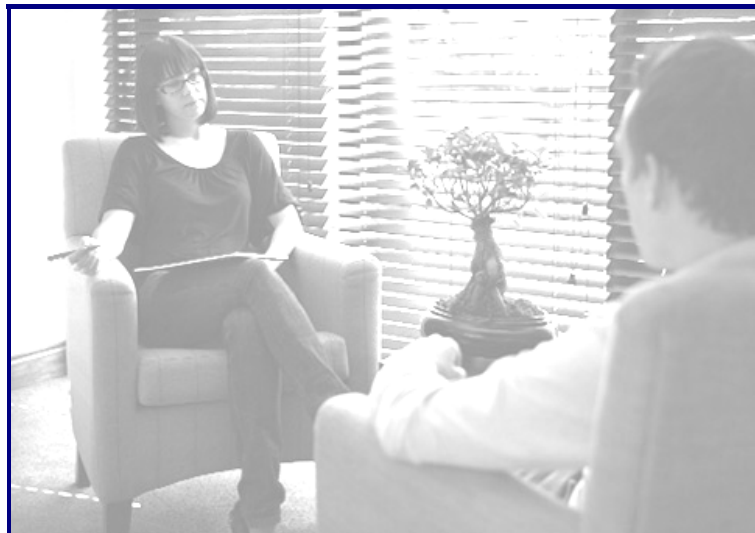


ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΙΟΒΑΖΟΛΙΑΣ Θ.



ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΧΡΗΣΤΕΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ



ΚΑΛΑΝΑ ΜΑΡΘΑ
Α.Μ: 1766

ΡΕΘΥΜΝΟ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1-3
ΚΕΦ: 1 Η ταυτότητα της κάνναβης	4
1.1 Ιστορικά στοιχεία.....	4-5
1.2 Οι χρήσεις της κάνναβης.....	5-6
1.3 Οι ιατρικές χρήσεις της κάνναβης.....	6-7
1.4 Η συννοσηρότητα της χρήσης ουσιών και της ψυχικής διαταραχής.....	7-9
ΚΕΦ: 2 Οι συνέπειες της χρήσης της κάνναβης	10
2.1 Τοξική αντίδραση.....	10-11
2.2 Flashback.....	11
2.3 Οργανικό ψυχοσύνδρομο.....	12
2.4 Συναισθηματικού τύπου διαταραχές.....	12-13
2.5 Ψυχωσικού τύπου διαταραχές.....	14-15
2.6 Σύνδρομο έλλειψης κινήτρων (amotivational syndrome).....	15
2.7 Σωματικά, παθολογικά προβλήματα από τη χρήση κάνναβης.....	15-16
2.8 Συμπεράσματα.....	16
ΚΕΦ: 3 Το προφίλ του χρήστη	17
3.1 Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του χρήστη.....	17-20
3.2 Τα κίνητρα του χρηστή.....	20-22
3.3 Το περιβάλλον του χρήστη.....	22-23
ΚΕΦ: 4 Ψυχολογικές παρεμβάσεις στους χρηστές κάνναβης	24
4.1 Ανάγκη για αλλαγή.....	24-26
4.2 Παρεμβάσεις.....	27
4.2.1 Παρακινησιακή συνέντευξη (Motivational Interviewing).....	28-29
4.2.2 Παρακινούμενη σταδιακή φροντίδα (Motivated Stepped Care Approach).....	29-30

4.2.3 Γνωστικο-Συμπεριφοριστική προσέγγιση (Cognitive-Behavioral Coping Skill Therapy).....	30-31
4.2.4 Προσέγγιση κοινοτικών ενισχύσεων στους εφήβους (Adolescent Community Reinforcement Approach).....	31-32
4.2.5 Πρόγραμμα πρόληψης υπότροπης (Relapse Prevention Approach).....	32
4.2.6 Προσέγγιση πλαισίου (Network Approach).....	32-34
4.2.7 Εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας.....	34-35
4.2.8 Φαρμακολογικές παρεμβάσεις.....	35
4.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών.....	35-40
4.4 Αποτελεσματικότητα ερευνών.....	41
4.5 Θεραπευτικό πλαίσιο.....	42
4.5.1 Θεραπευτής- Θεραπευτική σχέση.....	42-43
4.5.2 Οικογένεια.....	43-45
ΚΕΦ: 5 Κάνναβη και νόμος.....	46-47
5.1 Η νομιμότητα της κάνναβης στην Ευρώπη.....	48-49
5.2 Αποποινικοποίηση. Υπέρ ή κατά;.....	50-52
5.3 Το Ολλανδικό πείραμα	52-54
5.4 Το θέμα της αποποινικοποίησης στην Ελλάδα.....	54-58
Επίλογος.....	59

Βιβλιογραφία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κάνναβη αποτελεί μια από τις πιο πολυσυζητημένες και ευρέως διαδεδομένες ουσίες ιδιαίτερα σε νεαρές ηλικίες. Παγκοσμίως το ποσοστό των ανθρώπων που κάνουν χρήση κάνναβης ανέρχεται σε 147 εκατομμύρια, δηλαδή 2,5% του παγκόσμιου πληθυσμού (WHO,2008). Έρευνες στην Αυστραλία, στη Γερμανία ,στη Ν. Ζηλανδία και στην Αγγλία δείχνουν ότι το 1 με 2/3 του νεαρού πληθυσμού έκανε χρήση κάνναβης κατά την εφηβεία (Chen, Brien, Anthony, 2005). Η χρήση της αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα και απασχολεί γονείς, δασκάλους, ειδικούς επιστήμονες και άλλους. Ετησίως διοργανώνονται ενημερωτικές καμπάνιες στα πλαίσια της εκστρατείας κατά των ναρκωτικών. Παρ' όλ' αυτά το ποσοστό των χρηστών αυξάνεται ανησυχητικά και επεκτείνεται σε ολοένα και μικρότερες ηλικίες.

Στην Ολλανδία, μελέτη που προσπάθησε να συσχετίσει τις αλλαγές στην συχνότητα χρήσης κάνναβης σε παιδιά γυμνασίου και λυκείου (12-17 ετών) με την αλλαγή της ηλικίας έναρξης χρήσης έδειξε ότι το 1992 η μέση τιμή για την πρώτη χρήση ήταν τα 15 έτη. Το 1996 ο δείκτης αυτός μειώθηκε κατά ένα έτος (14 έτη). Επίσης, το ποσοστό των παιδιών ηλικίας 13 ετών και κάτω που έκαναν πρώτη φορά χρήση αυξήθηκε από 23% το 1992 σε 41% το 1996 (Monshouwer, Smit, de Graaf, van Os, Vollebergh, 2005). Έρευνες από τη Δανία δείχνουν ότι 22,6% των ατόμων μεταξύ 15-16 ετών και το 40,9% μεταξύ 20-24 ετών έκαναν χρήση κάνναβης σε κάποια στιγμή της ζωής τους (Danish Board of Health, 2005, βλ: Arendt, Rosenberg, Foldager, Perto, Munk-Jørgensen, 2007).

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί αύξηση της χρήσης κάνναβης στις δυτικές χώρες. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 45 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πολίτες έχουν κάνει χρήση κάνναβης μία ή και περισσότερες φορές κάποια στιγμή της ζωής τους (Cannabis Report, 2002). Η μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης εμφανίζεται στη Γαλλία με ποσοστό 58% και στην Ιταλία με ποσοστό 43% ενώ τη μικρότερη συχνότητα χρήσης εμφανίζουν η Ελλάδα με ποσοστό 16% και η Σουηδία με ποσοστό 14% (Andersson et al., 2007). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, δεν υπάρχουν διαφυλικές διαφορές στη χρήση, με εξαίρεση την Ελλάδα όπου τα αγόρια κάνουν περίπου τρεις φορές περισσότερη χρήση από τα κορίτσια. Όσον αφορά τη χρήση κάνναβης τους τελευταίους 12 μήνες και 30 ημέρες, σύμφωνα με το *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drug* (ESPAD, 2003), το

υψηλότερο ποσοστό χρήσης είναι 36% στην Τσεχία και το χαμηλότερο 2% στη Ρουμανία.

Το 2000 παρουσιάστηκε μια διεθνής έρευνα που αποσκοπούσε μεταξύ άλλων στην καταγραφή της χρήσης ουσιών σε σχέση με την ηλικία στις ανεπτυγμένες δυτικές χώρες. Τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν για την έναρξη και τη συχνότητα της χρήσης κάνναβης σε σχέση με την ηλικία είναι αποκαλυπτικά. Στον πίνακα που παρατίθεται φαίνεται χαρακτηριστικά το γεγονός ότι όλο και περισσότεροι νέοι κάνουν χρήση κάνναβης τα τελευταία χρόνια.

Ποσοστό χρήσης κάνναβης το 1995 και το 1999 σε μαθητές ηλικίας 15 με 16 ετών						
Χώρα	Χρήση κάποια στιγμή στη ζωή		Χρήση τον τελευταίο μήνα		Έξι και πλέον φορές τον τελευταίο μήνα	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Η.Π.Α.	34%	41%	16%	19%	7%	9%
ΗΝ.ΒΑΣΙΛΕΙΟ	41%	35%	24%	16%	9%	6%
ΓΑΛΛΙΑ	-	35%	-	22%	-	9%
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	37%	32%	19%	15%	7%	5%
ΟΛΛΑΝΔΙΑ*	29%	28%	15%	14%	6%	5%
ΙΤΑΛΙΑ	19%	25%	13%	1*	5%	4%
ΔΑΝΙΑ	17%	24%	6%	8%	1%	1%
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	6%	12%	3%	4%	1%	1%
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	5%	10%	1%	2%	0%	1%
ΕΛΛΑΔΑ	2%	9%	1%	4%	0%	2%
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	7%	8%	4%	5%	1%	2%
ΣΟΥΗΔΙΑ	6%	8%	1%	2%	0%	0%

- =Δεν υπάρχει μέτρηση.

* τα ποσοστά για την Ολλανδία αναφέρονται στο έτος 1996 και όχι στο 1995

(Cannabis Report, 2002, σελ: 23)

Πρόσφατες έρευνες του EMCDDA (European Monitor Center for Drugs and Drugs Addiction) 2005, έδειξαν ότι η κάνναβη είναι η κύρια πηγή των προβλημάτων όσον αφορά το θέμα των ναρκωτικών ανάμεσα στο 30% όλων των νέων που αναζητούν βοήθεια και ανάμεσα στο 12% όλων των ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία για κατάχρηση ουσιών (Arendt et al., 2007). Παρόλο που υπάρχει υψηλό επίπεδο διαταραχών που δημιουργούνται από τη χρήση κάνναβης και άλλων ουσιών, μόνο η μειοψηφία αναζητά βοήθεια από τους αρμόδιους φορείς. Σύμφωνα με έρευνες

(Copeland, 2004) το 1999 στην Αμερική το 14% των εισαγωγών που έγιναν αφορούσαν πρώιμους χρήστες κάνναβης ενώ 2000 το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 61%. Στην Αυστραλία το 2000-1 το 21% των εισαγωγών αφορούσαν χρήστες κάνναβης με το 45,5% από αυτούς να είναι κάτω των 20 ετών. Στην Ευρώπη τα ποσοστά κυμαίνονται από 2,5% στην Πορτογαλία μέχρι και 24% στη Γερμανία.

Η διαχρονικότητα της χρήσης πιθανόν να οφείλεται στις πολλαπλές χρήσεις της οι οποίες θα μπορούσαν συνοπτικά να διαχωριστούν σε διατροφικές, θεραπευτικές και ευφορικές (Γρίβας, 1993). Οι τελευταίες, για τις οποίες είναι και πιο γνωστή, κατάφεραν να διχάσουν όχι μόνο τη γνώμη της επιστημονικής κοινότητας, αλλά και του κοινού που λαμβάνει την ουσία. Υπάρχουν χρήστες οι οποίοι απολαμβάνουν τις επιδράσεις της κάνναβης, υποβαθμίζοντας τις αρνητικές της συνέπειες και τάσσονται υπέρ της νομιμοποίησης της. Υπάρχουν όμως και χρήστες που βιώνουν αρνητικά αυτές τις επιπτώσεις και επιθυμούν να απαλλαγούν απ' αυτές εντασσόμενοι σε θεραπευτικά προγράμματα.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται, μεταξύ άλλων, τις *ψυχολογικές* κυρίως *επιδράσεις της χρήσης κάνναβης*, καθώς και τη *συνύπαρξη χρήσης και ψυχικής διαταραχής*. Το βασικό θέμα στο οποίο εστιάζει είναι *οι ψυχολογικές παρεμβάσεις σε άτομα που κάνουν χρήση κάνναβης* και επιθυμούν να τη διακόψουν. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να είναι: ατομικές ή ομαδικές, ανοικτού ή κλειστού τύπου, βραχείες ή χρόνιες. Καθοριστικό ρόλο στην προσπάθεια διακοπής της χρήσης, όπως και σε όλες τις ψυχολογικές παρεμβάσεις παίζουν: τα κίνητρα του χρήστη γι' αλλαγή, το υποστηρικτικό πλαίσιο που διαθέτει (οι σημαντικοί άλλοι) και η σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου.

Κλείνοντας γίνεται μια σύντομη αναφορά στην πορεία της κάνναβης *από την νομιμότητα στην παρανομία*, από κοινό αγαθό σε κοινωνικό στίγμα, από φυτική ουσία σε τοξική και εξαρτητική ουσία. Συμβάλει το κράτος της απαγόρευσης στη διάδοση του φαινομένου;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

Η κάνναβη είναι η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία. Το φυτό κάνναβης από το οποίο προέρχεται η ουσία είναι ένα σκληρό αγριόχορτο, το οποίο μπορεί να φυτρώνει σε διάφορα κλίματα. Στις θερμές χώρες αναπτύσσει μια ρητινώδη ουσία, η οποία έχει ισχυρή δράση. Είναι αυτοφυές φυτό και φυτρώνει σε τρεις διαφορετικές ποικιλίες: την *cannabis sativa*, την *cannabis indica* και την *cannabis ruderalis* που ποικίλουν μεταξύ τους ως προς την περιεκτικότητα τους σε ορισμένες δραστικές ουσίες. Η εξωτερική όψη του φυτού ποικίλει ανάλογα με τη χώρα στην οποία βρίσκεται. Το πιο γνωστό είναι μετρίου ύψους, πράσινο, με στελέχη αυλακωμένα κατά μήκος. Έχει σύνθετα παλαμοειδή φύλλα, συνήθως αποτελούμενα από επτά μικρά φύλλα.

Το χασίς παρασκευάζεται από το θηλυκό φυτό της κάνναβης: καθώς τα φύλλα διανοίγονται, το άνθος και τα κύρια μέρη του σπέρματος τους εξάγουν μια ρητίνη, η οποία περιέχει την υψηλότερη φυσική συγκέντρωση των ενεργών χημικών προϊόντων της κάνναβης. Το χόρτο συνήθως καπνίζεται με τη μορφή τσιγάρου ή ναργιλέ. Μπορεί να μασηθεί, όταν αναμιγνύεται με τροφές, όπως είναι τα ζαχαρωτά. Μπορεί επίσης να καταναλωθεί σαν ποτό, όπως το τσάι (Γρίβας, 1993· Μητρόπουλος, 1999· Μπουκής, 1983· Τσιλιχρήστος, 1991).

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μπορούμε να θεωρήσουμε ως αρχικές περιοχές καταγωγής της κάνναβης το χώρο μεταξύ Κίνας και Βαλκανικής χερσονήσου. Από την Κίνα η κάνναβη μεταφέρθηκε στην Ινδία και ήταν γνωστή κυρίως για την ευφορική της δράση. Στη Μέση και Εγγύς Ανατολή (Περσία, Ασσυρία, Βαβυλωνία, Παλαιστίνη) πιστεύεται ότι η κάνναβης μεταφέρθηκε από τους Σκύθες από τον 5^ο μ.Χ. αιώνα. Στη Ρωσία και ως την περιοχή του Καυκάσου είναι πιθανό να μετέφεραν την κάνναβη οι Σκύθες με τις πολλές μεταναστεύσεις τους. Στην Αφρική, και κυρίως στη Νότια και Ανατολική, μεταδόθηκε μάλλον από την Εγγύς Ανατολή, από Άραβες εμπόρους κατά τους πρώτους μ.Χ. αιώνες. Η εμφάνιση της στην Αίγυπτο τοποθετείται στο 12^ο μ.Χ. αιώνα και αποδίδεται σε Σύριους μυστικιστές πιστούς. Στην Ευρώπη, οι Σκύθες και οι Σημίτες πρέπει να ήταν εκείνοι που διέδωσαν τη χρήση της κάνναβης και προς τις Νότιες και προς τις Δυτικές

περιοχές της. Στην Αμερικάνικη Ήπειρο, μεταφέρθηκε από τους Ισπανούς, Πορτογάλους και Άγγλους κατακτητές στις αποικίες τους του Νέου Κόσμου. Στις κτίσεις της Βόρειας Αμερικής μεταφέρθηκε στις αρχές του 17^{ου} αιώνα (Κοκκέβη, 1976).

Η χρήση του χασίς στη νεότερη Ελλάδα φαίνεται ότι αρχίζει γύρω στα μέσα του 19^{ου} αιώνα. Η καλλιέργεια της κάνναβης για την παραγωγή χασίς άρχισε στην Πελοπόννησο γύρω στο 1875. Οι Έλληνες των περιοχών Μαντινείας και Αργολίδος τη διδάχθηκαν από τους Αιγυπτίους, Κύπριους και άλλους μετανάστες Ανατολής (Μάρσελος, 1997).

1.2 ΟΙ ΧΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

Σ' όλη τη διάρκεια της γνωστής ιστορίας της κάνναβης και μέχρι τις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα, η κάνναβη γνώριζε μια ευρύτατη και συστηματική καλλιέργεια λόγω της πολλαπλής χρησιμότητας της ως διατροφικού, θεραπευτικού και ευφορικού μέσου (Γρίβας, 1993).

Διατροφικό μέσο: Μέχρι τον 20^ο αιώνα, οι σπόροι της κάνναβης ήταν ένα βασικό διατροφικό μέσο, στο οποίο περιέχονται φυτικές πρωτεΐνες υψηλής ποιότητας. Οι σπόροι της κάνναβης περιέχουν αμινοξέα και παρέχουν στον οργανισμό τα δομικά υλικά για τη σύνθεση πρωτεϊνών που ενισχύουν το αμυντικό σύστημα απέναντι σε διάφορους λοιμογόνους παράγοντες.

Θεραπευτικό μέσο: Η κάνναβη χρησιμοποιείτο στην καθημερινή θεραπευτική πρακτική σε όλη τη διάρκεια της γνωστής ιστορίας της ανθρωπότητας. Πέρασε στην ιατρική πρακτική πολλών χωρών και χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ποικίλων ασθενειών, όπως η χολέρα, η ελονοσία, η διάρροια, οι σπασμοί, η ανορεξία, η απώλεια της μνήμης, ο βήχας, οι ρευματισμοί, η αϋπνία και ο πόνος, για περισσότερο από τρεις χιλιάδες χρόνια. Μέχρι το 1942, τα διάφορα προϊόντα της μαριχουάνας και του χασίς με τη μορφή αποσταγμάτων, βαμμάτων και ελιξιρίων καταχωρούνταν στην αμερικάνικη Φαρμακοποιία.

Ευφορικό μέσο: Σύμφωνα με το Γρίβα (1993), η κάνναβη είναι η πιο ατοξική απ' όλες τις ψυχοτρόπες ουσίες. Δρα ηρεμιστικά, δεν προκαλεί εξάρτηση, δεν ευθύνεται για καμία ψυχική ή σωματική παθολογική κατάσταση και η πρόκληση θανάτου εξαιτίας της είναι πρακτικά αδύνατη.

Πέρα από τις παραπάνω ιδιότητες η κάνναβη μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και για την παραγωγή χαρτιού, υφασμάτων, σχοινιών, νημάτων, κορδονιών, χρωμάτων, βαφών, φωτιστικού λαδιού και άλλων κατασκευαστικών υλικών.

1.3 ΟΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

Η κάνναβη είχε χρησιμοποιηθεί στην ιατρική πρακτική σε πολλές χώρες για τη θεραπεία πολλών ασθενειών, όπως η χολέρα, η ελονοσία, η διάρροια, οι σπασμοί, η ανορεξία, η απώλεια μνήμης, ο βήχας, οι ρευματισμοί, η αϋπνία και ο πονόδοντας. Η πιο παλιά φαρμακοποιία, η Pen Ts' oo China, μια κινέζικη λίστα ιαμάτων, που είχε συνταχθεί πριν από 20 αιώνες, περίπου, συνιστούσε την κάνναβη σαν αναισθητικό μέσο στο χειρουργείο (Τζαφφη, 1981).

Η κάνναβη εισήχθηκε στη δυτική ιατρική το 1839 από τον O.B O Sonessy έναν Βρετανό γιατρό, που υπηρετούσε τότε στην Ινδία. Οι γιατροί εξακολουθούσαν να χρησιμοποιούν την κάνναβη σαν καταπραϋντικό, για τη θεραπεία της νευραλγίας, τον πόνο της εμμηνόρροιας και της ημικρανίας, ακόμα και στον 20 αιώνα.

Η θεραπευτική χρησιμότητα της κάνναβης φαίνεται να σχετίζεται μ' ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων όπως:

- Γλαύκωμα (με μείωση της αρτηριακής πίεσης του ματιού)
- Μείωση της ναυτίας και του εμετού (παρενέργειες χημειοθεραπείας, ραδιοθεραπείας και θεραπείας για AIDS)
- Άσθμα (με βρογχοδιαστολή = διαστολή αναπνευστικών πόρων)
- Επιληψία και σπασμοί
- Κατάθλιψη, Άγχος, Ανορεξία, Θεραπεία καρκίνου (με αύξηση της όρεξης)
- Άλγη διαφόρου αιτιολογίας
- Κακοήθεις νεοπλασίες (με την καθυστέρηση της ανάπτυξης των όγκων)
- Εξάρτηση από οπιούχα και αλκοόλ (ως υποκατάστατο των ουσιών αυτών)
- Σύνδρομο Tourette
- Στην αντιμετώπιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων μιας ομάδας νευρολογικών διαταραχών
- Σκλήρυνση κατά πλάκας (με μυοχάλαση)

- Ημικρανίες, προστασία του εγκεφάλου από μόνιμη βλάβη μετά από τραυματισμό της κεφαλής, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή ισχαιμικές προσβολές (Canadian Public Health Association, 2004· Γρίβας, 1993· Gowing, Ali, Christie, White, 1998· Julien, 2003· Μπουκής, 1983· Müller-Vahl et al., 2001· Russo, 2001· Scholten, 2002· Τζάφφη, 1981· Tramèr, 2001).

Παρόλα αυτά, όπως διαφαίνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία η ιατρική χρήση της κάνναβης παραμένει ακόμα και σήμερα ένα σημαντικό θέμα προς συζήτηση. Οι παλαιότερες έρευνες δεν θεωρούνται από τους σύγχρονους ερευνητές και οι πλέον αξιόπιστες ως προς τα ευεργετικά αποτελέσματα που ορισμένοι υποστηρίζουν ότι έχει. Έτσι, η οργάνωση και ο σχεδιασμός καλύτερων ερευνών στο μέλλον κρίνονται αναγκαία ώστε να καταστεί σαφές εάν η ουσία αυτή μπορεί να έχει θέση μεταξύ των υπόλοιπων φαρμάκων (Cannabis Report, 2002). Πιο ενθαρρυντικοί παρουσιάζονται οι ερευνητές σχετικά με την προτεραιότητα που μπορεί να έχει η εν λόγω ουσία στην κλινική πρακτική. Ο συμπληρωματικός και δευτερεύον ρόλος της κάνναβης ως θεραπευτικό μέσο χαίρει μεγαλύτερης αναγνώρισης. Για παράδειγμα, ως μέσο αύξησης της όρεξης σε ασθενείς του HIV (Gowing et al., 1998) ή ως μέσο μείωσης της ναυτίας από τη χρήση χημειοθεραπείας σε περιπτώσεις καρκίνου (Tramèr, 2001).

1.4 Η ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Το φαινόμενο της συννοσηρότητας, της συνύπαρξης δηλαδή ψυχιατρικής διαταραχής και εξάρτησης από ουσίες, έχει μπει τα τελευταία χρόνια στο επίκεντρο του προβληματισμού πολλών ειδικών και μη. Μια μεγάλη μερίδα του ψυχιατρικού κόσμου υποστηρίζει ότι η χρήση ουσιών προκαλεί πάντα κάποιου τύπου ψυχική διαταραχή ή είναι συνέπεια της. Αυτή η αλληλοσυνδέση μπορεί να ισχύει σε κάποιες περιπτώσεις αλλά δεν αποτελεί το γενικό κανόνα. Τα αποτελέσματα ερευνών δίστανται.

Σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα των Regier et al. (1990, βλ: Marshall, & Farrell, 2004) στις Η.Π.Α, βρέθηκε ότι το 53% των ατόμων που έκανα κατάχρηση ουσιών είχαν και μια άλλη ψυχική διαταραχή.

Οι πιο συχνές συννόσηρες διαταραχές μεταξύ των ατόμων που κάνουν κατάχρηση ουσιών είναι οι αγχώδεις διαταραχές (28%), οι συναισθηματικές διαταραχές (26%), οι διαταραχές αντικοινωνικής προσωπικότητας (18%) και η σχιζοφρένεια (7%)

Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες από τον υπόλοιπο πληθυσμό να αναπτύξουν εξάρτηση από ουσίες, τα άτομα με διαταραχές πανικού τρεις φορές, με σχιζοφρένεια πέντε φορές και με διπολική διαταραχή επτά φορές. Εκείνοι που παρουσιάζουν κάποιου τύπου διαταραχή προσωπικότητας στρέφονται στις ουσίες σε ποσοστό 50- 91% (Regier, 1990 βλ: Μάτσα, 2001).

Σύμφωνα με τον Verheul (1990), η πιο χαρακτηριστική διαταραχή προσωπικότητας είναι η αντικοινωνική διαταραχή με ποσοστό 22,9% και ακολουθεί η οριακή διαταραχή προσωπικότητας με ποσοστό 17,8% (βλ: Welch, 2006).

Σε μια άλλη έρευνα αναφέρεται ότι οι σχιζοφρενείς έχουν 47% ποσοστό επικράτησης για εξάρτηση από ουσίες και οι πάσχοντες από συναισθηματικές διαταραχές 32% σε σύγκριση με το 15% του γενικού πληθυσμού (Bradizza et al., 1997, βλ: Μάτσα, 2001).

Τέλος, σύμφωνα με έρευνα των Kokkevi & Stefanis (1995), τα ποσοστά συννοσηρότητας φτάνουν μέχρι το 90,3%. Πιο συγκεκριμένα το 31,8% των χρηστών παρουσιάζει αγχώδεις διαταραχές, το 25% διαταραχές συναισθήματος και το 69,3% αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Επίσης το 27,4% ανέφερε απόπειρες αυτοκτονίας. Σε μελέτη των Chabrol, Chauchud και Girabet (2007) βρέθηκε ότι, οι χρήστες κάνναβης έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς και συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε σύγκριση με τους μη χρήστες. Έρευνα των Fergusson και Horwood (1997) που έγινε σε εφήβους 16-18 ετών έδειξε ότι το 3,4% των υποκειμένων είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας τα τελευταία δύο χρόνια.

Στον πίνακα παρακάτω φαίνονται οι ψυχιατρικές διαταραχές ανάμεσα στους χρήστες κάνναβης και άλλων ναρκωτικών όπως αναφέρεται από τον DPCR (Danish Psychiatric Case Register) (Arendt, & Jorgensen, 2003).

ΚΥΡΙΑ ΟΥΣΙΑ ΚΑΙ ΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ				
	Χρήστες κάνναβης που δε χρησιμοποιούν σκληρά ναρκωτικά (n=844)	Χρήστες κάνναβης που χρησιμοποιούν σκληρά ναρκωτικά (n=595)	Άλλη κύρια ουσία (n=9122)	Σύνολο (n=10521)
Σχιζοφρένεια	33 (3,9%)	21 (3,5%)	298 (3,3%)	352 (3,3%)
Διπολική διαταραχή	7 (0,8%)	2 (0,3%)	62 (0,7%)	71 (0,7%)
Άλλες διαταραχές διάθεσης	36 (4,3%)	16 (2,7%)	223 (2,4%)	275 (2,6%)
Άγχος και στρες σχετιζόμενο με διαταραχές	55 (6,5%)	38 (6,4%)	625 (6,9%)	718 (6,8%)
Διαταραχές προσωπικότητας	85 (10,5%)	72 (12,1%)	603 (6,6%)	760 (7,2%)
Νευρώσεις	3 (0,4%)	7 (1,2%)	113 (1,2%)	123 (1,2%)
Ψυχοπάθεια	33 (3,9%)	25 (4,2%)	857 (9,4%)	915 (8,7%)
Ψύχωση άλλη από σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή	11 (1,3%)	4 (0,7%)	200 (2,2%)	215 (2,0%)

(Arendt & Jorgensen, 2003, σελ: 101)

Από την άλλη, σύμφωνα με έρευνα των Arendt και Jorgensen (2004) φαίνεται να υπάρχει μια προδιάθεση των ατόμων για ανάπτυξη ψυχολογικών διαράχων πριν τη χρήση κάνναβης. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα έδειξε ότι 40,7% των υποκειμένων που έλαβαν θεραπεία για απεξάρτηση από την κάνναβη, είχαν εισαχθεί ή είχαν λάβει εξωτερική θεραπεία από ψυχιατρική κλινική για διαταραχές που δεν οφείλονταν στη χρήση ουσιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ

Η κάνναβη έχει ενοχοποιηθεί για μια ευρεία γκάμα παθολογικών και ψυχολογικών επιδράσεων που αφορούν τόσο τη διάρκεια της χρήσης όσο και μεταγενέστερα στάδια της αποχής από τη χρήση. Υπάρχουν βέβαια και απόψεις που υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα αυτά προϋπήρχαν της χρήσης ή το άτομο είχε την προδιάθεση να εμφανίσει κάποια από αυτά. Το κεφαλαίο αυτό πραγματεύεται τις συνηθέστερες επιδράσεις της χρήσης κάνναβης.

Οι κύριες ψυχολογικές διαταραχές οι οποίες θεωρείται ότι συνδέονται με τη χρήση κάνναβης είναι: η κατάθλιψη, το άγχος, η ψύχωση προκαλούμενη από κάνναβη, το σύνδρομο έλλειψης κινήτρων και η τοξική αντίδραση. Φαίνεται επίσης να προκαλεί γνωστική έκπτωση, επηρεάζοντας την ικανότητα προσοχής, τη λειτουργία της προσοχής και της μνήμης. Πέρα όμως από τις παραπάνω κύριες διαταραχές μπορεί να παρουσιαστούν και κάποια συνωδά συμπτώματα όπως: επιθετικότητα, θυμό, ευερεθιστότητα, άγχος, μείωση της όρεξης, απώλεια βάρους, ανησυχία, αστάθεια, αυτοκτονικές τάσεις και διαταραχές ύπνου (Raphael, Wooding, Stevens, Connor, 2005).

Μερικές γενικές επιπτώσεις είναι επίσης η δυσφορία, η αύξηση του καρδιακού ρυθμού, η επιπεφυκίτιδα, η χαλάρωση, η υπογλυκαιμία, η υπέρταση, η μείωση του μυϊκού τόνου κ.α. (Bergeret, Papageorgiou, Peli, 2002).

2.1 ΤΟΞΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ

Ως τοξική αντίδραση ορίζεται η κατάσταση στην οποία περιέρχεται ένας χρήστης όταν χρησιμοποιεί τόσο μεγάλη ποσότητα κάνναβης ώστε ο οργανισμός του να μην είναι σε θέση να τη μεταβολίσει. Η τοξική αντίδραση από κάνναβη συνήθως χαρακτηρίζεται από την παρουσία οργανικού ψυχοσύνδρομου ή/και από παρανοϊκού τύπου διαταραχές. Η οξεία αυτή τοξική αντίδραση, το οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο ή η οργανική ψύχωση είναι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που πάντα προέρχονται ως αποτέλεσμα κατάχρησης σε μικρό χρόνο μεγάλης και δραστικής ποσότητας κάνναβης. Κατά κανόνα οι τοξικές αντιδράσεις διαρκούν το περισσότερο 3-11 μέρες και θεωρούνται αποτέλεσμα της πρόσκαιρης λειτουργικής διαταραχής του εγκεφαλικού φλοιού από την τοξική επίδραση

της κάνναβης. Η τοξική αντίδραση από χρήση κάνναβης προκαλεί επίσης διαταραχές στη γνωσιακή λειτουργία (Λιάππας, 2002) .

Όσον αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις οι χρήστες παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψη, φόβο, κρίσεις πανικού, σύγχυση και παρανοϊκού τύπου ψυχοπαθολογία μέχρι και αμνησία (Raphael et al., 2005). Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν μέχρι και 12 ώρες μετά τη χρήση της ουσίας (Μπουκής, 1983). Αναλυτικότερα αναφέρεται ότι η τοξική αντίδραση είναι πιθανόν να προκαλέσει ευφορία, καχυποψία, παρανοϊκό ιδεασμό, ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα, αίσθηση επιβράδυνσης του χρόνου, διαταραχές της κριτικής ικανότητας, κοινωνική απόσυρση, αναίτια γέλια, κρίσεις πανικού ,δυσφορία. Εντοπίστηκαν δυσκολίες στην μνήμη, στην εκτίμηση του χρόνου και της αφής, στην προσοχή και στον συντονισμό των κινήσεων (Μαρσελος, 1997).

Όσον αφορά τις σωματικές επιπτώσεις έχουμε ξηροστομία, κεφαλαλγία, ταχυκαρδία, επιπεφυκίτιδα, αύξηση της όρεξης και μεταβολές της σεξουαλικής διάθεσης (Julien, 2003).

2.2 FLASHBACK

Το flashback ορίζεται ως η ανεπιθύμητη επανεμφάνιση των επιδράσεων μιας ψυχοτρόπου ουσίας. Ο χρήστης, μετά από μια περίοδο εβδομάδων διακοπής της ουσίας, ξαναβιώνει, ξαφνικά την ίδια εμπειρία που έχει αισθανθεί όταν έκανε χρήση ουσίας.

Η χρήση κάνναβης είναι δυνατόν να προκαλέσει συχνά περιστατικά flashback και τρεις μήνες μετά τη διακοπή της χρήσης ουσίας. Αυτό όμως συμβαίνει μετά από συστηματική χρήση και η εμφάνιση συχνότητας είναι 1,3% (Λιάππας, 2002).

Η κλινική εικόνα του χρήστη αποτελείται από ήπιες διαταραχές της αίσθησης του χρόνου και οπτικές ψευδαισθήσεις με έντομα χρώματα, γεωμετρικά σχήματα και μια αίσθηση ότι διάφορα αντικείμενα κυλούν μετακινούμενα.

Η συναισθηματική αντίδραση του ατόμου στην περίπλοκη και ακατανόητη αυτή ψυχοπαθολογία προκαλεί αντιδράσεις πανικού και φόβο ότι κάποια σοβαρή βλάβη έχει προκληθεί στο μυαλό του και νομίζει ότι τρελάθηκε (Μπουκής, 1983).

Το σύνδρομο αυτό υποχωρεί χωρίς αγωγή σε λίγες ώρες και δεν αποτελεί επικίνδυνη κατάσταση. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να παρατηρηθεί και σε πρωτόπειρους χρήστες.

2.3 ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως σύγχυση, διαταραχές προσανατολισμού και μείωση της νοητικής λειτουργίας. Η κάνναβη όταν χρησιμοποιηθεί σε μεγάλες δόσεις, προκαλεί οργανικό ψυχοσύνδρομο (Λιάππας, 2002). Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση του οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι η μεγάλη ηλικία του χρήστη, η σωματική εξασθένηση, η κρανιοεγκεφαλική κάκωση και η μακρά προΐστορία του χρήστη στην κατάχρηση ουσιών ή οίνοπνεύματος.

Η κλινική εικόνα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου χαρακτηρίζεται από αδύναμο και θολό τρόπο σκέψης, χάλαση της νοηματικής συνοχής, ελάττωση της άμεσης μνήμης, αδυναμία συγκέντρωσης και δυσκολίες της κατανόησης και της μάθησης (Λιάππας, 1999).

Συνήθως οι χρήστες με οργανικό ψυχοσύνδρομο παρουσιάζουν σύγχυση, διαταραχές προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο. Το άτομο έχει δυσκολίες στη νοηματική κατανόηση και στην επεξεργασία νέων ιδεών, αλλά συνήθως διατηρείται κάποιος βαθμός επίγνωση ότι κάποιο πρόβλημα υπάρχει στη λειτουργία του μυαλού του. Το γεγονός αυτό είναι δυνατόν να κάνει το χρήστη να αισθανθεί άγχος και ευερεθιστότητα. Η όλη ψυχοπαθολογία πιθανόν να συνοδεύεται από οπτικές ή απτικές ψευδαισθήσεις. Όλα αυτά τα συμπτώματα υποχωρούν σχετικά γρήγορα (Μπουκής, 1983).

2.4 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΤΥΠΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Συναισθηματικού τύπου διαταραχές και ειδικότερα καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα συνοδεύουν συχνά τη συστηματική χρήση κάνναβης. Μια επίσης πολύ συνήθης επίδραση που προκαλεί είναι οι αγχώδεις διαταραχές.

Έρευνες υποστηρίζουν ότι τα καταθλιπτικά άτομα είναι συχνά χρήστες κάνναβης και ότι η χρήση κάνναβης αυξάνει το άγχος, την κατάθλιψη και τις τάσεις αυτοκτονίας. Έρευνα του Rey et al. (2002, βλ: Raphael, Wooding, Stevens, Connor, 2005). έδειξε ότι οι χρήστες κάνναβης είχαν περισσότερα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα σε σχέση με τους μη χρήστες. Η ίδια έρευνα υποστηρίζει επίσης ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην αύξηση της χρήσης και της αύξησης του επιπέδου κατάθλιψης. Έρευνες που έγιναν στις Η.Π.Α, στην Αυστραλία και στη Ν. Ζηλανδία υποστηρίζουν την ίδια άποψη.

Συγκεκριμένα στη Ν. Ζηλανδία διαχρονική έρευνα που έγινε σε 1265 εφήβους, 16- 18 ετών, μεταξύ των οποίων 19,2% ήταν χρήστες κάνναβης, το 21% των υποκειμένων δήλωσαν ότι είχαν βιώσει τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο στη διάρκεια των τελευταίων 2 χρόνων. Μάλιστα το 6,6% πληρούσε τα κριτήρια της κατάθλιψης (Fergusson, & Horwood, 1997). Στην ίδια έρευνα τα υποκείμενα δήλωσαν κατά 16,4% ότι βίωσαν κάποια αγχώδη διαταραχή κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο χρόνων, όπως κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, αγοραφοβία, διαταραχή πανικού. Επίσης το 2,8% δήλωσε γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, το 7,6% κοινωνική φοβία, το 9,3% ειδική φοβία, το 1,7% πανικό και το 1,4% αγοραφοβία.

Τα σύνδρομα άγχους και πανικού είναι πολύ συχνό φαινόμενο στους χρήστες κάνναβης και διαρκούν από 5-8 ώρες. Το άγχος αυτό μπορεί να εμφανίζεται με τη μορφή μιας απλής νευρικότητας ή μικρής αϋπνίας, έως και την εκδήλωση μιας τυπικής κρίσης πανικού με ταχύπνοια, ταχυκαρδία και φόβους καρδιακής ανακοπής. Στις περιπτώσεις έντονων αγχωδών συνδρόμων, η όλη εικόνα είναι δυνατόν να συνοδεύεται από δυσκολία ανοχής των θορύβων, δυσανεξία του ατόμου σε περιβάλλον με μεγάλη κινητική δραστηριότητα, αποφυγή κοινωνικών υποχρεώσεων και αγοραφοβικά συμπτώματα (Μάρσελος, 1997· Τσιλιχρίστος, 1991).

Το άγχος και οι κρίσεις πανικού μερικές φορές συνοδεύονται από αποπραγματιστικά και αποπροσωποποιητικά βιώματα, αισθήματα απώλειας ελέγχου της σκέψης και της συμπεριφοράς και φόβους θανάτου. Συνήθως όμως τις περισσότερες φορές οι συναισθηματικές αυτές αντιδράσεις είναι ήπιας έντασης και παρέρχονται με τη βοήθεια των σημαντικών άλλων και χωρίς κάποια ιατρική βοήθεια (Miller, Gold, Pottach, 1989).

Σημαντικό ρόλο για την τελική έκφραση της ψυχοπαθολογίας παίζουν και οι παράγοντες όπως η ευαισθησία ή προδιάθεση του χρήστη και το περιβάλλον όπου γίνεται η χρήση.

Τέλος θα πρέπει να τονιστεί ότι, παρόλο που οι ψυχοπαθολογικές αυτές καταστάσεις που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών μοιάζουν με ψυχιατρικά σύνδρομα που περιγράφονται στο DSM IV ως μείζων κατάθλιψη, θα πρέπει να τις διαφοροποιήσουμε από αυτά, επειδή οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών εμφανίζονται πάντα στα πλαίσια τοξίκωσης ή στέρησης από την ουσία, είναι παροδικές σε διάρκεια και υποχωρούν συχνά χωρίς καμία φαρμακευτική αγωγή (Λιάππας, 2002)..

2.5 ΨΥΧΩΣΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Εάν η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών προκαλεί ψυχικές διαταραχές ή εάν άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι πιο επιρρεπή στη χρήση ουσιών παραμένει ένα μεγάλο αναπάντητο ερώτημα. Η επιστημονική κοινότητα είναι διχασμένη. Σύμφωνα με έρευνα των Green, Young, Kavanagh (2005) η χρήση κάνναβης είναι διαδεδομένη στα ψυχωσικά άτομα. Υποστηρίζεται ότι ένας στους τέσσερις ψυχωσικούς κάνει χρήση κάθε βδομάδα, τουλάχιστον κατά τους τελευταίους έξι μήνες (Raphael et al., 2005). Εξαιτίας της διαπίστωσης ότι υπάρχει υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας ανάμεσα στη ψύχωση και στην κατάχρηση κάνναβης διερευνάται κατά πόσο υπάρχει αιτιακή σχέση.

Σύμφωνα με την *υπόθεση της κανναβικής ψύχωσης* πρόκειται για μια ψυχωσική συνδρομή που οφείλεται στην υπερκατανάλωση κάνναβης και τα χαρακτηριστικά της συμπτώματα είναι σύγχυση, παραλήρημα, ψευδαισθήσεις και συναισθηματική ευμεταβλητότητα. Πρόκειται για μια ψυχωσική συνδρομή που διαφέρει από την κλασσική ψύχωση στα παρακάτω χαρακτηριστικά: α) υπάρχει περισσότερη μανιακόμορφη συμπεριφορά, β) το άτομο είναι υπερκινητικό και πιο ανήσυχο, γ) ο λόγος του είναι λιγότερο διασπασμένος, δ) μειωμένο απρόσφορο συναίσθημα και λιγότερες ακουστικές ψευδαισθήσεις.

Σύμφωνα με έρευνα του Hafner et al. (1999) 88% των σχιζοφρενών έκαναν χρήση κάνναβης. Η κάνναβη φαίνεται επίσης να είναι η πιο συχνά χρησιμοποιημένη ουσία ανάμεσα στα άτομα με ψυχωτικές διαταραχές στο Λονδίνο (Menezes et al., 1996). Σύμφωνα με τον Thornicroft (1990) η κάνναβη προκαλεί βραχυπρόθεσμη τοξική κατάσταση η οποία επιφέρει συμπτώματα παρόμοια με τη σχιζοφρένεια, π.χ παρανοϊκές ιδέες, ψευδαισθήσεις, εξασθένηση συγκέντρωσης και προσοχής. Έρευνα της Andreasson (1987) στο Σουηδικό στρατό έδειξε ότι οι χρήστες κάνναβης είναι 2,4% φορές πιο επιρρεπείς στη σχιζοφρένεια από αυτούς που δεν είναι. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν έρευνες που έγιναν στο στρατό του Ισραήλ, της Ν.Ζηλανδίας και της Ολλανδίας (βλ: Williams, & Farrel, 2004). Επιδημιολογική έρευνα των Arseneault et al. (2002, βλ: Raphael et al., 2005) αναφέρει ότι η χρήση κάνναβης αυξάνει την ανάπτυξη σχιζοφρένειας κατά 2,4 φορές στους εφήβους και πάνω από έξι φορές στους συχνούς χρήστες.

Πέρα από τις απόψεις που προαναφέρθηκαν και οι οποίες συνηγορούν υπέρ της θετικής συσχέτισης της χρήσης κάνναβης και ψύχωσης, υπάρχουν και ερευνητές που αντικρούουν αυτή την άποψη. Αρκετοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι σε καμία περίπτωση η χρήση κάνναβης δεν προκαλεί ψύχωση και ότι οι διαταραχές που περιγράφονται ως κανναβικές ψυχώσεις δεν αποτελούν παρά ενδογενείς ψυχώσεις. Συγκεκριμένα ο Bernhardson και ο Palsson (βλ: Λιάππα, 2002) υποστηρίζουν ότι η κανναβική ψύχωση αποτελεί μάλλον σπάνια αν όχι ανύπαρκτη συνδρομή μεταξύ των Σουηδών ψυχιατρικών ασθενών.

2.6 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΚΙΝΗΤΡΩΝ (AMOTIVATIONAL SYNDROME)

Το 1968 ο Smith (βλ: Λιάππας, 2002) πρωτοχρησιμοποίησε τον όρο « *σύνδρομο έλλειψης κινήτρων* » για να περιγράψει την έλλειψη επιθυμίας για εργασία ή συναγωνισμό που παρατηρούνται σε Αμερικάνους χρόνιους συστηματικούς χρήστες κάνναβης. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που εμφανίζουν οι χρόνιοι χρήστες είναι: απάθεια, επίπεδο συναίσθημα, αποξένωση από το περιβάλλον, έλλειψη στόχων και κινήτρων. Οι χρήστες εκτός από τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζουν επίσης προβλήματα στη μνημονική λειτουργία και στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. Την εικόνα συνοδεύουν αισθήματα χρόνιας κόπωσης, απάθειας και ένα αίσθημα αποκοπής από τους σημαντικούς άλλους (Μάρσελος, 1997).

Αντίθετες απόψεις υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα αυτά οφείλονται στην προσωπικότητα του χρήστη. Μια πιθανή εξήγηση για το σύνδρομο έλλειψης κινήτρων μπορεί να είναι η σύνδεση της έλλειψης κινήτρων και της κατάθλιψης (Hanak, Tecco, Pele, 2002).

2.7 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Πέρα από τις ψυχολογικές επιπτώσεις, η χρήση κάνναβης προκαλεί επιπλέον προβλήματα στα εξής συστήματα:

- **Αναπνευστικό σύστημα** (βρογχίτιδα, ιγμορίτιδα, φαρυγγίτιδα, αναπνευστικές λοιμώξεις, καθημερινός βήχας, απόχρεμψη)
- **Καρδιακό σύστημα** (ταχυκαρδία, μείωση της φυσικής αντοχής, καρδιακές παθήσεις)

- **Ενδοκρινικό- αναπαραγωγικό σύστημα** (ελάττωση επιπέδου ορμονών: τεστοστερόνης, αυξητικής ορμόνης, προλακτίνης, ελάττωση του αριθμού και της κινητικότητας των σπερματοζωαρίων, μείωση του μεγέθους του προστάτη και των όρχεων, αναστολή της ωορρηξίας, διαταραχές του έμμηνου κύκλου)
- **Χρωμοσωμικές ανωμαλίες** (3,4% σε σχέση με το 1,2% του γενικού πληθυσμού)
- **Κύηση- τοκετός** (λιποβαρή νεογνά, βραδύτητα στην ανάπτυξη, δυσκολίες στη συμπεριφορά και τη μαθησιακή ικανότητα, δυσκολίες στην εκτελεστικού τύπου λειτουργικότητα στις ηλικίες 9-12)
- **Κεντρικό νευρικό σύστημα** (ηλεκτροεγκεφαλικές μεταβολές, επίδραση του στεφανιαίου συστήματος υπεύθυνο για τη λειτουργία και τον έλεγχο των συναισθημάτων)
- **Ανοσοποιητικό σύστημα** (εξασθένηση της λειτουργικότητας των λεμφοκυττάρων) (Julien, 2003· Λιάππας, 2002· Μάρσελος, 1997)

2.8 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από αυτή τη σύντομη αναφορά στις επικρατέστερες επιπτώσεις της χρήσης κάνναβης, γίνεται σαφές ότι μεγάλο ποσοστό των χρηστών πάσχει από κάποια ψυχολογική ή άλλη διαταραχή. Ακόμη κι αν αυτή η κατάσταση είναι ήπια και προσωρινή δεν παύει να υπάρχει και να επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου. Πέρα από κάποιες εναλλαγές στη διάθεση ή την έκπτωση σε κάποιες νοητικές λειτουργίες του εγκεφάλου, η χρήση κάνναβης μπορεί να οδηγήσει σε πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο (Miller et al., 1989) ή ακόμα να φτάσει και μέχρι την αυτοκτονία ως ακραία μορφή έκφρασης της κατάθλιψης (Chabrol, Chauchud, Girabet, 2007).

Τι είναι όμως αυτό που κάνει κάποιους χρήστες να εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές και κάποιους άλλους όχι; Ποια είναι αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που ξεχωρίζουν τα άτομα που είναι επιρρεπή στις ψυχολογικές διαταραχές; Ποια είναι τα κίνητρά των χρηστών κάνναβης και μέσα σε ποιο πλαίσιο γίνεται η χρήση; Αυτά είναι μερικά από τα ερωτήματα που πραγματεύεται το επόμενο κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ

Όπως και στη ψυχική ασθένεια, έτσι και γύρω από τη χρήση ουσιών επικρατεί άγνοια και προκατάληψη, ως προς τις συνέπειες που δημιουργεί στο άτομο και στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, η οποία προκαλεί φόβο και πανικό στο ευρύ κοινό. Όπως αναφέρεται στην ελληνική και στη ξένη βιβλιογραφία ο χρήστης κάνναβης δεν είναι ούτε παρανοϊκός, ούτε επικίνδυνος για το κοινωνικό σύνολο. Είναι ο άνθρωπος της διπλανής πόρτας που για προσωπικούς ή κοινωνικούς λόγους οδηγείται σε αυτή την επιλογή.

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια για την σκιαγράφηση του προφίλ του χρήστη ουσιών και συγκεκριμένα του χρήστη κάνναβης.

3.1 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ

Η ετικετοποίηση είναι σίγουρα κάτι που δεν βοηθάει ούτε τους χρήστες ουσιών, ούτε την κοινωνία που καλείται να αντιμετωπίσει ένα τόσο λεπτό ζήτημα. Υπάρχουν ωστόσο κάποια χαρακτηριστικά που εμφανίζονται κοινά σε κάποιους ανθρώπους που επιλέγουν να κάνουν χρήση ουσιών.

Σύμφωνα με κάποιους συγγραφείς (Μάτσα, 2001) παρουσιάζουν κάποια προδιάθεση στη χρήση ουσιών τα άτομα που ανήκουν σε τρεις κατηγορίες παιδικής ηλικίας:

α) Εκεί όπου υπάρχουν μεγάλα ελλείμματα στον ψυχισμό, που δημιουργήθηκαν από την ώρα που αυτά τα παιδιά ήρθαν στον κόσμο. Τα άτομα που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία έχουν ένα διαρκές αίσθημα εγκατάλειψης ή ματαίωσης και βιώνουν την κοινωνία σαν «κακή μητέρα», υπόλογη απέναντι τους, με ένα μόνιμο, μικρότερο ή μεγαλύτερο χρέος προς αυτά.

β) Εκεί όπου σημειώθηκαν βίαιες ρήξεις στη ζωή τους ως παιδιών ή προεφήβων (χωρισμός γονιών, σοβαρές αρρώστιες, θάνατος αγαπημένων προσώπων κ.τ.λ). τα άτομα που ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία αισθάνονται προδομένα από τη μοίρα που δεν τους έδωσε ίσες ευκαιρίες με άλλους ανθρώπους.

γ) Ενδιάμεσες μορφές, όπου υπάρχουν όλα αυτά τα στοιχεία σε διάφορους συνδυασμούς (γονεϊκός αλκοολισμός, οικογενειακή βία, σοβαρές αρρώστιες κ.τ.λ).

Οι χρήστες κάνναβης προέρχονται από όλες τις κοινωνικές τάξεις κι από όλα τα δημογραφικά και μορφωτικά επίπεδα. Η χρήση της είναι πιο διαδεδομένη στους λευκούς και μεταξύ των εφήβων και των νέων ενηλίκων. Μερικά κοινά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν είναι: οι χαμηλές μορφωτικές και επαγγελματικές προσδοκίες, η αστική ζωή, η αποχή από θρησκευτικές τελετουργίες, το να μένουν μόνοι ή με κάποιον από τους δύο γονείς, το να είναι άντρες. Άλλοι παράγοντες που φαίνεται να είναι κοινοί στους χρήστες κάνναβης είναι η ανεργία, το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό status, οι κοπάνες από το σχολείο, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο πειραματισμός και με άλλες παράνομες ουσίες και το αλκοόλ, η εμπλοκή τους σε βανδαλισμούς, κλοπές και η παρέα με παραβάτες του νόμου, η ύπαρξη κάποιας ψυχικής ασθένειας, οι συμπεριφορικές διαταραχές κ.α (Riger, & van Laar, 2002).

Ειδικότερα οι έφηβοι παρουσιάζουν χαρακτηριστικά όπως επιθετική συμπεριφορά, σχολικά προβλήματα (χαμηλή επίδοση και σκασιαρχείο) και παραβατική συμπεριφορά. Επίσης τείνουν να είναι παιδιά που φοιτούν σε ειδικά σχολεία, που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο ή έχουν μπει σε αναμορφωτήριο (Netherland Institute of Mental Health and Addiction, 2005).

Όσον αφορά τη γενικότερη κλινική εικόνα των χρηστών ουσιών, αποτελέσματα ερευνών (Ball, 2004) δείχνουν ότι 46% των χρηστών παρουσιάζει αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (antisocial personality disorder), 30% παρουσιάζει οριακή διαταραχή προσωπικότητας (borderline personality disorder) και 20% παρουσιάζει αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας (avoidant personality disorder).

Η οριακή προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική αστάθεια, αστάθεια ταυτότητας και σχέσεων είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στην εφηβεία. Η συννοσηρότητα ανάμεσα στην οριακή προσωπικότητα και την κατάθλιψη είναι υψηλή στους εφήβους. Το άγχος, η κατάθλιψη και η οριακή προσωπικότητα είναι πιο συχνή στα κορίτσια, ενώ η χρήση ουσιών είναι πιο συχνή στα αγόρια. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Chabrol, Ducongé, Casas, Roura, Carey (2005) υποστηρίζουν ότι η οριακή προσωπικότητα είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για τη χρήση ουσιών και στα δυο φύλα.

Ερευνά του Copeland (2000) που έγινε στην Αυστραλία έδειξε τα εξής αποτελέσματα. Παρόλο που οι χρήστες κάνναβης έδειχναν σχετικά κοινωνικά σταθεροί (σχέσεις και

δουλειά) τυπικά έδειξαν σοβαρή εξάρτηση από την κάνναβη και σημαντικά αυξημένα ποσοστά ψυχολογικής εξάντλησης με σημαντικότερο λόγο για τη χρήση την απαλλαγή από το άγχος.

Πιο συγκεκριμένα τα 2/3 ήταν άντρες ηλικίας 32 ετών (Μ.Ο). οι πλειοψηφία δεν ήταν ντόπιοι και δεν είχαν γεννηθεί στην Αυστραλία. Τα 2/3 είχαν συντροφική σχέση. Οι περισσότεροι από τους μίσους είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και είχαν μόνιμη απασχόληση. Η πρώτη χρήση έγινε στην ηλικία των 15 ετών και οι λόγοι ήταν η περιέργεια, η εύκολη διαθεσιμότητα της ουσίας και η γονεϊκή πίεση. Η πλειοψηφία ανέφερε οικογενειακό ιστορικό χρήσης αλκοόλ ή ναρκωτικών. Περισσότερα από τα 2/3 ανέφεραν προβλήματα υγείας σχετικά με τη χρήση με κυριότερο τα αναπνευστικά προβλήματα. Ψυχολογικά προβλήματα βρέθηκαν επίσης στο δείγμα με κυριότερο την κατάθλιψη.

Το Cannabis Problems Questionnaire έδειξε μια τάση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και προβλημάτων υγείας σχετιζόμενα με τη χρήση όπως: ανάρμοστη οδήγηση και εργασία υπό την επήρεια κάνναβης, αρνητικές επιδράσεις στις σχέσεις τους με τους άλλους, ψυχολογικά και φυσιολογικά προβλήματα, οικονομικά προβλήματα και παραμέληση των δραστηριοτήτων, των χόμπι και της δουλειάς τους.

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε ότι σχεδόν όλοι έκανα χρήση και άλλων ουσιών.

Όσον αφορά τώρα το θέμα της εξάρτησης, η έρευνα των Chen, Brien, Anthony (2005) έδειξε ότι πιο επιρρεπή στη εξάρτηση από κάνναβη είναι τα άτομα που ξεκινάνε τη χρήση κατά τα πρώτα χρόνια της εφηβείας (11-13), με οικογενειακό εισόδημα κάτω από US \$ 20,000 το χρόνο και αυτοί που έκαναν χρήση 3 ή περισσότερων ναρκωτικών πριν από την πρώτη χρήση κάνναβης (νικοτίνη, αλκοόλ κ.α). Πιο συγκεκριμένα 1 στους 25 χρήστες κάνναβης αναπτύσσει συμπτώματα εξάρτησης μέσα σε 24 μήνες από την πρώτη χρήση.

Μια άλλη πολύ ενδιαφέρουσα διαχρονική έρευνα, των Fergusson και Horwood (1997) η οποία μελέτησε το πλαίσιο των χρηστών καθώς και τα ατομικά χαρακτηριστικά τους από τη γέννηση μέχρι τα 18 τους χρόνια παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Με βάση τις αυτοαναφορές των εφήβων η έρευνα έδειξε ότι: α) το 9,1% των χρηστών είχαν εμπλακεί επανειλημμένα σε βίαιες παραβιάσεις, β) το 10,3% είχαν εμπλακεί σε παραβιάσεις περιουσίας, όπως ζημιές, μικροκλοπές, παραβιάσεις σπιτιών, οχημάτων κ.τ.λ. γ) το 4,2%

είχε συλληφθεί για κάποιο λόγο, δ) το 4,5% είχε τιμωρηθεί από το δικαστήριο για τουλάχιστον μία παραβίαση του νόμου, ε) το 18, 5% είχε εγκαταλείψει το σχολείο στην τρίτη λυκείου χωρίς να πάρει απολυτήριο και στ) το 9,6% είχε φύγει από το σπίτι στα 18 του χρόνια.

Τέλος πρέπει να πούμε ότι συνήθως οι χρήστες κάνναβης είναι πρώην ή νυν χρήστες και άλλων νόμιμων ουσιών όπως νικοτίνη και αλκοόλ. Η νικοτίνη φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένη ουσία στους χρήστες κάνναβης σε σχέση με το αλκοόλ. Η ηλικία έναρξης χρήσης νικοτίνης είναι περίπου τα 20 χρόνια, ενώ η έναρξη χρήσης κάνναβης τα 25. Αυτό επίσης επηρεάζεται από το φύλο, τη χρονολογία γέννησης και την πιθανή χρήση κάνναβης από τους γονείς (van Ours, 2007).

3.2 ΤΑ ΚΙΝΗΤΡΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ

Η περιέργεια, η μίμηση, ο πειραματισμός, η έλξη του απαγορευμένου, η μυθοποίηση των ναρκωτικών, οι παρέες, η μεγάλη διαθεσιμότητα των ουσιών παίζουν ρόλο στο να δοκιμάσει κανείς απαγορευμένες ουσίες (Μάτσα, 2001).

Πρόσφατη έρευνα των Osborne και Fogel (2008) έδειξε ότι το κύριο κίνητρο των χρηστών για κατανάλωση κάνναβης είναι η ευχαρίστηση. Πιο συγκεκριμένα ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν κάνναβη για λόγους ξεκούρασης, διασκέδασης και απαλλαγής από το άγχος, την πίεση, την ανασφάλεια και τις αρνητικές σκέψεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι 27 άτομα από το δείγμα χρησιμοποιούν κάνναβη όταν κάνουν ελεύθερες δραστηριότητες ή όταν ακούνε μουσική, 18 άτομα όταν κάνουν σεξ, 17 άτομα όταν έχουν κοινωνικές συναναστροφές όπως παιχνίδια, 16 άτομα όταν βλέπουν ταινίες, 8 άτομα όταν κάνουν αθλητισμό, 7 άτομα όταν γράφουν, ζωγραφίζουν και δημιουργούν γενικά, 7 άτομα όταν διαβάζουν και 5 άτομα όταν κάνουν δουλειές του σπιτιού.

Έρευνες που αναφέρονται στην έρευνα των Osborne και Fogel υποστηρίζουν την ίδια άποψη. Σύμφωνα με τον Goode το μόνο κοινό χαρακτηριστικό που εμφανίζουν οι χρήστες κάνναβης είναι ότι τη χρησιμοποιούν για λόγους ευχαρίστησης, γι' αυτό και συνηθίζουν να καταναλώνουν κάνναβη όταν ακούνε μουσική, βλέπουν ταινίες, κάνουν σεξ ή δραστηριότητες κοινωνικοποίησης. Η πλειοψηφία του δείγματος της ερευνά του Weller και Halinks (1986) ανέφερε ότι υπό την επήρεια της κάνναβης αυξάνεται η σεξουαλική ευχαρίστηση. Το δείγμα της έρευνας του Erikson ανέφερε ότι είναι μια

κοινωνική δραστηριότητα που περιλαμβάνει φίλους ή συντρόφους κατά τη διάρκεια της νύχτας, των σαββατοκύριακων και των ελεύθερων ωρών (βλ: Osborne & Fogel, 2008).

Έρευνα του Hathaway (1997) έδειξε ότι 70% των χρηστών χρησιμοποιούν κάνναβη για λόγους χαλάρωσης μετά από μια κουραστική μέρα γιατί τους βοηθάει να απαλλαγούν από το στρες. Το 43% ανέφερε ότι υπό την επήρεια της κάνναβης αυξάνεται το ενδιαφέρον τους με αποτέλεσμα οι ελεύθερες δραστηριότητες να είναι πιο διασκεδαστικές. Το 50% ανέφερε ότι η κάνναβη του προσφέρει μια χαλαρή ζωή, λιγότερο σοβαρή στην οποία είναι εύκολο να αντιμετωπίσεις τα προβλήματα σου (βλ: Osborne & Fogel, 2008).

Σύμφωνα με έρευνα του Zvolensky et al. (2007) τα ενισχυτικά κίνητρα (enhancement motives) και κοινωνικά κίνητρα (social motives) σχετίζονται θετικά με την αύξηση χρήσης κάνναβης, ενώ τα συμμορφωτικά κίνητρα (Conformity motives) σχετίζονται αρνητικά με τη χρήση κάνναβης. Τα μιμητικά κίνητρα (coping motives) προβλέπουν αρνητικές επιδράσεις, έντονα αισθήματα άγχους και καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ μιμητικών κινήτρων και θετικών συναισθημάτων. Τα αρνητικά συναισθήματα σχετίζονται επίσης με τη χρήση κάνναβης.

Σύμφωνα με την έρευνα των Brodbeck Matter, Page, Moggi (2007) οι χρήστες κάνναβης έδειξαν υψηλότερη ψυχοπαθολογία και μεγαλύτερη ψυχοκοινωνική θλίψη. Είχαν λιγότερο υγιή συμπεριφορά και μεγαλύτερη αδιαφορία για την υγεία. Το 44% των χρηστών ανέφερε κυρίως κοινωνικούς λόγους για τη χρήση κάνναβης, το 39% μιμητικούς λόγους, το 17% και τα δύο, το 17% περιέργεια, ενώ λιγότερο από το 10% λόγους διασκέδασης ή εθισμού.

Σύμφωνα με έρευνα των Chabrol et al. (2005) που μελέτησε τη σχέση μεταξύ άγχους κατάθλιψης και οριακών συμπτωμάτων σε σχέση με τα κίνητρα για τη χρήση και την εξάρτηση φάνηκε ότι τα κίνητρα που σχετίζονται με τη χρήση κάνναβης είναι: η ενίσχυση των θετικών επιδράσεων (enhancement of positive affects), ο πειραματισμός (expansion of experimental awareness) η μιμητική και κοινωνική συμμόρφωση (coping and social conformity) και τα κίνητρα κοινωνικής συνοχής (social cohesion motives).

Πιο συγκεκριμένα οι υψηλές τιμές στο BPI (Borderline Personality Inventory) προβλέπουν: α) κίνητρα πειραματισμού (expansion motives) και στα δύο φύλα, β) κοινωνικά και μιμητικά κίνητρα (social & coping motives) στα αγόρια και γ) ενισχυτικά

κίνητρα (enhancement motives) στα κορίτσια. Αντίθετα τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης δεν είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες.

Στην ίδια έρευνα παρατίθενται αναλυτικά τα κίνητρα που οδηγούν τα άτομα στη χρήση κάνναβης όπως τα ίδια αναφέρουν. Χαρακτηριστικά δηλώνουν ότι κάνουν χρήση για να ξεχάσουν τα προβλήματα τους, για να νιώσουν καλύτερα όταν είναι καταθλιπτικοί ή νευρικοί, επειδή νιώθουν πιο σίγουροι για τον εαυτό τους, επειδή γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους, για να καταλαβαίνουν τα πράγματα διαφορετικά, γιατί τους βοηθάει να είναι πιο δημιουργικοί και αυθεντικοί, επειδή τους αρέσει η αίσθηση, για να ανέβουν, γιατί είναι συναρπαστικό, για να κοινωνικοποιηθούν, για να τους συμπαθήσουν οι άλλοι, για να ικανοποιήσουν τη περιέργειά τους, για την εμπειρία κ.α.

3.3 ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ

Σύμφωνα με διαχρονικές έρευνες που έγιναν σε όλο τον κόσμο βρέθηκε ότι το περιβάλλον του χρήστη παίζει σημαντικό ρόλο στη χρήση ουσιών. Μερικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν είναι: ο τόπος κατοικίας, οι οικονομικοί λόγοι, η διαθεσιμότητα της ουσίας, οι ομάδες συνομήλικων και η οικογένεια (van De Bree, Johnson, Neale, Pickens, 1998).

Όσον αφορά την παράμετρο της οικογένειας έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στη χρήση ουσιών στο περιβάλλον της οικογένειας (γονείς, αδέρφια) και στη χρήση ουσιών από μικρότερα μέλη της. Στην ίδια έρευνα (Forsyth, & Barnard, 2003) επίσης βρέθηκε ότι τα παιδιά που ζουν σε μονογονεϊκές οικογένειες (κυρίως με τη μητέρα) έχουν περισσότερες πιθανότητες να στραφούν προς τη χρήση ουσιών.

Έρευνα του Amuedo-Dorades (2003) έδειξε ότι το να μένει ένα παιδί με κάποιο πατρικό πρότυπο είτε υπάρχει βιολογικός δεσμός, είτε όχι, μπορεί να το αποτρέψει από το να κάνει χρήση ουσιών. Ο βαθμός που αυτό επηρεάζει ποικίλει ανάλογα με το βιολογικό δεσμό, το γένος του παιδιού και το βαθμό οικειότητας που έχει με τους συγγενείς του.

Κάποιοι γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν επίσης τη χρήση είναι η φυσική ή σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών μέσα στην οικογένεια, η στάση της οικογένειας απέναντι στα ναρκωτικά καθώς και το ιστορικό της σε σχέση με αυτά, η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων καθώς και η δομή της (πυρηνική, μονογονεϊκή) (Johnson, 1996).

Η έρευνα των Fergusson και Horwood (1997) έδειξε ότι το 11,7% των χρηστών κάνναβης είχαν γονεϊκό ιστορικό αλκοολισμού, ενώ το 24,5% είχαν γονεϊκό ιστορικό χρήσης ουσιών. Επίσης το 4,4% ανέφερε σεξουαλική κακοποίηση χωρίς συνουσία ενώ το 3,4% ανέφερε βιασμό. Τέλος το 61% των χρηστών ζούσαν σε μονογονεϊκές οικογένειες.

Οι συνομήλικοι είναι επίσης μια σημαντική παράμετρος όσον αφορά το ξεκίνημα των ναρκωτικών. Όπως έχει ήδη αναφερθεί μερικά από τα κίνητρα των χρηστών είναι η μίμηση και η κοινωνική συμμόρφωση. Παρ' όλ' αυτά σύμφωνα με έρευνα που έγινε στην Τουρκία σε φοιτητές Πανεπιστημίου μόνο το 8,78% δήλωσε ότι α) έκανε χρήση μαριχουάνας για μιμητικούς λόγους, β) έχει φίλους που είναι εξαρτημένοι, γ) επηρεάστηκε από το κοινωνικό του περιβάλλον (Çirakoglu, 2005).

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι χρήστες έχουν συχνά οικογενειακά και κοινωνικά μειονεκτήματα. Εμπλέκονται σε περισσότερες «παιδικές περιπέτειες» και σε παράνομες πράξεις απ' ότι οι μη χρήστες, έχουν νοσηρό κοινωνικό περιβάλλον και φτωχές οικογενειακές σχέσεις. Επίσης παρουσιάζουν πολλά προβλήματα προσαρμογή κατά την εφηβεία (Fergusson, & Horwood, 1997).

Βέβαια θα πρέπει να τονιστεί ότι καμία από αυτές της παραμέτρους δεν οδηγεί από μόνη της στη χρήση ουσιών. Δεν καταλήγουν στη χρήση ουσιών όλα τα παιδιά που επιβαρύνονται από οικογενειακούς, κοινωνικούς, βιολογικούς και άλλους αρνητικούς παράγοντες. Πολλά από αυτά συναντώνται καθημερινά σε πολλούς ανθρώπους, οι οποίοι βρίσκουν πιο υγιείς και αποτελεσματικούς τρόπους να τα αντιμετωπίζουν. Σε μια περίοδο όμως τόσο ευάλωτη όσο η παιδική και εφηβική ηλικία οι πειρασμοί διογκώνονται και οι άμυνες μειώνονται. Έτσι και οι πιθανότητες να στραφεί κάποιος στη χρήση ουσιών είναι μεγάλος.

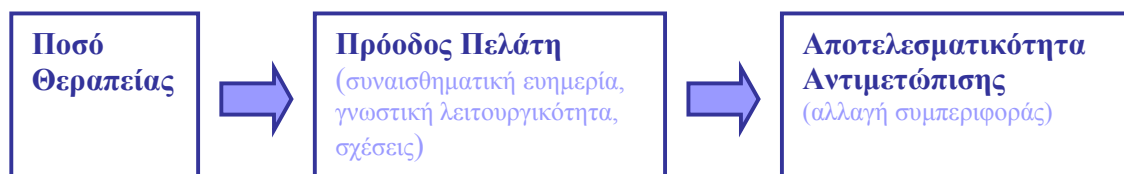
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.1 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙ ΑΛΛΑΓΗ

Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις έχουν δημιουργηθεί για να βοηθήσουν το χρήστη-θεραπευόμενο να αντιμετωπίσει και να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται και αισθάνεται καθώς επίσης και να αλληλεπιδράσει αποτελεσματικά με τους γύρω του, κυρίως τα άτομα που εμπλέκονται στη χρήση. Οι θεραπευτές διευκολύνουν τους χρήστες να τροποποιήσουν το γνωστικό και συναισθηματικό τους κομμάτι εκπαιδύοντας τους στη λήψη αποφάσεων.

Σύμφωνα με τους Bell, Richard, Feltz (1996), η διαδικασία αλλαγής απαρτίζεται από τρία μέρη: τη συναισθηματική ευημερία, τη γνωστική λειτουργικότητα και τις σχέσεις.



Θεραπευτική Διαδικασία στην Αντιμετώπιση Χρήσης Ναρκωτικών Ουσιών
(Bell, Richard, Feltz, 1996, σελ: 598)

- **Η συναισθηματική ευημερία** επικεντρώνεται στο πως νιώθει το άτομο. Οι παρεμβάσεις βοηθούν το άτομο να διαχειρίζεται σωστά το άγχος του και να αποκτήσει αυξημένη αυτοπεποίθηση (self-esteem) και αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy). Στις παρεμβάσεις αυτές εντάσσεται η παρακινησιακή συνέντευξη (motivational interviewing).
- **Η γνωστική λειτουργικότητα** εστιάζει στο πως σκέφτεται το άτομο. Έρευνες έχουν δείξει ότι το υψηλό επίπεδο γνωστικής λειτουργικότητας βοηθάει το άτομο να παίρνει καλύτερες αποφάσεις από μια γκάμα επιλογών, είτε μέσα από την εμπειρία του , είτε μέσα από τις εμπειρίες των άλλων. Ένας από τους στόχους των παρεμβάσεων είναι να ενισχύσουν την ικανότητα των χρηστών- θεραπευόμενων να παίρνουν αποτελεσματικές αποφάσεις. Στις παρεμβάσεις αυτές εντάσσεται η γνωστική- συμπεριφορική προσέγγιση (cognitive behavioral approach).
- **Οι σχέσεις** εστιάζουν στο πως το άτομο επικοινωνεί. Ο στόχος των παρεμβάσεων είναι να βελτιώσουν τόσο την ικανότητα του ατόμου να δημιουργεί σχέσεις, όσο και να τις διατηρεί. Στις παρεμβάσεις αυτές εντάσσεται η προσέγγιση πλαισίου (network approach).

Σύμφωνα με το **Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής** (Transtheoretical Model of Change) των Prochaska και DiClemente (βλ: Giovazolias, & Davis, 2005), στη διαδικασία αλλαγής συμβάλλουν τρεις διαστάσεις: το στάδιο της αλλαγής, η διαδικασία αλλαγής και το επίπεδο αλλαγής.

1. **Το στάδιο της αλλαγής** (stage of change) αφορά τη χρονική στιγμή που παίρνεται η απόφαση της αλλαγής και τα κίνητρα που κινητοποιούν αυτή την απόφαση.
2. **Οι διαδικασίες της αλλαγής** (progresses of change) αφορούν στους μηχανισμούς οι οποίοι διευκολύνονται στα πλαίσια αυτού του σταδίου.
3. **Το επίπεδο της αλλαγής** (level of change) αφορά περίπλοκα θέματα σε διάφορες πτυχές της ζωής του ανθρώπου.

Οι Prochaska et al. (1992) όρισαν πέντε στάδια αλλαγής.

Πριν την αναγνώριση (Precontemplation). Αφορά στην στάση του ατόμου που δεν έχει επίγνωση για το πρόβλημά του και δεν ενδιαφέρεται ν' αλλάξει συμπεριφορά στο άμεσο μέλλον.

Αναγνώριση (Contemplation). Το άτομο σκέφτεται σοβαρά να κάνει κάτι για το πρόβλημα του αλλά βρίσκεται ακόμα σε αδράνεια. Στο στάδιο αυτό το άτομο αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στα θετικά και τα αρνητικά της χρήσης ουσιών.

Προετοιμασία. (Preparation). Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από αποφασιστικότητα και συμπεριφορικά κριτήρια. Δηλαδή, το άτομο σκέφτεται σοβαρά να διακόψει τη χρήση και έχει ήδη αρχίσει να τη μειώνει.

Δράση (Action). Είναι το στάδιο όπου το άτομο τροποποιεί τη συμπεριφορά του, τις εμπειρίες και το περιβάλλον του για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες. Σημαντικό ρόλο στο στάδιο αυτό παίζει η αποφασιστικότητα του ατόμου, η συνειδητή δέσμευση και η δραστηριοποίηση.

Διατήρηση (Maintenance) . Στο στάδιο αυτό γίνεται πρόληψη της υποτροπής και ενίσχυση των κεκτημένων κατά το στάδιο της δράσης.

Τα αποτελέσματα οποιασδήποτε θεραπείας εξαρτώνται από πολλές ανεξάρτητες μεταβλητές. Μερικές από αυτές είναι τα χαρακτηριστικά του χρήστη, η φύση και η ισχύ της κατάχρησης ουσιών και τα θεραπευτικά χαρακτηριστικά (Raistrick, & Tober, 2004).

Σύμφωνα με έρευνα των Agosti και Levin (2007) οι πιθανότητες για μια επιτυχημένη θεραπεία αυξάνονται όταν τα κίνητρα του χρήστη είναι υψηλά και η θέληση γι' αλλαγή είναι μεγάλη. Επίσης η διακοπή της κάνναβης σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία, τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση υγείας του χρήστη, τη μειωμένη χρήση κάνναβης καθώς και την εξάρτηση από αλκοόλ. Γενικά χαρακτηρίστηκα όπως η ακαδημαϊκή καταξίωση, η συνεκτική οικογένεια, η αυτοεκτίμηση, η εργασιακή απασχόληση βοηθούν στη θεραπεία.

Οι Tetzlaff, Kahn, Godley, Diamond, Funk, (2005) ορίζουν πέντε προβλεπτικούς παράγοντες για την αποχή από τη χρήση.

1. Η νομική υποχρέωση για την ένταξη του ατόμου στη θεραπεία, η επιτυχής συμπλήρωση της, το θηλυκό φύλο και η εξοικείωση των γονέων με τους φίλους του χρήστη.
2. Υψηλό επίπεδο κινήτρων και ετοιμότητα γι' αλλαγή.
3. Γονεϊκή συμμετοχή στη θεραπεία (παρουσία, φροντίδα)
4. Απόσταση από τους συνομηλίκους και συμμετοχή σε μετα-θεραπεία (aftercare)
5. Συμμετοχή και στο πρόγραμμα θεραπείας και στην ψυχοθεραπεία και στην μετα-θεραπεία.

Κλείνοντας την εισαγωγή στις ψυχολογικές παρεμβάσεις της κάνναβης κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε στους στόχους της θεραπείας (Abou-Saleh, 2006) :

- Μείωση των ψυχολογικών, κοινωνικών και άλλων προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρήση.
- Μείωση των ψυχολογικών, κοινωνικών και άλλων προβλημάτων που δεν οφείλονται στη χρήση.
- Μείωση των βλαβερών και των ρισκοκίνδυνων συμπεριφορών που σχετίζονται με τη χρήση.
- Επίτευξη μείωσης και διακοπής της χρήσης.
- Απόχρη από τα κύρια προβλήματα της χρήσης ουσιών
- Αποχή απ' όλες τις ουσίες.

4.2 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Στη συνέχεια του κεφαλαίου θα γνωρίσουμε τις βασικές ψυχολογικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της χρήσης κάνναβης, θα κάνουμε μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση των πρόσφατων ερευνών που έχουν γίνει γύρω από το θέμα και θα κλείσουμε τονίζοντας την σπουδαιότητα του θεραπευτικού πλαισίου.

Οι κύριες ψυχολογικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία κατάχρησης ουσιών	
Συμπεριφοριστική θεραπεία	Μια δομημένη θεραπεία βασισμένη στην αλλαγή συμπεριφοράς και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι προκαλούν μη-προσαρμοστική συμπεριφορά
Προσέγγιση κοινοτικής ενίσχυσης	Μια συμπεριφοριστική προσέγγιση βασισμένη στο τι ο πελάτης βιώνει ως ενισχυτικό από το κοινωνικό του περιβάλλον, τη δουλειά και τη ψυχαγωγία του. Στοχεύει στο να τον βοηθήσει ν' αλλάξει τρόπο ζωής και κοινωνικό περιβάλλον για να στηρίξει μακροχρόνιες αλλαγές στη συμπεριφορά μέσω' από την οποία η μη χρήση θα είναι περισσότερο ενισχυτική
Θεραπεία κουπονιών	Στοχεύει στο να ενθαρρύνει προσαρμοστικές συμπεριφορές, επιβραβεύοντας τον πελάτη όταν πετυχαίνει τους στόχους του και το αντίθετο αντίστοιχα. Τα κουπόνια συνήθως ανταλλάσσονται με καταναλωτικά αγαθά
Γνωστική θεραπεία	Μια δομημένη θεραπεία η οποία χρησιμοποιεί γνωστικές τεχνικές για ν' αλλάξει τις μη προσαρμοστικές σκέψεις και αντιλήψεις
Γνωστικο-Συμπεριφοριστική θεραπεία	Ο συνδυασμός γνωστικών και συμπεριφορικών τεχνικών
Πρόληψη υποτροπής	Χρήση διάφορων γνωστικο-συμπεριφορικών τεχνικών που ενισχύουν τον αυτοέλεγχο του πελάτη και προλαβαίνουν την υποτροπή. Τονίζει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι πελάτες και αναπτύσσει στρατηγικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου
Παρακινησιακή συνέντευξη	Μια προσέγγιση που στοχεύει στο να ενισχύσει τα κίνητρα του χρήστη να διακόψει τη χρήση ουσιών, εξερευνώντας και αποσαφηνίζοντας τα αμφιλεγόμενα στοιχεία του ατόμου γι' αλλαγή

(Abou-Saleh, σελ: 307)

4.2.1 ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΙΑΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ (Motivational Interviewing)

Όπως ορίζεται και στον παραπάνω πίνακα, κύριος σκοπός της παρακινησιακής συνέντευξης είναι να ενισχύσει τα κίνητρα του χρήστη να διακόψει τη χρήση ουσιών, εξερευνώντας και αποσαφηνίζοντας τα αμφιλεγόμενα στοιχεία του ατόμου γι' αλλαγή (Abou- Saleh, 2006).

Το βασικό συστατικό της προσέγγισης αυτής είναι ότι ο θεραπευτής υιοθετεί μια στάση περισσότερο δεκτική και όχι διδακτική, προσπαθώντας ταυτόχρονα να προσδιορίσει τα προβλήματα του ατόμου που σχετίζονται με τη χρήση και να θέσει τους στόχους της θεραπείας με βάση τις ανάγκες του θεραπευόμενου (Raistrick, & Toder, 2004). Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τις βασικές δεξιότητες αναγνώρισης και καθορισμού του προβλήματος και εκφράζει το ενδιαφέρον του για τη θετική έκβαση της θεραπείας. Με λίγα λόγια χρησιμοποιεί τις δεξιότητες προσεκτικής παρακολούθησης: κάνει ανοικτές και κλειστές ερωτήσεις, ακούει προσεκτικά, δίνει ενθάρρυνση, ενσυναίσθηση και εξασφαλίζει στον θεραπευόμενο ένα περιβάλλον ασφάλειας και αποδοχής (Ive, Gluckstern, Bradford Ive, 2006).

Σύμφωνα με τους Foote et al. (1999) οι βασικές αρχές της Π.Σ είναι οι εξής: χρήση αντικειμενικής ανατροφοδότηση, αύξηση της υπευθυνότητας του πελάτη, χρήση θεραπευτικών συμβουλών εάν χρειάζεται, προσφορά στον πελάτη μιας ευρείας γκάμας επιλογών, χρήση ενσυναίσθησης και ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Βασικές αρχές της Παρακινησιακής Συνέντευξης	
Ανατροφοδότηση	Μη επικριτική, αντικειμενική ανατροφοδότηση βασισμένη στις αναφορές του πελάτη όσον αφορά τη χρήση ουσιών και τις συνέπειές της για το άτομο
Υπευθυνότητα	Εστιάζει στην ελευθερία του πελάτη για την επιλογή αλλαγής και την προσωπική ευθύνη που πηγάζει από αυτήν την ελευθερία
Συμβουλή	Δίνονται προτάσεις ευθέως με μη καταναγκαστικό και μη κατευθυντικό τρόπο
Γκάμα επιλογών	Παρατίθεται σαφής ποικιλία επιλογών προς μελέτη από τον πελάτη. Μειώνει την αντίσταση να επιλέξει και αυξάνει τα εσωτερικά κίνητρα
Ενσυναίσθηση	Υποστηρικτική, αντανακλαστική ακρόαση από το θεραπευτή και έγκυρη κατανόηση της παρουσίας του πελάτη
Αυτοαποτελεσματικότητα	Ενθάρρυνση των αντιλήψεων του πελάτη ότι μπορεί να πετύχει τους στόχους του. περιλαμβάνει την αισιοδοξία του θεραπευτή ως τεχνική

(Foote et al., σελ: 185)

Πρόκειται για μια πελατοκεντρική προσέγγιση με κατευθυνόμενο συμβουλευτικό στυλ ευρέως αποδεκτή και με ποσοστά επιτυχίας έως και 81% (McCambridge, & Strang, 2005). Η παρακινησιακή συνέντευξη χρησιμοποιείται 25 χρόνια στη θεραπεία ουσιών και αποτελείται από δύο φάσεις:

1. Οι θεραπευόμενοι ερωτώνται σχετικά με τη χρήση και τις συνέπειές της, σχετικά με κάποια βιολογικά στοιχεία και όσον αφορά τον τρόπο ζωής τους.
2. Στη συνέχεια χρησιμοποιούνται τα παραπάνω στοιχεία για συζήτηση με το θεραπευόμενο σε ένα πλαίσιο αντανακλαστικής ανατροφοδότηση (reflective feedback) για να καταλάβει ο θεραπευόμενος τη σοβαρότητα της κατάστασης (Foote et al., 1999).

Ο σκοπός της θεραπείας είναι να μειώσει τη γνωστική ασυμφωνία ανάμεσα στην αναγνώριση του προβλήματος και στη δράση και να κινητοποιήσει το άτομο προς τη δεύτερη. Γι' αυτό και η παρέμβαση αυτή είναι πιο κατάλληλη γι' αυτούς που βρίσκονται στο στάδιο της αναγνώρισης (Davinson, 1998).

Πιο συγκεκριμένα οι στόχοι της παρακινησιακής συνέντευξης θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν στους εξής τρεις:

1. να μειωθεί η αντίδραση του πελάτη
2. να του επιτρέψει να αποφασίζει μόνος του σχετικά με τη σοβαρότητα του προβλήματος και την πιθανή ανάγκη του γι' αλλαγή
3. να του μεταδώσει το μήνυμα ότι είναι ελεύθερος να αποφασίσει για την αλλαγή αυτή τη στιγμή

4.2.2 ΠΑΡΑΚΙΝΟΥΜΕΝΗ ΣΤΑΔΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (Motivated Stepped Care Approach)

Η παρακινούμενη σταδιακή φροντίδα θεωρείται αποτελεσματική για τη θεραπεία πολλών ιατρικών και ψυχιατρικών καταστάσεων συμπεριλαμβανομένων και των διαταραχών προκαλούμενων από ουσίες.

Αποτελείται από τέσσερα στάδια των οποίων σταδιακά αυξάνεται ο βαθμός δυσκολίας.

Στάδιο 1: Απευθύνεται σε αυτούς που έχουν δείξει μεγάλη σταθερότητα.

Στάδιο 2: Οι περισσότεροι ξεκινάνε από αυτό το στάδιο. Περιλαμβάνει μια ατομική συνεδρία τη βδομάδα. Αυτοί που χάνουν συνεδρίες για δύο συνεχόμενες βδομάδες και

βρίσκονται θετικοί στη χρήση κάνναβης (μέσω ουρολογικής εξέτασης), προχωράνε στο στάδιο τρία.

Στάδιο 3: Περιλαμβάνει δύο βδομάδες συνεχόμενης συμβουλευτικής και αποχής από την ουσία. Αυτοί που το πετυχαίνουν γυρνάνε στο στάδιο δύο, ενώ αυτοί που αποτυγχάνουν προχωράνε στο στάδιο τέσσερα.

Στάδιο 4: Περιλαμβάνει εννέα ώρες ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής σε διάρκεια οχτώ βδομάδων και αποχή από την ουσία. Αυτοί που το πετυχαίνουν πάνε στο στάδιο δύο. Αυτοί που αποτυγχάνουν μπαίνουν σε 30ήμερη φαρμακευτική θεραπεία η οποία διακόπτεται μόνο εάν είναι αρνητικό το τεστ ούρων και ξαναμπαίνουν στο συμβουλευτικό πρόγραμμα για μια βδομάδα. Αυτοί που ολοκληρώνουν τη φαρμακοθεραπεία ξαναμπαίνουν στο στάδιο τέσσερα.

Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι η φαρμακοθεραπεία αφορά στους χρήστες οποιοειδών, κοκαΐνης κ.α. Σύμφωνα με έρευνα των Kidorf, Neufelt, King, Clark, Brooner, (2007) οι χρήστες κάνναβης ανταποκρίνονται θετικά στην Π.Σ.Φ κατά 67% και διέκοψαν τη χρήση για ν' αποφύγουν την πορεία προς ανώτερο στάδιο της διαδικασίας. Τα 4/5 τα οποία προχώρησαν σταμάτησαν τη χρήση. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η Π.Σ.Φ προσέγγιση αποτελεί παράδειγμα προς αποφυγή για τους λιγότερο συχνούς χρήστες και προωθεί την παρακολούθηση ενός συστηματικού προγράμματος συμβουλευτικής για τους συχνούς χρήστες.

4.2.3 ΓΝΩΣΤΙΚΟ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ (Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy)

Η γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι ο συνδυασμός γνωστικών και συμπεριφορικών θεραπειών. Οι γνωστικές προσεγγίσεις στοχεύουν στην αντικατάσταση των δυσλειτουργικών σκέψεων και πεποιθήσεων του ατόμου με άλλες πιο λειτουργικές. Οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στοχεύουν σε μια δομημένη θεραπεία που εστιάζει στην αλλαγή της συμπεριφοράς και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που προκαλούν την δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά (Abou- Saleh, 2006).

Είναι μια πιο διδακτική προσέγγιση η οποία περιλαμβάνει την αναγνώριση των απαιτούμενων δεξιοτήτων για την εφαρμογή νέων συμπεριφορών, την αποχή ή ελεγχόμενη χρήση της ουσίας, την εξάσκηση και εφαρμογή αυτών των δεξιοτήτων με τη

χρήση ανατροφοδότησης και την παρακολούθηση των επιτευγμάτων. Στοχεύει στη μείωση της ακατάσχετης επιθυμίας και εστιάζει στις σκέψεις και στις συμπεριφορές που μειώνουν τη χρήση. Η διαδικασία είναι καθαρά συμπεριφοριστική, σχετιζόμενη ευθέως με τις καταστάσεις στις οποίες έλαβε χώρα η χρήση ουσιών στο παρελθόν και προτείνει νέες λύσεις σ' αυτές τις καταστάσεις (Raistrick, & Tober, 2004)

Η Γ-Σ.Π επίσης περιλαμβάνει (Copeland, 2004):

- εκμάθηση παρακινησιακή ενίσχυσης (motivational enhancement training)
- πλαίσιο στόχων (goals setting)
- αυτο-κινητοποίηση της συμπεριφοράς (behavioral self-monitoring)
- υποχώρηση διαχείρισης (withdrawal management)
- πρόληψη μίμησης, ακατάσχετης επιθυμίας και υποτροπής (coping with craving and relapse prevention)

Σύμφωνα με έρευνα του Copeland (2004) η βραχύα Γ-Σ.Π έχει μεγαλύτερες αποδείξεις επιτυχίας στους ενήλικες που είναι εξαρτημένοι από κάνναβη, στους εφήβους οι οποίοι εμπλέκονται με το νόμο καθώς επίσης και στους πάσχοντες από ψυχικές ασθένειες (σε πιο βραδύ και εντατικό ρυθμό). Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι η εφαρμογή της Γ-Σ.Π στους χρήστες κάνναβης μειώνει τη χρήση σε τέσσερις μήνες και διατηρεί την αποχή μετά από 15 μήνες follow-up test.

4.2.4 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ (The Adolescents Community Reinforcement Approach)

Πρόκειται για μια συμπεριφοριστική προσέγγιση η οποία εστιάζει στο τι το άτομο βιώνει ως ενισχυτικό από το κοινωνικό του περιβάλλον, τη δουλειά και τη ψυχαγωγία του. Στοχεύει στο να τον βοηθήσει ν' αλλάξει τρόπο ζωής και κοινωνικό περιβάλλον για να στηρίξει μακροχρόνιες αλλαγές στη συμπεριφορά μέσω' από την οποία η μη χρήση θα είναι περισσότερο ενισχυτική (Abou-Saleh, 2006).

Περιλαμβάνει εκμάθηση δεξιοτήτων, προσεγγίζει διάφορα κοινωνικά συστήματα που εμπλέκονται στη χρήση ουσιών και θέτει τους όρους της διαδικασίας αλλαγής. Προσδιορίζει τις προηγούμενες συνέπειες της χρήσης και τις κοινωνικές συμπεριφορές που σχετίζονται με αυτή και θέτει τους στόχους της θεραπευτικής διαδικασίας.

Προσπαθεί να ελκύσει την ικανοποίηση των εφήβων σε πολλές πλευρές της ζωής για να σχεδιάσει περισσότερους στόχους.

Επίσης εισάγει τους γονείς στο σκοπό και τη διαδικασία της προσέγγισης και προτείνει διάφορες γονεϊκές πρακτικές που θα βοηθήσουν τους εφήβους να μείνουν μακριά από τις ουσίες. Τέλος βελτιώνει τη θετική επικοινωνία στην οικογένεια επιλύοντας προβλήματα (Dennis et al., 2004).

4.2.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ (Relapse Prevention Program)

Χρησιμοποιεί διάφορες γνωστικο- συμπεριφοριστικές τεχνικές για να ενθαρρύνει τον αυτο-έλεγχο των θεραπευόμενων και να προλάβει την υποτροπή. Τονίζει προβλήματα τα οποία μπορεί ν' αντιμετωπίζει ο θεραπευόμενος και αναπτύσσει στρατηγικές οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε υψηλού κινδύνου καταστάσεις (Abou-Saleh, 2006).

Τα άτομα μαθαίνουν ν' αναγνωρίζουν την πιθανότητα υποτροπής. Ουσιαστικά μαθαίνουν να αυτο-αναλύουν τη συμπεριφορά τους και εξασκούνται σε κάποιες μιμητικές δεξιότητες (coping skills). Πιο συγκεκριμένα το πρόγραμμα πρόληψης υποτροπής περιλαμβάνει :

- γενική εκμάθηση δεξιοτήτων (πρόβα συμπεριφοράς, εκμάθηση επιβεβαίωσης)
- γνωστική αναπλαισίωση (μίμηση φαντασίας, αντίδραση στην υποτροπή)
- παρεμβάσεις τρόπου ζωής (ασκήσεις ηρεμίας και ενθάρρυνσης)

Όλ' αυτά συνιστούν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος πρόληψης υποτροπής. Το πρόγραμμα συνδυάζει εκμάθηση δεξιοτήτων, αυτοδιαχείριση, γνωστικές παρεμβάσεις και ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να εξασκεί τις πρακτικές αυτές χρησιμοποιώντας role play και κατ' οίκον καθήκοντα (Davinson, 1998).

4.2.6 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΠΛΑΙΣΙΟΥ (Network Approach)

Οι προσεγγίσεις πλαισίου είναι βασισμένες στις ανάγκες αλλαγής υποστηρικτικού περιβάλλοντος και μπορούν να θεωρηθούν πιο ευρείες ή πιο κοινωνικές προσεγγίσεις. Το βασικό συστατικό τους είναι η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που θα βοηθήσει στην αλλαγή και στη διατήρηση της. Το δεύτερο βασικό συστατικό της είναι να μειωθεί η χρήση (Raistrick, & Tober, 2004). Η λογική της προσέγγισης αυτής είναι βασισμένη

στην απόδειξη ότι η έκβαση της θεραπείας μπορεί να βελτιωθεί όταν οι γονείς συμπεριληφθούν σε αυτήν.

Η προσέγγιση πλαισίου είναι ομαδική και περιλαμβάνει οικογενειακή θεραπεία, επιμόρφωση γονέων και διαχείριση περίπτωσης (Copeland, 2004). Η επιμόρφωση γονέων περιλαμβάνει πληροφορίες για :

- την ανάπτυξη του εφήβου και του γονεϊκού ρόλου
- την κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες
- τη διαδικασία αντιμετώπισης
- την αναγνώριση των σημαδιών υποτροπής
- την ανάπτυξη και τη δομή της οικογένειας
- την οργάνωση και την επικοινωνία μέσα στην οικογένεια
- σύστημα οικογένειας και ρόλοι

Η προσέγγιση πλαισίου μπορεί επίσης να περιλαμβάνει κατ' οίκον επισκέψεις οι οποίες εστιάζουν:

- στην αρχική αξιολόγηση
- στην κινητοποίηση των κινήτρων
- στον έλεγχο της οικογενειακής ρουτίνας και των ρόλων μέσα στην οικογένεια
- στην διαδικασία της αλλαγής
- στη δέσμευση γι' αλλαγή

(Dennis et al., 2004)

Ένα είδος τέτοιας θεραπείας που προέκυψε από την προσέγγιση πλαισίου είναι η πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία. Η πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία (multidimensional family therapy) είναι μια πολυσυστημική, οικολογική, οικογενειακή προσέγγιση για τη θεραπεία εφήβων που κάνουν χρήση ουσιών. Οι θεωρητικές της ρίζες βασίζονται στη συνθετική στρατηγική και στην παραδοσιακή οικογενειακή θεραπεία. Η θεραπεία βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα από εφήβους με φυσιολογική ανάπτυξη και εφήβους με ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Απευθύνεται σε όλα τα πεδία όπου το άτομο εμπλέκεται (ατομικό, συζυγικό, γονεϊκό συγγενικό, φιλικό) (Shelef, Diamond, Diamond, Liddle, 2005).

Πιο συγκεκριμένα η πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία αποτελείται από (Copeland, 2004):

- έξι βδομάδες παρέμβασης αποτελούμενες από δύο προσωπικές συνεδρίες, παρακινησιακής συνέντευξης, τρεις ομαδικές συνεδρίες γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας και πολυσυνθετική οικογενειακού πλαισίου υποστήριξη
- δώδεκα βδομάδες από δεκατέσσερις συνεδρίες βασισμένες στην προσέγγιση κοινωνικών ενισχύσεων (community reinforcement approach), μια ατομική συμπεριφοριστική προσέγγιση (η οποία σχεδιάστηκε για να βοηθήσει το άτομο και την οικογένεια του να ξαναφτιάξουν το περιβάλλον τους) και δεκαπέντε συνεδρίες οικογενειακής θεραπείας.

Η πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία δεσμεύει τους γονείς και τους εφήβους όσον αφορά την έκβαση της θεραπείας, δημιουργεί σχέση , με όλα τα μέλη του συστήματος και ορίζει τους όρους της θεραπείας. Ασχολείται με τα θέματα που απασχολούν τους εφήβους όπως: η εμπιστοσύνη, η εγκατάλειψη, η απόρριψη, η απογοήτευση, η αξιοπιστία, οι πληγές του παρελθόντος, τα κίνητρα, η αυτοδιαχείριση και η ελπίδα για το μέλλον· καθώς επίσης και με θέματα που απασχολούν τις οικογένειες τους όπως: προάγει την επικοινωνία, ελέγχει τη συζήτηση, μετατρέπει τη σύγκρουση σε εποικοδομητικό διάλογο και αναπτύσσει θετικές εμπειρίες και αλληλεπιδράσεις. Τέλος εγκυεύεται την αλλαγή, αφού επιβλέπει τη θεραπευτική διαδικασία και ετοιμάζεται για τις προκλήσεις του μέλλοντος, προσφέροντας έτσι καλύτερη αποτελεσματικότητα (Dennis et al., 2004).

4.2.7 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η χρήση της τέχνης ως θεραπεία είναι πλέον ευρύτατα διαδεδομένη σε προγράμματα και σε κέντρα απασχόλησης. Χρησιμοποιείται σε θεραπευτικά προγράμματα που βασίζονται στις αρχές της αυτοβοήθειας όπως των Ανώνυμων Ναρκομανών και σε άλλα προγράμματα πρόληψης. Η εισαγωγή της τέχνης στο θεραπευτικό πλαίσιο στοχεύει στη διαδικασία αλλαγής του τρόπου σκέψης, της συναισθηματικής έκφρασης, της προσωπικότητας και της στάσης ζωής του ατόμου. Η θεραπεία της τέχνης είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην αντιμετώπιση ουσιών γιατί απευθύνεται στη δυσκολία των χρηστών να βιώσουν έντονα συναισθήματα.

Ένα είδος τέχνης-θεραπείας είναι η χοροθεραπεία–κινησιοθεραπεία, η οποία βασίζεται στις αρχές της ανθρωπιστικής ψυχολογίας και δίνει έμφαση στην έμφυτη τάση του ατόμου για δημιουργικότητα και αυτοπραγμάτωση (Payne, 1992, βλ: Μήλιου & Αυδή, 2006). Η χοροθεραπεία ορίζεται ως η ψυχοθεραπευτική χρήση της κίνησης μέσα από την οποία μπορεί κανείς να έρθει σε επαφή με το σώμα και τα συναισθήματά του. Χρησιμοποιεί τεχνικές που βασίζονται καθαρά στο χορό και στην κίνηση, καθώς και τεχνικές παρμένες από τη δραματοθεραπεία και τη θεραπεία Gestalt. Ορισμένες από τις τεχνικές αυτές είναι το άγγιγμα, ο αυτοσχεδιασμός, η οργανωμένη ακολουθία κινήσεων, η δημιουργία χορογραφίας, οι ασκήσεις ενίσχυσης της σχέσης του ατόμου με το σώμα του, οι θεμελιώδεις τεχνικές, οι τεχνικές αναπνοής, οι τεχνικές εξερεύνησης του προσωπικού χώρου, η υπερβολή, ο καθρέφτης, η συλλογική ομαδική κίνηση και η διαφορετικών μουσικών- ρυθμικών μέτρων (Meekums, 2002· Payne, 1992 βλ: Μήλιου & Αυδή, 2006).

Μέσω αυτών των τεχνικών μπορεί να συμβάλει σε συνδυασμό και με άλλες θεραπευτικές μεθόδους στην αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών. Μέσα από τη χοροθεραπεία το άτομο γνωρίζει το σώμα του από την αρχή και ανακαλύπτει το εαυτό του βιώνοντας πρωτόγνωρες εμπειρίες. Συγχρόνως του δίνεται η δυνατότητα να βιώσει με νέους τρόπους επικοινωνίας τα άτομα που τον περιβάλλουν.

4.2.8 ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με αναφορές της σύγχρονης βιβλιογραφίας δεν υπάρχουν φαρμακολογικές παρεμβάσεις όσον αφορά την αντιμετώπιση της κάνναβης (Copeland, 2004· McRay, Budney, Brady, 2003).

4.3 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ

Αφού αναφερθήκαμε στις βασικές ψυχολογικές παρεμβάσεις που υπάρχουν για την αντιμετώπιση της χρήσης κάνναβης, θα κάνουμε μια συνοπτική ανασκόπηση των ερευνών που έχουν γίνει γύρω από το θέμα και στη συνέχεια θα αξιολογήσουμε την αποτελεσματικότητά τους. Πρέπει να σημειωθεί ότι η επιλογή των παρεμβάσεων που προηγήθηκαν έγινε με βάση τις έρευνες που ακολουθούν.

Οι Stephens, Roffman, Simpson (1994, βλ: McRae, Budney, Brady, 2003) πραγματοποίησαν μια έρευνα η οποία συνέκρινε: μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν για 10 βδομάδες ομαδική θεραπεία και κοινωνική στήριξη, με μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν 10 βδομάδες γνωστικο- συμπεριφοριστική ομαδική θεραπεία πρόληψης υποτροπής.

Η ομαδική θεραπεία κοινωνικής στήριξης δίνει έμφαση στη χρησιμότητα της ομαδικής στήριξης στην διαδικασία της αλλαγής. Τα θέματα που συζητήθηκαν σε ομαδικό επίπεδο περιλάμβαναν: ανταλλαγή υποστήριξης, ενασχόληση με την άρνηση και τις εναλλαγές διάθεσης και αλληλεπίδραση με συνομήλικους που συνεχίζουν τη χρήση κάνναβης. Ο ρόλος του θεραπευτή ήταν να διευκολύνει τη συζήτηση αποφεύγοντας τις έτοιμες λύσεις.

Η γνωστικο-συμπεριφοριστική ομαδική θεραπεία πρόληψης βοήθησε τους συμμετέχοντες να λύσουν προβλήματα που αφορούσαν δυσκολίες της υποτροπής, συζητώντας θέματα ισορροπίας του τρόπου ζωής και χειρισμού των καταστάσεων υψηλού κινδύνου. Τα βασικά στοιχεία της θεραπείας περιλάμβαναν: δημιουργία συμβολαίου, συζήτηση με το θεραπευτή μετά την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, σχεδιασμό εργασιών, διάβασμα εγχειριδίων βασισμένων σε στρατηγικές μίμησης και κατ' οίκον αξιολόγηση των ενισχυτικών δεξιοτήτων που συζητήθηκαν στις συνεδρίες.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι δύο παρεμβάσεις συνέβαλαν στη μείωση της χρήσης κάνναβης. Αυτή η έρευνα υποστηρίζει ότι αυτές οι δύο συμβουλευτικές, ομαδικές παρεμβάσεις μπορούν να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της χρήσης κάνναβης.

Οι Stephens et al. (1999, βλ: McRae, Budney, Brady, 2003) στα πλαίσια της έρευνας τους συνέκριναν: μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν 9 συνεδρίες γνωστικο συμπεριφορικής θεραπείας και παρακινησιακής συνέντευξης και διαχείρισης περίπτωση με μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν 2 συνεδρίες παρακινησιακής συνέντευξης ή εκ των υστέρων θεραπεία.

Όλες οι παρεμβάσεις έγιναν σε ατομικό επίπεδο. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσει την αποτελεσματικότητα διαφορετικής διάρκειας θεραπειών σε διαφορετικό πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα περισσότερα υποκείμενα στην βραδύα θεραπεία (9 συνεδρίες) απείχαν από την κάνναβη στους τέσσερις μήνες σε σχέση με την βραχύα ή την εκ των υστέρων θεραπεία.

Η έρευνα των Budney et al. (2000) συνέκρινε: μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν 4 συνεδρίες παρακινησιακής συνέντευξης, μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν 14 συνεδρίες παρακινησιακής συνέντευξης και γνωστικο- συμπεριφορική θεραπεία και μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν παρακινησιακή συνέντευξη και γνωστικο- συμπεριφορική θεραπεία και ενίσχυση μέσω κουπονιών (voucher incentives).

Στόχος της ενίσχυσης μέσω κουπονιών είναι η ενίσχυση των προσαρμοστικών συμπεριφορών (της μη χρήσης κάνναβης) μέσω της ανταμοιβής όταν το άτομο πετύχει τους στόχους του και της μη ανταμοιβής όταν δεν τους πετυχαίνει (Abou-Saleh, 2006).

Ο σκοπός της έρευνας είναι να ελέγξει: α) αν ο συνδυασμός γνωστικο- συμπεριφορικής προσέγγισης και παρακινησιακής συνέντευξης παράγει καλύτερα αποτελέσματα απ' ότι η παρακινησιακή συνέντευξη μόνη της, β) αν η ενίσχυση μέσω κουπονιών σε συνδυασμό με τη γνωστικο- συμπεριφορική προσέγγιση και παρακινησιακής συνέντευξης θα βελτιώσει την έκβαση της θεραπείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχαν διαφορές όσον αφορά την αποχή ανάμεσα στις 4 και στις 14 συνεδρίες. Η ενίσχυση μέσω κουπονιών είχε καλύτερη διάρκεια αποχής και τα περισσότερα υποκείμενα απείχαν από την ουσία στο τέλος της θεραπείας σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες. Αυτή η έρευνα υποστηρίζει ότι η ενίσχυση μέσω κουπονιών μπορεί να εμπλουτίσει της έκβαση της θεραπείας όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες αποτελεσματικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.

Οι Stephens, Roffman, Curtin (2000) σε μια άλλη έρευνα συνέκριναν: μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν 14 συνεδρίες γνωστικο- συμπεριφορικής θεραπείας πρόληψης υποτροπής, μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν 2 ατομικές συνεδρίες παρακινησιακής συνέντευξης και μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν εκ των υστέρων θεραπεία ελεγχόμενων συνθηκών (delayed treatment control group)

Η γνωστικο- συμπεριφορική προσέγγιση περιλάμβανε δεκατέσσερις εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες σε μια περίοδο πάνω από τέσσερις μήνες. Οι συνεδρίες εστίαζαν: στη δημιουργία κινήτρων γι' αλλαγή, στον έλεγχο καταστάσεων υψηλού κινδύνου, στην

επιδίωξη επαφών και συνεδρίες αυτο-βοήθειας. Η παρέμβαση περιλάμβανε επίσης κατ' οίκον εργασία για να ενθαρρύνει την εξάσκηση των ειδικών δεξιοτήτων που διδάχτηκαν.

Η παρακινησιακή συνέντευξη περιλάμβανε δύο συνεδρίες των ενενήντα λεπτών όπου τα άτομα συναντούσαν το θεραπευτή, ο οποίος χρησιμοποιούσε τεχνικές της παρακινησιακή συνέντευξη καθώς επίσης και τεχνικές της γνωστικο συμπεριφορικής προσέγγισης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο η γνωστικο συμπεριφοριστική προσέγγιση όσο και η παρακινησιακή συνέντευξη έδειξαν θετικά αποτελέσματα σε σχέση με την εκ των υστέρων θεραπεία. Ωστόσο δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο παρεμβάσεις.

Οι Copeland, Swift, Roffman, Stephens (2001) στα πλαίσια της έρευνας τους συνέκριναν: μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν 6 συνεδρίες παρακινησιακής συνέντευξης και θεραπεία πρόληψης υποτροπής, μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν 1 συνεδρία παρακινησιακής συνέντευξης και εγχειρίδιο αυτο-βοήθειας και μια ομάδα ατόμων, τα οποία έλαβαν εκ των υστέρων θεραπεία ελεγχόμενων συνθηκών

Σκοπός της έρευνας είναι να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα διαφορετικής διάρκειας γνωστικο- συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων παρά να συγκρίνει διαφορετικά μοντέλα τα οποία επίσης διαφέρουν σε διάρκεια όπως έχει γίνει στις προηγούμενες έρευνες.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι δυο παρεμβάσεις ήταν αποτελεσματικές αλλά υπήρχε μείωση των προβλημάτων που σχετίζονται με την κάνναβη στις 6 συνεδρίες παρά στη 1 συνεδρία.

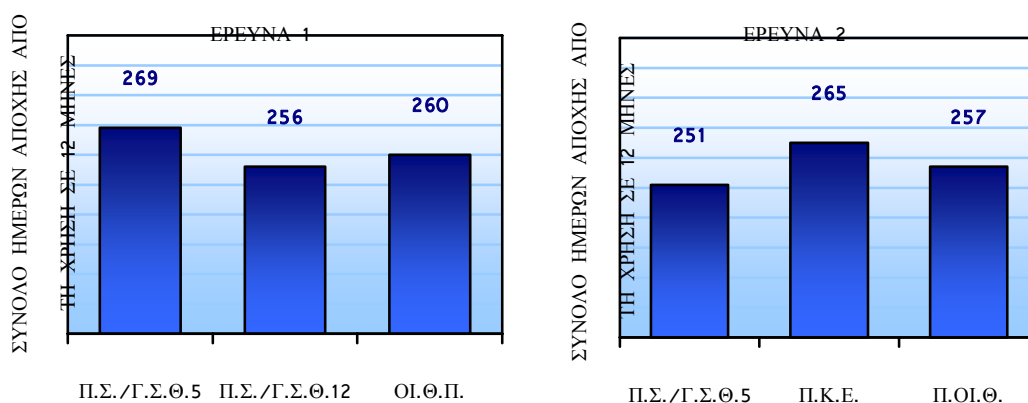
Στα πλαίσια μίας έρευνας για την αντιμετώπιση της κάνναβης στους νέους (The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study) οι Dennis et al. (2004) έκαναν δύο ερευνητικές δοκιμές οι οποίες ακολουθούν. Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα είναι: η παρακινησιακή συνέντευξη (Π.Σ.), η γνωστικο-συμπεριφορική παρέμβαση 5 και 12 συνεδριών (Γ.Σ.Θ.), η οικογενειακή θεραπεία πλαισίου (ΟΙ.Θ.Π.), η παρέμβαση κοινοτικής ενίσχυσης (Π.Κ.Ε.) και η πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία (Π.ΟΙ.Θ.). Το δείγμα που χρησιμοποιήσαν ήταν 600 άτομα, κυρίως λευκοί άνδρες, όλοι τους χρήστες κάνναβης και ηλικίας 15-16 ετών ενώ το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο έγιναν οι παρεμβάσεις ήταν πάνω από 12 μήνες.

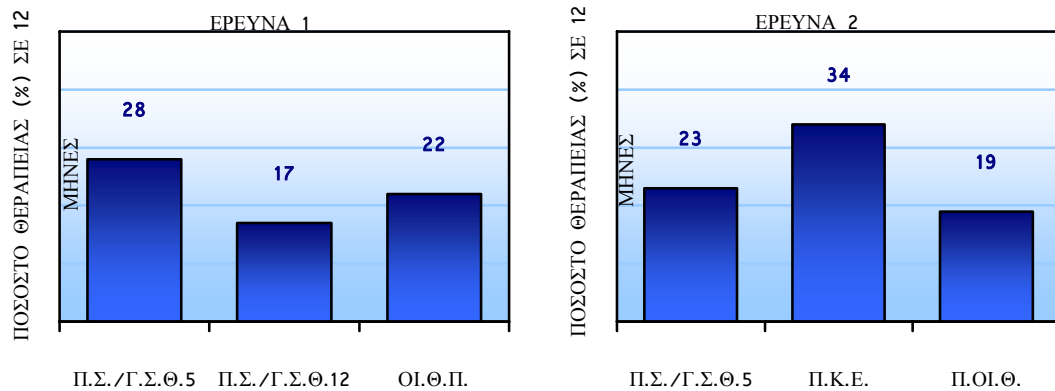
Στην πρώτη έρευνα συγκρίθηκαν έφηβοι, οι οποίοι έλαβαν 5 συνεδρίες παρακινησιακής συνέντευξης και γνωστικο-συμπεριφορικής παρέμβασης και έφηβοι που έλαβαν 12 συνεδρίες των ίδιων παρεμβάσεων, με έφηβους, οι οποίοι έλαβαν οικογενειακή θεραπεία πλαισίου. Και στις δύο ομάδες χρησιμοποιήθηκαν οι βασικές τεχνικές των παρεμβάσεων όπως προαναφέρθηκαν.

Από τα αποτελέσματα, φάνηκε ότι τα άτομα που έλαβαν 5 συνεδρίες παρακινησιακής συνέντευξης και γνωστικο-συμπεριφορικής παρέμβασης καθώς επίσης και τα άτομα που έλαβαν οικογενειακή θεραπεία πλαισίου είχαν καλύτερα αποτελέσματα από αυτά που έλαβαν 12 συνεδρίες των ίδιων παρεμβάσεων.

Στη δεύτερη έρευνα συγκρίθηκαν έφηβοι, οι οποίοι έλαβαν 5 συνεδρίες παρακινησιακής συνέντευξης και γνωστικο-συμπεριφορικής παρέμβασης και έφηβοι που έλαβαν παρέμβαση κοινωνικών ενισχύσεων, με έφηβους, οι οποίοι έλαβαν πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία. Και στις δύο ομάδες χρησιμοποιήθηκαν οι βασικές τεχνικές των παρεμβάσεων όπως προαναφέρθηκαν.

Από τα αποτελέσματα, φάνηκε ότι τα άτομα που έλαβαν 5 συνεδρίες παρακινησιακής συνέντευξης και γνωστικο-συμπεριφορικής παρέμβασης καθώς επίσης και τα άτομα που έλαβαν παρέμβαση κοινωνικών ενισχύσεων είχαν καλύτερα αποτελέσματα από αυτά που έλαβαν μόνο πολυδιάστατη οικογενειακή θεραπεία. Τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών παρατίθενται σχηματικά πιο κάτω.





(Dennis et al., 2002)

Κλείνοντας τη βιβλιογραφική ανασκόπηση θα αναφερθούμε σε μια έρευνα που έγινε στην Ελλάδα (Μήλιου, & Αυδή, 2006) και αφορά στην χοροθεραπεία- κινησιολογία. Στόχος της ήταν να διερευνήσει κατά πόσο μια τέτοια παρέμβαση βοηθάει τους χρήστες στην προσπάθεια που κάνουν κατά των ουσιών συμπεριλαμβανομένης και της κάνναβης. Η ομάδα δημιουργήθηκε το 2002 και αποτελείτο από 16 χρήστες οι οποίοι συναντιόνταν μια φορά τη βδομάδα, διάρκειας μίας ώρας, για 21 βδομάδες. Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν έχουν αναφερθεί παραπάνω.

Μέσα από αυτοαναφορές των χρηστών φάνηκε ότι η παρέμβαση αυτή βοήθησε τα άτομα να αναπτύξουν μια ουσιαστική σχέση με το σώμα τους αλλά και με τους άλλους ανθρώπους γύρω τους. Όπως ανέφεραν ο χορός τους έμαθε να χαλαρώνουν με τρόπο φυσικό, να έρχονται σε επαφή με τα συναισθήματα, το σώμα τους και με τους άλλους ανθρώπους. Τόνωσε την αυτοπεποίθησή τους και μείωσε τους φόβους που αισθάνονταν όταν καλούνταν να εκθέσουν τους εαυτούς τους. Γενικά θεώρησαν ότι η ύπαρξη αυτής της ομάδας συνέβαλε σημαντικά στη θεραπευτική διαδικασία καθώς τους βοήθησε να εκφράζονται καλύτερα και στις άλλες θεραπευτικές ομάδες.

Παρ' όλ' αυτά δεν πρέπει να θεωρήσουμε ότι μπορεί από μόνη της να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της χρήσης ουσιών. Η παρέμβαση αυτή είναι συμπληρωματική.

4.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΕΡΑΜΒΑΣΕΩΝ

Πέρα από τα αποτελέσματα των ερευνών που προαναφέρθηκαν, έχουν γίνει κάποιες έρευνες ειδικά για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Οι DeMarce, Stephens, Roffman, (2005) υποστηρίζουν ότι η παρακινησιακή συνέντευξη και η γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία έχουν περίπου τα ίδια αποτελέσματα. Την ίδια άποψη υποστηρίζουν και οι Stephens, Babor, Kaddner, Miller, The treatment project research group (2002). Πιο συγκεκριμένα θεωρούν ότι η παρακινησιακή συνέντευξη είναι η ιδανική θεραπεία για τους χρήστες κάνναβης και ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με γνωστικο- συμπεριφορικές τεχνικές, μπορεί να προσφέρει την καταλληλότερη θεραπεία τόσο για την αλλαγή των κινήτρων , όσο και για την εκμάθηση δεξιοτήτων.

Από την άλλη, οι Foote et al. (1999) υποστηρίζουν ότι η ομαδική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από την ατομική, στη αντιμετώπιση ουσιών. Οι Kaddner, Litt, Kabela-Cormier, Petry, (2007) ισχυρίζονται ότι η παρακινησιακή συνέντευξη σε συνδυασμό με τη γνωστικο- συμπεριφορική θεραπεία και την ενίσχυση μέσω κουπονιών έχουν τα υψηλότερα αποτελέσματα αποχής από κάνναβη σε περίοδο ενός χρόνου.

Σε έρευνα των Giouazolias, & Davis (2005) η οποία στοχεύει στο να δει την πλευρά του πελάτη όσον αφορά την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, αναφέρεται ότι οι θεραπευόμενοι που είναι σε αρχικό στάδιο επιλέγουν μια μη ενεργητικά προσανατολισμένη προσέγγιση σε σχέση με αυτούς που είναι σε προχωρημένο στάδιο οι οποίοι επιλέγουν μια ενεργητικά προσανατολισμένη παρέμβαση.

Από αυτό το γεγονός αποφαίνεται ότι οι εμπειρικές, μη κατευθυνόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι πιο βοηθητικές στους χρήστες σε αρχικό στάδιο, ενώ οι συμπεριφορικές, κατευθυνόμενες προσεγγίσεις είναι πιο αποτελεσματικές όταν χρησιμοποιούνται στους χρήστες σε προχωρημένο στάδιο.

Γενικά οι έρευνες δείχνουν εντυπωσιακά θεραπευτικά αποτελέσματα και τα πλεονεκτήματα της μιας έναντι της άλλης είναι δύσκολο να βρεθούν. Όλες οι παρεμβάσεις έχουν το ρόλο τους και μπορούν να προσφέρουν διαφορετικά αποτελέσματα ανάλογα με τις ανάγκες του θεραπευόμενου.

4.5 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα η θεραπεία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην έκβαση της θεραπείας. Το ποιος καλείται να αποτελέσει αυτόν που θα βοηθήσει τον θεραπευόμενο στην προσπάθεια που κάνει κατά των ουσιών είναι μια κρίσιμη επιλογή. Πέρα όμως από το θεραπευτή σημαντικό ρόλο στην έκβαση της θεραπείας παίζει και η οικογένεια. Το πλαίσιο μέσα στο οποίο ο θεραπευόμενος καλείται να εφαρμόσει, σε πρώτο επίπεδο, τις όποιες δεξιότητες έχει διδαχθεί από το θεραπευτή του.

4.5.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

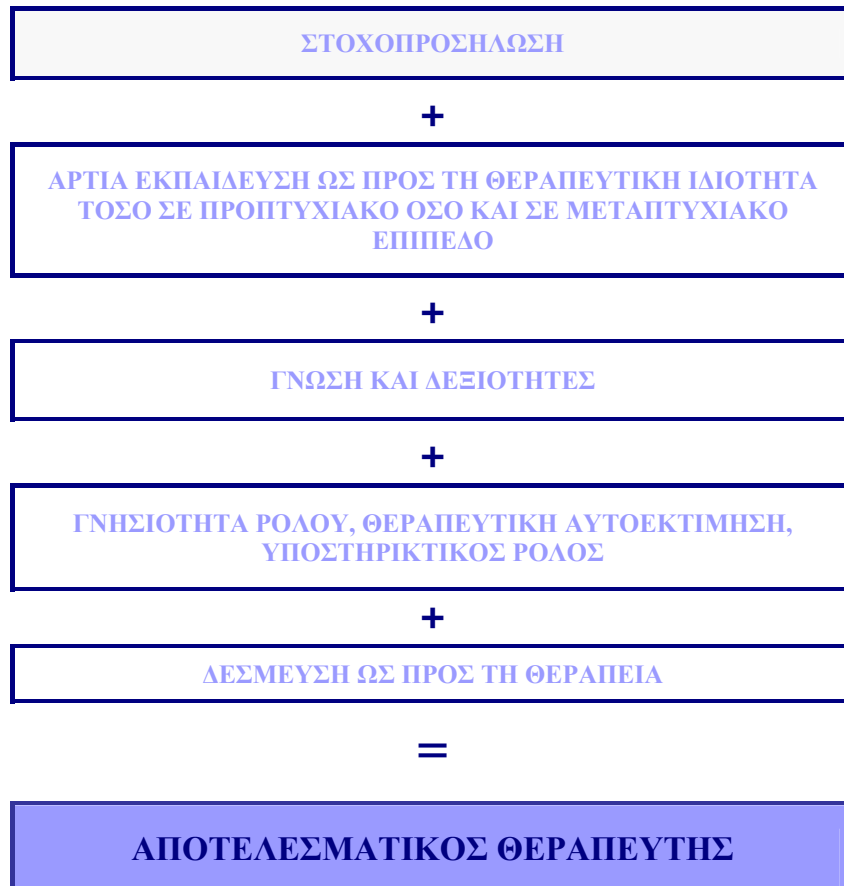
Η σχέση μεταξύ θεραπευτή- θεραπευόμενου ή αλλιώς η θεραπευτική συμμαχία είναι το κλειδί στη ψυχοθεραπεία (Μαλικιώση- Λοιζου, 1999). Θεραπευτική συμμαχία ορίζεται ως η συνεργασία και ο αποτελεσματικός δεσμός ανάμεσα στο θεραπευτή και τον θεραπευόμενο (Tetzlaff et al., 2005). Αυτή η σχέση έχει από μόνη της θεραπευτικό χαρακτήρα και επιπλέον μπορεί να αποτελέσει το πρότυπο σχέσης για τις υπόλοιπες σχέσεις που έχει ή πρόκειται να δημιουργήσει ο θεραπευόμενος (Bell, 1996).

Για να επιτευχθεί όμως κάτι τέτοιο ο θεραπευτής πρέπει να έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όπως: ενσυναίσθηση, γνησιότητα και απεριόριστο θετικό σεβασμό (Μαλικιώση-Λοιζου, 1999). Τα θεραπευτικά αποτελέσματα εξαρτώνται από την ικανότητα του θεραπευτή να δημιουργήσει ένα κλίμα ασφάλειας και αποδοχής για το θεραπευόμενο όπου θα νιώθει ότι μπορεί να είναι ο εαυτός του, χωρίς όρους (Bell, 1996).

Έρευνες έχουν δείξει, ότι οι έφηβοι που έχουν ισχυρή θεραπευτική σχέση με το θεραπευτή τους από την αρχή της θεραπείας έχουν σχετικά λιγότερη υποτροπή, (μέσα στους έξι πρώτους μήνες μετά την έκβαση της θεραπείας) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν καλή θεραπευτική σχέση (Tetzlaff et al., 2005). Επίσης βρέθηκε ότι τόσο η θεραπευτική συμμαχία ανάμεσα σε θεραπευτή και έφηβο, όσο και η θεραπευτική συμμαχία ανάμεσα σε θεραπευτή και γονέα συμβάλουν θετικά στην έκβαση της θεραπείας (Shelef, Diamond, Diamond, Liddle, 2005).

Παρακάτω παρατίθεται ένα σχεδιάγραμμα με τις προϋποθέσεις τις οποίες οφείλει να τηρεί ένας αποτελεσματικός θεραπευτής σύμφωνα με τους Raistrick και Tober (2004).

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ



(Raistrick, & Tober, 2004 σελ: 37)

4.5.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η συμμετοχή της οικογένειας στη θεραπευτική παρέμβαση παίζει σημαντικό ρόλο στη σταθεροποίηση των βημάτων του θεραπευόμενου (Μάτσα, 2001). Εξαρτημένα άτομα τα οποία έχουν στήριξη από την οικογένεια τους, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να θεραπευτούν, ενώ τα εξαρτημένα άτομα χωρίς κοινωνική στήριξη είναι λιγότερο επιρρεπή στη θεραπεία Miller, Gold, Pottash, 1989).

Όπως και να 'χει ένα τέτοιο γεγονός αποτελεί πλήγμα για την οικογένεια. Οι αντιδράσεις κυμαίνονται από άρνηση, λύπη, θυμό, αίσθημα προσωπικής αποτυχίας και μπορεί να φτάσουν έως την αποδοχή του γεγονότος.

Τα co-addict άτομα, (όπως αναφέρονται στη βιβλιογραφία) τα οποία είναι αυτά που στηρίζουν τον θεραπευόμενο, πρέπει να ξεπεράσουν το στάδιο της άρνησης και να αναθεωρήσουν τις διαστρεβλωμένες σκέψεις και συναισθήματα που έχουν αναπτύξει σε

σχέση με τη χρήση ουσιών. Η αποκατάσταση της αλήθειας είναι το βασικό αρχικό βήμα για την οικογενειακή θεραπεία.

Η θεραπεία ξεκινάει με την αποδοχή της κατάστασης. Η αναγνώριση της κατάστασης είναι συχνά δύσκολη εξαιτίας της αλλαγής της προσωπικότητας του χρήστη η οποία τραβάει την προσοχή. Συχνά η οικογένεια του χρήστη έχει κοινά χαρακτηριστικά με το χρήστη όπως: άρνηση, εκλογίκευση, προβολή, ενοχές. Γι' αυτό η συμμετοχή τους στο πρόγραμμα θεραπείας είναι απαραίτητη.

Στην οικογενειακή θεραπεία όπως προαναφέρθηκε περιλαμβάνονται επιμορφωτικά σεμινάρια για τις επιδράσεις της κάνναβης καθώς και ομαδική θεραπεία. Ομάδες οικογενειακών μελών μπορούν να παίρνουν μέρος στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα 1-3 ώρες τη βδομάδα. Οι ομάδες καθοδηγούνται από έναν έμπειρο ειδικό που καθοδηγεί και ενθαρρύνει τα άτομα να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους απέναντι στην κάνναβη. Σε αυτές τις ομάδες το βάρος δίνεται στην οικογένεια και όχι στο χρήστη.

Τα άτομα πρέπει να καταλαβαίνουν το ρόλο τους στη διαδικασία. Πρέπει επίσης να δεχτούν τις ευθύνες και τη συμβολή τους στην κατάσταση αυτή. Η ταύτιση με τα συναισθήματα των άλλων, η επιθυμία τους να ελέγξουν το χρήστη είναι σημαντικά στο να καταλάβουν τι έλεγχο μπορούν να ασκήσουν, έτσι ώστε ο χρήστης να θεραπευτεί.

Αφού τα άτομα αναγνωρίσουν το ρόλο τους στη διαδικασία στη συνέχεια πρέπει να είναι πρόθυμοι να ενημερωθούν και να δεχτούν συμβουλές από έναν ειδικό. Οι γονείς στη συγκεκριμένη περίπτωση οφείλουν να είναι ανοιχτοί στις τεχνικές τις οποίες καλούνται να εφαρμόσουν.

Από την άλλη ο θεραπευτής πρέπει να δίνει μια εφικτή γραμμή παρέμβασης, προσαρμοσμένη στις εκάστοτε ανάγκες. Οι στόχοι πρέπει να μπαίνουν από κοινού και να εφαρμόζονται διαδοχικά (από μικρότερους σε μεγαλύτερους). Σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει κίνδυνος να μην επιτευχθούν οι επιθυμητές αλλαγές και τα άτομα που εμπλέκονται στη διαδικασία να απογοητευτούν και να παραιτηθούν από την προσπάθεια.

Ο χρήστης, εκτός από την ατομική συμβουλευτική, κρίνεται μερικές φορές απαραίτητο να συμμετέχει και στις οικογενειακές συναντήσεις, έτσι ώστε να νιώσει ότι σ' αυτή τη μάχη δεν είναι μόνος του, αλλά έχει μαζί του τους σημαντικούς άλλους. Του δίνεται έτσι η ευκαιρία να νιώσει πιο δυνατός και πιο ελεύθερος να μιλήσει για τις σκέψεις και τα συναισθήματά του καθώς επίσης και για τις ανάγκες και τους στόχους του.

Στις δύσκολες περιπτώσεις όπου το άτομο δεν επιθυμεί να λάβει καμία ψυχολογική θεραπεία, τότε κάλο θα ήταν οι γονείς, τα αδέρφια και όλοι οι ενδιαφερόμενοι να πάρουν την πρωτοβουλία και ν' αναζητήσουν μόνοι τους τη βοήθεια ενός συμβούλου, ο οποίος θα τους κατευθύνει στο πως να χειριστούν την κατάσταση.

Όπως έχει ειπωθεί και προηγουμένως η οικογενειακή θεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν εφαρμόζεται σε συνδυασμό και με άλλες παρεμβάσεις, όπως η παρακινησιακή συνέντευξη και η γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΚΑΝΝΑΒΗ ΚΑΙ ΝΟΜΟΣ

Στο κεφάλαιο αυτό θ' ασχοληθούμε με την νομική πλευρά της χρήσης κάνναβης και τα διλήμματα που εγείρει ένα τόσο σοβαρό κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό θέμα. Για πολλούς, ίσως είναι άγνωστο ότι η απαγόρευση της καλλιέργειας, της κατοχής, της χρήσης και του εμπορίου κάνναβης επιτρεπόταν στις Η.Π.Α μέχρι το 1937, όπου ο κυβερνήτης F.D. Roosevelt δημιούργησε τον πρώτο εθνικό νόμο που απαγόρευε την κατοχή κάνναβης μέσω ενός υπέρογκου φόρου.

Μετά από μια τέτοια απόφαση πολλές ευρωπαϊκές χώρες και όχι μόνο ακολούθησαν τις Η.Π.Α παίρνοντας αυστηρά νομικά μέτρα κατά των καλλιεργητών και των χρηστών κάνναβης, που από τότε και μέχρι σήμερα ζουν στην παρανομία. Οι αντιδράσεις ήταν μεγάλες και τα ερωτήματα πολλά. Τι είναι άραγε αυτό που μετέτρεψε την κάνναβη από βιολογικό προϊόν σε τοξική ναρκωτική ουσία;

Σύμφωνα με τον Γρίβα (2004) η τύχη της κάνναβης κρίθηκε αποκλειστικά και μόνο από το συνδυασμό των πολιτικών, οικονομικών και τεχνολογικών αλλαγών που συντελέστηκαν κατά τη δεκαετία του 1930. Τα πολλά πλεονεκτήματα και οι εφαρμογές της κάνναβης, την καθιστούσαν υπολογίσιμο αν όχι μοναδικό ανταγωνιστή των προϊόντων πολλών βιομηχανικών κλάδων (πετρελαιοειδή, οινόπνευμα, καπνός, φάρμακα, παραγωγής χαρτιού), οι οποίοι και συνεργάστηκαν αρμονικά προκειμένου να πετύχουν την απαγόρευση της κάνναβης, στα κρίσιμα χρόνια 1930–1937 που σφραγίστηκαν από 5 κυρίως γεγονότα. Τα γεγονότα αυτά ήταν: Η δημιουργία του «Ομοσπονδιακού Γραφείου Ναρκωτικών» (1930), η δυνατότητα της φαρμακοβιομηχανίας να παράγει μαζικά χημικά προϊόντα (1928-1932), η άρση της Ποτοαπαγόρευσης (1933), η κατασκευή μηχανών υψηλής τεχνολογίας για την παραγωγή χαρτιού από τη δασική ξυλεία και η μονοπώληση της παραγωγής από το συγκρότημα Hearst (1930-36) και η μαζική εισαγωγή στην αγορά των προϊόντων της πετροχημικής βιομηχανίας (1926-36) και του νάιλον (1936).

Η απαγόρευση αυτή είχε και ιατρικές συνέπειες γιατί όπως έχει αναφερθεί και στο πρώτο κεφάλαιο η κάνναβη έχει και θεραπευτική χρήση. Η θεραπευτική χρησιμότητα της κάνναβης και των παραγωγών της είναι αποδεδειγμένη και αποδεκτή για το ακόλουθο ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων: γλαύκωμα, παρενέργειες της

χημειοθεραπείας (ναυτία και εμετό), άσθμα, επιληψία και σπασμοί, κατάθλιψη, άγχος, ανορεξία, άλγη διαφόρου αιτιολογίας, κακοήθεις νεοπλασίες, εξάρτηση από οπιούχα και αλκοόλ, κ.α (Canadian Public Health Association, 2004· Γρίβας, 1993· Gowing, Ali, Christie, White, 1998· Julien, 2003· Μπουκής, 1983· Müller-Vahl et al., 2001· Russo, 2001· Scholten, 2002· Τζάφφη, 1981· Tramèr, 2001). Όπως γίνεται σαφές η χρήση κάνναβης μπορεί να μειώσει τη συνταγογράφηση άλλων φαρμάκων και κατ' επέκταση να αποφευχθούν οι επιδράσεις τους (Russo et al., 2002). Η απαγόρευση της και ως θεραπευτικού μέσου οδήγησε πολλούς ασθενείς στην παρανομία.

Επιπλέον η απαγόρευση της κάνναβης στέρησε εμφανή οικονομικά πλεονεκτήματα στις κυβερνήσεις. Σύμφωνα με έρευνα του Minor (2005) στις Η.Π.Α, η οποία αξιολογεί τις προϋπολογιστικές επιπτώσεις της ποινικοποίησης και φορολόγησης και ρύθμισης της κάνναβης όπως τα άλλα καταναλωτικά αγαθά, η νομιμοποίηση της θα μειώσει τα έξοδα της κυβέρνησης σε \$5.3 δισεκατομμύρια τοπικό επίπεδο και σε \$2,4 δισεκατομμύρια σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Επιπλέον η νομιμοποίηση της κάνναβης θα φέρει \$2,4 δισεκατομμύρια φορολογικά έσοδα ετησίως αν η κάνναβη φορολογείται όπως τα άλλα καταναλωτικά αγαθά και \$6,2 δισεκατομμύρια ετησίως εάν φορολογείται όπως η νικοτίνη και το αλκοόλ.

Εβδομήντα και πλέον χρόνια μετά την απαγόρευση της κάνναβης οι υποστηρικτές της με βροντερή φωνή τάσσονται υπέρ της αποποινικοποίησης της με όποιο τρόπο μπορούν. Μάλιστα έχουν ανακηρύξει και Παγκόσμια ημέρα για την αποποινικοποίηση της η οποία γιορτάζεται κάθε χρόνο το πρώτο Σάββατο του Μάιου. Η πρωτοβουλία αυτή ξεκίνησε το 1999 από τις ΗΠΑ και γρήγορα απέκτησε διεθνή χαρακτήρα. Εμπνευστής της ήταν ο αμερικάνος ακτιβιστής Dana Bill, πρωτοπόρος στον αγώνα για τη νομιμοποίηση της κάνναβης με σύνθημα «Θεραπεία και όχι Πόλεμοι για τα ναρκωτικά» (www.sansimera.gr). Στόχος των διοργανωτών είναι το δικαίωμα σε πιο ανθρώπινες αντιαπαγορευτικές πολιτικές, που αντιμετωπίζουν τη χρήση ή την εξάρτηση από ουσίες ως ποινικό αδίκημα αλλά προωθούν την απεξάρτησή του χρήστη, με την ταυτόχρονη αποδυνάμωση του παράνομου εμπορίου.

5.1 Η ΝΟΜΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΝΝΑΒΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Πριν γίνει αναφορά στην ευρωπαϊκή επικρατούσα κατάσταση σήμερα όσον αφορά τη νομιμότητα ή όχι της κάνναβης, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε στην κατηγοριοποίηση των ναρκωτικών ουσιών σύμφωνα με το νόμο. Κατηγοριοποίηση ναρκωτικών ουσιών είναι η συσχέτιση της ποινικής αντιμετώπισης, με το είδος και την επιβλαβή δράση της ουσίας, όχι μόνο σε ατομικό αλλά και σε ευρύτερα κοινωνικό πλαίσιο (Μαλιώρη, 2002). Τα ναρκωτικά χωρίζονται κυρίως σε 4 πίνακες. Στην Ελλάδα η κάνναβη μαζί με την ηρωίνη, τη μεσκαλίνη κατατάσσονται στον πίνακα 1. (Φαρσεδάκη, 1996). Η κατηγοριοποίηση αυτή μπορεί να αλλάζει ανά χώρα ή ανά χρονικά διαστήματα ανάλογα με την αναθεώρηση της νομοθεσία στην κάθε χώρα.

Στη Νορβηγία η κατοχή ποσότητας γύρω στα 15γρ. θεωρείται για προσωπική χρήση και τιμωρείται με πρόστιμο την πρώτη φορά. Η κατοχή μεγαλύτερης ποσότητας θεωρείται εμπόριο και αντιμετωπίζεται με ποινικές κυρώσεις. Στη Σουηδία η κατοχή μικρών ποσοτήτων δεν τιμωρείται για προσωπική χρήση στο σπίτι. Στη Φιλανδία η κατοχή ή καλλιέργεια για μικρές ποσότητες για προσωπική χρήση (λιγότερο από 50γρ ή 6 ανθισμένα φυτά) τιμωρείται με μικρό πρόστιμο (150€-500€). Το εμπόριο απαγορεύεται.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο μπορεί να συλληφθεί κάποιος ακόμη και για μικρή ποσότητα κατοχής κάνναβης. Ωστόσο αρχικά του γίνονται κάποιες προειδοποιήσεις και αν επαναληφθεί παραπέμπεται σε προγράμματα αποκατάστασης. Η εμπλοκή κάποιου σε τέτοιες ενέργειες μπορεί να επηρεάσουν ακόμη και την κατάσταση του διαβατηρίου του. Το μέγιστο της ποινής είναι 2 χρόνια φυλάκιση και πρόστιμο. Όσον αφορά το εμπόριο είναι πολύ σοβαρό παράπτωμα στην Αγγλία. Άτομα που καλλιεργούν ή μεταφέρουν μεγάλη ποσότητα κάνναβης μπορεί να συλληφθούν για εμπόριο. Το μέγιστο της ποινής είναι 14 χρόνια φυλάκιση και πρόστιμο.

Στην Ολλανδία επιτρέπεται η κατοχή γύρω στα 5γρ κάνναβης. Το εμπόριο απαγορεύεται. Μόνο τα coffee-shops μπορούν να πωλούν κάνναβη σε ενήλικες και όχι περισσότερο από 5γρ. στο άτομο ανά ημέρα. Το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους επιτρέπεται. Παρόλα αυτά, σε ορισμένους χώρους καταδιώκεται από τοπικούς κανονισμούς οι οποίοι περιορίζουν τη χρήση στα coffee-chops, στο σπίτι ή σε απομονωμένα πάρκα. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι τα coffee-chops δεν μπορούν να

πωλούν εμπόρευμα, έχουν αυστηρούς νόμους και δέχονται συχνά ελέγχους από τις τοπικές αρχές.

Στο Βέλγιο επιτρέπεται στους ενήλικες η κατοχή σε μικρές ποσότητες (3γρ. ή ένα φυτό) καθώς επίσης και η κατανάλωση στο σπίτι. Στη Γαλλία η απαγόρευση είναι ισχυρή. Η κατοχή, χρήση και πώληση είναι αυστηρά απαγορευμένες. Στην Ελβετία ακόμη και μικρές ποσότητες κατοχής κάνναβης είναι παράνομη. Στη Ιταλία επιτρέπεται σε μικρές ποσότητες (1,5γρ) η προσωπική χρήση, ενώ η πώληση είναι παράνομη.

Στη Γερμανία η κατοχή μικρών ποσοτήτων για προσωπική χρήση στο σπίτι δε διώκεται αλλά η ποσότητα κατάσχετα. Η ποσότητα που επιτρέπεται σε κάθε περιοχή είναι διαφορετική και κυμαίνεται από 3-30γρ. Κατοχή μεγαλύτερων ποσοτήτων τιμωρείται με πρόστιμο εκτός και αν η πρόθεση για εμπόριο είναι φανερή. Η πώληση απαγορεύεται. Η καλλιέργεια είναι επίσης παράνομη αλλά συνήθως δε καταδιώκεται αν τα φυτά είναι λίγα. Μόνο τα θηλυκά ανθισμένα φυτά αντιμετωπίζονται όπως η κατοχή κάνναβης. Στην Πολωνία η κατοχή απαγορεύεται ακόμη και για μικρές ποσότητες. Το 2005 η κυβέρνηση άρχισε να προσφέρει υπηρεσίες αποκατάστασης στο χώρο της φυλακής.

Στην Ισπανία η κατοχή και η χρήση σε ιδιωτικούς χώρους δεν καταδικάζεται ενώ η πώληση είναι παράνομη και τιμωρείται. Στην Πορτογαλία αποποινικοποιήθηκε μόνο για προσωπική χρήση σε μικρές ποσότητες (10 δόσεις). Το εμπόριο απαγορεύεται.

Στην Εσθονία το να καπνίζει κανείς κάνναβη λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Από την άλλη το να καλλιεργεί κάνναβη με άδεια ή να πουλάει φύλλα και σπόρους κάνναβης είναι νόμιμο. Στη Λιθουανία η χρήση κάνναβης είναι παράνομη και τιμωρείται με πρόστιμο ή φυλάκιση.

Στην Ελλάδα και στην Κύπρο η κάνναβη είναι εξ ολοκλήρου παράνομη. Η καλλιέργεια, η πώληση, η κατοχή, η μεταφορά και η κατανάλωση καταδιώκονται σκληρά, ακόμη και για μικρές ποσότητες (EMCDDA, 2007· EMCDDA, 2005· EMCDDA, 2001)

5.2 ΑΠΟΠΟΙΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ. ΥΠΕΡ Ή ΚΑΤΑ;

Παρ' όλο που η κάνναβη έχει κάποιες αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, όπως προαναφέραμε στο κεφάλαιο 2, ωστόσο υπάρχουν απόψεις που υποστηρίζουν ότι πρόκειται για μια μη τοξική ουσία η οποία δεν προκαλεί εξάρτηση, δεν αποτελεί το κατόφλι για άλλα πιο σκληρά ναρκωτικά και δεν συσχετίζεται με μορφές εγκληματικότητας. Ως εκ τούτου τάσσονται υπέρ της αποποινικοποίησης της ή ακόμη και της νομιμοποίησης της.

Αποποινικοποίηση σημαίνει ότι κάποια πράξη δεν είναι πλέον αξιόποινή και στην περίπτωση των ναρκωτικών αφορά κυρίως στη ζήτηση παράνομων ουσιών (κατοχή, χρήση). Κατά την αποποινικοποίηση παραμένει παράνομη η χρήση, κατοχή και απόκτηση ναρκωτικής ουσίας, χωρίς το αδίκημα να είναι ποινικό, αλλά διοικητικό (π.χ πρόστιμο, αφαίρεση άδειας κλπ.) (EMCDDA, 2005).

Αντίθετα, η **νομιμοποίηση** καθιστά νόμιμη μία πρότινος παράνομη ή απαγορευμένη πράξη και στην περίπτωση των ναρκωτικών αφορά κυρίως στην προσφορά (παραγωγή, επεξεργασία ή πώληση για μη ιατρική χρήση). Στην περίπτωση της νομιμοποίησης ναρκωτικών ουσιών, αυτά αντιμετωπίζονται με κανονιστικές διατάξεις όπως συμβαίνει με το αλκοόλ και τον καπνό (EMCDDA, 2005).

Πολλές έρευνες στην Ευρώπη και στην Αυστραλία έχουν δείξει ότι η υιοθέτηση ενός πιο ήπιου νομικού πλαισίου για την κατοχή κάνναβης, δεν αυξάνει τη χρήση και ότι η θέσπιση ενός πιο ελεύθερου νόμου, δεν αυξάνει απαραίτητα και τα ποσοστά χρήσης (van den Brink, 2008· Maag, 2003). Από την άλλη, έρευνες που έχουν γίνει στη Αμερική υποστηρίζουν ότι η ποινικοποίηση της κατοχής κάνναβης μπορεί να μειώσει τη χρήση, αλλά όχι σε σημαντικό βαθμό. Οι περισσότεροι ερευνητές που ασχολούνται με το εν λόγω θέμα υποστηρίζουν την κατάργηση της τιμωρίας (Kilmer, 2002).

Μερικές περιοχές στην νότια Αυστραλία αποποινικοποίησαν την κάνναβη γύρω στο 1987 και μετά. Έρευνες που συνέκριναν το ποσοστό χρήσης στις νότιες περιοχές της Αυστραλίας και τα ανάλογα ποσοστά στη δυτική Αυστραλία έδειξαν ότι η αποποινικοποίηση είχε ελάχιστη επίδραση στα ποσοστά χρήσης. Η αποποινικοποίηση φαίνεται ότι δεν έφερε ούτε μείωση, ούτε αύξηση της χρήσης κάνναβης (Single, Christie, Ali, 2002· Maag, 2003). Την ίδια άποψη υποστηρίζουν και οι McGeorge και Aitken (1997) όπου σύμφωνα με την έρευνα τους, ή οποία βασίζεται σε φοιτητικό δείγμα του

Εθνικού Πανεπιστημίου της Αυστραλίας, η αποποινικοποίηση δεν έφερε σημαντικές αλλαγές στη χρήση κάνναβης κατά την περίοδο 1992-1994.

Στις Η.Π.Α 11 πολιτείες αποποινικοποίησαν τη χρήση κάνναβης κατά την περίοδο 1973-1978. Έρευνες έχουν δείξει ότι σε μερικές πολιτείες, όπως η Καλιφόρνια, η αποποινικοποίηση έφερε αύξηση της χρήσης κάνναβης. Πιο συγκεκριμένα, το 1978 το ποσοστό χρήσης ήταν 27% ανάμεσα στις ηλικίες 18-24 ετών, ενώ το 1978 το ποσοστό αυξήθηκε στα 33%. Ανάμεσα στις ηλικίες 25-34 το ποσοστό αυξήθηκε από 6%-19%. Το 1976 η χρήση αυξήθηκε από 28%-35% (Single, Christie, Ali, 2002). Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές σε σχέση με την αποποινικοποίηση και τη χρήση κάνναβης κατά την περίοδο 1972-1977 (Pacula et al., 2005).

Ο Jonhston (1980, βλ: Single, Christie, Ali, 2002) είπε ότι: «η αποποινικοποίηση φαίνεται αν μην έχει επίδραση ούτε στη χρήση κάνναβης, ούτε στις σχετικές με την κάνναβη αντιλήψεις και στάσεις ανάμεσα στους νέους αμερικάνους (σελ: 171)».

Σύμφωνα με τους Osborne και Fogel (2008), χρειάζεται περισσότερη έρευνα όσον αφορά το θέμα της αποποινικοποίησης. Η άποψη αυτή στηρίζεται στο παράδειγμα του Καναδά. Στον Καναδά η χρήση κάνναβης αντιμετωπίζεται ως έγκλημα. Παρ' όλα αυτά πολλοί καναδοί εξακολουθούν να κάνουν χρήση. Σύμφωνα με τον Tjerkema (2004, βλ: Osborne, & Fogel, 2008), μεταξύ 1989-2002 το ποσοστό των ατόμων που δοκίμασαν κάνναβη διπλασιάστηκε και παρόλο που το 2005 το ποσοστό της χρήσης κάνναβης έπεσε κατά 12%, η κάνναβη εξακολουθεί να κυριαρχεί ανάμεσα στις παράνομες ουσίες. Το 2005 από τους 92,255 χρήστες ναρκωτικών ουσιών, οι 59,973 ήταν χρήστες κάνναβης. Έτσι φαίνεται ότι η απαγόρευση της κατοχής κάνναβης έχει αποτύχει στο να μειώσει τη χρήση παράνομων ουσιών.

Πολλοί καναδοί επιστήμονες προτείνουν να αλλάξει ο ισχύων νόμος. Σύμφωνα με τον Boyd (1991, βλ: Osborne, & Fogel, 2008) «ο πόλεμος κατά των ναρκωτικών είναι μια πράξη ανθρώπινης αποτυχίας...Το θέμα είναι να εξετάσουμε τις βίαιες αντιλήψεις που έχουμε κτίσει γύρω από τις ουσίες, βάζοντας ως προτεραιότητα την ψυχική υγεία και όχι την ηθικολογία του δυτικού, βιομηχανικού πολιτισμού (σελ:540)».

Οι Fergusson, και Horwood (1997) υποστηρίζουν ότι: «η αποποινικοποίηση ή νομιμοποίηση της κάνναβης είναι πιθανόν να συμβάλει στη μείωση των ψυχολογικών

κινδύνων που δημιουργεί, μόνο αν αυτή η διαδικασία συνοδεύεται από αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο στηρίζει και συντηρεί τη χρήση κάνναβης (σελ: 294)».

Επίσης ο Harrison (1995) λέει ότι: «υποστηρίζεται ότι η κάνναβη έχει κάποια ιατρικά πλεονεκτήματα. Ας ελπίσουμε ότι κάποιες πιο ανοικτόμυαλες κλινικές δοκιμές θα μπορέσουν ν' αποδείξουν την ιατρική της εφαρμογή, έτσι ώστε κάποιος που ασθενεί να μπορεί να λάβει την ουσία χωρίς το στίγμα του παραβάτη (σελ:1709)».

Ωστόσο υπάρχουν απόψεις που υιοθετούν μια διαφορετική στάση ως προς τη νομική πλευρά του θέματος. Μερικές από αυτές υποστηρίζουν ότι η νομιμοποίηση της κάνναβης θα αυξήσει τη χρήση καθώς επίσης και τις νόμιμες συνέπειές της, όπως την εγκληματικότητα και την ασθένεια (Kleber, 1995). Άλλοι θεωρούν ότι η κάνναβη είναι πολύ επιβλαβής για την υγεία και προκαλεί πολύ σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα. Ως εκ τούτου η αποποινικοποίηση της θα ήταν μεγάλο ρίσκο για την κοινωνία (Ashton, Young, 1995). Παρόμοιες απόψεις εκφράζουν και οι McEvedy και McPhilips (1995).

5.3 ΤΟ ΟΛΛΑΝΔΙΚΟ ΠΕΙΡΑΜΑ

Το 1976 η κάνναβη αποποινικοποιήθηκε στην Ολλανδία. Η διαδικασία έγινε σε τέσσερις φάσεις. Στην πρώτη φάση (1960-1970), η ολλανδική κάνναβη βρισκόταν κυρίως στη μυστική αγορά. Αγοραζόταν και καταναλωνόταν σε παρακμιακό περιβάλλον και από περιθωριακούς ανθρώπους. Η δεύτερη φάση άρχισε όταν οι αρχές άρχισαν να είναι επιεικείς με τους εμπόρους, οι οποίοι περιφέρονταν στα νεανικά κέντρα. Στο μεταξύ έγινε κατηγοριοποίηση των ουσιών σε δυο πίνακες. Στον πίνακα 2 κατηγοριοποιήθηκε η κάνναβη και τα προϊόντα της ενώ στον πίνακα 1 εντάχθηκε η κοκαΐνη και η ηρωίνη. Επίσης αναθεωρήθηκαν οι ποινές και ως όριο κατοχής καθιερώθηκαν τα 30γρ. Στην τρίτη φάση έγινε η ίδρυση των coffee shops τα οποία λειτουργούν μέχρι σήμερα κάτω από κάποια κριτήρια. Τα κριτήρια αυτά είναι: όχι φανερή διαφήμιση, όχι σκληρά ναρκωτικά, όχι φασαρίες, όχι ανήλικη πελατεία, όχι μεγάλες ποσότητες. Κατά την τέταρτη φάση στα μέσα της δεκαετίας του 1990, έγινε μια προσπάθεια μείωσης των coffee shops. Συνεπώς τα coffee shops μειώθηκαν από 1500 σε 800 το 2001, ενώ κάθε τοπική κοινωνία μπορούσε ν' αποφασίσει αν θα εκδώσει άδεια λειτουργίας. Περίπου 400-500 κοινότητες αρνήθηκαν να εκδώσουν τη συγκεκριμένη άδεια.

Μετά τη νομοθετική αυτή μεταρρύθμιση, σύμφωνα με έρευνες που έγιναν από το 1970 μέχρι το 1991 σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες καταγράφηκε αύξηση του ποσοστού χρήσης. Πιο συγκεκριμένα, το 1970 το ποσοστό χρήσης ήταν 1%-2%, ενώ το 1980 το ποσοστό αυξήθηκε σε 6%-10%. Το 1991 το ποσοστό έφτασε στα 12%. Έρευνα του 1997 σε εφήβους 12% και άνω έδειξε ότι μόνο 1 στους 6 είχε δοκιμάσει κάνναβη, και 1 στους 40 έκανε συχνή χρήση (Korf, 1995, βλ: Korf, 2002). Η ηλικία χρήσης κυμαίνεται από 20-29 ετών, ενώ πιο συχνή χρήστες εμφανίζονται άτομα ηλικίας 16-24 ετών. Οι περισσότεροι είναι άνδρες αστικής καταγωγής.

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε σχολεία, το ποσοστό χρήσης παρουσίασε διακυμάνσεις. Το 1969 καταγράφηκε ποσοστό της τάξης του 9% ενώ το 1971 το ποσοστό αυτό διπλασιάστηκε και έμεινε σταθερό μέχρι το 1973. Αντίθετα, για τα έτη 1984 και 1988 καταγράφηκε σημαντική μείωση (5% και 8% αντίστοιχα). Το 1996 το ποσοστό έφτασε το 20,9% και το 1999 έπεσε στο 19,5% (Kuipers, de Zwart, 1999; de Zwart, Monshouwer, Smit, 2000, βλ: Korf, 2002).

Συμπερασματικά, η χρήση κάνναβης στην Ολλανδία πέρασε από τρεις φάσεις. Πρώτη φάση: απότομη αύξηση γύρω στο 1970, δεύτερη φάση: μείωση κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και αρχές της δεκαετίας του 1980, τρίτη φάση: δεύτερη αύξηση στα μέσα της δεκαετίας του 1990. πιθανόν η αύξηση να οφείλεται στην ύπαρξη των coffee shops (Maag, 2003).

Παρόλα αυτά, τα ποσοστά χρήσης κάνναβης στην Αμερική σε εφήβους είναι υψηλότερα σε σχέση με την Ολλανδία και η ηλικία έναρξης είναι μικρότερη. Ωστόσο, εμφανίζεται κι εκεί το ίδιο κύμα διακύμανσης από το 1970-90, καθώς επίσης και στη Γερμανία όπου τα ποσοστά χρήσης είναι μικρότερα από την Ολλανδία. Από την άλλη, σε χώρες όπου απαγορεύεται η χρήση κάνναβης, όπως η Σουηδία, τα ποσοστά είναι χαμηλότερα από την Ολλανδία.

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι η πληθυσμοί αυτοί είναι διαφορετικοί ως προς κάποια γενικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, η Ολλανδία έχει τα υψηλότερα ποσοστά αστικοποίησης σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Από δεδομένα του EMCDDA, (2007) προκύπτει ότι η Ολλανδία κατέχει μία μέτρια θέση στην ευρωπαϊκή κατάταξη, με τη Σουηδία και τη Ρουμανία να κατέχουν το χαμηλότερο ποσοστό (8%) και τη Γαλλία να κατέχει το υψηλότερο ποσοστό (35%).

Όσον αφορά το ερώτημα σχετικά με το εάν το παράδειγμα της Ολλανδίας θα μπορούσε να εφαρμοστεί από τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα πλαίσια μιας ενιαίας πολιτικής ενάντια στα ναρκωτικά οι απόψεις δίστανται. Αρκετοί ερευνητές, όπως η Chatwin (2007) υποστηρίζουν ότι μια τέτοια αλλαγή σε ευρωπαϊκό επίπεδο θα ήταν ανέφικτη και αναποτελεσματική. Η Chatwin στηρίζει την άποψή της στο γεγονός ότι η Ολλανδία είναι μία χώρα με ένα ιδιαίτερο κοινωνικό προφίλ που παραδοσιακά έχει μία ανεκτική στάση απέναντι στους πολίτες. Κάτι τέτοιο δεν ισχύει για την υπόλοιπη Ευρώπη και συνεπώς η αλλαγή θα είναι πολύ απότομη. Από την άλλη, προτείνει ένα μοντέλο πολυεπίπεδης διακυβέρνησης σχετικά με την πολιτική ενάντια στα ναρκωτικά από κάτω προς τα πάνω, όπου ο απλός πολίτης θα έχει περισσότερη ανάμειξη και θα μπορεί να ασκήσει μεγαλύτερη επιρροή στη χάραξη της σχετικής πολιτικής.

5.3 ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΑΠΟΠΟΙΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όπως έχει προαναφερθεί στην Ελλάδα η κάνναβη είναι εξ ολοκλήρου παράνομη. Η καλλιέργεια, η πώληση, η κατοχή, η μεταφορά και η κατανάλωση καταδιώκονται σκληρά, ακόμη και για μικρές ποσότητες. Επίσης κατατάσσεται στον πίνακα 1 μαζί με την ηρωίνη και άλλες ψυχοτρόπες ουσίες. Η νομοθεσία είναι αρκετά αυστηρή και η τιμωρία είναι φυλάκιση, η οποία συνήθως είναι εξαγοράσιμη.

Το θέμα της αποποινικοποίησης στην Ελλάδα ακόμα και σήμερα θεωρείται ταμπού και η αντίσταση σε οποιαδήποτε νομοθετική αλλαγή είναι σθεναρή. Στη συνέχεια παρατίθενται οι απόψεις διάφορων φορέων που εμπλέκονται άμεσα ή έμμεσα με το θέμα της αποποινικοποίησης της κάνναβης στην Ελλάδα.

Τι λένε οι εξαρτημένοι

Υπέρ της νομιμοποίησης της κάνναβης τάσσεται η πλειοψηφία των εξαρτημένων ατόμων από ναρκωτικά που ερωτήθηκαν σε σχετική έρευνα που διεξήγαγε ο Μπούκης (1997). Μεταξύ άλλων η έρευνα ασχολήθηκε με τη θέση των χρηστών στο θέμα της νομιμοποίησης της χρήσης κάνναβης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 92% των ερωτηθέντων θα δεχόταν την ελεύθερη χρήση κάνναβης, με την προϋπόθεση να έχει προηγηθεί συστηματική και υπεύθυνη ενημέρωση της νεολαίας. Χρήστες που έχουν παρακολουθήσει προγράμματα αποκατάστασης είναι πιο αρνητικά τοποθετημένοι στην ελεύθερη διακίνηση κάνναβης.

Τι λένε οι ειδικοί

Ο Γρίβας (2004) είναι κατηγορηματικός όσον αφορά της νομιμοποίησης της κάνναβης. Χαρακτηριστικά υποστηρίζει ότι σοβαροί ιατρικοί, πολιτικοί, οικονομικοί και οικολογικοί λόγοι επιβάλλουν την αναθεώρηση της «παράλογης» απαγορευτικής πολιτικής απέναντι στην κάνναβη, το κόστος της οποίας δεν μπορεί να αντέξει ή να ανεχθεί πια η κοινωνία. Το παραλήρημα των μανιακών της καταστολής δεν μπορεί να εξακολουθήσει να κανοναρχεί τις επιλογές του κοινωνικού σώματος και να υπονομεύει τη συνοχή του. Η απαγόρευση των ψυχοτρόπων ουσιών και η μαζική τελετουργική ανθρωποθυσία που τη συνοδεύει συνιστούν ένα αποτρόπαιο έγκλημα σε βάρος του ατόμου, της κοινωνίας, του πολιτισμού και της ελευθερίας, ακόμη κι αν γίνουν αποδεκτές ως αληθείς οι μυθοπλασίες των υποστηρικτών της. Γιατί η χρήση οποιασδήποτε, έστω και επικίνδυνης, ουσίας βλάπτει αποκλειστικά και μόνο τον χρήστη της. Συνεπώς, αποτελεί τυπική πράξη αυτοπροσβολής και, ως τέτοια, σε μία πολιτισμένη κοινωνία δεν μπορεί να υπόκειται σε καμιά απαγορευτική ή κατασταλτική παρέμβαση.

Η Κοκκέβη (2004) είναι σαφής όσον αφορά την αντιμετώπιση των χρηστών. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι: «Η αντιμετώπιση του νέου που αρχίζει να παίρνει ναρκωτικά δεν μπορεί να είναι η ποινή φυλάκισης. Η φυλάκιση οδηγεί σε επιβάρυνση του προβλήματος. Για τον νέο χρήστη απαιτείται έγκαιρη παρέμβαση για την πρόληψη του κινδύνου επανάληψης της χρήσης και της εισόδου του στην εξάρτηση, ενώ για τον εξαρτημένο χρήστη απαιτείται άμεση εξασφάλιση μιας θέσης θεραπείας. Πολύ αποτελεσματικότερη της απειλής φυλάκισης θα ήταν η δέσμευση από τον νεαρό χρήστη να δεχθεί συμβουλευτικές υπηρεσίες από δομές που έχουν συσταθεί και λειτουργούν για τον σκοπό αυτό σήμερα, όπως οι Μονάδες Εφήβων ή τα Κέντρα Πρόληψης. Για τους ενήλικους χρήστες, οι ποινές διοικητικού τύπου (αφαίρεση άδειας οδήγησης, πρόστιμο κ.τ.λ) θα μπορούσαν να λειτουργήσουν αποτρεπτικά. Αποποινικοποίηση όμως δεν σημαίνει νομιμοποίηση των ναρκωτικών, δηλαδή παρόμοια διάθεσή τους με αυτή που ισχύει για το αλκοόλ και τον καπνό. Πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι η κάνναβη δεν είναι ακίνδυνη, ιδιαίτερα όταν η χρήση της γίνεται από τα άτομα νεαρής ηλικίας».

Ο Στεφανής (1997) δεν παίρνει απόλυτη θέση πάνω στο ζήτημα. Χαρακτηριστικά λέει: «Το θέμα είναι με ποιες προϋποθέσεις προσαρμόζει κανείς την πολιτική του στις

συνθήκες και αυτή τη στιγμή χρειάζεται να ανέβει το επίπεδο του προβληματισμού και να γίνει μια έγκυρη κουβέντα. Προς το παρόν πρέπει κανείς να είναι οπωσδήποτε ανεκτικός στο χρήστη και όχι τιμωρητικός αλλά τι κάνουμε για να αντιμετωπιστεί η χρήση είναι ένα άλλο θέμα. Νομίζω ότι αυτό που έχει σημασία είναι να μειώσουμε τις αρνητικές συνέπειες που έχει η χρήση».

Ο Μικελίδης (2002) τάσσεται υπέρ της αποποινικοποίησης. Χαρακτηριστικά λέει: «Η κάνναβη δεν προκαλεί σωματική εξάρτηση, ούτε έχει σωματικές παρενέργειες κι αυτό είναι επιστημονικά πλέον αποδεδειγμένο. Είμαι σαφώς υπέρ του διαχωρισμού των ναρκωτικών σε σκληρά και μαλακά. Όσον αφορά στους χρήστες, πιστεύω ότι η τιμωρία τους είναι παντελώς αχρείαστη. Είμαι μάλιστα της άποψης ότι αυτή φέρει το αντίθετο αποτέλεσμα. Επίσης, δε συμφωνώ με την άποψη ότι η χρήση κάνναβης αποτελεί προθάλαμο για τα σκληρά ναρκωτικά. Είναι αφελές να πιστεύει κανείς ότι όλοι εμείς είμαστε επιρρεπείς στα ναρκωτικά. Οπωσδήποτε η χρήση χασίς ή μαριχουάνας δεν σε προδιαθέτει τη χρήση ηρωίνης. Προσωπικά είμαι υπέρ της αποποινικοποίησης, γιατί πιστεύω ότι θα έχει θετικά αποτελέσματα και θα πετύχει αυτό που δεν πέτυχε η πολιτική της καταστολής».

Η Θεοχάρους (2002) αντίθετα πιστεύει ότι η αποποινικοποίηση δε θα βοηθήσει. Χαρακτηριστικά αναφέρει: «Στο παρελθόν εξέφραζα πολύ πιο «φιλελεύθερες» απόψεις και ήμουν υπέρ της αποποινικοποίησης τουλάχιστον των ‘μαλακών’, όπως λέγονται, ναρκωτικών. Είχα εκφέρει και κάποιες απόψεις για την αποποινικοποίηση της κάνναβης και τη χρήση της μεθαδόνης και τη δημιουργία κέντρων όπου κάποιος θα μπορούσε να ανταλλάσσει σύριγγες. Μελετώντας την εμπειρία από χώρες που προχώρησαν στη φιλελευθεροποίηση της νομοθεσίας και μιλώντας με άτομα τα οποία ασχολούνται επαγγελματικά με τον τομέα της απεξάρτησης, έχω καταλήξει στο συμπέρασμα ότι δεν είναι τόσο βοηθητικό για να λυτρωθεί ένας άνθρωπος από τον βραχνά των ναρκωτικών η αποποινικοποίηση. Είναι τόσο κοντινές και συγκεχυμένες οι έννοιες του χρήστη και του εμπόρου, εκείνου που γίνεται «βαποράκι» και εκείνου που κάνει κάποιες μικροδουλειές για να εξασφαλίζει τη δόση του, που ουσιαστικά πρόκειται για το ένα και το αυτό. Υπό αυτή την έννοια εκείνο που νομίζω ότι πρέπει να γίνει είναι να αναδομηθεί εκ βάθρων ο μηχανισμός των αρχών της αστυνομίας, που ασχολείται με τα ναρκωτικά, ούτως ώστε το άτομο που συλλαμβάνεται να έχει μια ανθρώπινη προσπέλαση με την παρουσία

ψυχολόγων. Εάν είναι δυνατόν να ανιχνεύεται η πρόθεσή του και η δυνατότητα να ενταχθεί σε μηχανισμούς απεξάρτησης και να μην είναι τιμωρητική η σύλληψη και η παραπομπή του. Αν είναι τιμωρητική και το άτομο αυτό αποσταλεί σε ένα χώρο, για παράδειγμα σε φυλακές, όπου μπορούν να διακινούνται ναρκωτικά, εκείνο που θα πετύχουμε θα είναι να το σπρώξουμε στα χειρότερα».

Ο Παπαναστασάτος (1997), υποστηρίζει ότι: «Η υπόθεση της ποινικοποίησης ή της αποποινικοποίησης της χρήσης, μόνο στην περίπτωση που μπορεί να τίθεται σε συνολικό πλαίσιο, έχει νόημα να συζητείται. Η πολιτική της καταστολής από μόνη της είναι αναποτελεσματική, αλλά δεν δίνει άλλοθι σε εύκολες αποφάσεις ή αντιλήψεις περί πλήρους ελευθερίας των πάντων».

Η Επιτροπή για τη Σωστή Ενημέρωση και Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών (ΕΣΕΑΝ 1997) ισχυρίζεται ότι: «Η κάνναβη, που δεν είναι ναρκωτικό και που είναι λιγότερο τοξική από το αλκοόλ και τον καπνό, έχει γίνει παράνομη για την εξυπηρέτηση των συμφερόντων εταιρειών αλκοόλ, φαρμάκων, χαρτιού, συνθετικών προϊόντων και πετρελαιοειδών και εξυπηρετεί μια πολιτική ελέγχου εκμετάλλευσης και καθορισμού της προσωπικής ζωής. Μόνο η νομιμοποίηση της κάνναβης μπορεί να την αποδεσμεύσει από τα κυκλώματα της ηρωίνης και της παρανομίας διότι η ίδια κάνναβη δε δημιουργεί βλάβη στην κοινωνία, αλλά παραμένοντας παράνομη θα δημιουργήσει».

Τι λένε οι πολιτικοί

Την αποποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών αλλά και της πώλησης κάνναβης και των παραγώγων της προτείνουν 131 βουλευτές και ευρωβουλευτές των 15 κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (1997). Η πρόταση κατατέθηκε στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και έχει ενταχθεί στην ατζέντα συζητήσεων της Ολομέλειας. Οι βουλευτές οι οποίοι την υπογράφουν προτείνουν "αποποινικοποίηση της χρήσης ουσιών, μερική αποποινικοποίηση της πώλησης κάνναβης και των παραγώγων της, καθώς και χορήγηση ηρωίνης υπό ιατρικό έλεγχο". Οι βουλευτές προτείνουν ακόμη να συζητηθεί η αναθεώρηση των συμβάσεων του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), (η τελευταία είναι του 1988) με βάση τις οποίες κατηγοριοποιούνται οι ναρκωτικές ουσίες. Η Δαμανάκη, ο Ιωαννίδης, ο Κοτσώνης, ο Τατούλης και ο Μάνος έχουν υπογράψει τη σχετική πρόταση, την οποία στηρίζει και ο αντιπρόεδρος της Βουλής Σγουρίδης.

Ο Ράλλης (1997) δήλωσε ανοιχτά ότι είναι υπέρ της αποποινικοποίησης του χασίς προκειμένου με αυτό τον τρόπο να χτυπηθούν τα κυκλώματα των εμπόρων. Χαρακτηριστικά είπε ότι: «Η θέση μου περί της αποποινικοποίησης δεν είναι τωρινή και το πιστεύω απόλυτα, γιατί η κάνναβη ιατρικά δεν ενοχοποιείται για σοβαρές βλάβες στον οργανισμό».

Ο Αθανασόπουλος (1997), δήλωσε σχετικά με το θέμα: «Η υστερία υπέρ της ποινικής καταστολής στο θέμα των ναρκωτικών δεν κάνει τίποτε άλλο από το να εκτρέφει τα κυκλώματα καλλιεργητών, εμπόρων και αστυνομικών. Η αποποινικοποίηση της ινδικής κάνναβης είναι η μόνη λύση για να μην έχουν έδαφος ανάπτυξης τα κυκλώματα».

Σίγουρα το θέμα της αποποινικοποίησης ή νομιμοποίησης της κάνναβης είναι πολύπλοκο και τα διλήμματα που εγείρονται είναι πολλά. Ο καθένας έχει το δικαίωμα να εκφέρει την άποψη του ελεύθερα, φτάνει να έχει ενημερωθεί σωστά. Το θέμα δεν είναι να βρεθεί μια λύση που να βολεύει ή τους χρήστες ή τους εμπόρους ή του πολιτικούς και τις κυβερνήσεις. Το θέμα πρέπει να εξεταστεί ανθρωπιστικά και να βρεθεί αυτή η χρήση τομή που θα μειώσει την παραβατικότητα και θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής των χρηστών.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ταυτότητα της κάνναβης παραμένει αδιευκρίνιστη. Οι συνέπειες της χρήσης είναι αμφιλεγόμενες. Το προφίλ του χρήστη είναι θολό. Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις κάνουν ότι καλύτερο μπορούν και ο νόμος υπηρετεί αυτούς που οφείλει.

Το γεγονός είναι ότι η κάνναβη υπάρχει ανάμεσα μας και χρησιμοποιείται από τον άνθρωπο της διπλανής πόρτας. Είναι μια πραγματικότητα που οφείλουμε να παραδεχτούμε για να μπορέσουμε να την αντιμετωπίσουμε.

Το πρόβλημα είναι καθολικό και ως τέτοιο πρέπει να αντιμετωπιστεί. Πέρα από πολιτικά και οικονομικά συμφέροντα, πέρα από νομικές και κοινωνικές μεταρρυθμίσεις το θέμα είναι ανθρωπιστικό.

Η ανάγκη για να θέσουμε προτεραιότητες είναι μεγάλη και ξεκινάει από την πρόληψη. Όπως έχει πει και ο Αριστοτέλης «όσοι μελέτησαν την τέχνη της διοίκησης, έχουν πειστεί ότι η τύχη των κρατών εξαρτάται από την εκπαίδευση των νέων». Η καλύτερη πρόληψη λοιπόν είναι η σωστή και μη προπαγανδιστική ενημέρωση των νέων στα πλαίσια της εκπαιδευτικής τους πορείας, τόσο για τη χρήση ουσιών, όσο και τις επιδράσεις τους. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτογενή πρόληψη γιατί, αν λειτουργήσει σωστά, μπορεί να αποφευχθεί η χρήση ουσιών ή ακόμη και η δοκιμή για λόγους περιέργειας.

Η οικογένεια μπορεί επίσης να αποτελέσει τροχοπέδη στην τάση των νέων για χρήση ουσιών. Οι γονείς οφείλουν να είναι σωστά ενημερωμένοι όσον αφορά το θέμα των ναρκωτικών. Είναι σημαντικό να ξέρουν τι να πουν στα παιδιά τους όταν θα τους ρωτήσουν κάτι σχετικό και να μπορούν να το αντιμετωπίσουν σε περίπτωση που συμβεί στο παιδί τους. Πρέπει επίσης να ξέρουν ότι δεν είναι μόνοι τους σε αυτή την προσπάθεια και ότι υπάρχουν ειδικοί με τη βοήθεια των οποίων μπορεί το πρόβλημα να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.

Τέλος η πολιτεία οφείλει να είναι δίπλα στο νέο που αντιμετωπίζει ένα τέτοιο πρόβλημα και να τον στηρίζει με τα κοινωνικά- ανθρωπιστικά μέσα που διαθέτει, παρά να τον αντιμετωπίζει ως ένα κοινό παραβάτη που πρέπει να πληρώσει για το κακό που έκανε στον εαυτό του.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abou-Saleh, M.T. (2006). Substance use disorders: recent advance in treatment and models care. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 305-310.
2. Agosti, V., & Levin, F.R. (2007). One year posttreatment outcome of cannabis dependent adolescents. *Addictive Disorders and their treatment*, 6, 61-66.
3. Amuedo-Dorades, C. (2003). The impact of families on Juvenile substance use. *Journal of Bioeconomics*, 4, 269-282.
4. Andersson, B., Hibell, B., Beck, F., Choquet, M., Kokkevi, A., Fotiou, A., Molinaro, S., Nociar, A., Sieroslowski, A., Trapencieris, M. (2007). Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students. Data from the ESPAD Project. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. Sweden: Stockholm.
5. Arendt, M., Rosenberg, R, Foldager, L., Perto, G., Munk-Jørgensen, P. (2007). Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 97-105.
6. Arendt, M., & Jorgensen, P.M. (2004). Heavy cannabis users seeking treatment. *Society Psychiatric Epidemiology*, 39, 97- 105.
7. Ashton, C.H., Young, A.H., Harisson, G.R., Kleber, H.D., McEvedy, C., McPhilips, M.A. (1995). Decriminalization of cannabis. *The Lancet*, 346, 1708-1709.
8. Ball, S., (2004). Personality traits, problems and disorders: Clinical application to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39, 84-102.
9. Bell, D.C, Richard, A.J., Feltz, L.C. (1996). Mediator of drug treatment outcomes. *Addictive Behaviors*, 21 (5), 597-613.
10. Bergeret, I., Papageorgiou, C., Peli, I. (2002). Cannabis and physical health. International Conference on Cannabis, 45-53.
11. Brodbeck, J., Matter, M., Page, J., Moggi, F. (2007). Motives for cannabis use as a moderator variable of distress among young adults. *Addictive Behavior*, 32, 1537-1545.
12. Budney, A.J., Higgins, S.T., Stephens, T., Radonovich, K.J., Krestin, J., Pamela, N.L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational

- enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68 (6), 1051-1061.
13. Canadian Public Health Association (2004). Information for health care professional. Marijuana (marijuana, cannabis). Health Canada
 14. Cannabis Report, (2002). Ministry of Public Health. Belgium: Brussels
 15. Chabrol, H., Ducongé, E., Casas, C., Roura, C., Carey K.B. (2005). Relation between cannabis use and dependence, motives for cannabis use anxious, depressive and borderline symptomatology. *Addictive Behavior*, 30, 829-840.
 16. Chabrol, H., Chauchard, E., Girabet, J. (2007). Cannabis use and suicidal behaviors in high-school students. *Addictive Behaviors*, 33, 152-155.
 17. Chatwin, C. (2007). Multi-level governance: The way forward for European illicit drug policy? *International Journal of Drug Policy*, 18, 494-502.
 18. Chen, C.Y, O' Brien, M.S., Anthony J.C. (2005). Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the U.S: 2000-2001. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 11-22.
 19. Çiragoglu, O.C., & Isin, G. (2005). Perception of drug addiction among Turkish university student: causes, cures and attitudes. *Addictive Behavior*, 30, 1-8.
 20. Copeland, J., Swift, W., Rees, V. (2000). Clinical profile of participants in brief intervention program of cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 45-52.
 21. Copeland, J., Swift, W., Roffman, R., & Stephens, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55-64.
 22. Copeland, J. (2004). Developments in the treatment of cannabis use disorder. *Addictive Disorders*, 17, 161-167.
 23. Γρίβας, Κ. (2004). *Αντίσταση στην εποχή του τίποτα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ιανός
 24. Γρίβας, Κ. (1993). *Κάναβη, μαριχουάνα, χασίς*. Αθήνα: Εκδόσεις νέα σύνορα
 25. Davinson, R. (1998). The treatment of substance abuse and dependence. *Elsevier Science Ltd*, 567-582.
 26. Day, E., Gaston, R.L., Furlong, E., Murali, V., Copello, A. (2005). United Kingdom substance misuse treatment workers' attitudes toward 12-step self-help groups. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 321– 327

27. DeMarce, J.M., Stephens, R.S., Roffman, R.A. (2005). Psychological distress and marihuana use before and after treatment: testing cognitive behavioral matching hypotheses. *Addictive Behaviors*, 30, 1055-1059.
28. Dennis, M., Godley, S., Diamond, G., Tims, F.M., Babor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J.C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., Funk, R. (2004). The cannabis Youth Treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.
29. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2007). Possession of cannabis for personal use. Αναρτημένο στην: <http://eldd.emcdda.europa.eu>
30. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005). Illicit drug use in the EU: legislative approaches. Αναρτημένο στην: <http://www.emcdda.eu.int>
31. European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction (2001). Decriminalization in Europe? Recent development in legal approaches to drug use. Αναρτημένο στην: http://eldd.emcdda.org/databases/eldd_comparative_analyses.cfm
32. Φαρσεδάκης, Ι. (1996). *Ναρκωτικά: νομική και εγκληματική διάσταση στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση: θεωρία, νομολογία, υποδείγματα*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη
33. Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (1997). Early onset cannabis use and psychological adjustment in young adults. *Addiction*, 92(3), 279-296.
34. Foote, J., DeLuca, A., Magura, S., Warner, A., Grand, A., Rosenblum, A., Stahl, S. (1999). A group motivational treatment for chemistry dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17 (3), 181-192.
35. Forsyth, A., Barnard, M. (2003). Young people's awareness of illicit drug use in the family. *Addiction Research and Theory*, 11 (6), 459-472.
36. Giovazolias, Th., & Davis, P. (2005). Matching therapeutic intervention to drug and alcohol abusers stage motivation. The clients' perspective. *Counseling Psychology Quarterly*, 18 (3), 171-182.
37. Gowing, L., Ali R., Christie, P., White, J., (1998). Therapeutic Uses of Cannabis. Drug and Alcohol Services Council (DASC), South Australia. Monograph No. 1 Research Series
38. Green, B., Young, R., Kavanagh, D. (2005). Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187, 306-313.

39. Hanah, C., Tecco, J., Pele, I. (2002). Cannabis health and dependence. International Conference on Cannabis, 60-65.
40. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004). The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pompidou Group at the Council of Europe. Sweden: Stockholm
41. Hibell, B., Andersson, B., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. (2000). The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. Sweden: Stockholm
42. Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., Narusk, A. (1997). The 1995 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe. Sweden: Stockholm
43. Ive, A.E., Gluckstern, N.B, Bradford Ive (2006). *Συμβουλευτική μέθοδος πρακτικής προσέγγισης*. Μετάφραση: Μαλικιώση- Λοϊζου, Μ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
44. Johnson, H. (1996). Substance abuse –family factors contributing to risk and resiliency. Marriage and family encyclopaedia
45. Julien, R. (2003). *Βασικές αρχές φαρμακολογίας*. Επιμέλεια: Παναγής, Γ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης
46. Kadden, R.M., Litt, M.D., Kabela-Cormier, E., Petry, N.M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors*, 32, 1220-1236.
47. Killmer, B.(2002). Do the possession laws influence cannabis use? International Conference on Cannabis, 110-115.
48. Kidorf, M., Neufelt, K., King, V.L., Clark, M., Brooner, R.K. (2007). A stepped care approach for reducing cannabis use in opion- dependent outpatients. *Journal of substance abuse treatment*, 32, 341-347.
49. Κοκκέβη, Α., (2004). Διλήμματα. Εφημερίδα Τα Νέα. Αναρτημένο στην: <http://users.sch.gr/svlorias/Philologia/Composition/Narkotika.htm>

50. Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1995). Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 36 (5), 329-337.
51. Κοκκέβη, Α. (1976). *Η επίδραση της χρήσης κάνναβης στις νοητικές λειτουργίες*. Ιωάννινα: Διδακτορική Διατριβή
52. Korf, D.J. (2002). Dutch coffee shops and trends in cannabis use. *Addictive behaviors*, 27, 851-866.
53. Λιάππας Γ. (2002). *Χασίς ο άγνωστος της διπλανής πόρτας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη
54. Λιάππας Γ. (1999). *Ναρκωτικά, εθιστικές ουσίες, κλινικά προβλήματα, αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη
55. Maag, V.(2003). Decriminalization of cannabis use in Switzerland from an international perspective- European, American, and Australia experiences. *International Journal of Drug Policy*, 14, 279-281.
56. Μαλικιώση- Λοιζου, Μ. (1999). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
57. Μαλλιώρα, Μ. (2002). *Ναρκωτικά: Ωρα για μια κοινή ευρωπαϊκή πολιτική*. Αθήνα: Εφημερίδα Τα Νέα. Αναρτημένο στην: <http://www.malliori.gr/gr/Contents.aspx?Action=ShowSingle&lang=gr&ContId=37730&CatId=15>
58. Μάρσελος, Μ. (1997). *Εξαρτησιογόνες ουσίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδάνος
59. Marshall, E., & Farrell, M. (2004). Substance Use and Psychiatric Comorbidity. *The Medicine Publishing Company LTD*, 55-58.
60. Μάτσα, Κ. (2001). *Ψάξαμε γι' ανθρώπους και βρήκαμε σκιές- Το αίνιγμα της τοξικομανίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα
61. McCambridge, J. & Strang, J. (2005). Deterioration over time in effect of Motivational Interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Society for the study of addiction*, 100, 470-478.
62. McGeorge, J., Aitken, C.K. (1997). Effects of cannabis decriminalization in the Australia Capital Territory on University student's patterns of use. *Journal of Drug Issues*, 27, 785-793.

63. McRae, A.L., Budney, A.J., Brady, K.T. (2003). Treatment of marijuana dependence: a review of the literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 369-376.
64. Μήλιου, Α., & Αυδή, Ε. (2006). Ο χορός ως μέσο θεραπείας εξαρτημένων ατόμων: μια ποιοτική έρευνα. *Hellenic Journal of Psychology*, 3 (1), 57-76
65. Μητρόπουλος, Δ. (1999). *Τα ναρκωτικά και η αντιμετώπιση τους*. Θεσσαλονίκη
66. Μικελίδης, Γ., Θεοχάρους, Ε., Περδίκης, Γ. (2002). Ηχηρό όχι στην αποποινικοποίηση. Υπάρχουν όμως και εξαιρέσεις. Εφημερίδα Πολίτης. Αναρτημένο στην: <http://www.politis-news.com/cgi-bin/hweb?-A=309&-V=fakeloiarticles>
67. Miller, N.S., Gold, M.S. (1989). The diagnosis of marijuana (cannabis) dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 183-192.
68. Miller, N.S., Gold, M., Pottash, C. (1989). A 12-step treatment approach for marijuana (cannabis) dependence. *Journal of substance Abuse treatment*, 6, 241-250.
69. Miron, J.A. (2005). The Budgetary Implications of Marijuana Prohibition. Marijuana Policy Project. U.S.A.
70. Monshouwer, K., Smit, F., de Graaf, R., van Os, J., Vollebergh, W., (2005). First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. *Addiction*, 100 (7), 963-970.
71. Μπουκής Δ. (1983). *Τα ναρκωτικά. Οι ουσίες που προκαλούν εξάρτηση*. Πειραιάς: Εκδόσεις ναυτικά χρόνια
72. Müller-Vahl, K.R., Koblenz, A., Jöbges, M., Kolbe, H., Emrich, H.M., Schneider, U. (2001). Influence of treatment of Tourette syndrome with Δ9-tetrahydrocannabinol (Δ9-THC) on neuropsychological performance. *Pharmacopsychiatry*, 34, 19-24.
73. Netherland Institute of Mental Health and Addiction (2005). The Netherlands National Drugs Monitor. Annual Report. Utrecht: Trimbos Institute
74. Osborne, G.B., & Forel, C, (2008). Understanding the motivation for recreational marijuana use among adult cannabis. *Substance use and misuse*, 45, 539-572.
75. Pacula, R.L., MacCoun, R., Reuter, P., Chiqui, J., Kilmer, B., Harris, K., Paoli, L., Schafel, C. (2005). What does it mean to decriminalize marijuana? A cross-national empirical examination. *Substance Use: Individual Behavior Social*

- Intervention, Market and Politics Advances in Health Economics and Health Services, Research, 16, 347-369.*
76. Raphael, B., Wooding, S., Stevens, G., Connor, J. (2005). Comorbidity: Cannabis and Complexity. *Journal of Psychiatric Practice, 11*, 161-176.
 77. Raistrick, D., & Tober, G. (2004). Psychosocial intervention. *The Medicine Publishing Company Ltd*, 36-39.
 78. Riger, H., & van Laar, M. (2002). Epidemiological aspects of cannabis use. International Conference on Cannabis, 14-43.
 79. Russo, E., Mathre, M.L., Byrne, A., Velin, R., Bach, P.J., Sanchez-Ramos, J., Kirlin, K.A. (2002). Chronic Cannabis Use in the Compassionate Investigational New Drug Program: An Examination of Benefits and Adverse Effects of Legal Clinical Cannabis. *Journal of Cannabis Therapeutics, 2*(1), 3-57.
 80. Russo, E., (2001). Hemp for headache: an in-depth historical and scientific review of cannabis migraine treatment. *Journal of Cannabis Therapeutics, 1*(2), 21-92.
 81. Scholten, W.K. (2002). Medical cannabis: a quick scan on the therapeutic use of cannabis. International Conference on Cannabis, 103-109.
 82. Shelef, K., Diamond, G.M., Diamond, G.S., Liddle, H.A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in Multidimensional Family Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 73* (4), 689-698.
 83. Single, E., Christie, P., Ali, R. (2002). The impact of cannabis decriminalization in Australia and the United States. *Journal of Public Health Policy, 21*, (2), 157-186.
 84. Stephens, R.S., Babor, T.F., Kaddar, R., Miller, M., The treatment project research group (2002). The marijuana treatment project: rationale, design and participant characteristics. *Addiction, 99*, 109-127.
 85. Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 68* (5), 898-908.
 86. Σωτήρχου, Ι. (1997). Ελλάδα- χασίς. Μήπως ήρθε η ώρα για σοβαρή συζήτηση; Εφημερίδα Ελευθεροτυπία. Αναρτημένο στην: <http://www.hri.org/E/1997/97-09-11.dir/keimena/greece/greece5.htm>

87. Tetzlaff, B., Kahn, H, Godley, S., Godley, M., Diamond, G, Funk, R. (2005). Working alliance, treatment satisfaction and posttreatment use among adolescent substance users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19 (2), 199-207.
88. Τζαφφη Τ. (1981). *Ναρκοτικά, τσιγάρα, αλκοόλ*. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός
89. Tramèr, M.R., (2001). Cannabinoids for Control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *British Medical Journal*, 323, 16-21.
90. Τσιλιγρήστος, Ν. (1991). *Ναρκοτικά- Όχι η Ιθάκη δεν είναι εδώ*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
91. van De Bree. M.B.M., Johnson, E.O, Neale, M.C, Pickens, W.R. (1998). Genetic and environmental influence on drug use and abuse/ dependence in male and female twins. *Drug and Alcohol Dependence*, 52, 231-241.
92. van De Brink, W. (2008). Forum: Decriminalization of cannabis. Wolters Kluwer Health ,
93. Lippincott Williams & Wilkins
94. van Ours, J.C. (2007). Cannabis use when it's legal. *Addictive Behaviors*, 32, 1441-1450.
95. Welch, S. (2006). Substance use and personality disorders. *Elsevier LTD*, 27-29.
96. Williams, A., & Farrell, M. (2004). Substance use and psychosis. The Medicine Publishing Company Ltd, 52-54.
97. World Health Organization, (2008). Management of substance abuse. Αναρτημένο στην: http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/index.html
98. Zvolensky, M.J., Vujanovic, A.A., Bernstein, A., Bonn-Miller, M.O., Marshall, E.C., Leyro, T.M. (2007). Marijuana use motives: A confirmatory test and evaluation among young adult marijuana users. *Addictive Behavior*, 32, 3122-3130.
99. www.sansimera.gr