.Σ. των ΚΠ είναι άμισθα – ή ακριβέστερα, καθώς στο υπάρχον θεσμικό καθεστώς δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τι ακριβώς συμβαίνει σε κάθε αστική εταιρεία: οφείλουν να είναι άμισθα.

εταιρειών από το Υπουργείο Υγείας μέσω του ΟΚΑΝΑ και 50% επιχορήγησής τους από εισφορές τοπικών φορέων λειτούργησε στην πράξη ανισοβαρώς και αναποτελεσματικά, δημιουργώντας ΚΠ «πολλαπλών ταχυτήτων», που αναπαράγονται ως σήμερα συμβαλλομένων σε αυτό των μεθόδων διαχείρισης των «ταχυτήτων».

Για παράδειγμα, από τη μια πλευρά υπήρξαν ΚΠ στα οποία οι συμμετέχοντες Δήμοι, Νομαρχίες και τοπικοί φορείς -ή μέρος αυτών- έδειχναν ενεργό και πραγματικό ενδιαφέρον, συνεισφέροντας χρηματικά αλλά και σε επίπεδο δικτύωσης. Για αυτήν την «κατηγορία» ΚΠ υπήρξαν ικανοποιητικοί αρχικοί προϋπολογισμοί, που επέτρεπαν τόσο την πρόσληψη ικανού αριθμού προσωπικού όσο και την εξασφάλιση ικανοποιητικών υποδομών και εκπαιδεύσεων, βοηθητικών ώστε οι εργαζόμενοι/ες να δώσουν τον εαυτό τους στο αντικείμενο εργασίας τους¹⁹³ κ.ο.κ. Από την άλλη πλευρά, υπήρξαν ΚΠ τα οποία ιδρύθηκαν ευκαιριακά -λ.χ. εν όψει τοπικών εκλογών-, χωρίς οι τοπικοί παράγοντες να ξέρουν τι ακριβώς κάνουν και χωρίς να έχουν καν την πρόθεση να τα χρηματοδοτήσουν. Σε αυτή την κατηγορία ΚΠ προσλήφθηκε ανεπαρκές σε αριθμό προσωπικό, με πολύ χαμηλές αποδοχές, χωρίς δυνατότητες παροχής εκπαίδευσης, με υπερβολικά εμπόδια στις συνεργασίες κ.ο.κ. Η αντίστοιχη «κατηγορία» εργαζομένων αργά ή γρήγορα υποχρεώθηκαν να αντιμετωπίσουν το αντικείμενο εργασίας τους ως προσωρινό και την άσκηση του ρόλου τους σε πλαίσια «άγρια» ως διαρκές πεδίο απειλών εργασιακών, οικονομικών, επιστημονικών ακόμη και προσωπικών.

Ακόμα και σήμερα, παρά τις διαχρονικές απόπειρες διορθωτικών παρεμβάσεων, κάποτε και νομοθετικών, ο ετήσιος προϋπολογισμός κάθε ΚΠ σχετίζεται σταθερά με τον αρχικό προϋπολογισμό, που βολонταριστικά ή ευκαιριακά καταρτίστηκε κατά την ίδρυσή του, αφού η κάθε «διόρθωση» γίνεται εντός του ίδιου πάντοτε θεσμικού πλαισίου. Παραδείγματος χάρη, μέσα από κινητοποίηση εργαζομένων και προοδευτικών τοπικών συλλογικοτήτων, το Υπουργείο Εσωτερικών αναλαμβάνει το 2004, μέσω του κορβανά των ΚΑΠ της Πρωτοβάθμιας Αυτοδιοίκησης, την κάλυψη του 50% της οικονομικής συμβολής των Δήμων. Η ευθύνη αυτή αποτυπώνεται, έτσι, στην πρώτη κεντρική Προγραμματική Σύμβαση για τη Λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης μεταξύ

¹⁹³ Χρίζει μνείας η σειρά αιρετών, που όχι απλά διευκόλυναν, αλλά και συνέβαλαν ενεργά στο έργο των ΚΠ με προσωπικό κόπο και αδιάκοπη προσφορά.

Υπουργείων Εσωτερικών και Υγείας, ΚΕΔΕ, ΟΚΑΝΑ, ΕΕΤΑΑ, το 2004. Ωστόσο, το ύψος επιχορήγησης των ΚΠ στο ισχύον θεσμικό καθεστώς συνεχίζει να διαμορφώνεται βάσει διμερών συμβάσεων κάθε αστικής εταιρείας με τον ΟΚΑΝΑ, που αναπαράγει «ταχύτητες».

Στον χαρακτήρα των ΚΠ ως «πιλοτικών» δομών, που «σύντομα θα τις αναλάμβαναν οι Δήμοι» [βλ. επόμενο υποκεφάλαιο] και θα εφαρμόζαν στο πεδίο νέες επιστημονικές αντιλήψεις, άρα και στην -νοούμενη ως- απελευθέρωση των δομών από τη γραφειοκρατία και την πυραμιδική λογική, στηρίχτηκε ιδεολογικά η πενία κεντρικών συντεταγμένων και ενιαίων πλαισίων για τα ΚΠ. Σε αυτή συνέβαλε, οπωσδήποτε, και μια γενικότερη, διαχρονική δυσκολία των κυβερνήσεων να προχωρήσουν στην παρουσίαση ενός συνεκτικού και εφαρμόσιμου Εθνικού Σχεδίου για την αντιμετώπιση του φαινομένου της εξάρτησης. Το καθεστώς αυτό, πάντως, όσον αφορά τα ΚΠ, όπου συνδυάστηκε με την ανάληψη πρωτοβουλιών εκ μέρους μελών των τοπικών κοινοτήτων και επιστημονικών ομάδων των ΚΠ (παρεμβάσεις και ενεργοποίηση -όχι απλές «δράσεις»- στην κοινότητα, επιδίωξη και όχι αναμονή, πρωτοβουλία και όχι παθητικότητα, διασύνδεση με πολλούς διαφορετικούς φορείς κλπ.), είχε ως αποτέλεσμα την παραγωγή ενός πλούτου εφαρμογών, συχνά πρωτοποριακών, που αγκαλιάστηκαν από την κοινότητα και επαινέθηκαν επισήμως ακόμη και από διεθνείς οργανισμούς. Όπου ο συνδυασμός αυτός εξέλειπε, τα αποτελέσματα ήταν χαμηλότερα των δυνατοτήτων.

Η συνάντηση της αστικής εταιρείας με την έλλειψη κοινών, κεντρικών συντεταγμένων, είχε ως αποτέλεσμα και το γεγονός ότι το επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό προσλαμβάνονταν από το Δ.Σ. κάθε αστικής εταιρείας με διαδικασίες «χαλαρές». Χρειάζεται, βέβαια, να σημειωθεί εδώ πως, λόγω της πραγματικής ιδιαιτερότητας του πεδίου της πρόληψης ως παρέμβαση στην κοινότητα γύρω από ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, τέθηκε σιγά-σιγά ως προσόν προσλήψεων προσωπικού η ενασχόληση και εμπειρία σε τομείς σχετικούς με την ψυχική υγεία, αλλά και η συμμετοχή σε παρεμβάσεις πρόληψης που είχαν ξεκινήσει πρωτοβουλιακά στις τοπικές κοινωνίες. Με βάση αυτό το κριτήριο προσλαμβάνονταν εκτός διαδικασιών ΑΣΕΠ ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, κοινωνικοί ανθρωπολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, αλλά και παιδαγωγοί από διάφορους κλάδους εκπαιδευτικών, πολιτικοί επιστήμονες, νομικοί και άλλοι. Ο επιστημονικός επόπτης ΟΚΑΝΑ κατόπιν, το 2001, θα θέσει ορισμένες προδιαγραφές για την πρόσληψη προσωπικού, χωρίς όμως ο ίδιος να έχει

αποφασιστικό ρόλο στις διαδικασίες πρόσληψης καθεαυτές. Την ίδια περίοδο, το ΑΣΕΠ με απόφασή του θα θεωρήσει ότι το προσωπικό των ΚΠ ακολουθεί τους κανόνες προσλήψεων των άλλων δομών αντιμετώπισης της εξάρτησης ως προς τις διαδικασίες του ΑΣΕΠ – μια απόφαση ενισχυτική ως προς το ιδιαίτερο έργο των ΚΠ, η οποία, όμως, συχνά γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης από Δ.Σ. αστικών εταιρειών για σκοπούς άσχετους με την πρόληψη.

Για τους ίδιους λόγους, μεγάλο ζήτημα αποτελούσαν οι «ταχύτητες» του προσωπικού, από την εμφάνιση των πρώτων ΚΠ και έως τον Μάρτιο του 2015. Επρόκειτο για ένα συνονθύλευμα εργαζομένων Αορίστου Χρόνου, Ορισμένου Χρόνου, με «μπλοκάκια», αποσπασμένων από δομές του Δημοσίου, πλήρους και μειωμένου ωραρίου, με μισθούς ανάλογα με τις σχέσεις ανάμεσα στους/στις εργαζόμενους/ες και τη διοίκηση ή τις συνθήκες πρόσληψης (π.χ. οι μεταφερόμενοι/ες από τις άλλες δομές διατήρησαν τις αποδοχές που εγγυούνταν το Δημόσιο). Η «ψαλίδα» ήταν αφ' ενός μεγάλη, αφ' ετέρου άνοιγε ακόμη και στο εσωτερικό αστικών εταιρειών, ανάμεσα στους/στις εργαζόμενους/ες της ίδιας δομής. Χρειάζεται να τονιστεί εδώ η συντήρηση της κατάστασης αυτής έως και τον Μάρτιο του 2015, οπότε δια νόμου (Ν. 4320/2015) όλοι/ες οι εργαζόμενοι/ες των ΚΠ εντάχθηκαν στο ενιαίο μισθολόγιο του δημοσίου: προηγούμενες απόπειρες ένταξης σε ενιαίο μισθολόγιο, συμπεριλαμβανομένου αυτού του δημοσίου, στις 67 αστικές εταιρείες όχι μόνο δεν εξάλειψαν τις «ταχύτητες», αλλά τις επέτειναν γεννώντας τελικά το μοναδικό ίσως φαινόμενο πολλών, δήθεν «ενιαίων μισθολογίων του δημοσίου» σε δομές που θεωρητικά υπάγονται στις ίδιες διατάξεις και επιτελούν τον ίδιο (αν και μη αναλυμένο) σκοπό.

Ολοκληρώνουμε παραθέτοντας ένα ακόμη παράδειγμα του δυσλειτουργικού συνδυασμού στρεβλών όρων συμμετοχής της αυτοδιοίκησης στα ΚΠ και έλλειψης κεντρικού σχεδιασμού, με έμφαση στην αποτυχία οποιασδήποτε πρωτοβουλίας ενιαιοποίησης/κεντροποίησης στο ισχύον, εγγενώς διασπαστικό καθεστώς: Δύο φορές δεν τηρήθηκε ο όρος των κεντρικών Προγραμματικών Συμβάσεων (που στην πορεία άρχισαν να συνάπτονται, όπως εξηγούμε στο επόμενο υποκεφάλαιο) για συνολική αξιολόγηση των ΚΠ από ανεξάρτητο, κοινής εμπιστοσύνης εξωτερικό αξιολογητή. Ίσως διότι το πρώτο που θα έπρεπε να αξιολογήσει ήταν η συνεχής χρηματοδοτική ασυνέπεια του κράτους. Ίσως από γενική ατολμία απέναντι σε κατεστημένα συμφέροντα και προνομιακές σχέσεις μεταξύ αιρετών και κυβερνήσεων καθώς και μεταξύ αιρετών και ηγεσιών ΟΚΑΝΑ.

Πάντως, η αξιολόγηση ποτέ δεν προχώρησε και αυτό, εκ του αποτελέσματος, διευκόλυνε την αναπαραγωγή των θεσμικών προβλημάτων των ΚΠ.

Συγκεφαλαιώνοντας, ο ιδιαίτερος, στρεβλός χαρακτήρας της συμμετοχής των τοπικών κοινωνιών στα ΚΠ -δι' αιρετών εκπροσώπων τους σε σχήματα ιδιωτικά/εταιρικά και ασύνδετα/ανισότιμα μεταξύ τους- λειτούργησε, συν τω χρόνω και παρά την αρχική προώθηση και τις δεδομένες εξαιρέσεις προσώπων ή ομάδων αυτοδιοικητικών, ανασταλτικά στη δυνητική πορεία εξέλιξης και προσφοράς των ΚΠ. Τα ΚΠ, με δείκτες την εκπαίδευση και τη διάθεση προσφοράς των εργαζομένων τους, θα μπορούσαν και μπορούν ακόμη να εξελιχθούν σε ένα ζωντανό τοπικό «κύτταρο», που θα συνεργάζεται, θα ευαισθητοποιεί, θα εκπαιδεύει, θα εμπνέει και θα ενισχύει όλους τους τοπικούς φορείς/συλλογικότητες/ομάδες στην προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας με διαδικασίες υγιείς και με έναν κοινοτικό προσανατολισμό. Έναν προσανατολισμό τον οποίο, σε τελική ανάλυση, ορισμένοι/ες αιρετοί της αυτοδιοίκησης εκλαμβάνουν ως απειλητικό για τους/τις ίδιους/ες, στον βαθμό που ειλικρινά συμβάλει στην αυτονομία των μελών ενεργοποιημένων κοινοτήτων. Τα *larsus* περί «Κέντρων Πρόσληψης» ή οι αναφορές σε «ΜΚΟ της Αυτοδιοίκησης» είναι αποκαλυπτικά των πολιτικών ανασφαλειών -και της αρνητικής παρακαταθήκης- τέτοιων τμημάτων εκπροσώπων των τοπικών κοινοτήτων, που πολύ εύκολα βρίσκουν χώρο κίνησης μέσα στο ιδιαίτερος επιτρεπτικό, ισχύον θεσμικό πλαίσιο.

Η παράμετρος της συνεργασίας με τον ΟΚΑΝΑ

Η ύπαρξη του ΟΚΑΝΑ και των Κέντρων Πρόληψης συνδέονται ιστορικά, αν και όχι οργανικά. Ο αρχικός καταστατικός ρόλος και η αρχική δομή του ΟΚΑΝΑ αφορούσαν τη λειτουργία του ως αποκλειστικά στρατηγικού χαρακτήρα οργανισμού, που θα επόπτευε και θα συντόνιζε/κατεύθυνε άλλους οργανισμούς αντιμετώπισης της εξάρτησης. Η ανάγκη ίδρυσης μονάδων υποκατάστασης και η τεκμηριωμένη δυσκολία να λειτουργήσουν αυτές τόσο εντός του ΚΕΘΕΑ όσο και εντός του ΕΣΥ (ΨΝΑ- ΨΝΘ), σε συνδυασμό με τις επιλογές της πολιτικής ηγεσίας στις αρχές της δεκαετίας του 2000, μετέτρεψαν τον ΟΚΑΝΑ από «στρατηγικό σχεδιαστή» σε «οργανισμό εφαρμογής», μάλιστα με κύρια κατεύθυνση τη χορήγηση υποκαταστάτων της ηρωίνης ουσιών.

Ο τρόπος ίδρυσης των ΚΠ ανταποκρίνονταν στην αρχική ιδέα για τον ΟΚΑΝΑ ως επιστημονικού επόπτη άλλων φορέων, το πλαίσιο λειτουργίας των οποίων θεωρείτο πως θα περιέβαλε με ορισμένες νόρμες και θα έλεγχε. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τα ΚΠ, προβλέπονταν πως ως τοπικοί εταιρικοί φορείς, μετά από μια αρχική πιλοτική φάση, θα ισχυροποιούνταν εντός των Αυτοδιοικητικών δομών, με χρηματοδότηση κυρίως από τους προϋπολογισμούς των Δήμων και των Νομαρχιών. Ήταν σε αυτό το πλαίσιο, που ο αρχικός σχεδιασμός προέβλεπε πως, μετά την πρώτη τριετία λειτουργίας κάθε ΚΠ, το κεντρικό κράτος θα αποσύρονταν από την επιχορήγηση. Το βάθος του σχεδιασμού αυτού αναφαιίνεται, αν μη τι άλλο, από την ανυπαρξία κεντρικής πρόνοιας / νομοθετημένης υποχρέωσης για κατοχύρωση στους προϋπολογισμούς των Δήμων και των Νομαρχιών, κωδικού πιστώσεων για αυτόν τον σκοπό, αλλά και σε όσα ενδεικτικά αναφέρθηκαν στο προηγούμενο υποκεφάλαιο.

Οι ηγεσίες του ΟΚΑΝΑ και του Υπουργείου Υγείας, υπό την πίεση της κοινής γνώμης και, εν τέλει, την κεντρική υιοθέτηση ιδεολογικοπολιτικών προταγμάτων που συνεισφέρουν αποφασιστικά στις διαδικασίες διαμόρφωσης της κοινής γνώμης¹⁹⁴ ¹⁹⁵, άρχισαν να αναπτύσσουν τον ΟΚΑΝΑ ως φορέα παροχής υπηρεσιών υποκατάστασης. Η παρεπόμενη αύξηση του προϋπολογισμού του κρίθηκε ωστόσο ανεπαρκής, σε καιρούς δημοσιονομικής προσαρμογής (ένταξη στη νομισματική ζώνη του ευρώ, έλεγχος δημοσίων δαπανών για πληθωρισμό κάτω του 3% κ.λπ.).

Την ίδια ακριβώς περίοδο, οι εισφορές Δήμων και Νομαρχιών σε πολλά ΚΠ σταμάτησαν και οι δομές απειλούνταν με κατάρρευση, δίχως ωστόσο κανείς από τους εμπλεκόμενους φορείς να αναλαμβάνει την ευθύνη κλεισίματός τους, ιδιαίτερα καθότι οι εργαζόμενοι/ες είχαν ήδη δομήσει σχέσεις συνεργασίας και προσφοράς στις κοινότητες – σχέσεις με εκπαιδευτικούς που ήθελαν να συνεχίσουν συνεργασίες στα σχολεία, με γονείς που έβρισκαν ικανοποίηση σε μια σειρά αιτημάτων τους και επίσης ήθελαν να συνεχιστούν τα προγράμματα πρόληψης στα σχολεία, σχέσεις με εργαζόμενους/ες της αστυνομίας που

¹⁹⁴ Σφήκας Κ. (2004). *Η Κατασκευή του Φαινομένου της Τοξικομανίας. Μεταξύ Κοινωνιοπαθολογίας και Ψυχοπαθολογίας*, Μετάλογος 6.

¹⁹⁵ Για μια σειρά οπτικών γύρω από το ζήτημα της στενής σύνδεσης επιστήμης, πολιτικής και «κοινής γνώμης», δες και το συλλογικό έργο Steele, B.S. (2014). *Science and Politics: An A-to-Z Guide to Issues and Controversies*. CQ Press, ιδιαίτερα τις σ. 145-149 [κεφ. Dissent in Science (Η διαφωνία στους κόλπους της επιστήμης)].

στηρίζονταν σε ψυχοφθόρες πλευρές του έργου τους μέσω εκπαιδευσεών τους κ.ο.κ. Στη βάση αυτή ξεκίνησε μια μακρά και πολύπλευρη σειρά κινητοποιήσεων των εργαζομένων, με τη συνδρομή ενός κινήματος στο οποίο συμμετείχαν εργαζόμενοι/ες άλλων δομών, τοπικές συλλογικότητες, μη κρατικές πρωτοβουλίες κατά των ναρκωτικών, αλλά και αρκετοί/ές αιρετοί της αυτοδιοίκησης. Έτσι, το Υπουργείο Υγείας συνέχισε να παρέχει το 50% της επιχορήγησης, αν και με προβληματικό τρόπο καθώς η ροή περνούσε από τον προϋπολογισμό του ΟΚΑΝΑ, ενώ και το υπόλοιπο 50% σταδιακά συμφωνήθηκε να καλύπτεται από τους ΚΑΠ της Αυτοδιοίκησης, όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο υποκεφάλαιο.

Ως επιστέγασμα συμβολικό της υποβάθμισης της πρόληψης έρχεται, το 2006, το τέλος της συνεργασίας ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ γύρω από την εκπαίδευση των εργαζομένων στα ΚΠ. Πρόκειται για την παύση λειτουργίας του «Κέντρου Εκπαίδευσης Στελεχών Πρόληψης ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ», της μόνης μέχρι σήμερα αξιόλογης συνεργασίας, στην οποία ο επιστημονικός επόπτης ΟΚΑΝΑ προσχώρησε για την παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και εξειδίκευσης των λειτουργών πρόληψης – μια συνεργασία πραγματικά πλουραλιστική και συστηματική (συμμετοχή εκπαιδευτών από το 18 ΑΝΩ, το ΚΕΘΕΑ, το ΨΝΘ και από άλλους φορείς εξειδικευμένους σε ζητήματα ψυχοκοινωνικής υγείας, ολοκληρωμένα και απαιτητικά προγράμματα, σταθερές εποπτικές ομάδες κ.ά.).

Ο συνδυασμός των εξελίξεων αυτών, ξεδιπλωμένων πάνω στον αρχικό, ρηξικέλευθο και, κυρίως, πρόχειρο σχεδιασμό περί του μέλλοντος των ΚΠ και στην οικονομικά απαιτητική αλλαγή πορείας του ΟΚΑΝΑ, μεταφράστηκαν στην πράξη σε μια επιλογή των ηγεσιών του ΟΚΑΝΑ να θεωρήσουν τόσο τα ΚΠ όσο και το ΕΚΤΕΠΝ και το Πρόγραμμα Προαγωγή Αυτοβοήθειας –όλοι τους φορείς επιχορηγούμενοι τότε μέσω του προϋπολογισμού του ΟΚΑΝΑ, με όχημα τη βασισμένη στον αρχικό ρόλο του συνεργασία με αυτούς- ως έμμεσες πηγές επιχορήγησης του ίδιου του ΟΚΑΝΑ.

Προς ενδεικτική τεκμηρίωση αυτού: Με βάση τους επίσημους πίνακες των ετησίων εκθέσεων του ΕΚΤΕΠΝ, τουλάχιστον από το 2003 φαίνεται να υπάρχει μεγάλη δυσκολία επιχορήγησης των ΚΠ (μετά τη ραγδαία αύξηση του αριθμού τους, αλλά και του αριθμού δομών υποκατάστασης). Το 2007 αποτυπώνεται ξεκάθαρα ότι ο προϋπολογισμός του ΟΚΑΝΑ δεν επαρκεί και για τα δύο ζητούμενα – για τις μονάδες υποκατάστασης που αναπτύσσει ο ίδιος και για τα ΚΠ με τα οποία συνεργάζεται.

Επικοινωνιακά, βέβαια, έπρεπε να φαίνεται ότι όλοι αυτοί οι φορείς επιχορηγούνταν κανονικά και ανελλιπώς. Οι ηγεσίες του ΟΚΑΝΑ αξιοποίησαν για τον σκοπό αυτό τη δυνατότητα που τους έδινε το καθεστώς «επιστημονικού επόπτη» και «οικονομικού ελεγκτή» των ΚΠ, στη βάση των προγραμματικών συμβάσεων συνεργασίας με κάθε αστική εταιρεία / ΚΠ. Με αυτόν τον διπλό ρόλο του προχωρούσε στις γραφειοκρατικές διαδικασίες κατανομής του 50% της κρατικής επιχορήγησης των ΚΠ: μάλιστα βάσει των οικονομικών απολογισμών των αστικών εταιρειών ως προς την πλευρά επιχορήγησης του Υπουργείου Υγείας της οποίας είχε αμεσότερο έλεγχο, βάσει των προϋπολογισμών ως προς την πλευρά επιχορήγησης των ΚΑΠ την οποία αναλάμβανε η ΕΕΤΑΑ. Για παράδειγμα, οι μεγάλες καθυστερήσεις ελέγχων των επιστημονικών και οικονομικών απολογισμών των ΚΠ από τον ΟΚΑΝΑ, αλλά και ανανέωσης των -τότε τριετούς διάρκειας- διμερών συμβάσεων συνεργασίας μεταξύ Δ.Σ. ΟΚΑΝΑ και έκαστου Δ.Σ. αστικής εταιρείας, συμπαρέσυραν σταθερά καθυστερήσεις της καταβολής των, εκταμιευμένων από το Υπουργείο Υγείας, επιχορηγήσεων.

Αυτή η κακοδαιμονία δημιούργησε στις ηγεσίες του ΟΚΑΝΑ, από πλευράς επικοινωνιακής διαχείρισής της, και την ανάγκη για πιο εντατικές «ανταλλαγές» με διοικήσεις ή και γενικώς «παράγοντες» ορισμένων ΚΠ, με την έννοια της κάλυψης αυτών σε άλλες πλευρές – λ.χ. στο ύψος επιχορήγησης του ΚΠ, στις παρεμβάσεις τους στο επιστημονικό έργο, σε επίπεδο εργασιακών δικαιωμάτων και μισθολογικών απολαβών του προσωπικού κ.ά. Στο δια ταύτα, εγκαθιδρύεται μια βαθύτερη κουλτούρα αλληλοκάλυψης, εκατέρωθεν, την ίδια στιγμή που η πορεία για την κάλυψη της Ελλάδας με δομές πρόληψης συνεχίζεται, βεβαίως με όρους πλήρως επικοινωνιακούς, στηριζόμενη σε πηλίνα πόδια.

Με τα προβλήματα των ΚΠ να κορυφώνονται το 2004-2009, κορυφώνονται και οι κινητοποιήσεις. Η ηγεμονικές και συχνά κυνικές συμπεριφορές από πλευράς ηγεσιών ΟΚΑΝΑ και πολιτικών ηγεσιών ενεργοποίησε περαιτέρω τους/τις εργαζόμενους/ες, ενώ ώθησε και αρκετές διοικήσεις να σκεφτούν σοβαρά γύρω από το θεσμικό έλλειμμα και τις προτάσεις του Σωματείου για επίλυσή του. Σε κάθε περίπτωση, αποτέλεσμα αυτής της αρκετά πλατιάς κινητοποίησης γύρω από τα ΚΠ ήταν η ανανέωση της κεντρικής Προγραμματικής Σύμβασης για τη λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης το 2009, η καθιέρωση ξεχωριστού κωδικού για τα Κέντρα Πρόληψης το 2010 (ΚΑΕ 2555 του Υπουργείου Υγείας, αν και ξανά με διαμεσολαβητή/κατανομέα τον ΟΚΑΝΑ) καθώς και η απόφαση απόδοσης στα ΚΠ

των επιχορηγήσεων που ο ΟΚΑΝΑ λάμβανε αλλά δεν απέδιδε σε αυτά ως το 2009.

Αυτή η σειρά θετικών κατακτήσεων, ωστόσο, δεν άλλαξε αντιλήψεις και πρακτικές γύρω από τις ανεπίσημες σχέσεις μεταξύ ΟΚΑΝΑ και ΚΠ, πολύ περισσότερο αφού δεν ακολουθήθηκε από αύξηση του προϋπολογισμού του ίδιου του ΟΚΑΝΑ, που ήδη είχε αρχίσει να δημιουργεί χρέη και προς άλλους, πέραν των συνεργαζόμενων με αυτόν αστικών εταιρειών / ΚΠ, που -τονίζουμε ξανά- δεν ήταν και δεν είναι δομές του. Από την άποψη αυτή, το έτος 2010 -ιδιαιτέρως στις λογιστικές διαδικασίες μετάβασης από το 2009- κάθε άλλο παρά αθώα χρονιά υπήρξε αναφορικά με την εκ του ΟΚΑΝΑ ροή, των επιχορηγήσεων του Υπουργείου Υγείας προς τα ΚΠ, αν και αναμένουμε τα πορίσματα των διενεργούμενων οικονομικών ελέγχων, για να εκφράσουμε πιο τεκμηριωμένη άποψη.

Από το δε 2011 ως και το 2013, λόγω των βαθύτερων δημοσιονομικών προσαρμογών, οι προϋπολογισμοί και του ΟΚΑΝΑ και των ΚΠ μειώθηκαν κατά πολύ – των τελευταίων περίπου στο μισό τυπικά, κάτω από το μισό στην πράξη (μη απόδοση και των περικομμένων ακόμα επιχορηγήσεων). Ως αποτέλεσμα, η ηγεσία του ΟΚΑΝΑ στράφηκε στην εφαρμογή πιο «έξυπνων» μορφών εφαρμογής της τακτικής του 2004-2009, για τη λογιστική και επικοινωνιακή διαχείριση της υποχρηματοδότησης. Στην τακτική αυτή χρησιμοποιήθηκαν, κατ' ουσία, τα χρηματικά αποθέματα όσων ΚΠ / αστικών εταιρειών είχαν νόμιμα λάβει εταιρικές εισφορές κοινωνικών φορέων, στο ανισοβαρές πλαίσιο που περιγράψαμε στο προηγούμενο υποκεφάλαιο. Τα αποθέματα αυτά, κανονικά θα έπρεπε να επενδύονται στην περαιτέρω ανάπτυξη δράσεων (π.χ. γεωγραφική επέκταση παρεμβάσεων, προβολή του έργου των ΚΠ στις τοπικές κοινωνίες κ.λπ.). Οι αστικές εταιρείες, ωστόσο, σε μεγάλο βαθμό «έβαζαν στην άκρη» τα ποσά αυτά για τις δύσκολες μέρες, για τις οποίες είχε εμπειρικά δημιουργηθεί η πεποίθηση πως «πάντοτε έρχονται», λόγω όλων των ανωμαλιών που κατέληγαν σε κακοδιαχείριση των κρατικών επιχορηγήσεων πριν φτάσουν στα ΚΠ – με δυο λόγια, εξ αιτίας του θεσμικού προβλήματος και των διαχειριστικών λογικών γύρω από αυτό. Έτσι, το 2011-2012 όσα ΚΠ διέθεταν τέτοια αποθέματα χρηματοδότησαν επί της ουσίας όσα δεν διέθεταν: με την έννοια ότι η ηγεσία του ΟΚΑΝΑ δένει με τη μειωμένη επιχορήγηση κυρίως στα ΚΠ που είχαν αποθέματα μηδενικά ή πλησίον του μηδενός, ενώ ένα άλλο σημαντικό μέρος αυτής δεν διέθετε στα ΚΠ, αλλά, ως φαίνεται, στην επιχείρηση κατάτμησης και ανακατανομής των μεγάλων μονάδων του ίδιου του ΟΚΑΝΑ και τη διάχυση τους σε πολλά νοσοκομεία, που έλαβε χώρα

δίχως την αναγκαία για αυτό επιχορήγηση του ίδιου του ΟΚΑΝΑ. Όλα αυτά συνέβαιναν δε παρά το γεγονός ότι ως διαδικασίες δεν προβλέπονταν από το θεσμικό καθεστώς των 67 ξεχωριστών αστικών εταιρειών, που απλώς συνεργάζονται με τον ΟΚΑΝΑ χωρίς να συνιστούν δομές του. Πολύ περισσότερο μάλιστα μετά την εισαγωγή του ΚΑΕ 2555 στον κρατικό προϋπολογισμό, που αφορούσε αποκλειστικά και μόνο την επιχορήγηση των ΚΠ, ασχέτως αν είχε φροντιστεί να τον διαχειρίζεται ο ΟΚΑΝΑ ως τρίτος.

Κατά τα τελευταία δύο χρόνια περίπου, μετά τον δημόσιο «σάλο» που δημιουργήθηκε, καθώς και την ψήφιση του άρθρου 36 του νόμου 4262/2014 που καθιστά υποχρεωτική την ύπαρξη κεντρικής Προγραμματικής Σύμβασης και την εφαρμογή αυτής, υπάρχει μια ομαλοποίηση στις ροές επιχορήγησης των ΚΠ. Ακόμη περισσότερο αφού, με την υπογραφή της χρονικά τελευταίας κεντρικής Προγραμματικής Σύμβασης, τον Μάιο του 2014, προβλέπεται ως ετήσια επιχορήγηση των ΚΠ από τα Υπουργεία Εσωτερικών και Υγείας το ποσό των 13.000.000€ έως το 2020 – σε ισχύ δια του νόμου 4262/2014. Δεν έπαυσαν, ωστόσο, τα σοβαρά οικονομικά προβλήματα, καθότι το οικονομικό ζήτημα των ΚΠ δεν αφορά μονάχα τη ροή επιχορήγησης ούτε μονάχα το ύψος της. Συνεχίζονται, δηλαδή, οι πολύ μεγάλες καθυστερήσεις εκ μέρους του ΟΚΑΝΑ στον έλεγχο των απολογιστικών στοιχείων τα οποία στέλνονται από τα ΚΠ, κατά συνέπεια οι πολύ μεγάλες καθυστερήσεις υπογραφής διμερών συμβάσεων συνεργασίας μεταξύ ΟΚΑΝΑ και εκάστης αστικής εταιρείας, η μη αποστολή πλήρως ικανοποιητικών στοιχείων από τον ΟΚΑΝΑ στην *Επιτροπή Παρακολούθησης της Λειτουργίας των Κέντρων Πρόληψης* που επιβλέπει τους όρους εφαρμογής της κεντρικής Προγραμματικής Σύμβασης, το ατεκμηρίωτο ποσών που προϋπολογίζουν Δ.Σ. αστικών εταιρειών και εγκρίνουν ή απορρίπτουν, αυξάνουν ή μειώνουν οι υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ κ.ά.

Αυτές οι οικονομικού χαρακτήρα παράμετροι, ως διαρκής απειλή διακοπής επιχορήγησης των αστικών εταιρειών και καλλιέργειας ενός ηγεμονικού και εξαρτητικού κλίματος, συνιστούν μια θεμελιώδη και ανεπίλυτη πλευρά του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των ΚΠ, όποιες κι αν είναι οι προθέσεις. Κοντά σ' αυτές, θα πρέπει να συνυπολογιστούν τα σοβαρά διοικητικά, οργανωτικά, επιστημονικά και άλλα προβλήματα, που περιγράφηκαν στην αρχή του παρόντος κεφαλαίου και στων οποίων τη δημιουργία και αναπαραγωγή συντελεί η σχέση των 67 αστικών εταιρειών με τον ΟΚΑΝΑ. Οι οικονομικές και

λοιπές συνεκδηλώσεις του θεσμικού προβλήματος των ΚΠ παροξύνονται, μάλιστα, με τις προσπάθειες εφαρμογής πλαισίων του «δημοσίου τομέα» σε αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες εντός του δαιδαλώδους και αντιφατικού πλαισίου ρόλων και αρμοδιοτήτων που χαρακτηρίζουν το κολοσσιαίο γραφειοκρατικό σύστημα των ΚΠ.

Συμπεράσματα ως ανάγνωση του τέλους της «πιλοτικής περιόδου»

Η ίδρυση των ΚΠ συνέπεσε με μια μεταβατική εποχή, με ζωντανό ακόμη τον απόηχο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, της νέας αγωγής, της ιδέας της συμμετοχικής δημοκρατίας, αλλά ταυτόχρονα εποχή πίεσης για περιστολή του κράτους πρόνοιας. Προοδευτικά, η δεύτερη τάση «νίκησε» την πρώτη, εξέλιξη εντοπιζόμενη όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά σε πανευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο. Έτσι εξηγείται, κωδικοποιημένα και σε μεγάλο βαθμό, η γενική υποβάθμιση και απαξίωση ενός σχεδίου κοινωνικής παρέμβασης, σχεδόν την ίδια στιγμή που ξεκινούσε με τυμπανοκρουσίες.

Η λεγόμενη «κοινωνία των πολιτών», συμπληρωματικά στην όποια κρατική και αυτοδιοικητική βούληση και παρέμβαση, σε πολλές περιπτώσεις συνέργησε στην αρχική δικτύωση των ΚΠ, στην εδραίωσή τους στις κοινότητες και στην αίσθηση ότι αποτελούν μέρος μιας ενιαίας προσπάθειας. Από την άλλη, η αίσθηση αυτή όχι μόνο δεν ήταν εδραιωμένη σε απτές πρόνοιες, αλλά και χρησιμοποιήθηκε ως πρόσχημα μιας παράδοξης «μείωσης του δημοσίου» με κρατικούς πόρους, που ήδη από την εποχή της γέννησης των ΚΠ ήταν σε εξέλιξη. Επιπλέον, μια αποφασιστικής σημασίας μερίδα αιρετών των τοπικών κοινωνιών προσπάθησε να εκμεταλλευτεί επικοινωνιακά και ψηφοθηρικά τα ΚΠ, δίχως να νοιάζεται πολύ για τη στερέωση, διάχυση και επιτυχία των προγραμμάτων πρόληψης. Οι διακηρύξεις περί «αντιγραφειοκρατικών δομών» όχι μόνον έμειναν στα χαρτιά, αλλά έδωσαν γρήγορα στη θέση τους σε ένα γραφειοκρατικό κράμα «εταιρικής» και «κρατικής», ογκώδης, πολυδαίδαλο και «αμήχανο» ενώπιον όλων των κρίσιμων συμβάντων. Το συνονθύλευμα αυτό απλώνεται από τις αστικές εταιρείες και τους πολυάριθμους φορείς που συμμετέχουν σε αυτές, και φτάνει έως τα Υπουργεία, με ενδιάμεσους την ΚΕΔΕ, τον ΟΚΑΝΑ, την ΕΕΤΑΑ, μια Επιτροπή Παρακολούθησης, μια «φασματική» Συντονιστική Επιτροπή Δικτύου των Κέντρων

Πρόληψης καθώς και, ενίοτε, μακρόχρονες διαδικασίες θεσμικού διαλόγου, που ερχόμενα ένα-ένα να ρυθμίσουν πλευρές του αυτού πάντοτε θεσμικού πλαισίου, αναμενόμενα το αναπαράγουν προσθέτοντας νέες, γραφειοκρατικές, δυσλειτουργικές πλευρές.

Στο πλαίσιο αυτό, η διακηρυχθείσα συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων στα ΚΠ, σε μεγάλο βαθμό διολίσθησε στην αποκλειστική μορφή εκπροσώπησης τοπικών αιρετών, αρκετοί/ές εκ των οποίων, μάλιστα, δυσχέραναν την ενεργοποίηση και συμμετοχή της κοινότητας στην πρόληψη – είτε καθιστώντας την εν γένει απαγορευτική είτε πιέζοντας για εστίαση των προσπαθειών των εργαζομένων σε ορισμένα μόνο τμήματα ή ορισμένα μόνο μέλη της κοινότητας, με έμφαση σε πανηγυρικές δημόσιες εκδηλώσεις παρά σε παρεμβάσεις πρόληψης κ.ο.κ. Αντί μιας πρόληψης ανοιχτής, συμμετοχικής, που θα αντλούσε από τη διάθεση προσφοράς των εργαζομένων και το δυναμικό των τοπικών κοινοτήτων, και παρά τις διακηρύξεις, στην πράξη επικράτησαν σε μεγάλο βαθμό διαδικασίες τεχνοκρατικές, σχέσεις κλειστών συστημάτων, αντιλήψεις ιδιοκτησιακές και υπονομευτικές των πρακτικών και των μηνυμάτων της πρόληψης: οι «δομές μας», οι «ειδικοί μας, που θα σας λύσουν τα προβλήματα», τα «υλικά μας», οι «ομάδες μας», οι «εθελοντές μας» κ.ο.κ.

Σε ένα άλλο επίπεδο, οι ηγεσίες του συμβατικού επιστημονικού συνεργάτη των ΚΠ, του ΟΚΑΝΑ, πολύ σύντομα βρέθηκαν ταλαντευόμενες ανάμεσα στον αρχικό στρατηγικό ρόλο τους, τον νέο ρόλο τους γύρω από τη χορήγηση υποκαταστάτων, την «πίεση της κοινής γνώμης» και την πίεση της πολιτικής εξουσίας. Έθεσαν, έτσι, σε δεύτερη μοίρα την πρόληψη, καθώς δεν ήθελαν να χάσουν τον «έλεγχο» της υπόθεσης των ΚΠ, που αν και ποτέ δεν τους άνηκε, τους έδινε επικοινωνιακά οφέλη και αίσθηση πανελλαδικής ισχύος.

Από την παρουσίαση που προηγήθηκε, αξίζει να συγκρατηθεί το παράδειγμα των ροών επιχορήγησης, ως ένας «δείκτης» των αρνητικών περιεχομένων της «ευελιξίας», με την οποία επενδύθηκαν τα ΚΠ βοηθώντας του συνεργάτη τους, ΟΚΑΝΑ. Ενώ αρχικά το Υπουργείο Υγείας και, ως ενδιάμεσος τρίτος, ο ΟΚΑΝΑ κατέβαλαν το 50% των προβλεπόμενων εισφορών στα ΚΠ, πολλοί Δήμοι και Νομαρχίες δεν κατέθεταν τις δικές τους εισφορές, παρότι είχαν δεσμευθεί με αποφάσεις των Δημοτικών και Νομαρχιακών Συμβουλίων σε συγκεκριμένα ετήσια ποσά. Οι ηγεσίες του ΟΚΑΝΑ δεν έλεγξαν αυτή την κατάσταση, για να μη «διαταραχθεί» ο σχεδιασμός δημιουργίας «πολλών νέων ΚΠ»

με τη συνεργασία του, που θα απέφερε οφέλη σε επίπεδο πολιτικής ισχύος πανελλαδικά. Σχεδόν αμέσως μετά την υπογραφή της πρώτης 5ετούς Προγραμματικής Σύμβασης μεταξύ Υπουργείων Υγείας και Εσωτερικών, ΚΕΔΕ, ΟΚΑΝΑ και ΕΕΤΑΑ, που επιτεύχθηκε με την ανάπτυξη ενός κινήματος στήριξης των ΚΠ και εξασφάλισε το μέχρι τότε προβληματικό 50% της επιχορήγησης (δηλαδή αυτή των τοπικών φορέων) από τους Κεντρικούς Αυτοτελείς Πόρους, ξεκίνησε η περικοπή επιχορηγήσεων από πλευράς ηγεσιών ΟΚΑΝΑ, παρότι οι ηγεσίες του Υπουργείου Υγείας ενέγραφαν και εκταμίευαν ποσά βάσει του τότε ενιαίου κωδικού του κρατικού προϋπολογισμού για ΟΚΑΝΑ, ΚΠ, ΕΚΤΕΠΝ και ΠΠΑ. Στα τέλη του 2009 θεσμοθετείται διακριτός κωδικός επιχορήγησης για τα ΚΠ στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας -που τίθεται σε εφαρμογή από το οικονομικό έτος 2010, αλλά ξανά με τον ΟΚΑΝΑ διαμεσολαβητή- και αποδίδεται έκτακτη επιχορήγηση του Υπουργείου Υγείας στον ΟΚΑΝΑ, προκειμένου να εξοφλήσει τα χρέη του προς τα ΚΠ. Ωστόσο, τα χρήματα αυτά δεν κατανέμονται ολόκληρα από την ηγεσία του ΟΚΑΝΑ στα συνεργαζόμενα ΚΠ., το δε Υπουργείο Εσωτερικών αρχίζει να μην αποδίδει τις επιχορηγήσεις του, με τη συμβολή της ΚΕΔΕ που περικόπτει μονομερώς τις ροές από τους Κεντρικούς Αυτοτελείς Πόρους προς τα ΚΠ. Το 2011 περικόπτεται επισήμως κατά 50% η επιχορήγηση του Υπουργείου Υγείας.

Αυτό το πολλαπλά ελλειμματικό και με αρνητικό πρόσημο «ευέλικτο» πλαίσιο, σε συνδυασμό με την εντατικοποίηση των δημοσιονομικών προσαρμογών, θα είχε οδηγήσει στη διάλυση πολλών ΚΠ, αν όχι όλων, σε περίπτωση που η πλειοψηφία των εργαζομένων των ΚΠ δεν πίστευαν ειλικρινά στην πρόληψη ως δύναμη αλλαγής, δεν την προσέγγιζαν σε ικανό βαθμό ως υπόθεση της κοινότητας και, κυρίως, δεν προσπαθούσαν να τη μεταφράσουν σε πράξεις στην κοινότητα, ταυτόχρονα προασπίζοντας τις ίδιες τις δομές. Γιατί είναι γνωστό στους «παροικούντες» ότι κάθε κρίσιμο ζήτημα, που απειλεί τη λειτουργία των ΚΠ αντιμετωπίζεται κυρίως μέσα από την ενεργοποίηση των εργαζομένων, μάλιστα εδώ και δέκα περίπου χρόνια μέσω του Σωματείου μας σε κεντρικό επίπεδο, σε βαθμό που τα όρια μεταξύ συνδικαλιστικού και το διοικητικού ρόλου είναι πλέον δυσδιάκριτα. Το Σωματείο μας προβάλλει, δηλαδή, στις κρίσιμες στιγμές ως «οιωνεί διοίκηση», κυρίως επειδή κανείς άλλος από τους εμπλεκόμενους φορείς δεν έχει ως σήμερα τη διάθεση να ορθώσει μια «καθαρή θέση» και να αγωνιστεί γύρω από αυτή, δηλαδή να διαταράξει τις ισορροπίες, ακόμα κι όταν κινδυνεύει η ύπαρξη των ΚΠ. Ο εγκλωβισμός ιδιαίτερα διοικήσεων εταιρειών και ηγεσιών ΟΚΑΝΑ στην

«εύθραυστη θαλπωρή του υπαρκτού» κατά την εμφάνιση τέτοιων κομβικών φάσεων έχει αποδειχτεί παροιμιώδης.

Στη βάση αυτή μιας ενεργοποίησης των ίδιων των εργαζομένων για την κάλυψη του θεσμικού κενού, αναπτύχθηκαν πολύμορφοι αγώνες, συχνά με μορφή κινημάτων στα οποία συμμετείχαν φορείς και μέλη των τοπικών κοινοτήτων, και που κατάφεραν να κρατήσουν όλα τα ΚΠ ανοιχτά κερδίζοντας ορισμένες δικλείδες, αυτονόητες σε άλλες δομές αντιμετώπισης της εξάρτησης, απούσες στα Κ.Π.. Οι δικλείδες αυτές, κερδισμένες εντός του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου, είναι βέβαια κι αυτές ακόμα αναπτυγμένες με ιδιαίζουσες, υβριδικές μορφές: Σύναψη τριών κεντρικών Προγραμματικών Συμβάσεων μεταξύ Υπουργείων Υγείας και Εσωτερικών, ΚΕΔΕ, ΟΚΑΝΑ, ΕΕΤΑΑ, κατοχύρωση της διαδικασίας με νόμο το 2014, κάλυψη του 50% της επιχορήγησης από τους ΚΑΠ της Αυτοδιοίκησης, διακριτός κωδικός επιχορήγησης των ΚΠ στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, επιστροφή μέρος των οφειλομένων του ΟΚΑΝΑ στα ΚΠ, αναφορά των ΚΠ σε σειρά νόμων, αναγνώριση των ΚΠ ως φορέων υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης στο πλαίσιο των εκάστοτε Εθνικών Σχεδίων Δράσεων, πρόβλεψη σε νόμο της υποχρέωσης της Πολιτείας για έκδοση ενιαίου Εσωτερικού Κανονισμού των ΚΠ, ενιαιοποίηση του μισθολογικού πλαισίου χωρίς αναδρομική επιβάρυνση των εργαζομένων εξ αιτίας «ευρεσιτεχνιών» των διοικήσεων των αστικών εταιρειών και των ηγεσιών του ΟΚΑΝΑ κ.ά.

Το γεγονός, όμως, ότι εργαζόμενοι/ες και επιστημονικές ομάδες των ΚΠ προσπαθούν να προσφέρουν και διεκδικούν μέσα σε αντίξοες συνθήκες, το γεγονός ότι έχουν υποστηρικτές/συμμάχους στην καρδιά της κοινότητας, το γεγονός ότι πιέζουν πολιτικές ηγεσίες για να παραμείνουν και να αναπτύσσονται τα ΚΠ ως δομές στην κοινότητα, οφείλονται σε μεγάλο βαθμό και σε ένα όραμα, όπου συγκλίνει ο στρατηγικός στόχος της εκφρασμένης πλειοψηφίας των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, στη δημιουργική ενοποίηση των δεκάδων αστικών εταιρειών σε έναν ενιαίο, αυτόνομο φορέα, που θα συνίσταται σε ένα στιβαρό δίκτυο καινοτόμων υπηρεσιών στην κοινότητα, όχι ως επικοινωνιακό υποστήριγμα κάποιου άλλου φορέα, όχι ως πάρεργο και αγγαρεία της μιας ή της άλλης υπηρεσίας, αλλά ως ένα από τα αυθεντικά μοντέλα αντιμετώπισης της εξάρτησης και ψυχικής υγείας εν γένει, σε έναν πολυφωνικό χάρτη σχετικών δομών και υπηρεσιών, με συνεργασία στη θέση των ανταγωνισμών, με συγκροτημένη συμπληρωματικότητα στη θέση άτακτων σχέσεων ισχύος και/ή ψυχρών

οικονομικών συμπράξεων στην καλύτερη περίπτωση. Πρόκειται για όραμα και στόχο, που γεννήθηκαν από αγάπη για τη δουλειά μας, διάθεση προσφοράς στην υπαρκτή κοινωνία και συμβολής σε καλύτερους όρους για την αυριανή. Πρόκειται για μια κινούσα ιδέα, που μας γεμίζει με δύναμη, φαντασία και δημιουργικότητα απέναντι στις αντιξοότητες μιας τεχνητά παρατεινόμενης επί εικοσαετία «πilotικής περιόδου», που απαγορεύει στα ΚΠ να δοκιμάσουν τη χαρά και την ευθύνη της απογείωσης για την οποία είναι έτοιμα από καιρό.

Συμπεράσματα ως αποδόμηση ψευδορεαλισμών και ψευδοδεδομένων

Κατά καιρούς, τμήματα των ηγεσιών και του στελεχιακού δυναμικού του ΟΚΑΝΑ υποστηρίζουν ανεπίσημα πως «θέλουν τα ΚΠ δικά τους». Η άποψη αυτή δεν μετατράπηκε ποτέ σε επίσημη θέση του ΟΚΑΝΑ, διότι στην πραγματικότητα η μετεξέλιξη των ΚΠ σε δομές του ΟΚΑΝΑ προσκρούει σε εξαιρετικά μεγάλες αδυναμίες στον ίδιο τον ΟΚΑΝΑ. Η τέτοια μετεξέλιξη δεν συνιστά κάτι απλό και ρεαλιστικό, όπως στα λόγια παρουσιάζεται -συνυποδηλώνοντας, άλλωστε, μια υποτίμηση της πρόληψης λόγω άγνοιας-, αλλά ένα ουτοπικό mega-εγχείρημα. Η συγχώνευση του ΟΚΑΝΑ με 67 αστικές εταιρείες δεν μεταφράζεται απλά σε ένα επιπλέον ετήσιο κονδύλι 13.000.000€ ως το 2020, το οποίο θα ενσωματώσει και θα διαχειρίζεται ο ΟΚΑΝΑ. Δεν μεταφράζεται καν στην ενσωμάτωση των περίπου 390 εργαζομένων των ΚΠ στον ΟΚΑΝΑ. Μεταφράζεται στην επαφή ενός οργανισμού οργανωμένου και οριοθετημένου περί τη χορήγηση υποκαταστάτων, με ένα ζωντανό, αχανές, χαοτικό (εδώ με θετική έννοια) σύνολο δικτύσεων, δυναμικών, διεργασιών, σχέσεων, τόπων και τρόπων, μέσω των οποίων συνδέονται δεκάδες χιλιάδες άνθρωποι σε όλη τη χώρα – οι άνθρωποι που συμμετέχουν στις παρεμβάσεις των ΚΠ.

Χάριν ενός φανταστικού διαλόγου, ας αναχωρήσουμε για λίγο από την «κόκκινη γραμμή» της μη συγχώνευσης δομών αλλά και της κοινής λογικής, αποδεχόμενοι εδώ το σενάριο πως για τη φροντίδα, ανάπτυξη, διαχείριση κ.λπ. αυτού του τεράστιου δυναμικού δεν απαιτείται ένας ενιαίος φορέας, που θα ασχολείται και θα ενεργεί αποκλειστικά για την πρόληψη. Άρα, το σενάριο πως ο ΟΚΑΝΑ θα μπορούσε να διατηρήσει το φορτίο του υπηρεσιών υποκατάστασης αναλαμβάνοντας και την πρόληψη, χωρίς κανένα από τα δύο να υποβαθμιστεί σε

βάρος του άλλου, δηλαδή σε βάρος των κοινωνικών αναγκών. Θα ανακαλύψουμε τότε, ότι τα τμήματα του ΟΚΑΝΑ που ασχολούνται με την επιστημονική εποπτεία και τον οικονομικό έλεγχο των ΚΠ, ποτέ δεν στηρίχθηκαν με επαρκές προσωπικό, μέσα, τεχνογνωσία και κυρίως φιλοσοφία, ακριβώς επειδή ο Οργανισμός αυτός χρειάζεται να επικεντρώνει στο εκτός πρωτογενούς πρόληψης, ευρύ και απαιτητικό ως προς τη διαχείρισή του πεδίο της υποκατάστασης. Είναι για αυτό που οι υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ δεν είναι σε θέση να υποστηρίξουν -οργανωτικά, λειτουργικά, γνωστικά, οραματικά- καν το υπαρκτό πλαίσιο συνεργασίας με τα ΚΠ, πόσο μάλλον ένα πλαίσιο «διοκτησίας» τους όσο και αν ενισχυθούν με προσωπικό.

Πράγματι, σε πολλές διαφορετικές φάσεις που δόθηκε στην πράξη η ευκαιρία να υπάρξει λειτουργικότερο θεσμικό μοντέλο για τα ΚΠ (μέσα από θεσμοθετημένες Ομάδες Εργασίας και νομοθετικές πρωτοβουλίες), οι ίδιες οι ηγεσίες του ΟΚΑΝΑ αναγκάστηκαν να μελετήσουν λίγο πιο σοβαρά και τωόντι ρεαλιστικά τα δεδομένα, με συνέπεια να αντιληφθούν τις θεμελιώδεις δυσκολίες μιας «ένταξης των ΚΠ στον ΟΚΑΝΑ» και να υπερασπιστούν, στο τέλος, το υπάρχον θεσμικό μοντέλο που επικεντρώνει στις αστικές εταιρείες – μόνο και μόνο για να συνεχίσει ο ΟΚΑΝΑ να έχει έναν ρόλο σε αυτό. Επιπρόσθετα, μετά την κάθε τέτοια αναγνώριση θεμελιωδών αδυναμιών δεν γίνονταν έστω καθυστερημένες προσπάθειες θεραπείας πλευρών τους, έστω. Τουναντίον, συνεχίζονταν τα ειωθότα, με προσθήκη νέων διαχειριστικών τακτικών/«ευρεσιτεχνιών» στις υπαρκτές. Μέχρις ότου, μετά από λίγα χρόνια οπότεν κορυφώνονταν ξανά η εγγενής ένταση, η δυσαρέσκεια των εργαζομένων και των κρατικών υπηρεσιών, αναδύονταν εκ νέου η λεκτικά εύκολη «επιθυμία για ένταξη στον ΟΚΑΝΑ».

Στα σημεία ανάμεσα στην έναρξη και το κλείσιμο κάθε τέτοιου φαύλου κύκλου, η βασανισμένη πραγματικότητα δείχνει ότι η διεκπεραίωση των ελέγχων και της υπογραφής διμερών συμβάσεων συνεργασίας, όπως και των εγκρίσεων προγραμματισμών και απολογισμών των ΚΠ, συνεχίζουν να καθυστερούν απελπιστικά στον ΟΚΑΝΑ. Ότι τα κριτήρια κατανομής των επιχορηγήσεων και η έγκριση ή μη έγκριση προσλήψεων στα ΚΠ παραμένουν ατεκμηρίωτα. Ότι οι διμερείς προγραμματικές συμβάσεις λιγότερο στηρίζονται σε συνεργασία ΟΚΑΝΑ και αστικών εταιρειών, περισσότερο σε ανταγωνισμούς και ισορροπίες με βάση το «δίκαιο του ισχυρού» και τις ιδεολογικές και πολιτικές συνταυτίσεις. Ότι απουσιάζει πλήρως η επιστημονική εποπτεία, η σοβαρή διαρκής εκπαίδευση στη βάση των

αναγκών/αιτημάτων της κοινότητας προς τα ΚΠ, η κανονικοποίηση δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, η ανταλλαγή πληροφορίας, η δεοντολογία, η ανάπτυξη της φιλοσοφίας της κοινοτικής πρόληψης στις νέες συνθήκες, η διάχυση καλών πρακτικών και μια σειρά άλλων παραμέτρων, απαραίτητων για την αποτελεσματική λειτουργία δομών που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της ψυχοκοινωνικής υγείας στην κοινότητα. Ότι, κυρίως, απουσιάζει σε μεγάλο βαθμό η ίδια η εκ του ΟΚΑΝΑ κατανόηση της πρόληψης των εξαρτήσεων ως δηλωτικό περιεχόμενο, ως σύνολο αρχών και αξιών, ως πρακτική στο πεδίο και ως κοινωνικό και πολιτισμικό κεφάλαιο. Ότι από τον Ιανουάριο του 2016 ως τον Αύγουστο του 2016 ο ΟΚΑΝΑ δεν κατόρθωσε καν να καταθέσει σχόλια επί του σχεδίου Ενιαίου Κανονισμού Λειτουργίας των ΚΠ, που κατέθεσε το Σωματείο μας στη σχετική Ομάδα Εργασίας. Και τόσα ακόμα, που προκύπτουν από την παράθεση παραδειγμάτων στην αρχή του παρόντος κεφαλαίου. Ως αποτέλεσμα, τα περισσότερα ΚΠ βρίσκονται διαρκώς μεταξύ όντος και μη όντος έναντι της Πολιτείας, οι εργαζόμενοι/ές τους επιβαρύνονται ως μη όφειλε στην καθημερινότητά τους και, ευλόγως, ενισχύεται το κλίμα αβεβαιότητας, κακής συνεργασίας και έλλειψης εμπιστοσύνης προς τον ΟΚΑΝΑ τόσο εκ μέρους των ΚΠ όσο και εκ μέρους των κρατικών υπηρεσιών που ασχολούνται ως μη όφειλε καθ' υπερβολή με αυτά.

Για όλους αυτούς τους λόγους, αφ' ενός είναι αναποτελεσματική η συνέχιση της προβληματικής σχέσης μεταξύ ΚΠ και ΟΚΑΝΑ, αφ' ετέρου είναι πρακτικά αδύνατη οποιοδήποτε τύπου συγχώνευση των ΚΠ με τον ΟΚΑΝΑ (δομών ή προσωπικού κ.λπ.), εφ' όσον βέβαια ειλικρινής στόχος είναι η συνέχιση ύπαρξης και οι προσπάθειες ανάπτυξης τόσο της πρόληψης όσο και της υποκατάστασης. Διαφορετική περίπτωση αποτελεί συνταγή βέβαιης κατάρρευσης τόσο του ενός όσο και του άλλου «πυλώνα» πολιτικών αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, θα έχει δε την πηγή της κατά κύριο λόγο στην όρθωση φόβων και ιδιοτελειών πάνω από το κοινό καλό ή έστω, χρησιμοθηρικά, το «κοινό συμφέρον».

Από την άλλη πλευρά της διεγκυστίνδας ισορροπιών, υπάρχουν αιρετοί της αυτοδιοίκησης που κατά καιρούς διακινούν, κατά μόνας ή κάπως πιο συλλογικά, ως άτυπη «πρόταση» την άποψη διατήρησης του γόρδιου καθεστώτος περί την αστική εταιρεία. Άλλοτε απερίστροφα, άλλοτε υπό το κέλυφος κάποιας διαχειριστικής «οριζόντιας διασύνδεσης» των εταιρειών, δηλαδή ενός είδους ομοσπονδιοποίησής τους, ή κάποιας νεφελώδους «υπαγωγής» των αστικών

εταιρειών στους Δήμους. Μόνο επιχείρημά τους για αυτό, η «ευελιξία» του σχήματος της αστικής εταιρείας, το οποίο ανάγεται έτσι σε Μεγάλη Ιδέα στο πλαίσιο κάποιας ασαφούς διαπάλης ενάντια σε κάποια μυστηριώδη γραφειοκρατία.

Δηλώσαμε στο προηγούμενο υποκεφάλαιο ότι η «πιλοτική περίοδος» των ΚΠ έχει παρέλθει προ πολλού. Δείξαμε, στην πορεία ανάλυσης μέχρι το συμπέρασμα αυτό, ότι η επιχορηγούμενη με κρατικούς πόρους αστική εταιρεία, δεν «ευ ελίσσεται» γενικά και αφηρημένα. Αντιθέτως, στα δεδομένα υπερσυστήματα εντός των οποίων «ελίσσεται» για να αναπαραχθεί, η αστική εταιρεία συνιστά αναπόσπαστο και νοσηρό κομμάτι ενός *suus generis*, πολυσύνθετου και πελώριου γραφειοκρατικού μηχανισμού. Ο μηχανισμός αυτός, μάλιστα, διογκώνεται ασταμάτητα υπό το βάρος καινούριων αντιφάσεων, με κρίσιμο σημείο τις αντιφάσεις που οξύνει η υπαγωγή των ΚΠ στις απαιτήσεις του δημόσιου λογιστικού (αυτονομία vs κανονιστικά πλαίσια, εταιρικό δικαίωμα vs δημόσια υποχρέωση, ιδιωτική διαχείριση vs δημοσιονομικό πλαίσιο κ.ο.κ.). Η τέτοια διόγκωση δεν γίνεται βέβαια ομαλά, αλλά με κλονισμούς. Όσο αυτή η πελώρια και ασθμαίνουσα γραφειοκρατική μηχανή δεν αντικαθίσταται από ένα νέο και πράγματι ευέλικτο -με τη συγκεκριμένη έννοια της συμβατότητας στη φιλοσοφία της πρόληψης και στις νέες, απαιτητικές συνθήκες- μοντέλο λειτουργίας των ΚΠ, τόσο η μεγέθυνση και ο κλονισμός της θα συνεχίζονται παράλληλα, αποτελειώνοντας και τις ίδιες τις αστικές εταιρείες που συνιστούν τα 67 πηλίνα πόδια της.

Σε έναν μεγάλο βαθμό πρόκειται περί αυτού, σε έναν άλλον μεγάλο βαθμό πρόκειται για μια εν εξελίξει διαδικασία κατάλυσης «δεδομένων» και σε επίπεδο ψυχικό, αντιλήψεων, ιδεολογημάτων, συμπεριφορών, αυτοματισμών, η οποία κορυφώνεται αναταράσσοντας ορισμένους αιρετούς, που θέλουν «να κάνουν πολιτική» με τα ΚΠ «όπως παλιά». Σε τέτοιο βαθμό είναι αυτοί ταραγμένοι, ώστε αντί να επιδιώξουν και να προτείνουν τη μετάβαση σε μια νέα εποχή για την πρόληψη, εντός των δύσκολων και επικίνδυνων για την κοινωνία σημερινών συνθηκών, προτείνουν την επιστροφή στη δεκαετία του 1990, του «λιγότερου δημόσιου τομέα» και της ανεμελιάς του ιδιώτη διαχειριστή δημοσίου χρήματος.

Δυστυχώς, όμως, το θεσμικό καθεστώς που βασίζεται στις αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες, έχει αποτύχει βαθιά και οριστικά. Όσο αυτό «ράβεται και ξηλώνεται» τόσο πιο αποτυχημένο θα βαίνει. Και τόσο περισσότερο τα ΚΠ, οι εργαζόμενοι και εργαζόμενές τους, οι παρεμβάσεις τους, οι αποδέκτες αυτών,

τελικά η απαιτούμενη στην εποχή μας πρωτότυπη κοινοτική δουλειά, θα αποστερούνται ενέργεια και μέσα αντιμετώπισης του φαινομένου της εξάρτησης εν τη γενέσει του – δυναμική διαδικασία, που προαπαιτεί πολλά προκειμένου να συνιστά όντως πρόληψη. Η παράταση του βίου θεσμικών και στρατηγικών ασαφειών οδηγεί σε αγκυλώσεις και στρεβλώσεις, με απαξίωση και ακύρωση του ρόλου των ΚΠ. Δημιουργεί προβλήματα στην οικονομική, διοικητική, επιστημονική στήριξη και εποπτεία του έργου των ΚΠ, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η επίτευξη των στόχων, που έχουν τεθεί στα επιστημονικά προγράμματά τους. Δημιουργεί, τελικά, δυσχέρειες προσαρμογής των ΚΠ στην πραγματικότητα, περιορίζοντας τη δυνατότητα απάντησης στα συλλογικά και ατομικά αιτήματα και τις προσδοκίες της κοινότητας.

Οι εργαζόμενοι και εργαζόμενες των ΚΠ έχουμε αποδείξει ότι μπορούμε να προσφέρουμε, μάλιστα σε ιδιαίτερα αντίξοες συνθήκες. Χρειαζόμαστε, πλέον, ένα ενιαίο πανελλαδικό σχήμα, που θα ενσωματώνει τα καινοτόμα ιστορικά χαρακτηριστικά των δομών, αίροντας την ίδια στιγμή τις σημερινές δομικές απαγορεύσεις ανάπτυξης και διάχυσής τους στην κοινότητα. Ένα σχήμα που θα επιτρέπει τη συμβολή μας στη μεγάλης κλίμακας υπόθεση της ολόπλευρης επιβίωσης ανθρώπων σε δύσκολους καιρούς και, με κάθε ταπεινότητα, της αναζήτησης διεξόδου προς ένα νέο κοινωνικό και ανθρωπολογικό γίγνεσθαι.

Ως προς αυτήν την υψηλών προδιαγραφών υπόθεση, πιστεύουμε ότι η πρότασή μας για την επίλυση του θεσμικού προβλήματος των ΚΠ είναι ενδιαφέρουσα, ρεαλιστική και οραματική μαζί. Το τελευταίο Κεφάλαιο ασχολείται πιο διεξοδικά με αυτόν τον συνδυασμό πλεονεκτημάτων.

Κεφάλαιο Ζ

Εμπέδωση στο παρόν, με το βλέμμα στο μέλλον

Από την παρουσίαση γίνεται κατανοητό, πιστεύουμε, ότι καταρχάς αντιμετωπίζουμε την έννοια του «θεσμού» ανοιχτά, ως μια πραγματικότητα δυναμική και όχι ως κατάσταση παγιωμένη και «παντός καιρού». Επιπλέον, ότι η τέτοια ανοιχτότητα δεν είναι αφηρημένη ή χαλαρή, αλλά δομημένη σε αρκετά συγκεκριμένους όρους. Όπως τονίζει ο Δ. Υφαντής: «Ο “θεσμός”, πρώτα και κύρια, δεν αποτελεί ένα κατευθυνόμενο λειτουργικό σύστημα αλλά μια ζώσα πραγματικότητα. Πέρα από όποια νομική ή διοικητική διατύπωση, έχει μια συγκεκριμένη μορφή, η οποία προκύπτει από την θεωρητική και συναισθηματική επένδυση εκείνων που τάχθηκαν να την υπηρετούν. Παράλληλα όμως, προκύπτει και από εκείνους στους οποίους απευθύνεται. Και καταλήγει να είναι μια συνεχώς μεταβαλλόμενη οντότητα, από την μεταξύ τους αλληλεπίδραση.»¹⁹⁶

Εν συνεχεία δείξαμε, θεωρούμε, ότι το ιδιόμορφο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των ΚΠ δεν είναι πλέον διοικητικά, οργανωτικά, οικονομικά, ηθικά, κοινωνικά συμβατό και υποβοηθητικό στη συγκροτημένη και σύγχρονη άσκηση δημόσιας πολιτικής για την αντιμετώπιση της εξάρτησης και την προαγωγή της υγείας των πολιτών. Δηλαδή, ότι η ριζική και απαλλαγμένη από παρωπιδισμούς θεσμική αλλαγή είναι η ελάχιστη αναγκαία βάση ύπαρξης των ΚΠ στα απαιτητικά νέα πλαίσια, οριζόμενα πλέον από διατάξεις νόμων, στα οποία δυσκολεύονται (και δυσκολεύουν κάθε εμπλεκόμενη υπηρεσία) να εναρμονιστούν, βεβαρημένα από μια τεράστια γραφειοκρατία. Μια γραφειοκρατία *suus generis*, που διαρκώς διογκώνεται πάνω στο «καλούπι» της αστικής εταιρείας, στην 20ετή πορεία αποθέσεων από την αρχική παρουσία τους σε εντελώς διαφορετικά γενικά πλαίσια

¹⁹⁶ Υφαντής Δ. (2016). Ο «θεσμός» στην αντιμετώπιση της εξάρτησης. Μια ζώσα μεταβαλλόμενη πραγματικότητα. Πρακτικά της Ημερίδας με θέμα «Η Πρόκληση της Συνεργασίας στην Αντιμετώπιση της Εξάρτησης. Συνδέσεις, Φραγμοί, Προοπτικές» που διοργάνωσε το Σωματείο μας (18/03/2016, «Τεχνόπολις» Δήμου Αθηναίων). Διαθέσιμο στο <http://www.e-dromos.gr/o-thesmos-sthn-anfimetwpish-ths-exarhths-mia-zwsa-metaballomenh-pragmatikothta/>

και συγκείμενα. Ότι, εν κατακλείδι, η τέτοια θεσμική αλλαγή δεν συνιστά κάποιο τέλος, αλλά μια απαραίτητη νέα αρχή αναγνώρισης και ανάπτυξης κοινωνικών και επιστημονικών κεκτημένων στο πεδίο της πρόληψης των εξαρτήσεων και της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας στην Ελλάδα, ως ζωντανό και διακριτό υποσύνολο μιας πολύμορφης, πολυκεντρικής, πολυφωνικής αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, που θα προσφέρει αποτελεσματικά στην κοινωνία.

Η διερεύνηση και επιλογή της βέλτιστης θεσμικής απαρτίωσης-ολοκλήρωσης των ΚΠ οφείλει, λοιπόν, να περιλαμβάνει την δίχως ταμπού αποτίμηση θετικών και αρνητικών παρακαταθηκών του έως σήμερα μοντέλου τους, στην πορεία εξέλιξης της πρόληψης στη χώρα μας. Προτείνοντας στο πνεύμα αυτό την απαιτούμενη νέα σύνθεση, στηριγμένη στην υπέρβαση αρνητικών και στην ανάπτυξη θετικών πλευρών της ιστορικής πορείας, ανταποκρινόμενη δε στα πραγματικά δεδομένα, υποστηρίζουμε ότι τα ΚΠ έχουν ανάγκη από έναν φορέα δημόσιου χαρακτήρα, ενιαίο, αυτόνομο, αυτοτελώς οργανωμένο εσωτερικά και μαζί σύγχρονο, ευέλικτο, πλουραλιστικό, συμμετοχικό, συνεργατικό, ανοιχτό. Τους άξονες των χαρακτηριστικών αυτών παραθέτουμε στη συνέχεια.

Κωδικοποίηση της πρότασης του Σωματείου για τη θεσμική αλλαγή

Πιο συγκεκριμένα, η πρότασή μας για επίλυση του θεσμικού προβλήματος των Κέντρων Πρόληψης [εφ' εξής ΚΠ] μπορεί να κωδικοποιηθεί στην ίδρυση ενός αυτοτελούς, ολιγάριθμου, ευέλικτου, μοντέρνου φορέα, που θα εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και στον οποίο, με λύση των σημερινών 67 αστικών εταιρειών, υπάγονται τα υπάρχοντα 75 ΚΠ ως τοπικές μονάδες και οι εργαζόμενοί/ές τους ως προσωπικό.

Η πρόταση αυτή καλύπτει, θεωρούμε, την αναγκαία μετάβαση των δομών σε μια εποχή ελάχιστης απαιτούμενης ευστάθειας, που ωστόσο θα δημιουργήσει πολλαπλασιαστικά όρους ανάπτυξης στη βάση κατακτήσεων βάθους 20ετίας, με βασικό ζητούμενο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες στο πλαίσιο της κοινότητας.

Η ουσία ή τα ζητούμενα της πρότασής μας αναλύονται στα ακόλουθα:

- Σεβασμός και φροντίδα για το «άυλο», που περιλαμβάνει αξίες,

αντιλήψεις, αναπαραστάσεις, συναισθήματα, διάφορες μορφές γνώσης και εμπειρίας, καθώς και τα εκτεταμένα δίκτυα ανθρώπων, συλλογικοτήτων, σχέσεων και τα σύνθετα δυναμικά γύρω από αυτά.

- Αναγνώριση των απαιτήσεων που η μεγάλη πολυπλοκότητα του πεδίου παρεμβάσεων των ΚΠ συνεπάγεται και ανταπόκριση σε αυτές.
- Κατανόηση του ζητήματος ότι η διαρκώς αυξανόμενη πολυπλοκότητα του φαινομένου της εξάρτησης, οι απορρέουσες δυσκολίες και τα αυτονόητα ελλείμματα ως προς την ταχύτητα κατανόησης και ανταπόκρισης σε αυτά, μπορεί να αντιμετωπιστούν μονάχα με μια *πλαισιωμένη ευελιξία* σε αντίθεση τόσο με την ανυπαειστικότητα όσο και με τις άκαμπτες γραμμικότητες.
- Δυνατότητα για διαρκή επέκταση στις «νέες» εξαρτητικές συμπεριφορές και την άμεση ανταπόκριση στα σχετικά αιτήματα.
- Διασφάλιση της διεπιστημονικότητας, της κοινοτικής φιλοσοφίας, των αρχών και αξιών της πρόληψης, των βασικών χρησιμοποιούμενων μεθόδων (βιωματική μάθηση, έρευνα δράσης) και της εστίασης στην πρωτογενή και καθολική πρόληψη των εξαρτήσεων.
- Εμβάθυνση στην πρωτογενή και καθολική πρόληψη των εξαρτήσεων, για την αποτελεσματικότερη ανταπόκριση στις νέες απαιτήσεις και ανάγκες, όπως αυτές διατυπώνονται και απευθύνονται στα ΚΠ από την ίδια την κοινότητα.
- Κατά συνέπεια, συνέχιση και εξέλιξη μιας ιδιαίτερης επιστημονικής κουλτούρας και ταυτότητας, με έμφαση στη συμβολή στην ενιαία υπόθεση της προσωπικής αυτονομίας και της κοινωνικής συνοχής.
- Σεβασμός στο συνεχές της αντιμετώπισης της εξάρτησης (Πρόληψη-Θεραπεία-Υποκατάσταση-Επανάταξη) μέσα από τον σεβασμό στο διακριτό καθενός πυλώνα.
- Κατοχύρωση όλων των εργαζομένων στα ΚΠ, με την έννοια:
 - της μεταφοράς όλων στον νέο, ενιαίο και αυτοτελή φορέα,
 - του δομημένου πλαισίου εργασίας,
 - της οριοθετημένης αλλά δημιουργικής ελευθερίας εντός του,
 - της αξιόπιστης συνεχιζόμενης εκπαίδευσής τους, στη βάση

καταγεγραμμένων αναγκών/αιτημάτων της κοινότητας και των εργαζομένων,

- της εποπτείας από έμπειρους και σχετικούς με τα αντικείμενα εργασίας συνεργάτες με έμφαση στη δουλειά στην κοινότητα,
- της πιστοποίησής τους,
- της εν γένει προσωπικής και συλλογικής ανάπτυξής τους ως εργαζόμενοι/ες.

- Δημιουργία όρων ενίσχυσης των δομών και των εργαζομένων τους με νέο προσωπικό, υλικά και πνευματικά μέσα, δια της εξοικονόμησης κρατικών πόρων αλλά και των προοπτικών συγκροτημένης, ενιαίας διεκδίκησης πόρων από άλλες πηγές, που θα ανοιχτούν και που σήμερα απουσιάζουν.
- Οριοθέτηση και αποσαφήνιση υποχρεώσεων, δικαιωμάτων και δεοντολογίας με την εκπόνηση και εφαρμογή, προς τον σκοπό αυτό, ενιαίου εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας των μονάδων του νέου φορέα.
- Εκσυγχρονισμός, αποτελεσματικότητα και δημοκρατία στην επιστημονική, οργανωτική, διοικητική και κοινωνική ζωή των ΚΠ.
- Σεβασμός στις τοπικές ιδιαιτερότητες, αλλά με ενιαίο και συγκροτημένο πλαίσιο αντιμετώπισης των επί μέρους ζητημάτων, ελλειμμάτων κ.ο.κ.
- Ενδυνάμωση της άμεσης συμμετοχής και του ελέγχου εκ μέρους των τοπικών κοινωνιών ως προς το έργο των ΚΠ.
- Εξορθολογισμός της έμμεσης συμμετοχής των τοπικών κοινωνιών στη διοίκηση του νέου φορέα, μέσω των πανελλαδικών οργάνων των αιρετών εκπροσώπων τους Α' και Β' βαθμού.
- Συνέχιση, απλοποίηση και εμπάθυνση της συνεργασίας Υπουργείου Υγείας και ΟΤΑ Α' και Β' βαθμού στην υπόθεση της πρόληψης των εξαρτήσεων και της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας.
- Έλεγχος, διαφάνεια και λογοδοσία αναφορικά με τα οικονομικά, διοικητικά και επιστημονικά στοιχεία του νέου φορέα των ΚΠ.
- Ενίσχυση της πρακτικής της αξιολόγησης και καλλιέργεια της κουλτούρας της αυτοαξιολόγησης, στη βάση της φιλοσοφίας και των

σκοπών των ΚΠ.

- Διάχυση και προβολή του καινοτόμου έργου των ΚΠ και άνοιγμα γόνιμου διαλόγου γύρω από αυτό.
- Μείωση της γραφειοκρατίας και απελευθέρωση των συλλογικών δημιουργικών δυνάμεων στα ΚΠ, που έως σήμερα συμπιέζονται, κερματίζονται, εξασθενούν και αναιρούνται μέσα από την ενασχόλησή τους με πλήθος ζητημάτων, άσχετων με την προσφορά στην κοινότητα.
- Απρόσκοπτη και ισότιμη συμβολή στη συγκροτημένη, σύγχρονη άσκηση δημόσιας πολιτικής για την αντιμετώπιση του δυναμικού φαινομένου της εξάρτησης και για την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας των πολιτών στο πλαίσιο αυτό.
- Συγκρότηση τοπικών, περιφερειακών και κεντρικών σχεδίων δράσης ως προς τον σκοπό αυτό.
- Απαλλαγή του όλου συστήματος φορέων αντιμετώπισης της εξάρτησης και των ασκούμενων πολιτικών για την εξάρτηση από μια υποκειμενική πηγή διαρκούς αποσταθεροποίησής τους.
- Απαλλαγή των κρατικών και δημόσιων υπηρεσιών από κατασπατάληση πόρων (οικονομικών και μη οικονομικών), που ως σήμερα κυριαρχεί περί τα ζητήματα των ΚΠ εξ αιτίας του ασαφούς και δαιδαλώδους θεσμικού καθεστώτος λειτουργίας τους.
- Ενίσχυση των όρων δικτύωσης στα τέσσερα επίπεδά της (επικοινωνία, συνεργασία, συντονισμός, διασύνδεση), τόσο μεταξύ των φορέων αντιμετώπισης της εξάρτησης όσο και μεταξύ αυτών και άλλων συστημάτων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, σε επίπεδο κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό.
- Ολοκληρωμένη αξιοποίηση της πρόληψης και της προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας, ως μεθόδων και διαδικασιών συμβολής στην αυθεντική ενεργοποίηση των ανθρώπων και την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής.
- Εξασφάλιση της διαρκούς δημόσιας χρηματοδότησης των ΚΠ, άρα και της ελάχιστης προαπαιτούμενης σταθερότητας για τη συνέχεια των υπηρεσιών τους στον άνθρωπο και την κοινότητα.

- Εξοικονόμηση πόρων σε επάλληλα επίπεδα, συμπεριλαμβανομένου του οικονομικού όχι όμως αποκλειστικά αυτού.

Η αυτονομία και αυτοτελής εσωτερική οργάνωση του τέτοιου φορέα συνίσταται στη συνάρθρωση των εξαιρετικά πολλών επί μέρους σε ενιαίο πλαίσιο και κατεύθυνση, στην αποκλειστική ενασχόληση και φροντίδα για αυτά καθώς και στη διασύνδεσή τους με ποικίλες δομές παιδείας, υγείας και πρόνοιας, τοπικά, περιφερειακά και κεντρικά – έργο υψηλών προδιαγραφών, που σε επίπεδο οράματος, φιλοσοφίας και πράξης δεν μπορεί να υποστηριχτεί διαφορετικά.

Η ευελιξία του, από την άλλη, συνίσταται στο ολιγομελές σχήμα των κεντρικών υπηρεσιών του, στην απόληξή του σε πολλές, μικρές τοπικές μονάδες και στη διαμεσολάβηση των δύο επιπέδων από έξυπνους, γρήγορους και δημοκρατικούς διαύλους ανταλλαγής πληροφορίας, επίλυσης ζητημάτων, δημοκρατικού ελέγχου, φροντίδας.

Ο πλουραλισμός, η συμμετοχικότητα και η ανοιχτότητα συνίστανται στην προτεινόμενη σύνθεση της διοίκησης του φορέα και των γνωμοδοτικών προς αυτό οργάνων, στη διατήρηση της διεπιστημονικότητας στις κατά τόπους μονάδες του, στα τοπικά σχέδια δράσης που κατά το δυνατό λαμβάνουν υπ' όψη ιδιαιτερότητες, στα τοπικά γνωμοδοτικά συμβούλια, στις επικαιροποιημένες αξίες και αρχές πρόληψης, από τις οποίες θα διαπνέεται και από αυτές εκκινώντας θα συνεργάζεται με άλλους φορείς, υπηρεσίες κ.λπ.

Με την πρότασή μας, επιπλέον, ο έλεγχος και η λογοδοσία όχι μονάχα εισάγονται για πρώτη φορά στα χρονικά της λειτουργίας των ΚΠ, αλλά θεσμοθετούνται εξ αρχής, ως ελάχιστη δέσμευση για βέλτιστη, διαφανή και κοινωνικά αποτελεσματική λειτουργία τους, συμπαρασύροντας σε θετική κατεύθυνση μια σειρά άλλων σημαντικών ζητημάτων που χρειάζονται επειγόντως ενίσχυση στα ΚΠ, όπως η πρακτική της αξιολόγησης και, κυρίως, η κουλτούρα της αυτοαξιολόγησης.

Τέλος, η πρότασή μας για δημιουργία ενός σύγχρονου, ενιαίου και αυτόνομου φορέα των ΚΠ όχι μόνο δεν επιβαρύνει με κόστη την κοινωνία, αλλά, όπως θα εξηγήσουμε στη συνέχεια, εξοικονομεί πόρους σε ποικίλα επίπεδα και με πολλούς τρόπους.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω, με την πρότασή μας δημιουργίας ενιαίου αυτοτελούς φορέα των Κέντρων Πρόληψης ζητάμε να μας δοθεί η δυνατότητα:

- αντιμετώπισης σύγχρονων φαινομένων με σύγχρονους τρόπους, ώστε να βελτιώνονται οι υπηρεσίες των ΚΠ προς όλους όσοι βρίσκονται στη χώρα, με τη συμμετοχή των ίδιων και με πολλαπλές εξοικονομήσεις πόρων.
- ελευθερίας κίνησης και παρέμβασης μέσα στο ευρύτατο πλέγμα δικτύων στο οποίο συνίσταται το πεδίο της κοινοτικής πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας¹⁹⁷ παράλληλα για πρώτη φορά εντός πλαισίου σαφώς προσδιορισμένου, συγκροτημένου αλλά και τεκμηριωμένου ως προς την εστίαση στην κοινοτική πρόληψη.
- τελικά, ζητάμε να μας δοθεί η δυνατότητα να δουλεύουμε μέσα σε συνθήκες αυξημένης συνθετότητας, δυσκολιών και απαιτήσεων, δηλαδή να δουλεύουμε ακόμα περισσότερο και με υψηλότερους στόχους – αίτημα στον αντίποδα γραμμικών μοντέλων που ουδεμία σχέση έχουν με την πρόληψη και καταλήγουν στην υποτίμηση και εγκατάλειψή της, ακριβώς επειδή δεν (θέλουν να) την κατανοούν.

Παράμετροι εξοικονόμησης πόρων δια της προτεινόμενης θεσμικής αλλαγής

Ως προς το ζήτημα των οικονομικών απαιτήσεων λειτουργίας ενός νέου, ενιαίου φορέα των ΚΠ, δεν απαιτείται να χρησιμοποιηθεί πάγια χρηματοδότηση πλέον των δια νόμου προβλεπόμενων 13.000.000€ ετησίως (βλ. σχετικά Κεφάλαιο ΣΤ), μάλιστα στην ίδια, διμερή κατατομή της, κατά 50% από το Υπουργείο Υγείας και κατά 50% από το Υπουργείο Εσωτερικών. Το σημερινό όριο των 13.000.000€ καθώς και η κατατομή του διασφαλίζονται με την πρότασή μας, που υιοθετεί και διατηρεί την *Προγραμματική Σύμβαση για τη Λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης*. Η τελευταία τελεί σε ισχύ έως και το 2020, μάλιστα με εμπειρέχουσα στον νόμο 4262/2014 τη ρητή πρόβλεψη ότι «(σ)ε κάθε περίπτωση και κάθε φορά, μέχρι την έναρξη ισχύος και εφαρμογής της εκάστοτε νέας προγραμματικής σύμβασης, εξακολουθεί να ισχύει και να εφαρμόζεται η προηγούμενη αυτής προγραμματική σύμβαση και όπως αυτή όριζε παρατεινόμενη κάθε φορά αυτοδικαίως μέχρι την ημερομηνία έναρξης ισχύος και εφαρμογής της εκάστοτε νέας και μελλοντικής Προγραμματικής Σύμβασης.»¹⁹⁷

¹⁹⁷ Νόμος 4262/2014. Άρθρο 36. Στο ΦΕΚ Α' 114/10-05-2014, σ. 3841. Διαθέσιμο στο <https://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/596>

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι/ες των σημερινών ΚΠ, βάσει του ν. 4320/2015, ρητώς υπάγονται στο μισθολόγιο των υπαλλήλων δημοσίου και ευρύτερου δημοσίου τομέα και, σε συνέχεια, έχουν απογραφεί στην Ενιαία Αρχή Πληρωμής. Το κράτος, για να το πούμε απλά, τους/τις αναγνωρίζει ήδη ως μισθοδοτούμενους υπαλλήλους του, απομένει να τους εντάξει σε έναν ενιαίο φορέα των ΚΠ.

Από δε άποψη οικονομικής διαχείρισης, κατανομής βάσει τεκμηριωμένων αναγκών, κεντρικού ελέγχου και διαφάνειας, είναι προφανές ότι ένας ενιαίος φορέας των ΚΠ που θα επιχορηγείται απ' ευθείας από κεντρικούς πόρους, υπερτερεί πολλαπλά 67 αστικών μη κερδοσκοπικών εταιρειών οι οποίες επιχορηγούνται με τη δυσλειτουργική διαμεσολάβηση του ΟΚΑΝΑ, μάλιστα στη βάση 67 ξεχωριστών διμερών προγραμματικών συμβάσεων, που εμπεριέχουν προϋπολογισμούς εν πολλοίς ανεπαρκώς τεκμηριωμένους, καταλήγουν σε απολογισμούς που ελέγχονται ακόμη και χρόνια μετά την αποστολή τους στον ΟΚΑΝΑ κ.ο.κ.

Αντιθέτως, ο νέος φορέας που προτείνουμε, θα ελέγχει ο ίδιος τους πόρους του, θα καθίσταται ο ίδιος υπεύθυνος για την κατάρτιση ενιαίου προϋπολογισμού και αντίστοιχου απολογισμού, για την εσωτερική κατανομή χρημάτων και εν γένει πόρων βάσει τεκμηρίωσης των εσωτερικών, ιδίων αναγκών του συντήρησης και ανάπτυξης, καθώς και για τη δημόσια λογοδοσία επ' αυτών ετησίως.

Οι οικονομίες κλίμακας, που θα επιτευχθούν με τη δημιουργία ενιαίου φορέα των ΚΠ, αναλύονται και σε διάφορες άλλες πλευρές. Για παράδειγμα, με την ίδρυση ενιαίου, αυτόνομου φορέα των ΚΠ, μονάχα από τους μισθούς των λογιστών των ΚΠ, που στο ισχύον πλαίσιο απασχολούνται ως εξωτερικοί συνεργάτες επί μηνιαίο μισθό 250€-300€ κατά μέσο όρο -με συντηρητικές εκτιμήσεις-, θα εξοικονομηθούν περί τα 200.000€-250.000€ ετησίως, ποσό με το οποίο στελεχώνονται άρτιες κεντρικές υπηρεσίες, οικονομικές και όχι μόνο. Μια ενιαιοποίηση του καθεστώτος αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες καθαριότητας στα ΚΠ, θα εξοικονομήσει επιπλέον κόστη. Η εισαγωγή ηλεκτρονικού συστήματος για τη συστηματοποιημένη καταγραφή δεδομένων οικονομικής και επιστημονικής φύσης των κατά τόπους μονάδων, σε αντικατάσταση των σημερινών όγκων συμβατικής αλληλογραφίας και ιδιαίτερα μάλιστα εφ' όσον μπορεί να γίνει χωρίς κόστος (λ.χ. «Κοινωνία της Πληροφορίας»), συνιστά άλλο παράδειγμα δυνατοτήτων εξοικονόμησης πόρων και ενέργειας.

Οι οικονομίες κλίμακας αφορούν, εξάλλου, παραμέτρους όπως η

διαπραγματευτική δύναμη μιας ενιαίας διοίκησης στην αγορά, από όπου μπορεί να προμηθεύεται εν γένει υλικά και υπηρεσίες για τις επιμέρους δομές σε καλύτερες τιμές από ό,τι η διοίκηση καθεμιάς από τις σημερινές 67 αστικές εταιρείες για μικρές ποσότητες. Αλλά και παραμέτρους οικονομιών έρευνας και προβολής του συνολικά παραγόμενου έργου της πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας.

Όλες οι παραπάνω εξοικονομήσεις θέτουν τις βάσεις για την πλήρωση των ούτως ή άλλως -με ή χωρίς θεσμική αλλαγή- απαιτούμενων νέων θέσεων επιστημονικού προσωπικού για κάλυψη των αναγκών στο πεδίο της πρωτογενούς πρόληψης, χωρίς επιπλέον οικονομική επιβάρυνση των πολιτών. Επιπρόσθετα, ήδη εισάγουν στο κάδρο πεδία έμμεσων εξοικονομήσεων πόρων σε εκτός ΚΠ συστήματα, με «πλησιέστερο» αυτό του ΟΚΑΝΑ.

Είναι προφανές ότι τα παραδείγματα αφορούν διαδικασίες με τις οποίες μπορεί να επιφορτιστεί ένας αυτόνομος, ενιαίος φορέας των ΚΠ, που θα φροντίζει αποκλειστικά για την πρόληψη, ενώ αντίθετα δεν μπορεί να αναλάβει και να φέρει σε πέρας ένας οργανισμός που θα ασχολείται «και με κάτι άλλο» πέραν της πρόληψης των εξαρτήσεων και των ΚΠ, όποιος και εάν είναι αυτός.

Έτσι, καταρχάς δίνεται στον ΟΚΑΝΑ η δυνατότητα εστίασης στο δικό του έργο, που κατά κύριο λόγο αφορά τη χορήγηση υποκαταστάτων ουσιών. Την εστίαση αυτή, που απαιτείται για την κάλυψη αντίστοιχων αναγκών της κοινωνίας, θα ωφεληθεί δια της αποφόρτισης των κεντρικών υπηρεσιών του από τις ήδη πολύ μεγάλες απαιτήσεις συνεργασίας του, ως επιστημονικός επόπτης και οικονομικός ελεγκτής, με ένα τεράστιο δίκτυο πανελλαδικά: το δίκτυο των ΚΠ και τα τοπικά δίκτυα καθενός εξ αυτών. Ας τονιστεί εδώ ξανά ότι τα δίκτυα αυτά αναλύονται σε αναρίθμητα επί μέρους δίκτυα σχέσεων, αιτημάτων, παροχής υπηρεσιών και αδιάκοπης ανταλλαγής, τα οποία επιπλέον δεν χαρακτηρίζονται από στατικότητα, αλλά από πολύ μεγάλη ρευστότητα, ιδιαίτερα στην τρέχουσα περίοδο κρίσης. Από τη σκοπιά αυτή, δεν είναι λοιπόν άξιο απορίας το γεγονός ότι ο ΟΚΑΝΑ ποτέ δεν μπόρεσε να υποστηρίξει τα ΚΠ στο επίπεδο της συνεργασίας που επεδίωκε, ακριβώς επειδή δεν διαθέτει αναγκαία τεχνογνωσία και πόρους – και δεν εννοούμε οικονομικούς πόρους, γιατί υπήρξε εποχή που είχε τέτοιους αντλώντας παράτυπα από τον κορβανά των ΚΠ. Απορίας άξιο θα ήταν, αντίθετα, να κατόρθωνε να υποστηρίξει τα ΚΠ, έστω υποτυπωδώς.

Όλες οι υπόλοιπες δομές αντιμετώπισης της εξάρτησης, τέλος, έχουν να

ωφεληθούν από τη δημιουργία ενιαίου, αυτόνομου φορέα των ΚΠ, σε επίπεδο εξοικονόμησης και καλύτερης αξιοποίησης πόρων: ως προς τις νέες δυνατότητες διασύνδεσης και συνεργειών, τη χάραξη και εφαρμογή εθνικής στρατηγικής και πολιτικής επί όλων των «επιπέδων» παροχής υπηρεσιών και φροντίδας, τη βελτίωση των όρων σχεδιασμού, υλοποίησης και αξιολόγησης προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης ως «είσοδο» στο όλο σύστημα αντιμετώπισης της εξάρτησης.

Όσα αναφέρθηκαν στο υποκεφάλαιο τούτο, αφορούν, πιστεύουμε, ζητήματα αυτονόητα, τα οποία όμως κρίνουμε ότι χρειάζεται να αποτυπώνονται ως τεκμήρια της συχνά μεγάλης διάστασης μεταξύ «απόψεων» ή καλών προθέσεων και πραγματικότητας, στον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή μιας ζητούμενης τομής στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των ΚΠ. Συγκεκριμένα, βέβαια, μιας τομής που θα καταστήσει τις δομές και τις υπηρεσίες τους στους πολίτες βιώσιμες, οικοδομώντας ενιαίο πλαίσιο και, παράλληλα, αξιοποιώντας και αναπτύσσοντας τον μοναδικό πλούτο των ευρύτατων, περίπλοκων, δικτύων τους ανά την Ελλάδα – που σήμερα κατασπαταλιέται, πιασμένος στις δαγκάνες μιας γραφειοκρατίας που προχωρά «πλαγίως».

Επίμετρο

Κλείνουμε την παρουσίασή μας με δυο λόγια για τις σημερινές συνθήκες μιας κρίσης παγκόσμιας και καθολικής. Η εξέλιξή της, σε ανταπόκριση με τις εξελίξεις στο πολυπαραγοντικό φαινόμενο της εξάρτησης και παράλληλα με την από πολλών ετών συντελεσθείσα αποδιοργάνωση του λεγόμενου κοινωνικού κράτους διεθνώς¹⁹⁸, καθιστά θετική πολιτική επιλογή την ενδυνάμωση όλων των δομών που προσφέρουν τις σημαντικές υπηρεσίες αντιμετώπισης της εξάρτησης, αγωγής και προαγωγής της υγείας, με μια ολιστική οπτική. Η υγεία των ανθρώπων σήμερα εξαρτάται με ολοένα περισσότερες συνδέσεις από το χρέος και τις περί αυτό εφαρμοζόμενες δημοσιονομικές πολιτικές, αλλά και τον βαθμό οργάνωσης και διαφάνειας των υπηρεσιών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας¹⁹⁹, την ίδια στιγμή που η υγεία συνιστά κοινωνικό αγαθό, στο οποίο άρα πρέπει όλοι/ες να έχουν

¹⁹⁸ Mishra, R. (1984). *The Welfare State in Crisis: Social Thought and Social Change*, σ. xiii.

¹⁹⁹ Kim, J. Y., Millen J. V., Irwin Al. and Gershman, J. (eds.) (2002). *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*.

πρόσβαση χωρίς διακρίσεις²⁰⁰.

Δια της προτεινόμενης εδώ ανασυγκρότησης των ΚΠ, των κοινωνικών δικτύων και των υπηρεσιών τους στο πλαίσιο ενιαίου, αυτόνομου φορέα, το ήδη χαμηλό κόστος λειτουργίας των ΚΠ συναντιέται με εξορθολογισμούς που δημιουργούν όρους ενίσχυσης τόσο της πρόληψης όσο και των υπολοίπων δομών αντιμετώπισης της εξάρτησης, αποφόρτισης κρατικών υπηρεσιών από γραφειοκρατίες, δάνοιξης οδών ουσιαστικής συνεργασίας και χάραξης πολιτικής, καθώς και ελέγχου και λογοδοσίας. Η συνάντηση αυτή, ως διεύρυνση της κοινωνικής αλληλεγγύης μέσα από υπηρεσίες δημόσιου χαρακτήρα²⁰¹, μπορεί να καταστήσει την ύπαρξη και λειτουργία των ΚΠ ουσιαστικής, κομβικής σημασίας στα αλληλοσυνδεδεμένα πλαίσια ανάπτυξης μιας σειράς πολιτικών – σε ένα φάσμα κοινοτικό, εκτεινόμενο κωδικοποιημένα από την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση μέχρι την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Τα αναμενόμενα συλλογικά οφέλη που έτσι μπορούν να προκύψουν, συνιστούν μια θετική πρόκληση για την Πολιτεία τόσο ως προς την εδραίωση, για πρώτη φορά στην ιστορία της χώρας, ενός ενιαίου πυλώνα πρόληψης στο πλαίσιο της αντιμετώπισης της εξάρτησης, όσο και ως προς τη δημιουργία αναχωμάτων στην επιβάρυνση της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας -της σχετικής με την αντιμετώπιση της εξάρτησης, αλλά και συνολικότερα της Υγείας-, καθώς και του συστήματος απονομής δικαιοσύνης και του σωφρονιστικού συστήματος^{202 203}.

Το γεγονός ότι, έτσι, η πρότασή μας για θεσμική αλλαγή στο πλαίσιο λειτουργίας των ΚΠ δεν είναι κάποιο απομονωμένο αίτημα, αλλά μια τεκμηριωμένη διατύπωση της αναγκαιότητας ριζικής τομής στα ειωθότα της πρόληψης και συνολικά της αντιμετώπισης της εξάρτησης στη χώρα μας, είναι μάλλον αναμενόμενο να προκαλεί αντιφατικά συναισθήματα και σκέψεις, εντείνοντας τον κλονισμό «βεβαιοτήτων» και «ισορροπιών» σε μια έτσι κι αλλιώς ρευστή εποχή. Θεωρούμε, ωστόσο, πως για τη διέξοδο από την προγραμματική κρίση που

²⁰⁰ Μπένος, Α. (2007). *Το διακύβευμα της πολιτικής υγείας: Ελλείμματα του παρελθόντος και διλήμματα του μέλλοντος*. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, τ. 1 (Ιούλιος-Δεκέμβριος 2007), σ. 32.

²⁰¹ Μπένος, Α. *όπ.π.*

²⁰² Παπαναστασάτος, Γ. (2013). *Η εξάρτηση από παράνομες ψυχοδραστικές ουσίες. Η θεραπεία και η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων*, σ. 67-72 – Εξ αιτίας της έλλειψης ενός ενιαίου φορέα των ΚΠ, δεν υπάρχουν αντίστοιχα συγκεκριμένα δεδομένα αναφορικά με την πρόληψη: από την παρουσίαση, όμως, των δεδομένων αναφορικά με τα οικονομικά και άλλα οφέλη της θεραπείας συγκριτικά με κόστη και επιβαρύνσεις σε άλλους τομείς υπηρεσιών, διαφαίνονται τα αντίστοιχα οφέλη της πρωτογενούς πρόληψης, που προηγείται της θεραπείας.

²⁰³ Διεθνής Επιτροπή του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (2016). *Ετήσια Έκθεση 2015. Δελτία Τύπου*, σ. 1-2. Διαθέσιμο στο <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/OHE%20entipo%2015.pdf>

σιγοτρώνει, αποδυναμώνει και ρίχνει σε εσωστρέφεια όλες τις δομές αντιμετώπισης της εξάρτησης, δεν υπάρχει άλλος δρόμος – ανώδυνος, διαχειριστικός, απομονωτικός ή συγχωνευτικός. Όπως το θέτει ο Δ. Υφαντής: «*“Η εισαγωγή της διαφοράς είναι τραυματική” αλλά είναι και απαραίτητο όσο και αναπόφευκτο στοιχείο της ύπαρξης, της αποδοχής της μοναδικότητας, συνεπώς και της ατομικότητας [...] Είναι τότε που ο “θεσμός” δεν παραμένει απλά στη ζωή, αλλά συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό γίνεσθαι. Είναι τότε που ο «θεσμός» μπορεί να συνενυρεθεί με άλλους παρεμφερείς θεσμούς σε ένα κοινό μέτωπο για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων.*»²⁰⁴

Οι τολμηρές, συγκροτημένες, σύγχρονες επιλογές άσκησης κοινωνικής πολιτικής, που συνδυάζουν σταθερότητα κεντρικά και ευελιξία περιφερειακά και τοπικά, με έμφαση στη συνεργασία οργανωμένων, διακριτών υπηρεσιών και στην ανασυγκρότηση των κοινοτήτων, μπορούν να προαγάγουν τη δημόσια υγεία, την ανθρώπινη και την εν γένει ανάπτυξη με προωθητικούς, εναλλακτικούς όρους²⁰⁵ καθώς και την κοινωνική συνοχή, χωρίς ανθρώπινο και οικονομικό κόστος. Τόλμη, συγκρότηση και σύγχρονο πνεύμα σε εποχή διαρκώς οξυνόμενης κρίσης μαρτυρούν οι επιλογές για εμπέδωση και εμβάθυνση της εστίασης στην πρωτογενή και καθολική πρόληψη, πριν την εκδήλωση εξάρτησης ή κάθε άλλης ψυχοκοινωνικής δυσκολίας για τον άνθρωπο και το περιβάλλον του, που πηγάζει από κοινούς αιτιακούς παράγοντες. Κάθε άλλη επιλογή στο πεδίο της πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας σηματοδοτεί οπισθοδρόμηση στα «επιλεκτικά» ή «οριακά» μοντέλα άσκησης κοινωνικής πολιτικής του 19^{ου} αιώνα.²⁰⁶

Τελικά, ακόμη και οι κάθε είδους δημοσιονομικές επιλογές απαιτούν πρότερες επενδύσεις σε δημόσιες υπηρεσίες και προγράμματα κοινωνικής πολιτικής. Εάν υπάρξει πρόνοια ώστε αυτά να διαθέτουν προδιαγραφές σωστής οργάνωσης καθώς και υπαγωγής σε διαδικασίες κοινωνικού ελέγχου και λογοδοσίας, μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη μεσοπρόθεσμα, προσδίδοντας σε αυτή «μη οικονομικά» κοινωνικά οφέλη και αποτρέποντας

²⁰⁴ Υφαντής, Δ. (2016). Ο «θεσμός» στην αντιμετώπιση της εξάρτησης. Μια ζώσα μεταβαλλόμενη πραγματικότητα. Πρακτικά Ημερίδας, Διαθέσιμο στο <http://www.e-dromos.gr/o-thesmos-sthn-antimetwpsih-ths-exarhths-mia-zwsa-metaballomenh-pragmatikothta/>

²⁰⁵ Παπαϊωάννου, Σκ. (2006). Για μια κοινωνική οικονομία και κοινωνική πολιτική της αλληλεγγύης και της ενδυνάμωσης ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό. Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, σ. 10-31.

²⁰⁶ Στασινοπούλου, Ο. (1997). Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική εξέλιξη, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις. Gutenberg.

επιβαρύνσεις ή και καταστροφές στη δημόσια υγεία, μακροπρόθεσμα²⁰⁷.

Στο πνεύμα αυτό, ο ΟΗΕ, στην Ετήσια Έκθεση 2013 της Διεθνούς Επιτροπής του για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών, δια του προέδρου της παροτρύνει και προειδοποιεί: «Παρουσιάζουμε στοιχεία για το εκτεταμένο οικονομικό και κοινωνικό κόστος της χρήσης ουσιών στους τομείς της υγείας, της δημόσιας ασφάλειας, της εγκληματικότητας, της παραγωγικότητας και της διακυβέρνησης, και παροτρύνουμε τις κυβερνήσεις και τους φορείς να ενώσουν τις δυνάμεις τους προκειμένου να εφαρμόσουν οικονομικά αποδοτικές πολιτικές πρόληψης και αποδοτικά θεραπευτικά προγράμματα. Η πρόληψη και η θεραπεία παραμένουν ουσιώδεις για την αντιμετώπιση του οικονομικού και κοινωνικού κόστους της χρήσης ουσιών. Ακόμη και σε περιόδους λιτότητας αυτή η επένδυση πρέπει να διατηρείται. Η εναλλακτική λύση -της απώλειας του δυναμικού των πολιτών- μπορεί να είναι η χειρότερη “επενδυτική επιλογή” που υπάρχει».²⁰⁸

Οι συστάσεις αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία για τις χώρες και τις κοινωνίες που δονούνται, στα επίκεντρα της παγκόσμιας κρίσης. Οι άνθρωποι τους θα χρειαστεί να καλλιεργήσουμε και συσπειρώσουμε τις καλύτερες δυνάμεις μας, θέτοντάς τις ο ένας στην υπηρεσία του άλλου μέσα στις κοινότητές μας, πρώτα για να αντέξουμε, να επιβιώσουμε σε συνθήκες μεγάλων ανατροπών και αναστατώσεων, παράλληλα χαράζοντας μέσα από τη βασική αυτή διαδικασία εναλλακτικές οδούς μετάβασης σε ένα αύριο βιώσιμο, δημοκρατικό, αξιοπρεπές, πλουραλιστικό.

Ζητάμε πραγματικά πολλά. Γι' αυτό και δεν ζητάμε χάρες.

*Εμείς τη λέμε τη ζωή, πηγαίνουμε μπροστά
Και χαιρετούμε τα πουλιά της που μισεύουνε.
Είμαστε από καλή γενιά.*

Οδυσσέας Ελύτης, *Ήλιος ο Πρώτος - XIV*.

²⁰⁷ Στάκλερ Ντ. & Μπάσου Σ. (2014). *Πολιτικές Ζωής και Θανάτου. Πώς η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία*. Ψυχογιός: Αθήνα.

²⁰⁸ Διεθνής Επιτροπή του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (2014). *Ετήσια Έκθεση 2013. Ενημερωτικά Δελτία*, σ. 1. Διαθέσιμο στο <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/OHE%20entipo%2015.pdf>

Παράρτημα

«Κοινωνικές αναπαραστάσεις της χρήσης ουσιών στην εφηβεία. Κάποια συμπεράσματα από ομάδες μαθητών σε Γυμνάσια και Λύκεια»*

Άννα Τζάκου - Κοινωνιολόγος, Κέντρο Πρόληψης Περιστερίου

Οι υπηρεσίες που παρέχουν τα Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων απευθύνονται στις κοινότητες ως σύνολο με τη μορφή ανοιχτών εκδηλώσεων, αλλά και πιο συγκεκριμένα στη σχολική κοινότητα με τη μορφή ομάδων μαθητών, ομάδων εκπαιδευτικών, ομιλιών στις τάξεις, ομιλιών στους γονείς των μαθητών, ομάδων μαθητών.

Οι άξονες στους οποίους κινούμαστε ως εργαζόμενοι στα Κέντρα Πρόληψης είναι η ευαισθητοποίηση της κοινότητας τόσο σε θέματα χρήσης ουσιών όσο και γενικά σε θέματα κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης, η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών, η υποστήριξη των γονέων στον ρόλο τους καθώς και η εκπαίδευση και εποπτεία των εκπαιδευτικών όλων των βαθμίδων.

Οι σύγχρονες συνθήκες, όπως όλοι γνωρίζουμε, έχουν επιφέρει σημαντικές δυσκολίες στην καθημερινότητα των ανθρώπων επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό τον θεσμό του σχολείου και της οικογένειας.

Συγκεκριμένα, στη μαθητική κοινότητα οι εργαζόμενοι των Κέντρων Πρόληψης προσπαθώντας να ανταποκριθούν στις νέες απαιτήσεις σχεδιάζουν και πραγματοποιούν δράσεις ευαισθητοποίησης στα σχολεία των δήμων που δραστηριοποιούνται τόσο σε δημοτικά όσο και σε Γυμνάσια και Λύκεια.

Οι δράσεις μας αντλούν από συγκεκριμένα εκπαιδευτικά υλικά, βασίζονται στη βιωματική μάθηση και αφορούν τη διαπραγμάτευση διάφορων θεμάτων που

* Εισήγηση στην Ημερίδα με θέμα «Οι Κοινωνικές Αναπαραστάσεις των Ναρκωτικών στα ΜΜΕ», που συνδιοργάνωσαν η Μονάδα Απεξάρτησης 18 ΑΝΩ (ΨΝΑ-Δαφνί) και το Σωματείο μας (19/11/2015, «Τεχνόπολις» Δήμου Αθηναίων).

απασχολούν τους μαθητές, όπως χρήση ουσιών, σχέσεις μεταξύ των μαθητών, σχολικός τραμπουκισμός, ρατσισμός-σεβασμός στη διαφορετικότητα, διαφυλικές σχέσεις, καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων.

Προκειμένου να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο εργαζόμαστε σε έναν κοινωνικό χώρο όπως είναι το σχολείο, θα αναφερθούμε αναλυτικά σε μια παρέμβαση πρόληψης παραθέτοντας και τα συμπεράσματα στα οποία οδηγηθήκαμε. Η παρέμβαση είχε θέμα «Χρήση ουσιών στην εφηβεία και κοινωνικές αναπαραστάσεις» και προέκυψαν από αυτή κάποια ποιοτικά χαρακτηριστικά που μας οδήγησαν σε συγκεκριμένες σκέψεις και συνδέσεις με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των ναρκωτικών στα Μ.Μ.Ε.

Είναι μια δράση που πραγματοποιείται για αρκετά χρόνια, αφορά Γυμνάσια και Λύκεια, υπερεκπροσωπούνται δε κυρίως η Γ' Γυμνασίου και η Α' Λυκείου.

Αρχικά να αναφέρουμε ότι στις παρεμβάσεις μας στοχεύουμε στο να υπάρχουν αρκετές συναντήσεις στις οποίες διαπραγματευόμαστε ένα θέμα, έτσι ώστε να δημιουργηθεί καταρχήν ένα κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των συντονιστών και των μαθητών και να υπάρχει χρόνος και άνεση να εκφραστούν όλοι οι συμμετέχοντες, χωρίς να φοβούνται ότι αυτό που θα πουν θα είναι σωστό ή λάθος. Επιπλέον υπάρχει η δέσμευση της εχεμύθειας, δηλαδή εξηγούμε στους μαθητές ότι αυτά που λέγονται στην ομάδα μένουν και στην ομάδα, τόσο από τη δική μας πλευρά όσο και από τη δική τους. Η ματιά μας είναι στραμμένη στο να προκληθεί μια συζήτηση προβληματισμού σχετικά με το τι γνωρίζουμε για ένα φαινόμενο, από πού προέρχονται οι πληροφορίες, αν είναι έγκυρες, ποιοι είναι οι παράγοντες που το προκαλούν, τι εξυπηρετεί, σε τι σκέψεις μας οδηγούν όλα αυτά.

Να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο ότι οι έφηβοι βρίσκονται ηλικιακά στη φάση που ψάχνουν και δημιουργούν την ταυτότητά τους, είναι όπως όλοι μας δέκτες κοινωνικών αναπαραστάσεων, ενώ παρατηρούμε πως οι αναπαραστάσεις της οικογένειας φαίνεται να είναι κατά κανόνα και αναπαραστάσεις δικές τους και αυτό δεν επιδέχεται αμφισβήτηση, τουλάχιστον όχι ακόμα. Οι εικόνες και οι προσωπικές εμπειρίες είναι ισχυρές βάσεις στις οποίες χτίζονται τα συμπεράσματα και οι υποθέσεις τους, κρίνουν με βάση ιστορίες από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, αλλά φαίνεται ότι οι κυρίαρχες αναπαραστάσεις των ναρκωτικών στα Μ.Μ.Ε. είναι ξεκάθαρα παρούσες στη σκέψη τους.

Στις συναντήσεις δίνουμε αρκετό χρόνο στο να γνωριστούμε με βιωματικό τρόπο, κάνουμε κάποια παιχνίδια γνωριμίας στα οποία όλοι οι μαθητές

μοιράζονται πράγματα για τον εαυτό τους προκειμένου να επέλθει ένα «ζέσταμα», να γίνει κατανοητό ότι όλοι όσοι θέλουν να μιλήσουν θα έχουν το χρόνο που χρειάζονται, δεν θα τους διακόψει κανείς ούτε θα τους κρίνει και δεν θα υπάρχει μονοπώληση της συζήτησης από κάποιους μαθητές έναντι άλλων. Μας ενδιαφέρει αυτό να είναι ξεκάθαρο και δίνουμε ιδιαίτερη βαρύτητα γιατί οι αναπαραστάσεις των συζητήσεων στα M.M.E. έχουν τελείως διαφορετικές δυναμικές στις οποίες όλοι έχουμε εκτεθεί και ενδεχομένως αναπαράγουμε άθελά μας. Εδώ προσπαθούμε να τις ανατρέψουμε. Επίσης πάντα δίνουμε τη δυνατότητα σε όποιον δεν θέλει να συμμετέχει στη συζήτηση, να απέχει χωρίς κάποια κύρωση. Τονίζουμε ότι η συμμετοχή στο πρόγραμμα είναι εθελοντική.

Μια συχνή άσκηση την οποία κάνουμε στο πλαίσιο αυτών των συναντήσεων, προκειμένου να αναδειχθούν οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της χρήσης ουσιών και να συζητήσουμε γύρω από αυτές, είναι να σχεδιάσουν οι μαθητές το προφίλ κάποιου, ο οποίος κάνει χρήση ουσιών. Οι οδηγίες που δίνονται είναι: να φανταστούν ελεύθερα το είδος της ουσίας, στο στάδιο στο οποίο βρίσκεται το φανταστικό πρόσωπο ως προς τη χρήση (είναι στη φάση της δοκιμής-πειραματισμού, χρόνιας χρήσης, εξάρτησης;), τους παράγοντες που τον οδήγησαν σε αυτήν την επιλογή, το είδος των κοινωνικών του σχέσεων, το κοινωνικό του πλαίσιο, το κατά πόσο εργάζεται ή όχι, τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Καλούνται επίσης να του δώσουν ένα όνομα και να σκεφτούν πως θα είναι η ζωή του σε αρκετά χρόνια. Οι μαθητές χωρίζονται σε ομάδες και έχουν αρκετό χρόνο να συζητήσουν, να αποφασίσουν, να αποτυπώσουν στο χαρτί αυτά που συμφώνησαν και κατόπιν να παρουσιάσουν στην ολομέλεια το αποτέλεσμα της δουλειάς τους ώστε να ακολουθήσει συζήτηση.

Τα στοιχεία που έχουν προκύψει από την αποτύπωση των μαθητών είναι κυρίως τα εξής:

Ενώ η γενική οδηγία είναι να επιλέξουν μια ουσία, στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει συνδυασμός ουσιών, δηλαδή το πρόσωπο που απεικονίζουν, ως επί το πλείστον άντρας νεαρής ηλικίας, κάνει χρήση πολλών ναρκωτικών ουσιών μαζί, κάποιες φορές και ταυτόχρονα (χασίς, ηρωίνη, χάπια, κοκαΐνη, LSD, υπνωτικά). Σαν να μην έχει κάποια ιδιαίτερη προτίμηση ως προς την ουσία, αλλά ως προς την κατανάλωση. Σαν το πέρασμα στη χρήση να ενέχει τελεσίδικο χαρακτήρα και να σημαίνει πως εφ' όσον κάποιος ξεκίνησε τη χρήση θα δοκιμάσει τα πάντα. Είναι λίγες οι περιπτώσεις που ανέφεραν τη χρήση μιας μόνο

ουσίας. Στην ερώτηση αν πιστεύουν πως δημιουργείται ένα ιδιαίτερο δέσιμο του ανθρώπου με την ουσία που επιλέγει, η απάντηση είναι καταφατική – αλλά από μόνοι τους δεν το αναφέρουν.

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο είναι τα ονόματα που επιλέγουν να δώσουν οι μαθητές στους χρήστες ουσιών φανερώνοντας τη θέση της ουσίας στη ζωή τους. Κάποια αντιπροσωπευτικά ονόματα που έχουν ακουστεί είναι: «Μπάμπης ο Μπαφάκας», «Γιάννης Πρέζας».

Συνήθως, τα πρόσωπα που σχεδιάζουν είναι στα τελευταία στάδια της χρήσης, σπάνια στο στάδιο του πειραματισμού, συνήθως σε φάση εξαθλίωσης, πεσμένοι κάτω, εξαρτημένοι, άστεγοι. Σχεδιάζουν σύριγγες στα χέρια, ποτήρια με ποτά, τσιγάρα, χάπια, όλα να τον περιτριγυρίζουν. Το ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι τα φανταστικά πρόσωπα συνήθως είναι νεαρής ηλικίας και σε «βαριά εξάρτηση». Ποτέ δεν παρουσιάζονται να περνούν καλά.

Στην ερώτηση ποια είναι η εικόνα του φανταστικού προσώπου, αλλά και στη συζήτηση που ακολουθεί, η εικόνα συνδέεται συνήθως με την ιατρική αποτύπωση της χρήσης ουσιών και όχι την ευφορική. Για παράδειγμα στην ερώτηση πώς εμφανίζεται κάποιος ο οποίος κάνει χρήση κοκαΐνης, οι απαντήσεις είναι συνήθως: «τρέχει αίμα από τη μύτη», «οι κόρες διεσταλμένες», «η καρδιά χτυπά γρήγορα», ενώ δεν έχει αναφερθεί ότι μπορεί να είναι πολύ ενεργητικός, ορεξάτος, σε εγρήγορση ή σε ένταση.

Παρατηρούμε ότι η κινδυνολογία και η δραματοποίηση που υπάρχει στις αναπαραστάσεις των ναρκωτικών στα Μ.Μ.Ε. είναι έντονη και στις αποτυπώσεις των εφήβων.

Όταν τίθεται το ερώτημα σχετικά με τους παράγοντες που οδήγησαν το φανταστικό πρόσωπο στη χρήση ουσιών, αυτοί είναι σχεδόν πάντα τραυματικά γεγονότα στην οικογένεια: διαζύγιο γονέων, θάνατος στην οικογένεια (σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα έχουν πεθάνει όλοι), βίαιη και κακοποιητική συμπεριφορά από γονείς, σωματική και ψυχολογική βία.

Στην ερώτηση τι είδους σχέσεις έχει με την οικογένεια και τους φίλους, η απάντηση συνήθως είναι ότι η οικογένεια δεν υπάρχει: είτε, όπως αναφέραμε, έχουν πεθάνει όλοι είτε δεν έχουν κανενός είδους επικοινωνία μεταξύ τους και το πολύ να έχει έναν-δύο φίλους, που όμως βρίσκονται στην ίδια κατάσταση με αυτόν.

Σχεδόν πάντα δεν δουλεύει, φλερτάρει με την παρανομία, κλέβει, ληστεύει για

να βρει χρήματα για τη δόση του, σε κάποιες περιπτώσεις είναι και στη φυλακή.

Αναφέρεται συχνά ότι είναι αδύναμος χαρακτήρας και ότι η προσωπικότητά του σε συνδυασμό με καταστάσεις τον οδήγησαν στην καταστροφή.

Παρατηρούμε ότι στις απεικονίσεις των μαθητών η χρήση ουσιών ταυτίζεται αποκλειστικά με εξάρτηση και ασθένεια, η έμφαση μονόπλευρα δίνεται στην οικογένεια και σε τραυματικά γεγονότα τα οποία σε συνδυασμό με την αδύναμη και ανώριμη προσωπικότητα των ατόμων οδήγησαν στην εξάρτηση.

Τέτοια απλουστευτικά σχήματα συναντούμε κυρίως να προβάλλονται στα Μ.Μ.Ε. με αποσιώπηση των κοινωνικών παραγόντων και των κοινωνικών δυναμικών που συντηρούν και τροφοδοτούν το φαινόμενο της εξάρτησης. Στην καλύτερη περίπτωση βρίσκονται στο βάθος, σε ένα ομιχλώδες τοπίο που απλά συνοδεύει τους ανθρώπους, αλλά δεν τους καθορίζει. Δεν γίνεται αναφορά στο ποιοι είναι αυτοί, με ποιον συγκεκριμένο τρόπο διαμεσολαβούν και δίνουν στη χρήση ουσιών ένα νόημα.

Στο επίκεντρο είναι η ευθεία σχέση σύνδεσης: οικογένεια κατεστραμμένη (ή κάποια άλλη καταστροφή) – χρήση – εξάρτηση. Ενώ μεσολαβούν τόσες αποστάσεις και παράμετροι που χρειάζεται να απεικονιστούν για να δώσουν φως στο μακρύ μοναχικό ταξίδι της χρήσης ουσιών, έρχεται η δραματοποίηση του φαινομένου μαζί με έναν συντηρητικό επιστημονικό λόγο, για να καθησυχάσει την πολυπλοκότητα και να μειώσει τον προβληματισμό. Ο επιστημονικός λόγος στα Μ.Μ.Ε. εμφανίζεται στερεότυπος, όσο πιο στερεότυπος τόσο πιο αναμενόμενος άρα πιο έγκυρος, δεν διχάζει και είναι βαθιά ηθικοπλαστικός. Οποιαδήποτε άλλη απόπειρα ανάλυσης ακριβώς επειδή απαιτεί χρόνο, συγκέντρωση, σύνδεση, κριτική ματιά, δυσάρεστα κοινωνικά συμπεράσματα απαιτητικές κατευθύνσεις διακόπτεται ή απορρίπτεται επειδή δεν υπάρχει αρκετός χρόνος. Χαρακτηριστικά ακούμε συνήθως στις ενημερωτικές εκπομπές: «πείτε μας με δυο λόγια τι εννοείτε», «δεν καταλαβαίνουμε», «να μιλήσουμε απλά, να καταλάβουν οι τηλεθεατές». Μια ξεκάθαρα ειρωνική αντιμετώπιση προκειμένου να μειωθεί η επιστημονικότητα της ανάλυσης.

Εδώ να αναφέρουμε πως, όταν ο επιστημονικός λόγος απευθύνεται σε παιδιά ή εφήβους, φαίνεται να είναι ακόμα πιο συντηρητικός και ηθικοπλαστικός, τονίζοντας τι είναι σωστό και τι λάθος, με τη δικαιολογία ότι η κριτική τους σκέψη δεν είναι ακόμα αρκετά ανεπτυγμένη, άρα χρειάζονται έτοιμα συμπεράσματα. Επίσης υπάρχει η τάση να επικεντρωνόμαστε στην καλλιέργεια των προσωπικών

δεξιοτήτων ως τρόπο προστασίας από τις ναρκωτικές ουσίες. Η καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης, η επιρροή της παρέας, ο τρόπος λήψης αποφάσεων παρουσιάζονται ως μαγικές συνταγές αφήνοντας στην άκρη το πλαίσιο μέσα στο οποίο καθορίζονται τα παραπάνω. Η καλλιέργεια της αυτοεκτίμησης, ωστόσο, σε ένα πλαίσιο που προωθεί την εκμετάλλευση, τη φτωχοποίηση, την ανταγωνιστικότητα και ταυτόχρονα την ανάγκη συνεχούς προβολής και ανάρτησης ωραιοποιημένων καθημερινών στιγμών -για να αποδείξουμε ότι περνάμε καλά- μόνο ψυχαναγκαστική και περιορισμένη μπορεί να είναι.

Σε αυτό το πλαίσιο καλούνται να συνδιαλεγούν οι σημερινοί έφηβοι, να προσαρμοστούν ή να αντιδράσουν – αλλά αρχικά, το σημαντικό είναι να το γνωρίσουν σε βάθος. Το να ακουστούν τα παιδιά, να συνομιλήσουμε σχετικά με τις αναπαραστάσεις τους, που τελικά δεν διαφέρουν πολύ απ' τις δικές μας, να κρίνουμε τα πρότυπα συμπεριφοράς και ζωής που προβάλλονται, προσφέρει αμφίπλευρα μοίρασμα ανησυχιών, εξέλιξη της κριτικής σκέψης και διαρκή αναζήτηση.

Επομένως χρειάζεται να γίνεται συζήτηση και για τον κυρίαρχο επιστημονικό λόγο και τον ρόλο που διαδραματίζει στη διαμόρφωση στάσεων. Χαρακτηριστικά, μια μαθήτρια της Γ' Γυμνασίου μιλώντας για τον εαυτό της και για το τι της αρέσει να κάνει ανέφερε: «Εμένα μου αρέσει η ψυχολογία γιατί μου αρέσει να δίνω συμβουλές».

Στη συνέχεια, παρατηρούμε ότι όπως χτίστηκε επιστημονικά το στερεότυπο του εγκληματία που συνδέθηκε με αιτίες όπως σωματικές δυσμορφίες, βιολογικές δυσλειτουργίες ή στοιχεία του χαρακτήρα του, έτσι και ο χρήστης ουσιών παρεκκλίνοντας από την κοινωνική νόρμα εμφανίζεται κατά κύριο λόγο ως αδύναμη προσωπικότητα, τραυματισμένη, ανήμπορη, με τα χαρακτηριστικά στοιχεία του να τον οδηγούν στην «ασθένειά» του και στην κοινωνική απομόνωση. Δεν εξετάζεται η κοινωνική-οικονομική θέση του, οι προοπτικές και ευκαιρίες του περιβάλλοντός του, δεν εξετάζεται κατά πόσο η απομόνωση ήδη προϋπήρχε για άλλους λόγους και συνέβαλε στην καταφυγή στη χρήση ουσιών.

Να επιστρέψουμε στους μαθητές και στις απεικονίσεις τους. Σε κάποιες περιπτώσεις ενδιαφέρον έχει ότι αναφέρεται πως η χρήση ουσιών ξεκίνησε μετά από αποτυχία στις πανελλήνιες εξετάσεις. Πάλι ένα σημαντικό γεγονός με πολλές προεκτάσεις: τι σημαίνουν οι πανελλήνιες εξετάσεις, τι συμβολίζουν για τους εφήβους, γιατί μια ενδεχόμενη αποτυχία εμφανίζεται τόσο δυσβάσταχτη. Αποτελεί

μια καλή βάση για να ξεκινήσουμε μια συζήτηση σχετικά με το πώς κάποιες αποτυχίες ή επιτυχίες μπορεί να μας καθορίσουν, όχι επειδή είναι από μόνες τους τόσο σημαντικές αλλά επειδή έχει καθοριστεί να είναι σημαντικές ή επειδή ορίζουν μια κοινωνική επιταγή – υπό την πίεση της οποίας μπορεί κάποιος να «λυγίσει».

Αναφέρεται συχνά η επιρροή της παρέας, ότι κάποιος συνήθως παρασύρεται, μπλέκει με κακές παρέες, δοκιμάζει τη χρήση ουσιών γιατί δεν μπορεί να πει όχι, με λίγα λόγια είναι αδύναμος χαρακτήρας. Σε αυτό το σημείο προσπαθούμε να αναδείξουμε την πολυπλοκότητα που υπάρχει στην αναζήτηση αποδοχής στα διάφορα περιβάλλοντα. Μπορεί να είναι το φιλικό, το ευρύτερα κοινωνικό, αργότερα το εργασιακό περιβάλλον. Μπορεί να είναι περιβάλλοντα τα οποία δεν μπορούμε απλά να απορρίψουμε, έστω κι αν είμαστε δυνατοί χαρακτήρες. Το να επιλέξουμε μια στάση ζωής δεν είναι κάτι που συμβαίνει από τη μια μέρα στην άλλη. Είναι χρήσιμο να αναρωτηθούμε σχετικά με την αφομοίωση, η οποία δεν είναι πάντα ξεκάθαρα ορατή και αναγνωρίσιμη, μπορεί να έρχεται σιγά-σιγά και να έχει διάρκεια, να έρχεται με ενίσχυση από κάποιους σημαντικούς άλλους και με κοινωνικά χειροκροτήματα. Και η αφομοίωση αυτή, ακόμα κι αν συμβολίζει την επιτυχία, μπορεί να απειλεί τις προσωπικές μας αξίες και τη διαύγειά μας, να μας αποκοιμίζει. Στόχος είναι να προκαλούμε διαρκή ερωτήματα τα οποία αν και εφ' όσον απαντώνται είναι καλό διαρκώς να επαναλαμβάνονται.

Προσπαθούμε να καταδικάζουμε τα απλουστευτικά σχήματα: πάντα κάτι κρύβουν και συνήθως αυτό που κρύβουν είναι το ουσιώδες νόημα.

Στην περίπτωση των αναπαραστάσεων της χρήσης ουσιών: Γιατί λείπει η συνολική εικόνα της εξάρτησης, η οποία είναι διαδικασία μακρά και μοναχική και, αντ' αυτής, κυριαρχεί η αρχή της χρήσης (η πρώτη δοκιμή), ο πειραματισμός και το τέλος της, η εξαθλίωση και συνήθως ο θάνατος. Ενδεχομένως, επειδή έχουν όλον τον φόβο και τη δραματοποίηση που χρειαζόμαστε. Πάντως, έτσι αποφεύγουμε να ασχοληθούμε με τις απολαυστικές, ευφορικές δόσεις περιθωρίου και νοήματος, που η χρήση ουσιών προσφέρει σε όσους βρίσκονται σε αυτή τη διαδικασία.

Ίσως γιατί τότε θα πρέπει να ασχοληθούμε σοβαρά με το γιατί τόσοι πολλοί άνθρωποι επιλέγουν να βρουν αυτό το νόημα, κάποιος να μπουν στο περιθώριο ή γιατί τόσοι πολλοί άνθρωποι βρίσκονται σε ένα περιθώριο χωρίς καν να το επιλέξουν. Επίσης, με το τι συμβαίνει σε αυτήν την εποχή μας, ώστε να αδυνατεί να προσφέρει ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς, ασφάλεια, διέξοδο, επικοινωνία, διάθεση και δυνατότητα για δημιουργία στους ανθρώπους, αίσθηση ότι αυτή η

ζωή και η καθημερινότητα έχουν νόημα, απόλαυση και χαρά, ότι δεν είναι ένας διαρκής αγώνας χωρίς τέλος. Δύσκολα ερωτήματα, που φέρνουν δύσκολες απαντήσεις και ακολουθούν ακόμα πιο δυσάρεστα συμπεράσματα.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί κάτι αντιφατικό που παρατηρείται στις κοινωνικές αναπαραστάσεις των ναρκωτικών στα Μ.Μ.Ε.:

Ενώ η χρήση ουσιών παρουσιάζεται ολοένα και περισσότερο ως ασθένεια η οποία πλήττει άρρωστους ανθρώπους και τους εξαθλιώνει, ταυτόχρονα παρουσιάζεται να συνοδεύει ελκυστικές, κομψές καταστάσεις λαγνοκαταστροφής και γοητευτικού περιθωρίου. Όλοι έχουμε ακούσει για πάρτυ διασήμων στα οποία καταναλώνονται διάφορες ουσίες, εκδηλώσεις σε κότερα, σε λαμπερά μέρη, εκεί που το σεξ και η χρήση ουσιών συναντώνται υπαινικτικά ή και με «ντοκουμέντα»: οι σχετικές αναμεταδόσεις, είτε παρουσιάζονται στην τηλεόραση είτε μέσω διαδικτύου, συνήθως συνοδεύονται από αντίστοιχες προκλητικές εικόνες οι οποίες τραβούν το βλέμμα. Όμορφοι, επιτυχημένοι άνθρωποι που η λέξη «εξαθλίωση» δεν φαίνεται να τους αφορά, περισσότερο προσφέρουν πικάντικα σχόλια με την επιλογή τους παρά αποδοκιμασία. Λες και η χρήση ουσιών εκεί μετατρέπεται αυτόματα σε κάτι διαφορετικό, πιο μυστηριώδες και γοητευτικό, ενώ για τους υπόλοιπους «κοινούς» ανθρώπους είναι κατάντια και μίζερη πραγματικότητα. Αυτή η αντιφατικότητα εσωτερικεύεται και οι αναπαραστάσεις αλλάζουν απόχρωση με κριτήριο το υποκείμενο που κάνει χρήση και την κοινωνική του προβολή και ισχύ, έστω και αν λεκτικά καταδικάζονται.

Το στερεότυπο της κακής παρέας που παρασύρει τον έφηβο στην «κόλαση των ναρκωτικών», αφορά στο προσωπικό περιβάλλον του κάθε ένα και είναι χειροπιαστό και ελέγξιμο. Είναι μια εύκολη και συγκινησιακά φορτισμένη αποτύπωση. Η θελκτική και ερωτικοποιημένη εικόνα ενός επιτυχημένου καλλιτέχνη ο οποίος «λέγεται» ότι παρεκτρέπεται και αυτοκαταστρέφεται με ουσίες, προβάλλεται καθολικά, αναπαράγει την ανισότητα ως προς την επικινδυνότητα επιλογών (οι διάσημοι μπορούν να κάνουν ότι θέλουν, αυτοί δεν κινδυνεύουν) και ενδεχομένως να λειτουργεί πιο ύπουλα παρουσιάζοντας ένα πρότυπο ζωής γεμάτης συγκινήσεις και γοητευτικά επικίνδυνες καταχρήσεις.

Προσανατολίζοντας την επικινδυνότητα στο προσωπικό περιβάλλον του κάθε ένα, αποφεύγουμε να ασχοληθούμε με τους πολύπλοκους κοινωνικούς μηχανισμούς που προκαλούν τον καταναγκασμό της εξάρτησης. Υιοθετούμε μια στάση που περιορίζεται στα εξής: «λέω όχι στην προσφορά, βάζω ταμπέλα στους

ανθρώπους, είναι συγκεκριμένοι οι άνθρωποι που κινδυνεύουν, αυτοί αρρωσταίνουν και χρειάζονται θεραπεία, εγώ είμαι κάτι διαφορετικό και κοιτάω τη ζωή μου».

Λείπει η συνείδηση και η αίσθηση ότι είμαι μέρος ενός συνόλου που εκτίθεται σε συγκεκριμένες αναπαραστάσεις προς χειραγώγηση -σε μια εποχή που ο φόβος, ο ανταγωνισμός, η ανασφάλεια, το μίσος, η αίσθηση ότι η απειλή είναι πάντα παρούσα και το μέλλον κάτι που κανείς δεν θέλει να σκέφτεται, είναι βάσεις της καθημερινότητας-, που θα οδηγήσει σε κατανόηση ότι ο κάθε άνθρωπος είναι πιθανό να επιλέξει την απόσυρση και την παραίτηση, με τον οποιοδήποτε τρόπο.

Προσπαθούμε, λοιπόν, μέσα από τις παρεμβάσεις μας, να περάσουμε στους μαθητές το μήνυμα πως η χρήση ουσιών δεν είναι κάτι που αφορά κάποιους άλλους, καταδικασμένους ανθρώπους που η πορεία τους είναι προδιαγεγραμμένη, αλλά ένα φαινόμενο που μας αφορά όλους, με πολλούς και άμεσους τρόπους.

Πως είναι σημαντικό συχνά να κάνουμε ένα βήμα πίσω, να αναλογιζόμαστε τη θέση μας στο σύνολο, να μην βλέπουμε τον εαυτό μας σαν μέρος ενός σχήματος με εμάς συνεχώς στο επίκεντρο, έτσι να αναγνωρίζουμε τις πολλαπλές επιρροές που δεχόμαστε -κάποιες λιγότερο θεατές από άλλες- και να αναρωτιόμαστε σε τι αυτές εξυπηρετούν.

Για παράδειγμα, το ότι είμαστε καταναλωτικά όντα δεν είναι μια γενική θεώρηση, είναι μια πολύ ειδική κατάσταση, συνδεδεμένη με τα κυρίαρχα μηνύματα στα Μ.Μ.Ε. και η οποία μας υπαγορεύει τη σύνδεση μεταξύ κατανάλωσης πραγμάτων ή ουσιών και την ευχαρίστηση ή τη λήθη ή το μούδιασμα, αναλόγως «τι έχουμε ανάγκη».

Η προσπάθειά μας συγκεντρώνεται στο να αναδείξουμε τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα του φαινομένου της χρήσης ουσιών και γενικότερα των εξαρτητικών συμπεριφορών στους μαθητές, με όσο γίνεται πιο απλό τρόπο, έναντι των κοινωνικών αναπαραστάσεων που έχουμε και που μας προσανατολίζουν σε συγκεκριμένες παραδοχές συσκοτίζοντας τις θεμελιώδεις δυναμικές.

Η απουσία ενός ενιαίου φορέα των Κέντρων Πρόληψης, που θα εργάζεται με όλες του τις δυνάμεις σε εκλεπτύνσεις της κατεύθυνσης αυτής αξιοποιώντας έργο, γνώση, εμπειρία και διάθεση προσφοράς πολλών ετών στην «πρώτη γραμμή», βοά.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Agency for Toxic Substances and Disease Registry, Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Principles of Community Engagement*. Atlanta, GA.

Al-Baldawi, R. (2002). *Migration-related stress and psychosomatic consequences*. International Congress Series. September 2002, vol. 1241, σ. 271–278.

Anderson, T.L. (1998). *A Cultural-Identity Theory of Drug Abuse*. *Sociology of Crime, Law, and Deviance*, Volume 1, σ. 233-262.

Aro, Hillevi (1987). *Life stress and psychosomatic symptoms among 14 to 16-year old Finnish adolescents*. *Psychological Medicine*. Feb 1987, 17 (1), σ. 191-201.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of knowledge*. Open Road Integrated Media, New York.

Bergeret, J. (1999). *Τοξικοεξάρτηση και Προσωπικότητα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Bleier, R. (1979): *Social and political bias in science: an examination of animal studies and their generalizations to human behaviors and evolution*. Madison, Wis.: Women's Studies Research Center, University of Wisconsin-Madison.

Botvin, G.J. & Griffin, K. W. (2007). *School-Based Programs to Prevent Alcohol, Tobacco and Other Drug Use*. *International Review of Psychiatry*, 19(6), σ. 607-

615.

Botvin, G.J. & Botvin, E.M. (2004: 1992). *School-based and community-based prevention approaches*. Στο Lowinson, J., Ruiz, P. & Millman, R. (eds.) - *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Bourdieu, P. & Passeron, J.-C. (1990). *Reproduction in Education, Society and Culture*. Sage.

Calvo-Armengol, A. (2004). *Job Contact Networks*. *Journal of Economic Theory*, March 2004, 115(1), σ. 191–206.

Cancrini, L. (1982). *Τοξικομανίες*. Αθήνα: Αποσπερίτης.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*, New York: Basic Books.

Catalano, R.F. (2009). *Health, Medical Care, and Economic Crisis*. *The New England Journal of Medicine*. 360 (Feb 2009), σ. 749-751.

Catalano, R.F., & Hawkins, J. D. (1996). *The social development model: A theory of antisocial behavior*. Στο Hawkins, J. D. (ed.), *Delinquency and crime: Current theories*. New York: Cambridge University Press, σ. 149-197.

Chatterton, P., Fuller, D., & Routledge, P. (2007). *Relating action to activism: Theoretical and methodological reflections*. Στο Kindon, S., Pain, R., & Kesby, M. (2007). *Participatory action research approaches and methods: connecting people, participation and place*. London: Routledge.

Chevalier, J.M., Buckles, D.J. (2013). *Participatory Action Research: Theory and Methods for Engaged Inquiry*. Routledge.

Christakis, N. & Fowler, J. (2010). *Συνδεδεμένοι*. Αθήνα: Κάτοπτρο.

Christakis, N. & Fowler, J. (2007). *The spread of obesity in a large social network*

over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357(4), σ. 370-379.

Colb, D.A. (1983). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice Hall.

Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2003). *Factors that explain how policy makers distribute resources to mental health services*. *Psychiatric Services*, 54 (2003), σ. 501–507.

Crawford, M.J. & Prince, M. (1999). *Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: The importance of social context*. *Social Science and Medicine*, 49 (10), σ. 1419-1423.

Denton, R. & Kampfe, C.M. (1994). *The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review*. *Adolescence*, 29 (114), σ. 475-494.

Di Matteo, M.R. & Martin, R.L. (2011). *Εισαγωγή Στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Πεδίο.

Eggert, L., & Nicholas, L. (2004). *Reconnecting Youth: A peer group approach to building life skills*. Bloomington, National Educational Service.

Engel, G.L. (1997). *From biomedical to Biopsychosocial: Being scientific in the human domain*. *Psychosomatics*, 38, σ. 521-528.

Estroff, T. W. (ed) (2001), *Manual of Adolescent Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Publishing.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010) *EMCDDA Manuals No 4: Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)*, Publications Office of the E.U., Luxembourg.

Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting Health: A Practical Guide*. Fourth Edition.

London: Bailliere Tindall.

Fabietti, U. (1986). *Η οικοδόμηση της νεότητας, μια ανθρωπολογική προοπτική. Πρακτικά Συμποσίου «Ιστορικότητα της παιδικής ηλικίας και της νεότητας», Αθήνα 1-5 Οκτωβρίου 1984, τ. Α'.* Ιστορικό Αρχείο Ελληνικής Νεολαίας, Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς, σ. 115-123.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research.* Addison-Wesley.

Freire, P. (1998). *Teachers as cultural workers. Letters to those who dare teach.* Boulder, Westview Press.

Freire, P. (1999). *Pedagogy of hope: Reliving the pedagogy of the oppressed.* New York, Continuum.

Freudenburg, W.R., Gramling, R., Davidson, D.J. (2008). *Scientific Certainty Argumentation Methods (SCAMs): Science and the Politics of Doubt.* Sociological Inquiry 78:1 (February 2008), σ. 2-38.

Fromm, E. (1971). *Ο Φόβος Μπροστά στην Ελευθερία.* Αθήνα: Εκδόσεις Μπουκουμάνη.

Geertz, C. (1973). *Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture.* Στο Geertz, C. (ed.) (1973). *The Interpretation of Cultures: Selected Essays.* New York: Basic Books, σ. 3-30.

Gergen, K. J. (1997). *Ο Κορεσμένος Εαυτός.* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Gervais, Y. (1994). *La prevention des toxicomanies chez les adolescents.* L' Harmattan, Paris.

Glied, S., & Oellerich, D. (2014). *Two-Generation Programs and Health.* The Future of children, 24 (1), σ. 79-97.

Golombok, S. (2015). *Modern Families: Parents and Children in New Family Forms*.

Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85 (11), σ. 1403-1408.

Granovetter, M. (1983). *The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited*. *Sociological Theory*, Vol. 1 (1983), σ. 201-233.

Green, L. & Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. 2nd edition. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.

Greenwood, D.J., Whyte, W.F., & Harkavy, I. (1993). *Participatory Action Research as a Process and as a Goal*. *Human Relations*, 46 (2), σ. 175-192.

Harris, P., Nagy, S. & Vardaxis, N. (eds) (2005). *Mosby's Dictionary of Medicine, Nursing and Health Professions*. Elsevier Australia: NSW.

Harrison, M., & Sanders, T. (eds.) (2014). *Social Policies and Social Control. New Perspectives on The 'Not-So-Big Society'*. Policy Press.

Hauge, A.H., & Hem, E.H. (2011). *Developing health promotion education: Mainstreaming or acknowledging tensions in an evolving discipline?* *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6), σ. 79-84.

Hawkins, J.D., Lishner, D.M., Catalano, R.F. & Howard, M.O. (1986). *Childhood Predictors of Adolescent Substance Abuse*. *Journal of Children in Contemporary Society*, 8, σ. 11-47.

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Switzerland: WHO.

Herbert, M. (1999). *Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Heron, J. (1995). *Cooperative Inquiry: Research into the Human Condition*. London: Sage.

House, J.S., Umberson, D., Landis, K. (1998). *Structures and processes of social support*. Annual Review of Sociology, 1998, 14, σ. 293-318.

Karanikolos, M., Mladovsky, Ph., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P., & McKee, M. (2013). *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. The Lancet. V. 381, no. 9874 (April 2013), σ. 1323-1331.

Karsten, P. & Moser, K. (2009), *Unemployment Impairs Mental Health: Meta-Analyses*. Journal of Vocational Behavior 2009, vol. 74, n. 3, σ. 264-282.

Kim Jim Yong, Millen Joyce V., Irwin Alec & Gershman John (eds.) (2002). *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*. Common Courage Press.

Kimball, C.P. (1982). *Stress and psychosomatic illness*. Journal of Psychosomatic Research, 1982, 26 (1), σ. 63-71.

Kindon, S.L., Pain, R., & Kesby, M. (eds.) (2007). *Participatory Action Research Approaches and Methods: Connecting People, Participation and Places*. Routledge.

Kolb, D.A. (1983). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice Hall.

Kroger, C., Winter, H., & Shaw, R. (1997). *Οδηγός για την Αξιολόγηση Παρεμβάσεων για την Πρόληψη της Χρήσης Εξαρτησιογόνων ουσιών*. IFT (Institut für Therapieforschung). Μόναχο, Γερμανία.

Kumpfer, K.L., & Turner, C.W. (1990). *The Social Ecology Model of Adolescent Substance Abuse: Implications for Prevention*. International Journal of Addictions, 25 (4), σ. 435-463.

Lasch, C. (1991). *The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations*. W. W. Norton & Company (Revised edition).

Lerner, R.M. (2001). *Concepts and Theories of Human Development*. Psychology Press.

Longino, H. (1983). *Beyond "Bad Science": Skeptical Reflections on the Value-Freedom of Scientific Inquiry*. *Science, Technology, & Human Values*, Vol. 8, No. 1 (Winter, 1983), σ. 7-17.

McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Blom, M., Stoeckel, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, R. & Quensel, S. (2002). *Χρήση Ουσιών των εφήβων στην Ευρώπη: Ο ρόλος της οικογενειακής δομής, της οικογενειακής λειτουργίας και του φύλου*. *Εξαρτήσεις*, τ. 2 (Δεκ. 2002), σ. 62-75.

McDougall, J. (1992). *Plea for a Measure of Abnormality*. New York, Brunner/Mazel Publishers.

Merikangas, K.R., Dierker, L., & Fenton, B. (1998). *Familial factors and Substance Abuse: Implications for Prevention*. In R.S. Ashery, E.B. Rpbertson & K.L. Kumpfer (Eds). *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*.

Miller, T.R., & Hendrie, D. (2008). *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*. U.S. Department of Health and Human Services; Substance Abuse and Mental Health Services; Administration Center for Substance Abuse Prevention, σ. 32-33.

Mishra, R. (1984). *The Welfare State in Crisis: Social Thought and Social Change*. Palgrave Macmillan.

Moon, A. (1998: 1990a). *Πρόληψη της κακοποίησης και προαγωγή της προστασίας του παιδιού*. Στο TACADE & ΚΕΘΕΑ (1998). *Δεξιότητες Για Παιδιά*

Δημοτικού – Το Εγχειρίδιο.

Moon, A. (1998: 1990β). *Ομάδες και εργασία σε ομάδες σε τάξεις του δημοτικού*. Στο TACADE & ΚΕΘΕΑ (1998). *Δεξιότητες Για Παιδιά Δημοτικού – Το Εγχειρίδιο*.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders* (2nd Ed.) Bethesda MD: National Institute on Health.

National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies (Mary Ellen O'Connell, Thomas Boat & Kenneth E. Warner, eds.) (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Washington, D.C., National Academies Press (US).

Olievenstein, C. (1982). *Η ζωή του Τοξικομανή*. Αθήνα: Παλλάδα.

Parker, H., Aldridge, J. & Measham, F. (1998). *Illegal Leisure: The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use*. London: Routledge.

Pachucki, M., Breiger, R. (2010). *Cultural holes: beyond relationality in social networks and culture*. *Annual Review of Sociology*, 2010, 36, σ. 205-224.

Paul, K., & Moser, K., (2009). *Unemployment Impairs Mental Health*. *Meta-Analyses Journal of Vocational Behavior*. June 2009, 74 (3), σ. 264-282.

Pentz, M.A. (1998). *Costs, benefits, and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention*. Στο Bukoski, W.J., & Evans, R.I. (eds.) (1998). *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*. NIDA Research Monograph No. 176. Washington, DC, σ. 111-129, 1998.

Prell, C. (2011). *Social Network Analysis: History, Theory and Methodology*. Sage.

Putnam, R.D. (1995). *Bowling alone: America's declining social capital*. *Journal of*

Democracy 1995, 6(1), σ. 65-78.

Rapee, R. M., Wignall, A., Sheffield, J., Kowalenko, N., Davis, A., McLoone, J., & Spence, S. H. (2006). *Adolescents' Reactions to Universal and Indicated Prevention Programs for Depression: Perceived Stigma and Consumer Satisfaction*. *Prevention Science*, v. 7, 2 (June 2006), σ. 167-177.

Rogers, E.M (2003:1964). *Diffusion of Innovations*. Free Press.

Rogers W., Veale B. (2000). *Primary Health Care and General Practice: A scoping report*. Adelaide: NIS.

Rosenstock, I.M. (1974). *Historical Origins of the Health Belief Model*. *Health Education and Behavior*, vol. 2 (4) (December 1974), σ. 328-335.

Rüsch, N., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Müller, M., Paust, T., et al. (2013). *Attitudes towards help-seeking and stigma among young people at risk for psychosis*. *Psychiatry Research*, 210 (2013), σ. 1313–1315.

Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T., & Griffin, K. (1999). *Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use*. *Journal of Drug Education*, 29(3), σ. 251–278.

Sinha, R. (2005). *Stress and drug abuse*. Στο Steckler, T., Kalin, N.H., Reul, JMHM (eds). *Handbook of Stress and the Brain. Part 2 - Stress: Integrative and Clinical Aspects*. Elsevier: Amsterdam, σ. 333–356.

Sinha, R. (2007). *The role of stress in addiction relapse*. *Current Psychiatry Reports* 9, σ. 388–395.

Spinger, A., Uhl, A. (1998). *Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse*. Ludwig-Boltzmann-Institute for Addiction Research, Vienna – Austria.

Stanton, M.D., & Todd, T.C. (1982). *The Family Theory of Drug Abuse and*

Addictions. New York: Guilford Press.

Steele, B.S. (2014). *Science and Politics: An A-to-Z Guide to Issues and Controversies*. CQ Press.

Thombs, D.L., & Osborn, C.J. (eds.) (2013). *Introduction to Addictive Behaviors*. The Guilford Press.

Tuma, E.H. (2003). *Ευρωπαϊκή Οικονομική Ιστορία – τ. 1*. Εκδόσεις Gutenberg.

Vygotsky, L.S. (1981). *The genesis of higher mental functions*. Στο J.V. Wertsch (ed.) *The Concept of Activity in Soviet Psychology*. Armonk, NY: M.E. Sharpe.

Walker, K.N., MacBride, A., & Vachon, M.L.S. (1977). *Social Support Networks and the crisis of bereavement*. *Social Science and Medicine*, 11 (1), σ. 35-41.

White, H. (2007). *Identity and Control: How Social Formations Emerge*. (2nd ed.) Princeton, NJ: Princeton University Press.

Whitley, R. (2008). *Postmodernity and Mental Health*. *Harvard Review of Psychiatry*, 16 (6), σ. 352-364.

World Health Organization (2015). *Targets and beyond-reaching new frontiers in evidence*. WHO European Health Report.

Zilberberg, M.D. (2011). *The clinical research enterprise: Time to change course?* *Journal of the American Medical Association*, 2011, 305(6), σ. 604-605.

Αγγέλου, Μ., Θλιβίτου, Ε., Γκίκα-Μαρκουίζου, Α. & Ρούσσος, Α. (2010). Ο ρόλος της εκπαίδευσης των καθηγητών σχολών μαθητείας ΟΑΕΔ στην ανάπτυξη και ενίσχυση της πρόληψης στο σχολικό πλαίσιο. Αξιολόγηση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων καθηγητών στα εκπαιδευτικά προγράμματα του Τομέα Πρόληψης ΚΕΘΕΑ στις σχολές μαθητείας του ΟΑΕΔ. Εξαρτήσεις 16 (Ειδικό τεύχος: Η πρόληψη στο ΚΕΘΕΑ), σ. 41-58.

Αγραφιώτης, Δ. & Καμπριάνη, Ε. (2002). Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του ΚΕΘΕΑ. Συνοπτική θεώρηση της ερευνητικής μελέτης. *Εξαρτήσεις*, τ. 2. σ. 13-40.

Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). *Υγεία και Προληπτική Συμπεριφορά*. Στο Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Αντωνίου, Α.Σ., Ντάλλα, Μ. & Μάτσα, Κ. (2012). Αναπτυξιακές δυσκολίες κατά την εφηβεία και χρήση ουσιών. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 117 (Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος 2012), σ. 82-91.

Ασημάκη, Α., Κουστουράκης, Γ. & Καμαριανός, Ι. (2011). Οι έννοιες της νεωτερικότητας και της μετανεωτερικότητας και η σχέση τους με τη γνώση: Μια κοινωνιολογική προσέγγιση. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, ΙΕ (60), Καλοκαίρι 2011, σ. 99-120.

Γιανναράς, Χ. (1995). *Γιατί κοινότητα και όχι θεραπευτήριο: Η κοινωνική μας πρόταση*. Πρακτικά του 2ου Ευρωπαϊκού Συνεδρίου *Η Ευρώπη κατά της Χρήσης Ουσιών*.

Γκότσης, Η. (2004). *Μονάδα Εφήβων ΑΤΡΑΠΟΣ. Μια Συστημική Πρόταση στη Θεραπεία των Εξαρτήσεων*. *Μετάλογος* (6).

Γρόλλιος, Γ. (2003). Θεμελίωση, στοχοθεσία και διαθεματικότητα στο νέο Πλαίσιο Προγράμματος Σπουδών για την υποχρεωτική εκπαίδευση. *Εκπαιδευτική Κοινότητα*, (67), σ. 30-37.

Δημητρόπουλος, Ε.Γ. (1993). *Συμβουλευτική και συμβουλευτική ψυχολογία. Η θεωρία της, η πράξη της, οι εφαρμογές της*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.

ΕΠΙΨΥ, ΕΚΤΕΠΝ, ΟΚΑΝΑ (2011). *Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της ουσιοεξάρτησης. Κατεθυντήριες γραμμές και σχεδιασμός Παρεμβάσεων*. Αθήνα.

Ζαβιτσάνος, Ξ. & Πετρίδου, Ε. (1997). Η συρροή των χαρακτηριστικών ριψοκίνδυνης συμπεριφοράς σε εφήβους. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 14 (5), 546-551, Ανασκόπηση.

Ζαφειρίδης, Φ. (2009). Ψυχική υγεία και καπιταλιστική ανάπτυξη. Στο Ζαφειρίδης Φ. (επιμ.) *Εξαρτήσεις και Κοινωνία*, τ. 1 – Θεραπευτικές κοινότητες: Ομάδες Αυτοβοήθειας. Αθήνα: Κέδρος.

Ζαφειρίδης, Φ. (1998). Πρόληψη των ναρκωτικών: Οι αθέατες όψεις του προβλήματος. *Ιατρικά Θέματα*, τ. 13, σ. 27-30.

Καζαντζίδου, Σ. & Παπακώστα-Γάκη, Ε. (2015). Διερεύνηση αντιλήψεων και στάσεων των εργαζομένων στην Ελληνική Αστυνομία σχετικά με την τοξικοεξάρτηση. *Δικτύωση του ΚΕΘΕΑ και του Κέντρου Πρόληψης των Εξαρτήσεων «Σείριος» με την Ελληνική Αστυνομία*. *Εξαρτήσεις*, τ. 24 (2015), σ. 21-42.

Καλαρρύτης, Γ. (2009). Οικογένεια και εφηβική κατάχρηση ουσιών: Ερευνητικά δεδομένα αιτιολογίας, θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων. Στο Μπαφίτη Τ. & Καλαρρύτης Γ. (επιμ.), *Συστημική προσέγγιση. Θεωρήσεις και εφαρμογές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καραβίδας, Κ.Δ. (1990). *Αγροτικά. Μελέτη συγκριτική*. Αγροτική Τράπεζα Ελλάδος (Έκδοση Γ).

Καρκατσούλης, Π. (2000). Κοινότητα-κοινοτισμός-κοινωνία-κοινωνική θεωρία: από την αυτονομία στην αυτο-αναφορά. *Επιστήμη και Κοινωνία*, τ. 4 (Άνοιξη 2000), σ. 1-18.

ΚΕΘΕΑ (2015). *Απολογισμός Έργου 2014*. ΚΕΘΕΑ ΣΧΗΜΑ+ΧΡΩΜΑ.

Κολέμπας, Γ. (2015). *Ο σύγχρονος κοινοτισμός*. Εκδόσεις των Συναδέλφων.

Κονδύλης, Π. (2007: 1995). *Η παρακμή του αστικού πολιτισμού: Από τη μοντέρνα στη μεταμοντέρνα εποχή και από το φιλελευθερισμό στη μαζική δημοκρατία*. Θεμέλιο.

Κουρκούτας, Ηλ. (2008). *Η Ψυχολογία του Εφήβου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Λαγουδάκη, Μ. (2010). *Η ηρωίνη ως παυσίπονο ανεπίλυτων παιδικών τραυμάτων: Μια θεραπευτική διαδικασία συμφιλίωσης με τους «δράκους» και τις «μάγισσες» των παιδικών χρόνων*. Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρώπινων Σχέσεων, κείμενο εργασίας.

Λάιος, Ν. (2011). «Κράτος Πρόνοιας» και πρόληψη των εξαρτήσεων στην σκιά της εξατομικευμένης ευθύνης. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 114 (Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2011), σ. 20-34.

Λάιος, Ν. (2012). «Εξαρτήσεις χωρίς ουσίες»: Η κατανάλωση ως υποκατάστατο και ταυτόχρονα άρνηση της ενηλικίωσης στις λεγόμενες «δυτικού τύπου» κοινωνίες. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 118 (Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2012), σ. 39-44.

Λύκουρας, Ε., Δουζένης, Α. (2010). ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ: Έκθεση εξωτερικής αξιολόγησης. Εξαρτήσεις 17 (Ειδικό τεύχος: Η θεραπεία του αλκοόλ στο ΚΕΘΕΑ), σ. 30-47.

Μαδιανός, Μ. & Οικονόμου, Μ. (2014). *Ελληνική κρίση, «εθνική» κατάθλιψη και ασκήσεις επιβίωσης*. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Μάτσα, Κ. (1994). Ο Τοξικομανής στο Ρόλο του Εξιλαστήριου Θύματος της Οικογένειας και της Κοινωνίας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 45.

Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιάς. Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Άγρα.

Μάτσα, Κ. (2012α). *Η προβληματική της εφηβείας και η χρήση ουσιών*. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 119 (Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2012).

Μάτσα, Κ. (2012β). *Το αδύνατο πένθος και η κρύπτη*. Άγρα.

Μαρινοπούλου, Μ. & Κεφάλας, Π. (2003). *Ψυχικοί παράγοντες της χρήσης τοξικών ουσιών*. *Εξαρτήσεις*, τ. 4, σ. 47-51.

Μεγαλοοικονόμου, Θ., Λερίδου, Α. & Μοναχού, Μ. (2007). *Η Πολιτισμική Διάσταση της Ψυχικής Υγείας και του Ψυχικού Πόνου*. *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία*, τ. 4 (Ιούλιος 2007), σ. 59-67.

Μισεά, Ζ.-Κ. (2014). *Η κουλτούρα του εγωισμού*. Στο Λάς, Κ., Καστοριάδης, Κ., Μισεά, Ζ-Κ (2014). *Η κουλτούρα του εγωισμού*. *Εναλλακτικές Εκδόσεις*, σ. 75-84.

Μπαϊρακτάρης, Κ. (1994). *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*. Αθήνα, *Εναλλακτικές Εκδόσεις*.

Μπακιρτζής, Κ. (2000). *Βιωματική Εμπειρία και κίνητρα μάθησης*. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, τ. 30, σ. 102.

Μπένος, Α. (2007). *Το διακύβευμα της πολιτικής υγείας: Ελλείμματα του παρελθόντος και διλήμματα του μέλλοντος*. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, τ. 1 (Ιούλιος-Δεκέμβριος 2007), σ. 21-34.

Μπούρας, Γ. & Λύκουρας, Λ. (2011). *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία*. *Εγκέφαλος*, 48 (2), σ. 54-61.

Ντολτό, Φ. & Ντολτό-Τόλιτς, Κ. (2000). *Έφηβοι. Προβλήματα και ανησυχίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Οικονόμου, Ν. (2014). *Η συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ενδυνάμωση του ρόλου των πολιτών ασθενών στο σύστημα υγείας*. Στο Σουλιώτης, Κ. (επιμ.). *Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Πανταζόπουλος, Ν.Ι. (1993). *Ο ελληνικός κοινοτισμός και η νεοελληνική κοινοτική παράδοση*. Παρουσία.

Παπαϊωάννου, Σ. (2006). *Για μια κοινωνική οικονομία και κοινωνική πολιτική της αλληλεγγύης και της ενδυνάμωσης ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό*. Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, τ. 1 (Οκτώβριος 2006), σ. 10-31.

Πολάνυι, Κ. (2007). *Ο μεγάλος μετασχηματισμός*. Νησίδες.

Πουλόπουλος, Χ. (2014). *Κρίση, φόβος και διάρρηξη της κοινωνικής συνοχής*. Τόπος.

Πουλόπουλος, Χ. (2000). *Αξιολόγηση Οργανισμών Θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης*. Κοινωνική Εργασία, τ. 57, σ. 7-12.

Στάκλερ, Ντ. & Μπάσου, Σ. (2014). *Πολιτικές Ζωής και Θανάτου. Πώς η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Στασινοπούλου, Ο. (1997). *Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική εξέλιξη, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*. Gutenberg.

Σφήκας, Κ. (2004). *Η Κατασκευή του Φαινομένου της Τοξικομανίας. Μεταξύ Κοινωνιοπαθολογίας και Ψυχοπαθολογίας*. Μετάλογος (6).

Ταίνις, Φ. (1985). *Κοινότητα και Κοινωνία*. Αναγνωστίδης.

Ταρατόρη-Τσαλκατίδου, Ε. (2000). *Η Επιμόρφωση από τη σκοπιά των εκπαιδευτικών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*. Αθήνα: Αφοι Κυριακίδη, σ. 260-262.

Τσουνής, Α. (2012). *Οι εφαρμογές πρωτογενούς πρόληψης για τα ναρκωτικά σε Ελλάδα και Ολλανδία: Συγκριτική μελέτη*. Εξαρτήσεις, τ. 20 (2012), σ. 91-112.

Φρούντα, Μ. (2014). *Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ των εννοιών υγεία-αγωγή*

υγείας και προαγωγή υγείας: συνεισφορά στην αποτελεσματικότερη ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολείο. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης. Επιστημονική Επετηρίδα, τ. 26, σ. 163-191.

Ηλεκτρονικές Πηγές- Ιστότοποι

EMCDDA (2005). *Ετήσια Έκθεση 2005 – Πρόληψη στα σχολεία*. Διαθέσιμο στο <http://ar2005.emcdda.europa.eu/el/page021-el.html>

EMCDDA. *Prevention of Drug Use*. Διαθέσιμο στο <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu>

EMCDDA (2016), *Prevention Profiles*. Διαθέσιμο στο: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/prevention-profiles>

EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html>

ESPAD. Διαθέσιμο στο <http://www.espad.org/>

Fowler, J. & Christakis, N. (2008): *Dynamic spread of happiness a large social network: Longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study*. *British Medical Journal* 337 (a2338), σ. 1-9. Διαθέσιμο στο <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2338.full>

International Narcotics Control Board (2014): *Report of the International Narcotics Control Board for 2013*. Διαθέσιμο στο <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2013.html>

World Health Organisation Europe: *Declaration of Alma Ata*. Διαθέσιμο στο http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf

World Health Organization: *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

World Health Organization (1998). *The WHO Health Promotion Glossary*. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>

Διεθνής Επιτροπή του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (2014). *Ετήσια Έκθεση 2013. Ενημερωτικά Δελτία*. ΚΕΘΕΑ για την ελληνική έκδοση. Διαθέσιμο στο <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/OHE%20entipo%2015.pdf>

Διεθνής Επιτροπή του ΟΗΕ για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (2016). *Ετήσια Έκθεση 2015. Δελτία Τύπου*. ΚΕΘΕΑ για την ελληνική έκδοση. Διαθέσιμο στο <http://www.kethea.gr/Portals/0/Uploads/OHE%20entipo%2015.pdf>

ΕΚΤΕΠΝ (2010): *Ετήσια Έκθεση 2010*. Διαθέσιμο στο http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA%20EKTHESI_2010.pdf

ΕΚΤΕΠΝ (2011): *Ετήσια Έκθεση 2011*. Διαθέσιμο στο http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA_EKUESH_2011.pdf

ΕΚΤΕΠΝ (2013): *Ετήσια Έκθεση 2012*. Διαθέσιμο στο <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/EE2012.pdf>

ΕΚΤΕΠΝ (2014): *Ετήσια Έκθεση 2013*. Διαθέσιμο στο <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ee2013.pdf>

ΕΚΤΕΠΝ (2015): *Ετήσια Έκθεση 2014*. Διαθέσιμο στο <http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/Cover.pdf>

Ζαφειρίδης, Φ., Λαϊνάς, Σ. & Γκιουζέπας, Στ. (2003). *Το πρόβλημα των ναρκωτικών και ο νέος ρόλος του λειτουργού υγείας*. Εισήγηση σε Ημερίδα του Κέντρου Πρόληψης Π.Ε. Ημαθίας «Πρόσβαση». Διαθέσιμο στο <http://www.selfhelp.gr/attachments/article/18/veroiia.pdf>

ΚΕ.Θ.Ε.Α. (2002): διαθέσιμο στο www.kpelpida.gr/defaylt.aspx.catid=170

Μελέτη κατάρτισης Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αγωγή Υγείας σε μαθητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Τελικό παραδοτέο: Νοέμβριος 2008. Διαθέσιμο στο http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/meletes/agwgh_ygeias_prwtovatmias.pdf

Νόμος 4262/2014 (ΦΕΚ Α' 114/10-05-2014). Άρθρο 36. Διαθέσιμο στο <https://www.taxheaven.gr/laws/law/index/law/596>

Παλλάδιον (2016). *Ενθουσιασμένοι οι μαθητές, γονείς και εκπαιδευτικοί από τα σεμινάρια στη θεματική της πρόληψης των ναρκωτικών*. Δημοσιευμένο στις 19/04/2016 και διαθέσιμο στο: <http://www.doryforos.org/%CF%80%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B4%CE%B9%CE%BF/>

Παπαδοπούλου, Φ. (2008): *Τι είναι τα δίκτυα και τι ρόλο μπορούν να παίξουν*. Συμβούλιο Απόδημου Ελληνισμού, Περιφέρεια Ευρώπη. Διαθέσιμο στο <http://www.sae-europe.eu/2008-02-15-13-42-00/63-2008-03-12-11-21-04>

Πρόγραμμα Ψυχαργώς. Διαθέσιμο στο <http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?ID=26188&nt=18&lang=1>

Προγραμματική Σύμβαση για τη Λειτουργία των Κέντρων Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας 2014-2020 (2014). Διαθέσιμο στο <https://diavgeia.gov.gr/decision/view/%CE%92%CE%99%CE%A68%CE%98-%CE%9A%CE%92%CE%A3>

Υφαντής, Δ. (2016). Ο «θεσμός» στην αντιμετώπιση της εξάρτησης. Μια ζώσα μεταβαλλόμενη πραγματικότητα. Πρακτικά της Ημερίδας «Η Πρόκληση της Συνεργασίας στις Δομές Αντιμετώπισης της Εξάρτησης: Συνδέσεις, Φραγμοί, Προοπτικές» που διοργάνωσε το Σωματείο των Εργαζομένων στα Κέντρα Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών (18/03/2016 – «Τεχνόπολις» Δήμου Αθηναίων). Διαθέσιμο στο <http://www.e-dromos.gr/o-thesmos-sthn-antimetwpsih-ths-exarhths-mia-zwsa-metaballomenh-pragmatikothta/>

