

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

**«ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ: ΔΙΚΑΙΪΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ
ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ
ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ
ΔΙΚΑΙΩΜΑ, ΕΛΠΙΔΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΛΑΪΝΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

ΚΟΥΒΕΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Μέλη τριμελούς επιτροπής

ΣΑΡΔΕΛΗ ΧΡΥΣΑΝΘΗ

ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΜΗΝΑΣ

Οκτώβριος

ΕΤΟΣ

2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΜΕ ΤΗ ΜΑΤΙΑ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ	9
1.1.Επιθυμία για παιδί.	9
1.1.2.Μια επιθυμία που την αποκτάς από τα πρώτα χρόνια της ζωής σου.	10
1.2.Η μητρική αγάπη στις μεταμορφώσεις της ασυνείδητης συναισθηματικότητας.	11
1.2.1.Η ερωτικοποίηση της εγκυμοσύνης.	12
1.2.2.Η εκπλήρωση χαμένων ιδανικών και ευκαιριών.	13
1.2.3.Η επιθυμία ανανέωσης παλιών σχέσεων.	14
1.2.4.Η ευκαιρία αντικατάστασης της μητέρας και αποχωρισμού από αυτή.	14
1.3.Μητρική ευαισθησία.	14
1.4.Ο περίφημος δεσμός μητέρας και παιδιού.	16
1.5.Είναι η μητρική αγάπη αναπόφευκτη;	17
1.6.Ποιές είναι οι εκείνες οι συνθήκες που επηρεάζουν τη μητρική φροντίδα;	19
1.7. Αποτελεί η μετάβαση στη μητρότητα φαινόμενο κρίσης;	19
1.8. Αποτελεί τελικά βιολογική ανάγκη η μητρότητα ή μήπως κατασκεύασμα κοινωνικής επιβολής;	21
1.8.1.Κοινωνική προσαρμογή-Κοινωνικό πλαίσιο.	22
1.9.Μη απόκτηση παιδιού και συναισθηματική οδύνη.	23
1.10.Η μητέρα του Γιωσαφάτ.	24
1.10.1.Η μητρότητα από μια πολιτικο-φεμινιστική προσέγγιση.	25
1.10.2.Η θέση της εκκλησίας για τη μητρότητα.	27
1.10.3.Νεότερες τάσεις για τη μητρότητα.	28
1.11.Μαρτυρίες.	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ	34
2.1.Μια μικρή ιστορική αναδρομή.	34
2.1.1.Η εξάρτηση σήμερα.	35
2.1.2.Η εξάρτηση σε αριθμούς στην Ελλάδα.	36
2.1.3.Η εξάρτηση σε αριθμούς στην Ευρώπη.	39
2.2.Ποιες είναι οι εξαρτησιογόνες ουσίες;	41
2.2.1.Κατηγορίες και είδη εξαρτησιογόνων ουσιών.	41
2.3.Γιατί οι άνθρωποι παίρνουν ναρκωτικά;	47
2.4.Τι αποτελεί εξάρτηση;	50
2.4.1.Το στερητικό σύνδρομο και ο βαθμός ανοχής.	54
2.5.Ψυχοπαθολογία και χρήση.	55
ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΜΗΤΕΡΑ	57
3.1.Είμαι έγκυος;	57
3.1.1.Πως μια εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στον εγκέφαλο μιας γυναίκας.	59
3.2.Τι συμβαίνει στο νεογέννητο μωρό όταν μια μητέρα είναι εξαρτημένη;	61
3.3.Αποτελεί για την εξαρτώμενη μητέρα επιλογή η θεραπεία υποκαταστάτων;	64
3.4.Ζώντας σε μια οικογένεια μη χρήση.	69
3.5.Χρήση και κοινωνικός αποκλεισμός.	71
3.5.1.Το στίγμα...	72
3.5.2.Η σιωπή των γυναικών...	74
3.5.3.Η κακοποίηση των γυναικών...	74
3.6.Η παραβατικότητα και ο εγκλεισμός.	77

3.6.1.Τι συμβαίνει όταν μια γυναίκα εξαρτώμενη καταδικάζεται σε φυλάκιση και είναι ή γίνεται μητέρα;	78
3.6.2.Τι συμβαίνει με τα παιδιά των έγκλειστων μητέρων.	79
3.6.3.Επισκέψεις παιδιών στη φυλακές;	80
3.7.Προετοιμάζοντας το μέλλον.	81
3.8.Στοιχεία από νεότερες μελέτες.	82
3.9.Εθνικό σχέδιο για τα ναρκωτικά.	88
3.9.1. Τι συμβαίνει με τις έγκυες ή μητέρες χρήστες στην Ελλάδα.	90
3.9.2.Τι ισχύει στην Ευρώπη;	93
3.10.Μαρτυρίες.	96
ΜΕΡΙΚΟΙ ΕΝΤΟΝΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ	104
ΚΑΠΟΙΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	107
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	110-123

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αισθάνομαι την ανάγκη να τονίσω αρχικά το πόσο ευγνώμων νιώθω στη δυνατότητα που μου δόθηκε να υποστηρίξω την προσωπική επιλογή του συγκεκριμένου θέματος της μεταπτυχιακής αυτής συγγραφής. Μια επιλογή που από την πρώτη στιγμή δέχτηκαν με πολύ μεγάλη γενναιοδωρία και ενθάρρυνση οι καθηγητές που αποφάσισαν να την επιβλέψουν. Μια επιλογή που πιθανά να μην είχε την ίδια σημασία αν δεν συνοδευόταν από τις πολύτιμες μαρτυρίες που εξίσου γενναιοδωρα μου πρόσφεραν όλες εκείνες οι υπέροχες γυναίκες. Τις ευχαριστώ πολύ για αυτό.

Η επιλογή αυτή δεν υπήρξε καθόλου τυχαία καθώς συνδυάζει το προσωπικό ενδιαφέρον με την επαγγελματική εμπειρία και ενασχόληση μου με τον χώρο των εξαρτήσεων από ναρκωτικές ουσίες τα τελευταία δέκα χρόνια. Έναν χώρο επιφορτισμένο με αρκετές προκαταλήψεις, στερεότυπα και έντονο κοινωνικό στιγματισμό.

Μια εξαρτητική διαταραχή που φαίνεται στην πλειοψηφία της να μην αντιμετωπίζεται ως ασθένεια αλλά περισσότερο ως αποτέλεσμα μιας εγωκεντρικής προσωπικής επιλογής, μιας κακομαθημένης συμπεριφοράς που αφορά κυρίως άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού και εκπαιδευτικού επιπέδου.

Δίνοντας ιδιαίτερη σημασία σε όλο αυτό τον κοινωνικό αντίκτυπο που έχει μια εξαρτητική συμπεριφορά από ναρκωτικά ή ακόμα και από άλλες “κοινωνικές” εξαρτητικές ουσίες, δεν είναι καθόλου δύσκολο να φανταστούμε πόση αρνητική σκέψη και στιγματισμό συνοδεύει η επιλογή μιας γυναίκας που αντιμετωπίζει προβλήματα ουσιοεξάρτησης, να βιώσει τη μοναδική και πιο ουσιώδη για εκείνη εμπειρία της μητρότητας.

Δεν είναι λίγες οι στιγμές που αισθάνθηκα την ανάγκη να υπερασπιστώ αυτή ακριβώς την επιλογή εκείνων των γυναικών, όπου αναγνωρίζοντας τον προσωπικό αγώνα που δίνουν απέναντι στην εξάρτησή τους, παλεύουν να διεκδικήσουν το δικαίωμα που έχουν και εκείνες κυρίως απέναντι στη ζωή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πως ορίζεται το δικαίωμα στη μητρότητα; Αποτελεί η μητρότητα επιλογή, επιβολή, υποχρέωση, δικαίωμα ή απαγόρευση; Έχουν όλες οι γυναίκες την δυνατότητα ή την ικανότητα να υποστηρίξουν μια τέτοια επιλογή;

Τι συμβαίνει λοιπόν με το δικαίωμα αυτό της επιλογής όταν μια γυναίκα αποκλίνει σημαντικά από το κοινωνικά επιτρεπτό ή ακόμα όταν ζει επικίνδυνα; Πόσο επιτρεπτό είναι για μια γυναίκα που βρίσκεται από την επίδραση μιας εξάρτησης να είναι σε θέση να γίνει μητέρα;

Η αλήθεια είναι ότι η πρώτη ανάγνωση σε τόσο έντονα ερωτήματα τα οποία είναι επιφορτισμένα με ηθικές εκφράσεις υψηλής ηθικής συναίσθησης, συνεπάγεται και μια έκκληση για αδιαμφισβήτητη ολική απαγόρευση. Ή ακόμα η θέση του όλα ή τίποτα μπορεί να αποτελεί την ευκολότερη επιλογή. Ξεφεύγουμε από οποιουσδήποτε δύσκολους ηθικούς συλλογισμούς. Απαλλασσόμαστε από το να πάρουμε μια απόφαση η οποία πρέπει να παρθεί χωρίς καμία διαβεβαίωση ότι αργότερα μπορεί να θεωρηθεί λανθασμένη. Αλλά το να εγκαταλείψουμε το ερώτημα απλά επειδή η απάντηση είναι δύσκολη να βρεθεί, σημαίνει να εγκαταλείψουμε την ίδια την ηθική, να εγκαταλείψουμε το θάρρος να επιλέγουμε μεταξύ καλού ή κακού, ουσιαστικά το θάρρος να ζούμε. Προφανώς το παραπάνω σκεπτικό δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν καταστάσεις στις οποίες δεν θα είχε νόημα να αναζητήσουμε ένα όριο.

ΜΕ ΤΗ ΜΑΤΙΑ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Ο πρώτος που χρησιμοποίησε τον όρο βιοηθική είναι ο Potter Van Rensselaer στο έργο του *Bioethics Bridge to the future* New York 1971. Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε εκτεταμένα από τους αγγλόφωνους επιστήμονες και καθιερώθηκε στη διεθνή βιβλιογραφία αντικαθιστώντας σταδιακά τον όρο “ιατρική ηθική”. Από τη φύση της η Βιοηθική αποτελεί το σημείο τομής διαφορετικών επιστημονικών πεδίων της Βιολογίας που περιλαμβάνουν την Γενετική, την Βιοτεχνολογία, την Βιοιατρική ενώ εμπλέκονται και διαφορετικοί γνωστικοί τομείς όπως η Νομική και η Θεολογία (Κόϊος, 2003).

Τα προβλήματα της ηθικής προέρχονται από την κοινωνία και η τήρησή τους αποτελεί περισσότερο έργο ατομικής επιλογής. Συναντάμε τρεις επιπλέον παράγοντες οι οποίοι επιτείνουν τις δυσκολίες στην επίλυση βιοηθικών προβλημάτων, όπως η απίστευτα ταχύρυθμη εξέλιξη της επιστημονικής έρευνας, τα οικονομικά κυρίως συμφέροντα και ότι οι προτεινόμενες λύσεις σε προβλήματα βιοηθικής είναι σε συνάρτηση με τις μεταφυσικές πεποιθήσεις του καθενός (Κουμάντος, 2003).

Η βιοηθική καλείται να προτείνει λύσεις σε προβλήματα που σχετίζονται κυρίως με τη ζωή και το θάνατο. Μέχρι και σήμερα δεν φαίνεται να έχει βρεθεί ο ορισμός των ορίων της ζωής που θα ήταν αποδεκτός από την κοινωνία (Dworkin, 1994).

Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν έρχεται να σταματήσει την πρόοδο, αλλά να υποδείξει τις ασφαλιστικές εκείνες δικλίδες που θα διασφαλίσουν τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, αυτονομίας και αξιοκρατικής συμβίωσης (Δραγώνα-Μονάχου, 1989). Δεν έχει σκοπό να επιβάλει όρια στην επιστήμη αλλά να έχει τη δυνατότητα να αναδείξει καινούριους δρόμους, να γνωστοποιεί τις βασικές ηθικές αρχές, ενημερώνοντας για τις τυχόν συνέπειες, καθιστώντας με αυτόν τον τρόπο τον άνθρωπο υπεύθυνο για τις αποφάσεις και έναντι των επερχόμενων γενεών.

Μια επιπλέον φροντίδα της βιοηθικής αποτελεί η ανάγκη που έχει προκειμένου να παραμένει το πεδίο ανοικτό για νέα διλήμματα που

ανακύπτουν καθημερινά. Ότι είναι ιατρικά εντυπωσιακό δε σημαίνει κατά ανάγκη ότι είναι και ηθικά αποδεκτό. Σε αυτή λοιπόν τη διαπίστωση χρωστά και την ύπαρξή της (Αλαχιώτης, 2004).

Ωστόσο προκειμένου να εντοπιστούν, να ειπωθούν και να καταγραφούν όλα εκείνα τα ηθικά διλλήματα απαιτείται μια χαρτογράφηση αυτών που ανακύπτουν όχι μόνο από τον χώρο της ιατρικής ή βιοτεχνολογίας, αλλά και εκείνων που προκύπτουν από τις επιταγές ή τους κανόνες μιας κοινωνίας, από το επιτρεπτό ή μη επιτρεπτό, το ηθικό ή το ανήθικο. Σήμερα αρκετοί άνθρωποι όπως και εγώ συμφωνούμε ότι η βιοηθική δεν ασχολείται μόνο με την καλύτερη επιστημονική εξήγηση της ζωής ούτε με την αποδοτικότερη, αλλά ότι αποτελεί ένα προσανατολισμό για το τι αποτελεί καλή ή κακή πράξη και ότι αυτός ακριβώς ο προσανατολισμός αποτελεί έκκληση για σεβασμό της καλής ζωής και της ισορροπίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό θα επιχειρηθεί να δοθεί μια αποτύπωση για την επιθυμία και την έννοια της μητρότητας. Μια αποτύπωση που προσπαθεί να διερευνήσει την πολύπλοκη διαδικασία ψυχολογικής ανάπτυξης και συναισθηματικής επένδυσης που συνοδεύει μια τέτοια επιλογή. Επιπλέον επιχειρεί να διερευνήσει εάν η έννοια αυτή της μητρότητας ορίζεται μόνο από το σήμερα ή επηρεάζεται μέσα από υπόγεια ρεύματα που διαπερνούν ολόκληρες γενιές.

1.1. Η Επιθυμία για παιδί.

Ο Φρόιντ στο *Ma vie et la psychanalyse*- η ζωή μου και η ψυχανάλυση- καταδεικνύει ότι όταν αναλύουμε την ανθρώπινη επιθυμία για παιδί ουσιαστικά αναφερόμαστε για μια υπέρτατη επιθυμία που είναι το αποκορύφωμα όλων των άλλων. Πιο συγκεκριμένα τονίζει ότι « *το παιδί δεν πιθανολογεί ότι είναι πραγματική η ένωση των φύλων... την υποκαθιστά με αναπαραστάσεις που απορρέουν από τη δική του εμπειρία και τις δικές του αισθήσεις. Συνήθως οι επιθυμίες του παιδιού βρίσκουν το αποκορύφωμά τους στην πρόθεσή του να φέρει στον κόσμο ένα παιδί ή να το γεννά αδιαλείπτως... το ίδιο το αγοράκι, εν αγνοία του, δεν αποκλείει το γεγονός ότι μπορεί να τεκνοποιεί και το ίδιο* » (Sigmund Freud, 1925).

Το ζήτημα αυτής της επιθυμίας δεν υπήρχε ως αντικείμενο αμφισβήτησης τουλάχιστον πριν από πενήντα χρόνια καθώς η αναπαραγωγική δραστηριότητα αφορούσε αποκλειστικά την τύχη και το πεπρωμένο, χωρίς να επιτρέπει να υπάρχει σχεδόν καθόλου χώρος για ελεύθερη θέληση και βούληση.

Όλα ωστόσο φαίνεται να παίρνουν διαφορετική τροπή από εκείνη την στιγμή που έκανε την εμφάνισή του το απόλυτο όπλο, εκείνο της φαρμακευτικής αντισύλληψης. Για πρώτη φορά λοιπόν επιτρέπεται στις γυναίκες να μπορούν να επιλέξουν για το αν θα φέρουν στον κόσμο τα παιδιά που επιθυμούν ή εκείνα που δεν επιθυμούν. Παράλληλα, η χρήση

αντισύλληψης ενίσχυσε την παντοδυναμία των ατόμων οι οποίοι θεωρούν έκτοτε ότι ελέγχουν απολύτως την επιθυμία, έχοντας ωστόσο την ψευδαίσθηση ότι ελέγχοντας την αντισύλληψη θα μπορούν να ελέγχουν πλήρως και την σύλληψη (Bydlowski, 2009).

1.1.2.Μια επιθυμία που την αποκτάς από τα πρώτα χρόνια της ζωής σου!

Η επιθυμία απόκτησης παιδιού πρωτοεμφανίζεται στο μικρό κορίτσι γύρω στους δεκαοκτώ πρώτους μήνες της ζωής. Αφετηρία είναι η ταύτιση με την τρυφερή μητέρα της βρεφικής ηλικίας, που την ωθεί να επιθυμεί να γίνει και η ίδια μητέρα (Bydlowski, 1991). Μέσω αυτής της ταύτισης το κοριτσάκι λαχταρά και το ίδιο να γίνει μητέρα, φαντασιώνεται τον δικό της ρόλο να μπορεί να ανταποκριθεί και να προσφέρει και το ίδιο την τρυφερότητα, την ζεστασιά και την ασφάλεια, χωρίς την οποία δεν θα ήταν δυνατό να μπορούσε να επιβιώσει. Στη συνέχεια η πρώτη αυτή εικόνα για την μητέρα των αρχών της ζωής του, με τον μηχανισμό της απώθησης αρχίζει να ξεθωριάζει σιγά σιγά. Κατά την λανθάνουσα περίοδο το μικρό κορίτσι ανακαλύπτει την έλλειψη ενός πολύ σημαντικού αναπαραγωγικού οργάνου όπως είναι εκείνο του πατέρα ή του αδερφού του με αποτέλεσμα να αρχίζει να απομακρύνεται από το αρχικό αντικείμενο ταύτισής του, αναζητώντας έντονα την αγάπη και την εύνοια του πατέρα ελπίζοντας να αποκτήσει ένα παιδί από τον ίδιο. Η επιθυμία λοιπόν εκείνη του μικρού κοριτσιού το να αποκτήσει το δικό της παιδί είναι αποτέλεσμα ενός αρμονικού συνδυασμού ανάμεσα στην ελπίδα να μπορεί να μοιάσει στην μητέρα του, εκείνη δηλαδή που της έδειξε τον δρόμο και της παρείχε τις πρώτες βοήθειες και την ευχή να αποκτήσει όπως εκείνη ένα παιδί από τον πατέρα. Όλη αυτή η διαδικασία ωστόσο για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί θα πρέπει να μην παρεμποδιστεί από την βιαιότητα της οιδιπόδειας σύγκρουσης. Έτσι λοιπόν κατά την εφηβεία για να μπορεί ακόμη το κορίτσι να διατηρεί την επιθυμία για την απόκτηση μικρού παιδιού -παρά την ανακάλυψη των σεξουαλικών σχέσεων των γονιών του και την έντονη αντιπαλότητα με την μητέρα του- είναι απαραίτητο να μπορεί να διατηρηθεί

και να μη χαθεί η σχέση με την μητέρα του, εκείνη η σχέση που αποτελεί και την πρώτη σχέση πηγής τρυφερότητας και προστασίας (Bydlowski 2009).

1.2.Η μητρική αγάπη στις μεταμορφώσεις της ασυνείδητης συναισθηματικότητας.

Μπορεί να θεωρηθεί η μητρική αγάπη ως ένα επιτακτικό καθήκον όπως συμβαίνει και με τα ζώα;

Είναι γνωστό ότι στα ζώα το αναπαραγωγικό ένστικτο λειτουργεί ήδη σαν μια παρούσα γνώση και φαίνεται να βρίσκεται στην υπηρεσία του είδους. Σαν μια γνώση που μεταδίδεται κληρονομικά και επιτρέπει να αναπτύξει εκείνες τις συμπεριφορές που θα τον διευκολύνουν στην επιβίωσή του, στην αναπαραγωγική του διαδικασία και στην φροντίδα που θα απαιτεί το νεογέννητό του.

Στον άνθρωπο οι μόνες σαφώς ενστικτώδεις συμπεριφορές είναι εκείνες που αφορούν την ατομική επιβίωση. Το ένστικτο εκείνο λοιπόν της αυτοσυντήρησης έχει ως σκοπό να δίνει την δυνατότητα στον άνθρωπο να μπορεί να προστατεύσει τα παιδιά του αλλά όχι μόνο, του δίνει και την δυνατότητα να μπορεί και να τα θυσιάσει, εφόσον εξαιτίας της κοινωνικής του ανωριμότητας δεν έχει ακόμη κατορθώσει να αποκτήσει μια σταθερή και ώριμη θέση στην κοινωνία. Επιπλέον για τον άνθρωπο φαίνεται να μην υπάρχει μια προϋπάρχουσα και ενστικτώδης γνώση, ούτε όσον αφορά τις σεξουαλικές του γνώσεις και συμπεριφορές, οι οποίες στηρίζονται στον μηχανισμό της ταύτισης με τους μεγαλύτερούς του, ούτε στο μέγαλωμα και την φροντίδα των μικρών παιδιών όπου είναι αποτέλεσμα μάθησης (Bydlowski, 2009).

Χρησιμοποιώντας την παραπάνω τοποθέτηση είναι λιγότερο βίαιο και οδυνηρό να μπορούμε να προσεγγίσουμε καταστάσεις όπως εκείνες που αφορούν την διάθεση και διάδοση της μοντέρνας αντισύλληψης, την αποδοχή της θέλησης και ελεύθερης βούλησης για την έκτρωση, την εγκατάλειψη

παιδιών λόγω φτώχειας ή επιβαρυσμένου εξαρτητικού περιβάλλοντος ή τις παιδοκτονίες;

Επικαλώντας αυτές τις έντονες διαφορές θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στην παραδοχή ότι στο ζώο η ενστικτώδη συμπεριφορά του επιτρέπει να προστατεύσει το είδος του, ενώ στον άνθρωπο η ενστικτώδη αυτή συμπεριφορά προστατεύει μάλλον το άτομο σε βάρος του ίδιου του είδους.

Επαναφέροντας το αρχικό ερώτημα και αποδέχοντας ότι η μόνη ενστικτώδη ανθρώπινη συμπεριφορά είναι εκείνη της επιβίωσης, δεν είναι πλέον δυνατό να θεωρούμε την μητρική αγάπη ως ένα επιτακτικό καθήκον όπως συμβαίνει στο ζωικό βασίλειο.

1.2.1. Η ερωτικοποίηση της εγκυμοσύνης.

Στην “φυσιολογική” πορεία της ζωής μας εκείνες οι αναμνήσεις που συναισθηματικά θα φόρτιζαν το εγώ μας και θα ενοχλούσαν, συνήθως είναι πολύ καλά κρυμμένες, χωρίς να τις επιτρέπουμε να μας ενοχλούν και χρησιμοποιώντας τον ελκυστικό μηχανισμό της απώθησης, διαφυλάττουμε στο να παραμείνουν ασυνείδητες.

Στην περίπτωση όμως της εγκυμοσύνης συμβαίνει κάτι μοναδικό. Όλες εκείνες οι κρυφά κρυμμένες σκέψεις, οι προκλητικές φαντασιώσεις, τα ακραία ανομολόγητα συναισθήματα μεταφράζονται σε λέξεις, σε κουβέντες σε μια πραγματικότητα πιο ελεύθερη και ανώδυνη, σε μια πραγματικότητα που οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν ότι την δικαιούνται μετά από όλη αυτή την προσωπική επένδυση.

Ποιές λοιπόν είναι εκείνες οι αιτίες που από τη μια οδηγούν τις γυναίκες να σωπαίνουν όσον αφορά το παιδί που φέρουν μέσα τους και από την άλλη να αναδύουν με πολύ μεγάλη ευκολία ασυνείδητες αναμνήσεις και φαντασιώσεις κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης τους;

Φαίνεται λοιπόν το παραπάνω ερώτημα να βρίσκει απάντηση στην ύπαρξη ενός διπλού φαινομένου: από τη μια διαπιστώνουμε την μείωση των αντιστάσεων έναντι του απωθημένου ασυνείδητου και από την άλλη την έντονη ανάγκη για υπερεπένδυση του νέου ψυχικού αντικειμένου (Brazelton & Crammer, 2009).

1.2.2. Η εκπλήρωση χαμένων ιδανικών και ευκαιριών.

Το φαντασιακό παιδί θα πρέπει να αντιπροσωπεύει όλα εκείνα τα οποία οι γονείς του έχουν πρώτα φαντασιωθεί. Θα πρέπει να είναι το ιδανικό παιδί, ένα πρότυπο τελειότητας ικανό ώστε να μπορέσει να πραγματοποιήσει όλα εκείνα που οι γονείς του ονειρεύτηκαν, αλλά δυστυχώς εκείνοι δεν κατάφεραν να πετύχουν..

Το φαντασιακό παιδί διαφυλάσσει το ιδανικό εγώ των γονιών του. Έτσι λοιπόν οι γονείς εμπλέκονται παντού στη ζωή του παιδιού, από το σχολείο και τις επιδόσεις του, τις δραστηριότητές του, την εξωτερική του εμφάνιση, στις σχέσεις τους με τους άλλους παρεμβαίνοντας, καθοδηγώντας ή απαγορεύοντας.

Είναι αξιοσημείωτο ότι όσο περισσότερο αποτυχημένος αισθάνεται ένας γονιός, τόσο εντονότερα πιέζει το παιδί του για επιτυχία. Ακόμη και ο αναπόφευκτος φόβος ότι το παιδί θα είναι μια αποτυχία, πνίγεται και απωθείται για να μην κινδυνεύσει να επιβεβαιωθεί η δική του αποτυχία.

Ωστόσο όσο οξύμωρος και αν ακούγεται όλος αυτός ο μηχανισμός είναι απαραίτητος να υπάρχει γιατί προετοιμάζει το δεσμό μεταξύ μητέρας και παιδιού, αφού η ίδια θα πρέπει να δει το παιδί της ως τον μοναδικό σωτήρα για την ικανοποίηση των ανεκπλήρωτων επιθυμιών της. Η μητέρα λοιπόν θα μπορέσει να παραδεχτεί ότι το μωρό της είναι το πιο πολύτιμο απόκτημά της και ότι είναι άξιο για να παραμελήσει τον εαυτό της, αγνοώντας τις δικές της ανάγκες, αφού κάποια στιγμή είναι εκείνο που θα την ανταμείψει ικανοποιώντας τις δικές της ανάγκες αργότερα (Brazelton & Gramer, 2009).

1.2.3. Η επιθυμία ανανέωσης παλιών σχέσεων.

Είναι αρκετά εντυπωσιακό να παρατηρήσει κανείς πως μετά από μια απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου πολύ συχνά εμφανίζεται μια εγκυμοσύνη (Coddington, 1979). Τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα να κουβαλάνε την ανανέωση μιας παλιάς σχέσης. Άλλωστε ένα νεογέννητο παιδί δεν είναι ποτέ εντελώς ξένο.

1.2.4. Η ευκαιρία αντικατάστασης της μητέρας και αποχωρισμού από αυτή.

Στο σημείο αυτό η μητέρα μπορεί να βιώσει διπλή ταύτιση: από τη μία θα ταυτιστεί με τη μητέρα της και το έμβρυο, βιώνοντας ξανά τους ρόλους και τα χαρακτηριστικά τόσο της μητέρας όσο και του μωρού, στη βάση των προηγούμενων εμπειριών της με τη μητέρα της και τον εαυτό της ως μωρό. Από την άλλη φέρνοντας στον κόσμο ένα παιδί θα μπορέσει να πραγματοποιήσει το όνειρό της να γίνει εκείνη σαν τη μητέρα της. Η επιθυμία αυτή για παιδί, μπορεί επίσης να εμπεριέχει και την επιθυμία αντικατάστασης της μητέρας που ένιωθε ότι την είχε καταστρέψει.

Όλες εκείνες οι επιθυμίες και φαντασιώσεις που μέχρι τώρα έχουν περιγραφεί, οι ταυτίσεις, οι υγιείς ναρκισσιστικές ανάγκες, η ευκαιρία για αναβίωση παλαιών σχέσεων θα δώσουν την απαραίτητη ενέργεια στη μητέρα ώστε να μπορεί να προετοιμάσει το σκηνικό για το δέσιμο με το μωρό της.

1.3.Μητρική Ευαισθησία.

Ένα μωρό στριφογυρίζει ανήσυχα γύρω από τη μητέρα του προσπαθώντας απελπισμένα να της τραβήξει την προσοχή για φροντίδα, αλλά εκείνη κάθεται αδιάφορα χωρίς να αλληλεπιδρά και απομακρύνεται από το κάλεσμά του. Χωρίς να υπάρχει κανένα συναίσθημα η μητέρα αισθάνεται κουρασμένη για οποιαδήποτε σχέση. Το κάλεσμα του παιδιού της δεν την

ευαισθητοποιεί και απορροφημένη τόσο πολύ από τα δικά της συναισθήματα δεν μπορεί να αισθανθεί, να αντιληφθεί ούτε να κατανοήσει τα δικά του.

Η έλλειψη λοιπόν της ευαισθησίας έχει ως αποτέλεσμα να μη μπορεί κάποιος να βιώσει την παρουσία του άλλου. Η αγάπη φέρνει μαζί της και ευαισθησία. Είναι ακριβώς αυτή η ευαισθησία η οποία δίνει τη δυνατότητα να ανταποκρίνεται κανείς με ενσυναίσθηση στον άλλον και να προσφέρει αισθάνοντας τις ανάγκες του (Schaffer, 1983).

Σύμφωνα με την Mary Ainsworth η οποία επινόησε την "κλίμακα ευαισθησίας", είναι ακριβώς αυτή η ευαισθησία της μητέρας, η οποία της προσφέρει την ικανότητα να μπορεί να βλέπει τα πράγματα από την πλευρά του παιδιού της. Η ικανότητα αυτή προϋποθέτει με τη σειρά της και τη συναισθηματική εμπλοκή της μητέρας, η οποία έχει άμεση σχέση με την προσωπική της εξέλιξη πέρα από κάθε εγωκεντρισμό.

Η πολύ ευαίσθητη μητέρα διαθέτει την ικανότητα να μπορεί να βλέπει τα πράγματα από την πλευρά του παιδιού της. Η λιγότερο ευαίσθητη μητέρα ρυθμίζει τη συμπεριφορά της σχεδόν αποκλειστικά με τα δικά της θέλω και επιθυμίες. Συχνά διαστρεβλώνει τα μηνύματα του μικρού παιδιού της ερμηνεύοντάς τα όπως εκείνη επιθυμεί.

Έτσι λοιπόν ευαίσθητες μητέρες φαίνεται να έχουν πιο ασφαλή μωρά, έτοιμα να εξερευνήσουν καινούριες καταστάσεις, έχοντας πάντοτε την ασφάλεια ότι μπορούν να επιστρέψουν σε εκείνες όποτε εκείνα θελήσουν. Από την άλλη τα μωρά των λιγότερο ευαίσθητων μητέρων, δείχνουν έντονη ανασφάλεια όπου δεν μπορούν να αποχωριστούν τη μητέρα τους ή ακόμη έχουν την τάση να ενεργούν σαν η μητέρα τους να μην είναι καθόλου παρούσα (Ainsworth, 1974).

Η μητρική ευαισθησία έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό, προκειμένου να αναγνωρίσουμε λειτουργικές σχέσεις ανάμεσα στη συμπεριφορά της μητέρας και στην αντίδραση του παιδιού. Οι μητέρες οφείλουν να είναι ευαίσθητες καθώς η ευαισθησία εμφανίζεται να είναι προϋπόθεση για μια υγιή και πετυχημένη εξέλιξη.

1.4. Ο περίφημος δεσμός μητέρας και παιδιού.

Συναντάμε τον όρο αλληλεπίδραση για πρώτη φορά από τον Bowlby στο άρθρο του “ Η φύση του δεσμού του παιδιού με τη μητέρα του”. Ο Bowlby υποστήριξε ότι οι ανταλλαγές του παιδιού με τη μητέρα του, δεν βασίζονται αποκλειστικά στην απλή στοματική ικανοποίηση και την παράλληλη μείωση της έντασης. Το πιπίλισμα, το γράπωμα, το κλάμα ή το χαμόγελο αποτελούν έμφυτους και βασικούς τρόπους αλληλεπίδρασης μεταξύ τους.

Η Melanie Klein ήταν εκείνη που έβλεπε κάτι περισσότερο στη σχέση του παιδιού με τη μητέρα, πέρα από την ικανοποίηση των βασικών αναγκών.

Ο Winnicott έδωσε έμφαση στη σημασία της αμοιβαιότητας μεταξύ του παιδιού και της μητέρας. Υποστήριζε ότι τα μωρά πρέπει να μελετώνται μαζί με τις μητέρες τους, δικαιολογώντας την τοποθέτησή του ότι δεν θα ήθελε να αναλάβει να περιγράψει τι είναι γνωστό για το νεογέννητο μόνο του, λέγοντας *“ότι, όταν βλέπουμε ένα μωρό βλέπουμε επίσης την προσφορά του περιβάλλοντος και πίσω από αυτά βλέπουμε τη μητέρα”* (Winnicott, 1986).

Ο Rene Spitz και η Anna Freud μελέτησαν συμπεριφορές παιδιών σε συνθήκες αποχωρισμού από τους γονείς τους σε ιδρύματα και σε συνθήκες πολέμου.(Spitz, 1964). Από τη μελέτη αυτή προήλθαν και οι πρώτες τοποθετήσεις σχετικά με τη φύση της εξάρτησης του παιδιού από σημαντικούς ενήλικες. Οι περιγραφές της σοβαρής παθολογίας που προέκυπτε και το έντονο άγχος που βίωναν τα παιδιά, από την απουσία της μητρικής φροντίδας, ενίσχυσαν τη σπουδαιότητα και σημαντικότητα που έχει ένας τέτοιος δεσμός.

Οι θεωρίες των Winnicott, Bowlby, Ainsworth και Mahler, μας έχουν δώσει την δυνατότητα να μπορέσουμε να κατανοήσουμε την ψυχολογική εξέλιξη του βρέφους και τον ιδιαίτερο δεσμό με τη μητέρα του. Η δημιουργία της σχέσης μητέρας βρέφους, είναι καθοριστική για την εξελικτική πορεία του ανθρώπου. Η δημιουργία του περίφημου ασφαλούς δεσμού που αναπτύσσεται, προασπίζει και ενισχύει την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης και

της ασφάλειας, τα οποία αποτελούν αδιαμφισβήτητα συστατικά για την υγιή εξέλιξη των πρώτων χρόνων της ζωής.

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι ο ασφαλής δεσμός με την μητέρα οδηγεί στην καλύτερη δυνατή ισορροπία μεταξύ συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος, ενώ ο ανασφαλής δεσμός συνδέεται με την έλλειψη ισορροπίας του, με αποτέλεσμα τη συνεχόμενη εγρήγορση του νευρικού συστήματος. Επιπλέον ο Cozolino καταδεικνύει σε διάφορες μελέτες του ``τη σημασία του πρωταρχικού δεσμού και τη σχέση μητέρας βρέφους για την ανάπτυξη, όχι μόνο των συναισθηματικών και κοινωνικών κυκλωμάτων του εγκεφάλου, αλλά και τη σημασία του για το χτίσιμο ολόκληρου του εγκεφάλου μέσα από την ενέργεια και τη δραστηριοποίηση που δημιουργείται από αυτό τον δεσμό`` (Cozolino, 2002).

Έτσι λοιπόν η σχέση μητέρας βρέφους στον πρώτο χρόνο φαίνεται να είναι καθοριστικής σημασίας, επηρεάζοντας όχι μόνο τη συναισθηματική, ψυχολογική και νοητική εξέλιξη του βρέφους, αλλά και την ανάπτυξη του εγκεφάλου, των νευρώνων και του κεντρικού νευρικού συστήματος.

1.5. Είναι η μητρική αγάπη αναπόφευκτη;

Για να μπορέσω να προσεγγίσω το παραπάνω ερώτημα θα ήθελα να αναφερθώ σε ορισμένες συμπεριφορές μιας μικρής φυλής των Ικ, που ζει στα βόρεια σύνορα της Ουγκάντα και που έχουν καταγραφεί από τον Colin Turnbull, έναν ανθρωπολόγο που έζησε μαζί τους για ένα μικρό διάστημα. Οι Ικ ήταν μία νομαδική φυλή κυνηγών, όπου κάποια στιγμή λόγω μιας κυβερνητικής οδηγίας αποκλείστηκαν από τα πιο γόνιμα εδάφη, με αποτέλεσμα να περιοριστούν σε μια ξερή και άγονη περιοχή, κάνοντας με αυτό τον τρόπο την επιβίωσή τους πάρα πολύ δύσκολη. Η ανάγκη αυτής της επιβίωσης είχε ως αποτέλεσμα και την διάλυση της κοινωνικής τους οργάνωσης. Έτσι η οικογένεια σαν θεσμός σταμάτησε να υπάρχει, όπως και πολλά από τα θετικά συναισθήματα της αγάπης, της φροντίδας και της ευαισθησίας. Ο εγωισμός και η αδιαφορία ήταν πια τα κυρίαρχα

συναισθήματα των Ικ. Τα παιδιά τους λοιπόν, μόλις έφθαναν στην ηλικία των τριών χρόνων τα έδιωχναν από κοντά τους. Έπρεπε να συνεχίσουν μόνα τους χωρίς την προστασία, την φροντίδα και την καθοδήγηση εκείνων. Είναι αρκετά σοκαριστικό και ωμό όπως περιγράφει ο Turnbull, ότι όταν κάποιο παιδί καιγόταν πέφτοντας στη φωτιά, η μόνη αντίδραση των γονιών του ήταν το γέλιο ή όταν ένα ζώο έπαιρνε ένα μωρό η μητέρα του αισθανόταν μεγάλη ανακούφιση γιατί δεν θα έπρεπε πια να φροντίζει για αυτό. Τα παιδιά λοιπόν για τους Ικ θεωρούνταν ανταγωνιστές γιατί τους στερούσαν την τροφή και άρα την επιβίωσή τους. Δεν υπήρχε λοιπόν χώρος για αγάπη μεταξύ παιδιού και γονιού (Turnbull, 1973 & Schaffer, 1983).

Θεωρούμε ότι οι Ικ είναι μοναδικοί; Η απάντηση είναι πως δυστυχώς όχι. Η Margaret Mead περιγράφει τη φυλή Mundugumor της Νέας Γουινέας. Στην κοινωνία αυτής της φυλής το μωρό είναι καταδικασμένο από τη γέννησή του-όσα καταφέρνουν βέβαια να επιβιώσουν- γιατί πολλά κατέληγαν να τα ρίχνουν στον ποταμό. Η έντονη απέχθεια που βιώνουν οι μητέρες της Mundugumor, αντικατοπτρίζεται στο αυταρχικό και γρήγορο τρόπο με τον οποίο θηλάζουν, στη μεγάλη τους δυσφορία να πρέπει να το φροντίσουν όταν εκείνο χτυπήσει ή αρρωστήσει ή ακόμα στην άρνησή τους να το καθυσυχάσουν όταν εκείνο φοβηθεί (Mead, 1935 & Schaffer 1983).

Ανεξάρτητα από την αιτιολογία στην οποία μπορούμε να καταλήξουμε γιατί και οι δύο αυτές διαφορετικές κοινωνίες συμπεριφέρονται με αυτόν τον τρόπο, εκείνο που έντονα διαπιστώνεται είναι ότι και οι δύο κοινωνίες μπορούν να λειτουργήσουν χωρίς κανένα από τα βασικά ανθρώπινα βασικά συναισθήματα που όλοι μας υποθέτουμε ότι διαθέτουμε.

Τι συμβαίνει άραγε στις πολιτισμένες κοινωνίες; Δυστυχώς και σε εκείνες υπάρχουν “πολιτισμένοι” μητέρες και πατέρες που παραμελούν, κακοποιούν και σκοτώνουν τα παιδιά τους. Το αναπόφευκτο της μητρικής αγάπης λοιπόν μπορούμε να τολμήσουμε να πούμε ότι μπορεί να αμφισβητηθεί.

1.6. Ποιες είναι εκείνες οι συνθήκες που επηρεάζουν τη μητρική φροντίδα;

Ορισμένες μητέρες λόγω των επιλογών τους είναι πιθανό να συναντήσουν μεγάλη δυσκολία στο να μπορέσουν να λειτουργήσουν ως γονείς. Οι μητέρες που βρίσκονται σε εξάρτηση από ουσίες αντιμετωπίζουν τεράστιες προκλήσεις ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε αυτόν τον ρόλο, βιώνοντας έντονο άγχος, ενοχή και ανασφάλεια για το εάν και πως θα τα καταφέρουν. Οι μητέρες με ψυχική ασθένεια είναι πολύ πιθανό να μη μπορούν να κρατήσουν κάποια σταθερότητα, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μια διαστρεβλωμένη σχέση με το παιδί. Η μητέρα που πάσχει από κατάθλιψη, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην αλληλεπίδρασή της με το παιδί, τα οποία μπορεί να είναι λιγότερο σοβαρά..

Στον αντίποδα αυτών των συμπεριφορών, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς, όπου δεν συμπεριλαμβάνονται στις γνωστές παθολογικές καταστάσεις και έχουν περισσότερες επιπτώσεις στη σχέση της μητέρας με το παιδί. Η μητέρα λοιπόν χωρίς ευαισθησία είναι πολύ πιθανό να δημιουργήσει εντονότερα αδιέξοδα και εμπόδια στην εξέλιξη ενός παιδιού, καθώς θα είναι επικεντρωμένη στα δικά της θέλω και στις δικές της ανάγκες. Ο εγωκεντρισμός μιας μητέρας μπορεί να την οδηγήσει μη μπορώντας να δει τις πραγματικές δυνατότητες του παιδιού της, σε αυταρχική και καταπιεστική συμπεριφορά, οδηγώντας το σε εντελώς ανεπιθύμητο δρόμο, δημιουργώντας στην ουσία έναν εντελώς δυστυχισμένο άνθρωπο. Ακόμη και ο προστατευτισμός μιας μητέρας όπως έχει περιγραφεί από τον David Levy, είχε εντυπωσιακότατα αποτελέσματα επάνω στα παιδιά τους, με το να προβάλλουν τους δικούς τους φόβους και άγχη και με το να συμπεριφέρονται έκτοτε σα να επρόκειτο να ήταν πραγματικά εκείνων (Levy,1943).

1.7.Αποτελεί η μετάβαση στη μητρότητα φαινόμενο κρίσης;

Ένα πλήθος μελετών έχει εξετάσει το ερώτημα κατά πόσο η μετάβαση στη μητρότητα μπορεί να χαρακτηριστεί ως φαινόμενο κρίσης. Οι μελέτες

αυτές αναφέρονται σε ψυχολογική, ψυχοκοινωνική ή και ψυχοσωματική κρίση εφόσον αγγίζει ταυτόχρονα πολλαπλά επίπεδα, όπως το σωματικό, το ενδοψυχικό, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το κοινωνικό. Η κυρίαρχη άποψη είναι ότι για περίπου στο 20% των οικογενειών, η μετάβαση στη γονική ιδιότητα αποτελεί μια μεταβατική περίοδο που χαρακτηρίζεται από ενδοψυχικές, διαπροσωπικές ανακατατάξεις και διαπραγματεύσεις (Cowan & Cowan 1988).

Από τους πρώτους που εισηγήθηκαν τον όρο κρίση, ήταν οι κοινωνιολόγοι της οικογένειας όπως ο Hill (1949) και αργότερα ο Le Masters (1957), οι οποίοι την όρισαν ως μια έντονη και αποφασιστική αλλαγή κατά την οποία τα προηγούμενα σχήματα εμφανίζονταν ως ανεπαρκή και αναποτελεσματικά και υπήρχε άμεση ανάγκη για νέα. Την ίδια περίπου εποχή η Bibring & Benedec 1959 προσέθεσαν μια εξελικτική διάθεση και υποστήριξαν ότι οι λιβιδινικές αλλαγές και οι προσαρμοστικές επιταγές που συνεπάγεται η μετάβαση στη γονική ιδιότητα, είναι αντίστοιχες με αυτές που χαρακτηρίζουν άλλες εξελικτικές κρίσεις στην πορεία της ανάπτυξης, όπως είναι η εφηβεία και η εμμηνόπαυση. Πρόκειται ουσιαστικά για μεγάλους σταθμούς της ζωής όπου το σώμα παίζει ουσιαστικό ρόλο.

Η κρίση που συνοδεύει τη μετάβαση αυτή εντάσσει τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτή σε μια ειδική κατηγορία. Έτσι λοιπόν μια έγκυος γυναίκα που επρόκειτο να γίνει μητέρα, ανήκει στα εύθραυστα πρόσωπα όπου και αντιμετωπίζονται ως τέτοια. Στο απόγειο της κρίσης τα όρια σε αυτό που θεωρείται φυσιολογικό και σε αυτό που θεωρείται παθολογικό, συγχέονται και μετατίθενται. Ωστόσο παρατηρείται ότι όσο η κρίση καθιστά τα άτομα πιο ευάλωτα παράλληλα τα ενδυναμώνει. Η κρίση επομένως μπορεί από τη μια να λειτουργήσει σαν αποδιοργάνωση και σαν δυσλειτουργία και από την άλλη σαν ώθηση για εξέλιξη και ανάπτυξη.

1.8. Αποτελεί τελικά βιολογική ανάγκη η μητρότητα ή μήπως είναι κατασκεύασμα κοινωνικής επιβολής;

Η επιλογή του ατόμου με το οποίο θα προσκολληθεί ένα παιδί, εξαρτάται από τη συμπεριφορά του ενήλικα κατά τη διάρκεια της σχέσης του, από διαισθητικά προσόντα όπως η ευαισθησία, η ετοιμότητα ανταπόκρισης, η συναισθηματική συμμετοχή. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι εκείνα που επεμβαίνουν ουσιαστικά στη δημιουργία δεσμού και όχι η συγγένεια.. Μητέρα δεν είναι απαραίτητο να είναι η βιολογική μητέρα. Μητέρα μπορεί να είναι οποιοδήποτε πρόσωπο οποιουδήποτε φύλλου. Ο λεγόμενος δεσμός αίματος αποτελεί περισσότερο αστικό μύθο. Η ιδέα ότι η βιολογική μητέρα και με το πρόσχημα ότι είναι η βιολογική μητέρα, είναι η μόνη ικανή να φροντίσει το παιδί της, αποδεικνύει ότι δεν έχει και τόσο ισχυρή βάση. Έτσι λοιπόν ο μητρικός ρόλος μπορεί εξίσου να εκπληρωθεί και από άντρες ή από τρίτους ενήλικες, από άλλες γυναίκες όπως συμβαίνει σε περίπτωση υιοθεσίας ή της ανατροφής από τρίτους (Bowlby & Ainsworth,1956). Είναι αρκετά χαρακτηριστικό το πόσο επιτακτικά τονίζονταν οι βιολογικοί παράγοντες και ιδιαίτερα το γεγονός ότι η μητέρα είναι αυτή που γεννά και άρα αυτή θα έπρεπε να έχει την αποκλειστική φροντίδα του παιδιού.

Αν δεχτούμε λοιπόν ότι σήμερα δεν υπάρχουν λειτουργικές βιολογικές επιταγές που να περιορίζουν τη μητρότητα σε ένα φύλλο και να παρουσιάζονται οι γυναίκες περισσότερο ικανές για τη φροντίδα των παιδιών, τότε μπορούμε να συμφωνήσουμε ότι η παράδοση είναι αυτή που θέλει τους άντρες έξω από το σπίτι για δουλειά και κρατάει τις γυναίκες μέσα στο σπίτι. Ωστόσο ο διαχωρισμός αυτός των ρόλων δεν είναι πια τόσο απόλυτος όσο ήταν πριν από δεκαετίες. Έτσι λοιπόν σε ένα ιδανικό για το παιδί κόσμο, οποιοσδήποτε γονιός όπου θα είχε την δυνατότητα να αποτελεί το καλύτερο ταίρι για το παιδί, θα βρισκόταν στην πλεονεκτικότερη θέση να γίνει και εκείνος ο άνθρωπος που τελικά θα το φροντίζει.

1.8.1.Κοινωνική προσαρμογή – Κοινωνικό πλαίσιο.

Το παιδί από τη στιγμή που αποτελεί μέρος του εξωτερικού περιβάλλοντος, αναγκαστικά προσαρμόζεται και στους κανονισμούς του. Έτσι ο ρυθμός του εξαρτάται ανάλογα από τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα που έρχονται στην αντίληψή του.

Στην μελέτη της Dorothy Marquis, υπήρξαν δύο ομάδες βρεφών όπου τρεφόντουσαν κάθε τρεις ώρες η πρώτη και κάθε τέσσερις ώρες η δεύτερη. Μετά από λίγες ημέρες η ομάδα εκείνη που τρεφόταν κάθε τρεις ώρες άλλαξε πρόγραμμα, με αποτέλεσμα τα βρέφη να πρέπει να περιμένουν επιπλέον μια ώρα προκειμένου να έχουν πρόσβαση στο φαγητό τους, κάτι που τους προκαλούσε ιδιαίτερη νευρική κατάσταση. Αρχίζει λοιπόν να προγραμματίζεται ένας εσωτερικός ρυθμιστής της πείνας, από ένα πρόγραμμα διατροφής που καθορίζεται από άλλους. Αυτό αποτελεί μια μορφή προσαρμογής του βρέφους στις κοινωνικές απαιτήσεις, αντιπροσωπεύοντας μια από τις πρώτες μορφές μάθησης.

Στην ανθρώπινη κοινωνία υπάρχει μεγάλη ποικιλία για την οικογενειακή ζωή. Αυτό συμβαίνει γιατί η βιολογία δεν μας περιορίζει στον ίδιο βαθμό, με αποτέλεσμα να είμαστε ελεύθεροι να διαλέξουμε μεταξύ διαφορετικών τύπων κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο θέλουμε να ζήσουμε και να μεγαλώσουμε τα παιδιά μας.

Ποιο είναι το αποτέλεσμα όταν το μέγεθος των παιδιών γίνεται σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια; Θα πρέπει να αποφεύγουμε τις επικίνδυνες διαπιστώσεις ότι μια συγκεκριμένη πολιτιστική παράδοση ταυτίζεται με την ψυχική υγεία, ενώ όλες οι υπόλοιπες με την αρρώστια. Πρέπει να αμφισβητηθεί η ιδέα ότι οι δεσμοί ενός παιδιού δεν μπορούν να μοιραστούν “ακίνδυνα” μεταξύ πολλών ανθρώπων, μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών πλαισίων, όσο διαφορετικών και αν είναι.

1.9.Μη απόκτηση παιδιού και συναισθηματική οδύνη.

Ο Abraham είχε διατυπώσει την άποψη ότι πιθανότατα τα μανιακά πένθη ευθύνονται για εγκυμοσύνες. Η ανάγκη απόκτησης παιδιού υποδηλώνει μια καταθλιπτική οδύνη και η απομόνωση των γυναικών που δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδί θυμίζει την απομόνωση εκείνων των ανθρώπων που πενθούν. Βιώνουν μια συναισθηματική οδύνη υποδηλώνοντας ότι το παιδί που δεν έρχεται είναι το απόλυτο υποκατάστατο του χαμένου αντικειμένου, ενώ το παιδί που πρόκειται να έρθει υποτίθεται ότι είναι ικανό να επανορθώσει τα πάντα (Abraham,1922).

Για χρόνια θεωρείται αυτονόητο ότι κάθε ζευγάρι που έχει παντρευτεί θα πρέπει να έχει κάνει και παιδιά και αν εκείνο αποτύγχανε τότε αυτό ήταν και η αιτία ντροπής. Όταν λοιπόν το παιδί αυτό δεν έρχεται, βιώνουν αφενός την έλλειψη και αφετέρου την αδυναμία του σώματός τους που πολλές φορές την αισθάνονται ως αναπηρία.

Μια αναδρομή στη μυθολογία καταδεικνύει ότι η ατεκνία σχετιζόταν με την τιμωρία. Ο Λαΐος βασιλιάς της Θήβας, έλαβε χρησμό από το μαντείο των Δελφών να μείνει άτεκνος. Εκείνος παράκουσε τον χρησμό με αποτέλεσμα να τον φονεύσει ο γιός του Οιδίποδας. Και στην Παλαιά Διαθήκη η ατεκνία ταυτίζεται με τιμωρία και θεωρείται μειονεξία. Τα ζευγάρια που αποκτούν πολλά παιδιά θεωρούνται ευλογημένα σε αντίθεση με εκείνα που παραμένουν άτεκνα(γεν. 30, 1-13, Α Βασ. 1,1). Ακόμη δεν είναι λίγες εκείνες οι ανθρωπολογικές μελέτες που τονίζουν την οικουμενική σημασία που αποδίδεται στην γονιμότητα. Στην Αφρική οι γυναίκες που δεν μπορούν να αποκτήσουν παιδιά, περιθωριοποιούνται απολύτως αφού θεωρούνται επικίνδυνες και για τον εαυτό τους και για τους άλλους.

Η έλλειψη παιδιού έχει και μια σημαντική κοινωνική διάσταση καθώς τα άτεκνα ζευγάρια θεωρούνται ότι μειονεκτούν. Ο κοινωνικός αυτός στιγματισμός ισχύει περισσότερο για τις γυναίκες, γιατί η μητρότητα παρά την κατάκτηση νέων ρόλων, εξακολουθεί να έχει τεράστια ισχύ και να θεωρείται ο κύριος ρόλος της γυναίκας.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες η αδυναμία απόκτησης παιδιού από τις περισσότερες γυναίκες βιώνεται ως ένα βαθύ ναρκισσιστικό τραύμα. Η εικόνα του σώματος τραυματίζεται. Δεδομένου του πολύ βαρύ φορτίου και των ιδιαίτερα επώδυνων συναισθημάτων που θα πρέπει να διαχειριστούν, πολλές γυναίκες επιλέγουν να εξαντλήσουν τις ψυχικές τους δυνάμεις με το να προσπαθούν να αποκτήσουν ένα παιδί με οποιοδήποτε κόστος. Πρόκειται για εκείνες που αδυνατούν να επεξεργαστούν την απώλεια και με μεγάλη επιμονή, εξαναγκασμό και κόστος, οδηγούνται σε κάθε προτεινόμενη θεραπεία προκειμένου να πετύχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Είναι εντυπωσιακό το πόσο γρήγορα ανασυγκροτούνται, το πόσο πανέτοιμες αισθάνονται και πόσο απελπισμένα προχωρούν για την επόμενη προσπάθεια.

Η μη απόκτηση παιδιού είναι δυνατό να μεταφραστεί και σαν αναπηρία. Αρκετές γυναίκες βιώνουν αυτή την απώλεια της μητρότητας με ιδιαίτερα έντονη συναισθηματική επιβάρυνση, με αφόρητο πόνο, εγκλωβίζοντας τον εαυτό τους σε μια τόσο επώδυνη κατάσταση, μη διαχειρίσιμη, εκδηλώνοντας αρκετές φορές τόση θλίψη που μπορεί εύκολα να οδηγήσει σε ψυχοπαθολογική διαταραχή.

Τι συμβαίνει και με την οικονομική επιβάρυνση που συνοδεύει μια τέτοια επιλογή; Δυστυχώς όλη αυτή η υπέρτατη επιθυμία, ο απόλυτος ρόλος της μητέρας, η αποθεωτική ολοκλήρωση που συνοδεύει αυτόν τον ρόλο, φέρνει πάρα πολλές γυναίκες σε μια απίστευτη εμμονή και επιμονή, σε μια τεράστια οικονομική επιβάρυνση, λόγω των συνεχόμενων επαναλήψεων της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής που απαιτούνται προκειμένου να καταφέρουν το πολυπόθητο αποτέλεσμα.

1.10. Η μητέρα του Γιωσαφάτ.

Σύμφωνα με τον Ματθαίο Γιωσαφάτ: *«ο μικρός κόσμος είμαστε εμείς, ο μέγας είναι το περιβάλλον και για τον πρώτο χρόνο της ζωής μας μέγας κόσμος είναι η μάνα μας»*. Ο πρώτος χρόνος λοιπόν θεωρεί ο Γιωσαφάτ:

«είναι και εκείνος ο χρόνος που καθορίζει την προσωπικότητα και τις πιθανότητες μεγαλύτερες ή μικρότερες να είναι κάποιος ευτυχισμένος σε αυτή τη ζωή». Γι αυτό εμείς ως βρέφη δεν μπορούμε να παρέμβουμε να κάνουμε οτιδήποτε, εξαρτιόμαστε αποκλειστικά από το περιβάλλον, που τότε είναι η μητέρα. Εκείνη αποτελεί το τροφικό κομμάτι του, όπου θα το βοηθήσει να επιβιώσει και εκείνο θα κάνει τα αδύνατα δυνατά να προσκολληθεί σε αυτή. Η μητέρα λοιπόν είναι ο φροντιστής. Το ευχάριστο και το δυσάρεστο μαθαίνεται μέσα από τη μητέρα. Είναι απαραίτητο να υπάρχει η μητέρα και για να δημιουργηθεί η αίσθηση πρωτογενούς ασφάλειας. Ο Γιωσαφάτ τονίζει ότι μητέρα μπορεί να είναι και η μη βιολογική μητέρα, να είναι εκείνο το πρόσωπο που έχει αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού.

Η μητέρα αποτελεί για τον Γιωσαφάτ ένα είδος μηχανής, που ικανοποιεί τις ανάγκες μας και μας βοηθάει να λειτουργήσουμε. Την αποκαλεί *“εαυτοαντικείμενο”*, ένα αντικείμενο-πρόσωπο όπου το χρησιμοποιούμε για να ικανοποιηθούμε, για να μη φοβόμαστε και για να έχουμε το αίσθημα της ασφάλειας. Έχοντας λοιπόν το βρέφος ενστικτωδώς το άγχος του θανάτου, προσπαθεί να πιαστεί από το αντικείμενο την μητέρα του, για να μπορέσει να επιβιώσει. Το βρέφος ακόμη χρειάζεται τα χάρδια, την οσμή της μητέρας του, την φωνή της. Με αυτό τον τρόπο γίνεται και η πρώτη γνωσιακή κατανόηση του κόσμου του (Γιωσαφάτ, 2010).

1.10.1. Η μητρότητα από μια πολιτικο-φεμινιστική προσέγγιση.

Αν το ζήτημα της μητρότητας είναι εκείνο που συμπυκνώνει τους δισταγμούς και τα διλήμματα δύο αιώνων θεωρίας και πράξης για την απελευθέρωση των γυναικών, αν αποτελεί κατά κάποιο τρόπο την αχίλλειο πτέρνα της φεμινιστικής ουτοπίας, είναι γιατί παρά τις σημαντικές μεταβολές στη θέση των γυναικών -τουλάχιστον σε συγκεκριμένα μέρη του κόσμου- οι επιλογές τους εξακολουθούν σε μεγάλο βαθμό να μη διαφέρουν από εκείνες που διατυπώθηκαν αιώνες πριν (Βαρίκα, 1994).

Με τον Filmer η ιστορία του Αδάμ και της Εύας παρουσιάζεται ως αρχή της ανθρωπότητας και της απόλυτης εξουσίας παρά ως θεϊκή επιταγή. Για τον Filmer η απόλυτη εξουσία του Αδάμ επάνω στην Εύα έχει τον ίδιο χαρακτήρα που έχει και η βασιλική εξουσία αποδεικνύοντας ότι η ισότητα και ελευθερία δεν υπήρχαν ποτέ και ότι αντίθετα η ιεραρχία, η υπακοή και η υποτέλεια είναι εγγενής στη φύση των ανθρώπων. Ανεξάρτητα από το ποιος είναι ο φυσικός πατέρας, η μητέρα βρίσκεται στην ιδιοκτησία ενός άνδρα, στον οποίο το παιδί θεωρείται ότι συμβατικά ανήκει (Filmer,1991).

Αντίθετα για τον Hobbes, η εξάρτηση των παιδιών από τους γονείς είναι αποτέλεσμα συναίνεσης. Τα παιδιά για να διατηρηθούν στη ζωή θα πρέπει να συναινέσουν στη γονική εξουσία. Ακόμη και αν η τεκνοποιία ήταν πηγή εξουσίας, η εξουσία δικαιωματικά θα ανήκε στη μητέρα, η οποία δέχτηκε να τα μεγαλώσει αντί να τα εκθέσει (Hobbes,1989).

Για τον Locke η λειτουργία της μητρότητας είναι αποφασιστική στην ασταθή ισορροπία: «φύσει κατώτερες και συνάμα ελεύθερες να διαπραγματευτούν ευνοϊκότερους όρους σε ένα συμβόλαιο, που υπό την υψηλή εποπτεία του κράτους, τους επιβάλλει εκ των προτέρων άνισους όρους διαπραγμάτευσης». Απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία και αναπαραγωγή του συμβολαίου, η μητρότητα είναι εξορισμού ασυμβίβαστη με την πλήρη και ισότιμη ένταξη στην πολιτική κοινωνία. Ωστόσο μια γυναίκα μπορεί θεωρητικά να αποφύγει την υποταγή, αν είναι σε θέση. Μπορεί να μη παντρευτεί ή να μη γίνει μητέρα (Locke,1990).

Από τον 19αίωνα και ως σήμερα, το αίτημα της ισότητας των φύλλων και της γυναικείας απελευθέρωσης, αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στη σιωπή, λόγω του φόβου σύνδεσης της γυναικείας καταπίεσης με τους φυσικούς καταναγκασμούς. Αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στη τάση να θεωρεί τη μητρότητα εμπόδιο για την απελευθέρωση και στη τάση εξιδανίκευσης και μετατροπής της σε θεμέλιο νομιμοποίησης της απελευθέρωσης. Τέλος αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στη τάση να την θεωρεί πηγή της γυναικείας κατωτερότητας και καταπίεσης και στην τάση να τη μετατρέπει πηγή ανωτερότητας και ποιοτικών αξιών.

1.10.2. Η θέση της εκκλησίας για την μητρότητα.

Η μητρότητα και γενικότερα η τεκνοποιία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του έγγαμου βίου, συνδεδεμένη με την έννοια της διαιώνισης του είδους (Φανάρα, 2000). Η απόκτηση παιδιών αποτελεί κεφαλαιώδης κομμάτι στη ζωή μιας γυναίκας. Αποτελεί ευλογία από το Θεό, δίνοντας με αυτό τον τρόπο τη δυνατότητα να γίνουν οι άνθρωποι συνδημιουργοί με το Θεό. Η τεκνογονία λοιπόν αποτελεί βασικό σκοπό του χριστιανικού γάμου, σε συνδυασμό με την αντίστοιχη χριστιανική ανατροφή και διαπαιδαγώγηση των παιδιών. Για τη θεολογία της εκκλησίας η μητρότητα έχει την αρχή της στο αγαθό θέλημα του Θεού.

Είναι λοιπόν επιτρεπτό η τεκνογονία αλλά και η ατεκνία να αποσυνδέονται από το θείο θέλημα; Η έλλειψη τέκνου έχει και μια σημαντική κοινωνική διάσταση, καθώς τα ακουσίως άτεκνα ζευγάρια θεωρούνται ότι μειονεκτούν. Αυτό φαίνεται να ισχύει περισσότερο για τις γυναίκες καθώς η μητρότητα εξακολουθεί να παραμένει και σήμερα ως ο πιο ουσιώδης και κύριος ρόλος της γυναίκας. Η επιθυμία απόκτησης τέκνων από μια γυναίκα που δεν μπορεί να τεκνοποιήσει, δεν είναι αθέμιτη από χριστιανικής πλευράς. Για το λόγο αυτό η προσπάθεια της ιατρικής επιστήμης για υποστήριξη αυτών των γυναικών, δίνοντάς τους εναλλακτικές επιλογές, επικροτείται από την πλευρά της χριστιανικής ηθικής, σε συνάρτηση πάντοτε με ορισμένους περιορισμούς (Φανάρα, 2000).

Έτσι η επιθυμία απόκτησης παιδιού δεν αυτονομείται ούτε ανεξαρτητοποιείται από το άγιο θέλημα του Θεού. Η μη απόκτηση παιδιού ίσως να αποτελεί μια ιδιαίτερη κλήση του Θεού προορίζοντας το άτεκνο ζευγάρι σε άλλου είδους διακονία στην κοινωνία και την εκκλησία. Προβάλλοντας με αυτό τον τρόπο τον πνευματικό προσανατολισμό στο γάμο, δεν θεωρεί την υπογονιμότητα ασθένεια και αναπηρία. Αν το ζευγάρι δεν βιώνει την επικοινωνία με το Θεό τότε θεωρείται ανύπαρκτη και η πνευματικότητα. Η πνευματική καλλιέργεια μέσω της συμμετοχής στη μυστηριακή ζωή της εκκλησίας είναι εκείνη που εξαγιάζει το ζευγάρι (Μαντζαρίδης, 1995).

Στο σημείο αυτό θεωρώ ότι είναι σκόπιμο να παρατεθούν κάποιες απόψεις του γέροντα Παΐσιου για την ατεκνία, αντικατοπτρίζοντας τη θέση του σε ένα τόσο ιδιαίτερο και ευαίσθητο θέμα, θέση που φαίνεται ότι δεν αφήνει ανεπηρέαστους “σύγχρονους” ανθρώπους σε “σύγχρονες” κοινωνίες. Για τον γέροντα Παΐσιο: «το θέμα της τεκνοποίησης δεν εξαρτάται μόνο από τον άνθρωπο, εξαρτάται και από τον Θεό. Όταν ο Θεός βλέπει ταπείνωση στο ανδρόγυνο που έχει δυσκολία να αποκτήσει παιδιά, τότε όχι μόνο ένα παιδί τους δίνει, αλλά και πολύτεκνους μπορεί να τους κάνει. Όταν όμως βλέπει πείσμα και εγωισμό, αν τους εκπληρώσει το αίτημά τους, θα τους αναπαύσει στο πείσμα και στον εγωισμό τους. Πρέπει να αφεθούν εν λευκώ στο Θεό. Τότε θα γίνει αυτό που ζητούν. Γιατί όταν λέμε γεννηθήτω το θέλημά σου και αφηνόμαστε με εμπιστοσύνη στο Θεό, τότε γίνεται το θέλημά του. Αλλά εμείς από το ένα μέρος λέμε γεννηθήτω το θέλημά σου και από το άλλο μέρος επιμένουμε στο θέλημα το δικό μας. Τότε τι να μας κάνει και ο Θεός;».

1.10.3. Νεότερες τάσεις για τη μητρότητα.

Ιστοσελίδες όπως η Modamily.com, η Familydesign.com, η Pollentree.com, απευθύνονται σε ανθρώπους που θέλουν μόνο παιδιά χωρίς να προϋποθέτουν γάμο ή ακόμα και σεξουαλική επαφή. Έτσι λοιπόν η από κοινού γονική μέριμνα είναι μια νέα τάση στην εξέλιξη της οικογένειας. Γυναίκες που θέλουν να αποκτήσουν παιδιά, εγκαταλείποντας τον ρομαντισμό και την παράδοση, αναζητούν δότες σπέρματος οι οποίοι είναι πρόθυμοι να συμμετέχουν στην ανατροφή του παιδιού. Υπάρχει μια συνεχόμενη αυξανόμενη τάση, όπου ζευγάρι του ίδιου φύλλου να αναλαμβάνει τη φροντίδα των παιδιών, μαζί με τον άνθρωπο που παρέχει το γεννητικό υλικό του. Είναι η δυσκολία των σχέσεων, η αλλαγή των προτύπων, η δυνατότητα επιλογής ή η εναντίωση σε μια κατάσταση που μέχρι τώρα θεωρείται ότι δεν επιτρέπεται να ξεπεράσει τα όρια της, αυτή η αύξηση των τόσο διαφορετικών σχέσεων;

Στο καινούριο βιβλίο της Jessica Valenti “Why have kids;” αναφέρει την τρομακτική πίεση που δέχεται μια γυναίκα προκειμένου να αποκτήσει

παιδιά. Τονίζει πόσο επικίνδυνο και καταστροφικό είναι να εξαναγκάζεται μια γυναίκα να ακολουθήσει τις κοινωνικές επιταγές, τόσο για την ίδια και πολύ περισσότερο για τα παιδιά που πρόκειται να γεννηθούν. Αναρωτιέται πόσες ακατάλληλες μητέρες έχει γεννήσει αυτή η πίεση. Η Valenti επικαλείται και το νόμο που ψηφίστηκε το 2008 στην πολιτεία της Νεμπράσκα, ο οποίος αποποινικοποιεί για πρώτη φορά την εγκατάλειψη ανηλίκου. Είναι ιδιαίτερα επιτακτικό να διευκρινιστεί ότι αρχικά ο νομοθέτης δεν έβαλε κάποια όρια στην ηλικία του παιδιού με αποτέλεσμα να εγκαταλείπονται ακόμη και έφηβοι. Η τελευταία εγκατάλειψη αφορούσε ένα δεκατετράχρονο τον Νοέμβριο του 2008 όταν μια μητέρα οδήγησε 1200 χιλιόμετρα προκειμένου να τον εγκαταλείψει (Valenti, 2012).

Η ανάγκη τοποθέτησης μιας διαφορετικής πραγματικότητας οδήγησε στη δημιουργία δύο κινημάτων που αφορούν τη μη απόκτηση παιδιού. Τα “childfree” και “childless”, φαίνεται να υποδηλώνουν ένα καινούριο κοινωνικό φαινόμενο, όπου οι γυναίκες δεν φοβούνται πλέον να το αντιμετωπίσουν, αποδεχόμενες ένα διαφορετικό τρόπο ζωής. Διαφορετικό και όχι καινούριο, αφού από διάφορες έρευνες που έχει κάνει η Catherine Hakim κοινωνιολόγος στο London School of Economics, φαίνεται ότι δεν μιλάμε για ένα καινούριο κοινωνικό φαινόμενο, αλλά για μια πιο συνειδητή επιλογή και στάση ζωής, η οποία για πολλά χρόνια δεν ήταν καθόλου εφικτή ούτε καν να υποτεθεί. Φαίνεται λοιπόν ότι η σημερινή εποχή προσφέρεται για τέτοιου είδους εξομολογήσεις, εξομολογήσεις που τολμούν να ξεσκεπάζουν και τις πιο σκοτεινές πλευρές του γονικού ρόλου και προτύπου. Εξομολογήσεις που τολμούν να παραδεχτούν ότι σε κάποιες γυναίκες η μητρότητα δεν αποτελεί το άγιο δισκοπότηρο της ολοκλήρωσης και πως τελικά η απόκτηση παιδιού δεν είναι εκείνη που θα φέρει την ευτυχία (Hacim, 2009).

Στο σημείο αυτό θεώρησα σκόπιμο να παρατεθούν κάποιες μαρτυρίες γυναικών για το τι θεωρούν μητρότητα, πως την έχουν βιώσει, τι σήμαινε και τι σημαίνει για εκείνες η απόκτηση ενός παιδιού, όπως και τι αισθάνονται κάποιες γυναίκες που δεν έχουν ή δεν επιθυμούν να έχουν παιδιά.

1.11. Μαρτυρίες.

Είναι αρκετά σημαντικό να διατυπωθούν οι σκέψεις, τα βιώματα, οι εμπειρίες, τα συναισθήματα, οι φόβοι γυναικών που είχαν την δυνατότητα να ζήσουν την εμπειρία της μητρότητας και κάποιων άλλων που αποφάσισαν να μην την επιλέξουν.

Ποιοι ήταν εκείνοι οι λόγοι που τις οδήγησαν σε μια τέτοια επιλογή; Αισθάνονται όμορφα με την επιλογή τους; Ποιοι είναι οι φόβοι τους και πως περιγράφουν τα ευχάριστα συναισθήματά τους; Έχουν ομοιότητες οι αγωνίες και τα άγχη τους; Έχουν τελικά όλες οι γυναίκες το δικαίωμα επιλογής όσον αφορά την μητρότητα;

Για λόγους καθαρά δεοντολογικούς και με απόλυτο σεβασμό σε εκείνες τις γυναίκες που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμά μου, μεταφέρω τις μαρτυρίες τους αυτούσιες, με μοναδική παρέμβαση στα αρχικά των ονομάτων τους.

Η μαρτυρία της Γ.

Η απόκτηση ενός παιδιού υπήρχε πάντα στο μυαλό μου. Ωστόσο ήταν μόνο μια σκέψη, χωρίς ποτέ να εμβαθύνω. Το μόνο ξεκάθαρο που θυμάμαι είναι ότι ποτέ δε θα το τολμούσα μόνη μου. Μάλλον το τοποθετούσα σαν συνέχεια της ευτυχίας μου με τον σύντροφό μου. Δεν μπορώ πάντως να πω ότι ήταν αυτονόητο ή απαραίτητο το να γίνω μητέρα.

Όταν ήρθε ο καιρός και η εγκυμοσύνη στη ζωή μου τα πράγματα σοβάρεψαν. Η ιδέα ήταν πραγματικότητα και αυτό περισσότερο με φόβιζε παρά με χαροποιούσε. Η προσπάθεια της κοινωνίας να παρουσιάσει την εγκυμοσύνη σαν την ωραιότερη φάση στη ζωή μιας γυναίκας, μου προκαλεί πάντα εντύπωση. Η περίοδος εκείνη για μένα ήταν μια διαρκής υπομονή μέχρι να φτάσει κανείς σε ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Για να μην είμαι άδικη η προσμονή του παιδιού δίνει μια χαρούμενη “εσάνς” στην όλη κατάσταση.

Αφού το παιδί ήρθε άρχισαν άλλες αγωνίες, μόνο που τότε η ευτυχία της απόκτησής του, τα έκανε όλα πιο όμορφα. Σαν άνθρωπος τίποτα δε θα μπορούσα να συγκρίνω με την αγάπη που έχω για το παιδί μου. Άλλαξαν

πολλά πράγματα, συναισθήματα και απόψεις μου, αφού έγινα μητέρα. Στη ζωή μου έπαψα να είμαι πρωταγωνιστής και η υπομονή μου στις αδυναμίες των ανθρώπων γενικά, έχει διευρυνθεί. Τώρα πια τίποτε δεν είναι όπως πριν, αλλά και τίποτα δεν θα άλλαζα!

Η μαρτυρία της Β.

Είμαι μια γυναίκα 47 χρόνων όπου μεγάλωσε σε μια οικογένεια όπου ο γάμος και η μητρότητα υπήρξε σαν ιδανικό, σαν μια όμορφη κατάληξη μιας σχέσης. Η επιθυμία απόκτησης ενός παιδιού είναι για μένα μια φαντασίωση. Η μη απόκτησή του αποτελεί συναισθηματική στέρηση, μια μη πραγμάτωση επιθυμίας, μη ολοκλήρωση. Θεωρώ ότι η μητρότητα αποτελεί ένα βασικό κομμάτι ολοκλήρωσης της ζωής, μιας εξέλιξης τόσο βιολογικής όσο και ψυχικής. Στερεοτυπικά και κοινωνικά με έχει επηρεάσει σε κάποιο βαθμό στο να γίνω μητέρα, αλλά πιστεύω ότι είναι περισσότερο μια εσωτερική ανάγκη. Ελπίζω αυτή η επιθυμία μου να πραγματοποιηθεί πολύ σύντομα, ακόμα και αν χρειαστεί να προχωρήσω μόνη μου στην απόφαση αυτή.

Η μαρτυρία της Θ.

Πραγματικά δεν μπορώ να γνωρίζω πως θα πρέπει να αισθάνεται μια γυναίκα για μια κατάσταση την οποία δεν έχει ποτέ βιώσει. Είμαι 43 χρόνων δεν έχω αποκτήσει παιδί και δεν μπορώ να εκφράσω συναισθήματα για κάτι που δεν έχω. Μπορεί να ακούγεται αρκετά κυνικό αλλά μου είναι αρκετά δύσκολο να επενδύσω σε μια ιδέα η οποία στερεοτυπικά και κοινωνικά επιβεβλημένη, θεωρείται ότι αποτελεί την ολοκλήρωση και κορύφωση μιας γυναίκας. Και πιστέψτε με το οικογενειακό μου πρότυπο υπήρξε αρκετά όμορφο, πολύ ασφαλή, με απλόχερη αγάπη, εμπιστοσύνη, νοιάξιμο και ωραία βιώματα. Ίσως έχει να κάνει με έναν διαφορετικό προσανατολισμό από εκείνους και μια επένδυση συναισθηματικής νοημοσύνης, μια επένδυση στο να έχω την δυνατότητα να επιλέγω τον τρόπο και την ζωή που θα ήθελα να ζήσω με κριτήριο την ελευθερία, την αποδοχή σε αυτό που πραγματικά θα μπορούσα να υποστηρίξω. Με την ίδια ελευθερία έχω επιλέξει – όπως θέλω να πιστεύω και εκείνος- τον σύντροφο της ζωής μου όπου για περισσότερα από 14 χρόνια αγαπά και υποστηρίζει ο ένας τον άλλο. Είναι πολύ ωραίο

ωστόσο να βλέπεις και να συναντάς στη ζωή σου όμορφους ανθρώπους που έχουν δημιουργήσει εξίσου όμορφες οικογένειες, ανθρώπους που έχουν επιλέξει να ζήσουν με ευτυχία και ισορροπία σε όποιο μοντέλο εκείνοι έχουν επιλέξει να ζήσουν. Είναι πολύ όμορφο οι άνθρωποι να έχουν την δυνατότητα να ζήσουν την ζωή που πραγματικά θα ήθελαν, απεγκλωβισμένοι από τα πρέπει, τα πρέπει και τα πρέπει!!

Η μαρτυρία της Ν.

Είμαι μαμά δύο κοριτσιών 5 χρόνων και 3 αντίστοιχα. Ήμουν 26χρονών στο πρώτο μου παιδί. Το να γίνω μαμά ήταν στόχος της ζωής μου, και υπήρχε στο μυαλό μου ως συνέχεια της σχέσης μου. Έτσι λοιπόν παντρεύτηκα και μετά από λίγους μήνες απέκτησα την πρώτη μου κόρη. Πριν γίνω μαμά αυτή η σκέψη με άγχωνε, κυρίως με άγχωνε η ευθύνη της απόκτησης και το μεγάλωμα ενός παιδιού.

Στην περίοδο της πρώτης μου εγκυμοσύνης σκεφτόμουν πως θα είναι να έχω ένα παιδί, πως θα είμαι εγώ ως μαμά, αλλά δεν μπορούσα να το συνειδητοποιήσω. Μάλιστα ήμουν καπνίστρια και μόλις αντιλήφθηκα ότι είμαι έγκυος το έκοψα αμέσως. Δεν επέτρεψα στον εαυτό μου να συνεχίζω να καπνίζω, αντιμετωπίζοντας το σαν προστασία για την υγεία του παιδιού μου. Βέβαια μόλις σταμάτησα το θηλασμό δυστυχώς συνέχιζα να καπνίζω. Το ίδιο έκανα και στη δεύτερη εγκυμοσύνη μου.

Όταν ήρθε το πρώτο παιδί ένιωσα τόση ευτυχία όμως συγχρόνως και πολύ μεγάλο άγχος και αγωνία για πολλά θέματα. Αρχικά για το θηλασμό και την όλη φροντίδα του και μετέπειτα μεγάλη ευθύνη για το μεγάλωμά του. Για τον πρώτο καιρό θυμάμαι τον εαυτό μου να έχει μοναδική προτεραιότητα το παιδί και τίποτα άλλο. Κάθε μέρα η αγάπη μου γι' αυτό μεγάλωνε όλο και πιο πολύ.

Αντίθετα όταν ήρθε το δεύτερο παιδί από την πρώτη μέρα ένιωσα πως το αγαπώ.. Το άγχος και οι αγωνίες δεν υπήρχαν, γιατί ήμουν ήδη μαμά και όλα μου φαινόταν πιο εύκολα. Η μόνη δυσκολία ήταν η αποδοχή του πρώτου

παιδιού για το δεύτερο. Έχουν αλλάξει πολλά πράγματα από τότε που έγινα μητέρα. Είναι όμορφος αλλά και δύσκολος ο ρόλος αυτός.

Από τις ελάχιστες αυτές μαρτυρίες και από καταθέσεις πολλών άλλων γυναικών με αρκετά διαφορετικούς προσανατολισμούς και εμπειρίες, φαίνεται ότι τα ισχυρότερα συναισθήματα που επικρατούν, να μην διαφέρουν μεταξύ τους, η επιθυμία, η φαντασίωση, η χαρά, η αγάπη αλλά και οι φόβοι, τα άγχη, οι αγωνίες χαρακτηρίζουν σε όλες σχεδόν τις γυναίκες την ιδιαίτερη συναισθηματική κατάσταση που βιώνουν. Φαίνεται ακόμη ότι το κομμάτι της φαντασίωσης για την απόκτηση ενός παιδιού υποσυνείδητα είναι πολύ καλά εδραιωμένο και αρκετά ενισχυμένο από τις κοινωνικές επιταγές. Ίσως στην ερώτηση για το τι θα σήμαινε για εκείνες η μη απόκτηση παιδιού να αποκρυπτογραφούνταν αυτές οι επιταγές.

Φαίνεται ακόμη και κάτι διαφορετικό που τα τελευταία λίγα χρόνια τολμούν οι γυναίκες να εκφράζουν, την πολύ μεγάλη δυσκολία και αλλαγή που συμβαίνει στη ζωή τους με την απόκτηση ενός παιδιού, τις αλλαγές που δεν είναι όλες τόσο ιδανικές και ωραιοποιημένες όπως παλαιότερα επιβαλλόταν. Υπάρχουν ακόμη γυναίκες που τολμάνε να εκφράσουν την επιθυμία τους για μη επιθυμία απόκτησης, κάτι που φρόντιζαν να κρατήσουν αρκετά στη σιωπή, μια επιθυμία που φαίνεται δειλά - δειλά να αρχίζει να γίνεται σεβαστή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

2.1.Μια μικρή ιστορική αναδρομή.

Από τα προϊστορικά χρόνια οι άνθρωποι συνήθιζαν να καταναλώνουν ψυχοτρόπες ουσίες με σκοπό την ανακούφιση από τους σωματικούς πόνους ή την αλλαγή της συνειδητότητας και συγκεκριμένα την αναζήτηση της ευχαρίστησης (Davitson & Neal 1994).

Στις μέρες μας η κατανάλωση και η χρήση ουσιών συνδέθηκε κυρίως με την έννοια της κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης από αυτές. Οι όροι αυτοί αποτελούν νοσολογικές κατηγορίες ψυχικής διαταραχής που θεσμοθετούνται και προωθούνται από επίσημα θεσμοθετημένα όργανα για την ψυχική υγεία, όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας(Π.Ο.Υ.) και η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία(Α.Ψ.Ε), με την έκδοση των εγχειριδίων, η πρώτη του International Classification of Diseases (I.S.D.) και η δεύτερη του Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (D.S.M.)- A.P.A. 2000. Η χρήση και κατανάλωση ουσιών παθολογοποιήθηκε, ταξινομήθηκε και ιατρικοποιήθηκε.

Τυπικά διαφοροποιείται η κατάχρηση μιας ουσίας από την εξάρτηση, στη βάση της απουσίας συμπτωμάτων φυσιολογικής εξάρτησης(ανοχή, στερητικά, έντονη επιθυμία). Η εξάρτηση από ουσίες προσδιορίζει μια πιο ευρύτερη νοσολογική κατάσταση. Το D.S.M-IV(A.P.A. 1996) και το D.S.M.-IV-TR(A.P.A.2000) κατασκευάζει την εξάρτηση ως μια προβληματική συμπεριφορά κατανάλωσης ουσιών.

Δεν έχουν όλες οι ουσίες τα ίδια συμπτώματα σωματικής εξάρτησης. Έτσι ορισμένες ουσίες όπως η ηρωίνη, η μορφίνη, τα οπιούχα δηλαδή, τα ναρκωτικά αναλγητικά, το οινόπνευμα και τα βαρβιτουρικά παρουσιάζουν συμπτώματα σωματικής εξάρτησης έχοντας πολύ έντονα στερητικά συμπτώματα. Ενώ σε άλλες ουσίες όπως L.S.D.,κοκαΐνη και μαριχουάνα τα στερητικά συμπτώματα είτε απουσιάζουν, είτε χαρακτηρίζονται ήπια ή έχουν παρατηρηθεί κάποια μετά από χρόνια χρήση ή έχουν παρατηρηθεί μόνο ψυχολογικά συμπτώματα (A.P.A. 2013).

Η ηρωίνη θεωρείται ότι παράγει πιο έντονα σωματικά συμπτώματα από τη μορφίνη, δρα πιο γρήγορα και με μεγαλύτερη ένταση. Η μεθαδόνη, η οποία ανήκει στην ίδια κατηγορία με την ηρωίνη και μορφίνη, παρουσιάζει ασθενέστερο σύνδρομο στέρησης (White et all 2007).

Επιπλέον ο Drummond(1991), υποστηρίζει ότι η κάθε διαφορετική ουσία σχετίζεται με πολύ ειδικές συνέπειες, αν και μεταξύ τους υπάρχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά εξάρτησης και τα στερητικά συμπτώματα ανάμεσα στις ουσίες παρουσιάζουν μεγάλη ευρύτητα.

2.1.1.Η Εξάρτηση σήμερα.

Η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες και ο δημόσιος λόγος για αυτή ήταν σχεδόν ανύπαρκτα μέχρι και το 1978, αφού και το κοινωνικό πρόβλημα των ναρκωτικών ήταν σχεδόν ανύπαρκτο (Τσίλη, 1995) και ο αριθμός των χρηστών έφθανε μόλις τα 600 άτομα, κυρίως χρήστες χασίς μέσης ηλικίας (Κοιπσελίνης, 1974).

Ο νόμος 743/70 που θεσπίστηκε από την απριλιανή δικτατορία είναι σύμφωνα με τον Μαρσέλο(1997), αυτός που έπαιξε σημαντικό ρόλο στη τοξικομανία και στον ορισμό του ή της τοξικομανούς και στην αντιμετώπισή τους. Ο καινούριος νόμος για τα ναρκωτικά είναι ο **N. 4139/2013** «Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις», με τον οποίο αναθεωρείται ο κώδικας περί ναρκωτικών (Μέρος Α') και παράλληλα, τροποποιούνται διατάξεις του Αστικού Κώδικα, του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, του Ποινικού Κώδικα και του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.

Η πρώτη εργασία που αφορά τα ναρκωτικά και τις γυναίκες εντοπίζεται το 1990 και αναφέρεται στην ``κοκαΐνη και κύηση``(Βαδικά και Τσίκα 1990).

Η θεραπεία των εξαρτήσεων στην Ελλάδα από το 1960 μέχρι και το 1970, αντιμετωπιζόταν με εισαγωγές στο Δαφνί στο οποίο έχουν καταγραφεί 850 εισαγωγές, κυρίως χρήστες χασίς (Τσίλη, 1995). Ειδικά προγράμματα για γυναίκες και εξαρτημένες μητέρες θεσπίστηκαν το 1997 αρχικά το 2000 και το

2006(ΕΚΤΕΠΝ, ΚΕΘΕΑ, 18 ΑΝΩ). Στο συμβουλευτικό σταθμό του ειδικού θεραπευτικού προγράμματος της Ιθάκης τον πρώτο χρόνο προσήλθαν 247 άνδρες και 74 γυναίκες ποσοστό 23,05% όπου θεωρούνταν χαμηλό σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (ΚΕΘΕΑ, 2002).

Το ειδικό πρόγραμμα Απεξάρτησης Γυναικών του 18 Άνω ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1997 στα πλαίσια της Μονάδας Απεξάρτησης Τοξικομανών 18 Άνω στο Δαφνί. Τα ειδικό Πρόγραμμα Εξαρτημένων Μητέρων ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Ιανουάριο του 2000 στην Ιθάκη. Το Μάιο του 2006 η ίδια μονάδα απεξάρτησης 18 Άνω ίδρυσε ένα νέο ειδικό πρόγραμμα για εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους, εσωτερικής διαμονής, με στόχο τη διπλή παρέμβαση, τόσο στον τομέα της εξάρτησης, όσο και στον τομέα της υποστήριξης του γονικού ρόλου. Το πρόγραμμα απεξάρτησης γυναικών στο Δαφνί υπήρξε ίσως το μοναδικό στην Ελλάδα που απευθύνεται στις γυναίκες και δεν θεσπίστηκε για να καλύψει πιο εξειδικευμένα ζητήματα γυναικών όπως τη μητρότητα.

Γενικά φαίνεται από την αντιμετώπιση και την προσβασιμότητα, ότι η χρήση παράνομων ουσιών να ήταν κυρίως αντρικό ζήτημα. Η διαπίστωση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία αν αναλογιστούμε ότι πριν από όλες τις επιδημιολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί η χρήση ουσιών από γυναίκες ήταν αποσιωπημένη.. Άλλωστε μέχρι και πρόσφατα η χρήση και κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών από άνδρες αντιμετωπιζόνταν κυρίως ως ανδρικό ζήτημα (Collins, 2002). Σήμερα όμως η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών από γυναίκες θεωρείται ότι αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ψυχιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν (O'Connor et al, 2002).

2.1.2.Η εξάρτηση σε αριθμούς στην Ελλάδα.

Τα πιο πρόσφατα στοιχεία σχετικά με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα εφήβων αφορούν το 2011 (ανακοινώθηκαν το 2012) και συλλέχθηκαν στο πλαίσιο έρευνας του ΕΠΙΨΥ με τίτλο «Πανελλήνια έρευνα στο σχολικό πληθυσμό για τη χρήση

εξαρτησιογόνων ουσιών». Η έρευνα υλοποιείται ανά τετραετία και αποτελεί το ελληνικό σκέλος του Ευρωπαϊκού Προγράμματος European School Survey on Alcohol & Other Drugs. Στην έρευνα συμμετείχε πανελλήνιο αντιπροσωπευτικό δείγμα περίπου 37.000 μαθητών, ηλικίας 13-19 ετών από συνολικά 676 σχολεία της χώρας (ΕΠΙΨΥ, 20013).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, ένας στους 10 εφήβους ηλικίας 15 ετών (9,6%) ανέφερε ότι έχει κάνει χρήση κάνναβης έστω και μία φορά στη ζωή του. Η κάνναβη ήταν η συχνότερα αναφερθείσα ουσία, ενώ ακολουθούν με χαμηλότερα ποσοστά: η χρήση φαρμάκων εκτός ηρεμιστικών/ υπνωτικών για την αλλαγή της διάθεσης («φτιάξιμο») (5,1%), οι εισπνεόμενες ουσίες (κόλλα, βενζίνη, διαλύτες κτλ. 4,2%), η χρήση άλλων παράνομων ουσιών (εκτός κάνναβης, έκστασης ή κάποιας άλλης συνθετικής ουσίας, 2,9%), τα ηρεμιστικά ή υπνωτικά (χωρίς τη σύσταση γιατρού, 2,4%) και η έκσταση ή κάποια άλλη συνθετική ουσία (1,5%)(ΕΠΙΨΥ, 2013).

Στις αρχές του 2014 θα υλοποιηθεί από το ΕΠΙΨΥ το ελληνικό σκέλος του διεθνούς ερευνητικού προγράμματος Health Behaviour in School-aged Children.

Τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία για τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο γενικό πληθυσμό προέρχονται από την έρευνα του ΕΠΙΨΥ «Πανελλήνια έρευνα στο γενικό πληθυσμό για την ψυχοκοινωνική υγεία και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών», η οποία υλοποιήθηκε το 2004 ($n = 4.774$, 12-64 ετών). Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, σχεδόν ένα στα 11 άτομα ηλικίας 15-64 ετών (9% του δείγματος, περίπου 670.000 άτομα του πληθυσμού ηλικίας 12-64) ανέφεραν χρήση παράνομης ουσίας (κυρίως κάνναβης) έστω και μία φορά στη ζωή, 4% δοκίμασαν 1-2 φορές, ενώ το 5% επανέλαβαν τη χρήση τουλάχιστον 3 φορές. Τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης παρατηρήθηκαν στους άνδρες (13%, έναντι 4% των γυναικών), στις ηλικιακές ομάδες 25-34, 18-24 και 35-44 ετών (περίπου 12%), στα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (15%) και στην Αθήνα (12%), έναντι της Θεσσαλονίκης (8%) και των λοιπών αστικών περιοχών (7%),(ΕΠΙΨΥ, 2004).

Για το έτος 2012 η εκτίμηση του συνολικού αριθμού χρηστών ηλικίας 15-64 ετών με κύρια ουσία την ηρωίνη είναι 20.429 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης 18.232 – 22.968. Αυτός ο αριθμός είναι πολύ κοντά στην αντίστοιχη εκτίμηση για το 2011 (η οποία ήταν 20.473 με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 18.529 έως 22.688). Κατά συνέπεια, η εκτίμηση του αριθμού των προβληματικών χρηστών, φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί στο επίπεδο των ετών 2006-2008, ύστερα από μια σχετική αύξηση το 2009 και 2010 (ΕΠΙΨΥ 2013, Δ.Α.Δ(Τ.Δ.Ι.)/ΕΚΤΕΠΝ 2013).

Σύμφωνα με τον Δείκτη Αίτησης Θεραπείας(Τ.Δ.Ι.),τρεις στις 4 αιτήσεις θεραπείας το 2012 (77,5%) αφορούσαν προβλήματα με τη χρήση οπιοειδών. Ως κύρια ουσία η κάνναβη αναφέρθηκε σε ποσοστό 15,7%, η κοκαΐνη σε ποσοστό 4,1% και οι άλλες ουσίες σε ποσοστό 2,8%. Η χρήση οπιοειδών αναφέρεται σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό στις νέες αιτήσεις θεραπείας συγκριτικά με τις αιτήσεις με ιστορικό προηγούμενης θεραπείας (68,9% και 83,7%, αντίστοιχα). Η χρήση κάνναβης, αντίθετα, αναφέρεται σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό στις νέες αιτήσεις (24,6%και 9,1%, αντίστοιχα),(ΕΠΙΨΥ 2013,Δ.Α.Θ. (Τ.Δ.Ι.)/ΕΚΤΕΠΝ, 2013).

Τα οπιοειδή αποτελούν τη συχνότερα αναφερόμενη κύρια ουσία θεραπείας (77,5%) αλλά η κάνναβη και η μη ιατρική χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων καταγράφουν τα μεγαλύτερα επίπεδα αύξησης τα τελευταία χρόνια. Το 2012 φαίνεται να ανακόπτεται η ανοδική τάση στην ενέσιμη χρήση, ως συνήθης τρόπος χρήσης της κύριας ουσίας, που παρατηρήθηκε κατά την περίοδο 2008-2011.Η πολλαπλή χρήση συνεχίζει να αυξάνεται διαχρονικά. Ο αριθμός των χρηστών που αναφέρει πρόσφατη κοινή χρήση σύριγγας παρουσιάζει μείωση τα τελευταία χρόνια. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των χρηστών που αιτούνται θεραπεία παρουσιάζεται βελτιωμένο διαχρονικά, ωστόσο το ποσοστό των χρηστών που αναφέρουν ότι είναι άνεργοι αυξάνεται (ΕΠΙΨΥ, 2013 Δ.Α.Θ.(Τ.Δ.Ι)/ΕΚΤΕΠΝ, 2013).

Το ΕΚΤΕΠΝ επισημαίνει για μία ακόμα φορά την ανάγκη για άμεση επανάληψη έρευνας στην Ελλάδα, που να διερευνά το πρόβλημα της χρήσης

εξαρτησιογόνων ουσιών σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού.

2.1.3. Η εξάρτηση σε αριθμούς στην Ευρώπη.

Σχεδόν ένας στους τέσσερις Ευρωπαίους έχει δοκιμάσει ναρκωτικά. Πάνω από 80 εκατομμύρια ενήλικες ή σχεδόν ένας στους τέσσερις ενήλικες στην Ευρωπαϊκή Ένωση εκτιμάται ότι έχει κάνει χρήση παράνομης ουσίας κάποια στιγμή στη ζωή του. Η πιο διαδεδομένη ουσία είναι η κάνναβη (75,1 εκατομμύρια), ενώ οι εκτιμήσεις για χρήση άλλων ουσιών τουλάχιστον μία φορά κινούνται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα: 14,9 εκατομμύρια έκαναν χρήση κοκαΐνης, 11,7 εκατομμύρια έκαναν χρήση αμφεταμινών και 11,5 εκατομμύρια έκαναν χρήση MDMA. Τα επίπεδα χρήσης ναρκωτικών διαφοροποιούνται σημαντικά από χώρα σε χώρα, σε ένα φάσμα που ξεκινά από περίπου έναν στους τρεις ενήλικες σε Γαλλία, Δανία και Ηνωμένο Βασίλειο και φθάνει σε λιγότερο από έναν στους δέκα (8%) σε Βουλγαρία, Ρουμανία και Τουρκία (EMCDDA, 2013).

Στην Ευρώπη η συζήτηση για την κάνναβη συνεχίζει εν πολλοίς να επικεντρώνεται στις πιθανές δυσμενείς συνέπειες της χρήσης της για την υγεία. Τα νέα στατιστικά στοιχεία αναδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο της κάνναβης όσον αφορά τη σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα, αφού η κάνναβη αντιπροσωπεύει το 80% των κατασχέσεων, η δε χρήση κάνναβης ή η κατοχή για προσωπική χρήση, αντιστοιχεί σε ποσοστό άνω του 60% του συνόλου των αναφερόμενων αδικημάτων που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών στην Ευρώπη. Εξάλλου, η παραγωγή και διακίνηση κάνναβης αναγνωρίζεται όλο και πιο ευρέως ότι θα πρέπει να τεθεί στο στόχαστρο των διωκτικών αρχών, λόγω της αυξημένης εμπλοκής του οργανωμένου εγκλήματος (EMCDDA, 2013).

Στην Ευρώπη λοιπόν η κάνναβη είναι η δεύτερη συχνότερα αναφερόμενη ουσία μετά την ηρωίνη και η συχνότερα αναφερόμενη ουσία χρήσης μεταξύ των χρηστών που ξεκινούν θεραπεία για πρώτη φορά. Ο

αριθμός των χρηστών κάνναβης που ξεκίνησαν θεραπεία για πρώτη φορά αυξήθηκε από περίπου 45.000 το 2006 σε 60.000 το 2011 (EMCDDA, 2013).

Από τα 1,25 εκατομμύρια αδικήματα που εμπίπτουν στη νομοθεσία περί ναρκωτικών τα 781.000 σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης, τα 223.000 με χρήση άλλων ουσιών, ενώ τα 116.000 με προμήθεια κάνναβης και 86.000 με προμήθεια άλλων ουσιών (EMCDDA, 2013).

Η προβληματική χρήση ηρωίνης εξακολουθεί να αντιπροσωπεύει μεγάλο μέρος του υγειονομικού και κοινωνικού κόστους της χρήσης ναρκωτικών στην Ευρώπη, αν και οι πρόσφατες τάσεις είναι σχετικά θετικές. Με βάση τα πρόσφατα δεδομένα, συνεχίζεται η πτωτική τάση τόσο των αιτήσεων θεραπείας όσο και των επιβλαβών συνεπειών που συνδέονται με τη χρήση ηρωίνης (EMCDDA, 2013).

Σύμφωνα με εκτιμήσεις των Ηνωμένων Εθνών, αυξάνεται σημαντικά η παραγωγή οπίου στο Αφγανιστάν, τη χώρα από την οποία προέρχεται το μεγαλύτερο μέρος της ηρωίνης που καταναλώνεται στην Ευρώπη. Δεν αποκλείεται, επομένως, η αυξημένη παραγωγή να οδηγήσει σε αυξημένη διαθεσιμότητα ηρωίνης (W.H.O). Ανησυχία δημιουργούν και οι εκτιμήσεις ότι αυξάνεται η καθαρότητα της ηρωίνης που κυκλοφορεί στην Ευρώπη.

Με μια ματιά η εκτίμηση για τη χρήση ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση:

Κάνναβη σε ενήλικες από 15-64χρ. 19,3 εκατομμύρια χρήστες με ποσοστό 5,7%

Κοκαΐνη σε ενήλικες από 15-64χρ. 3,4 εκατομμύρια χρήστες με ποσοστό 1%

Οπιοειδή σε ενήλικες από 15-64χρ. 1,3 εκατομμύρια χρήστες με ποσοστό 4,1%

Αμφεταμίνες σε ενήλικες από 15-64χρ. 1,6 εκατομμύρια με ποσοστό 0,5%

Έκσταση σε ενήλικες από 15-64χρ. 2,1 εκατομμύρια με ποσοστό 0,6%

Ακόμη 700.000 χρήστες οπιοειδών έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης. Τέλος 3,4% του συνόλου των θανάτων Ευρωπαίων ηλικίας 15-39 χρόνων οφείλονται σε υπερβολική δόση ναρκωτικών με χρήση οπιοειδών στο 66% των θανατηφόρων περιστατικών(EMCDDA, 2013).

2.2. Ποιες είναι οι εξαρτησιογόνες ουσίες;

Οι τοξικές ψυχοτρόπες ουσίες που προκαλούν σοβαρή αλλοίωση στην προσωπικότητα, επηρεάζουν άμεσα το νου, μπλοκάρουν τις αισθήσεις, τροποποιούν την ψυχική κατάσταση επιβραδύνοντας, επιταχύνοντας ή διαστρεβλώνοντας την αντίληψη. Ανάλογα με τους μηχανισμούς δράσης τους περιλαμβάνουν έντεκα τάξεις ουσιών όπως: αλκοόλ, αμφεταμίνες ή παρόμοιας δράσης συμπαθητικομιμητικά, καφεΐνη, κάνναβη, κοκαΐνη, ψευδαισθησιογόνα, εισπνεόμενες ουσίες, νικοτίνη, οπιοειδή, φαινκυκλιδίνη ή παρόμοιας δράσης καταπραϋντικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά (Γαζγαλίδης, 2005).

2.2.1. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

1. Διεγερτικές ουσίες :

Η καφεΐνη είναι μια εξαρτησιογόνος διεγερτική ουσία όπου αποτελεί μια από τις πιο νόμιμες διαδεδομένες ουσίες στον κόσμο.

Η καφεΐνη προκαλεί σωματική, αλλά και ψυχική εξάρτηση, καθώς λειτουργεί χρησιμοποιώντας τους ίδιους μηχανισμούς με τις αμφεταμίνες και την κοκαΐνη. Βέβαια τα αποτελέσματά της είναι πιο ήπια, αλλά δεν παύει να «χειραγωγεί» τα ίδια νευρικά κέντρα του εγκεφάλου.

Η νικοτίνη- μαζί με την καφεΐνη και την αιθυλική αλκοόλη (αλκοόλ) - αποτελεί εξίσου μία από τις πιο δημοφιλείς και ευρέως χρησιμοποιημένες ουσίες στην κοινωνία μας. Επιδρά έντονα στον εγκέφαλο, το νωτιαίο μυελό, το

περιφερικό νευρικό σύστημα, την καρδιά και σε άλλα όργανα του σώματος. Η εξάρτηση από την νικοτίνη είναι ισχυρή αν αναλογιστούμε την εξαιρετική δυσκολία που αντιμετωπίζει κάποιος προκειμένου να διακόψει το κάπνισμα. Η εξάρτηση πραγματοποιείται σε δύο φάσεις: α) τη φάση εξοικείωσης του οργανισμού με την ουσία και β) τη φάση της εξάρτησης αυτής καθαυτή. Η εξάρτηση μπορεί να είναι είτε σωματική είτε ψυχολογική.

Η αμφεταμίνη είναι διεγερτικό του εγκεφάλου, αυξάνει την εγκεφαλική δραστηριότητα, ερεθίζει το νευρικό σύστημα. Προκαλεί αίσθηση ενέργειας, διαύγειας και όξυνση της πνευματικής λειτουργίας. Υπό την επήρεια της, οι χρήστες συχνά βιώνουν μια προσωρινή ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους και αισθάνονται ιδιαίτερη ενεργητικότητα, καθώς καταπολεμούν το αίσθημα του ύπνου, της κούρασης και της πείνας. Η αμφεταμίνη μπορεί να προκαλέσει ευερεθιστότητα, επιθετικότητα και αίσθημα αδημονίας. Η συστηματική χρήση των αμφεταμινών προκαλεί ανοχή, ψυχική και σωματική εξάρτηση.

Η μεθαμφεταμίνη είτε καπνίζεται, είτε εισπνέεται από τη μύτη, είτε διαλύεται και γίνεται ενέσιμη, είτε λαμβάνεται από το στόμα. Η χρήση της είναι δυνατό να προκαλέσει σημαντικές οργανικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο. Μελέτες σε χρόνιους χρήστες έχουν δείξει, ότι τα άτομα αυτά υπόκεινται σε σοβαρές δομικές και λειτουργικές αλλαγές σε περιοχές του εγκεφάλου, που συνδέονται με τη συγκίνηση και τη μνήμη. Γι' αυτό το λόγο, παρατηρούνται διάφορα συναισθηματικά, γνωστικά και μαθησιακά προβλήματα. Η συστηματική χρήση προκαλεί ανοχή και ψυχική εξάρτηση, με συμπτώματα κατάθλιψης, ευερεθιστότητας και έντονο άγχος μετά τη διακοπή της.

Η κοκαΐνη είναι ψυχοτρόπος ουσία που διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα, ενώ έχει και ιδιότητες αναισθητικού. Συνήθως εισπνέεται από τη μύτη, αλλά μπορεί να διαλυθεί και να γίνει ενέσιμη. Επίσης, από κάποιους χρήστες καπνίζεται. Μπορεί να αναμειχθεί με ηρωίνη, ένας συνδυασμός αρκετά επικίνδυνος, που μπορεί να επιφέρει ακόμη και θάνατο. Προκαλεί έντονη ψυχική εξάρτηση.

To crack είναι αποτέλεσμα της επεξεργασίας της υδροχλωρικής κοκαΐνης με κάλλιο και αιθέρα. Ένα από τα χαρακτηριστικά του είναι πως επιδρά κατευθείαν στον εγκέφαλο δημιουργώντας σχεδόν αμέσως οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Το κρακ είναι μία ιδιαίτερα εξαρτησιογόνος ουσία, προκαλώντας εθισμό από την πρώτη κιόλας χρήση, κάτι που καμία άλλη ψυχοτρόπος ουσία δεν έχει «επιτύχει» μέχρι τώρα δημιουργώντας ψυχική, αλλά και σωματική εξάρτηση.

To ecstasy (MDMA) είναι μία συνθετική ουσία που διεγείρει την λειτουργία του εγκεφάλου, προκαλώντας έντονες παραισθήσεις και άλλες επιδράσεις όμοιες με εκείνες που προκαλεί η χρήση αμφεταμινών. Η εξάρτηση που προκαλείται από το ecstasy είναι κατά βάση ψυχική. Αυτό συμβαίνει γιατί οι χρήστες συνδέουν τα συναισθήματα ευφορίας και ενεργητικότητας, με τη λήψη της ουσίας. Περνώντας η επίδραση, νιώθουν άγχος, κυκλοθυμία, παραισθήσεις, αλλά κυρίως οδηγούνται σε κατάθλιψη.

2. Οποιοιδή.

Η μορφίνη ανήκει στην κατηγορία των οπιούχων αναλγητικών εξαρτησιογόνων ουσιών. Δρα κυρίως στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και εκλεκτικά στα κέντρα του πόνου, του βήχα και της αναπνοής. Η διάρκεια δράσης της ουσίας στον οργανισμό είναι περίπου 8 ώρες, όπου το άτομο έχει ένα αίσθημα ευφορίας και ανακούφισης γενικά. Η χρήση της μορφίνης προκαλεί ανοχή και εξάρτηση, τόσο σωματική, όσο και ψυχολογική.

Τα βασικά στοιχεία της εξάρτησης από τη μορφίνη είναι, η ισχυρή επιθυμία για λήψη της ουσίας, η δυσκολία στον έλεγχο της συμπεριφοράς μετά τη λήψη (ανησυχία, ευερεθιστικότητα κ.ά.) και η επιθυμία για μεγαλύτερες δόσεις για να επιτευχθούν τα αποτελέσματα που προηγουμένως δημιουργούνταν με μικρότερες δόσεις.(ανοχή).

Η ηρωίνη ανήκει στις οπιούχες ουσίες και προέρχεται από την κατεργασία του οπίου. Συχνά αναφέρεται ως “σκληρό ναρκωτικό”, ως η ναυαρχίδα των ναρκωτικών.

Η μακροχρόνια χρήση ηρωίνης μπορεί να προκαλέσει:

- οργανικές επιπλοκές, όπως : μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα, νεφροπάθεια, νευρικό απόστημα, οστεομυελίτιδα, χρόνια μυοπάθεια, επιβράδυνση μνήμης και σκέψης, θρομβοφλεβίτιδα κ.ά.
- οργανικές εγκεφαλικές αλλοιώσεις
- ασθένειες, όπως Aids, ελονοσία και ηπατίτιδα που εμφανίζονται λόγω μόλυνσης από μη αποστειρωμένες βελόνες ή από την επαναλαμβανόμενη χρήση πολλών και διαφορετικών ατόμων.
- μη αναγνώριση των συμπτωμάτων άλλων παθήσεων, καθώς η ηρωίνη έχει την ιδιότητα να συγκαλύπτει τον πόνο
- διαταραχές ή/και διακοπή του έμμηνου κύκλου, στις γυναίκες

Η χρήση ηρωίνης παρουσιάζει έντονη εξάρτηση (σωματική και ψυχική), ανοχή και στερητικό σύνδρομο.

Κωδεΐνη είναι μια ουσία που βρίσκεται στο όπιο. Αποτελεί ένα από τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα οπιοειδή. Τα συμπτώματα που προκαλεί είναι παρόμοια με αυτά της μορφίνης, σε πιο ήπιο όμως βαθμό. Οι βασικές της επιδράσεις είναι αναλγητικές, αλλά και ευφοριογόνες. Λόγω της ευφορίας που προκαλεί, αποτελεί και μία ιδιαίτερα εξαρτησιογόνο ουσία.

Η μεθαδόνη ανήκει στα οπιοειδή, τα οποία χαρακτηρίζονται ως κατασταλτικές ουσίες, καθώς επιβραδύνουν τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος. Η μεθαδόνη παρασκευάζεται συνθετικά και χρησιμοποιείται ως φάρμακο στα προγράμματα υποκατάστασης για άτομα εξαρτημένα από την ηρωίνη ή άλλα οπιοειδή.

Η χρήση της μεθαδόνης δεν σημαίνει και απεξάρτηση από τα οπιοειδή, καθώς προκαλεί σωματική εξάρτηση και ανοχή. Πολύ πιο

σημαντική και πιο δύσκολη στην απεξάρτηση, είναι η ψυχική εξάρτηση από την ουσία, καθώς τα υποκειμενικά προβλήματα εξακολουθούν να υπάρχουν

3. Κατασταλτικές ουσίες.

Το αλκοόλ, ή αλλιώς αιθυλική αλκοόλη, είναι ίσως η αρχαιότερη εξαρτησιογόνος ουσία που χρησιμοποιείται παγκόσμια. Παλαιότερα, το αλκοόλ θεωρούνταν τονωτικό του νευρικού συστήματος. Αυτή η άποψη έχει σήμερα ανατραπεί, αφού η ουσία κατατάσσεται πλέον στα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, μαζί με άλλες ουσίες, όπως τα βαρβιτουρικά και οι βενζοδιαζεπίνες.

Το αλκοόλ δημιουργεί έντονη ψυχική εξάρτηση περιλαμβάνοντας συμπτώματα όπως η ακαταμάχητη επιθυμία για την ουσία (craving), η οποία συνεπάγεται μια πολύ έντονη ανάγκη για την κατανάλωσή της και η απώλεια ελέγχου (loss of control), όπου το άτομο καθίσταται ανίκανο να ελέγξει τη χρήση.

Μιλώντας για σωματική εξάρτηση στο αλκοόλ, η οποία προκαλείται από τη μακροχρόνια παραμονή υψηλών συγκεντρώσεων αιθανόλης στο αίμα, προκαλώντας ανοχή και στερητικό σύνδρομο.

Τα **Βαρβιτουρικά** καταστέλλουν τις λειτουργίες του κεντρικού νευρικού συστήματος του οργανισμού και σε μικρές δόσεις προκαλούν βαθύ ύπνο.

Η χρόνια κατάχρηση βαρβιτουρικών συνοδεύεται από το φαινόμενο της ανοχής και της εξάρτησης τόσο σωματικής, όσο και ψυχικής, με δυσάρεστα έως και πολύ επικίνδυνα αποτελέσματα.

Οι βενζοδιαζεπίνες παρασκευάστηκαν στα τέλη της δεκαετίας του '50, αρχικά για να αντικαταστήσουν τα βαρβιτουρικά. Αν και είναι πιο ασφαλείς από τα βαρβιτουρικά, είναι εξαρτησιογόνες ουσίες που προκαλούν ανοχή και σύνδρομο στέρησης.

Ινδική Κάνναβη (Χασίς, Μαριχουάνα) είναι ο κοινόχρηστος όρος που αναφέρεται στα διάφορα ψυχοδραστικά σκευάσματα (φύλλα μαριχουάνας, χασίς και χασισέλαιο) του φυτού της κάνναβης.

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η συστηματική και χρόνια χρήση της κάνναβης επιδρά σε διάφορες εγκεφαλικές λειτουργίες, καθώς δημιουργεί παρόμοιες μεταβολές με αυτές της χρήσης ηρωίνης, κοκαΐνης και του οινόπνευματος. Χρόνιοι χρήστες παρουσιάζουν απάθεια, εξασθένηση της κρίσης, της συγκέντρωσης, της μνήμης και της αντίληψης, μείωση των αντανakλαστικών, διαταραχή στην αντίληψη του χρόνου και διαταραχή στην προσοχή.

Αν και δεν υπάρχει σαφώς τεκμηριωμένη φυσική εξάρτηση από την ουσία, εντούτοις η χρήση της μαριχουάνας και του χασίς δημιουργεί ψυχολογική εξάρτηση, που σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί σε μια σχεδόν καταναγκαστικά επαναλαμβανόμενη συχνή χρήση.

4. Παραισθησιογόνες ουσίες (LSD, P.C.P., Peyot, Magic mashrooms).

Οι ουσίες αυτές μπορεί να είναι φυσικές (π.χ. μαγικά μανιτάρια) ή χημικές (π.χ. LSD, PCP) και η κύρια επίδρασή τους είναι να προκαλούν παραισθήσεις, οι οποίες είναι έντονες διαστρεβλώσεις της αντίληψης του ατόμου για την πραγματικότητα.

5. Εισπνεόμενες ουσίες (Αεροζόλ, Κόλλες, Διαλύτες χρωμάτων, Βενζίνη).

Αν και δεν είναι ακόμη γνωστός ο μηχανισμός δράσης τους στον εγκέφαλο, είναι γνωστό ότι η εισπνοή πτητικών ουσιών προκαλεί ένα αίσθημα ευφορίας, μεταβολές της συνείδησης και μία «ελαφριά» γενικευμένη αναισθησία - συμπτώματα παρόμοια με αυτά της τοξίκωσης από αλκοόλ.

Η εξάρτηση από τα εισπνεόμενα δεν είναι σπάνια και μπορεί να προκαλέσει γενικά συμπτώματα κοινωνικής απόσυρσης ή μείωσης της λειτουργικότητας, άγχους, κατάθλιψης, επιθετικότητας και βίας κ.ά.(ΟΚΑΝΑ 2008 /prolipsis).

2.3.Γιατί οι άνθρωποι παίρνουν ναρκωτικά;

Ο εθισμός και η εξάρτηση επηρεάζει περισσότερο από είκοσι εκατομμύρια Αμερικανούς, αλλά λίγοι είναι εκείνοι που μπορούν να καταλάβουν τι συμβαίνει πίσω από αυτή την ασθένεια.

Η American Chemical Society προσπαθεί να εξηγήσει τη χημεία του εγκεφάλου πάνω στην εξάρτηση. Εξηγεί λοιπόν ότι ο εθισμός, τα ναρκωτικά, το αλκοόλ ή οποιαδήποτε άλλη καταστροφική συνήθεια δεν έρχεται ως αποτέλεσμα κάποιας προσωπικής αποτυχίας αλλά ως αποτέλεσμα κάποιας σοβαρής χημείας του εγκεφάλου.

Ναρκωτικά και αλκοόλ, γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας από ένα τμήμα του εγκεφάλου γνωστό ως κοιλιακή περιοχή, ή ευρύτερα γνωστό ως το κέντρο αμοιβής. Πρόκειται για εκείνο το κέντρο όπου ο εγκέφαλος επεξεργάζεται οτιδήποτε κάνει τον άνθρωπο να αισθανθεί καλά. Το κέντρο ανταμοιβής με τη σειρά του είναι υπεύθυνο για την παραγωγή χημικών, την περίφημη ντοπαμίνη. Η ντοπαμίνη με τη σειρά της είναι μια μόνο από εκείνες τις χημικές ουσίες που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και είναι κυρίως υπεύθυνη για συμπεριφορές που αφορούν από την αγάπη έως την εξάρτηση. Έτσι δεν είναι τόσο απλό να ισχυριζόμαστε ότι όσο περισσότερη ντοπαμίνη παράγεται τόσο “κακές” συμπεριφορές βγαίνουν, ούτε και είναι τόσο απλό να ισχυριζόμαστε ότι η ντοπαμίνη μας κάνει να αισθανόμαστε καλά. Όταν κάνουμε σεξ ή παίρνουμε ναρκωτικά ή οτιδήποτε άλλο μας κάνει να αισθανθούμε καλά, θα καταλήξουμε με υψηλά επίπεδα ντοπαμίνης σε ένα μέρος του εγκεφάλου που ονομάζεται nucleus accumbens (επικλινή πυρήνα). Από τη στιγμή που βρίσκεται εκεί δεν αισθανόμαστε καλά εξαιτίας της, αλλά σηματοδοτεί τον εγκέφαλο και το σώμα μας ότι πρέπει να δώσουν προσοχή στη δράση που μόλις πήραν και συνεργάζεται με τα αισθήματα που παράχθηκαν. Μερικά ναρκωτικά μπορούν να ανεβάσουν τα επίπεδα της ντοπαμίνης έως και δέκα φορές ψηλότερα από το κανονικό. Και αν ένα άτομο παίρνει αυτά τα ναρκωτικά τότε τακτικά ο εγκέφαλος θα προσαρμοστεί στην τεράστια υπερφόρτωση της ντοπαμίνης μειώνοντας τον αριθμό των υποδοχέων για την ουσία (Feltman, 2015).

Ερευνήτρια του πανεπιστημίου Cambridge (Dr. Karen Erche), υποστηρίζει ότι συγκεκριμένες αλλαγές στον εγκέφαλο ευθύνονται για το γεγονός ότι ορισμένοι άνθρωποι εθίζονται στα ναρκωτικά. Ο εθισμός αποτελεί μια έκφραση της διαταραχής του εγκεφάλου. Στην έρευνα συγκρίθηκαν οι εγκέφαλοι 50 κοκαΐνομανών ή εθισμένων στο κρακ, με τον εγκέφαλο των αδερφών τους που δεν είχαν πάρει ποτέ ναρκωτικά. Διαπιστώθηκε ότι τόσο τα αδέλφια με εθισμό όσο και εκείνα που δεν έπαιρναν ποτέ ναρκωτικά είχαν παρόμοιες ανωμαλίες σε περιοχή του εγκεφάλου που ελέγχει τη συμπεριφορά. Η ανακάλυψη αυτή οδηγεί στη υπόθεση ότι ίσως υπάρχει εξ' αρχής μια εγκεφαλική προδιάθεση στον εθισμό. Η έρευνα δείχνει ότι ο εθισμός στα ναρκωτικά δεν είναι μια επιλογή ζωής αλλά μια διαταραχή του εγκεφάλου και αυτό πρέπει να το αναγνωρίσουμε, γνωρίζοντας εδώ και πολύ καιρό ότι δεν εθίζεται στα ναρκωτικά κάθε ένας που τα δοκιμάζει (Erche et all, 2012).

Στο "addiction current criticism of the brain disease paradigms" οι Hammer and colleagues(2013), φέρνουν ένα σημαντικό ζήτημα, επιχειρώντας να καθορίσουν εάν ή όχι ο εθισμός θα έπρεπε να θεωρείτε ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζουν τις απόψεις και των εξαρτημένων ατόμων και των ειδικών στα θέματα του εθισμού και προσπαθούν να κατανοήσουν αυτό το αίνιγμα. Οι γνώμες μοιράζονται ζυγίζοντας τα πλεονεκτήματα και τα ρίσκα που ακολουθούν θεωρώντας την εξάρτηση ασθένεια, αλλά οι συγγραφείς καταλήγουν ότι η έννοια της εξάρτησης θα πρέπει να παραμείνει ευρεία και όχι απλώς ως μια ασθένεια του εγκεφάλου.

Ωστόσο πιστεύεται ότι οι από το συμπέρασμα αυτών των συγγραφέων λείπει η οπτική των άλλων πολύ σημαντικών παραγόντων που επηρεάζουν την εξάρτηση: τα πρόσωπα του οικογενειακού περιβάλλοντος και το θεραπευτικό προσωπικό που προσφέρουν γνώση και διορατικότητα εξίσου σημαντική με εκείνη των εξαρτημένων ατόμων και των ερευνητών στα θέματα της εξάρτησης.

Οι πρόσθετες απόψεις και στάσεις απέναντι στην εξάρτηση όσον αφορά τα πρόσωπα του οικογενειακού περιβάλλοντος και των θεραπευτών θα παρέχουν περαιτέρω στοιχεία για το αν ή όχι θεωρούμε την εξάρτηση

ασθένεια, γεγονός που θα ήταν επωφελής για τη θεραπεία και την έρευνα της εξάρτησης (Faia & Ross, 2013).

Ερευνητικά ευρήματα σχετικά με την προσωπικότητα του χρήστη καταλήγουν στο ότι δεν υπάρχει ένας τύπος προσωπικότητας που θα ευθύνεται για την ουσιοεξάρτηση, αλλά υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση, η έλλειψη τάσης για συμμόρφωση, η αμυντικότητα, η επιθετικότητα, η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων, η δυσκολία ανοχής της ματαίωσης, η αποφυγή του συναισθηματικό πόνου, η ανάγκη για μίμηση, ένα ψυχικό τραύμα που μπορεί να συνδέεται με απώλεια, με κακοποιητική συμπεριφορά είτε ψυχολογική είτε σωματική.

Επιπλέον όσον αφορά τους μαθησιακούς παράγοντες, φαίνεται ότι οι μαθησιακές εμπειρίες σε πρώιμη παιδική ηλικία να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της κατάστασης της ουσιοεξάρτησης. Σημαντικότερη είναι και η διαπίστωση στην ίδια μελέτη ότι μερικοί άνθρωποι στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν δυσάρεστα συναισθηματικά ερεθίσματα, αναπτύσσουν συμπεριφορές χρήσης και κατάχρησης ουσιών (Λιάππας, 1992).

Υπάρχουν επιπλέον και άλλοι παράγοντες που φαίνεται να οδηγούν κάποιους ανθρώπους στις εξαρτήσεις. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αίσθημα ανεπάρκειας, η ανία, η έλλειψη νοήματος και στόχων στη ζωή, τα αρνητικά πρότυπα και η αρνητική πίεση των συνομηλίκων είναι κάποιοι από αυτούς.

Ο πιο βασικός φαίνεται να είναι η αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει τον πόνο και τα δύσκολα συναισθήματά του, όπως μοναξιά, λύπη, απογοήτευση, η αποφυγή του πόνου, η αδυναμία του να μπορεί να διαχειριστεί επώδυνες καταστάσεις, η ευθραυστότητα της προσωπικότητάς του που τον καθιστά ανήμπορο να αντιμετωπίσει “τις μάγισσες” του παρόντος, του μέλλοντος και κυρίως του παρελθόντος του.

Οπότε, γίνεται αντιληπτό, ότι η χρήση ουσιών, καθώς και όλες οι σχέσεις εξάρτησης είναι ένα σύμπτωμα πίσω από το οποίο υπάρχει ένας

άνθρωπος που δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα προβλήματα στη ζωή του. Έτσι για τους ίδιους λόγους κάποιοι άνθρωποι μπορεί να καταφύγουν στα ναρκωτικά, άλλοι στο αλκοόλ και άλλοι να εκδηλώσουν παραβατική συμπεριφορά ή ακόμη και να εμφανίσουν κάποια ψυχική ασθένεια.

Όλοι οι άνθρωποι κάποια στιγμή θα βιώσουν πόνο και δυσάρεστα συναισθήματα. Γιατί ωστόσο δεν καταφεύγουν όλοι στις εξαρτήσεις;

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι δυσκολίες αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής μας. Όλοι κάποια στιγμή ερχόμαστε αντιμέτωποι με τη ματαίωση, την αποτυχία ή την απώλεια βιώνοντας δύσκολα και επώδυνα συναισθήματα. Φαίνεται λοιπόν πως εκείνοι που δεν καταφεύγουν στις εξαρτήσεις είναι όσοι έχουν αποκτήσει έγκαιρα την ικανότητα να διαχειρίζονται δύσκολα συναισθήματα και καταστάσεις ζωής. Είναι εκείνοι που δεν εγκαταλείπουν τις προσπάθειές τους, που έχουν σημαντική υποστήριξη από τα σημαντικά για εκείνους πρόσωπα, είναι εκείνοι που δεν φοβούνται να αισθανθούν ή ακόμη να αντέξουν τον πόνο.

Εκεί πάντως που φαίνεται να συμφωνούν όλες σχεδόν οι θεωρίες είναι στην πολυπλοκότητα και πολυπαραγοντικότητα του προβλήματος της ουσιοεξάρτησης ομαδοποιώντας το σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τους ατομικούς παράγοντες (γενετικούς και μαθησιακούς) και τους περιβαλλοντικούς (οικογένεια, προσωπικότητα, κοινωνικό περιβάλλον, κοινωνικο-πολιτισμικές επιδράσεις).

2.4.Τι αποτελεί εξάρτηση;

Οι εξαρτήσεις είναι ασφαλώς ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας. Και αυτό δε σχετίζεται τόσο με τη θεωρητική και ίσως ρητορική διαμάχη από το εάν είναι ή δεν είναι ασθένεια η εξάρτηση, όσο με τον τρόπο που αναπτύσσεται το πρόβλημα, το οποίο περιγράφεται και ερμηνεύεται πλέον με επιδημιολογικούς όρους. Σχετίζεται με τους κινδύνους που περικλείει η κατάχρηση ναρκωτικών

ουσιών, άμεσους και μεσομακροπρόθεσμους οι οποίοι επιτείνονται δραματικά από τις συνθήκες παρανομίας της χρήσης και των χρηστών (Γαζγαλίδης, 2005).

Αρχικά θεωρούμε τη χρήση μιας ουσίας ως παθολογική όταν παρατηρούνται συμπτώματα και δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές ως αποτέλεσμα της λήψης της, εξαιρετικά σοβαρά και ανεπιθύμητα, σε οποιαδήποτε πολιτισμική ομάδα.

Το βασικό χαρακτηριστικό της κατάχρησης ουσιών είναι ένας δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών, ο οποίος εκδηλώνεται με υποτροπιάζουσες και σημαντικά αρνητικές συνέπειες που προέρχονται από την επανειλημμένη χρήση ουσιών. Σε αντίθεση με την εξάρτηση από ουσίες τα διαγνωστικά κριτήρια για την κατάχρηση ουσιών δεν περιλαμβάνουν ανοχή, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική χρήση αλλά μόνο τις βλαβερές συνέπειες της επανειλημμένης χρήσης.

Η ανάγκη της επισήμανσης και του διαχωρισμού για το πότε ονομάζουμε μια κατάσταση ψυχική διαταραχή λόγω χρήσης των ουσιών, οδήγησε στην ερμηνεία και στον ορισμό της εξάρτησης κατά το D.S.M. 5 (A.P.A., 2013), ως ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων, που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει τη χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη λήψη της. Τα βασικά κριτήρια για την εξάρτηση από ουσίες είναι κατά πόσο αναπτύσσεται ή όχι ανοχή, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική συμπεριφορά για τη λήψη της ουσία.

Σήμερα έχουμε δύο ταξινομικά συστήματα τα οποία επιχειρούν να ταξινομήσουν τα κριτήρια της εξάρτησης. Σύμφωνα με το D.S.M IV-TR-TM της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας τα κριτήρια της εξάρτησης είναι:

1. *Ανάπτυξη ανοχής.*
2. *Εμφάνιση στερητικών φαινομένων.*
3. *Συχνά η ουσία λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους, σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου.*

4. Υπάρχει εμφανής επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες ώστε να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση της ουσίας.
5. Μεγάλο μέρος του χρόνου του ατόμου δαπανάται σε δραστηριότητες σχετικές με την απόκτηση, τη χρήση και την ανάνηψή του από τις ουσίες.
6. Μείωση ή εγκατάλειψη σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, εξαιτίας της κατάχρησης της ουσίας.
7. Συνέχιση της κατάχρησης, παρά την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος, σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο προκαλείται ή επιδεινώνεται από τη χρήση της ουσίας (Γαζγαλίδης, 2005).

Οι Gossop και Strang 1993 προτείνουν τρία ακόμη κριτήρια:

1. Η επίγνωση από τον ίδιο τον χρήστη του ψυχαναγκαστικού χαρακτήρα της χρήσης που συνειδητοποιείται όταν κάνει προσπάθειες για ελεγχόμενη χρήση ή για αποχή.
2. Η επιθυμία για αποχή μετά από συνεχή χρόνια χρήση.
3. Η ταχύτατη υποτροπή μετά από περίοδο αποχής.

Κατά το I.C.D. το ταξινομικό σύστημα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις ψυχικές διαταραχές, η διάγνωση της εξάρτησης θα πρέπει να τίθεται παρά μόνο εφόσον συνυπάρχουν τρία από τα ακόλουθα συμπτώματα κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους (Γαζγαλίδης, 2005).

1. Έντονη επιθυμία και τακτική ανάγκη λήψης της ουσίας.
2. Δυσκολίες στον έλεγχο συμπεριφοράς λήψης της ουσίας σχετικά με την έναρξη τη διακοπή ή το βαθμό χρήσης.
3. Εμφάνιση σημαντικών φαινομένων κατά τη διακοπή ή την ελάττωση της δόσης της ουσίας.
4. Ανάπτυξη φαινομένων ανοχής.
5. Προοδευτική παραμέληση εναλλακτικών πηγών ευχαρίστησης ή ενδιαφερόντων εξαιτίας της χρήσης ουσιών, προοδευτικά αυξανόμενος χρόνος απαραίτητος για την απόκτηση ή για τη λήψη της ουσίας ή για ανάνηψη από τις επιδράσεις της.

6. Επιμονή στη χρήση της ουσίας παρά τις αναμφισβήτητες ενδείξεις σοβαρών βλαπτικών συνεπειών.

Η εξάρτηση χαρακτηρίζεται από την απόλυτη προσήλωση και επικέντρωση του ατόμου προς το αντικείμενο της εξάρτησής του. Η εξάρτηση από ουσίες προσδιορίζεται από την κατάσταση του απόλυτου εθισμού του ανθρώπου προς την εντονότερη ανάγκη λήψης της ουσίας.

Η σωματική εξάρτηση εμφανίζεται όταν το σώμα του ανθρώπου έχει προσαρμοστεί στην ουσία και μπορεί να αναπτύξει συμπτώματα όταν εκείνο παύει να χρησιμοποιεί την ουσία(στερητικό σύνδρομο).

Η ψυχολογική εξάρτηση είναι εκείνη για την οποία γίνεται και περισσότερος λόγος και αφορά την κατάσταση εκείνη όπου ο άνθρωπος έχει απόλυτη ανάγκη της χρήσης της ουσίας προκειμένου να νιώσει καλά, να υπάρξει λειτουργικός, να μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητάς του, να διώξει ή να απαλύνει το άγχος και όλα εκείνα τα δυσάρεστα συναισθήματα που του προκαλούν έντονη συναισθηματική φόρτιση και πίεση ή απλά για να νιώσει “φυσιολογικός”. Είναι άλλωστε εκείνη η εξάρτηση που προκαλεί περισσότερο πόνο και απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί (Μάνος,1997).

Το περιοδικό addiction, επιχείρησε μια ομαδοποίηση των θεωριών για την εξάρτηση βασισμένη στο περιεχόμενο που αυτές αναλύουν. Προτείνει πέντε ομάδες: στη πρώτη ομάδα συναντά κανείς αναλύσεις της εξάρτησης με όρους βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών διαδικασιών, η δεύτερη ομάδα προσπαθεί να εξηγήσει γιατί ορισμένα ερεθίσματα γίνονται σημείο εστίασης για την εξάρτηση, γιατί ερεθίσματα που προσφέρουν ευχαρίστηση ανακούφιση ή διέγερση προσελκύουν την εξάρτηση. Η τρίτη ομάδα επιχειρεί να περιγράψει γιατί κάποιοι άνθρωποι είναι επιρρεπείς περισσότερο από κάποιους άλλους σε εξαρτητικές συμπεριφορές. Η τέταρτη ομάδα εστιάζεται σε κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπου καθιστούν την εξάρτηση περισσότερο ή λιγότερο πιθανή και η τελευταία ομάδα αφορά θεωρίες που συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον τους στην αποκατάσταση και στην υποτροπή (West, 2001)

Η μεγαλύτερη ωστόσο πρόκληση για τις θεωρίες που έχουν διατυπωθεί είναι να μπορέσει να εξηγηθεί η εξάρτηση τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό-περιβαλλοντικό επίπεδο με απώτερο στόχο και σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση.

2.4.1.Το στερητικό σύνδρομο και ο βαθμός ανοχής.

Τα βασικά κριτήρια για την εξάρτηση από ουσίες είναι κατά πόσο αναπτύσσεται ή όχι ανοχή, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική συμπεριφορά για τη λήψη της ουσίας.

Ο βαθμός ανοχής ποικίλει από ουσία σε ουσία. Άτομα με βαριά χρήση οπιοειδών και διεγερτικών είναι πιθανό να αναπτύξουν σημαντική ανοχή. Η ανοχή στο αλκοόλ είναι επίσης μεγάλη, είναι όμως μικρότερη από αυτή της αμφεταμίνης. Η ανοχή στη νικοτίνη είναι εξίσου μεγάλη. Όσον αφορά την κάνναβη αφορά περισσότερο τους χρόνιους χρήστες. Τα ψευδαισθησιογόνα προκαλούν γρήγορα έντονη ανοχή (Γαζγαλίδης, 2005).

Το στερητικό σύνδρομο αποτελεί μια δυσπροσαρμοστική μεταβολή της συμπεριφοράς με φυσιολογικά και γνωστικά στοιχεία, όπου συμβαίνει σε ένα άτομο με μακροχρόνια και βαριά χρήση κάποιας ουσίας, καθώς ελαττώνονται τα επίπεδα της ουσίας στο αίμα. Τα στερητικά συμπτώματα διαφέρουν αρκετά ανάμεσα στις ουσίες, για αυτό και υπάρχουν διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια για το στερητικό σύνδρομο της καθεμιάς. Έτσι λοιπόν περιγραφικά έντονα και γενικά εύκολα αναγνωρίσιμα στερητικά φυσιολογικά σημεία, παρατηρούνται μετά την παύση ή ελάττωση της χρήσης του αλκοόλ, των οπιοειδών, των καταπραϋντικών, υπνωτικών ή αγχολυτικών. Λιγότερο εμφανή μπορεί να είναι στα διεγερτικά όπως αμφεταμίνες, κοκαΐνη αλλά και στη νικοτίνη. Είναι ανάγκη να τονιστεί ότι η ανοχή ή το στερητικό σύνδρομο δεν είναι ούτε απαραίτητα, ούτε επαρκή για τη διάγνωση της εξάρτησης από ουσίες, αλλά είναι δύο φαινόμενα που οδηγούν στην κατάχρηση και εξάρτηση δημιουργώντας στον χρήστη την φυσιολογική πια ανάγκη της ουσίας (Μάνος,1997).

2.5.Ψυχοπαθολογία κα χρήση.

Δεν είναι καθόλου τυχαίο ότι τα τελευταία χρόνια πληθαίνουν όλο και περισσότερο οι έρευνες που επιβεβαιώνουν μια σημαντική σχέση ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία και στη χρήση ουσιών. Σύμφωνα με τους Farrell et all, οι αγχώδεις διαταραχές παρατηρούνται στο 28% του πληθυσμού των χρηστών, οι συναισθηματικές διαταραχές στο 26%, οι διαταραχές προσωπικότητας στο 18% με τελευταία τη σχιζοφρένεια στο 7% (Farrell, 1998).

Φαίνεται ακόμη ότι όλα εκείνα τα εσωτερικευμένα προβλήματα να σχετίζονται με το μέγεθος της χρήσης ουσιών και πιο συγκεκριμένα, όταν αυξάνεται η χρήση ουσιών τόσο να αυξάνονται και τα εσωτερικευμένα προβλήματα (Cowley 1992). Ακόμη μεταξύ των ατόμων με συναισθηματικές διαταραχές, όσοι πάσχουν από κρίσεις πανικού έχει βρεθεί ότι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προτιμήσουν την κοκαΐνη παρά τα οπιοειδή (Merikangas et all 1996).

Διάφορες ακόμη ερμηνείες που έχουν προταθεί προκειμένου να υπάρξει αιτιολογικά συσχέτιση της χρήσης με προβλήματα υγείας, είναι και ότι η χρήση θα μπορούσε να προκαλεί προβλήματα ψυχικής υγείας σε άτομα που έχουν τέτοια προδιάθεση, λειτουργώντας και ως αυτοϊαση των αγχωδών συμπτωμάτων του ατόμου (Cowley, 1992). Θα μπορούσε επιπλέον να λειτουργεί ως στρατηγική αντιμετώπισης πληθώρας αγχογόνων γεγονότων και καταστάσεων.

Η επικρατέστερη εξήγηση λοιπόν που φαίνεται να υπερισχύει στη συννοσηρότητα αγχωδών διαταραχών και χρήσης ουσιών, είναι ότι τα αγχώδη συμπτώματα προκαλούν τη χρήση. Η άποψη αυτή στηρίζεται στο μοντέλο της αυτοϊασης, σύμφωνα με το οποίο οι ψυχολογικές και σωματικές συνέπειες της χρήσης ουσιών που σχετίζονται με μείωση του άγχους είναι η αιτία της συνέχισης της χρήσης, μέσω διαδικασιών της αρνητικής ενίσχυσης (Brady & Lydiard, 1993). Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι όταν

αντιμετωπίζονται θεραπευτικά οι αγχώσεις διαταραχές τότε υπάρχει και βελτίωση της χρήσης αλκοόλ (Brown et al. 1991).

Μια άλλη αιτιολογική εξήγηση αφορά την αντιστροφή της συσχέτισης που μόλις αναφέρθηκε, υποστηρίζοντας ότι η χρήση ουσιών είναι εκείνη που οδηγεί σε ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών. Σύμφωνα με την άποψη αυτή τα αγχώδη συμπτώματα αποτελούν βιοψυχοκοινωνική συνέπεια της χρήσης ουσιών και του συνδρόμου στέρησης (George et al. 1990, Coffman et al. 1985).

Η ύπαρξη ακόμη ενός παράγοντα που συναντάται και στις δύο διαταραχές και ο οποίος μεταφέρεται από γενιά σε γενιά, αποτελεί μια επιπλέον εναλλακτική εξήγηση για τη συννοσηρότητα. Ο παράγοντας αυτός μπορεί να αφορά τόσο βιολογικούς όσο και περιβαλλοντικούς παράγοντες επικινδυνότητας, όπως η χρήση αλκοόλ της μητέρας, η κακοποίηση του παιδιού στο οικογενειακό περιβάλλον (Merikangas, et al. 1996).

Σύμφωνα με την Abbott (1995) η κατάθλιψη φαίνεται να ορίζεται ως ένας πρωταρχικός παράγοντας για την έναρξη της εξάρτησης, συμπληρώνοντας ο Straussner (1997), ότι ο επιπολασμός των διαταραχών της διάθεσης στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, είναι μεγαλύτερος από το γενικό πληθυσμό. Ακόμη στην αιτιολογική συσχέτιση χρήσης ουσιών και ψυχικών διαταραχών, έρχονται να προστεθούν ιδιαίτερα στις γυναίκες η ψυχογενής ανορεξία, η βουλιμία και οι απόπειρες αυτοκτονίας (Μάτσα, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΜΗΤΕΡΑ

3.1.Είμαι έγκυος;

Μερικές γυναίκες χρήστες μπορεί να μη γνωρίζουν ότι είναι έγκυες καθώς η εμμηνόρροια είναι συνήθης επί χρήσης οπιοειδών και επιπλέον η αποχή από τη χρήση μιμείται συχνά τα συμπτώματα της κύησης στα πρώιμα στάδιά της (DHDA, 2007).

Ακόμη και όταν ο εμμηνορροϊκός κύκλος των γυναικών χρηστών δεν είναι κανονικός εμφανίζοντας σοβαρές διαταραχές, είναι δυνατό να μείνουν έγκυες (NZMH, 2008).

Κάποιες γυναίκες μπορεί να γνωρίζουν ή να υποψιάζονται ότι είναι έγκυες αλλά να μην αναζητούν προγεννητική φροντίδα με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν σε ποιο στάδιο κύησης βρίσκονται (NZMH, 2008).

Ορισμένες εξαρτημένες γυναίκες παρουσιάζουν πολύ συχνά ανωμαλίες στον έμμηνο κύκλο τους, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να πάρουν τις απαραίτητες προφυλάξεις. Όταν αντιληφθούν την εγκυμοσύνη, καθυστερούν να επισκεφτούν γυναικολόγο, προσπαθούν να αποκρύψουν την εξάρτησή τους, με αποτέλεσμα να μην εξετάζονται όσο τακτικά θα έπρεπε (Γαζγαλίδης, 2005).

Είναι αρκετά απογοητευτικό να αναρωτιόμαστε για το πώς κατά τα άλλα μια ονειρική για πάρα πολλές γυναίκες κατάσταση, που αφορά την εγκυμοσύνη, μπορεί να είναι τόσο αρνητικά συναισθηματικά επιφορτισμένη, συνοδευόμενη με τόσες πολλές ενοχές και άγχη, αλλά και τόσο επικίνδυνη τόσο για την ίδια την γυναίκα όσο και για το παιδί που επρόκειτο να έρθει.

Είναι εύλογο να αναρωτηθούμε πως μια γυναίκα δεν είναι σε θέση να μπορεί να ακούσει το σώμα της, να αναγνωρίσει τα συμπτώματα, τις αλλαγές που συνοδεύουν μια τέτοια κατάσταση.

Οι περισσότερες γυναίκες χρήστες είναι νέοι άνθρωποι στην αναπαραγωγική τους ηλικία. Συγκεκριμένα, ερευνητικά δεδομένα, που αφορούν στη θεραπεία της χρήσης ουσιών στην Ευρώπη, αναφέρουν ότι σχεδόν ένας στους δέκα χρήστες σε θεραπεία ζει με ένα τουλάχιστον παιδί (EMCDDA, 2012).

Παρατηρείται ακόμη ότι, αν και κάποιες περίοδοι στη ζωή των χρηστών, όπως η περίοδος της κύησης, θεωρούνται καταλυτικές για την αλλαγή των συμπεριφορών χρήσης, οι έγκυες γυναίκες χρήστες είναι πιθανό να μην αναζητήσουν ιατρική φροντίδα στα πρώιμα στάδια της κύησης με πιθανές επιπτώσεις για τις ίδιες και το έμβρυο (DHDA, 2007).

Επιπλέον οι γυναίκες χρήστες έχουν συνήθως δυσκολίες στο να λάβουν την αναγκαία γυναικολογική φροντίδα κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό, καθώς και την απαραίτητη παιδιατρική φροντίδα για το βρέφος λόγω μη έγκαιρης αναζήτησης των παρεχόμενων υπηρεσιών ή/και δυσκολίας παρακολούθησης των σχετικών συναντήσεων, με αρνητικές συνήθως συνέπειες για τις ίδιες και το νεογνό. Επίσης, είναι πιθανό οι έγκυες χρήστες να ανησυχούν για τις στάσεις του ιατρικού προσωπικού απέναντι τους, για το ρόλο των κοινωνικών υπηρεσιών ή να μην μπορούν να διαχειριστούν την εμπλοκή διαφορετικών υπηρεσιών (NICE, 2010).

Από την άλλη μεριά οι έγκυες, οι οποίες εισάγονται σε θεραπευτικό πρόγραμμα, ακόμα και αν λαμβάνουν μεθαδόνη ή βουπρενορφίνη κατά την κύηση, έχουν καλύτερα μακροπρόθεσμα οφέλη για τις ίδιες και για τα νεογνά τους, λαμβάνουν καλύτερη προγεννητική φροντίδα και παρουσιάζουν συνολικά καλύτερη υγεία. Συνεπώς, η άμεση, κατά προτεραιότητα, εισαγωγή των εγκύων χρηστών σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα κρίνεται απαραίτητη για την καλύτερη διαχείριση της κατάστασης (NZMH, 2008).

Ο βαθμός του αντίκτυπου της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ένταση της χρήσης, η οποία περιπλέκεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι είναι πιθανό να κάνουν συχνά χρήση όχι μόνο μιας ουσίας(παράνομης ή νόμιμης) (Goel et all 2011), καθώς και ότι το 97% των εγκύων χρηστών είναι και συγχρόνως καπνίστριες (Jones et all 2011).

Η διάκριση των συνεπειών των εξαρτητικών ουσιών είναι αρκετά δύσκολη γιατί οι γυναίκες αυτές είναι δυνατό να κάνουν παράλληλη χρήση και άλλων παράνομων ουσιών, να καπνίζουν και να καταναλώνουν αλκοόλ, να έχουν κακές συνθήκες διαβίωσης, μη ισορροπημένες συνήθειες διατροφής, πολλές φορές να βρίσκονται εκτεθειμένες σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, μην έχοντας την απαραίτητα πρόσβαση σε επαρκή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

3.1.1.Πως μπορεί μια εγκυμοσύνη να προκαλέσει αλλαγές στον εγκέφαλο μιας γυναίκας;

«Η εγκυμοσύνη είναι μια κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος στις μητέρες», λέει η ψυχολόγος Laura M. Glynn του Πανεπιστημίου του Τσάπμαν. «Ωστόσο, δεν γνωρίζουμε σχεδόν τίποτα για αυτό.

Η Γκλύν και οι συνάδελφοι της, προσπαθούν να ερευνήσουν αυτόν τον τομέα. Η ανασκόπησή τους στο επιστημονικό περιοδικό “Current Directions in Psychological Science”, ένα περιοδικό που εκδίδεται από την “Association for Psychological Science”, συζητά τις θεωρίες και τα ευρήματα που έχουν αρχίσει να γεμίζουν αυτό που η Glynn αποκαλεί «ένα σημαντικό κενό στην κατανόηση μας για αυτό το κρίσιμο στάδιο της ζωής των περισσότερων γυναικών».

Σε καμία άλλη στιγμή στη ζωή της η γυναίκα δεν βιώνει τέτοιες μαζικές ορμονικές διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η έρευνα δείχνει

ότι οι αναπαραγωγικές ορμόνες ετοιμάζουν τον εγκέφαλο μιας γυναίκας να είναι έτοιμη να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της μητρότητας, βοηθώντας την να είναι λιγότερο ταρακουνημένη από το άγχος και περισσότερο προσαρμοσμένη στις ανάγκες του μωρού της.

«Μπορεί να υπάρχει ένα κόστος στις αλλαγές που σχετίζονται με την γνωστική και συναισθηματική αναπαραγωγή», λέει η Glynn, «αλλά το όφελος είναι μια πιο ευαίσθητη και αποτελεσματική μητέρα».

Όσον αφορά το προγεννητικό περιβάλλον η Glynn συγκεντρώνει ευρήματα για να δείξει ότι δεν είναι οι προγεννητικές αντιξοότητες από μόνες τους, όπως ο μητρικός υποσιτισμός ή η κατάθλιψη, που παρουσιάζουν κινδύνους για ένα μωρό. Η συνάφεια ανάμεσα στη ζωή στη μήτρα και τη ζωή στον έξω κόσμο μπορεί να έχει περισσότερη σημασία. Το έμβρυο του οποίου η μητέρα είναι υποσιτισμένη προσαρμόζεται και είναι ικανό να αντιμετωπίσει καλύτερα μια έλλειψη τροφίμων τη στιγμή που θα γεννηθεί, αλλά θα μπορούσε να γίνει παχύσαρκο, αν τρώει κανονικά. Ο συγχρονισμός είναι πολύ κρίσιμος: το άγχος της μητέρας στις αρχές της κύησης έχει κόστος για τη γνωστική ανάπτυξη του μωρού.

Ακριβώς όπως η μαμά επηρεάζει μόνιμα το έμβρυο, νέες επιστημονικές έρευνες δείχνουν ότι το έμβρυο κάνει το ίδιο για τη μαμά. Η εμβρυϊκή κυκλοφορία, ακόμη και όταν η μητέρα δεν το γνωρίζει, αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό της και την αγωγιμότητα του δέρματος της, τα συναισθηματικά σήματα και ίσως τη προγεννητική προετοιμασία για τη συναισθηματική ένωση μητέρας-παιδιού. Τα εμβρυϊκά κύτταρα περνούν μέσω του πλακούντα στην κυκλοφορία του αίματος της μητέρας. *«Είναι συναρπαστικό να σκεφτούμε αν τα εν λόγω κύτταρα προσελκύονται σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου, που μπορεί να εμπλέκονται στη βελτιστοποίηση της μητρικής συμπεριφοράς»* επισημαίνει η Glynn.

Η Glynn είναι αισιόδοξη ότι μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των επίμονων αλλαγών στον εγκέφαλο που προκλήθηκαν από την εγκυμοσύνη, θα αποφέρουν παρεμβάσεις για να βοηθήσουν τις μητέρες σε κίνδυνο να

συμπεριφερθούν καλύτερα στα μωρά τους και τους εαυτούς τους (Glynn, 2011).

3.2.Τι συμβαίνει στο νεογέννητο μωρό όταν μια μητέρα είναι εξαρτημένη;

Η κατάχρηση ουσιών κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού επισύρει σοβαρούς κινδύνους για την έγκυο, το έμβρυο και το νεογνό τόσο κατά την προ-γεννητική, περιγεννητική και μεταγεννητική περίοδο όσο και μετέπειτα στη ζωή του βρέφους, το οποίο εμφανίζει συχνά αναπτυξιακές δυσκολίες.

Η χρήση της κάνναβης κατά την κύηση μπορεί να συντελέσει σε:(α)αποβολή, (β) χαμηλό βάρος του νεογνού, (γ) νοσηρότητα του εμβρύου (π.χ. μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου, μικρότερο μέγεθος του κρανίου του, μειώσεις στον πλακούντα και καρδιακές δυσλειτουργίες) και (δ) αναπτυξιακά προβλήματα κατά την παιδική ηλικία (EMCDDA, 2014).

Το κάπνισμα του τσιγάρου όσο και το κάπνισμα της μαριχουάνας είναι δυνατό να παρεμποδίσει την παροχή οξυγόνου στο έμβρυο και ενδέχεται να επηρεάσει την ανάπτυξή του. Επιπλέον η χρήση μαριχουάνας έχει συσχετιστεί με χαμηλό βάρος γέννησης του βρέφους καθώς και με νευρολογικές διαταραχές στα παιδιά (EMCDDA, 2014).

Σχετικά με τη χρήση της κοκαΐνης και των αμφεταμινών κατά τη διάρκεια της κύησης, αναφέρονται μειωμένη επάρκεια αίματος στην περιοχή του πλακούντα η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης καθώς και σε αποκόλληση του πλακούντα, ενδομήτριο θάνατο και πρόωρο τοκετό κατά το τρίτο τρίμηνο. Επίσης, έχει παρατηρηθεί καθυστέρηση στην ανάπτυξη του εμβρύου και μειωμένη περίμετρος εγκεφάλου, αύξηση των περιπτώσεων του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (sudden infant death syndrome), καθώς και κάποιες διαταραχές συμπεριφοράς κατά τα δύο πρώτα έτη ζωής του. Η αγγειοδιασταλτική δράση

της μπορεί να προκαλέσει εμβρυϊκή υποξία, μειώνοντας την παροχή θρεπτικών ουσιών στο έμβρυο (EMCDDA, 2014).

Η ηρωίνη διαπερνά τον πλακούντα και υπάρχει σε σημαντική περιεκτικότητα και στο μητρικό γάλα. Τα στερητικά συμπτώματα της εγκύου έχουν έμμεσο αντίκτυπο στο έμβρυο με τη μορφή της υπερκινητικότητας. Τα νεογνά γυναικών ενεργών χρηστών ηρωίνης, γεννιούνται με μικρότερο σωματικό βάρος από το κανονικό. Έναν επιπρόσθετο κίνδυνο για την πορεία της εγκυμοσύνης και για το ίδιο το έμβρυο, συνιστούν οι διάφορες ουσίες που χρησιμοποιούνται για τη νόθευση της ηρωίνης όπως η καφεΐνη, τα βαρβιτουρικά, οι αμφεταμίνες, η στρυχνίνη κ.α., οι οποίες πολύ συχνά οδηγούν σε αναφυλακτικές αντιδράσεις (Γαζγαλίδης, 2005).

Αποτελέσματα ερευνών αναφέρουν ότι η πιθανότητα τερατογενέσεων, λόγω χρήσης οπιοειδών, είναι μικρότερη σε σχέση με ανάλογες επιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσει η χρήση αλκοόλ ή καπνού. Δυσμενείς επιπτώσεις κατά την κύηση και τον τοκετό από τη χρήση οπιοειδών περιλαμβάνουν (α) την ανεπαρκή ανάπτυξη του εμβρύου και ειδικότερα του σκελετού του εμβρύου(π.χ. προγεννητική δυστροφία και μικροκεφαλία), (β) τον ενδομήτριο θάνατο, (γ) τον πρόωρο τοκετό, (δ) τις ανωμαλίες στις αντανεκλαστικές κινήσεις, (ε) τα αναπνευστικά προβλήματα και (στ) το νεογνικό στερητικό σύνδρομο (neonatal opioids withdrawal syndrome ή αλλιώς neonatal abstinence syndrome). Επίσης, έχουν παρατηρηθεί αυξημένες πιθανότητες συνδρόμου αιφνιδίου βρεφικού θανάτου και καθυστέρηση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης του βρέφους κατά το πρώτο έτος ζωής. Η ύπαρξη μικροκεφαλίας κατά τη γέννηση μπορεί να παραμείνει σε μερικά παιδιά και μετέπειτα στη ζωή τους και να συντελέσει στην ύπαρξη ήπιας νοητικής στέρησης (Scottish Executive, 2006).

Η κατάχρηση αλκοόλ έχει συνδεθεί ερευνητικά με μια πληθώρα πιθανών προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τη γέννηση του μωρού. Οι αρνητικές επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ αφορούν επιπλοκές όπως (α) χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση, (β) αποβολή, (γ) περιγεννητική θνησιμότητα, (δ) εμβρυϊκή νοσηρότητα, (ε) πρόωρο τοκετό, (στ) αναπτυξιακή ανεπάρκεια του εμβρύου, (ζ) νεογνικό

στερητικό σύνδρομο και (η) αναπτυξιακές δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία. Το σύνδρομο του εμβρυικού αλκοολισμού, περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων όπως: ατελώς αναπτυγμένος εγκέφαλος, αφύσικα μικρό κεφάλι, συγγενή καρδιοπάθεια, ανωμαλίες των αρθρώσεων, δυσπλασία του προσώπου (Brown, 2002).

Επίσης, η κατάχρηση καπνού από την εγκυμονούσα μητέρα μπορεί να συντελέσει σε διάφορες επιπλοκές, όπως αποβολή, περιγεννητική θνησιμότητα και χαμηλό βάρος του βρέφους κατά τη γέννηση. Υπάρχουν ακόμη βιολογικές ενδείξεις ότι η προγεννητική έκθεση στον καπνό επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος (Cornelius M.D. et al 2005).

Ενδομήτρια αναπτυξιακή καθυστέρηση και πρόωρος τοκετός συμβάλλουν στην αύξηση της έλλειψης βάρους κατά τη γέννηση και την αύξηση των ποσοστών της περιγεννητικής θνησιμότητας. Οι συνέπειες αυτές είναι πιθανό να οφείλονται σε πολλαπλούς παράγοντες σχετιζόμενους με δυσμενείς κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, συμπεριλαμβανομένου και του καπνίσματος (EMCDDA 2014).

Οι υποδοχείς για τα κανναβινοειδή εντοπίζονται στον εγκέφαλο του εμβρύου γύρω στην δέκατη τέταρτη εβδομάδα της κύησης. Αν και ο ρόλος αυτών των υποδοχέων δεν φαίνεται να είναι απόλυτα κατανοητός, φαίνεται ωστόσο να επηρεάζει την ανάπτυξη και λειτουργικότητα του εγκεφάλου σε διάφορους ζωτικούς τομείς όπως της αναλγησίας, της νόησης, της μνήμης, της κίνησης, της όρεξης και του ελέγχου του ανοσοποιητικού (Kumar, Chambers et al 2001).

Η επικράτηση των μολυσματικών ασθενειών ανάμεσα στους ενδοφλέβιους χρήστες ναρκωτικών είναι μεγαλύτερη του μέσου όρου και μπορούν να μεταδοθούν στο έμβρυο. Η πιο συχνά μεταδιδόμενη λοίμωξη μέσω του αίματος είναι η ηπατίτιδα C (HCV), της οποίας το επίπεδο μετάδοσης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Διαθέσιμα στοιχεία αναφέρουν ότι η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας C από τη μητέρα στο παιδί

γίνεται μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννησης και όχι μέσω του θηλασμού.

Σύμφωνα με τους Thomas et al (1998), με βάση συστηματική ανασκόπηση των ποσοστών μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών, σε παγκόσμιο επίπεδο, προκύπτει ότι η μετάδοση του ιού HCV από τη μητέρα στο παιδί, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον ιό RNA στο αίμα της μητέρας και από το εάν η μητέρα έχει επίσης μολυνθεί από HIV. Ανάμεσα στις γυναίκες που έχουν μολυνθεί από HCV και HIV, η πιθανότητα μετάδοσης του ιού HCV μπορεί να ανέλθει στο 41%.

3.3.Αποτελεί για την εξαρτώμενη μητέρα επιλογή η θεραπεία υποκαταστάτων;

Η θεραπεία υποκατάστασης φαίνεται ότι είναι σε θέση να βελτιώσει τις συνθήκες κύησης για εκείνες τις γυναίκες που είναι εξαρτημένες από οπιοειδή. Μια πιθανή βελτίωση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων όπως:

- 1) σταθεροποίηση της χρήσης αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο τους “περίφημους” κύκλους τοξίκωσης και στέρησης.
- 2) Διευκόλυνση της εγκύου όσον αφορά την πρόσβασή της σε υπηρεσίες προγεννητικής και μεταγεννητικής φροντίδας και υποστήριξης.
- 3) Βελτίωση της διατροφής και πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες σύμφωνα με τις ανάγκες της(EMCDDA 2014 & NZMH 2008).

Πολλές γυναίκες επιθυμούν να διακόψουν τη χρήση οπιοειδών όταν αντιλαμβάνονται την εγκυμοσύνη τους. Στην περίπτωση αυτή η γυναίκα θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένη για τους κινδύνους που διατρέχει το έμβρυο από την παραμονή της στην θεραπεία υποκαταστάτων, σε σύγκριση με τους κινδύνους οι οποίοι προκύπτουν από μια πιθανή επιστροφή της στη χρήση οπιοειδών, λόγω πιθανής αποτυχίας να αποτοξινωθεί ή ακόμα λόγου κινδύνου στο να προκληθεί πρόωρος τοκετός ή αποβολής από τα στερητικά συμπτώματα (W.H.O., 2009).

Όσον αφορά τη διαθέσιμη θεραπεία στην Ευρώπη, η θεραπεία υποκατάστασης σε συνδυασμό με κοινωνική εργασία και συμβουλευτική, είναι η βασική πρακτική που εφαρμόζεται για τη θεραπεία της χρήσης ηρωίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η μεθαδόνη είναι το υποκατάστατο που χορηγείται συνήθως για τη θεραπεία οπιοειδών στην Ευρώπη. Η μεθαδόνη έχει χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια στις εγκύους για πολλά χρόνια. Εντούτοις, σε κάποιες χώρες, μπορεί να συνταγογραφηθεί βουπρενορφίνη ή μορφίνη, όταν είναι διαθέσιμες. Σε αριθμό χωρών (Γερμανία, Ιρλανδία, Λετονία, Ολλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο) η μεθαδόνη αναφέρεται ως η κύρια ουσία υποκατάστασης, ενώ σε άλλες χώρες (Νορβηγία, Εσθονία), η βουπρενορφίνη είναι η πρώτη επιλογή θεραπείας (UNICRI, 2013)

Η μεθαδόνη μπορεί να διαπεράσει τον πλακούντα και συνεπώς το νεογνό, το οποίο έχει εκτεθεί στη μεθαδόνη κατά την κύηση, μπορεί να χρειαστεί ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα για την αντιμετώπιση στερητικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά χρήζουν θεραπείας καθώς, αν είναι έντονα, μπορεί να απειλήσουν ακόμα και τη ζωή του νεογνού. Ωστόσο, παρά τη σοβαρότητα του συγκεκριμένου συνδρόμου και την αναγκαιότητα για άμεση θεραπευτική παρέμβαση, οι Newman et al (2013), τονίζουν ότι (α) η χρήση υποκαταστάτων κατά την κύηση είναι ασφαλής και μπορεί να βοηθήσει τις εγκύους να σταματήσουν τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, (β) τα νεογνά που γεννιούνται με νεογνικό στερητικό σύνδρομο δεν «γεννιούνται εθισμένα», χαρακτηρισμός που τους αποδίδεται συχνά από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, επισύροντας αρνητικές ιατρικές και κοινωνικές συνέπειες για το νεογέννητο και (γ) το νεογνικό στερητικό σύνδρομο μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά χωρίς να υπάρξουν μακροχρόνιες αρνητικές επιδράσεις για το νεογνό.

Η χορήγηση βουπρενορφίνης σε εγκύους και θηλάζουσες μητέρες παραμένει υπό εξέταση και σε άλλες χώρες εκτός Ευρωπαϊκού χώρου, όπως η Νέα Ζηλανδία, αν και ολοένα αυξάνονται τα δεδομένα, τα οποία συνηγορούν υπέρ της ασφαλούς χρήσης της από τις έγκυες και τις θηλάζουσες μητέρες (NZMH, 2008). Από την άλλη, αν και οι κλινικές μελέτες για τη βουπρενορφίνη δεν έχουν εξετάσει επαρκώς τους πιθανούς κινδύνους

κατά την κύηση, επί του παρόντος τα διαθέσιμα στοιχεία συγκλίνουν στην άποψη ότι οι κίνδυνοι από τη χορήγηση βουπρενορφίνης είναι πολύ μικρότεροι συγκρινόμενοι με τους κινδύνους που συνδέονται με την κατάχρηση οπιοειδών από την έγκυο. Επίσης, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία η λήψη βουπρενορφίνης κατά την κύηση δεν παρουσιάζει αρνητικές επιδράσεις στην κύηση ή στα νεογνά, όπως η εμφάνιση στερητικού συνδρόμου στα βρέφη (Johnson, Jones, & Fischer 2003). Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρείται ένας αυξανόμενος αριθμός γυναικών, οι οποίες έχουν σταθεροποιηθεί στη λήψη βουπρενορφίνης και έχουν αποκτήσει παιδιά.

Μια έγκυος, η οποία είναι σταθεροποιημένη στη βουπρενορφίνη και ενημερωμένη για τους κινδύνους, συστήνεται να παραμείνει στη χορηγούμενη δόση βουπρενορφίνης παρά να της χορηγηθεί μεθαδόνη με τον κίνδυνο του στερητικού συνδρόμου για το έμβρυο (DHDA, 2007). Ωστόσο, αν αποφασισθεί να χορηγηθεί βουπρενορφίνη σε κάποια έγκυο ή θηλάζουσα μητέρα, συνιστάται η χορήγηση βουπρενορφίνης χωρίς τη χρήση ναλοξόνης καθώς δεν είναι γνωστές οι επιδράσεις στο έμβρυο από τη μακρόχρονη έκθεσή του στη ναλοξόνη κατά τη διάρκεια της κύησης.

Με βάση προτάσεις οι οποίες ακολουθούν διεθνή πρότυπα, σε κάποιες χώρες οι έγκυες γυναίκες έχουν προτεραιότητα όσον αφορά στην ένταξη τους για θεραπεία. Σε αρκετές χώρες η θεραπεία υποκατάστασης συστήνεται σε οποιαδήποτε στιγμή της εγκυμοσύνης, ενώ η αποτοξίνωση πρέπει να αποφεύγεται αυστηρά, ειδικά κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης προκειμένου να αποφευχθούν τυχόν γενετικές ανωμαλίες, αποβολή ή αποτροπή πρόωρου τοκετού (UNICRI, 2013).

Οκτώ χώρες ανέφεραν κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την παροχή υπηρεσιών που απευθύνονται σε έγκυες γυναίκες και τα νεογνά τους, η πλειοψηφία των οποίων αφορούν στη θεραπεία υποκατάστασης. Σε χώρες όπως η Γερμανία, το Ην. Βασίλειο, η Ιρλανδία και η Ρουμανία, παρέχονται κατευθυντήριες γραμμές στο γενικότερο πλαίσιο θεραπείας υποκατάστασης, όπου οι έγκυες γυναίκες αποτελούν ειδική υπό-ομάδα, ενώ στην Ουγγαρία, τη

Νορβηγία και τη Σουηδία, έχουν αναπτυχθεί ξεχωριστές ειδικές κατευθυντήριες γραμμές (UNICRI, 2013).

Αν μια έγκυος γυναίκα εξαρτημένη από οπιοειδή σκέφτεται να τερματίσει την κύηση ή την τερματίζει ή αποβάλλει, συνιστάται πολύ περισσότερο να διατηρήσει την αναγκαία χορηγούμενη σε αυτήν θεραπεία υποκατάστασης για την αντιμετώπιση της χρήσης, μέχρι να αναρρώσει πλήρως, παρά να προβεί σε κάποια αλλαγή αναφορικά με τη θεραπεία της (DHDA, 2007).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O. 2014), στις κατευθυντήριες γραμμές για τον εντοπισμό και διαχείριση της χρήσης των υποκαταστάτων καθώς και των διαταραχών που προκαλεί η χρήση αυτών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αναφέρονται στο ποια είναι τα οφέλη και ποιες οι μη ωφέλιμες συνέπειες αυτής της χρήσης, υπογραμμίζοντας αρχικά τα οφέλη:

- Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια μοναδική ευκαιρία για την υποστήριξη γυναικών για τη μείωση και, ιδανικά, για την παύση των γυναικών του αλκοόλ ή της χρήσης.
- Αν και η έρευνα σε αυτόν τον τομέα είναι εξαιρετικά περιορισμένη, δεδομένης της ιστορίας του αποκλεισμού των γυναικών αυτών από διάφορες φαρμακευτικές δοκιμές και ανάλογα με την ουσία της χρήσης, οι φαρμακευτικές θεραπείες (ειδικά η θεραπεία των οπιοειδών αγωνιστών στην εξάρτηση από οπιοειδή) πιστεύεται ότι είναι προτεινόμενες από την συνήθη φροντίδα (π.χ., Rayburn & Bogenschutz, 2004) και κυρίως όσον αφορά:
 - Μείωση της επιβλαβούς κατανάλωσης.
 - Μείωση του κινδύνου για το έμβρυο.
 - Αύξηση του βάρους κατά τη γέννηση.
 - Αύξηση της ανίχνευσης της επιβλαβούς χρήσης και παραπομπή θεραπείας.
 - Βελτίωση της γενικής υγείας της εγκύου.
 - Βελτίωση της ψυχολογικής ευεξίας της μητέρας.
 - Μικρότερο κίνδυνο εμβρυοτοξικότητας.
 - Βελτίωση της περιγεννητικής έκβασης (π.χ., μείωση των πρόωρων

γεννήσεων, αύξηση συνολικά του βάρους γέννησης των βρεφών και αντίστοιχα μείωση του αριθμού των βρεφών με χαμηλό βάρος).

- Μειώσεις σε συγγενείς ανωμαλίες.

Οι δυσάρεστες παρενέργειες οφείλονται εξαιτίας της φαρμακευτικής αγωγής ή της μη απότομης διακοπής της χρήσης του αλκοόλ ή άλλων παράνομων ουσιών και αφορούν:

- Πιθανή ανάπτυξη κατάθλιψης ή άγχους ως αποτέλεσμα της παύσης ή μείωσης του αλκοόλ ή της χρήσης παράνομων ουσιών.
- Η χορήγηση μεθαδόνης ή βουπρενορφίνης αν και βοηθούν στο να μειωθεί η επιπλέον χρήση οπιοειδών στην εγκυμοσύνη, προκαλούν συχνά σύνδρομο στέρησης στο νεογνό, που αναφέρεται ως νεογνικό σύνδρομο στέρησης (NAS).
- Πιθανός κίνδυνος υποκατάστασης των ναρκωτικών.
- Αυξημένος κίνδυνος εμβρυοτοξικότητας.
- Πιθανό αυξημένο κίνδυνο συγγενών ανωμαλιών και ανωμαλιών που σχετίζονται με την έκθεση στη φαρμακολογική αγωγή (ιδιαίτερα για acamprosate, naltrexone, nalmefene, disulfiram, benzodiazepines).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι εκείνος που συγκεντρώνει και τονίζει για τις τελικές συστάσεις, αναφορικά με την χρήση και χορήγηση υποκαταστάτων κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης:

- Η θεραπεία υποκατάστασης δεν συνίσταται ως θεραπεία ρουτίνας της εξάρτησης από διεγερτικές ουσίες, όπως οι αμφεταμίνες, η κάνναβη, η κοκαΐνη, ή άλλες πτητικές ουσίες σε έγκυες γυναίκες.

- Δεδομένου ότι η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων για τη θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ δεν έχει τεκμηριωθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να γίνεται μια ατομική ανάλυση κινδύνου-οφέλους για κάθε γυναίκα.

- Οι έγκυες γυναίκες οι οποίες είναι εξαρτώμενες από οπιοειδή, θα πρέπει να συμβουλευονται για το αν θα πρέπει να συνεχίσουν ή να ξεκινήσουν την θεραπεία συντήρησης είτε με μεθαδόνη είτε με βουπρενορφίνη.

3.4.Ζώντας σε μια οικογένεια με χρήση.

Το ζεύγους Kaufman το 1979 (Kaufman & Kaufman, 1992), ήταν οι πρώτοι που μελέτησαν χρήστες με τις οικογένειές τους. Σύμφωνα με αυτούς, ο εξαρτημένος είναι ο φορέας του συμπτώματος της δυσλειτουργίας όλης της οικογένειας, ο οποίος βοηθά να διατηρηθεί η ομοιόσταση του οικογενειακού συστήματος. Αναφέρουν ότι η ύπαρξη της δυσλειτουργίας αυτής αποτελεί την ιδανική ευκαιρία για να μπορέσει να βρεθεί όλη η οικογένεια μαζί και να προσπαθήσει να λύσει το πρόβλημα επισημαίνοντας ότι είναι *«η μόνη ευκαιρία για μια «νεκρή» οικογένεια να ζήσει τα συναισθήματά της»*.

Είναι ενδιαφέρον ότι δεν υπάρχει ειδικό μοντέλο οικογένειας που να αφορά χρήστη εξαρτητικών ουσιών (Μάτσα, 2001). Πιο συγκεκριμένα σε αυτές τις οικογένειες υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά που είτε παίρνουν ακραίες παθολογικές μορφές είτε συνδυάζονται δημιουργώντας μια συγκεκριμένη δυσλειτουργική δυναμική, όπως μειωμένη συνοχή, έντονη ενδοοικογενειακή σύγκρουση, διαταραγμένη συναισθηματική επικοινωνία, ασαφή όρια και ιεραρχία.

Σε μια μελέτη των οικογενειών χρηστών που βρίσκονταν σε θεραπεία απεξάρτησης στο 18 Άνω επιβεβαιώθηκε ότι οι συγκεκριμένες οικογένειες χαρακτηρίζονται από μικρό βαθμό συνοχής, μικρότερο βαθμό συμμετοχής σε κοινωνικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες, μεγάλο βαθμό οικογενειακών συγκρούσεων, χαμηλό βαθμό εκφραστικότητας, μικρότερο βαθμό ανεξαρτησίας και προσανατολισμού (Μάτσα, 1997).

Εκείνος λοιπόν ο παράγοντας που φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη παιδιών που βιώνουν τα αποτελέσματα της ουσιοεξάρτησης μέσα στην οικογένειά τους, είναι το συναισθηματικό κλίμα μέσα στο οποίο μεγαλώνουν. Για ακόμη μια φορά τονίζει η Μάτσα ότι η οικογένεια του τοξικοεξαρτημένου έχει πολύ μικρότερο βαθμό συνοχής ή εκφραστικότητας και μεγαλύτερο βαθμό ενδοοικογενειακών συγκρούσεων από μια μέση οικογένεια. Αν η συνοχή εκφράζει την ισχύ των

συναισθηματικών δεσμών μεταξύ των μελών μιας οικογένειας, η εκφραστικότητα είναι εκείνη που ορίζει την ικανότητα των μελών της να επικοινωνούν και να εκδηλώνουν τα συναισθήματά τους. Ο μικρός βαθμός συνοχής είναι εκείνος που οδηγεί τα μέλη της οικογένειας σε φυγόκεντρες τάσεις. Αντίστοιχα ο χαμηλός βαθμός εκφραστικότητας φανερώνει τη δυσκολία της συναισθηματικής έκφρασης (Μάτσα, 1997).

Τα παιδιά που ζούνε με τοξικοεξαρτημένους γονείς είναι περισσότερο επιβαρυνμένα συναισθηματικά, ζούνε έντονες και δύσκολες καταστάσεις, πολλές φορές βία στο εσωτερικό της οικογένειας και παραμέληση αυτών σε βασικές τους ανάγκες ξεκινώντας από την τροφή, την φροντίδα στην καθημερινή τους υγιεινή, έως το μέγαλωμα σε ένα μη ασφαλές και χωρίς όρια περιβάλλον. Αυτή η ανυπαρξία ορίων πολλές φορές περιλαμβάνει την άμεση ή έμμεση εμπλοκή των παιδιών στη χρήση ναρκωτικών ουσιών ή ακόμα τη μύηση ή προτροπή για τέτοιου είδους επικίνδυνες και καταστροφικές συμπεριφορές. Δυστυχώς τα παιδιά αυτά έχουν τη μειονεκτική θέση να προέρχονται από γονείς εξαρτώμενους όπου ακριβώς αυτής της εξάρτησής τους, έχει αλλοιωθεί και η προσωπικότητά τους ως συνέπεια της χρόνιας χρήσης (Μάτσα, 1997).

Η σχέση με τη μητέρα αποτελεί καταλυτικό παράγοντα όπου επιδρά στη βιοψυχοκοινωνική ζωή των παιδιών λειτουργώντας ανασταλτικά ή επιβαρυντικά στην μεταγενέστερη εμφάνιση εξαρτητικών συμπεριφορών (Mc Ardle, 2002). Συγκεκριμένα, οι φτωχές σχέσεις μητέρας και παιδιού, η μη διαθεσιμότητά της, η μη εμπλοκή της στις δραστηριότητές του, η ψυχρότητα, η συναισθηματική απόστασή της, επιβαρύνουν σημαντικά την ψυχική υγεία του (Bernardi, 1989).

Η έρευνα που οργανώθηκε και υλοποιήθηκε από το ΚΕΘΕΑ στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος “θεραπεία της οικογένειας στον τομέα της τοξικοεξάρτησης,” έδειξε ότι η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού εξάρτησης από το αλκοόλ, πολύ συχνά συνδέεται με τα παρακάτω:

-μειωμένη γονική φροντίδα η οποία εκφράζεται μέσα από χαμηλή σύνδεση απέναντι στο σχολείο.

- συναισθηματική κακοποίηση και μεγάλωμα μέσα στη μοναξιά χωρίς φίλους.
- προβλήματα στην ανάπτυξη της ταυτότητας των εφήβων.
- ασαφής ρόλους που δημιουργούν σύγχυση και ανασφάλεια.

Τα εργαλεία της μελέτης ήταν η ποιοτική ανάλυση βιογραφιών και στόχος ήταν να εξεταστούν τα χαρακτηριστικά ενός δείγματος αλκοολικών καθώς και οι επιπτώσεις του αλκοόλ στις οικογένειές τους.

Ζώντας σε ένα τόσο χαοτικό περιβάλλον, το αλκοόλ εμφανίζεται στη μετέπειτα ζωή τους σαν την μοναδική διέξοδο για ανακούφιση και χαλάρωση, αποτελώντας τελικά τον απόλυτο ρυθμιστή της ζωής τους.

Έτσι πολλά άτομα που μεγαλώνουν σε ένα τέτοιο περιβάλλον, φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες να επαναλάβουν τα βιώματά τους και στη δική τους οικογένεια.

Επιπλέον έχει βρεθεί ότι ένα άτομο που προέρχεται από οικογένεια με ιστορικό εξάρτησης από αλκοόλ να έχει έως και τρείς ή τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει την ίδια εξάρτηση, από κάποιο άλλο άτομο που δεν έχει παρόμοιο ιστορικό (ΚΕΘΕΑ, 2004).

3.5.Χρήση και κοινωνικός αποκλεισμός.

Σε κάθε ιστορική εποχή στο περιθώριο της κοινωνίας ωθούνται οι παρεκκλίνοντες ή οι διαφωνούντες, όλοι εκείνοι οι “διαφορετικοί”. Κάθε ιστορική εποχή φαίνεται να αναπτύσσει τους δικούς της μηχανισμούς αντιμετώπισης αυτής της διαφορετικότητας. Εκείνος λοιπόν ο ξένος, ο διαφορετικός, ο άλλος αντιμετωπιζόταν ως εν δυνάμει απειλή για το σύστημα, ως μίasma, ως εγκληματίας και η θέση του ήταν εξ ορισμού στο περιθώριο.

Η δυναμική λοιπόν αυτής της περιθωριοποίησης μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό. Η ταυτότητα του κοινωνικού αποκλεισμένου ορίζεται πάντα από την κυρίαρχη εξουσία. Θα συμφωνήσω αρκετά με τη διατύπωση του Farge για το “αν οι κυρίαρχοι δημιουργούν περιθωριακούς και χρησιμοποιούν τους φόβους τους και τις κοινωνικές τους αναπαραστάσεις για να δικαιολογήσουν την πολιτική τους, οι αποκλεισμένοι αποκτούν πραγματικά

αυτή την ιδιότητα μόνο με τον ορισμό που τους δίνει η εξουσία και η κατασταλτική δράση της απέναντί τους''(Farge 1994).Και αυτή η κατασταλτική δράση πήρε διάφορες μορφές ανά τους αιώνες, θανάτωση, εξορία, επιβολή στέρησης δικαιωμάτων, μη ισότιμη πρόσβαση.

Με βάση την ανάλυση του Castell(1995) ο αποκλεισμός είναι η ορατή πλευρά ενός φαινομένου που χαρακτηρίζει κεντρικά τις μοντέρνες δυτικές κοινωνίες. Είναι αυτό που ο ίδιος αποκαλεί ''ο θρυμματισμός'' της μισθωτής κοινωνίας.

Όλοι λοιπόν αυτοί οι πληθυσμοί υποχρεώνονται να ζουν ως παρείσακτοι εκτός-όπως συνήθως συμβαίνει με τα γκέτο- είτε εντός των τειχών όταν είναι πια αδύνατος ο εδαφικός τους αποκλεισμός. Αυτό όμως το εντός αφορά τη διαβίωση εντός της κοινωνίας μεν, αλλά κάτω από ειδικό καθεστώς, το καθεστώς του αποκλεισμένου (Baudry, 1997). Ο αποκλεισμός έτσι ισοδυναμεί με τη μη συμμετοχή σε μια κοινωνικά αποδεκτή μορφή οικογενειακής και κοινωνικής ζωής, με την άσκηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του. Πρόκειται για ένα καθεστώς μη ισότιμο, διακρίσεων και προκαταλήψεων, φροντίζοντας να εγκαταστήσουν μια εντελώς άδικη και ανήθικη εικόνα για τον αποκλεισμένο, θεωρώντας τον όχι μόνο ανεπιθύμητο αλλά και επικίνδυνο. Αυτή η ''εγκληματοποίηση'' του αποκλεισμένου πληθυσμού που οδηγεί σύμφωνα με τον Πανούση(2006), στην αναβίωση ακόμη και των ξεπερασμένων πια σήμερα επιστημονικών θεωριών για τον γεννημένο εγκληματία, τροφοδοτεί έντονα ρατσιστικά αντανakλαστικά με σκοπό πάντα την εξάλειψη των ''επικίνδυνων πληθυσμών'' στο όνομα πάντα της προστασίας του ''υγιούς πληθυσμού''.

3.5.1.Το στίγμα...

Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, οι γυναίκες χρήστες θεωρούνται αχαλίνωτες σεξουαλικά ή ελευθέρων ηθών, με αδύναμη θέληση, αδιάφορες για τα παιδιά τους και ανεύθυνες ως προς τις αποφάσεις τους να γεννούν παιδιά (Finkelstein, 1994). Θεωρούνται επίσης περισσότερο «αποκλίνουσες» από

όσο οι άνδρες, ενώ υπάρχει η εντύπωση ότι ανταποκρίνονται λιγότερο καλά στις θεραπείες από όσο άνδρες (Velasquez &Stotts, 2003).

Συχνά η γυναικεία εξάρτηση συνδέεται με την πορνεία, καθώς οι γυναίκες καταφεύγουν εκεί ως μέσο υποστήριξης. Η Μάτσα (2001), υποστηρίζει χαρακτηριστικά ότι σχεδόν το 50% των εξαρτημένων γυναικών καταφεύγει στην πορνεία για τη δόση του, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους άνδρες ανέρχεται στο 6%. Γενικά, για τις γυναίκες η κατάχρηση ουσιών παραμένει κατά βάση ένα ηθικό ζήτημα (π.χ. Velasquez & Stotts, 2003).

Τι γνωρίζουμε όμως σήμερα για το στίγμα και την εξάρτηση; Έως τώρα έχουν υπάρξει αρκετές τοποθετήσεις για το τι αποτελεί εξάρτηση και τι εθισμός και για το πως μπορούν να αντιμετωπιστούν. Ωστόσο δεν υπάρχει αμφιβολία στη σκέψη των περισσότερων ότι οι εξαρτημένοι συμπεριφέρονται απρόβλεπτα, επικίνδυνα και αρκετές φορές εγκληματικά. Πολύ συχνά οι άνθρωποι έχουν την νοοτροπία να μην αντιμετωπίζουν εξατομικευμένα κάποιον άνθρωπο που βρίσκεται σε εξάρτηση, αλλά να του συμπεριφέρονται σαν όλοι να είναι το ίδιο. Άλλωστε υπάρχει μια έντονη διαπίστωση ότι το ανθρώπινο είδος είναι “βιολογικά προγραμματισμένο” να αντιδρά με δύο τρόπους απέναντι στο απροσδόκητο και στο φόβο, είτε φεύγοντας είτε διώχνοντας. Εάν δεν γνωρίζεις τι είναι αυτό που αντιμετωπίζεις, θα σκεφτείς κάτι από αυτά που σου είχαν πει.

Κάποιες μορφές στίγματος δημιουργούν ένα ισχυρό αίσθημα ντροπής και μομφής και ενδεχομένως ένα μέρος της ντροπής μπορεί να ικανοποιεί συγκεκριμένους κοινωνικούς σκοπούς. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι ο στιγματισμός έχει στόχο άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου ή είναι εξαρτημένα από κάτι. Είναι αρκετά εντυπωσιακό να αντιληφθεί κανείς την δύναμη που έχει μια τέτοια διαδικασία όπου συχνά τα άτομα που έχουν στιγματιστεί αρχίζουν να βλέπουν τον ίδιο τους τον εαυτό μέσα από μια διαδικασία εσωτερίκευσης με αρνητικό τρόπο, φτάνοντας ακόμη και τα ίδια να στιγματίσουν άλλους.

3.5.2. Η σιωπή των γυναικών...

Για ποιο λόγο είναι λιγότερες οι γυναίκες από τους άνδρες που ζητούν βοήθεια για θέματα αλκοόλ ή ναρκωτικών, όταν οι αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί όσον αφορά την κατανάλωση, δείχνουν ότι θα έπρεπε να είναι περίπου ίσος ο αριθμός;

Ένας πιθανός λόγος είναι πως ενδεχομένως υπάρχουν εμπόδια στην πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας που δυσκολεύουν τις γυναίκες περισσότερο από ότι τους άνδρες.

Ένα τέτοιο εμπόδιο φαίνεται να είναι το στίγμα. Σήμερα λοιπόν το στίγμα που συνδέεται με την εξάρτηση εξακολουθεί να θεωρείται πιο αρνητικό για τις γυναίκες από ότι για τους άνδρες. Πολύ συχνά αυτή η αποδοκιμασία λειτουργεί ως αποτρεπτικός παράγοντας στην αναζήτηση βοήθειας, οδηγώντας έτσι τις γυναίκες στο να κρύβονται.

Όταν η θεραπεία προσφέρεται με δυσαρέσκεια, προκατάληψη ή εμπαιγμό τότε η γυναίκα μπορεί να οδηγηθεί στην απόφαση ότι η αναγκαία για εκείνη θεραπεία δεν αξίζει τον πόνο που της προκαλεί. Κατά την αλληλεπίδρασή τους με τα άτομα που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη πολύ συχνά βιώνουν έντονη συναισθηματική και ψυχολογική δυσφορία, μια ατμόσφαιρα δυσπιστίας μέχρι να αποκαλύψουν το μυστικό τους. Το έντονο κοινωνικό στίγμα που κατονομάζει τις γυναίκες ως αλκοολικές ή τοξικομανείς φαίνεται να επεκτείνεται στην άποψη των ίδιων των γυναικών για τον εαυτό τους. Αυτές οι ετικέτες στη συνέχεια γίνονται προσωπικές, οδηγούν σε χαμηλότερο αυτοσεβασμό και υποτίμηση.

3.5.3. Η κακοποίηση των γυναικών...

Δεν είναι εύκολο για μια γυναίκα να παραδεχθεί ότι υφίσταται οποιαδήποτε μορφή βίας. Ούτε και είναι εύκολο για μια γυναίκα να βρει τρόπο να ξεφύγει από μια τέτοια κατάσταση. Στη σχέση θύτη-θύματος διαπιστώνεται

συχνά το φαινόμενο, η γυναίκα- θύμα να πείθεται ότι έχει την απόλυτη ευθύνη για τις πράξεις του θύτη. Ο θύτης, για να διατηρήσει τη κυριαρχία του, εφαρμόζει διάφορες τακτικές οι οποίες αποσκοπούν στον έλεγχο των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς της γυναίκας.

Με αυτή την ψυχολογική-συναισθηματική παραπλάνηση, ο θύτης πείθει τη σύντροφο του ότι είναι η μόνη που τον καταλαβαίνει και είναι σημαντική για εκείνον. Ο συναισθηματικός κόσμος της γυναίκας αρχίζει να καταρρέει και σιγά-σιγά χάνει τον αυτοσεβασμό της. Είναι φοβισμένη και απομονωμένη. Ο σύντροφός της κατάφερε να της δημιουργήσει το αίσθημα της ενοχής, με αποτέλεσμα να βυθίζεται όλο και περισσότερο στον πόνο. Η γυναίκα αρχίζει να εκδηλώνει καταθλιπτική συμπεριφορά καθώς και ανησυχία, ενώ η ανάγκη της για απομόνωση αυξάνεται. Τότε, συχνά γίνεται αυτοκαταστροφική και πλήρως εξαρτημένη από το θύτη. Βρίσκεται εγκλωβισμένη μέσα στον κύκλο της βίας ώστε να μη δώσει την οποιαδήποτε αφορμή, αφού έχει «πεισθεί» από το θύτη ότι αυτή ευθύνεται για την άσχημη συμπεριφορά του.

Ο φόβος, η ντροπή, οι προκαταλήψεις, οι παραδοσιακές κοινωνικές αντιλήψεις για την οικογένεια και το ρόλο των φύλων, καθώς και η ελλιπής ενημέρωση για τα δικαιώματα της γυναίκας, είναι παράγοντες που κρατούν τα στόματα των γυναικών κλειστά. Η απροθυμία των γυναικών να καταγγείλουν την κακοποίησή τους στις Αρχές οφείλεται σε διάφορους λόγους. Τα θύματα φοβούνται την πιθανότητα εκδίκησης εναντίον τους, ή εναντίον των παιδιών τους. Επίσης, υπάρχει ο φόβος του κοινωνικού διασυρμού της οικογένειας, ιδιαίτερα στις μικρές κοινωνίες. Επιπρόσθετα, τα θύματα φοβούνται για τη διάλυση της οικογένειας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου υπάρχει οικονομική και συναισθηματική εξάρτηση από το θύτη, γεγονός που επιδεινώνεται στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν παιδιά (Walker, 1989).

Στις περιπτώσεις των γυναικών χρηστών η κατάσταση περιπλέκεται ακόμη περισσότερο, οι ίδιες είναι και σωματικά, λόγω της εξάρτησής τους και ψυχολογικά εξουθενωμένες, γεγονός που τις κάνει πιο εύκολο στόχο για οποιαδήποτε κακοποιητική συμπεριφορά.

Η κακοποίηση είναι άμεσα συνυφασμένη με τις γυναίκες χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, καθώς οι γυναίκες χρήστες μπορούν να κακοποιούνται σωματικά, σεξουαλικά ή και ψυχολογικά από τους άνδρες συντρόφους τους(π.χ.Moe, 2006). Το 74% των γυναικών που παρακολουθεί προγράμματα απεξάρτησης από αλκοόλ και ψυχοτρόπες ουσίες έχει βρεθεί ότι είχε σεξουαλικά κακοποιηθεί (Jarvis & Copeland, 1997), ενώ για την Αγγλία τα ποσοστά των γυναικών που παρακολουθούν προγράμματα απεξάρτησης και έχουν δεχτεί σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική βία υπολογίζεται ότι κυμαίνονται μεταξύ 50-90% (McKeganey,et all 2005). Συγκεκριμένα, οι τραυματικές αυτές βίαιες εμπειρίες σχετίζεται με νεαρότερη έναρξη χρήσης (SAMHSA, 2000), με αυξημένη σοβαρότητα της εξάρτησης (Clark, 2001), καθώς και με αυξημένες πιθανότητες υποτροπών και γρηγορότερα dropout (Brown, 2000).

Γιατί η κακοποιημένη γυναίκα γίνεται θύμα και ποιοι είναι εκείνοι οι λόγοι που την κάνουν να μην αντιστέκεται και δεν φεύγει; Η ψυχολογική παράλυση είναι εκείνη που αιτιολογεί τη δυσκολία της φυγής της γυναίκας από τη σχέση της κακοποίησης. Αυτή ακριβώς η ψυχολογική διαδικασία στην κοινωνική θεωρία της μάθησης ονομάζεται “*επίκτητη αδυναμία*” την ενίσχυση δηλαδή σε μικρή ηλικία εκείνων των αντιδράσεων οι οποίες οδηγούν σε παθητική συμπεριφορά. Οι κακοποιημένες γυναίκες έχουν μάθει να δέχονται την κακοποίηση, δεν προσπαθούν να απελευθερωθούν από μια σχέση κακοποίησης. Από τη στιγμή που και οι ίδιες πιστεύουν ότι είναι αδύναμες η αντίληψη γίνεται πραγματικότητα και μετατρέπονται σε παθητικές, υπάκουες και αδύναμες.

Μια επιπλέον ερμηνεία συνδέει τη γυναίκα που έχει υποστεί βία να αναπτύσσει σε γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο «*μια αντίδραση μαθημένης αβοηθησίας*», εκτιμώντας η ίδια, μη μπορώντας να ελέγξει τον εαυτό της ακόμα και αν εκείνη προσπαθεί, ότι η κατάσταση δεν πρόκειται να αλλάξει. Ως παιδί μαθαίνει ότι όποια και αν είναι η δική της αντίδραση, το αποτέλεσμα θα είναι το ίδιο, τίποτα δεν μπορεί να είναι αποτελεσματικό. Ως ενήλικη πια, έχοντας χάσει κάθε αίσθηση ελέγχου της

ζωής της, απλά περιμένει την επόμενη καταστροφή, πεπεισμένη ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να το αποτρέψει (Onno Van der Hart, 1993).

Οι γυναίκες ενδέχεται να πίνουν για να ανακουφιστούν και να διαχειριστούν την κακοποίηση τους, που μπορεί να είναι σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική, οικογενειακή (Σφηκάκη, 2001).

Η κακοποίηση των γυναικών μπορεί να επηρεάζει τόσο τη χρήση ουσιών(π.χ. αύξηση της χρήσης), όσο και τη θεραπεία των γυναικών, καθώς αυτή μπορεί να εμποδίζει τη γυναίκα να παρακολουθήσει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα (Galvani, 2006).

Ένα μεγάλο λοιπόν ποσοστό γυναικών συναντήθηκαν με τις ουσίες έχοντας πίσω τους ιδιαίτερα τραυματικές εμπειρίες, που συχνά αφορούσαν κακοποίηση(σεξουαλική ή άλλη) στην παιδική τους ηλικία από πρόσωπα της οικογένειάς τους. Η συσχέτιση αυτή λοιπόν φαίνεται να προκύπτει από μια προσπάθεια αυτό-ίασης και ανακούφισης από τις τραυματικές μνήμες (Chilcoat & Breslau, 1998).

Όλα τα πιο πάνω έχουν ως αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός περιστατικών βίας στην οικογένεια να μην δημοσιοποιείται στις Αρχές, οδηγώντας έτσι σε μια υποβαθμισμένη στατιστική εικόνα του φαινομένου.

3.6.Η παραβατικότητα και ο εγκλεισμός.

Οι γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών, εμπλέκονται λιγότερο συχνά σε εγκληματικές ή ποινικές δραστηριότητες, όπως της διακίνησης παράνομων ουσιών, από τους άνδρες χρήστες. Η παραβατικότητα των γυναικών χρηστών αφορά στην σύλληψη τους για κατοχή μικρής εμβέλειας, για εμπόριο και διακίνηση παράνομων ουσιών και επίσης αφορά την πορνεία, και τις κλοπές (Mäher & Hudson, 2007).

Ειδικότερα για τη γυναίκα ο εγκλεισμός της συνεπάγεται το διπλό της στιγματισμό (λόγω φυλάκισης αλλά και λόγω φίλου), ο οποίος αυξάνει και την

πιθανότητα για την περιθωριοποίησή της και την επανένταξή της (ΚΕΘΙ 2001).

3.6.1.Τι συμβαίνει όταν μια γυναίκα εξαρτώμενη καταδικάζεται σε φυλάκιση και είναι ή γίνεται μητέρα;

Σε αυτή την τόσο δυσάρεστη κατάσταση ο εγκλεισμός της στιγματίζει όχι μόνο την ίδια αλλά και την οικογένειά της. Για την μητέρα κρατούμενη η κυριότερη απώλεια της φυλάκισης εμφανίζεται να είναι η απώλεια της οικογένειάς της, παρά η στέρηση της προσωπικής της ελευθερίας.

Το πρόβλημα της μητέρας σε εγκλεισμό περιλαμβάνει δυο όψεις: α) τη μητέρα κρατούμενη όπου το παιδί της ζει εκτός φυλακής και β) τη μητέρα που γεννά το παιδί της στη φυλακή και παραμένει για κάποιο χρονικό διάστημα μαζί της.

Ο εγκλεισμός μιας εξαρτώμενης μητέρας αποτελεί μια ακραία για την ίδια συναισθηματικά εξουθενωτική κατάσταση. Η μητέρα αυτή θα πρέπει να αντιμετωπίσει πολλές και ιδιαίτερα σοβαρές καταστάσεις που αφορούν, την εξάρτησή της, το γεγονός ότι διέπραξε ποινικό αδίκημα και βρίσκεται σε φυλάκιση, τον κοινωνικό στιγματισμό που προκαλεί μια ανάλογη συνθήκη και κυρίως θα πρέπει να ανασυγκροτήσει όλη εκείνη την δύναμη που της έχει απομείνει προκειμένου να ανταποκριθεί ώριμα και υπεύθυνα στο μητρικό της ρόλο. Οι κρατούμενες μητέρες αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στο μητρικό τους ρόλο. Η μητρότητα αποτελεί για εκείνες ένα ύψιστο ιδανικό που προσπαθούν να το διαφυλάξουν με οποιοδήποτε κόστος (Θανοπούλου, Φρονίμου Τσιλιμάγκη,1991).

Η φυλάκιση της μητέρας μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη αποδιοργάνωση της οικογενειακής ζωής. Ο αποχωρισμός είναι επιζήμιος για τις μητέρες και τα παιδιά τους, τα οποία είναι τα αθώα θύματα της απόφασης που έχει ληφθεί για τη μητέρα τους.

Ο μέσος όρος ηλικίας της πλειοψηφίας των φυλακισμένων γυναικών στην Ευρώπη κυμαίνεται μεταξύ 20 και 40 ετών, με αποτέλεσμα να είναι πιθανό οι γυναίκες αυτές να είναι ήδη ή να πρόκειται γίνουν μητέρες. Όταν

είναι ήδη μητέρες κατά τη σύλληψή τους, συχνά είναι εκείνες που ασχολούνται κατά κύριο λόγο ή αποκλειστικά με τη φροντίδα των παιδιών τους. Η ανησυχία για τα παιδιά τους αναφέρεται από τις κρατούμενες γυναίκες ως ένας από τους πιο σοβαρούς παράγοντες που τους προκαλούν κατάθλιψη και άγχος και προξενούν αυτοκαταστροφικές τάσεις. Η μελέτη που εκπόνησε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επιβεβαιώνει ότι: *«οι απώλειες και οι χωρισμοί που οφείλονται στην απομάκρυνση από τα παιδιά αναφέρονται με έμφαση σε όλες τις εθνικές εκθέσεις ως μείζων αιτία δυστυχίας των φυλακισμένων γυναικών»* (Εκθεση Ευρ. Κοιν.2007). Φυλακισμένοι που έχουν αποτύχει ως πολίτες μπορεί να είναι πετυχημένοι γονείς και μάλιστα η επιτυχία τους αυτή μπορεί να τους κάνει καλύτερους πολίτες. Οι μελέτες καταδεικνύουν ότι οι καλοί οικογενειακοί δεσμοί είναι απαραίτητοι κατά το χρόνο αποφυλάκισης, κυρίως γιατί το να υπάρχει σταθερό οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο θα επιστρέψουν, είναι ισχυρό αντικίνητρο κατά της υποτροπής (Εκθεση Ευρ. Κοιν.2007).

3.6.2.Τι συμβαίνει με τα παιδιά των έγκλειστων μητέρων;

Περισσότερες από τις μισές κρατούμενες στις ευρωπαϊκές φυλακές είναι μητέρες ενός τουλάχιστον παιδιού. Τα ποσοστά είναι ιδιαίτερα υψηλά στην Ισπανία και την Ελλάδα. Τα παιδιά που παραμένουν με τις φυλακισμένες μητέρες τους χρειάζονται κατάλληλη προστασία και φροντίδα και δεν πρέπει να υφίστανται κανενός είδους διάκριση. Η φυλάκιση γυναικών μπορεί να έχει σοβαρότατες συνέπειες όταν είναι και οι μόνες υπεύθυνες για τη φροντίδα των παιδιών τους πριν από τη φυλάκιση. Ένα επιπλέον πρόβλημα είναι η διατήρηση των οικογενειακών δεσμών. Δεδομένου ότι είναι λιγότερες οι γυναικείες φυλακές, ενδέχεται να κρατούνται πολύ μακριά από τα σπίτια και τον περίγυρό τους, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι δυνατότητες επίσκεψης (Εκθεση Ευρ. Κοιν., 2007).

Πολλές μελέτες επισημαίνουν τις δυσκολίες που συνεπάγονται οι οποιεσδήποτε γενικεύσεις ως προς τον αντίκτυπο που έχει στα παιδιά ο

αποχωρισμός από τους γονείς τους λόγω της φυλάκισης. Ο βαθμός στον οποίο επηρεάζονται τα παιδιά από τη φυλάκιση των γονέων εξαρτάται από πολλές μεταβλητές: η ηλικία στην οποία επέρχεται ο χωρισμός γονέως-παιδιού, η διάρκεια του χωρισμού, η οικειότητα του παιδιού με το νέο άτομο που το φροντίζει και ο βαθμός στιγματισμού της φυλάκισης από τον κοινωνικό περίγυρο του παιδιού. Το να παραμείνει ένα βρέφος με τη μητέρα του δημιουργεί σύνθετα προβλήματα ως προς τις δυνατότητες που υπάρχουν για την εξασφάλιση στα παιδιά αυτά της κατάλληλης ανάπτυξης – σωματικής, ψυχικής, συναισθηματικής, περιλαμβανομένης της αλληλεπίδρασης με άτομα εκτός φυλακής (ειδικότερα, άλλα παιδιά),(Cunningham 2001).

Σε έκθεση που δημοσιεύτηκε το 2007, το Συμβούλιο της Ευρώπης συνιστά την ανάπτυξη *«μικρής κλίμακας ασφαλών και ημιασφαλών μονάδων με υποστήριξη κοινωνικών υπηρεσιών για το μικρό αριθμό μητέρων που χρειάζονται αυτή τη φύλαξη, στις περιπτώσεις που το παιδί μπορεί να έχει τη φροντίδα του σε ένα φιλικό γι' αυτό περιβάλλον και το ύψιστο συμφέρον του παιδιού αποτελεί προτεραιότητα, υπό τον όρο ότι μπορεί να παρασχεθεί ασφάλεια στο κοινό»* (Έκθεση Ευρ. Κοιν., 2007).

3.6.3.Επισκέψεις παιδιών στις φυλακές;

Οι επισκέψεις έχουν ζωτική σημασία για τη διατήρηση ουσιαστικών οικογενειακών σχέσεων με τους φυλακισμένους και η δυνατότητα αυτή πρέπει να παρέχεται το νωρίτερο δυνατό. Μελέτη στη Γαλλία διαπιστώνει ότι όταν ένας παραβάτης του ποινικού νόμου δεν έχει επαφή με το παιδί του τους πρώτους έξι μήνες, τότε ούτε στη συνέχεια υπάρχει επαφή. Η διατήρηση των οικογενειακών δεσμών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της υποτροπής και την κοινωνική επανένταξη των φυλακισμένων. Ωστόσο, διάφοροι παράγοντες, όπως οι άκαμπτες συνθήκες επίσκεψης και ένας αφιλόξενος χώρος επισκέψεων μπορούν να προκαλέσουν διακοπή των οικογενειακών σχέσεων και της επαφής με τα παιδιά (Έκθεση Ευρ.Κοιν.,

2007). Το ζητούμενο είναι να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον που θα εξισορροπεί τις ανάγκες ασφάλειας και καλής οικογενειακής επαφής (ελαστικές συνθήκες επίσκεψης, χώρος επισκέψεων που να παρέχει σχετική ελευθερία κινήσεων και ιδιωτικό χώρο στην οικογένεια, φιλικό περιβάλλον).

3.7.Προετοιμάζοντας το μέλλον.

Οι στατιστικές για τις μητέρες κρατούμενες καταγράφουν ένα γενικά χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και έλλειψη επαγγελματικών προσόντων. Στο ΗΒ, για παράδειγμα, 47% δεν διαθέτουν τίτλους σπουδών. Ενώ σε επίπεδο γενικού πληθυσμού το 2% έχουν αποκλεισθεί από το σχολείο, όσον αφορά τις καταδικασθείσες κρατούμενες το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 33%." Εάν ο χρόνος που διανύεται στη φυλακή πρόκειται να χρησιμοποιηθεί για την προετοιμασία των τροφίμων για μια σταθερότερη ζωή μετά την αποφυλάκιση, η εκπαίδευση πρέπει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο. Θα πρέπει τουλάχιστον να έχουν όλες τη δυνατότητα να αποκτούν τη βασική εκπαίδευση που χρειάζονται για τη μελλοντική τους κοινωνική επανένταξη (Έκθεση Ευρ. Κοιν., 2007). Όταν εγκαταλείψουν τη φυλακή, οι περισσότερες έχουν να αντιμετωπίσουν ποικίλα ζωτικά προβλήματα, όπως εξασφάλιση στέγης, σταθερού εισοδήματος, υγιών σχέσεων με τα παιδιά ή άλλα σημαντικά για εκείνες πρόσωπα. Η επιτυχής κοινωνική ένταξη πρέπει να προετοιμάζεται κατά και μετά τη φυλάκιση, με τη συνεργασία κοινωνικών υπηρεσιών και άλλων συναφών οργανισμών, προκειμένου να εξασφαλίζεται η ομαλή μετάβαση από τη φυλακή στην ελευθερία. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδίδεται στην ψυχολογική προετοιμασία (ανάλυση του εγκλήματος, αντιμετώπιση των τραυμάτων και εξαρτήσεων με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη και θεραπεία) και στην παροχή κοινωνικής υποστήριξης για την αποφυλάκιση. Ουσιαστικά είναι και εκείνη που θέτει ως πρώτους στόχους την ουσιαστική εργασιακή αποκατάσταση, την κατάλληλη διαβίωση για εκείνη και το παιδί της, την αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και των νομικών εκκρεμοτήτων που κουβαλά από το παρελθόν και έχοντας

ως τελικό στόχο την κατάκτηση της αυτονομίας της σε όλα τα επίπεδα.

3.8. Στοιχεία από νεότερες μελέτες.

Μια αρκετά σημαντική έρευνα που πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2010 από την Dr Mary Ellen Colten, αναδεικνύει ότι παρόλο που υπάρχουν ελάχιστες διαφορές αναφορικά με το μητρικό ρόλο εξαρτημένων και μη εξαρτημένων μητέρων, οι εξαρτώμενες μητέρες είναι εκείνες που βιώνουν την μεγαλύτερη ανησυχία και αγωνία σχετικά με την επάρκειά τους ως μητέρες.

Η μελέτη αυτή συγκρίνει τη μητρική στάση, την εμπειρία και την αντίληψη που έχουν για τον εαυτό τους 170 γυναίκες που βρίσκονται σε θεραπεία απεξάρτησης από την ηρωίνη με εκείνες των 175 μη εθισμένων γυναικών, ανάλογης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Οι συνεντεύξεις αποκαλύπτουν πολύ μικρή διαφορά μεταξύ εξαρτημένων και μη εξαρτημένων μητέρων σχετικά με τις αντιλήψεις τους για το πώς μεγαλώνουν τα παιδιά τους, για το πώς αλλάζει η ζωή τους με την απόκτηση παιδιών, για το ποιους θεωρούν τους ωραιότερους και χειρότερους λόγους για να αποκτήσει μια γυναίκα παιδιά. Εξαρτημένες και μη εξαρτημένες μητέρες δεν διαφέρουν όσον αφορά τα συναισθήματα και την αντίληψη που έχουν για τα παιδιά τους, ούτε επίσης και όσον αφορά την συμμετοχή τους στις δραστηριότητες των παιδιών τους. Οι εξαρτημένες μητέρες αντίθετα είναι εκείνες που εκφράζουν την ανησυχία τους σχετικά με την επάρκειά τους ως μητέρες και την ικανότητά τους να μπορούν να τα ελέγχουν ή να επηρεάζουν τα παιδιά τους. Η ανησυχία τους αναφορικά με την ικανότητα και επάρκεια στο μητρικό τους ρόλο, είναι εκείνες που κυριαρχούν στις απαντήσεις που δίνουν. Οι εξαρτημένες μητέρες λαμβάνουν την ίδια κοινωνική στήριξη για την ανατροφή των παιδιών τους όσο και η μη εξαρτημένες, αλλά βασίζονται περισσότερο απ' ό,τι οι μη εξαρτημένες για βοήθεια στις μητέρες τους, λόγω της μεγάλης ανασφάλειας που νιώθουν για το αν είναι αρκετά ικανές (Colten, 2010).

Μια εξίσου σημαντική έρευνα που έγινε στη Φινλανδία, αναδεικνύει τη σημαντικότητα της διασύνδεσης των ουσιοεξαρτώμενων μητέρων με τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας.

Η μελέτη αυτή αφορά τον αριθμό εκείνων των μητέρων όπου έκαναν χρήση παράνομων ουσιών, έχουν λάβει την απαραίτητη θεραπεία και βρίσκονται τώρα στη διαδικασία απεξάρτησης. Τα δεδομένα βασίζονται σε 19 ατομικές συνεντεύξεις, οι οποίες έχουν διεξαχθεί μεταξύ Μάιου και Δεκεμβρίου του 2005 σε δυο ιδρύματα για γυναίκες χρήστες ναρκωτικών ουσιών στη Νότια Φινλανδία. Αρχικός σκοπός είναι να συζητηθούν οι αντιλήψεις αυτών των γυναικών αναφορικά με τις εμπειρίες που είχαν για τους κοινωνικούς λειτουργούς και τις υπηρεσίες παιδικής πρόνοιας.

Η μελέτη βασίζεται στην άποψη του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού της ταυτότητας ως αυτο-κατασκευή, που δημιουργείται σε καταστάσεις αλληλεπίδρασης και ρουτίνας της καθημερινής ζωής. Ως αποτέλεσμα της μελέτης αυτής παρουσιάζονται τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες "ταυτότητας" μητέρων και τις συνδέσεις τους με τις διάφορες θέσεις των αρχών της παιδικής πρόνοιας. Έτσι λοιπόν έχουμε την α) υπεύθυνη μητέρα, η οποία ζητάει βοήθεια, β) την μητέρα που βρίσκεται σε παραίτηση, η οποία επηρεάζεται και υποβάλλεται από εξωτερικές δυνάμεις, γ) τη στρατηγική μητέρα, τη μητέρα που μαθαίνει να αντιμετωπίζει τον στιγματισμό και δ) την μητέρα που περνάει στην αντεπίθεση. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής δείχνουν πως, οι μητέρες εκείνες που ανήκαν στην κατηγορία εκείνη που ζητούσαν την βοήθεια από τις υπηρεσίες της παιδικής προστασίας, ήταν και εκείνες οι μητέρες που είχαν την δυνατότητα να υπάρξουν πιο υπεύθυνες στο μητρικό τους ρόλο, καθώς και να συνεργαστούν καλύτερα με τους κοινωνικούς λειτουργούς (Virokannas ,2005).

Μια εξίσου ενδιαφέρουσα έρευνα που υλοποίησαν οι Ornoy και οι συνεργάτες του τον Οκτώβριο του 2001, αφορά τις επιδράσεις που υπάρχουν στην ανάπτυξη παιδιών προσχολικής ηλικίας που γεννήθηκαν από μητέρες οι οποίες ήταν εξαρτώμενες από ηρωίνη και η σημασία των περιβαλλοντικών παραγόντων. Μελετήθηκε η ανάπτυξη παιδιών ηλικίας από 5 έως και 12

χρόνων, τα οποία γεννήθηκαν από μητέρες εξαρτώμενες από ηρωίνη και τα οποία μεγάλωσαν κάτω από αυτές τις συνθήκες ή υιοθετήθηκαν σε σύγκριση με τρεις κατηγορίες παιδιών: 1) παιδιά που μεγάλωσαν με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, με περιβαλλοντική στέρηση και στοιχεία εγκατάλειψης, 2) παιδιά που γεννήθηκαν από πατέρες οι οποίοι ήταν εξαρτώμενοι από ηρωίνη και 3) παιδιά της ομάδας ελέγχου με μέσο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Στη μελέτη αξιολογήθηκαν 160 παιδιά από τα οποία 84 ήταν αγόρια και 76 κορίτσια μεταξύ του 1998 και 1999. Όλα τα παιδιά φοιτούσαν σε κανονικά σχολεία. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν εξεταστεί από παιδιάτρους και ψυχολόγους, χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα για την ηλικία τους τυπικά νευρολογικά και ψυχολογικά τεστ, καθώς και δοκιμές και ερωτηματολόγια προκειμένου να αξιολογηθεί η ικανότητα μάθησης και προσοχής τους. Τα Conner's and Achenbach ερωτηματολόγια καθώς και τα Pollack Taper Test, χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να αξιολογηθεί η πιθανότητα παρουσίας διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας(ΔΕΠΥ). Οι μητέρες επίσης αξιολογήθηκαν για ΔΕΠΥ, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο του Wender.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα παιδιά εκείνα που ανατράφηκαν από γονείς που ήταν εξαρτημένοι από ηρωίνη και εκείνα τα οποία προέρχονταν από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, παρουσίασαν πνευματική ανεπάρκεια τόσο όσον αφορά τις λεκτικές όσο και τις πνευματικές επιδόσεις τους. Είχαν παρουσιάσει ακόμη μειωμένη ικανότητα ανάγνωσης και μαθηματικών δεξιοτήτων. Παιδιά τα οποία γεννήθηκαν από εξαρτώμενες μητέρες αλλά που είχαν υιοθετηθεί σε μικρή ηλικία, είχαν φυσιολογική νοητική και μαθησιακή ικανότητα, εκτός από κάποια μειωμένη λειτουργικότητα όσον αφορά στην απόδοση στην αναθεωρημένη Wechsler Intelligence Scale. Βρέθηκε υψηλό ποσοστό ΔΕΠΥ μεταξύ όλων των παιδιών που γεννήθηκαν από εξαρτώμενες μητέρες από ηρωίνη συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που υιοθετήθηκαν καθώς και παιδιά με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Το υψηλότερο ωστόσο ποσοστό ΔΕΠΥ, παρατηρήθηκε σε παιδιά που γεννήθηκαν και μεγάλωσαν από εξαρτώμενες μητέρες. Οι μητέρες

από αυτές τις ομάδες παιδιών είχαν επίσης υψηλό ποσοστό ΔΕΠΥ(Ornou, Segal et all, 2001).

Η έρευνα που σχεδίασαν και πραγματοποίησαν οι Ornou και οι Michailivskaya et all, τον Μάιο του 1996, αφορά την αναπτυξιακή έκβαση παιδιών που γεννιούνται και ανατρέφονται από μητέρες εξαρτώμενες από ηρωίνη ή παιδιών που έχουν υιοθετηθεί. Η έρευνα αυτή ενδιαφέρεται να μελετήσει τον πιθανό ρόλο της προγεννητικής έκθεσης στην ηρωίνη και τον ρόλο του οικογενειακού περιβάλλοντος, στην αιτιολογία των μακροπρόθεσμων αναπτυξιακών προβλημάτων σε παιδιά που γεννήθηκαν από γονείς εξαρτώμενους από την ηρωίνη σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Τα παιδιά ηλικίας των 5-6 χρόνων, εξετάστηκαν από αναπτυξιολόγο παιδίατρο και ψυχολόγο, για τα παιδιά ηλικίας έως και 2,5 χρόνων χρησιμοποιήθηκε η Bagley Development Scale, και για τα παιδιά ηλικίας 3-6 χρόνων η McCarthy Scale για τις ικανότητες παιδιών. Εξετάστηκαν 83 παιδιά τα οποία γεννήθηκαν από μητέρες εξαρτημένες στην ηρωίνη και συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα με εκείνα των 76 παιδιών που γεννήθηκαν από εξαρτημένους πατέρες από ηρωίνη και με τρεις ομάδες ελέγχου: 1) 50 παιδιά με περιβαλλοντική στέρηση, 2) 50 φυσιολογικά παιδιά που προέρχονται από οικογένειες με μέτρια ή υψηλή κοινωνικοοικονομική τάξη χωρίς περιβαλλοντική στέρηση και 3) 80 υγιή παιδιά από νηπιαγωγεία της Ιερουσαλήμ.

Στα αποτελέσματα υπήρξαν 5 παιδιά(6,0%) με σημαντική νευρολογική ζημιά που γεννήθηκαν από εξαρτημένες μητέρες και 6 παιδιά (7,9%), μεταξύ εκείνων που γεννήθηκαν από εξαρτημένους πατέρες. Ακόμη τα παιδιά εκείνα που γεννήθηκαν από εξαρτημένες μητέρες είχαν χαμηλότερο βάρος γέννησης και μικρότερη περίμετρος κεφαλής κατά την εξέτασή τους σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Τα παιδιά που γεννήθηκαν από εξαρτώμενους πατέρες είχαν υψηλή συχνότητα υπερκινητικότητας, απροσεξίας και προβλήματα συμπεριφοράς. Το χαμηλότερο IQ μεταξύ των παιδιών με γνωστικές ικανότητες άνω των 70, βρέθηκε στα παιδιά που προέρχονται από

περιβάλλοντα στερημένα, το επόμενο στα παιδιά που γεννήθηκαν από εξαρτημένους πατέρες και τελευταία τα παιδιά που γεννήθηκαν από εξαρτημένες μητέρες. Τα παιδιά που γεννήθηκαν από εξαρτημένες μητέρες χωρίζονται σε εκείνα που υιοθετήθηκαν σε πολύ μικρή ηλικία και σε εκείνα τα οποία ανατράφηκαν και μεγάλωσαν με εκείνες, με αποτέλεσμα τα παιδιά που είχαν υιοθετηθεί βρέθηκε να λειτουργούν παρόμοια με τις ομάδες ελέγχου, ενώ εκείνα που δεν υιοθετήθηκαν λειτουργούσαν σημαντικά χαμηλότερα. Τα αποτελέσματα ακόμη δείχνουν ότι η αναπτυξιακή καθυστέρηση και οι διαταραχές συμπεριφοράς που παρατηρούνται μεταξύ των παιδιών που έχουν γεννηθεί και μεγαλώσει από εξαρτημένους γονείς, κατά κύριο λόγο προέρχονται από σοβαρές περιβαλλοντικές στερήσεις, καθώς και από το γεγονός ότι ένας στους δυο γονείς είναι εθισμένοι. Ο ειδικός ρόλος λοιπόν της προγεννητικής έκθεσης στην ηρωίνη και ο προσδιορισμός αυτής στην ανάπτυξη των παιδιών (εάν δεν υπάρξουν σημαντικές νευρολογικές ζημιές), φαίνεται να παίζει λιγότερο σημαντικό ρόλο σε σχέση με την επίδραση που έχει το οικογενειακό περιβάλλον(Ornøy, Michailevskaya et al, 1996).

Η έρευνα των Ornøy, Daka et al που πραγματοποιήθηκε το 2010, αφορούσε την νευροαναπτυξιακή και ψυχολογική εκτίμηση εφήβων που γεννήθηκαν από τοξικοεξαρτώμενους γονείς, και τις επιπτώσεις ενός κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος και της υιοθεσίας.

Στόχοι.

Η προγεννητική έκθεση στην ηρωίνη φαίνεται να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες για την ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της πρώιμης και μέσης παιδικής ηλικίας. Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό να εξετάσει τη γνωστική-κοινωνική και συναισθηματική λειτουργία των εφήβων που εκτίθενται προγεννητικά σε ναρκωτικές ουσίες και επιχειρεί να ερευνήσει το κατά πόσο η έγκαιρη υιοθέτηση παιδιών που έχουν εκτεθεί προγεννητικά, θα μπορούσε να αμβλύνει τις πιθανές επιπτώσεις της έκθεσης αυτής.

Η μελέτη.

Η μελέτη περιελάμβανε 191 έφηβους ηλικίας από 12 έως 16 χρόνων και τους γονείς τους στο Ισραήλ, οι οποίοι είχαν ή δεν είχαν εκτεθεί προγεννητικά σε ναρκωτικές ουσίες προερχόμενοι από διαφορετική κοινωνικοοικονομική κατάσταση και εφήβους που βρέθηκαν σε υιοθεσία.

Δόθηκαν πέντε τεστ της Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-III) και η Youth Self-Report Form, προκειμένου να αξιολογηθούν προβλήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με την έλλειψη προσοχής, την αυτοεκτίμηση και την ανάληψη κινδύνων. Στους γονείς των εφήβων δόθηκαν τρία διαφορετικά τεστ, το πρώτο αφορούσε την αξιολόγηση των προβληματικών συμπεριφορών (Child Behavior Checklist/CBCL), το δεύτερο την αξιολόγηση των προβλημάτων ελλειμματικής προσοχής των παιδιών τους (Conner's Rating Scale/CRS) και το τελευταίο το Wender Utah Rating Scale (WURS), όπου αφορούσε μια προσωπική εκτίμηση των προβλημάτων που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ, την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας. Αποτελέσματα.

Διαπιστώθηκε ότι έφηβοι που εκτίθενται σε τουλάχιστον έναν από τους παράγοντες κινδύνου (έκθεση σε ναρκωτικές ουσίες, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ή υιοθεσία), παρουσιάζουν χαμηλότερες επιδόσεις από εκείνους τους έφηβους που δεν εκτέθηκαν σε κανένα από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου, σύμφωνα πάντα με τα αποτελέσματα των τριών διαφορετικών τεστ που δόθηκαν. Παρατηρήθηκε ότι σε αντίθεση με την αρχική υπόθεση η υιοθεσία δεν αμβλύνει τις επιπτώσεις της προγεννητικής έκθεσης που σχετίζονται με τα ναρκωτικά: πιο συγκεκριμένα η γνωστική λειτουργία των εφήβων που έχουν εκτεθεί σε ναρκωτικές ουσίες φαίνεται να είναι φτωχότερη σε σχέση με εκείνους τους έφηβους που προέρχονται από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον υιοθεσίας, σε αντίθεση με μη υιοθετημένους έφηβους που προέρχονται από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Παιδιά που είναι εκτεθειμένα σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και τα οποία ζουν με τους γονείς τους, παρουσιάζουν σχετικά χαμηλό επίπεδο όπως και τα μη εκτεθειμένα σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον παιδιά της ομάδας ελέγχου. Σύμφωνα με το WURS, η έκθεση σε ναρκωτικές ουσίες είναι και αυτή που σχετίζεται με προβλήματα ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας σε ενήλικες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του CBCL test, δεν υπήρχαν επιπτώσεις της αλληλεπίδρασης της έκθεσης όσον αφορά την νευρολογική λειτουργία, την προσωπική επάρκεια, τα προβλήματα συμπεριφοράς ή την ανάληψη κινδύνων. Συμπεράσματα.

Τα παιδιά τα οποία εκτέθηκαν προγεννητικά σε ναρκωτικές ουσίες, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που δόθηκαν σε υιοθεσία, καθώς και τα παιδιά που μεγαλώνουν σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, μπορεί να βρεθούν σε κίνδυνο για σχετικά μειωμένη γνωστική λειτουργία στην εφηβεία τους. Τα παιδιά λοιπόν που εκτίθενται σε ναρκωτικές ουσίες, προερχόμενα από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο ή που έχουν υιοθετηθεί, είναι πιθανό να εμφανίσουν χαμηλή γνωστική και κοινωνική λειτουργία από εκείνα τα παιδιά που δεν έχουν εκτεθεί ή βιώσει ποτέ ανάλογους κινδύνους (Ornøy, Daka et al, 2010).

3.9.Εθνικό νομοσχέδιο για τα ναρκωτικά.

Δημοσιεύθηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ Α' 74/20.03.2013) ο N. 4139/2013 «Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις», με τον οποίο αναθεωρείται ο κώδικας περί ναρκωτικών (Μέρος Α') και παράλληλα, τροποποιούνται διατάξεις του Αστικού Κώδικα, του Κώδικα Πολιτικής Δικονομίας, του Ποινικού Κώδικα και του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.

Με το νέο νομοσχέδιο για τα ναρκωτικά που κατατέθηκε σήμερα στη Βουλή επιχειρείται για πρώτη φορά στη χώρα μας η «πλήρης αποποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών».

Οι βασικές προβλέψεις του πρόσφατου νόμου για τα ναρκωτικά (4139/13) είναι: α) η ολοκληρωμένη (ποινική και θεραπευτική) αντιμετώπιση των εξαρτημένων, στους οποίους δίνεται η δυνατότητα της ένταξης σε θεραπεία αντί (ή κατά τη διάρκεια) του εγκλεισμού και β) η θεσμοθέτηση ενός νέου συντονιστικού σχήματος.

Το συντονιστικό αυτό σχήμα αποτελείται από την Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών, η οποία εκπονεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης με επικεφαλής την Εθνική Συντονίστρια για τα Ναρκωτικά και στην ανώτερη βαθμίδα τη Διυπουργική Επιτροπή για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά των Ναρκωτικών, η οποία εγκρίνει την εθνική στρατηγική για τα ναρκωτικά και της οποίας ηγείται ο Πρωθυπουργός.

Με το νέο νόμο η χρήση ναρκωτικών δεν αποτελεί πια αξιόποινη πράξη. Η προμήθεια, κατοχή ναρκωτικών και η καλλιέργεια φυτών κάνναβης σε αριθμό ή έκταση που δικαιολογούνται για την αποκλειστική χρήση του δράστη τιμωρούνται με πταισματική ποινή (κράτηση μέχρι τριών μηνών ή πρόστιμο μέχρι 1.000 ευρώ).

Τυποποιείται ως βασικό έγκλημα η παράνομη διακίνηση ναρκωτικών, χαρακτηρίζεται ως κακούργημα και τιμωρείται με ποινή κάθειρξης και σωρευτικά με χρηματική ποινή και διατηρούνται οι παρεπόμενες ποινές (απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος, δήμευση περιουσίας, απαγόρευση διαμονής κτλ.).

Καθιερώνεται για πρώτη φορά το δικαίωμα στη θεραπεία και ένταξη σε προγράμματα απεξάρτησης του εξαρτημένου κρατουμένου και προβλέπεται η δυνατότητα επιβολής εναλλακτικών μέτρων απεξάρτησης από το δικαστήριο.

Ηπιότερη μεταχείριση προβλέπεται και για τον δράστη διακίνησης μικροποσότητας ναρκωτικών υπό συγκεκριμένα κριτήρια όπως είναι η πιεστική ανάγκη εξασφάλισης της δόσης, η έλλειψη σκοπού κέρδους και η ψυχολογική πίεση που ασκείται στον δράστη από άλλους χρήστες.

Αυστηρότερες ποινές για κακούργηματικές πράξεις σε σχέση με ναρκωτικά επιφυλάσσονται σε συγκεκριμένα πρόσωπα που εργάζονται σε ευαίσθητους χώρους όπως είναι τα στρατόπεδα, τα σχολεία, οι φυλακές, τα φαρμακεία κτλ. Τα πρόσωπα αυτά απειλούνται με κάθειρξη τουλάχιστον 10 ετών και σωρευτική χρηματική ποινή από 50.000 έως 500.000 ευρώ. Οι ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις, όπως η κατ' επάγγελμα μεγαλοδιακίνηση ή χρηματοδότηση μεγαλοδιακίνησης ναρκωτικών, τιμωρούνται με ποινή ισobίων ή και με πρόσκαιρη κάθειρξη 10-20 ετών και χρηματική ποινή, που μπορεί να φθάσει και τις 600.000 ευρώ.

Το ΕΚΤΕΠΝ συλλέγει ετησίως από το Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών (ΣΟΔΝ-ΕΜΠ) στοιχεία που αφορούν τις κατηγορίες για αδικήματα που σχετίζονται με παραβάσεις του ισχύοντος νόμου. Το 2012 οι ελληνικές Διωκτικές Αρχές απήγγειλαν 13.385 κατηγορίες εις βάρος 13.451

ατόμων για χρήση, παραγωγή-καλλιέργεια, διακίνηση και άλλες κατηγορίες για ναρκωτικές ουσίες. Η μείωση η οποία παρατηρήθηκε τόσο στον αριθμό των κατηγορούντων ατόμων όσο και των υποθέσεων κατά την τριετία 2005-2007 εμφανίστηκε εκ νέου μεταξύ των ετών 2010-2012.(ΕΚΤΕΠΝ 2013, ΕΛ-ΣΤΑΤ 2010).

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) έχει την ευθύνη της συλλογής στοιχείων από τις δικαστικές υπηρεσίες. Το ΕΚΤΕΠΝ ενημερώνεται σε ετήσια βάση για τον αριθμό των καταδικασθέντων για αδικήματα που σχετίζονται με τα ναρκωτικά. Τα πιο πρόσφατα στοιχεία αναφέρονται στο έτος 2010. Ειδικότερα, επί συνόλου 43.135 καταδίκων, 1.694 άτομα (ποσοστό 3,9%) καταδικάστηκαν για αδικήματα του ισχύοντος νόμου. Η συντριπτική πλειοψηφία (95,2%) αφορά άνδρες. Μεταξύ των καταδικασθέντων ατόμων τα 1.226 άτομα(72,4%) ήταν για αδικήματα του ισχύοντος νόμου για χρήση, κατοχή ή καλλιέργεια μικροποσότητας προς ιδίαν χρήση. 383 άτομα καταδικάστηκαν για εμπορία και διακίνηση ναρκωτικών ουσιών από χρήστες (22,6%), 70 άτομα για εμπορία και διακίνηση ναρκωτικών ουσιών (4,1%) και 15 άτομα για καλλιέργεια και παραγωγή ναρκωτικών ουσιών (0,9%),(ΕΚΤΕΠΝ 2013, ΕΛ-ΣΤΑΤ 2010).

3.9.1. Τι συμβαίνει με τις έγκυες ή μητέρες χρήστες στην Ελλάδα.

Είναι γνωστό ότι οι περισσότερες ενεργές χρήστες αδυνατούν να ανταποκριθούν στο μητρικό ρόλο. Κάποιες από αυτές θα εγκαταλείψουν το νεογέννητο στο Νοσοκομείο (ειδικά όταν αυτό παρουσιάζει προβλήματα υγείας), κάποιες άλλες θα δηλώσουν ότι επιθυμούν τη λύση της υιοθεσίας και η υπόθεση θα πάρει τη δικαστική οδό. Όσες όμως αποφασίσουν να πάρουν το βρέφος, είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα αντιμετωπίσουν πολλά προβλήματα στις σχέσεις τους με το παιδί.

Επειδή τις περισσότερες φορές η εξαρτημένη μητέρα είναι χωρίς σύντροφο (είτε γιατί ο βιολογικός πατέρας του τέκνου είναι άγνωστος σε αυτές, είτε γιατί είναι και αυτός χρήστης ή φυλακισμένος) καλείται, να αντιμετωπίσει την φροντίδα και ανατροφή του παιδιού ως μονογονέας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η εξαρτημένη μητέρα αδυνατεί να ανταποκριθεί στο γονικό της ρόλο και εάν δεν έχει στήριξη (οικονομική, ψυχολογική) από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον και συγκεκριμένα από τους γονείς της είναι σχεδόν βέβαιο, ότι με παρέμβαση της πολιτείας, θα απομακρυνθεί το παιδί από αυτήν και εν συνεχεία θα μεταφερθεί σε ίδρυμα και από εκεί σε κάποια ανάδοχη οικογένεια.

Στην Ελλάδα συνήθως, η Πολιτεία δεν παρεμβαίνει χωρίς σοβαρό λόγο, για απομάκρυνση του παιδιού από την εξαρτημένη μητέρα. Όταν θα συμβεί αυτό θα έχει προηγηθεί βάσιμη αναφορά - καταγγελία από τρίτο πρόσωπο (συγγενή, γείτονα, φίλο κ.λ.π) για τις συνθήκες διαβίωσης του τέκνου.

Τα θέματα της επιμέλειας και της γονικής μέριμνας της εξαρτημένης μητέρας ρυθμίζονται στην Ελλάδα με τις κοινές διατάξεις του Οικογενειακού Κώδικα (Κεφάλαιο ενδέκατο – Σχέσεις γονέων και τέκνων, άρθρα 1505 του Αστικού Κώδικα). Ο ν. 3459/2006 (ΦΕΚ Α'103/25.5.2006) με τον οποίο κωδικοποιήθηκε το σύνολο της σχετικής νομοθεσίας για τα ναρκωτικά δεν περιλαμβάνει ειδικές ρυθμίσεις για τα θέματα αυτά.

Η γονική μέριμνα (καθήκον και δικαίωμα του γονέα) περιλαμβάνει την επιμέλεια του προσώπου, τη διοίκηση της περιουσίας και την εκπροσώπηση του τέκνου σε κάθε υπόθεση ή δικαιοπραξία ή δίκη, που αφορούν το πρόσωπο ή την περιουσία του (άρθρο 1510 παρ. 1 ΑΚ).

Η επιμέλεια του προσώπου του τέκνου, η σπουδαιότερη από τις τρεις λειτουργίες της γονικής μέριμνας, περιλαμβάνει ιδίως την ανατροφή, την επίβλεψη, τη μόρφωση και την εκπαίδευσή του, καθώς και τον προσδιορισμό του τόπου της διαμονής του (άρθρο 1518 παρ. 1 ΑΚ) .

Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 1532 και 1533 ΑΚ, αν ο πατέρας ή η μητέρα παραβαίνουν τα καθήκοντα που τους επιβάλλει το λειτούργημά τους για την επιμέλεια του προσώπου του τέκνου ή τη διοίκηση της περιουσίας του ή αν ασκούν το λειτούργημα αυτό καταχρηστικά ή δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν σε αυτό, το δικαστήριο μπορεί εφόσον το ζητήσουν ο

άλλος γονέας, οι πλησιέστεροι συγγενείς του τέκνου, ο εισαγγελέας ή και αυτεπαγγέλτως, να διατάξει οποιοδήποτε πρόσφορο μέτρο. Το δικαστήριο μπορεί ιδίως να αφαιρέσει από τον ένα γονέα την άσκηση της γονικής μέριμνας ολικά ή μερικά και να την αναθέσει αποκλειστικά στον άλλο ή αν συντρέχουν και στο πρόσωπο αυτού οι προϋποθέσεις της προηγούμενης παραγράφου, να αναθέσει την πραγματική φροντίδα του τέκνου ή, ακόμη και την επιμέλεια του ολικά ή μερικά σε τρίτον ή και να διορίσει επίτροπο.

Η αφαίρεση του συνόλου της επιμέλειας του προσώπου και η ανάθεσή της σε τρίτον διατάσσονται από το δικαστήριο, όταν τα άλλα μέτρα έμειναν χωρίς αποτέλεσμα ή κρίνεται ότι δεν επαρκούν για να αποτρέψουν κίνδυνο της σωματικής, πνευματικής ή ψυχικής υγείας του τέκνου. Το δικαστήριο ορίζει την έκταση της γονικής μέριμνας που παραχωρεί στον τρίτο και τους όρους της άσκησής της. Η ανάθεση γίνεται σε κατάλληλη οικογένεια κατά προτίμηση συγγενική (ανάδοχη οικογένεια) και αν αυτό δεν είναι δυνατό σε κατάλληλο ίδρυμα.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, με σαφήνεια προκύπτει ότι για την αφαίρεση, λόγω κακής άσκησης, της γονικής μέριμνας, ο νόμος θέτει τις εξής προϋποθέσεις εναλλακτικώς διατυπωμένες, δηλαδή : 1) παράβαση καθηκόντων που επιβάλλει το λειτούργημα , 2) καταχρηστική άσκηση του λειτουργήματος και 3) αδυναμία ανταπόκρισης σε αυτό. Οι περιπτώσεις συμπεριφοράς που κρίθηκαν από τη νομολογία ότι συνιστούν κακή άσκηση της γονικής μέριμνας είναι κυρίως ή παραμέληση των ειδικότερων υποχρεώσεων της επιμέλειας, όπως η ένδυση, η μόρφωση, η περίθαλψη του τέκνου, η άσκηση σωματικής βίας, η ανοχή πράξεων κακομεταχείρισης από τρίτα πρόσωπα (συνήθως πατριός, μητριά, ερωτικός σύντροφος).

Η λήψη οποιουδήποτε μέτρου από το δικαστήριο διαπνέεται από την αρχή της προσφορότητας, δηλαδή της καταλληλότητας του μέτρου για την αποτροπή του κινδύνου που δημιουργεί η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας, προς την οποία συνάπτεται η αρχή της αναλογικότητας, δηλαδή της αναλογίας του μέτρου προς τον επιδιωκόμενο σκοπό και της ελάχιστης δυνατής επέμβασης στη σχέση γονέων και τέκνου.

Η εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων από το δικαστή γίνεται πάντα σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 1511 παρ.2 και 1664 εδ. α΄ του ΑΚ, σύμφωνα με τις οποίες η απόφαση του δικαστηρίου πρέπει να αποβλέπει πρωτίστως στο συμφέρον του τέκνου όταν αποφασίζει την ανάθεση της γονικής μέριμνας ή επιμέλειας ή πραγματικής φροντίδας αυτού σε τρίτο πρόσωπο.

Προϋπόθεση για την αυτοδίκαιη παύση του λειτουργήματος της γονικής μέριμνας για την εξαρτημένη μητέρα είναι η τελεσίδικη καταδίκη της σε φυλάκιση τουλάχιστον ενός μηνός για αδίκημα που διέπραξε με δόλο κατά της ζωής, της υγείας ή των ηθών του παιδιού της. Τέτοια αδικήματα είναι η απόπειρα ανθρωποκτονίας, η έκθεση, η παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής, οι σωματικές βλάβες κ.λ.π.

Συνέπεια της έκπτωσης, ως ύψιστης αποδοκιμασίας του νομοθέτη προς το γονέα που εγκληματήσε εναντίον του ίδιου του παιδιού του, είναι η οριστική και πλήρη αποξένωσή του από το σύνολο του περιεχομένου του λειτουργήματος της γονικής μέριμνας (άρθρο 1537 ΑΚ).

3.9.2.Τι ισχύει στην Ευρώπη.

Στα κράτη μέλη της ΕΕ, παρά τις διαφορετικές θέσεις και αντιλήψεις, επικρατεί η τάση να αντιμετωπιστεί η παράνομη χρήση ναρκωτικών, ως σχετικά ήσσονος σημασίας παράβαση, για την οποία δεν κρίνεται απαραίτητο να εφαρμοστούν ποινές που περιλαμβάνουν την στέρηση ελευθερίας.

Με αυτό το σκεπτικό οι ποινές φυλάκισης δεν φαίνονται να είναι το αποτελεσματικότερο όργανο με το οποίο θα μπορέσει να αποτραπεί η χρήση ναρκωτικών. Αν και η κατοχή και χρήση για προσωπικές ανάγκες είναι η πλειοψηφία των υποθέσεων σχετικών με τα ναρκωτικά που παραπέμπονται στη δικαιοσύνη, ωστόσο τα δικαστήρια φαίνεται να προτιμούν τη θεραπεία, άλλα μέτρα κοινωνικής υποστήριξης και, μέχρις ενός σημείου, κυρώσεις που δεν περιλαμβάνουν τη στέρηση της ελευθερίας, όπως διοικητικές ποινές,

επιπλήξεις και πρόστιμα καθώς και αναστολή της ποινικής διαδικασίας, κυρίως για μικρές ποσότητες και όταν η απλή χρήση ναρκωτικών δεν συνοδεύεται από επιβαρυντικές περιστάσεις (ENCOD, 2007).

Από την ανάλυση των εθνικών στρατηγικών για τα ναρκωτικά, τη θεωρία, τη νομοθεσία και τη νομολογία προκύπτει ότι σε ορισμένες χώρες της ΕΕ, η κρατική παρέμβαση επικεντρώνεται σε α) ισχυρή έμφαση στην θεραπεία, αντί για την τιμωρία β) μία αίσθηση δυσαναλογίας ανάμεσα σε ποινές κράτησης (που συχνά καταγράφονται στο ποινικό μητρώο) και παράνομης χρήσης ναρκωτικών και γ) στην αντίληψη ότι η κάνναβη είναι λιγότερο επικίνδυνη για την υγεία, συγκρινόμενη με άλλες ουσίες (UNODC, 2010).

Σε κάποια κράτη μέλη όσον αφορά στη νομοθεσία που αφορά τις έγκυες που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, η εγκυμοσύνη αποτελεί κριτήριο το οποίο μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία για αίτηση θεραπείας υποκατάστασης, στην περίπτωση της χρήσης οπιοειδών. Η θεραπεία βέβαια απαιτεί τη συναίνεση της μητέρας, εντούτοις όπως αναφέρουν χώρες όπως η Φινλανδία και η Σουηδία, είναι πολύ δύσκολο από νομικής άποψης να προστατευθεί η υγεία του εμβρύου. Για παράδειγμα, με σκοπό την προστασία της υγείας του εμβρύου, μπορεί η μητέρα να υποχρεωθεί σε θεραπεία. Εντούτοις, λόγω του ότι τα δικαιώματα ξεκινούν να υφίστανται με τη γέννηση, η προστασία του εμβρύου δεν μπορεί να παραβιάσει τα δικαιώματα της μητέρας για προσωπική επιλογή για θεραπεία (UNICRI, 2013). Όσον αφορά στην υποχρεωτική θεραπεία της εγκύου, και στις δυο προαναφερθείσες χώρες, υπάρχουν προτάσεις για αλλαγή της.

Στην Ολλανδία, η αναγκαστική θεραπεία υπό μορφή προγεννητικής επίβλεψης είναι νομικά εφικτή όταν η έγκυος έχει ολοκληρώσει κύηση 24 εβδομάδων. Είναι επίσης πιθανή η αναγκαστική εισαγωγή της εγκύου σε ψυχιατρική πτέρυγα νοσοκομείου, ο νόμος αυτός όμως σπάνια εφαρμόζεται αφού έχει θεσπιστεί για την αντιμετώπιση θεμάτων ψυχικής υγείας. Παρόλα αυτά, ένα από τα νομικά θέματα που προκύπτουν είναι οι αντιφάσεις μεταξύ των διάφορων νόμων. Για παράδειγμα, η προστασία της ευημερίας του

παιδιού, μπορεί να συγκρούεται με το δικαίωμα του γονέα στην ανατροφή των παιδιών του και πολλές φορές οι μητέρες κρύβουν ή αρνούνται την εγκυμοσύνη τους από φόβο μήπως χάσουν την κηδεμονία του παιδιού (UNICRI, 2013).

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (Βέλγιο, Γαλλία, Ιρλανδία, Μάλτα, Πορτογαλία, Σουηδία, Τσεχία, Ιταλία) υπάρχει έντονο επιστημονικό αλλά και κοινωνικό ενδιαφέρον για το σχεδιασμό της φροντίδας των εξαρτημένων γυναικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετά για τη μητέρα και το νεογέννητο. Στις χώρες αυτές υπάρχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για τις γυναίκες, που ειδικότερα έχουν σαν στόχο τις έγκυες γυναίκες και τις μητέρες, καθώς και όσες ασκούν επαγγέλματα που σχετίζονται με το σεξ. Στο Βέλγιο, Τσεχία, Ιταλία, Μάλτα, Πορτογαλία, οι υπηρεσίες που παρέχονται σε μητέρες εξαρτημένες, αναφέρονται σε μία σειρά θεμάτων όπως: ψυχική υγεία, κατάχρηση ουσιών, επαγγελματική συμβουλευτική, γονικές ικανότητες, λειτουργικότητα στο χώρο του σπιτιού. Σε χρήστες εγκύους, παρέχεται ταχεία πρόσβαση σε υπηρεσίες περίθαλψης για τα ναρκωτικά, ενώ η θεραπεία υποκατάστασης και η αποτοξίνωση σπανάως μπορούν να εφαρμοσθούν (Βέλγιο, Γαλλία και Σουηδία).

Οι ποινές φυλάκισης είναι ιδιαίτερα επώδυνες για τις εξαρτημένες μητέρες. Συχνά τα παιδιά των φυλακισμένων – εξαρτημένων μητέρων ανατίθενται σε ανάδοχες οικογένειες, όμως σε αρκετές χώρες (Τσεχία, Ιρλανδία, Ουγγαρία, Σλοβακία, Σουηδία) αναφέρεται ότι δίδεται βοήθεια στο να στηριχθεί ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ μητέρας και παιδιού. Μία φυλακή στο Βέλγιο διαθέτει ειδική μονάδα για τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους έως 2,5 ετών.

Επίσης υπάρχει τουλάχιστον μία φυλακή στην Πορτογαλία με αντίστοιχη μονάδα φιλοξενίας τέκνων έως 4 ετών. Στη Σλοβακία οι εξαρτημένες έγκυες καθώς και όσες έχουν παιδιά έως ενός έτους δεν φυλακίζονται.

Οι πολιτικές αφαίρεσης της επιμέλειας των παιδιών από τις εξαρτημένες μητέρες δεν έχουν ικανοποιητικώς διαμορφωθεί και κωδικοποιηθεί σε νομοθεσίες στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες.

Στις περισσότερες δομές που υπάρχουν σήμερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποφεύγονται οι επώδυνες νομικές συνέπειες του αποχωρισμού μητέρας – παιδιού που οδηγούν σε ψυχική εξουθένωση και συναισθηματική επιδείνωση της μητέρας(blog/low and culture).

Στην Πολιτεία Τενεσσί (Η.Π.Α.) περίπου 900 μωρά γεννήθηκαν με νεογνικό σύνδρομο στέρησης το 2013, μια αύξηση δέκα φορές μεγαλύτερη από ότι ίσχυε μια δεκαετία πριν. Υπεγράφη λοιπόν για πρώτη φορά νόμος όπου αυτεπαγγέλτως οι ουσιοεξαρτώμενες μητέρες είναι δυνατό να βρεθούν κατηγορούμενες για εγκληματική βιαιοπραγία εάν αποδειχθεί ότι το παιδί υπέστη βλάβη ή εμφανίζει σημάδια εξάρτησης. Μια καταδίκη τιμωρείται με πρόστιμο και από ένα έως 15 χρόνια φυλάκιση. Μέχρι στιγμής, περίπου σε 9 γυναίκες έχουν απαγγελθεί κατηγορίες σύμφωνα με τον παρόντα νόμο. Οι γυναίκες αυτές μπορούν να αποκρούσουν την δίωξη, εφόσον ενταχθούν σε θεραπευτικό πρόγραμμα. Ωστόσο οι διαφωνούντες της πρακτικής αυτής υποστηρίζουν πως, οι γυναίκες αυτές θα αποφύγουν την προγεννητική φροντίδα, η οποία με τη σειρά της μπορεί σε μεγάλο βαθμό να αυξήσει τις αρνητικές συνέπειες που προκαλούν οι ναρκωτικές ουσίες στο έμβρυο, μπροστά στο φόβο της ποινικής εμπλοκής. Αν ο νόμος προβλέπει και αποσκοπεί αποκλειστικά στην προστασία του παιδιού, τότε εύλογα μπορεί να αναρωτηθεί κάποιος για το αν θα έπρεπε να ποινικοποιηθούν παρόμοιες μορφές πρόκλησης βλάβης, όπως η κακή διατροφή ή ανθυγιεινός τρόπος ζωής της μητέρας (Reson.com).

3.10.MARTYPIΕΣ

Έχουν τελικά δικαίωμα όλες οι γυναίκες στη μητρότητα; Ας αφήσουμε τις μητέρες εκείνες να μιλήσουν...

Ποια είναι τα νοήματα της χρήσης ή της εξάρτησης που οι ίδιες γυναίκες αποδίδουν στο λόγο τους και ποιες είναι οι συνέπειες αυτών των νοημάτων;

Πως παρουσιάζει ή πως τοποθετεί τον εαυτό της ως γυναίκα, ως μητέρα, ως εθισμένη;

Ποιες υποθέσεις αιτιολογίας ή άλλοθι χρησιμοποιούν οι μητέρες που βρίσκονται κάτω από την επίδραση ψυχοτρόπων ουσιών για την υιοθέτηση της στάσης τους απέναντι στη μητρότητα;

Στο σημείο αυτό θεωρώ εξαιρετικά σημαντικό και ιδιαίτερα ουσιαστικό να σας δώσω την δυνατότητα να διαβάσετε τον συγκλονιστικό λόγο γυναικών που βιώνοντας την ιδιαίτερα συναισθηματική, σωματική και ψυχολογική κακοποίηση της εξάρτησης, κατάφεραν να βιώσουν την μοναδική για εκείνες εμπειρία της μητρότητας.

Ας επιτρέψουμε λοιπόν σε κάποιες μητέρες να μιλήσουν.

Η μαρτυρία της Κ.

Τα μικρά αυτά θαύματα που λέγονται παιδιά, είναι κάτι το ασύλληπτα όμορφο και πρωτόγνωρο στη ζωή μας.

Φυσικά δεν περίμενα ποτέ ότι θα συνέβαινε αυτό σε μένα.

Ήμουν από τους ανθρώπους που δεν ήμουν έτοιμη για κάτι τέτοιο, ειδικά στην ηλικία των 23 ετών που ήμουν.

Ο άντρας μου ήταν ναρκωμανής και αλκοολικός. Εγώ έπινα περιστασιακά μια δυο φορές το χρόνο, δεν τα είχα στο μυαλό μου, δεν τα έψαχνα και δε χρειαζόταν να αγοράσω αφού δεν είχα αρρωστήσει.

Όταν έμεινα έγκυος, δούλευα πωλήτρια σε ένα κατάστημα ρούχων, και τον άντρα μου που τότε δεν ήμασταν ακόμη παντρεμένοι, τον είχα χωρίσει. Μετά από ένα μήνα χωρισμού, έμαθα ότι είμαι έγκυος. Δεν το πίστευα ήθελα να πεθάνω, είχα χάσει τη γη κάτω από τα πόδια μου. Ένιωθα τόσο φόβο,

ένιωθα αβοήθητη, όλο αυτό το άγχος, το πέρασα μόνη μου κλαίγοντας γιατί η μητέρα μου είχε μερικά χρόνια που είχε σκοτωθεί από τρένο. Κάτι έπρεπε να κάνω άμεσα, διότι ο χρόνος κυλούσε, και εγώ ήμουν έγκυος 1,5 μηνών.

Πήρα την απόφαση να το κρατήσω. Ο μεγαλύτερος φόβος μου ήταν το πώς θα το πω στον πατέρα μου, το πώς θα το πάρουν οι συγγενείς. Ειδικά ο πατέρας μου, ο αδερφός μου δεν τον ήθελαν, γιατί ουκ λίγες φορές είχε μείνει από overdose, είχε μαλώσει με τον αδερφό μου, και προκαλούσε συνεχώς αναστάτωση στους δικούς μου, οι οποίοι δεν γνώριζαν τίποτε για τα ναρκωτικά και τίποτε για το τι έπινα εγώ. Γενικά είχα και διατηρούσα μια βιτρίνα την οποία ήταν για μένα μεγάλη ντροπή να καταλάβουν οι άλλοι το τι συνέβαινε. Όταν το έμαθε ο πατέρας μου, και φυσικά δεν του το είπα εγώ, έβαλα μια γνωστή του να του το πει, έπεσε στο κρεβάτι. Ένιωσα ότι θα τον χάσω από τη στεναχώρια. Μου βγήκε από το φόβο και το άγχος μου άμυνα κατευθείαν. Θυμάμαι είχα πει ότι θα πάω να το ρίξω.. Στον άντρα μου το είχα ήδη πει. Δεν ήταν τόσο δύσκολο γιατί όλο αυτό το διάστημα με έψαχνε να τα ξαναβρούμε, και έτσι χωρίς να σκεφτώ τίποτε απολύτως, τον έπιασα και του το είπα. Δέχθηκε κατευθείαν αν και πιωμένος αγχώθηκε και εκείνος. Πίστευα ότι με το παιδί θα γινόταν αυτόματα καλά, μου το υποσχέθηκε και ήθελα να τον πιστέψω. Τριών μηνών αρραβωνιάστηκα, επτά μηνών παντρεύτηκα, έξι μήνες άντεξα παντρεμένη. Η εγκυμοσύνη σωματικά ήτανε πολύ εύκολη για μένα. Δεν είχα ναυτίες και τέτοιου είδους δυσκολίες που περνάνε οι άλλες γυναίκες την περίοδο αυτή.

Εμένα οι δυσκολίες μου ήταν ψυχοφθόρες: έτρωγα ξύλο στα καλά καθούμενα επειδή ήταν σουρωμένος, με καλούσανε κάθε λίγο και λιγάκι από το νοσοκομείο όπου ήταν μισοπεθαμένος, φασαρίες μέσα στο σπίτι που νοικιάζαμε, βρισιές, κακοποιούσα τον εαυτό μου καθημερινά και ήθελα να πεθάνω, δεν το άντεχα άλλο όλο αυτό. Του πετούσα καρέκλες έσπαγα τα τζάμια, έχω σπάσει το χέρι μου και χρειάστηκε να κάνω εγχείρηση με λάμα μέσα και βίδες, 13 ράμματα τα οποία μου θυμίζουν ακόμη και σήμερα τον πόνο που ένιωσα την ώρα που το έσπασα επάνω του. Σουρωμένος να έχει τρακάρει στα δεξιά του δρόμου στις μπάρες και να με τρέχουν στα νοσοκομεία. Να έρχεται ο πατέρας μου επίσκεψη στο σπίτι και να παίρνει όλα

τα κουζινομάχαιρα και να του επιτίθεται, να καλώ την αστυνομία ανά δυο μέρες, να χρειάζεται να δίνω εξηγήσεις στους δικούς μου συγγενείς, να αποκρύπτω συνεχώς πράγματα οφθαλμοφανή και από τους δικούς του και από τους δικούς μου, γενικώς μια αρρωστημένη κατάσταση που δεν πήγαινε άλλο.

Το καλύτερο δεν σας το διηγήθηκα: ήμουνα καθαρή, όλο αυτό το διάστημα από την ημέρα που έμαθα ότι ήμουν έγκυος και μετέπειτα ήμουν καθαρή. Δεν έπινα ούτε αλκοόλ. Όλο αυτό το πέρασα μόνη μου, τέτοια μοναξιά, τέτοια αβεβαιότητα, άγχος, φόβο, στεναχώρια δεν είχα ξαναανιώσει σε τόσο μεγάλο βαθμό. Ένιωθα αηδία, ένιωθα ότι ήθελα να πεθάνω μαζί με το μωρό. Με θυμάμαι να βγάζει ντάγκλες ο άντρας μου στο καναπέ, να μην επικοινωνεί με το περιβάλλον και εγώ να κάθομαι πιο εκεί, να κλαίω και να καπνίζω επίτηδες ώστε να κάνω κακό στο μωρό και στον εαυτό μου.

Ήμουν μεγαλωμένη έτσι ώστε κάτι τέτοιο ήταν αντίθετο με τις αρχές μου. Έτσι όταν έμαθα για την εγκυμοσύνη δεν διανοήθηκα να συνεχίσω να πίνω ούτε κατά διάνοια.

Η δικιά μου η κατρακύλα ήρθε αφότου σιγά σιγά πέφτανε οι άμυνες μου, η υπομονή μου και άρχισα να τρελαίνομαι στ' αλήθεια. Άρχισα να πίνω πρώτα ηρωίνη, κάνναβη και μετά κοκαΐνη. Πήρα το μωρό που ήταν περίπου 7-8 μηνών και ξαναπήγα στο πατρικό μου. Ζήτησα διαζύγιο, ενώ και εγώ βάδιζα σε άσχημο δρόμο. Άρχισα να παίρνω το μωρό μαζί μου για να πάω να γίνω. Γυρνούσα αργά στο σπίτι με το μωρό να κλαίει επειδή έπρεπε να το ταΐσω. Ένιωθα άχρηστη σαν μάνα. Άρχισα να αφήνω τις ευθύνες που είχα για το παιδί μου και έφευγα από το σπίτι χωρίς να με νοιάζει για το ποιος θα το αλλάξει πάντα, ποιος θα το ταΐσει, ποιος θα το κάνει μπάνιο, ποιος θα παίξει μαζί του. Ο πατέρας μου έβλεπε ότι δεν ήμουνα καλά, αλλά δεν μπορούσε να φανταστεί ότι ήταν από τα ναρκωτικά, πίστευε ότι ήταν από τη στενοχώρια και την τρέλα που μου είχε προκαλέσει ο άντρας μου. Έτσι οι γονείς του άντρα μου μίλησαν ένα βράδυ στον πατέρα μου. Αυτό ήταν! Έχασα το παιδί μου! Ήρθαν ένα απόγευμα και το πήραν φυσικά και με τη δική μου συγκατάθεση, γιατί έβλεπα, ένιωθα ανίκανη να το μεγαλώσω πια. Ένιωθα ότι με έβλεπε σαν τέρας, ήμουν κίνδυνος για το ίδιο μου το παιδί.

Όλο αυτό μου δημιουργούσε τεράστιες τύψεις και έπεσα σε χειρότερη κατάσταση θλίψης της οποίας τον πόνο τον έπινα στα ναρκωτικά. Ή έπρεπε να πιώ για να ξεχάσω, ή έπρεπε να πεθάνω που δεν είχα τα κότσια να το κάνω.

Έφυγα από το πατρικό μου και έμενα σε ένα υπόγειο, σε χάλια κατάσταση, να μην έχω να φάω, να πλένομαι με υγρό πιάτων, να κάνω μπάνιο με κρύο νερό τοπικά και να παγώνω το χειμώνα.. Δεν πέρασε ούτε μια μέρα που να μην σκέφτομαι το παιδί μου, το τι κάνω, ότι δεν μου ταιριάζει η ζωή του πιόματος, της κατάντιας, ένιωθα πολύ άσχημα απέναντι στο παιδί που μεγάλωνε χωρίς εμένα.

Απόγνωση! Ήθελα να γίνω καλά για το παιδί μου πάνω από όλα, αλλά δεν έβρισκα τη δύναμη να το κάνω. Φοβόμουν τις χαρμάνες, φοβόμουν μήπως γίνω καλά και τα ξαναφέρω όλα τούμπα, γιατί δε μπορείς να φεύγεις όποτε θέλεις και να ξανάρχεσαι στη ζωή ενός παιδιού.

Για μένα ήταν, είναι και θα είναι πολύ βασικός ο ρόλος της μητέρας, δεν γνωρίζω αν θα με συγχωρήσω ή αν θα ξεπεράσω αυτές τις τύψεις, αλλά προσπαθώ για το καλύτερο. Νιώθω ότι έχω γίνει καλύτερος άνθρωπος και ως προς τον εαυτό μου, αλλά και ως προς το παιδί μου. Μετά από 9 χρόνια, πρώτη φορά ακούω τη λέξη σε αγαπώ μαμά, πρώτη φορά με αγκαλιάζει, πρώτη φορά που θέλει να μείνει μαζί μου το βράδυ και αυτό πιστέψτε με κάνει τόσο χαρούμενη που δεν το αλλάζω με τίποτα.

Οι δυσκολίες της καθημερινότητας πολλές. Οι πειρασμοί, οι τρικλοποδιές πάρα πολλές. Αλλά τίποτε δε συγκρίνεται και τίποτε δεν μπορεί να χωρίσει ή να μειώσει την αγάπη μου για το παιδί μου. Αυτό που με ενδιαφέρει είναι να γίνομαι κάθε μέρα καλύτερη, να δίνω χαρά σε αυτό το πλάσμα που δε θεωρώ τυχαίο ότι το έφερα στη ζωή. Η εμπειρία μου σαν μητέρα μου έχει δείξει ότι το να είσαι μητέρα και να είσαι εξαρτώμενη, δεν πάνε μαζί. Η κάθε μητέρα σύμφωνα με τη συνειδητότητα που έχει μέσα της θα πρέπει να κάνει τις επιλογές της.

Θεωρώ ότι όταν μια γυναίκα είναι μπλεγμένη με ουσίες, θα ήταν συνετό να απαγορεύσει στον εαυτό της να μείνει έγκυος, αλλά δε θα έπρεπε σε καμιά περίπτωση να χάνει την ελπίδα ότι μπορεί να τα καταφέρει, να ξεφύγει από όλο αυτό το Γολγοθά που περνάει και συνεχίζει τη ζωή της αξιοπρεπώς κάνοντας παιδιά με ψηλά το κεφάλι και στην κοινωνία και στους γύρω της.

Τέλος θέλω να πω κάτι για την κοινωνία. Η κοινωνία δε ήταν εύκολο να με βοηθήσει αν δεν είχα τη στήριξη του πατέρα μου σε νομικά θέματα. Ο κόσμος οι γνωστοί, οι φίλοι στο δρόμο δε μου μιλάνε αν νομίζουν ότι δεν είμαι καθαρή. Ο κόσμος στο δρόμο κοιτάζει με άσχημο τρόπο, οι συγγενείς πολύ απόμακροι, κοιτάζοντας με σα να είμαι απόβρασμα. Φυσικά αν υπάρχει θέληση, υπάρχουν πράγματα και άνθρωποι να βοηθήσουν ειδικά σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας και σε μονογονεϊκές οικογένειες υπάρχουν βοηθήματα, αλλά χρειάζεται να το ψάχνουμε γιατί τίποτα δε γίνεται από μόνο του.

Η μαρτυρία της Ε.

Είμαι μητέρα δυο παιδιών του μικρού Π. που τώρα είναι 8 χρόνων και της μικρής Α. που είναι κοντά στα τέσσερα. Με τον άντρα μου ήμασταν ζευγάρι χρόνια πριν. Εγώ δεν είχα ποτέ καμία σχέση με τη χρήση. Κάπνιζα μόνο μαύρο και αυτό όχι κάθε μέρα. Ο άντρας μου έκανα χρήση μόνο ηρωίνης. Κάπως έτσι ξεκίνησα και εγώ να πίνω. Στην πρώτη μου εγκυμοσύνη βέβαια δεν είχα καμία σχέση με ναρκωτικά. Όταν έμαθα ότι ήμουν έγκυος πέταξα από τη χαρά μου. Πάντα ήθελα να γίνω μητέρα. Είχα πολύ καλή εγκυμοσύνη, είχα την βοήθεια και υποστήριξη από την οικογένειά μου αλλά και του άντρα μου, όσο μπορούσε, παρόλα που εκείνος έπινε. Εγώ βέβαια στεναχωριόμουν αρκετά για εκείνον, μου υποσχόταν σχεδόν κάθε μέρα ότι θα σταματούσε να πίνει ότι θα καθάριζε. Το έκανε τελικά αφού αναγκάστηκα να του πω ότι θα πάρω το παιδί και θα φύγω γιατί δε θα ήθελα να μεγαλώνει το παιδί και να τον βλέπει έτσι. Ήθελα να μπορεί ο μικρός να μην έχει τέτοιες εμπειρίες.

Στη δεύτερη εγκυμοσύνη είχα αρχίσει και εγώ να πίνω. Όταν κατάλαβα ότι είμαι έγκυος πανικοβλήθηκα, άρχισα να κλαίω, τι θα γινόταν, θα έπρεπε να

το κρατήσω, φοβόμουνά πολύ, έκλαιγα συχνά, τι θα συνέβαινε στο μωρό αφού εγώ έπινα, πόσο κακό θα του έκανα; Και τότε αποφασίσαμε με τον άντρα μου να γραφτούμε σε κέντρο αποκατάστασης. Στην αρχή τα πράγματα φαινόταν πολύ δύσκολα, πολλά νεύρα, αρκετό άγχος, πολλές τύψεις που τελικά άρχισαν να ελαττώνονται, αφού σταματήσαμε να πίνουμε, μέναμε μόνο στο φάρμακο. Έτσι γέννησα το δεύτερο μωρό μου, ευτυχώς χρειάστηκε για λίγο να μείνει στη θερμοκοιτίδα. Ο άνδρας μου και εγώ εξακολουθούμε να είμαστε μόνο στο πρόγραμμα, σίγουρα υπάρχουν πολλές δυσκολίες και επιρροές αλλά παλεύουμε κάθε μέρα για να είμαστε καλά. Για να μπορούμε να είμαστε όλοι μαζί. Ευχαριστώ το Θεό που μας βοήθησε να βρούμε τη δύναμη να ξεπεράσουμε τόσες δυσκολίες, για να μπορούμε να ζήσουμε με τα παιδιά μας.

Η μαρτυρία της Α.

Ήθελα εδώ και πολλά χρόνια να κάνω παιδί. Δεν τύχαινε να κάνω αν και είχα σχέση με κάποιον 12 χρόνια. Το είχα πει ότι όποιος και να μου τύχει, θα το κάνω ότι και να γίνει. Το είχα πει και στη μητέρα μου ότι ήθελα αγόρι. Το κατάλαβα ότι είμαι έγκυος γρήγορα. Στην καθυστέρηση πήρα αμέσως ένα τεστ. Το τι ένιωσα; Ένα κλάμα. Τόση χαρά, δεν ήθελα να το δω γιατί νόμιζα ότι θα είναι αρνητικό. Και ο σύντροφός μου χάρηκε, ήμουν για τρία χρόνια μαζί του, αλλά δεν ήταν τόσο υπεύθυνο άτομο.

Ένα παιδί έχει πολλά έξοδα, τώρα όμως ζω κάτι που δεν περιγράφεται. Αυτός όταν ήμουν τριών μηνών μπήκε φυλακή. Όσο πρόλαβε ερχόταν μαζί μου στο νοσοκομείο, και στον γιατρό. Ο γιός μου είναι τώρα ενός έτους, για τον πατέρα του όμως δεν αισθάνομαι κάτι, αλλά κρατάω επαφή μόνο για το μωρό. Ο ίδιος δεν το είδε από κοντά αλλά μόνο μια φορά από φωτογραφία.

Είχα τύψεις, ενοχές, φοβόμουνά πάρα πολύ αλλά αντιδρούσα αλλιώς, έπαιρνα περισσότερα φάρμακα. Όταν το είδα στη θερμοκοιτίδα εκεί ένιωσα πολλές ενοχές γιατί έκανε σπασμούς και εμετούς επειδή έπαιρνα φάρμακα. Κάπνιζα ένα πακέτο την ημέρα όσο ήμουν έγκυος, αλλά όταν γεννήθηκε το ελάττωσα γιατί δεν προλάβαινα και ήθελα να είμαι κοντά του, να βλέπω τις

κινήσεις του. Γιατί κάθε μέρα βλέπεις κάτι καινούριο, ακούς κάτι καινούριο. Πιστεύω ότι δεν υπάρχει πιο ωραίο πράγμα στον κόσμο.

Αισθάνομαι ότι είμαι καλή μαμά,θα ήθελα να μην έκανα ποτέ χρήση στη ζωή μου. Τώρα είμαι και με όλη την οικογένειά μου δεμένη. Παλιά αισθανόμουν ότι δεν ήταν δίπλα μου. Δεν ήταν απόμακροι αυτοί, εγώ ήμουν τελικά μακριά, οι άλλοι ήταν πάντα δίπλα μου. Μου φέρθηκαν όλοι πολύ καλά. Δεν με ενοχλεί που δεν είναι ο μπαμπάς του δίπλα, θα ήθελα να ήμασταν σαν οικογένεια, αλλά το βλέπω σκληροπυρηνικά γιατί και εγώ έτσι μεγάλωσα. Ήδη αρχίζω να βλέπω τα πράγματα διαφορετικά για τη ζωή μου, εμένα προσωπικά το παιδί με γεμίζει, άλλωστε τι κάναμε τόσα χρόνια;

Η μαρτυρία Της Λ.

Καπνίστρια από τα 14, σήμερα αισίως 46. Τα πρώτα χρόνια περιστασιακή, μέχρι τα 18, από τα 18 μέχρι σήμερα συνειδητοποιημένα εθισμένη.

Η μητρότητα για μένα δεν ήταν ποτέ στόχος ζωής, ήμουν μάλλον μακριά από το ένστικτο. Ο γάμος μας ήρθε πολύ φυσικά μετά από χρόνια σχέσης, όμως το θέμα του παιδιού δεν ήταν στα άμεσα «ενδιαφέροντά μας». Στα 34 ανακάλυψα πως θέλουμε ένα παιδί, μάλλον από περιέργεια περισσότερο, πώς να είναι άραγε ένα παιδάκι γεννημένο από μένα και εκείνον; Μάλλον γιατί ήθελα να ζήσω την εμπειρία. Όσο όμως αυτό φαινόταν δύσκολο, τότε άρχισα να νιώθω ξαφνικά πως μεγάλωσα, μα πως μεγάλωσα τόσο γρήγορα;

Ακολούθησε η εγκυμοσύνη, με μέθοδο υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Μια καλή εγκυμοσύνη, με μια στροφή για μένα απίστευτη, όχι μόνο όσον αφορά στο κάπνισμα. Ξαφνικά δεν ήταν πια εξάρτηση, μου προκαλούσε απέχθεια ακόμη και η μυρωδιά του τσιγάρου. Κάπνιζα ελάχιστα, ίσως και ένα τσιγάρο την ημέρα, θυμάμαι σπάνια να κάπνισα τρία σε μια μέρα, ίσως στους τελευταίους μήνες.

Και μετά, επιστροφή στα παλιά!

Η μητρότητα για μένα σήμερα, ως μαμά ενός παιδιού 10 ετών, είναι συναισθήματα διάφορα: μια απίστευτη αγάπη, από την πρώτη ματιά, που μπορεί εύκολα να διαλύσει την προσωπικότητα σου, να ξεχάσεις ότι είσαι εσύ, μια απίστευτη αγάπη που είσαι πια σίγουρη, το έχεις πάρει απόφαση ότι δεν υπάρχει πια περίπτωση σε αυτή τη ζωή να κοιμηθείς 8ωρο όπως πριν. Στιγμές ευτυχίας, λόγια τρυφερά, λόγια σοβαρά, μάτια που αναζητούν, χεράκια που σφίγγουν. Και το τσιγάρο... τσιγάρο. Ελάχιστα για απόλαυση, τα περισσότερα τσιγάρα μου σύντροφοι του άγχους, άγχος για τη δουλειά, άγχος για το παιδί, άγχος πολύ άγχος. Σκέφτομαι πως οφείλω στον εαυτό μου, στο παιδί μου, στον καλό μου, να τελειώνω με αυτό. Μια μέρα θα τελειώσω, όχι όμως σήμερα.

Στο σημείο αυτό δεν θα ήθελα να παρέμβω με δικές μου τοποθετήσεις, αφήνοντας την δυνατότητα να επεξεργαστείτε τις τόσο έντονες συναισθηματικά, γενναιόδωρες και ειλικρινείς αφηγήσεις.

ΜΕΡΙΚΟΙ ΕΝΤΟΝΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Οι περισσότερες χρήστες είναι νέοι άνθρωποι όπου βρίσκονται στην αναπαραγωγική τους ηλικία. Πιο συγκεκριμένα 1 στους 10 χρήστες που βρίσκονται σε θεραπεία ζει με ένα τουλάχιστον παιδί (EMCDDA, 2012).

Παρόλο που λιγότερες γυναίκες στην Ευρώπη κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών σε σχέση με τους άντρες, εντούτοις οι γυναίκες που κάνουν χρήση, αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας και άλλων συναφών προβλημάτων.

Οι γυναίκες χρήστες έχουν συνήθως δυσκολία στο να αναλάβουν την αναγκαία γυναικολογική φροντίδα κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό, καθώς και την απαραίτητη παιδιατρική φροντίδα, λόγω μη έγκαιρης αναζήτησης των παρεχόμενων υπηρεσιών ή και δυσκολίας παρακολούθησης των σχετικών συναντήσεων, με αρνητικές συνήθως συνέπειες για τις ίδιες και το νεογνό. Είναι πιθανό λόγω του έντονου κοινωνικού στιγματισμού που

αρκετές φορές βιώνουν, να ανησυχούν για τις στάσεις του ιατρικού προσωπικού απέναντί τους, για τον ρόλο των κοινωνικών υπηρεσιών ή ακόμα να μην είναι σε θέση να διαχειριστούν την εμπλοκή διαφορετικών υπηρεσιών.

Οι έγκυες γυναίκες είναι πολύ πιθανό να μην προσεγγίζουν τις υπηρεσίες υγείας από φόβο για τις συνέπειες που ενδέχεται να έχουν όσον αφορά στα γονικά τους δικαιώματα, είναι πολύ πιθανό να θέλουν να σταματήσουν τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και τη θεραπεία με τέτοιο τρόπο που μπορεί να αποβεί πιο επικίνδυνος από ότι αν μια έγκυος γυναίκα παραμείνει σε μια φαρμακευτικά υποβοηθούμενη θεραπεία(NICE, 2010).

Αποτελεί πολύ συχνή κατάληξη οι γυναίκες χρήστες να μετατρέπονται σε αντικείμενα εκμετάλλευσης από τους άντρες τοξικοεξαρτώμενους. Επιπλέον αποτελεί χαρακτηριστικό φαινόμενο ότι η κοινωνική απαξίωση είναι πολύ εντονότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες.

Όλη η κατάσταση γίνεται ακόμα πιο δύσκολη όταν οι γυναίκες αυτές έχουν παιδιά, τότε ο φόβος της αφαίρεσης της επιμέλειας των παιδιών της, τις αποτρέπει πολλές φορές και από την ένταξή τους σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, αφού αυτομάτως αποκτά την ταυτότητα της τοξικοεξαρτημένης.

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου γυναίκες χρήστες έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες κακοποίησης είτε σωματικής είτε ψυχολογικής. Πολλές φορές η κακοποίηση είναι σεξουαλική όπου συνήθως φαίνεται να ασκείται από πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος. Χαρακτηριστικά το ΚΕΘΕΑ αναφέρει ότι το ποσοστό των τοξικοεξαρτώμενων γυναικών που έχουν υποστεί τέτοιου είδους κακοποίησης αγγίζει το 40 με 45%(ΚΕΘΕΑ Απολογισμός έργου, 2013).

Η κατάχρηση ουσιών από τις γυναίκες φαίνεται να έχει περισσότερο τιμωρητικό χαρακτήρα παρά θεραπευτικό (Velasquez &Stott's, 2003). Στην Αμερική είναι πολύ πιο πιθανό να απομακρύνουν τα παιδιά από το σπίτι όταν

μια μητέρα είναι εξαρτημένη, κάτι που παραδόξως δεν ισχύει όταν ο πατέρας είναι εξαρτημένος.

Φαίνεται ότι οι γυναίκες χρήστες ουσιών να αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερες διακρίσεις, στοχοποιούνται πολύ πιο έντονα και βιώνουν αρκετή καχυποψία όσον αφορά το μητρικό τους ρόλο, καθώς θεωρούνται από τη κοινωνία ακατάλληλες για αυτό τον ρόλο (Babcok ,2008).

Το άρθρο της Hall(1937), περιγράφει το προφίλ γυναικών με προβλήματα ουσιοεξάρτησης, έγκλειστων σε δημόσιο αναμορφωτήριο γυναικών στο Illinois. Σε αυτό οι γυναίκες χρήστες παρουσιάζονται ως περιθωριακές φιγούρες, ηθικά και κοινωνικά αποκλεισμένες. Ο εθισμός τους ήταν απόρροια των σχέσεών τους με τους άνδρες συζύγους ή φίλους. Οι γυναίκες αυτές είχαν προσαχθεί εκεί για παραβιάσεις του νόμου περί ναρκωτικών, για πορνεία ή κλοπές. Είναι ενδιαφέρον να τονιστεί ότι οι γυναίκες αυτές εμφανίστηκαν ως σεξουαλικά ασταθή άτομα, με ποινικό ιστορικό, με επιβαρυνμένη ψυχική και σωματική υγεία, οικογενειακά ασταθή, αν και τόσο εκπαιδευτικά όσο και επαγγελματικά βρισκόταν σε υψηλότερο επίπεδο από τον υπόλοιπο πληθυσμό του αναμορφωτηρίου, ενώ η κοινωνικοοικονομική τους προέλευση ήταν από τη μεσαία ή και κατώτερη τάξη.

Επιπλέον αποτελεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον να τονιστεί πως η κυρίαρχη τάση στο πεδίο των εξαρτήσεων επικεντρώνεται αποκλειστικά στη μελέτη της επίδρασης που προκαλεί η χρήση ουσιών από τις γυναίκες στα προβλήματα υγείας των εμβρύων και νεογνών. Με αυτόν τον τρόπο ενοχοποιούνται οι γυναίκες, αναπαράγονται τα κοινωνικά στερεότυπα για εκείνες και αποσιωπείται η σημαντικότερη επίδραση και συνεισφορά των ανδρών σε όλη αυτή τη διαδικασία του στιγματισμού. Η Babcock ερευνητικά υποστηρίζει ότι η χρήση ουσιών και αλκοόλ από τους άνδρες μπορούν να επηρεάσουν το βάρος των νεογνών, τη λειτουργία της καρδιάς και να προκληθούν σημαντικές νευρολογικές δυσλειτουργίες. Συνεχίζει τονίζοντας ότι οι γυναίκες χρήστες και μητέρες αντιμετωπίζονται με πολύ μεγάλη δυσπιστία και προκατάληψη, καθώς θεωρούνται και από την οικογένειά τους και από την κοινωνία ακατάλληλες μητέρες (Babcock, 2008).

ΚΑΠΟΙΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι νομοθεσίες στην Ευρώπη που αφορούν συγκεκριμένα στις έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ή στα αγέννητα παιδιά τους, διευκολύνουν την επιλογή για κατάλληλη θεραπεία, σε πολλές χώρες. Πέραν από τις νομοθεσίες που υπάρχουν σε κάποιες Ευρωπαϊκές χώρες, έχουν αναπτυχθεί και διάφορες παρεμβάσεις με σκοπό να παρέχουν βοήθεια στις έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση ουσιών εξάρτησης, σε εθισμένους γονείς και στα παιδιά τους.

Το γεγονός ότι η λειτουργία των θεραπευτικών προγραμμάτων συχνά εξαρτάται από την κρατική χορηγία και το ότι η οικονομική κρίση επέφερε μειώσεις στα κονδύλια αυτά, οι επιπτώσεις στη λειτουργία των διαφόρων δομών που επηρεάζουν μεταξύ άλλων και τις έγκυες γυναίκες που βρίσκονται στη θεραπεία, είναι εμφανείς.

Συμπερασματικά, η συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και ο προσδιορισμός του πραγματικού μεγέθους της ομάδας στόχου, θα βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση του προβλήματος, των αναγκών και των πιθανών λύσεων σε προβλήματα που σχετίζονται με τις έγκυες γυναίκες που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, αλλά και των γυναικών που κάνουν χρήση, γενικότερα. Η απομάκρυνση των εμποδίων που σχετίζονται με την πρόσβαση των εγκύων γυναικών στη θεραπεία, όπως για παράδειγμα η έλλειψη δομών φροντίδας παιδιών και ο φόβος των νομικών επιπτώσεων, θα έδινε τη δυνατότητα στα άτομα αυτά να απευθυνθούν ευκολότερα για θεραπεία.

Οι Prochaska & Diclemente προτείνουν ένα μοντέλο θεραπευτικής παρέμβασης, σηματοδοτώντας πέντε στάδια επιθυμίας και πορείας προς την αλλαγή του χρήστη, ξεκινώντας από την απόλυτη άρνηση της εξαρτητικής του συμπεριφοράς, το στάδιο προβληματισμού για την εξαρτητική αυτή συμπεριφορά, το στάδιο κατά το οποίο θα πρέπει να αρχίζει να παίρνει αποφάσεις για τα προβλήματά του και τέλος το στάδιο εκείνο κατά το οποίο

προσπαθεί να διατηρήσει τα θετικά αποτελέσματα που έχουν προκύψει από την υλοποίηση των αποφάσεών του (Prochaska & Diclemente, 1984).

Πέρα από την ποικιλομορφία και διαφορετικότητα των θεωριών που αφορούν τις εξαρτήσεις και τις θεραπευτικές τους προσεγγίσεις, οι περισσότεροι συγκλίνουν και συμφωνούν ότι ο σπουδαιότερος παράγοντας για μια επιτυχημένη θεραπεία αποτελεί το κίνητρο που πρέπει να έχει ο χρήστης ουσιών για την θεραπεία του. Το σημαντικότερο αυτό κίνητρο φαίνεται να διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο ανάλογα με τη φάση της ζωής του, το σωστό timing, την ηλικία και το περιβάλλον στο οποίο κινείται. Αποτελεί λοιπόν μια αρκετά προσωπική υπόθεση το κατάλληλο κίνητρο για τον καθένα χωριστά.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Δυστυχώς οι αποδείξεις αποτελεσματικότητας που έχουμε για την απεξάρτηση δεν ταιριάζουν με τα κριτήρια που έχει ο κόσμος στο μυαλό του ως θεραπεία για την εξάρτηση. Η προσδοκία είναι η θεραπεία να λειτουργεί πάντα. Στην πραγματικότητα οι υποτροπές είναι πολύ συχνές. Όπως επίσης η υποτροπή στη χρήση ουσιών δεν είναι συχνότερη από ότι σε άλλες ιατρικές παθήσεις. Η διαφορά είναι ότι όταν κάποιος απευθύνεται στο γιατρό προκειμένου να θεραπεύσει μια ασθένεια, γνωρίζει ότι δεν μπορεί να γίνει αμέσως καλά και ότι θα πρέπει να συνεχίσει τη θεραπεία του αντιμετωπίζοντας στωικά και τις πιθανές υποτροπές του. Δεν θα έπρεπε λοιπόν να υπάρχει και η ανάλογη υπομονή και κατανόηση στην εξάρτηση και στις πιθανότητες υποτροπές της;

Ειδικότερα οι γυναίκες που βρίσκονται σε εξάρτηση και είναι ή πρόκειται να γίνουν μητέρες αξίζουν την ίδια ευαισθησία και τον ίδιο σεβασμό που αξίζουν και οι υπόλοιπες μητέρες. Αξίζουν τον ίδιο σεβασμό που με μεγαλύτερη ευκολία προσφέρεται και σε εκείνες τις μητέρες που επιθυμούν τα παιδιά τους να πραγματώσουν τις δικές τους επιθυμίες, σε εκείνες τις μητέρες που επιμένουν να δημιουργούν ανασφαλείς ανθρώπους χωρίς αυτόνομες πρωτοβουλίες, σε εκείνες τις μητέρες που θεωρούν την επένδυση και ενθάρρυνση της συναισθηματικής νοημοσύνης πολυτέλεια ή ακόμα και σε εκείνες τις μητέρες που κινδυνεύουν να παραμορφώσουν τα παιδιά τους ταΐζοντας τα.

Η εγκυμοσύνη έχει περιγραφεί ως ένα «παράθυρο ευκαιρίας» για τις χρήστες, μια μοναδική ή λυτρωτική δυνατότητα για εκείνες προκειμένου να κινητοποιηθούν απέναντι στην εξαρτητική τους συμπεριφορά με το να σταματήσουν τη χρήση, να φροντίσουν τον εαυτό τους έτσι ώστε να φροντίσουν για την υγεία τους, να επαναπροσδιορίσουν τις σχέσεις με τα σημαντικά για εκείνες πρόσωπα, να ιεραρχήσουν πια τις πραγματικές τους ανάγκες (EMCDDA, 2014). Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια ευκαιρία να αγαπήσουν τον εαυτό τους. Ας δώσουμε λοιπόν και σε εκείνες μια δεύτερη ευκαιρία.

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fifth edition(D.S.M-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1996). Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Abbott A.A, 1995. Substance abuse and the feministic prsprctive. I.N.Van Bergh Feminisist practice in the 21 century, pages:258-277. Washington, DC National association of Social Workers Press.

Abraham K. 1922. Correspondance S. Freud-K. Abraham, Lettre du 13 mars, Paris, Gallimard.

Ainsworth M.D.S., 1974. The development of infant-mother attachment, in B.M. Caldwell & H.N. Ricciuti, Review of child development research,3, Chicago: University of Chicago.

APA, 2007. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with girls and women. American Psychologist, 62(9), 949-979.

APA, 2000. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Babcock, M. (2008). *Substance-using mothers: Bias in culture and research. Journal of Addictions Nursing*, 19, 87-91. Πρβλ. διδακτορική διατριβή Μ. Παπαθανασίου: Γυναίκες και ουσιοεξάρτηση. Προσεγγίζοντας το λόγο τους μέσα από την ανάλυση λόγου. Αθήνα 2009.

Baudry, P. (1997). «L'asocial» *Aux frontières du social, L'exclu sans la direction de Alain Gauthier*, (85-104). Paris: L' Harmattan.

Benedec, T, 1959 *Parenthood as a developmental phase. Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, page 398-417

Bernadi, E., Jones, M. & Tennant, C. (1989). *Quality of parenting in alcoholics and narcotic addicts. British Journal of Psychiatry*, 54, 677-682

Berry Brazelton & Bernard G. Cramer, 2009, *Η πρώτη σχέση. Γονείς, βρέφη και το δράμα του πρώιμου δεσμού. Μετάφραση, Χ. Χατζηδημητρίου. Επιστημονική επιμέλεια: Γ. Αμπατζόγλου & Ζαίρα Παπαληγούρα Ράλλη. Εκδόσεις Παπαζήση*, σελ. 39-49

Bibring G, 1959. *Some considerations of psychological processes in pregnancy. Psychoanalytic study of the child*, 14, 112-113. New York International University Press.

Brady K. Lydiard R.B. 1993. *The association of alcoholism and anxiety. Psychiatric Quarterly* 64, pages: 135-149.

Brown et al, 1991. *Changes in anxiety among abstinent male alcoholics. Journal of Studies on Alcohol*, 52, pages: 55-69.

Brown, P.J. (2000). *Outcome in female patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. Alcoholism Treatment Quarterly*, 18 (3), 127-135.

Brown, S. 2002. *Women and addiction: Expanding theoretical points of*

view. In S. L. A. Straussner, & S. Brown (Eds.), *The handbook of addiction treatment for women: Theory and practice* (pp. 26-51). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bowlby J, M.D. Ainsworth, 1956. "The effects of mother-child separation: a follow up study", *British Journal of Medical Psychology*, 29, page: 211-247

Bydlowski M, 2009. Το χρέος ζωής, Ψυχαναλυτική διαδρομή της μητρότητας, Μετάφραση Χ.Τσαρμακλή. Επιστημονική επιμέλεια: Γ.Αλμπαζόγλου, Ζαίρα Παπαληγούρα-Ράλλη. Εκδόσεις Παπαζήση, σελ. 182-188.

Bydlowski M, 1991. *Childbirth customs: A psychoanalytical approach*, *J. Reprod and infant Psychology*, 9, 35-41.

Castel, R. (1995). *Les pièges de l'exclusion Lien social et politiques*, RIAC.

Chilcoat, H & Breslau, N. (1998). *Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders*. *Addictive Behaviors*, 23, no 6: 827 – 840.

Clark, H., Masson, C., Delucchi, K., Hall, S. & Sees, K. (2001). *Violent traumatic events and drug abuse severity*. *Collegiate Dictionary: Merian – Webster*.

Coffman G.A & Petty F., 1985. *Plasma GABA levels in chronic alcoholics*. *American Journal of Psychiatry*, 142, pages: 1204-1205.

Colten Mary Ellen 2010. *Attitudes, experiences and self-perceptions of Heroin addicted mothers*. *Journal of social issues*, volume 38, issue 2, pages: 77-92.

Collins, L. H. (2002). *Alcohol and drug addiction in women: Phenomenology and prevention*. In M. Ballou, & L. S. Brown (Eds.), *Rethinking mental health and disorder (feminist perspectives)* (pp. 198-230). NY: Guildford.

Cornelious M.D., Leech S.L., Goldschmidt N.L.. *Is prenatal tobacco exposure a risk factor for early adolescent smoking? A follow-up study. Neurotoxicol Teratol.* 2005, 27, pages:67-76.

Cowan A.P. Cowan Page, C.1988. *Changes in marriage during the transition to parenthood : must we blame the baby?*, στο G. Y. Michaels, W.A. Goldberg (επιμ.) *The transition to Parenthood.* Cambridge: Campridge University Press.

Cowley D.S. 1992. *Alcohol abuse, substance abuse and panic disorder. The American Journal of Medicine*, 92 (suppl. 1A), pages:41-48.

Cozolino Louis 2002 : *The Neuroscience of Psychotherapy.* Page 21

Cunningham Ann 2001.*Forgotten Families - the impacts of imprisonment in Family Matters*, Winter 2001, p.36-37.

Davison, G. C, & Neale, J. N. (1994). *Abnormal psychology* (6t h ed.). New York: Wiley.

DHDA, 2007. *Department of Health(England) and the devolved Administrations. Drug Misuse and Dependence: U.K. Guidelines on clinical management Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.*

Drummond, D. C. (1991). *Dependence on psychoactive drugs: Finding a common language.* In I. B. Glass (Ed.), *The international handbook of addiction behaviour* (pp. 5-10). London: Routledge.

Dworkin R,1994. *Life is dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom.* New York. Σελ.179-217.

ENCOD, 2007. *European Coalition for just and effective Drug Policies: How does drug policy affect the illicit drugs markets? Franz Trautmann reports 1998-2007).*

EMCDDA, 2012. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. Pregnancy, childcare, and the family: key issues for Europe's response to drugs-selected issue. Lisboa: EMCDDA.

EMCDDA, 2014. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drugs policy and the city in Europe.

EMCDDA, 2014. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health.

EMCDDA, 2014. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Pregnancy and opioid use: strategies for treatment, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

ENCOD, 2007. European Coalition and Effective Drug Policies. Annual report 2007. Belgium.

Farell, et al 1998. *Substance misuse and psychiatry comorbidity: an interview of the opcs national psychiatric morbidity survey*. Addictive Behaviors, 94, pages:1953-1962.

Farge, A. (1994). Ο ζητιάνος. Ένας περιθωριακός;. Αθήνα: Ποές – Δοκίμια.

Feltman Rachel, 2015. A.P.A. "The sinister science of addiction" American Psychological Association.

Filmer Robert, 1991. *Observations concerning the original of government*, 1680. Επανάκδοση Filmer Patriarcha and other writings. Cambridge University Press. Πρβλ. διδακτορική διατριβή Μ. Παπαθανασίου: *Γυναίκες και ουσιοεξάρτηση. Προσεγγίζοντας το λόγο τους μέσα από την ανάλυση λόγου*. Αθήνα 2009.

Finkelstein, N. (1994). *Treatment issues for alcohol- and drug-dependent pregnant and parenting women*. *Health and Social Work*, 19, 7-14.

Freud Singmud., Ma vie et la psychanalyse: Η ζωή μου και η ψυχανάλυση, Μετάφραση, Γ.Ραφτόπουλος, Εκδόσεις Δαμιανός.

Galvani, S. (2006). Safety first? The impact of domestic abuse on women's treatment experience. Journal of Substance use, 11(6), 395-407.

George et al, 1990. Alcoholism and panic disorders is the comorbidity more than coincidence? Acta Psychiatrica Scandinavica 81, pages:97-107.

Glynn Laura 2011. How pregnancy changes a woman brain. Current directions in psychological science. Association for Psychological.

Goel, N., Beasley, D., Rajkumar, V., and Banerjee, S. (2011), 'Perinatal outcome of illicit substance use in pregnancy — comparative and contemporary socio-clinical profile in the UK', European Journal of Pediatrics 170(2), pp. 199–205.

Hacim Catherin, 2009. "Who needs more maternity leave? The mother of all paradoxes. Prospect No. 65 pages:22-23. London School of Economics.

Hall, M. E. (1937). Mental and physical efficiency of women drug addicts. Journal of Abnormal Psychology, 33(3), 332-345.

Hill R, 1949. Families under stress. New York Harper.

Hobbes Thomas, 1989. "Λεβιάθαν ή Ύλη. Μορφή και εξουσία μιας εκκλησιαστικής και λαϊκής πολιτικής κοινότητας, τόμος Α, σελ.241. Εκδόσεις Γνώση. Αθήνα.

Jarvis, T. J., & Copeland, J. (1997). Child sexual abuse as a predictor of psychiatric co-morbidity and its implications for drug and alcohol treatment. Drug and Alcohol Dependence, 49, 61-69.

Johnson R.E., Jones H.E. & Fisher G. 2003. Use of buprenorphine in pregnancy: Patient management and effect of the neonate. *Drug and Alcohol Dependence* 70(2) pages:87-101.

Jones, H. E., O'Grady, K. E. and Tuten, M. (2011), 'Reinforcement-based treatment improves the maternal treatment and neonatal outcomes of pregnant patients enrolled in comprehensive care treatment', *American Journal on Addictions* 20(3), pp. 196–204.

Kumar RN., Chambers W.A., Pertwee R.G. Pharmacological actions and therapeutic uses of cannabis and cannabinoids. *Anesthesia*, 56,pages:157-172.

Levy D. M.,1943. *Maternal overprotection*. New York, Columbia University Press. *Psychosomatic medicine journal of biobehavioral medicine*.

Locke John, 1990. *Two treatises of government*. Επιμ: Peter Lasler, London, 1860. Ελληνική Έκδοση: Δεύτερη πραγματεία περί κυβερνήσεως. Πασχάλης Κιτρομιλίδης. Εκδόσεις Γνώση, Αθήνα.

Low and culture-blog. *Εξαρτημένη μητέρα. Γονική μέριμνα και επιμέλεια τέκνου*. Στεφανία Σούλη, δικηγόρος Αθηνών- Διαπιστευμένη διαμεσολαβήτρια.

Mäher, H., δε Hudson, S. L. (2007). *Women in the drug economy: A metasynthesis of the qualitative literature*. *Journal of Drug Issues*, 37(4), 805-826.

Marquis D.P.,1941. "Learning in the neonate: the modification of behavior under three feeding schedules", *journal of Experimental Psychology*,29,pages:263-282.

Le Masters E.E 1957."Parenthood as crisis". *Marriages and family living*,19, page 352-355.

Mc Ardle, P. et al. (2002). Χρήση ουσιών των εφήβων στην Ευρώπη: Ο ρόλος της οικογενειακής δομής, της οικογενειακής λειτουργίας και του φύλου. *Εξαρτήσεις*, 2, 62-76.

McKeganey, N., Neale, J., & Robertson, M. (2005). *Physical and sexual abuse among drug users contacting drug treatment services in Scotland. Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 12(3), 223-232.

Mead M, 1935. *Sex and temperament in three primitive societies*. New York: Morrow & company. *Culture and human development, The selected papers of John Whiting*. Cambridge University Press. New York 1994, page 120-121.

Merikangas K.A. Stevens D. Fenton B. 1996. Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol Health and Research World*, 20 pages: 100-105.

Moe, A. M. (2006). Women, drugs and crime. *Criminal Justice Studies*, 19(4), 337-352.

Newman R.G. et al. 2013. Open letter to the media and policy makers regarding. *Alarmist and inaccurate reporting on prescription opiate use by pregnant women*.

NICE, 2010. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Pregnancy and complex social factors: A model for service provision for pregnant women with complex social factors*. London, NICE.

NZME, 2008. New Zealand Ministry of Health *Treatment in New Zealand. Practice Guidelines for Opioid Substitution Treatment in New Zealand*. Wellington of Health.

O'Connor, L. E., Esherick, M., & Vieten, C. (2002). Drug and alcohol abusing women. In S. L. A. Straussner & S. Brown (Eds.), *The handbook of addiction treatment for women: Theory and practice* (pp. 75-98). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Onno van der Hart, PhD, Kathy Steele, MN, CS, Suzette Boon, PhD and Paul Brown, MD 1993. *The Treatment of Traumatic Memories: synthesis, realization-integration.*

Dissociation, 1993, 6(2/3), 162-180.

Ornoy A1, Michailivskaya V, Lukashov I, Bar-Hamburger R, Harel S. The development outcome of children born to heroin dependent mothers, raised at home or adopted. *Child Abuse Negl.* 1996 May;20(5):385-96.

Ornoy A1, Segal J, Bar-Hamburger R, Greenbaum C. Development outcome of school-age children born to mothers with heroin dependency: importance of environmental factors. *Dev Med Child Neurol.* 2001 Oct;43(10):668-75.

Ornoy A1, Daka L, Goldzweig G, Gil Y, Mjen L, Levit S, Shufman E, Bar-Hamburger R, Greenbaum CW. Neurodevelopmental and psychological assessment of adolescents born to drug- addicted parents: effects of SES and adoption. *Child Abuse Negl.* 2010 May;34(5):354-68.

Prochanka J. & Clemente C. 1984. *The trans theoretical approach.* Washington.

Reason.com 2014. *Pregnancy and addiction: Should the State Mandate Treatment?* Amanda Winkler December 16 2014. Αναρτημένο στην ιστοσελίδα: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/user/%Pregnancy%20and%20Addiction%20%20Should%20the%20State%20Mandate%20Treatment%20%20-%20Reason.com.htm> Ανάκτηση: 03/09/2015.

SAMHSA, 2000. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2000). *Substance Abuse Treatment for Persons with Child Abuse and Neglect Issues.* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 36, <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/BKD343>

Schaffer Rudolph, 1983. Μητρική φροντίδα. Μετάφραση-Επιμέλεια Ε. Γιακουμάκη & Ζαίρα Παπαληγούρα. Εκδόσεις Κάκτος. Αθήνα.σελ. 119.

Scottish Executive, 2006. Neonatal abstinence syndrome. Anew intervention: A community based, structured health visitor assessment. Edinbourg: Scottish Executive.

Spitz R,1964. "Anaclitic depression". Psychoanalytic study of the child, page 313-342.

Straussner S,L.A.1997. Gender and substance abuse in S.L.A. Straussner & E. Zelvin. Gender and addictions men and women in treatment, pages:5-27. Northvile, New York.

Tunnbull C, 1973. The mountain people. London: Jonathon Cape. Encyclopedia of anthropology, Sage publications California 2006.

UNICRI, 2013.United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute.Dawn Drugs and Alcohol Women Network: Promoting a Gender Responsive Approach to Addiction, 'The importance of developing a reliable knowledge base in treatment offered: the EU experience', pp.222-244.

UNODC, 2010. United Nations office on Drugs and Crime. World Drug Report Vienna 2010. United Nations, New York 2010.

Valenti Jessica, 2012. "Why have kids?: a new mom explores the truth about parenting and Hapipiness. New Harvest. Houghton Mifflin Hourcourt. Boston, New York.

Velasquez, M. M., & Stotts, A. L. (2003). Substance abuse and dependence disorders in women. In M. Kopala & M. A. Keitel (Eds.), Handbook of counseling women (pp. 482-505). Thousand Oaks, London: Sage.

Virokannas Elina, 2005. Identity Categorizations of Motherhood in the Context of Drug Abuse and Child Welfare Services. University of Helsinki, Finland.

Walker 1989. Η κακοποιημένη γυναίκα. Αθήνα, Εκδ.: Ελληνικά Γράμματα.

West R, 2001. Theories of addiction, V 9. Philadelphia.

White, R., Beazley, P., Thompson, M., Charnaud, B., Cox, D., 85 Griffiths, V. (2007). Patients' views of treatment: Methadone vs. buprenorphine. Journal of Substance use, 12(5), 365-373.

W.H.O., 2009. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva. W.H.O.

W.H.O. 2014. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.

Winicott, D.W. "Communication between infant and mother, and mother and infant, compared and contrasted". In Babies and their Mothers. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλαχιώτης Σ.Ν., 2004. Βιοηθική αναφορά στους γενετικούς και τεχνολογικούς νεωτερισμούς, σελ. 81. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Βαδιακά Μ., & Τσίκα Ο. (1990). Κοκαΐνη και κύηση. Ιατρική, 57(6), 551-556.

Γαζγαλίδης Κ, 2005. "Ναρκωτικά" : εγχειρίδιο για τη μείωση της βλάβης. Προσεγγίσεις, Εξάντας.

Γιωσαφάτ Ματθαίος, 2010. Μεγαλώνοντας μέσα στην ελληνική οικογένεια: η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού και ο ρόλος των γονιών. Μια ψυχαναλυτική προσέγγιση. Εκδόσεις Αρμός, Αθήνα.

Δραγώνα-Μονάχου, 1989. Ηθική και βιοηθική. Επιστήμη και κοινωνία.σελ.13.

ΕΠΙΨΥ, 2004. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής: «Πανελλήνια έρευνα στο γενικό πληθυσμό για την ψυχοκοινωνική υγεία και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών». ΕΠΙΨΥ 2004.

ΕΠΙΨΥ, 2013. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής: Η Κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετήσια έκθεση 2013.ΕΠΙΨΥ 2013.

Έκθεση 2007. Έκθεση Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την ιδιαιτερότητα της θέσης των φυλακισμένων γυναικών και τον αντίκτυπο της φυλάκισης των γονιών στην κοινωνική και οικογενειακή ζωή.(2007/2116(INI)).

ΕΚΤΕΠΝ 2013 /Δ.Α.Θ.(Τ.Δ.Ι). Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Ετήσιας Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά. 2013. Δείκτης Αίτησης Θεραπείας.

ΕΚΤΕΠΝ 2013, ΕΛ-ΣΤΑΤ 2010. Ετήσια έκθεση για την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οινόπνευματωδών στην Ελλάδα 2012. Αθήνα: Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Ελληνική Στατιστική Αρχή.

Θανοπούλου Μ, Φρονίμου Ε, Τσιλιμάγκη Β 1991.Αποφυλακιζόμενες γυναίκες Το δικαίωμα στην επαγγελματική επανένταξη. Θεσμοί της ελληνικής κοινωνίας 7, Αθήνα –Κομοτηνή Εκδ. Σάκκουλα, 1991.

Φανάρα Β, 2000. “Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή” Εκδόσεις: Το Παλίμψηστον. Θεσσαλονίκη.

Φ.Ε.Κ. Α 74/20.03.2013. Ν.4139/2013.

ΚΕΘΕΑ, 2013. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων. Απολογισμός έργου.

ΚΕΘΕΑ, 2004. Εκπαιδευτικό στη θεραπεία της οικογένειας στη τοξικοεξάρτηση, Σημειώσεις για την έρευνα.Εξαρτήσεις, Επιστημονική περιοδική έκδοση για θέματα εξαρτήσεων, Αθήνα, Μάρτιος 2005.

ΚΕΘΕΑ , 2002. Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων.

Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα συμβουλευτικά κέντρα του ΚΕ.Θ.Ε.Α. το 2000 και το 2001. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

ΚΕΘΙ, 2001. Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας. Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών σε συνεργασία με το Πάντειο πανεπιστήμιο πολιτικών και κοινωνικών επιστημών. Φύλο και κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες. Μελέτη βιβλιογραφικής ανασκόπησης. ΚΕΘΙ 2001.

Κόϊος Ν.Γ., 2003. Ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα, σελ.110. Εκδόσεις Κέντρο Βιοιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας. Αθήνα.

Κοιπσελίνης Α. (1974). Το πρόβλημα των ναρκωτικών εν Ελλάδι. Ιατρική Επιθεώρησης Ενόπλων δυνάμεων, 7, 369-373.

Κουμάντος Γ, 2003. Προβλήματα βιοηθικής σελ. 13.Εκδόσεις Πόλις, Αθήνα.

Λιάπας Γ. (1992). Ναρκωτικά: εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα αντιμετώπιση (3η έκδ.). Αθήνα: Πατάκης.

Μαντζαρίδης Γ., 1995. Χριστιανική Ηθική Εκδόσεις:Πουρνάρα, Θεσσαλονίκη.

Μάνος Ν, 1997. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής,σελ.509-510 University Studio Press.

Μαρσέλος Μ., (1997). Εξαρτησιογόνες Ουσίες: φαρμακολογία, τοξικολογία,

ιστορία, κοινωνιολογία, νομοθεσία. Αθήνα: Τυπωθήτω - Γ. Δαρδανός.

Mason, J. (1996). *Qualitative researching*. London: Sage.

Μάτσα Κ., 1997. Από το ατομικό και στο συλλογικό και αντίστροφα. Η πρόληψη της υποτροπής, *Τετράδια Ψυχιατρικής* Νο. 59, σελ: 61-62.

Μάτσα Κ., 2001. Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές. Το αίνιγμα της τοξικομανίας. Εκδόσεις: Άγρα.

ΟΚΑΝΑ, 2008 : Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών. Κέντρο πρόληψης κατά των ναρκωτικών νομού Ρεθύμνης. Κατηγορίες και είδη εξαρτησιογόνων ουσιών. <http://www.prolipsis.gr/index.php?exeidi>

Πανούσης Γ. (2006). «Ο “γεννημένος εγκληματίας” ξαναγεννιέται;». *Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία»*, 31-8-2006.

Σφηκάκη Μ. (2001). Σεξουαλική Κακοποίηση: Η σχέση της με την Τοξικομανία. *Τετράδια ψυχιατρικής*, 76, 8-12.

Τσίλη Σ. (1995). Η τοξικομανία ως ιδεολογικό Διακύβευμα: Η περίπτωση της Ελλάδας. Αθήνα: ΕΚΚΕ.

.